



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

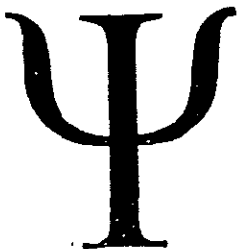
21
29

FACULTAD DE PSICOLOGIA

COMPARACION EN EL MANEJO DE HABILIDADES PARA SOLUCIONAR PROBLEMAS SOCIALES EN SUJETOS CON DIFERENTE PREDISPOSICION AL ALCOHOLISMO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
S A N D R A B R A V O J I M E N E Z

DIRECTOR DE TESIS: DR. JAVIER NIETO GUTIERREZ
COMITE DE TESIS: MTRO. HORACIO QUIROGA ANAYA.
LIC CELSO SERRA PADILLA, MTRA LU'Z MARIA ROCHA JIMENEZ
Y MTRA. IRMA YOLANDA DEL RIO PORTILLA.



MEXICO, D. F.

273951

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.

A mis papas que han sido un gran ejemplo de trabajo y dedicación, que me han enseñado que con constancia y tenacidad todo se puede.

A mi hermano con quien he compartido alegrías y tristezas, que siempre me ha apoyado y acompañado por este camino de la vida.

A Javier por dejarme llevar mi paso sin nunca retroceder .

A Miriam y a Ale que me han ayudado a concluir este ciclo.

A Tonatiuh que me ayudó a salir adelante.

A Samantha y a Ernesto por estar conmigo cuando más los he necesitado.

A toda mi familia y amigos que de forma directa o indirecta han hecho posible la realización de este sueño, así como tantos otros.

A Dios

Gracias

ÍNDICE

I-.Resumen	6
II- Introducción	7
II.1- Antecedentes	7
II.2- Objetivo de la investigación	10
II.3- Justificación	11
III- Solución de problemas	13
III.1- Definiciones y descripción general	13
III.2- El proceso de solución de problemas sociales	15
III.3- Esquema general del proceso de solución de problemas	18
III.3. a) Orientación hacia el problema	19
III.3. b) Definición y formulación del problema	19
III.3. c) Generación de alternativas	20
III.3.d) Toma de decisiones	20
III.3. e) Puesta en práctica de la solución y verificación	20
III.4- El objetivo de el entrenamiento en solución de problemas	21
III.5- Estrategias de evaluación de la solución de problemas	22
IV- Consumo de alcohol	25
IV.1- Antecedentes	25
IV.2- Consumo de alcohol en México	27
V- Alcoholismo desde diferentes perspectivas	29
V.1- El alcoholismo desde el conductismo	29
V.1. a) Condicionamiento Operante	30
V.1. b) Condicionamiento Clásico	31
V.2- El alcoholismo desde la psiquiatría	32
V.3- El alcoholismo desde el aspecto social	32
V.4- El alcoholismo desde el psicoanálisis	33
V.5- El alcoholismo desde la medicina	34
V.6- El alcoholismo desde la O.M.S.	36
V.7- El alcoholismo desde la A.S.A.M.	36

- Trastornos relacionados con el alcohol desde el D.S.M.IV	37
VI.1- Trastorno por consumo de alcohol	37
VI.1. a) Dependencia del alcohol	37
VI.1. b) Abuso del alcohol	38
VI.2- Trastornos inducidos por el alcohol	38
VI.2. a) Intoxicación por alcohol	38
VI.2. b) Abstinencia de alcohol	39
VI.2. c) Otros trastornos	39
VI.3- Curso	40
VI.4- Consecuencias	41
I- Personalidad alcohólica	43
II- El alcohol en la sociedad	50
VIII.1- El alcohol y los jóvenes	51
VIII.2- Detección temprana del alcoholismo en la comunidad	52
VIII.3- Prevención	53
- Técnicas de diagnóstico de alcoholismo	57
IX.1- El inventario de predisposición al alcoholismo	58
Método	67
X.1- Planteamiento del problema	67
X.2- Planteamiento de hipótesis	67
X.2. a) Hipótesis conceptual	67
X.2. b) Hipótesis de Trabajo	67
X.3- Definición de variables	67
X.3.a) Definición conceptual y operacional de la Variable dependiente	67
X.3.b) Definición conceptual y operacional de la variable independiente	68
X.4- Procedimiento	68
X.5- Muestra	69
X.6- Criterios para la selección de sujetos	70
X.7- Tipo de estudio	70
X.8- Diseño de investigación	70

X.9- Instrumentos	70
X.9.a) Inventario de predisposición al alcoholismo	70
X.9.b) Inventario de solución de problemas	72
X.10- Pruebas estadísticas	73
X.11- Resultados de confiabilidad y validez de los instrumentos	74
X.12- Análisis de resultados de las correlaciones	78
X.13- Discusión	87
X.14- Limitaciones y sugerencias	91
XI- Bibliografía revisada	93
XII- Anexos	99
XII.1- Inventario de solución de problemas	99
XII.2- Inventario para medir predisposición al alcoholismo	101
XII.3- Nuevo inventario de solución de problemas	104
XII.4- Nuevo inventario para medir predisposición al alcoholismo	105
XII.5- Valores de las respuestas	107
XII.6- Hoja de respuestas	109

I. RESUMEN

El principal objetivo de esta investigación fue correlacionar la habilidad para resolver problemas sociales (H.S.P.) y la predisposición al alcoholismo (P.A.) que presentaron 540 estudiantes de primer semestre de licenciatura de la U.N.A.M. de los cuales 185 fueron hombres, 355 mujeres; 268 de 17-18 años, 272 de 19-25 años; 130 de psicología, 125 de derecho, 142 de medicina y 143 de ciencias. La correlación obtenida por el coeficiente producto momento de Pearson ($P=.6695$) fue alta y positiva. Esto no indica que una sea causa de la otra, simplemente se presentan simultáneamente.

Otro objetivo consistió en obtener la validez de constructo (I.P.A.=5 factores e I.S.P = factores) y la confiabilidad (I.P.A., $\alpha=.9372$ e I.S.P., $\alpha=.8724$). Los factores del Inventario de Predisposición al alcoholismo fueron: tendencias depresivas (14 reactivos con $\alpha=.91$), tendencias evasivas (7 reactivos con $\alpha=.80$), tendencias antisociales (5 reactivos con $\alpha=.18$), irresponsabilidad (4 reactivos con $\alpha=.64$) y egocentrismo (6 reactivos con $\alpha=.42$). Los factores del Inventario de Solución de Problemas fueron: control personal (6 reactivos con $\alpha=.73$), estilos de aproximación (6 reactivos con $\alpha=.69$) y confianza en la solución de problemas (4 reactivos con $\alpha=.70$). La validación, confiabilización y estandarización de los instrumentos para poblaciones de universitarios mexicanos es de gran utilidad para la detección temprana y la prevención del alcoholismo así como de otros problemas asociados con los factores de los instrumentos.

II. INTRODUCCIÓN

II.1. ANTECEDENTES

El interés y el estudio empírico del constructo de solución de problemas (S.P.) en humanos tiene una larga y extensa historia. Sin embargo, sólo recientemente los profesionales de la salud mental se han centrado en esta área, como un medio de comprender mejor los trastornos conductuales y los problemas emocionales, además de incorporar el entrenamiento en habilidades de solución de problemas para su tratamiento. Gran parte de la investigación inicial sobre la solución de problemas humanos fue producida por campos como la psicología cognoscitiva experimental, la educación y la industria.

Por ejemplo, en la psicología experimental, los investigadores se han preocupado por el desarrollo de modelos descriptivos de solución de problemas (es decir, comprender qué hace normalmente la gente para solucionar problemas) y han llevado a cabo estudios que incluyen, generalmente, problemas intelectuales impersonales, como rompecabezas y tareas de formación de conceptos, pero no problemas de la vida real relevantes para la persona (p. ej., dificultades interpersonales). Dentro del campo de la educación, los psicólogos se han interesado por el concepto relacionado de la creatividad, creyendo que la solución de problemas requiere alguna forma de actuación creativa (p. ej., Guilford, 1967 y Mayer, 1983). En la industria, la investigación sobre la solución de problemas tomó el aspecto de desarrollar programas de entrenamiento preparados para aumentar el pensamiento productivo de los sujetos (p. ej., Osborn, 1963; Parnes, 1962). Este tipo de investigación se centró en el desarrollo de modelos prescriptivos o normativos de solución de problemas, en donde el aspecto de interés se centraba en cómo los individuos pueden maximizar su eficacia en la solución de problemas.

El estudio de la habilidad para resolver problemas personales se ha acelerado enormemente desde la revisión de Heppner (1978) sobre este tema. Antes de esta revisión el estudio de las habilidades para resolver problemas estaba muy alejado de las aplicaciones a la vida real o cotidiana en general. Con el desarrollo del Inventario de Solución de Problemas (I.S.P.: Heppner y Peterson, 1982), una gran cantidad de

estudios han examinado la relación entre la habilidad para resolver problemas sociales y conductas adaptativas en un ámbito social. Estos estudios se han centrado principalmente en la habilidad de los individuos para resolver problemas sociales, en qué tan eficaces se perciben a sí mismos para resolver dichos problemas, en el tipo de aproximación al percibir una situación problemática y en la sensación de control sobre la situación (Heppner, 1978, 1988), y no en el hecho de dar respuestas correctas a problemas ficticios, como se hacía en estudios previos.

Investigaciones hechas con el I.S.P. han encontrado que las personas que son eficaces resolviendo problemas sociales se deprimen y estresan menos, que los que se consideran poco eficaces (Heppner y Anderson, 1985; Heppner, Baumgardner y Jackson, 1985; Heppner, Hibel, Neal, Weinstein y Rabinowitz, 1982; Heppner, Kampa y Brunning, 1987; Nezu, 1985; en Elliott y Godshall, 1990), tienen más actividades cognoscitivas, menos ideas irracionales y mayor confianza en su toma de decisiones (Heppner et al., 1982; Heppner, Reeder y Larson, 1983; Larson y Heppner, 1985; Nezu, 1985; en Elliott y Godshall, 1990); tienen mejores habilidades sociales, son menos ansiosos y sus respuestas a cuestiones interpersonales son más razonadas (Heppner et al., 1982; en Elliott y Godshall, 1990); tienen una tendencia mayor a disfrutar actividades cognoscitivas, mejor auto concepto, menor autocrítica, menos pensamientos disfuncionales, menos creencias irracionales, se culpan menos y se enfocan más en las soluciones que en los problemas (Heppner, Reeder y Larson, 1983).

Por otra parte se ha encontrado que cuando las personas tienen una habilidad deficiente para resolver problemas tienen menos esperanza, son más vulnerables a los factores estresantes del medio y tienen mayor riesgo de ideas y conductas suicidas (Dixon, Heppner y Anderson, 1991). Además de esto se ha encontrado que en familias donde los padres o los hijos utilizan drogas, también se presenta una dificultad para resolver las dificultades diarias (Hops, Tidesley, Lichten Stein, Ary y Sherman, 1990).

Toda esta información nos lleva a concluir que la habilidad para resolver problemas juega un papel muy importante en la salud mental (Heppner, Reeder y Larson, 1983) y en el ajuste psicológico (Heppner y Anderson, 1985; Heppner, Baumgardner y Jackson, 1985; Heppner, Hibel, Neal, Weinstein y Rabinowitz, 1982; Heppner, Reeder y Larson, 1983; Heppner y Petersen, 1982; Nezu, 1985; Nezu, Saraydarian, Kalmar y Ronan, 1986).

Gran parte de las conductas desadaptativas que se relacionan con la deficiencia para resolver problemas se presentan en sujetos que abusan o dependen del alcohol, como es la tendencia a la depresión, la tendencia a culparse, pensamientos disfuncionales, tendencias suicidas y creencias irracionales entre otras (Kolb, 1969). Aunque a lo largo de la historia siempre se han presentado problemas por el abuso del alcohol o alcoholismo, los diversos autores que han abordado este tema lo han visto de diferentes puntos de vista casi todos concuerdan en que existe un tipo de personalidad común previa al contacto con el alcohol (Pihl y Peterson, 1990), esto se ha venido estudiando desde hace varios años. Armendaris (1984) desarrolló un inventario para identificar este tipo de personalidad, y lo llamó "Inventario para medir Predisposición al Alcoholismo" (I.P.A., 1984), mismo que fue modificado por Eisenberg y Lammoglia (1990).

La correlación de la predisposición al alcoholismo con la habilidad para resolver problemas de tipo social pueden respaldar los programas de entrenamiento de resolución de problemas, como un medio preventivo del alcoholismo ya que de acuerdo con Feldman (1998) en nuestra sociedad, el abuso de sustancias tóxicas entre los jóvenes alcanza niveles preocupantes. Por eso es indispensable realizar labor preventiva. El objetivo principal de estas campañas preventivas no debe ser el tema de las sustancias, sino el fomento de la salud. El educar a los jóvenes únicamente a decir "no a las drogas" no es una medida de prevención suficiente, también hay que enseñarles a decir "sí a la vida", y esta vida tiene que darles suficientes satisfactores para que no busquen salidas falsas a los problemas.

Desde el artículo que D'Zurilla y Goldfried publicaron (1971) titulado "Solución de problemas y modificación de conducta" la terapia de solución de problemas se ha aplicado, como una intervención de tratamiento, a una amplia variedad de trastornos clínicos y problemas subclínicos, incluyendo el alcoholismo, la depresión, el estrés, la ansiedad, la agorafobia, la obesidad, los problemas matrimoniales, el daño cerebral, el retraso mental, el fumar, la indecisión en escoger una carrera y el fracaso académico. El entrenamiento en solución de problemas se ha aplicado también a poblaciones psiquiátricas internas y a una variedad de trastornos infantiles y adolescentes. Además, se ha aplicado eficazmente con individuos que tienen problemas de adicción a las drogas (Copemann, 1973), de fumar (Karol y Richards, 1978) y de obesidad (Black,

1987; Black y Sherba, 1983; Black y Threefall, 1986; Perri, McAdoo, McAllister, Lauer, Jordan, Ynacey y Nezu, 1987; Straw y Terre, 1983). La deficiencia para resolver problemas se asocian con los problemas anteriormente mencionados, pero no es la causa; así como la terapia de solución de problemas no es la única herramienta para tratarlos. No se debe dejar de lado la multicausalidad del alcoholismo entre otros trastornos.

Todas estas utilidades se limitan a quienes ya presentan ciertos trastornos, pero si se sabe que la deficiencia de dichas habilidades viene relacionada desde antes de que se presenten, se podrían desarrollar estrategias de prevención primaria, es decir, aquellas cuyo objetivo es impedir la aparición de problemas relacionados con el abuso del alcohol en una población que aún no lo consume, o que lo hacen en forma esporádica. Al mejorar la percepción individual de la salud y estimular la adquisición de hábitos de vida saludable, se abandonarán o evitarán prácticas nocivas. Los problemas sociales o de salud se encuentran íntimamente relacionados con el estilo de vida. De ahí que la educación para la salud debe hacerse de una manera global e interdisciplinaria, para fomentar una actitud positiva hacia el desarrollo físico, emocional y social del individuo. Así se favorecerá la toma de decisiones orientada hacia un estilo de vida sano.

II.2. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

Considerando lo antes señalado, la presente investigación se enfoca en la identificación de la relación que existe entre la habilidad para solucionar problemas sociales, medida a través del inventario de solución de problemas de Heppner y Petersen adaptado para poblaciones universitarias de la ciudad de México por Barrera, S.L. (1996) y la predisposición a desarrollar problemas de alcoholismo, identificada a través del inventario para medir la predisposición al alcoholismo desarrollado por Armendaris (1984) y modificado por Eisenberg y Lammoglia (1990), en una población de 540 estudiantes de primer semestre de la U.N.A.M.. La solidez de esta relación depende de la validez y la confiabilidad de los instrumentos y como estos instrumentos solo se han utilizado un par de veces previas; se buscará constatar los reportes de validez y confiabilidad de los estudios previos.

II.3. JUSTIFICACIÓN

De existir una correlación entre el manejo de habilidades para solucionar problemas sociales y la predisposición al alcoholismo se podrá detectar tempranamente a aquellos individuos que manifiesten una predisposición a desarrollar problemas con el uso del alcohol y que además tengan deficiencias de manejo de habilidades para solucionar problemas sociales, para darles entrenamiento en el manejo eficaz de dichas habilidades; y así poder dotarlos de herramientas que les ayuden a evitar llegar al alcoholismo.

Con el respaldo de una investigación hecha con jóvenes universitarios mexicanos se puede incluso llegar a plantear, en la U.N.A.M., un programa de detección temprana de predisposición al alcoholismo para proporcionarles a estos grupos un entrenamiento en el adecuado manejo de las habilidades para solucionar problemas; como una herramienta, entre otras, que les ayude a evitar llegar al alcoholismo.

Un programa preventivo puede ahorrarle, a la universidad y a la sociedad: grandes sumas empleadas en rehabilitación, el tiempo dedicado a sujetos que desertan a mitad de sus estudios a causa de problemas relacionados con consumo de alcohol; y a los individuos les puede evitar un deterioro físico, social, intelectual, material y emocional.

Siendo más ambiciosos, un programa de entrenamiento en solución de problemas sociales a todos los universitarios de primer ingreso, como parte del programa curricular, además de resultar muy útil para mejorar la calidad de vida de los individuos, serviría como prevención de uno de los muchos factores que influyen en el desarrollo de adicciones al alcohol, al tabaco u otras sustancias. De esta manera se podría obtener una ganancia secundaria al aumentar la seguridad pública que constantemente es amenazada por actos delictivos de sujetos que se encuentran bajo efecto del alcohol y otras drogas .

Esta propuesta en lugar de hablar de drogas y sus efectos, lo que pretende es proveer a los jóvenes de herramientas que les permitan desarrollarse adecuadamente en su sociedad sin la necesidad de utilizar sustancias para enfrentar sus problemas. Usualmente las platicas de prevención de adicciones, que se dan en las escuelas, se enfocan en los efectos de las drogas y no tanto en sus consecuencias. Esto puede propiciar la curiosidad de los estudiante y lejos de prevenir promover el uso de las mismas. *En este estudio trata de brindar una alternativa de salud sin la necesidad de mencionar ninguna droga.* Esta alternativa es demasiado genérica y por lo tanto podría ayudar a mejorar otras situaciones en los estudiantes, pero no se puede pasar por alto que existen otros factores en el desarrollo de el alcoholismo y la convinación de estos varia de individuo a individuo, por lo que podría no ser suficiente.

III. SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

III.1. Definiciones y Descripción General

En la literatura conductual, el entrenar a los individuos en habilidades de solución de problemas se ha etiquetado como terapia de solución de problemas sociales. En este estudio se prefiere utilizar este término como un medio de resaltar el contexto social e interpersonal en el que se desarrolla la solución de problemas de la vida real. Nezu (1987) ha definido la solución de problemas sociales como "El proceso metacognitivo por el que los individuos comprenden la naturaleza de los problemas de la vida y dirigen sus intentos hacia la modificación de, bien el carácter problemático de la situación misma o bien sus reacciones hacia ella" (p.22).

Los *problemas* dentro de este enfoque, se definen como situaciones específicas de la vida (presentes o anticipadas) que exigen respuestas de afrontamiento eficaces provenientes de las personas que se enfrentan con las situaciones debido a la presencia de distintos obstáculos. Estos obstáculos pueden incluir la ambigüedad, la incertidumbre, las exigencias contrapuestas, la falta de recursos y/o la novedad.

Básicamente, los problemas representan a menudo una discrepancia entre la realidad de una situación y los objetivos deseados (D'Zurilla, 1986; Nezu, 1987). Es probable que los problemas sean estresantes si son, de alguna manera, difíciles y relevantes para el bienestar de las personas (D'Zurilla, 1986; Nezu, 1986b; Lazarus y Folkman, 1984). Un problema puede ser un acontecimiento único (p. ej., la pérdida de la cartera o del bolso), una serie de sucesos relacionados (p. ej., un jefe que hace continuamente peticiones poco razonables) o una situación crónica (p. ej., el desempleo continuo). Las demandas de la situación problemática pueden originarse en el ambiente (p. ej., un requisito objetivo de la tarea) o dentro de la persona (p. ej., una meta, una necesidad o un compromiso personal).

Según esta definición, un problema no es una característica ni del ambiente, ni de la persona, por sí solos. Por el contrario, un problema es un tipo particular de relación persona-ambiente que refleja un desequilibrio o una discrepancia percibidos entre las demandas y la disponibilidad de una respuesta adaptativa. Es probable que este desequilibrio cambie con el tiempo, dependiendo de los cambios en el ambiente, en la persona o en los dos.

Una *solución*, en este modelo, se define como cualquier respuesta de afrontamiento destinada a cambiar la naturaleza de la situación problemática, las propias reacciones emocionales negativas o ambas (D'Zurilla, 1986; Nezu, 1987).

Soluciones eficaces son aquellas respuestas de afrontamiento que no sólo logran estos objetivos, sino que al mismo tiempo maximizan otras consecuencias positivas (es decir, los beneficios) y minimizan otras consecuencias negativas (es decir, los costos) (D'Zurilla y Nezu, 1987). Estos costes y beneficios asociados incluyen las implicaciones a corto y largo plazo de la solución, así como las consecuencias personales para el individuo y el impacto que la solución tiene sobre otras personas significativas. La adecuación o eficacia de cualquier solución potencial varía de persona a persona y de lugar a lugar, ya que la eficacia percibida de una determinada respuesta de solución de problemas depende también de los propios valores y objetivos y de las otras personas significativas.

La perspectiva de este modelo sobre la solución de problemas sociales distingue igualmente entre los conceptos de solución de problemas, la puesta en práctica de la solución y la competencia social (D'Zurilla, 1986; D'Zurilla y Nezu, 1987; Nezu, 1987).

La *solución de problemas* es el proceso de encontrar una solución eficaz a una situación. La *puesta en práctica de la solución*, por otra parte, supone la ejecución en la realidad de la solución escogida. Así, esta ejecución de la respuesta de afrontamiento constituye el resultado del proceso de solución de problemas. El término "Afrontamiento de solución de problemas" se refiere a la combinación de la solución de problemas y la ejecución del afrontamiento con respecto a un problema determinado. La puesta en práctica de una solución depende, no sólo de la capacidad para la solución de problemas, sino de otros factores, incluyendo las deficiencias en las habilidades de ejecución, las inhibiciones emocionales y los déficit en la motivación (o reforzamiento). Esta distinción entre solución de problemas y ejecución del afrontamiento es especialmente importante para la investigación sobre la relación entre el proceso y el resultado de la solución de problemas (D'Zurilla y Nezu, 1987; Nezu y D'Zurilla, 1989). En otras palabras, las evaluaciones permiten a los individuos solucionar problemas de forma eficaz, mientras que las evaluaciones de la solución deberían centrarse bien en

las soluciones de las que informan (técnicas o respuestas de afrontamiento específicas) o bien en la ejecución del afrontamiento real. Por ejemplo, en la práctica clínica, es especialmente importante disponer de distintas estrategias de tratamiento para el individuo que es competente en el descubrimiento de una solución eficaz, pero flojo en llevarla a la práctica.

III.2. EL PROCESO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS SOCIALES

Hay dos suposiciones principales en un modelo de solución de problemas de la salud mental. En primer lugar, debido a las complejas capacidades cognoscitivas y a las demandas de la sociedad, los seres humanos son activos "solucionadores" de problemas. En segundo lugar, el ajuste psicológico se relaciona con la destreza en la solución de problemas de carácter tanto interpersonal como intrapersonal (D'Zurilla y Nezu, 1982). Determinadas habilidades conductuales y cognoscitivas median tanto las relaciones emocionales como el ajuste psicológico general. Entre estas habilidades se encuentran: el enfoque general y la sensibilidad del individuo hacia los problemas, el que considere soluciones potenciales y anticipe las consecuencias a las distintas acciones y el cómo decide reaccionar cuando se enfrenta con una situación de problemática. Además, este modelo postula que las habilidades de solución de problemas, constituyen determinantes significativos de la competencia social, definida como la capacidad de enfrentarse de forma eficaz con el amplio rango de problemas de la vida diaria, y que la competencia social es un componente clave del ajuste psicológico general (D'Zurilla y Goldfried, 1971; D'Zurilla y Nezu, 1982).

La capacidad general de solución de problemas comprende una serie de habilidades específicas, en vez de una sola capacidad unitaria. Según D'Zurilla y Nezu (1982; ver también D'Zurilla y Goldfried, 1971), la solución de problemas "eficaz" requiere cinco procesos componentes interactuantes, cada uno de los cuales aporta una determinada contribución a la solución eficaz del problema. Esos procesos incluyen:

- 1) Orientación hacia el problema
- 2) Definición y formulación del problema,
- 3) Generación de alternativas
- 4) Toma de decisiones, y
- 5) Puesta en práctica de la solución y verificación.

El componente de la *orientación hacia el problema* es diferente de los otros cuatro componentes en el sentido de que es un proceso motivacional, mientras que los otros componentes consisten en capacidades y habilidades específicas que permiten a una persona resolver un determinado problema de forma eficaz. La orientación hacia el problema puede describirse como un conjunto de respuestas de orientación, que representan las reacciones cognitivo-afectivo-conductuales inmediatas de una persona cuando se enfrenta por primera vez con una situación problemática. Estas respuestas de orientación incluyen una clase particular de aspectos de la atención (es decir, sensibilidad hacia los problemas) y un conjunto de creencias, suposiciones, valoraciones y expectativas generales sobre los problemas. Este conjunto cognitivo se basa principalmente en la historia pasada de desarrollo y reforzamiento, de la persona, que está relacionada con la solución de problemas de la vida real.

Dependiendo de su naturaleza específica, estas variables cognoscitivas pueden producir un efecto positivo y una motivación para el afrontamiento, lo que probablemente facilitará la puesta en práctica de la solución de problemas o, por el contrario, pueden producir un afecto negativo y una motivación para la evitación, lo que posiblemente inhibirá o desbaratará la puesta en práctica de la solución de problemas.

Los restantes cuatro componentes del proceso de solución de los problemas constituyen un conjunto de habilidades específicas o tareas dirigidas hacia un objetivo, que permiten a una persona solucionar con éxito un determinado problema. Cada tarea ofrece una contribución particular para el descubrimiento de una solución adaptativa o respuesta de afrontamiento, en una determinada situación de solución de problemas.

El objetivo de la *definición y formulación del problema* consiste en clarificar y *comprender la naturaleza específica del problema*. Esto puede incluir una renovación de la situación en términos de su significación para el bienestar y el cambio. La valoración inicial del problema implica la respuesta inmediata de la persona ante un problema no definido, basándose principalmente en las experiencias con problemas similares. Después de definir y formular la naturaleza del problema de forma más clara y concreta, la persona puede entonces valorar el problema de modo más preciso.

El objetivo del tercer componente, la *generación de alternativas*, es hacer que estén disponibles tantas soluciones como sea posible, con el fin de llevar al máximo la posibilidad de que la "mejor" solución (la preferida) se encuentre entre ellas.

El propósito de la *toma de decisiones* es evaluar (juzgar y comparar) las opciones disponibles con respecto a la solución y seleccionar la(s) mejor(es), para ser llevada a cabo en la situación problema real.

Finalmente, el propósito de la *puesta en práctica de la solución y verificación* consiste en vigilar el resultado de la solución y evaluar la eficacia de la misma para controlar la situación problemática.

La puesta en práctica de la solución, o ejecución de afrontamiento, se incluye junto a la verificación, en la ejecución de la solución de problemas, debido a que es el prerequisite necesario para la verificación. Sin embargo, como se ha señalado anteriormente, la puesta en práctica de la solución está separada del proceso de solución de problemas cuando se evalúan las capacidades o habilidades de solución de problemas. Las habilidades de verificación abarcan la auto observación y la evaluación del resultado real de la solución.

Estos cinco procesos no se basan en una clasificación natural de las estrategias cognitivo-conductuales empleadas por los individuos en el mundo real. Por el contrario, representan un modelo establecido de la solución de problemas eficaz o satisfactoria, basado en la investigación disponible.

Además, la secuencia en la que se presentan estos componentes refleja un formato lógico y útil para el entrenamiento de individuos en la solución y afrontamiento eficaces de problemas. Sin embargo, no representa una evaluación de cómo las personas que solucionan problemas de forma satisfactoria en la vida real resuelven habitualmente los problemas. Tampoco implica que la solución de problemas de la vida real debiera seguir esa forma ordenada unidireccional. Por el contrario, es probable que la solución eficaz de problemas implica que un movimiento continuo entre los cinco

componentes antes de la solución real de un problema. Por ejemplo, un aspecto importante del tercer componente, la generación de alternativas, implica un torbellino de ideas con el fin de obtener una lista exhaustiva de las posibilidades potenciales de solución. Sin embargo, este enfoque puede utilizarse también durante procesos de solución de problemas que se encuentran en una fase anterior, como el generar una lista de posibles razones por las que la situación es realmente un problema (una tarea de definición y formulación del problema).

En vez de conceptualizar las habilidades de solución de problemas sociales como rasgos de personalidad o como facetas de la inteligencia general, este modelo las considera como un conjunto de habilidades sociales aprendida a través de la experiencia directa y vicaria con otras personas, especialmente con individuos adultos significativos (p. ej., los padres o educadores de niños) para la propia vida (Spivak y Shure, 1974). El grado en que el niño que va desarrollándose aprende estas habilidades reflejará el grado en que las personas adultas de la casa modelan distintas habilidades de solución de problemas.

El modo en el que los modelos adultos significativos afrontan los problemas reales probablemente juegue un papel clave en la adquisición por parte de un niño, de las capacidades para la solución de problemas, sin embargo estas habilidades pueden ser enseñadas o mejoradas en la vida adulta por medio de entrenamiento.

Hay dos razones principales por las que los individuos pueden ser "solucionadores" poco eficaces de problemas. En primer lugar, la persona puede no haber aprendido simplemente las habilidades necesarias. En segundo lugar, el individuo puede haber adquirido las habilidades, pero no es capaz de manifestar eficazmente la solución de problemas en una situación determinada debido a emociones negativas (p. ej., ansiedad o depresión) que inhiben la ejecución de algunas o de todas las variadas operaciones de solución de problemas.

III.3. ESQUEMA GENERAL DEL PROCESO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Un programa de entrenamiento en solución de problemas debe contener los pasos propuestos por D'Zurilla (1986) y Nezu (1989) en el siguiente esquema.

III.3. a) ORIENTACIÓN HACIA EL PROBLEMA

- A. Percepción del problema
(Reconocimiento y clasificación del problema)
- B. Atribuciones del problema
(Atribuciones sobre las causas del problema)
- C. Valoración del problema
(Significación del problema para el bienestar personal-social)
- D. Control personal
 - D.1. Que el problema se perciba como controlable y con solución
 - D.2. Que el sujeto piense que puede resolver el problema por medio de sus esfuerzos
- E. Compromiso de tiempo y esfuerzo
 - E.1. Estimación precisa del tiempo que se tardará en solucionar con éxito el problema.
 - E.2. La disposición del individuo a dedicar el tiempo y esfuerzo necesario para solucionar el problema.

III.3. b) DEFINICIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

- A. Recogida de información
 - A.1. Información sobre la tarea
(p. ej., el papel que uno tiene que representar, como empleado, padre, estudiante, etc.)
 - A.2. Información social-cultural
(se refiere a las características conductuales del propio sujeto y a las de aquellas con los que tiene que interactuar, incluyendo creencias, sentimientos, etc.)
- B. Comprensión del problema
(Organización de la información para comprender la naturaleza del problema)
- C. Establecimiento de objetivos
 - C.1. Plantear los objetivos en términos específicos, concretos
 - C.2 Evitar plantear objetivos poco realistas e inalcanzables

D. Reevaluación del problema

(Una vez que se ha concretado y definido el problema, se vuelve a evaluar con más precisión la importancia del problema, considerando los beneficios de resolverlo o no)

III.3. c) GENERACIÓN DE ALTERNATIVAS

A. Cantidad de alternativas

B. Aplazamiento del juicio

C. Variedad de alternativas

III.3. d) TOMA DE DECISIONES

A. Anticipación de los resultados de la solución

(Consecuencias positivas y negativas esperadas, a corto y a largo plazo)

B. Evaluación (juzgando y comparando) de los resultados de cada solución (Resultados con respecto a: la solución del problema, el bienestar emocional, el tiempo/esfuerzo empleado y el bienestar personal-social general)

C. Preparación de una solución)

(Una solución simple o una combinación de soluciones)

III.3. e) PUESTAS EN PRACTICA DE LA SOLUCIÓN Y VERIFICACIÓN

A. Llevar a cabo la solución elegida

Si no es posible llevar a cabo la solución escogida, debido a diversos obstáculos, se puede:

A.1. Volver a etapas previas de la solución de problemas, para encontrar una solución alternativa

A.2. Centrarse en salvar los obstáculos

B. Auto registro

B.1. Auto observación de la puesta en práctica de la solución y/o de sus productos (resultado)

B.2. Registro (medición) de la actuación y/o de su resultado

C. Auto evaluación

C.1. Solución del problema

C.2. Bienestar emocional

C.3. Cantidad de tiempo y esfuerzo empleada

C.4. Razón beneficio/coste total o bienestar personal-social general

D. Auto reforzamiento

Recompensarse por el trabajo bien hecho, si el resultado es satisfactorio.

Si la discrepancia entre el resultado obtenido y el esperado no es satisfactoria, ir al paso siguiente.

E. Recapitular y reciclar

Volver al proceso de solución de problemas y averiguar las correcciones a hacer para hallar una solución más eficaz.

III.4. EL OBJETIVO DEL ENTRENAMIENTO EN LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

En esta investigación no se aplicó ningún entrenamiento, pero dado que la justificación del presente trabajo es realizar una prevención primaria al desarrollo del alcoholismo mediante el entrenamiento en solución de problemas, es de suma importancia mencionar en que consisten los objetivos del enfoque de terapia de solución de problemas. Estos incluyen:

a. Ayudar a los individuos a identificar los anteriores y las actuales situaciones estresantes de la vida (los acontecimientos más importantes de la vida y los problemas diarios actuales), que constituyen los antecedentes de una reacción emocional negativa.

b. Minimizar el grado en que esa respuesta impacta de forma negativa sobre intentos futuros de afrontamiento.

c. Aumentar la eficacia de sus intentos de solución de problemas, en el afrontamiento de situaciones problemáticas actuales.

d. Enseñar habilidades que permitan a los individuos vérselas de modo más eficaz con problemas futuros, con el fin de evitar perturbaciones psicológicas.

Dependiendo de las circunstancias idiosincrásicas de la propia vida, el entrenamiento dentro de este contexto puede centrarse en cambiar la naturaleza problemática de las situaciones estresantes anteriores y actuales, en modificar la respuesta desadaptativa del paciente a estos acontecimientos (es decir, las perturbaciones psicológicas) o en los dos (Nezu, 1987). El entrenamiento de solución de problemas puede aplicarse en un formato muy estructurado de tiempo limitado, similar a programas de investigación con grupos (Nezu, 1986a; Nezu y Perri, 1989) o con un formato de terapia más amplio y abierto.

Puede considerarse como el único programa de tratamiento, como parte de un paquete de tratamiento más amplio o como una forma de mantenimiento y generalización del entrenamiento. Si se utiliza en unión de otras estrategias de tratamiento, se recomienda que la terapia general se lleve a cabo dentro de un marco general de solución de problemas más amplio (D'Zurilla, 1986, Nezu, Nezu y Perri, 1990), en el que se incorporen técnicas adicionales como medio para facilitar el entrenamiento de un proceso particular de solución de problemas. Por ejemplo, el empleo de la reestructuración cognoscitiva sería muy apropiado durante el entrenamiento en definición y formulación de problemas, con el fin de minimizar el grado en que distintas distorsiones cognoscitivas impidan que un individuo defina un problema con precisión. El empleo del entrenamiento en relajación puede ser importante igualmente durante el proceso de generación de alternativas, con el fin de facilitar la creatividad, al disminuir las posibles interferencias asociadas con la reacción emocional.

III.5. ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN DE LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

La evaluación se dirige a la capacidad general para solucionar problemas y a la puesta en práctica de la solución de problemas de una persona. La capacidad se refiere al conocimiento y comprensión de distintos procesos cruciales de solución de problemas, mientras que la puesta en práctica refleja la aplicación de este conocimiento para resolver problemas determinados de la vida real. Es probable que estas dos variables de solución de problemas se encuentren juntas cuando se trate de identificar déficit específicos y áreas problemáticas idiosincrásicas. Sin embargo una persona

puede ser capaz de generar un amplio rango de soluciones alternativas a un problema, pero tiene dificultades para inhibir la puesta en práctica impulsiva de una solución. El tratamiento para este individuo se centraría más en mejorar sus habilidades de puesta en práctica de la solución de problemas, que en entrenarle en técnicas relativas al torbellino de ideas (Caballo,1991).

La evaluación de la competencia en la solución de problemas de un paciente puede facilitarse empleando distintos inventarios o formatos de entrevista estructurada. Las medidas de papel y lápiz incluyen:

- El PSI (Problem Solving Inventory, [Inventario de Solución de Problemas (I.S.P.)] (Heppner y Peterson, 1982)),
- El MEPS (Means-End Problem Solving Procedure, [Procedimiento Medios-Fines para la Solución de Problemas] (Platt y Spivack, 1975)) y
- El SPSI (Social Problem-Solving Inventory, [Inventario de Solución de Problemas Sociales] (D'Zurilla y Nezu, 1990)).

El I.S.P. es una medida de la capacidad auto valorada de solución de problemas contiene 32 ítems que proporcionan puntuaciones en tres áreas: confianza en la solución de problemas (creer y confiar en las propias capacidades de solución de problemas); estilo de acercamiento-evitación (tendencia general a afrontar o evitar distintas actividades de solución de problemas); y control personal (creencias que se refieren al propio auto control sobre las emociones y las conductas durante la solución de problemas). Este es el inventario que se utilizara en el presente estudio en una forma adaptada, validada y confiabilizada, para poblaciones universitarias de la ciudad de México (Barrera, 1996).

El MEPS, que se orienta más hacia la puesta en práctica, intenta evaluar un aspecto determinado de la solución de problemas -la capacidad medios fines. De acuerdo con el MEPS, se pide a los sujetos que conceptualizen los posibles medios por los que una persona podría lograr un objetivo específico en una situación determinada de la vida (p. ej., hacer amigos en un nuevo vecindario).

El SPSI es una medida de auto informe, relativamente reciente, sobre la capacidad de solución de problemas, que consta de 70 ítems, y que se construyó para evaluar de modo funcional cada uno de los cinco procesos componentes de la solución

de problemas (D'Zurilla y Nezu, 1990). De esta manera, se pueden determinar los déficit individuales en las distintas variables de solución de problemas, como un medio para dirigir la planificación del tratamiento. La *evaluación preliminar de las propiedades psicométricas* de este instrumento sugiere que es una medida válida y fiable de la capacidad de solución de problemas.

Métodos adicionales para evaluar la capacidad de solución de problemas de un paciente implican el uso de entrevistas estructuradas y la representación de hipotéticas situaciones problemáticas (Kendall y Fischler, 1984; Nezu, Nezu y Arean y Kuehl, 1989). La observación, por parte de una terapeuta, de la actuación y de las habilidades del paciente (es decir, los productos del proceso de solución de problemas) que puede tener lugar durante las discusiones de problemas reales. Además, se pueden pedir a los pacientes que lleven un diario o registro de distintos problemas y de sus intentos, entre sesiones, para resolver estos problemas (D'Zurilla, 1986 y Nezu, Nezu y Perri, 1989 para formatos específicos).

IV. CONSUMO DE ALCOHOL

IV.1. ANTECEDENTES

La elaboración del alcohol se basa en la fermentación de cualquier sustancia que contenga azúcar. El primer uso del alcohol probablemente ocurrió en tiempos prehistóricos, incluso se han encontrado vasijas con uvas machacadas en cuevas. Existe de hecho, una corriente antropológica que sostiene la teoría de que el cultivo de la tierra se desarrolló tanto para aumentar la cantidad de alimentos como para disponer de bebidas alcohólicas y no existe ninguna razón para suponer que estas se ingerían solo para degustarse (Espresate, S.; 1994). Su producción organizada se remonta desde el año 3700 A.C. en Egipto donde según documentos históricos se describe una cervecería. Años más tarde el gobernador de Creta recaudaba impuestos sobre el vino. Fue hasta siglos más tarde cuando se empezó a utilizar la palabra alcohol, que proviene del vocablo Árabe compuesto por el prefijo *al* y el sustantivo *Kohl* que servía para designar un polvo para pintar las pestañas y daba la idea de algo sublime y sutil. En la edad media los árabes introdujeron la destilación a Europa. Este proceso químico consistía en eliminar el agua de los productos ya fermentados (que solo podían alcanzar concentraciones de 13 grados, como en el vino, la sidra, la cerveza...) utilizando el calor, logrando obtener bebidas de hasta 65 grados de concentración (whisky, ron, ginebra, vodka, brandy, tequila...).

Al entrar en contacto con la civilización Azteca, los españoles descubrieron que los indígenas, quienes no conocían las costumbres del Viejo Mundo, bebían un fermento alcohólico denominado pulque. Asimismo, James Cook en sus expediciones a la Polinesia pudo comprobar que los indígenas ingerían *Kava*, un destilado alcohólico extraído de los granos de la pimienta. Tales hechos demuestran que el consumo de bebidas alcohólicas es un fenómeno inherente a la practica totalidad de las civilizaciones y épocas.

A través de los tiempos se ha resaltado el uso místico del alcohol para venerar a los dioses: Los egipcios a Osiris, los griegos a Dionisio y los romanos a Baco....

Ramses III distribuía cerveza entre sus súbditos y les decía que la sensación que experimentaban irradiaba de él. En la Biblia también se escribe de el alcohol considerando al vino como la sangre de Cristo, brebaje estimulante y animador: "Alabado sea Dios, que ha hecho surgir fruta de la tierra y vino que alegra el corazón del hombre".

En la historia, el consumo del alcohol siempre ha ido acompañado de la necesidad de regularlo, siendo incluso en algunas épocas castigado con la muerte. Muchas religiones lo prohíben, e incluso en Estados Unidos estuvo prohibido desde 1919 a 1933.

La concepción del problema del alcoholismo también ha evolucionado, de ser considerado como una deficiencia moral paso a ser considerado, como una enfermedad la cual merece ser tratada como cualquier otra (Asociación Medica Americana, 1956) .

A través de la historia los factores de riesgo y las enfermedades han ido cambiando conforme las sociedades evolucionan habiendo cada vez mas personas y también mas lugares en que se ingiere alcohol en formas diversas. El individuo ha modificado sus estilos de vida incorporando hábitos, que en muchas ocasiones tienen consecuencias adversas a su salud, entre los que se encuentran el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (Braudel, 1994).

En la actualidad el consumo de alcohol (DSM-IV) se ha convertido en un problema de salud pública con consecuencias biológicas, psicológicas y sociales que rebasan las fronteras geográficas, aunque guardan en cada país características particulares. Asimismo este fenómeno esta vinculado con la dinámica económica y social, así como con los delitos y la violencia. El alcohol es el depresor del sistema nervioso central utilizado con más frecuencia y el responsable de una considerable morbilidad y una mortalidad.

IV.2. CONSUMO DE ALCOHOL EN MÉXICO

Sin duda el alcohol es el fármaco más difundido entre la humanidad. Hoy representa un grave problema de salud pública, cuya atención requiere de constantes estudios epidemiológicos para conocer sus cambiantes modalidades de presentación. Es sabido que el hábito de consumo de alcohol se instala en la juventud y que una vez presente es difícil de eliminar. Por lo tanto, entre más se sepa sobre las características que tiene su consumo entre los jóvenes, mayor es la posibilidad de planear acciones concretas que permitan el control de su consumo.

En México, desde hace más de dos décadas, diversos investigadores e instituciones se dieron a la tarea de conocer el comportamiento de las adicciones, a través de un abordaje científico que ha representado una laboriosa empresa cuyos logros se han difundido y no obstante las limitaciones de representatividad y cobertura de estos estudios, aportaron valiosa información que ha permitido conceptualizar el fenómeno de las adicciones en nuestro país (Tapla-Conyer y Cravioto, 1993).

En la encuesta nacional de adicciones (E.N.A. 1993) se obtuvieron los siguientes resultados con respecto al consumo de alcohol:

- La prevalencia total de población bebedora fue del 66.5% es decir, más de 28 millones de mexicanos, de ellos 77% son hombres y 57% mujeres (14,914,519 y 13,293,275 respectivamente).
- El porcentaje global de jóvenes bebedores entre 12 a 18 años fue del 12%, lo que equivale a 5 millones de adolescentes que han consumido bebidas embriagantes.
- Al estratificar por región destaca del centro del país, incluyendo a la Ciudad de México y zona conurbada como aquella con las mayores prevalencias de consumo (por arriba de la media nacional que fue del 66.5%).
- Consumo por tipo de bebida - Con respecto a la prevalencia de consumo por tipo de bebida, el 70% de los bebedores tanto adolescentes como mayores de 19 años consumen cerveza, seguida por los destilados (53%) y el vino (27%), en cambio el consumo del pulque tiende a ser menor (4%), probablemente mayor en las zonas rurales de nuestro país.

- Embriaguez o intoxicación - Para definir este concepto se tomó aquella población que tomó más de 5 copas por ocasión y manifestó haber llegado hasta el estado de ebriedad. El 23% de los bebedores llegaron a la embriaguez representando cerca de 6 millones de individuos entre los 12 y 65 años de edad. De éstos el 7% (casi 700 mil) son adolescentes y el resto adultos. Prevalciendo la población masculina en una razón de 7 hombres por cada mujer. El consumo moderado y el llegar al estado de ebriedad no están asociados.
- Dependencia - La prevalencia nacional para dependencia fue de 9.4%, que equivalen a más de 3 millones de individuos, de ellos el 19.5 varones y 1.2% mujeres.
- Mortalidad asociada al consumo de alcohol - La importancia del estudio del consumo de alcohol resalta al ver la asociación que tiene con 6 de las 10 principales causas de muerte en el país, tales como: enfermedades del corazón, afecciones perinatales, enfermedades cerebro vasculares, cirrosis, accidentes, homicidio y lesiones infligidas intencionadamente por otras personas.

Anteriormente se han mencionado términos como "Alcoholismo", "Consumo de alcohol", "Embriaguez o intoxicación" y "Dependencia", e incluso se ha remarcado que el consumo moderado y el llegar al estado de ebriedad no están asociados; esto resulta confuso debido a los diferentes intentos que se han dado para definir este problema. Para muchos autores hablar de Alcoholismo y dependencia del alcohol, puede ser lo mismo, pero para otros son cosas totalmente diferentes. En el siguiente apartado se mencionaran algunas posturas en cuanto al tema.

V. ALCOHOLISMO DESDE DIFERENTES PERSPECTIVAS

La velocidad con la que el alcohol es asimilado y la constancia en su ingestión son los principales factores desencadenantes del alcoholismo, una de las enfermedades que mayores problemas clínicos y sociales plantea en todo el mundo.

Algunas de las ideas que han surgido en el intento por explicar las variaciones en el consumo de alcohol se hayan vinculadas a los factores sociales y culturales que se encuentran asociados a la ingestión; sin embargo hablar de las causas sociales que influyen en la génesis y en el desarrollo del alcoholismo resulta sumamente complejo. Puesto que no hay una relación causal única, y dado que no puede decirse que sólo los factores sociales y culturales influyen en la aparición del alcoholismo. Numerosos aspectos deben ser tomados en consideración para realizar un análisis serio del tema que aquí nos ocupa.

V.1. EL ALCOHOLISMO DESDE EL CONDUCTISMO

La Psicología Conductual parte del hecho de que el alcohol al igual que otras drogas sirven como reforzadores poderosos, lo cual significa que los esfuerzos de investigación para entender y modificar la dependencia al alcohol en los humanos debe estar basada en una explicación de Condicionamiento Clásico y Operante (Hunto y Arzin, 1972; Wikler, 1965, 1971; en Quiroga, 1994).

En términos generales las teorías del condicionamiento sugieren que el abuso crónico de alcohol, es la consecuencia de conductas que son adquiridas y mantenidas

Es así como los estudios de condicionamiento clásico en el abuso de drogas explican cómo los ex-adictos llegan a desarrollar síntomas de abstinencia cuando regresan al medio ambiente en el que con su anterioridad habían usado drogas, aún después de la desintoxicación (O'brien y cols., 1975). No sólo presentado un deseo vehemente por la droga, sino también mostrando signos físicos de enfermedad (bostezo, dolor de cabeza, irritabilidad, tensión muscular, etc.).

La existencia de ambos fenómenos de condicionamiento (clásico y operante) requieren ser tomados en cuenta en el tratamiento de las adicciones. Varios métodos innovadores, se han experimentado con el propósito de influir sobre estos tipos de condicionamiento para permitir al paciente que se enfrente con el síndrome de retirada así como con la búsqueda condicionada de las drogas. Kraft (1968, 1969, 1970) ha sugerido que un factor causal más a considerar en el problema de la farmacodependencia, es la falta de habilidades en la interacción social que algunos individuos suelen presentar. Dicha falta de habilidad se ha visto como una fuente evocadora de ansiedad, la cual es mitigada por algunos sujetos con el consumo de drogas.

V.2. EL ALCOHOLISMO DESDE LA PSIQUIATRÍA

Una de las tantas definiciones de alcoholismo que existen dentro de la psiquiatría es la que menciona Keller (1960): "El alcoholismo es una enfermedad crónica de carácter físico, psíquico o psicosomático, que se manifiesta por un desorden de la conducta y que se caracteriza por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas, hasta el punto de que excede a lo que se acepta socialmente y que interfiere con la salud del bebedor, con sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el trabajo."

En la clínica del psiquiatra es común encontrar dos tipos de alcohólicos:

- 1) El que empieza a beber secundariamente a sus conflictos emocionales hasta desarrollar un síndrome de adicción al alcohol.
- 2) El que genera problemas personales, familiares y sociales como consecuencia de su incontrolable forma de beber.

V.3. EL ALCOHOLISMO DESDE EL ASPECTO SOCIAL

Específicamente en lo que respecta a lo social, existen numerosas definiciones en torno al alcoholismo, pero se carece de una conceptualización particular, de un entendimiento del fenómeno a la luz de un marco teórico general, y por consiguiente, no existe una teoría sociológica o antropológica del mismo. Se han visto las relaciones del consumo inmoderado de alcohol con diferentes aspectos de la organización social y familiar, pero al no existir la teoría que sustente estas relaciones, no puede llegarse a una definición que explique la naturaleza social del alcoholismo. Dada esta incapacidad para conceptualizar a la ingestión anormal de alcohol desde el punto de vista sociológico, se ha producido una multiplicidad de definiciones, todas ellas subjetivas, descriptivas y parciales.

Una de estas definiciones es la de Tzivanis (1981) que dice que el alcoholismo activo se puede definir como un padecimiento crónico y progresivo para el cual no existe una cura conocida que implica el uso de bebidas alcohólicas y a veces, tranquilizantes menores, a tal grado que interfieren la vida funcional del individuo, según lo manifiestan los problemas de salud, familiares, laborales, legales o emocionales (Valles, J., 1978).

V.4. EL ALCOHOLISMO DESDE EL PSICOANÁLISIS

Knight (1937) dividió en dos grupos a los sujetos con problemas de alcoholismo: en el primero se encuentran los alcohólicos primarios o esenciales y en el segundo, los sintomáticos, secundarios o reactivos.

Dicha clasificación resulta útil para determinar los objetivos que se pretenden alcanzar en la psicoterapia y para fines pronósticos.

El alcohólico primario o esencial ha sufrido estancamiento o regresiones en el desarrollo de su personalidad en estadios muy tempranos de su vida, lo que da lugar a alteraciones muy importantes en la estructura de su personalidad, siendo pacientes con más mal pronóstico que los sintomáticos o secundarios.

El alcohólico sintomático, reactivo o secundario, es un individuo que logró una mejor estructuración de su personalidad, pero el impacto de conflictos emocionales *continuos* lo han orillado a asumir una conducta regresiva a estadios más tempranos de su vida.

V.5. EL ALCOHOLISMO DESDE LA MEDICINA

Una de las formas de clasificación para la valoración del alcoholismo más difundidas, es la de Jellinek (1960):

- Alfa- Dependencia exclusivamente psicológica del alcohol de la que se someten a tratamiento los síntomas emocionales.
- Beta- Existencia de complicaciones (gastritis, cirrosis...) aunque no se registre dependencia física ni psíquica.
- Gamma- Dependencia física y psíquica, pérdida de la capacidad de beber con moderación, pérdida del control.
- Delta- Dependencia física e incapacidad para abstenerse de beber.
- Épsilon- Alcoholismo periódico, con las mismas características que la categoría gamma, pero con largos periodos de abstinencia.

Jellinek también desarrollo una tabla que marca con claridad las etapas por las que pasa un alcohólico:

1- Fase Prealcohólica

- Relajamiento ocasional de las tensiones a través de la bebida.
- Relajamiento constante de las tensiones a través de la bebida.
- Aumento de la tolerancia del alcohol.

2 - Fase Prodrómica

- Palimpsestos (lagunas mentales).
- Beber a escondidas.
- Preocupaciones por la bebida.
- Beber con avidez.
- Sentimientos de culpabilidad por la forma de beber.
- Evitar el tema de la bebida.
- Aumento de los Palimpsestos.

3 - Fase Crucial o Crítica

- Perdida del control, borrachera, agresividad, etc.
- Racionalización de la manera de beber.

Se busca neutralizar las presiones sociales.
Comportamiento grandioso y fanfarrón.
Temores persistentes.
Pérdida total de la abstinencia (compulsión a la repetición).
Tentativa de modificar la manera de beber.
Alejamiento de los amigos.
Renuncia a los empleos.
La bebida constituye el centro de la vida.
Pérdida de los intereses externos.
Cambio de interpretación de las relaciones interpersonales.
Autocompasión.
Fuga geográfica.
Cambio en las actitudes familiares.
Resentimientos irracionales.
Protección de su provisión de alcohol.
Negligencia alimentaria.
Primera hospitalización.
Disminución del apetito sexual.
Celos mórbidos.
Beber en ayunas.

3 - Fase Crónica

Intoxicación prolongada.
Deterioro moral acentuado.
Trastornos del pensamiento.
Psicosis alcohólica.
Beber sustancias similares que contienen alcohol.
Disminución de la tolerancia.
Temores indefinibles.
Temblor persistente.
Inhibición psicomotriz.
El beber toma un carácter obsesivo.
Aparecen varias ideas o temores de apariciones religiosas.
Desmoroamiento del sistema racional.
Hospitalización definitiva.
Muerte.

Aunque esta tabla fue realizada en 1960, aun tiene vigencia en la actualidad y es la más utilizada.

V.6. EL ALCOHOLISMO DESDE LA O.M.S.

En 1977, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), publicó un trabajo editado por los más destacados especialistas en el campo del alcoholismo cuya finalidad principal, *ampliamente lograda, fue la de esclarecer* conceptos en torno a esta farmacodependencia. En ese trabajo fundamental en el campo del alcoholismo se propone dar el nombre de "síndrome de dependencia del alcohol" a lo que hemos conocido como alcoholismo, aclarando que los autores no se oponen al uso ya universalmente aceptado de este término, ni a la posición de quienes se inclinan por el concepto de enfermedad aplicado a esta condición evidentemente patológica. Una extensa revisión de la bibliografía existente conduce, *dice este grupo de investigadores*, a una primera conclusión indiscutible: el síndrome existe, aunque científicamente no se esté en posición de clasificar la dependencia del alcohol como una condición de etiología conocida y de expresión patológica totalmente establecida conforme a lo que comúnmente se conoce como "historia natural de la enfermedad".

El síndrome de dependencia al alcohol es definido como una enfermedad crónica, progresiva, incurable y mortal; caracterizada por la adicción al alcohol y otros sedantes, que afecta las áreas físicas, psíquicas y sociales de la persona (O.M.S., 1977).

V.6. EL ALCOHOLISMO DESDE LA A.S.A.M.

La asociación de psiquiatras de Estados Unidos (A.S.A.M.) en 1992 publicó el *Journal of American Medical Association* la siguiente definición basada en las consecuencias del alcoholismo:

"El alcoholismo es una enfermedad primaria y crónica con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen sobre su desarrollo y manifestaciones. A menudo la enfermedad es progresiva y fatal. Se caracteriza por la pérdida de control sobre la manera de beber, preocupación por la droga alcohol, uso de alcohol a pesar de las consecuencias adversas y distorsiones en el pensamiento, siendo la negación la más notable de ellas. Cada uno de estos síntomas puede ser continuo o periódico (A.S.A.M., 1992)."

VI. TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL DESDE EL D.S.M. IV

Los problemas médicos generados por el consumo del alcohol abarcan varios rangos: en primer lugar, la intoxicación etílica aguda que puede presentarse tanto en bebedores sociales como en bebedores consuetudinarios; en segundo lugar, las complicaciones medicas del consumo crónico del alcohol que afecta prácticamente a todos los órganos , pero fundamentalmente al aparato digestivo y al sistema nervioso central y periférico; y finalmente, el llamado síndrome de dependencia al alcohol, que es una complicación psiquiátrica de tipo adictivo en donde el consumidor de bebidas embriagantes ha desarrollado dependencia psíquica y física al alcohol.

Es importante saber diferenciar estos tres rangos de problemas consecutivos del consumo de alcohol, ya que, desgraciadamente muchos médicos confunden estos tres tipos de complicaciones en una sola, a la que genéricamente le dan el nombre de "alcoholismo". Un intento para evitar confusiones entre estos rangos, es la clasificación del D.S.M. IV, que además menciona todos los demás trastornos con los que se relacionan.

El D.S.M. IV subdivide a los trastornos relacionados con el alcohol en dos grupos: Trastornos por consumo de alcohol y trastornos inducidos por alcohol, mismos que serán descritos a continuación.

VI.1. TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL

A estos trastornos son asociados con las definiciones de alcoholismo por el tipo y frecuencia de consumo de alcohol, así como por sus consecuencias.

VI.1. a) DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

La dependencia fisiológica al alcohol se reconoce por la demostración de tolerancia o de síntomas de abstinencia. La abstinencia del alcohol se caracteriza por la aparición de síntomas de abstinencia unas 12 horas después de disminuir la ingesta de

grandes cantidades tras un consumo prolongado. Debido a que la abstinencia de alcohol puede ser desagradable o intensa, los sujetos con dependencia del alcohol nunca experimentan síntomas relevantes de abstinencia y sólo cerca del 5% de los sujetos con dependencia los experimentan siempre. Una vez presente el patrón de uso compulsivo, los sujetos con dependencia pueden dedicar mucho tiempo al consumo de bebidas alcohólicas. Estos sujetos continúan con frecuencia el consumo de alcohol a pesar de la demostración de las consecuencias adversas físicas o psicológicas (p. ej., depresión, pérdidas de memoria, enfermedades hepáticas u otras secuelas).

VI.1. b) ABUSO DE ALCOHOL

La actividad escolar y el rendimiento laboral pueden verse afectados por los efectos de la bebida o de la intoxicación. El sujeto puede beber en situaciones peligrosas (conduciendo, manejando máquinas). Beber alcohol puede causarle problemas legales (p. ej., detenciones por intoxicación o accidentes automovilísticos). Por último, los sujetos con abuso de alcohol pueden continuar bebiendo a pesar de que saben los problemas sociales o interpersonales irreversibles que ello le acarrea (p. ej., discusiones violentas con la mujer mientras está intoxicado, abuso de los niños). Cuando estos problemas se acompañan con demostraciones de tolerancia, abstinencia o comportamiento compulsivo relacionado con la bebida, debe considerarse el diagnóstico de dependencia alcohólica más que el de abuso de alcohol.

VI.2. TRASTORNOS INDUCIDOS POR EL ALCOHOL

Estos trastornos pueden presentarse en forma aislada o como parte de un síndrome.

VI.2. a) INTOXICACIÓN POR ALCOHOL

La característica esencial de la intoxicación alcohólica (embriaguez) es la presencia de un cambio psicológico o comportamental desadaptativo clínicamente significativo (comportamiento agresivo, labilidad emocional, sexualidad inapropiada, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que aparece durante la ingestión de alcohol o poco tiempo después. Estos cambios se acompañan de lenguaje farfullante, falta de coordinación, marcha inestable, nistagmo, deterioro de la atención o la memoria, estupor o coma. Los síntomas no son debidos a

enfermedad médica y no se explican mejor por otro trastorno mental. El cuadro clínico es similar al que se observa durante la intoxicación por benzodiazepinas o sedantes. La falta de coordinación puede interferir la capacidad de conducir hasta el punto de provocar accidentes.

VI.2. b) ABSTINENCIA DE ALCOHOL

Se presenta cuando hay una interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades. Los síntomas empiezan cuando las concentraciones de alcohol en la sangre disminuyen bruscamente (p. ej., entre 4 y 12 horas) después de haber interrumpido o reducido la bebida y se alivian con frecuencia tras la administración de alcohol u otros depresores del sistema nervioso central. Puede presentar, o no, hiperactividad autonómica (p. ej., sudoración o más de 100 pulsaciones), temblor distal de las manos, insomnio, náuseas o vómitos, ilusiones, alucinaciones transitorias visuales, táctiles o auditivas, agitación psicomotora, ansiedad, crisis epilépticas, malestar y deterioro de la actividad social laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.

VI.2. c) OTROS TRASTORNOS INDUCIDOS POR ALCOHOL

Los siguientes trastornos se diagnostican asociándolos con aquellos con los que comparten fenomenología:

- Delirium por intoxicación por alcohol
- Delirium por abstinencia de alcohol
- Demencia persistente inducida por el alcohol
- Trastorno amnésico persistente inducido por el alcohol
- Trastorno psicótico inducido por el alcohol, con ideas delirantes
- Trastorno psicótico inducido por el alcohol, con alucinaciones
- Trastorno del estado de ánimo inducido por el alcohol
- Trastorno de ansiedad inducido por el alcohol
- Trastorno sexual inducido por el alcohol
- Trastorno del sueño inducido por el alcohol
- Trastorno relacionado con el alcohol no especificado

VI.3. CURSO

Es probable que el primer episodio de intoxicación alcohólica, aparezca en la juventud, con una edad de inicio de la dependencia alcohólica entre los 20 y los 30 años. La gran mayoría de quienes desarrollan trastornos relacionados con el alcohol lo hacen a partir de los 30 años. La primera demostración de abstinencia no aparece probablemente hasta que se han desarrollado muchos otros aspectos de la dependencia alcohólica. El abuso y la dependencia del alcohol presentan un curso variable que se caracteriza frecuentemente por períodos de remisión y de recaídas. La decisión de interrumpir la bebida, a menudo como respuesta a una situación de crisis, es seguida con toda probabilidad por semanas o meses de abstinencia. Sin embargo, una vez, reanudado el consumo de alcohol reaparecen de nuevo rápidamente los problemas graves.

Durante el período precoz, cuando los niveles de alcoholemia van subiendo, los síntomas suelen consistir en *charlatanería, sensación de bienestar, alegría, brillantez* y un estado de ánimo expansivo. Más tarde, cuando disminuyen los niveles de alcoholemia, el sujeto se deprime progresivamente, se retrae y presenta deterioro cognoscitivo. A niveles muy altos de alcoholemia (p. ej., 200-300 mg./dl.) un sujeto sin tolerancia es probable que se duerma y entre un primer estado de anestesia. Niveles todavía mayores (p. ej., 300-400 mg./dl.) pueden provocar inhibición de la respiración, bradicardia e incluso muerte en sujetos sin tolerancia.

La duración de la intoxicación depende de la cantidad de alcohol consumida en un período de tiempo determinado. En general, el organismo es capaz de metabolizar aproximadamente una bebida por hora, puesto que el nivel de alcoholemia suele disminuir en una proporción de 15-20 mg./dl./hora. Los signos y síntomas de la intoxicación probablemente son más intensos cuando los niveles de alcoholemia van aumentando que cuando van disminuyendo.

VI.4. CONSECUENCIAS

La dependencia del alcohol y el abuso de alcohol se asocian con frecuencia a la dependencia y el abuso de otras sustancias (p. ej., Cannabis, cocaína, heroína, anfetaminas, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, y nicotina). El alcohol puede usarse para aliviar los efectos secundarios de estas sustancias o para sustituirlas en caso de no disponer de ellas. Los síntomas de depresión, ansiedad e insomnio acompañan frecuentemente y a veces preceden la dependencia del alcohol.

Los trastornos relacionados con el alcohol se asocian a un aumento significativo del riesgo de accidentes, violencia y suicidio. Según Oughourlan J.M. (1977) se estima que aproximadamente la mitad de las muertes por accidentes de tráfico se deben a que el conductor o el peatón están bebidos. La intoxicación alcohólica grave, especialmente en sujetos con trastorno antisocial de la personalidad, se asocia con la ejecución de actos criminales. Por ejemplo, más de la mitad de todos los asesinatos y sus víctimas se cree que presentaban intoxicación por alcohol en el momento del asesinato. La intoxicación alcohólica grave contribuye a los intentos de suicidio y a los suicidios consumados. Los trastornos relacionados con el alcohol contribuyen al ausentismo escolar y laboral, a los accidentes laborales y a la disminución de la productividad.

La ingestión repetida de dosis altas de alcohol puede afectar casi todo los órganos, especialmente, el tubo digestivo, el sistema cardiovascular y el sistema nervioso central y periférico. Los efectos gastrointestinales incluyen gastritis y úlceras de estómago o duodeno, y cerca del 15% de los grandes consumidores de alcohol presentan cirrosis hepática y pancreatitis. También se observa un aumento de la proporción de cáncer de esófago, estómago y de otras partes del tubo digestivo.

La hipertensión moderada es una de las enfermedades asociadas con más frecuencia. Un mayor riesgo de cardiopatía. La neuropatía periférica déficit cognoscitivo, deterioro grave de la memoria y cambios degenerativos en el cerebelo.

El trastorno amnésico persistente (síndrome de Wernicke-Korsakoff), en el que está gravemente deteriorada la capacidad para procesar nuevos datos en la memoria (memoria a corto plazo).

Otras consecuencias físicas son temblor, marcha inestable, insomnio y disfunción de la erección pueden presentar una disminución del tamaño testicular y signos de feminización a causa de la disminución de los niveles de testosterona. El consumo de alcohol abundante y repetido durante el embarazo puede asociarse a abortos espontáneos y síndrome de alcohol fetal.

La intoxicación por alcohol puede dar lugar a caídas y accidentes que pueden provocar fracturas, hematomas subdurales y otras secuelas de traumatismos craneales. La intoxicación alcohólica repetida y grave puede suprimir los mecanismos inmunológicos y predisponer a infecciones y al aumento de riesgo de cáncer.

Por todas estas razones es indispensable detectar tempranamente a las personas que pueden desarrollar dichos trastornos, para proporcionarles herramientas que los orienten hacia la salud. Aunque las definiciones proporcionadas por el D.S.M. IV resultan de gran utilidad para que entre autores se sepa específicamente a que se refieren con cada termino, también resultan un poco limitantes ya que dejan a un lado la gran cantidad de factores que se encuentran presentes antes del consumo del alcohol.

El presente estudio se enfoca en la predisposición del individuo a desarrollar alcoholismo, es decir los rasgos de carácter o conductas que presentan los individuos incluso mucho tiempo antes de tener contacto con la primera bebida alcohólica. Se puede manejar el termino alcoholismo como sinónimo de dependencia al alcohol, aunque sabemos que el objeto de este estudio no es detectar a sujetos que presentaren dichas características. Sin embargo sus rasgos de personalidad los pueden llevar a desarrollar dicho trastorno, considerando que para llegar a ese grado, tiene que haber pasado por la intoxicación y el abuso del alcohol previamente .

VII. PERSONALIDAD ALCOHÓLICA

La estructura de la personalidad junto con los factores de tipo genético, psicofisiológico y bioquímico, así como los elementos socioculturales, constituye uno de los factores determinantes en el desarrollo del alcoholismo (Peterson, 1990). Ya que esta problemática es muy amplia en este estudio nos enfocaremos únicamente a los aspectos psicológicos que comprenden la personalidad del alcohólico.

Aunque no se ha podido estructurar lo que pudiera denominarse una "personalidad alcohólica", casi la totalidad de los autores están de acuerdo que todos los sujetos alcohólicos tienen problemas psicológicos derivados de una detención, un estancamiento o una regresión en el desarrollo de su personalidad.

Se ha invertido gran cantidad de energía en la búsqueda de una estructura de la personalidad común a los alcohólicos. Se ha sometido a diversos grupos de alcohólicos a una gran cantidad de pruebas psicológicas con objeto de encontrar una constelación de rasgos característicos de los alcohólicos. Además, tales estudios inevitablemente confunden las características de personalidad presentes en el individuo antes de desarrollar el síndrome de dependencia al alcohol, con los cambios en las características o el desarrollo de nuevos rasgos consecutivos a dicha adicción. Pese a lo anterior, la mayor parte de los sujetos con síndrome de dependencia al alcohol o incapacidades relacionadas a su consumo, exhiben rasgos de personalidad muy frecuentes, tales como: inmadurez de personalidad (fijada en niveles muy tempranos de desarrollo, con defensas frágiles e inestables), un mal contacto con la realidad, con gran tendencia a la negación de la misma, son dependientes, narcisistas, con serios problemas en el manejo de su hostilidad que los lleva a asumir actitudes pasivo-agresivas ante los demás. Son muy sensibles y tienen frecuentes problemas de inestabilidad emocional. Su umbral de ansiedad es muy bajo y está se desencadena fácilmente, aun ante problemas relativamente sencillos. Esperan que los demás decidan por ellos, o les resuelvan los problemas. Muchos de ellos tienen problemas psicosexuales de falta de identificación, manejadas con frecuencia a través de formaciones reactivas. La mayor parte de los alcohólicos presentan sentimientos de inferioridad, autodevaluación y minusvalía, además de ser altamente culpígenos. La

ambivalencia es otro rasgo de la personalidad comúnmente encontrado en los alcohólicos. Esta fijación responde a características infantiles y de dependencia tales como el narcisismo, comportamiento demandante, pasividad y dependencia (Nakken, 1988).

Son muchos los autores que hablan de una "Personalidad Alcohólica" como un factor predisponente al alcoholismo:

Existe un buen número de científicos cuyos puntos de vista sostienen que el alcohólico "es diferente" en su psicología al resto de la población y que posee unas características con las cuales se puede confeccionar una descripción de la "Personalidad Alcohólica" (Sánchez Herrera, 1974).

Hay psiquiatras y psicólogos que describen al alcohólico, como neurótico desajustado, incapaz de tolerar la frustración o la tensión emocional, incapaz de relacionarse afectivamente con las demás personas, sexual y emocionalmente inmaduro, aislado, dependiente, pobremente integrado y con fuertes sentimientos de culpa e inutilidad (Santos 1977)

Aquellos pacientes que consideramos como alcohólicos, la historia clínica descubre siempre, que antes de convertirse en bebedores, presentaban ya trastornos de la personalidad (Ramón Torres, 1981) .

Los rasgos más constantes en las personas que después se vuelven alcohólicas son los siguientes: inmadurez afectiva, incapacidad para asumir responsabilidad, incapacidad para superar las dificultades y establecer contactos sociales válidos, deseos de evasión, pasividad, dependencia y ansiedad" (Tzivanis, J.R., 1981).

Cuando el individuo se inicia en la ingestión de alcohol, no sabe ni él mismo que será alcohólico Sin embargo, esto no prueba que el individuo no nace alcohólico... Sépase bien que el alcoholismo es una enfermedad; que un alcohólico (o bebedor problema) es un enfermo, y no vicioso o degenerado; el alcohólico es todo aquel que se crea problemas cuando entra en contacto con el alcohol; que un alcohólico no tiene precisamente, que beber todos los días, ni haber tenido accidentes de tránsito, ni haber destruido su hogar, ni haber perdido el empleo, ni haber estado en la cárcel, ni haber cometido un acto delictivo debido a una amnesia alcohólica, ni haber perdido dinero por

tragos, ni haber sufrido un delirium tremens, ni haberse muerto de una intoxicación alcohólica o una cirrosis hepática. ... Pero sépase también, que la enfermedad es progresiva y que lo que no ha sucedido hasta hoy, puede suceder mañana ... si se sigue bebiendo (Jellinek,1980) .

Diferentes autores han llegado a la conclusión de que el rol que juegan factores de personalidad en el alcoholismo ya no es sólo especulación y que las personas alcohólicas como grupos generalmente muestran sintomatología común que puede ayudar a que se les diferencie de las personas normales, y también de los pacientes psiquiátricos.... Se observa, cómo la persona alcohólica necesita una mayor dosis de alcohol para sobrevivir, para crear un estado de euforia y en esta forma disminuir la apatía y la tristeza, reduciendo la ansiedad y evitando la desilusión y la soledad, y para algunos, poder crear un estado prolongado de autodestrucción (Casanueva, 1981).

La adicción al alcohol es sintomatología de un trastorno de la personalidad. A pesar de que muchos alcohólicos crean que si dejaran de beber serían individuos normales, rara vez se encuentra en ellos, aun durante los períodos de sobriedad, una personalidad psicológicamente bien adaptada, que estuviera oculta bajo las expresiones de la intoxicación crónica con alcohol... La mayoría tiene en su carácter rasgos de la personalidad inadecuada o de la personalidad pasivo-agresiva. Un número menor de individuos compulsivos, que se organizan de manera rígida o individuos dependientes, con afecto depresivo y a veces con personalidad paranoide. El resto de los adictos presenta los rasgos de carácter y las expresiones sintomáticas de las psicosis graves.... En conclusión, los factores genéticos, la constitución del individuo y las experiencias emocionales del niño en sus transacciones familiares, contribuyen a predisponer a la persona al alcoholismo (Kolb,1974).

El alcoholismo puede ser definido como una neurosis caracterizada por el uso compulsivo del alcohol, en forma repetida, para la satisfacción de necesidades básicas de la personalidad. El alcohol se vuelve progresivamente sustituto de otras *formas realistas y socialmente integradas de satisfacer esas enfermedades...* Los alcohólicos son generalmente sujetos débiles de carácter, pasivos, dependientes, receptivos, que se desalientan fácilmente y que tienden a huir de la verdad (De la Fuente, 1959) .

El alcoholismo es un mal que se asocia con el empleo excesivo de bebidas embriagantes... Aunque no se ha descubierto entre los alcohólicos el patrón de enfermedad general, ciertas características son comunes a mucho de ellos. Los alcohólicos suelen ser emocionalmente inmaduros, dependientes y pasivos. No han crecido hasta el punto de que pueden asumir la responsabilidad adecuada. El alcohólico a menudo, es una persona de elevadas aspiraciones. Su incapacidad de alcanzar metas que se ajusten a la realidad lo llevan a tratar de encontrar sensaciones temporales de suficiencia y superioridad en la bebida. Los sentimientos de hostilidad son importantes en algunos casos del alcoholismo. El alcohólico ha crecido con sentimientos de insuficiencia e inseguridad. Los estudios demuestran que la mayoría de los alcohólicos son individuos faltos de independencia y regidos por falsos conceptos sobre sí mismos. Suelen identificar mal el papel que el sexo desempeña (Narramore, 1966; citado en Armendaris, 1984).

El rol de factores de personalidad en el alcoholismo ya no es sólo una especulación. Conforme a las definiciones de la personalidad del alcohólico, es esencial demostrar que éstas características de personalidad predisponen a una persona a ser alcohólica, y no solamente ocurre como una consecuencia del desorden (Hoffman, 1975).

Investigaciones recientes apoyan la idea de que los alcohólicos tienen una estructura yóica más débil que las personas normales. En el MMPI (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota) los alcohólicos muestran una elevación consistente en la escala Dp. (Desviación psicopática), la cual indica entre otras cosas, falta de fuerza yóica (Armendaris, 1984).

Kassenbaum (1974) realizó una correlación de las escalas de MMPI, resultando la escala Dp. (Desviación psicopática) como factor más elevado sobre la fuerza yóica versus estructura yóica débil. Otra característica de los alcohólicos, la cual nos señala el ego-débil es la poca tolerancia a la frustración e impulsividad. Una tolerancia pobre hacia la frustración parece ser un indicio clínico frecuente en alcohólicos reportado por Cowan en 1974. La hostilidad también podría considerarse como una señal de poco control de impulsos y de un ego débil. Esta evidencia de hostilidad ha sido encontrada en las respuestas de algunos alcohólicos, en los estudios del TAT y del MMPI (Armendaris, 1984).

Ritson (1974) encontró que los alcohólicos tenían resultados elevados en hostilidad en el MMPI. En opinión de algunos autores, los alcohólicos necesitan gratificaciones a corto plazo, siendo incapaces de tomar en consideración consecuencias a largo plazo de sus acciones. Esta característica de la función yóica, es la habilidad de establecer relaciones objetables satisfactorias (Armendaris, 1984).

Ciertas investigaciones parecen sugerir que los alcohólicos tienen problemas con su identidad sexual. En algunos de los estudios que han utilizado el MMPI, los alcohólicos han mostrado un resultado bajo en la escala MF (de Masculinidad-Femineidad), aunque este hallazgo no se ha presentado constantemente.

En un estudio realizado por Parker, F.B. (1975) con la prueba de Terman Miles, de Masculinidad-Femineidad, los alcohólicos mostraron menor grado de masculinidad que los normales. Estas diferencias fueron particularmente marcadas en alcohólicos que provenían de hogares rotos y que mostraron una preferencia por la madre.

Vanderpool (1974) a través de la Escala de Tennessee de auto-concepto encontró en los alcohólicos puntuaciones más bajas que el grupo normativo (Armendaris, 1984).

De la misma forma Gross y Atdler (1979; en Armendaris, 1984) aplicaron la escala Tennessee de auto-concepto a una muestra de 140 hombres, alcohólicos y a un grupo normativo y los resultados mostraron una diferencia significativa en todos los aspectos de la escala, ya que el nivel de auto-estima fue menor en los alcohólicos.

Tomando en cuenta el conjunto de los resultados de las investigaciones en varios aspectos de fuerza yóica en alcohólicos se tiene apoyo para incluir como un indicio de la personalidad alcohólica a la dependencia. En los estudios donde se han utilizado técnicas proyectivas y dibujos, se ha podido comprobar esta afirmación.

Los alcohólicos muestran una deficiencia en la modulación de la intensidad de los estímulos. Se dice que los alcohólicos intensifican los estímulos del ambiente. Una prueba la constituye el MMPI, en donde la escala de hipocondriasis resulta elevada en las personas alcohólicas. Claveland y Sikes (1979; en Armendaris, 1984) encontraron que los alcohólicos excedían, significativamente a los no alcohólicos en su tendencia a percibir sus cuerpos como sucios, molestos y en un estado de decadencia.

Los alcohólicos son caracterizados por intensificar estímulos internos y externos, con una fuerza yóica débil, encontrándose más propensos a sentir que son constantemente bombardeados por sensaciones internas y externas. Por lo tanto están propensos a sentir inconformidad subjetiva como resultado de recibir demasiada sensación interna y de su medio ambiente. El alcohol les sirve para reducir esa estimulación, ya que el alcohol les hace cambiar la modulación de la intensidad del estímulo a una forma reducida y temporal, removiendo la presión de una estructura yóica débil.

En cuanto a las características psicológicas manifestadas por los alcohólicos, una de las más prominentes es la ansiedad, que es descrita como un estado aversivo que genera tensión, la cual es reducida por la ingestión de alcohol, sobre todo cuando el individuo no ha aprendido a usar otras formas para reducir ese molesto estado y cuando las costumbres sociales facilitan el uso de bebidas alcohólicas.

Algunos autores (Jellinek, E.M., 1960) han mostrado que hay una correlación estadística entre el grado de ansiedad generada por la existencia de *inseguridad*, por un lado, y el grado de embriaguez por el otro. El uso del alcohol es indudablemente una posible forma de reducir la ansiedad, pero esto no es una condición necesaria para beber.

Otra de las características de los alcohólicos *frecuentemente mencionada*, es la poca tolerancia a la frustración. No es la variación en los grado de frustración sino las diferencias en la forma de responder a ello lo que ocasiona que se sienta alivio al enfrentarla con la bebida. Cuando se habla del "escape" de los alcohólicos, se entiende el beber para aliviar la ansiedad y la frustraciones, y para suprimir la hostilidad y otras formas de tensión.

Sánchez Herrera (1976) agrupó algunas de las características de la personalidad alcohólica, que aunque no son presentadas por todos los alcohólicos, aparecen sin embargo en la mayoría. Dentro de éstas están: narcisismo, tendencias orales, poca resistencia a la frustración, al dolor y a la demora de las satisfacciones, masoquismo culpígeno, escape de la realidad, desinhibición, ansiedad, inmadurez emocional, hipocondría, introversión, irritabilidad y poco control sobre el propio humor, falta de interés por la vida, falta de persistencia en el trabajo que implique esfuerzos, deshonestidad, sentimentalismo superficial y dureza.

Héctor Sánchez (1974) describe los rasgos del alcohólico como: neurótico desajustado, incapaz de tolerar la frustración, la tensión emocional, incapaz de relacionarse, afectivamente inmaduro, aislado, dependiente, pobremente integrado y con fuertes sentimiento de culpa e inutilidad.

Ramón Torres (1981) menciona los rasgos más constantes y los agrupa: inmadurez afectiva, incapacidad para asumir responsabilidad, incapacidad para superar las dificultades y establecer contactos sociales válidos, deseos de evasión, pasividad, dependencia y ansiedad.

VIII. EL ALCOHOL EN LA SOCIEDAD

Todas las culturas definen la forma socialmente aceptada de ingerir alcohol. También definen los efectos aceptables o inaceptables que el alcohol puede producir entre los miembros de la sociedad que comparten una determinada cultura. Dicho en otra forma, el patrón de ingestión de alcohol representa un aspecto intrínseco de la cultura, junto con la lengua, el sistema de parentesco y otras categorías culturales básicas.

Lo anterior significa que existe en todas las culturas una verdadera gramática de ingestión de alcohol. Es decir, que se dan en las culturas ciertas reglas que consisten en especificar los tipos de bebidas y las ocasiones en que se beben, los individuos que pueden o deben participar en su ingestión, la cantidad a ingerir, los intervalos entre ingestiones y los efectos esperados. Los miembros de cada cultura aprenden a utilizar el alcohol de la misma manera como interiorizan el resto de su comportamiento social. Aprenden un conjunto de reglas y, al seguirlas, aprenden también a compartir esta gramática cultural (Larissa Lomnitz, Antropóloga Social. Investigadora del IIMAS, UNAM.;1982).

El uso del alcohol sirve precisamente, al igual que otras sustancias modificadoras de la conciencia, para contrarrestar la inhibiciones impuestas por la estructura social y sus reglas sobre los individuos, permitiéndoles así relajarse y vivir con la comunidad.

Cada cultura define los momentos en que es lícito, ingerir alcohol, así como los lugares apropiados para ello. La ingestión de alcohol puede interpretarse como factor de cohesión o de disolución social, según las circunstancias históricas. El acto de beber podrá implicar una comunión que refuerza la cohesión social de los miembros de una cultura, o podrá significar lo contrario.

El grupo define en qué momento un individuo se vuelve vicioso: generalmente es el punto en que el abuso del alcohol amenaza la supervivencia de la familia o del grupo social

El alcoholismo es consecuencia de la desritualización del patrón de ingestión del alcohol. Convertido en mercancía y utilizado como un medio de escape a ciertas situaciones políticas o sociales, el alcohol promueve la disolución y desorganización de la sociedad. El alcoholismo debe verse entonces como un reflejo de las enfermedades de una sociedad, más que como su causa (Lomnitz, 1982).

El alcohol a pesar de ser legal, de fácil obtención y tener una gran propaganda, *en cierta forma es la droga mas peligrosa* de nuestra sociedad.

VIII.1. EL ALCOHOL Y LOS JÓVENES

Para entender la atracción que el alcohol tiene para los jóvenes es necesario revisar los aspectos fundamentales de la farmacología de este producto, que se manifiestan por una conducta *liberada de las restricciones sociales*, lo que se acompaña de una sensación de bienestar y euforia.

Su uso facilita el establecimiento de relaciones sociales, permite que individuos de sexo opuesto se comuniquen y fomenta la expresión de sentimientos que de otra manera permanecerían ocultos. De este efecto, promotor de las relaciones humanas del alcohol, al alcoholismo como enfermedad hay un largo camino.

El joven que tiende a ser introvertido y tímido, necesita afirmar su personalidad ante sí mismo y ante el mundo; para lograrlo muchas veces consume alcohol. Pero el alcohol no es solamente un fármaco como los demás, sino que es un producto socialmente aceptado, recomendado y cuyo uso es considerado normal. No se le asocia al estigma social que tienen otras drogas que afectan al sistema nervioso, siempre que se le consuma en el momento y la cantidad aceptadas por la sociedad. Tiene además la ventaja de encontrarse con facilidad y a precio accesible. Por lo tanto es casi siempre el primer psicofármaco que consume el hombre en su vida.

Las tradiciones culturales que fomentan el consumo del alcohol en la familia, en la religión y en la vida social, especialmente durante la infancia, afectan tanto los patrones de consumo de alcohol, como la probabilidad de que se presenten problemas relacionados con él (Feldman, 1998).

La preocupación por el consumo de alcohol entre los jóvenes esta totalmente justificada, por los estudios del Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo (N.I.A.A.A.), Donde se ha encontrado que los jóvenes que comienzan a beber antes de los 18 años, tienen una probabilidad cuatro veces mayor, que los que comienzan a beber después de los 19 años (Barry, 1998).

VIII.2. DETECCIÓN TEMPRANA DEL ALCOHOLISMO EN LA COMUNIDAD

El alcoholismo, o síndrome de dependencia al alcohol, no sólo afecta a quien lo padece, por el contrario, enlazan de manera constante una triple problemática de carácter individual, familiar y social, cuya gravedad corre paralela, en términos generales, con el tiempo de evolución del padecimiento.

Hay que suponer que una intervención especializada, lo más temprana posible, constituye una de las claves para la limitación y la superación de los múltiples riesgos y complicaciones generados por esta farmacodependencia. Uno de los requisitos para el logro de este objetivo es el diagnóstico precoz del paciente alcohólico.

En relación a la prevención, nada hace suponer que la actitud en el terreno del alcoholismo deba ser diferente a la que se adopta, por ejemplo, con la diabetes o la hipertensión arterial. Hay que identificar lo más temprano posible el trastorno para mejorar así las posibilidades de su control o curación, y evitar sus graves consecuencias.

El educar en torno a los problemas generados por el alcoholismo exige obligatoriamente la movilización de toda la comunidad, ya que no puede ser labor de un sector específico de la sociedad, sin que ello pretenda diluir las responsabilidades concretas de los sectores públicos y privados competentes que tienen que ver con los problemas relacionados con el consumo de alcohol; más aún, la incorporación de la comunidad a todos los niveles de prevención permite ampliar y profundizar las acciones de estos sectores.

La forma más fácil de diagnosticar el alcoholismo es mediante la observación e interpretación de sus consecuencias. Las consecuencias de la ingesta excesiva y crónica del alcohol no afloran tempranamente con claridad. Por el contrario esta enfermedad progresiva se presenta generalmente mimetizada bajo la forma de molestias de bajo significado aparente o preocupante, así como el precipitar hechos adversos para la vida familiar, laboral, etc., todos ellos sin orientar hacia su génesis alcohólica si no se piensa en ella.

Los alcohólicos presentan ciertos rasgos comunes tales como la tendencia a evadirse, no asumir y aplazar la resolución de problemas físicos o psíquicos... Cuando esos problemas se identifican con la ingesta excesiva de alcohol entonces se puede sospechar que esta evolucionando la enfermedad.

Otro hecho de importancia es que por lo general el individuo no ocurre espontáneamente a solicitar tratamiento del alcoholismo, esta tarea la suele asumir un familiar o un amigo solicitando la ayuda debida.

Hay muchos signos indicadores de que puede estarse desarrollando un problema de alcoholismo; entre ellos ocupan un lugar de importancia:

- a) El observar la preocupación que se demuestra por el alcohol,
- b) Actitudes de inconformidad cuando no hay bebidas alcohólicas disponibles,
- c) *Identificar que se bebe para tratar de olvidar los problemas.*

Los signos de probable alcoholismo en su etapa inicial abarcan las áreas físicas, psíquica, familiar, laboral, de vida social y legal del individuo. Es de mucho interés prestar atención a determinados hechos que ocurren en familiares o amigos, en vecinos o compañeros de trabajo. Estos hechos pueden presentarse en forma aislada o en múltiples combinaciones (Hoffman, 1974)).

VIII.3. PREVENCIÓN

Debemos desarrollar la investigación orientada al campo de la prevención y el tratamiento del alcoholismo. Un aspecto en el que debemos insistir es el de la identificación de los factores de riesgo así como de los que protegen a grupos específicos.

Seguramente ningún adicto actual probó por primera vez la droga pensando en que lo llevaría a la dependencia física. Por eso si una sustancia es potencialmente adictiva, lo mejor quizá sea no consumirla nunca pero eso tal vez sea una utopía. Lo que si se podría lograr es que cada quien tenga "libertad individual para decidir sobre lo que cada quien quiera con sus hábitos y con su propia vida".

No está en duda que el hombre siempre ha buscado sustancias que le provocan placer. Lo que está en discusión es si realmente lo logra y si no pone en riesgo su propio bienestar y los derechos de los demás. Aunque ciertas drogas provocan bienestar y placer, es falso que produzcan una "mejor percepción de la realidad" como suele sostenerse, ya que sólo producen otra percepción de la realidad.

Buena parte de las acciones preventivas deberán dirigirse a controlar, y en el mejor de los casos, a evitar aquellos peligros y a estimular todo lo que parece proteger a los jóvenes contra el alcoholismo. Hoy más que nunca, se necesita redoblar los esfuerzos por evitar que los jóvenes se inicien en el consumo de sustancias.

La escuela resulta un espacio ideal para emprender una adecuada educación preventiva, ya que reúne a los jóvenes en la etapa que son más susceptibles para aprender patrones de conducta, actitudes, aclarar sus valores, desarrollar la comunicación y tomar decisiones en situaciones conflictivas (Feldman, 1998).

Para muchos estudiantes cuando presentan algún problema, éste no solo interfiere con su desempeño escolar, sino también con su desarrollo físico, emocional y espiritual, lo que repercute en maestros, consejeros, padres de familia y otros integrantes del plantel. Por esta razón es que entre ellos mismos se comparte la responsabilidad de identificar y responder a los problemas ya existentes, a prevenir futuros problemas y a promover conductas sanas y positivas.

Se puede decir que el ámbito escolar tiene una función primordial dentro de las estrategias preventivas, por las siguientes razones:

- La escuela funciona como una institución primordial para adquirir habilidades cognoscitivas y afectivas, esenciales para lograr una prevención efectiva.

- La escuela establece un puente entre las familias y la comunidad, y gracias a ella se logra comunicación e influencia bidireccionales.
- La escuela es una microcomunidad en donde pueden implementarse estrategias y políticas que fomenten y promuevan hábitos y costumbres saludables, evitando así las conductas riesgosas.
- La escuela, a través de sus maestros y personal, ayudan a detectar problemas de conducta y a buscar la solución más conveniente.
- La escuela ofrece la oportunidad de aplicar programas preventivos con la población de alto riesgo, como son los alumnos con problemas de conducta, socialización, retardos, ausentismo, bajas académicas, etcétera.

Al referirnos a la educación para la salud como una estrategia preventiva de las adicciones dentro de las escuelas, se busca que los jóvenes tengan mayor capacidad para enfrentarse con sus problemas, y que vivan experiencias satisfactorias y placenteras sin la necesidad de consumir drogas. Esto será el resultado de una educación libre de cada uno de ellos.

Algunos de los principios básicos que debe incluir todo programa preventivo dentro del ámbito escolar son:

- Que estén diseñados para fortalecer los factores protectores y reducir los factores de riesgo existentes.
- Considerar a toda la población escolar, desde preprimaria hasta la educación superior.
- Reforzar habilidades de comunicación, asertividad, manejo de las emociones, toma de decisiones, clarificación de valores, relaciones interpersonales, solución de problemas, etc
- Proporcionar alternativas sanas y saludables para enfrentar los problemas.
- Llevar una continuidad a largo plazo, repitiendo periódicamente las intervenciones, para reforzar los objetivos originales del programa preventivo.

- Adaptarse a las necesidades específicas de la comunidad escolar en donde va a implementarse el programa.
- *Evaluar periódicamente el programa, para determinar su efectividad y hacer los cambios pertinentes.*
- Entrenar a los padres en habilidades de comunicación y educación de una manera consistente y congruente a sus propios valores y conductas.
- Capacitar a los maestros y personal escolar para que participen dentro del programa.

La educación preventiva será efectiva en la medida que logre cambiar conductas y promueva actitudes favorables a la salud, no limitándose a inculcar conocimientos, sino enfocándose a explorar los sentimientos, creencias y valores de los alumnos. Más que imponer valores, debe promover un desarrollo intelectual y emocional, que les permita decidir a los sujetos en favor de una vida sana, sin necesitar de las drogas, a pesar de su fácil disponibilidad. No basta decir no a las drogas, hay que enseñar a decir sí a la vida (Feldman, 1998).

IX. TÉCNICAS DE DIAGNOSTICO DEL ALCOHOLISMO

Uno de los mayores problemas en los estudios relacionados con el uso de alcohol ha sido la dificultad para definir , y por lo tanto para evaluar y tratar los trastornos por uso de alcohol. Recientemente los investigadores han usado una aproximación multivariada para dicha medición, lo cual requiere medir el funcionamiento en múltiples áreas de la vida y enfatizar la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales.

Algunas de las técnicas de evaluación que se han utilizado en la investigación han sido los auto reportes, las entrevistas, las evaluaciones fisiológicas, las evaluaciones conductuales (mediciones en vivo y mediciones análogas) y los cuestionarios. En el presente estudio se utilizara un cuestionario de auto reporte, por lo tanto se centrara la atención en esta técnica. A continuación se mencionaran los cuestionarios mas representativos.

- MAST Michigan Alcoholism Screening Test (Selzer;1971)
- SMAST Short Michigan Alcoholism Screening Test (Selzer, et al. ;1975)
- BMAST Brief Michigan Alcoholism Screening Test (Pokorny, et al.;1972)
- SAST Self-Administered Screening Test (Morse y Swenson; 1975)
- CAGE (Mayfield, et al.; 1974)
- ADS Alcohol Dependence Scale (Skinner y Hom; 1984)
- SADQ Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (Stockwell; 1979)
- CDP Comprehensive Drinker Profile (Miller y Marlatt; 1984)
- TLFB Time-Life Follow Back (Sobell, et al.;1980)
- AUI Alcohol Use Inventory (Wanberg, et al.; 1977)
- AUI-R Alcohol Use Inventory-Revised (Horn, et al.; 1978)
- DPS Drinking Problem Scales (Cahalan;1970)
- MAC MacAndrew Alcoholism Scale (MacAndrew; 1965))

- SADD Short Alcohol Dependence Data Questionnaire
(Davidson y Raistrick; 1986)
- CAST Canterbury Alcoholism Screening Test
(Clarke y Saunders; 1988)
- MALT Munich Alcoholism Test (Feuerlein, et al.; 1980)
- ACI Alcohol Clinical Index (Skinner, et al.; 1986)
- AA Alcoholics anonymous's Twelve questions (Is AA for you? 1973)
- NCAST National Council on Alcoholism Screening Test (1972)
- ACQ Alcohol Consumption Questionnaire (Sanches-Craig;1984)
- SUDDS Substance Use Disorder Diagnostic Schedule
(Harrison y Hoffman; 1985)
- ASI Adiction Severity Index (McLellan, et al.; 1980)
- AUDIT (Babor, et al.; 1989)

Estos instrumentos se refieren a diferencias en la severidad del trastorno principalmente, pero dejan de lado el hecho de que existe algún tipo de personalidad propia de los alcohólicos, y mucho menos pretende medirla. En este estudio se utilizó el inventario para medir predisposición al alcoholismo (I.P.A.), ya que se considera de mayor importancia las acciones que se puedan realizar en los individuos que potencialmente puedan ser alcohólicos, pero que aun no lo son. Este instrumento solo ha sido utilizado en dos estudios previos en una población mexicana, pero de constatarse la validez y la confiabilidad que sus autores reportan, podría ser de gran utilidad para la detección y el tratamiento temprano de este trastorno.

IX.1. EL INVENTARIO DE PREDISPOSICIÓN AL ALCOHOLISMO

El I.P.A. fue desarrollado basado en los datos de Ernesto Lammoglia (1974) que dice "Alcohólico es todo aquel que tiene problemas con su manera de beber alcohol: circunstancia que se hace posible por existir en el enfermo alcohólico una predisposición genética que le confiere características tan singulares en su manera de ser, de pensar y de actuar, que es posible configurar clínicamente todo un cuadro de una verdadera desviación mental, observable desde su más tierna infancia, esto es, años antes de que tome contacto con su primera copa de alcohol".

Lammoglia E.T. (1987), describe el cuadro clínico de la personalidad alcohólica formado por 18 síntomas:

1.- Inmadurez emocional.- Debido a la carencia de los neurotransmisores responsables del adecuado manejo de las emociones y los sentimientos, el alcohólico crecerá en lo físico y en lo intelectual, no pudiendo por obvias razones "crecer" en lo emocional, lo que le da un carácter "infantiloide" y lo incapacita para gobernar sus frecuentes cambios emocionales.

2.- Conducta impulsiva. (Impulsividad).- Esta misma deficiencia en la modulación de la intensidad de los estímulos y sobre la falta de control de las "órdenes" de su mente que tiene el alcohólico, son probablemente las generadoras de los impulsos cortos " (actitudes y conductas cambiantes y a veces impredecibles) del enfermo; y de la falta de perseverancia para la consecución de sus logros emocionales, conductuales, académicos, intelectuales y laborales.

3.- Angustia patológica o existencial (miedo a todo y a nada).- La probable carencia de endorfinas hace del alcohólico un ser extraordinariamente vulnerable a sus emociones y siendo el miedo la emoción natural más intensa y negativa en el humano, en el alcohólico esta sensación se encuentra a ultranza, constituyendo una verdadera "sombra" que acompaña al alcohólico en cualquier actividad o circunstancia por intrascendente que ésta sea. La compensación o respuesta habitual y quizá hasta "fisiológica" del miedo, es la agresión o la hostilidad, como lo muestran los estudios de respuestas de alcohólicos en el TAT o en el MMPI, como los elaborados por Ritson (1974).

Es de todos conocido, cómo el alcohólico lleno de miedo y alcoholizado (ya en la actividad alcohólica), puede ser el más hostil o agresivo de los seres humanos.

4.- Incapacidad para tolerar la frustración.- Wexberg, (1950) citado por Jellinek (1960), es de los primeros autores en describir que una característica de la personalidad alcohólica que nos confirma su desviación mental y la fragilidad emocional que poseen, es la poca o nula tolerancia a la frustración y su respuesta impulsiva y violenta ante la misma (Cowan, J., 1974).

En opinión de otros autores (Héctor Sánchez, 1974), los alcohólicos necesitan gratificaciones a corto plazo, siendo incapaces de tomar en consideración "recompensas diferidas" (a largo plazo), de sus acciones.

Cuando mayor es la frustración, mayores son los resentimientos y consecuentemente los sentimientos de culpa; tanto así, que éstos últimos lo llevan inexorablemente a la autoconmiseración que no es otra cosa sino los resentimientos hacia sí mismo.

5.- Tendencia a crear dependencias emocionales.- Rhodes (Citado en Armendaris, 1984) aplicó a alcohólicos una prueba de discriminación interpersonal y encontró que de la misma manera que el niño depende de los padres para su supervivencia, de cuidados y tranquilidad, el enfermo alcohólico dependerá siempre de "alguien" o de "algo" que cubra -aunque momentáneamente-, su necesidad imperiosa de ser protegido o cuidado y que tome decisiones que a él le resultan imposibles de tomar.

Su responsabilidad es casi nula y la difiere por naturaleza hacia otros, lo que lo hace posteriormente justificarse sistemáticamente y "culpar" a los demás de todo lo que le acontece. Compensa su dependencia "pareciendo" como un sujeto libre e indispensable desde las etapas posteriores a la pubertad.

6.- Inseguridad.- Los alcohólicos suelen ser emocionalmente inmaduros, dependientes y pasivos. No han crecido hasta el punto de que pueden asumir la responsabilidad adecuada. El alcohólico a menudo, es una persona de elevadas aspiraciones. Su incapacidad de alcanzar metas que se ajusten a la realidad lo llevan a tratar de encontrar sensaciones temporales de suficiencia y superioridad en la bebida. Los sentimientos de hostilidad son importantes en algunos casos del alcoholismo. El alcohólico ha crecido con sentimientos de insuficiencia e inseguridad. Los estudios demuestran que la mayoría de los alcohólicos son individuos faltos de independencia y regidos por falsos conceptos sobre sí mismos. Suelen identificar mal el papel que el sexo desempeña (Naramore, 1966; citado en Armendaris, 1984).

La autoimagen, constituye una función de la fuerza yóica importante y los alcohólicos poseen un auto-concepto negativo (Pittman, D.J., 1977).

Berg (1974) en un estudio comparó alcohólicos y no alcohólicos: los alcohólicos reflejan menos autoconfianza y utilizaban adjetivos no favorables más frecuentemente (Armendaris, 1984).

7.- Tendencia a la manipulación.- Incapacitado para aceptar la realidad de su estado emocional, el alcohólico intenta "manejarla" de la misma manera que su mente lo maneja a él, es decir, a través del auto-engaño y la autosuficiencia (que es el peor síntoma de su falta de conciencia de enfermedad), el enfermo "aprende" a engañar, a *disimular*, a *fingir* actitudes, a ser un verdadero actor para conseguir sus fines primordiales; al principio, simplemente la satisfacción de sus necesidades emocionales de afecto primarias, ya en la adolescencia, sus crecientes necesidades sobre quien sea, a pesar de los sentimientos de culpa que esto se diferencia también del psicópata.

Este síntoma está compensado, al contemplar cómo en el historial de todo alcohólico, el "gran manipulador", resulta a fin de cuentas el peor de los manipulados pues su endeblez emocional, que le impide hasta saber decir que no a cualquier cosa que se le sugiere o se le pida manipuladoramente y sus constantes sentimientos de culpa, ya sea por su manera de ser y después de beber, lo hacen un ser frágil, susceptible y terriblemente vulnerable.

8.- Incapacidad para integrarse a los grupos humanos.- La falta de aceptación que el niño con personalidad alcohólica posee, se debe tanto a su manera distorsionada y desproporcionada de concientizar sus defectos, como a los constantes juicios o críticas de que es víctima, tanto de sus familiares como de sus compañeros de escuela o conocidos.

Se le ha tachado de "raro", de "diferente", de "loco" y esto lo ha tornado en un ser desconfiado de su capacidad para ser aceptado por los demás. En la pubertad o al inicio de la adolescencia, el alcohólico "invierte" el orden de las relaciones interpersonales y entonces llega a la conclusión de que él no es el que está mal, sino que es un ser "Tan especial", que los demás (que el resto de la humanidad), son una bola de retrasados mentales que ignoran la clase de "genio" que la naturaleza ha creado (y que es él, obviamente) y que por lo tanto no son dignos de ser tomados en cuenta por él.

Esto y no por otra cosa, lo aísla emocionalmente y en forma fatal, del resto del mundo; de sus padres, sus compañeros, su familia, y más tarde de la esposa, los hijos y patrones o subordinados.

Se siente incomprendido, menospreciado o subvaluado. Así vive culpando a los demás, sin reparar que sus defectos o su sensación de malestar le pertenecen únicamente a él.

9.- Incapacidad para amar.- Esta verdadera esterilidad afectiva ha de ser correlacionada también con la carencia de neurotransmisores relacionados con la regulación de los sentimientos y explica por qué, como dice Horney (1950), el dilema entre la incapacidad neurótica de querer y la angustiada necesidad de ser querido, obliga al enfermo emocional a creer en el amor como un sedante o paliativo de su angustia, sobrevalorando su importancia en la vida de relación y dándole un especial y equivocado lugar con su búsqueda por el sentido de la vida.

Esta incapacidad la compensa el enfermo con una creciente habilidad para parecer como que ama, y que manifiesta en muchos casos (muy conocidos algunos), como capacidad para escribir, hacer poesía o componer canciones, que hablen -sólo eso- de lo "mucho que ama" el enfermo emocional.

10- Labilidad o endeblez emocional.- La fragilidad o la nula capacidad del enfermo para "gobernar" sus emociones e integrarlas correctamente a sus patrones conductuales de vida, es otra característica del alcohólico. Se ha encontrado que el enfermo tiene una gran deficiencia en la modulación de la intensidad de los estímulos del ambiente, de la misma manera, no puede regular las emociones que le genera su propia mente.

Hangell y Tunuing (Citados en Armendaris, 1984) entre otras conclusiones, dicen que el alcohólico por su estructura yóica débil, se siente constantemente "bombardeado por sensaciones internas y externas y están propensos consecutivamente a sentir una inconformidad subjetiva", que les hace sentirse vulnerables ante el medio y reaccionar con violencia compensatoria y desproporcionada ante estímulos muy precarios del exterior o ante pensamientos o sensaciones de su mente."

11.- Incapacidad para asimilar las experiencias.- En el alcohólico hay una carencia de beta-lipotropina, lo que impide que posea la capacidad natural para recordar experiencias emocionales; esto es, para evocar el sufrimiento. Parece haber además, una perturbación en la vivencia del tiempo que impide que las experiencias anteriores tengan repercusión en el pensamiento y dirección de la conducta y no puedan evocar circunstancias análogas -generadoras de sufrimiento- ya experimentadas, que sirvan para que el alcohólico rija su trayectoria vital con base en su aprendizaje.

Es de gran interés observar, que así como no asimilan las experiencias dolorosas, ni los errores o el castigo, tampoco asimilan las experiencias positivas de carácter emocional, como por ejemplo, el haber disfrutado de tranquilidad o de sobriedad, o de una relación de pareja con una persona normal.

Son entonces como niños incapaces de previsión en lo afectivo; por ello, a pesar de poseer una inteligencia normal o normal brillante (que le permite asimilar o recordar conceptos o información a veces amplísima), el alcohólico comete desde niño una y otra vez el mismo error que los conduce a sufrir; por ello, después de una "cruda" o síndrome de abstinencia al alcohol, el alcohólico vuelve a beber a pesar de haberse sentido unas horas antes, al borde de la locura o de la muerte.

12.- Soledad existencial.- El alcohólico siempre se siente solo aunque esté rodeado de una multitud o acompañado por sus pensamientos. Hay en él, como en el niño, una necesidad constante de estar en compañía de los seres que dice "querer" (dependencias) o de amigos que le sirven de "compañía", en la cual no se involucran los sentimientos de amistad, lealtad o incondicionalidad, que son características de la amistad real y adulta, sino las exigencias de afecto y hasta de "posesión" del tiempo o el interés del supuesto amigo, que naturalmente sólo sirve de "comparsa" en la farsa de relación que pretende el alcohólico desde su infancia y que continuamente durará durante la actividad alcohólica con sus "compañeros de borrachera".

Las quejas de soledad del enfermo son bien conocidas por las esposas de los alcohólicos, quienes al principio muestran sorpresa de escuchar tales requerimientos de quien siempre ha "presumido" de ser independiente y tener muchos "amigos" y "amantes".

13.- Incapacidad para tolerar el sufrimiento.- Es uno de los síntomas más sencillos de comprender si se sabe que, en la predisposición genética al alcoholismo, hay una baja producción de endorfinas, que precisamente entre sus efectos más destacados, tienen el de ayudar a resistir el sufrimiento físico y emocional. De tal forma, la constitución de los alcohólicos, les hace imposible modular sus respuestas ante estímulos afectivos (Hangell y Tunuing; en Armendaris, 1984) y responden con una gran ansiedad ante la presencia de conflictos (Jellinek, 1960), o bien ante todo tipo de disturbios o simplemente de pensamientos negativos que le genera su mente y que le causan tensión (Héctor Sánchez, 1974; Ramón Torres, 1981).

14- Problemas de identidad sexual.- En el estudio realizado por Parker (1975) con la prueba de Terman Miles, de masculinidad-femineidad, los enfermos alcohólicos muestran menor grado de masculinidad que los normales, lo que hace pensar en una homosexualidad reprimida. Varias investigaciones además, parecen sugerir que los alcohólicos tienen problemas con su identidad sexual.

15.- Mitomanía y mundo fantástico.- Las mentiras crónicas se muestran - como en el psicópata-, como un recurso indispensable para darle "seguridad" en sí mismo y en el trato con los demás. Su estado de ánimo variable, muestra a través de este síntoma el optimismo ingenuo con que ven la realidad. La valía y la importancia que se da el alcohólico, es producto de relatos en que falsifica la realidad.

Su historial se va a caracterizar entre otras cosas, por el énfasis que dan a su iniciativa personal en aventuras y situaciones difíciles o peligrosas, para las que en todo momento su habilidad, decisión y valor, son un alto mérito. Como en todo caso de mitomanía, llegan a creer ellos mismos en los cuentos que se han imaginado combinando la falsificación de la memoria, con la fantasía.

Esto es compensado con una aparente "sinceridad" que raya en el cinismo al referir hechos desagradables, actos de mal juicio o actos aberrantes, sobre todo cuando son narrados a seres queridos, a quienes invariablemente dañan con su "honestidad".

16- Insatisfacción crónica.- Algunos autores como Kolb, L., (1981) y Kessel, J., (1978), describen este fenómeno presente desde muchos años antes de iniciar la carrera alcohólica.

Este malestar se caracteriza por dos sensaciones constante y tenaces en la vida afectiva del enfermo: No hay "Alegría de vivir" y no está nunca "contento consigo mismo". (Virgilio A., 1977; en Armendaris, 1984).

Este literalmente vivir sufriendo y sufrir viviendo, no constituye un juego retórico, sino una descripción concreta de incapacidad del alcohólico para disfrutar, por más que su circunstancia se encuentre muchas veces colmada de satisfactores emocionales o materiales.

El enfermo alcohólico siempre se siente mal, o dicho de otra manera, nunca se siente bien con su *manera de ser, de pensar y de actuar*. Consecuentemente no se acepta jamás como el ser defectuoso que hemos descrito y se ve obligado a crear una imagen distinta de sí mismo y de su circunstancia.

17- Tendencia a la evasión (Fuga).- Desde su más tierna infancia, el alcohólico busca las más precoces o prematuras formas de evasión (Kessel, 1978); el niño o el joven con predisposición al alcoholismo, encontrará en la fantasía o el uso constante y desproporcionado de imaginación, la primera de sus grandes fugas. La lectura de cuentos o historias; el "soñar despierto", el estudio, el deporte, los juegos constantes, se convierten en elementos que no producen placer por sí mismos, enseñanza o experiencia; sino en caminos diversos para evadir su malestar interior; esa mezcla complaciente entre el saberse defectuoso y creer que se engaña a los demás con la imagen de apto, de perfecto o de generoso y "dedicado". El alcohólico utiliza todas estas máscaras hasta encontrar en su camino a las drogas o al alcohol.

El alcohólico usa o hace "lo que sea" con tal de no sentirse como se siente y de no ser lo que es. Este desasosiego, esta inaceptación y su necesaria compensación, el autoengaño, lo van llenando lenta, pero implacablemente hasta la fuga final, hasta lo único que encuentra como paliativo temporal, como "anestésico" para sus emociones: el alcohol; por ello, inexorablemente el joven con predisposición genética al alcoholismo, con el tipo de personalidad que hemos descrito hasta aquí, tiene que beber.

18.-Egocentrismo.- *La estructura yóica débil del enfermo alcohólico, su enorme necesidad de gratificaciones a corto plazo y la desviación consistente en estudios como el MMPI en la escala Dp (Desviación psicopática), hacen del alcohólico un ser dispuesto y necesitado de ser el centro de atención o de llamar la atención de todos cuantos le rodean y a costa de lo que sea; bueno o malo, permisible o no, saludable o enfermizo, que le mejore sus condiciones de vida o que lo lleve a la muerte.*

El egocentrismo para muchos autores (Kassenbaum; en Armendaris, 1984), es el centro sistemático de la personalidad alcohólica.

Todas estas características que han sido consideradas como parte de la personalidad del alcohólico, están presentes desde antes que el individuo entre en contacto con la primera gota de alcohol; el propósito del I.P.A. es poder identificar estas características en personas que aun no tienen problemas con el alcohol (Armendaris, 1984).

X. MÉTODO

X.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existirán diferencias en la habilidad para solucionar problemas sociales que manifiesten grupos de universitarios con predisposición alta, media o baja para desarrollar alcoholismo?

X.2. PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS

X.2. a) HIPÓTESIS CONCEPTUAL- La competencia social, incluyendo las habilidades para la resolución de conflictos, ha sido considerada como amortiguador contra la psicopatología y como factor preventivo. (D'Zurilla y Gollfried, 1971; Phillips, 1978; Spivack et. al. , 1976 en D'Zurilla 1986).

X.2. b) HIPÓTESIS DE TRABAJO- Existen diferencias estadísticamente significativas en la habilidad para solucionar problemas sociales que manifiestan grupos de universitarios con predisposición alta, media o baja para desarrollar alcoholismo.

X.3. DEFINICIÓN DE VARIABLES

X.3. a) VARIABLE DEPENDIENTE "HABILIDAD PARA SOLUCIONAR PROBLEMAS SOCIALES"

DEFINICIÓN CONCEPTUAL - Nezu (1987) ha definido la solución de problemas sociales como "El proceso metacognitivo por el que los individuos comprenden la naturaleza de los problemas de la vida y dirigen sus intentos hacia la modificación del carácter problemático de la situación misma o bien sus reacciones hacia ella" (p 22).

DEFINICIÓN OPERACIONAL - Puntuación obtenida en el inventario de solución de problemas de Heppner y Petersen adaptado para poblaciones universitarias de la ciudad de México por Barrera (1996). A mayor puntaje, mejor habilidad para resolver problemas.

X.3. b) VARIABLE INDEPENDIENTE "PREDISPOSICIÓN AL ALCOHOLISMO"

DEFINICIÓN CONCEPTUAL - Rasgos de personalidad que son determinantes de la personalidad alcohólica (Lammoglia, 1987).

DEFINICIÓN OPERACIONAL - Se clasificó a los sujetos en tres grupos de predisposición al alcoholismo dividiéndolos por percentiles, según la puntuación obtenida en el inventario para medir la predisposición al alcoholismo desarrollado por Eisenberg Glantz (1987). A mayor puntaje, menor predisposición al alcoholismo por lo tanto los sujetos cuya puntuación total en el inventario de predisposición al alcoholismo fue menor de 140 serán asignados al grupo de predisposición al alcoholismo alta, los que se encontraron entre 141 y 190, al de predisposición al alcoholismo media y los que su tuvieron una puntuación mayor a 191 al grupo de predisposición al alcoholismo baja.

X.4. PROCEDIMIENTO

En primer lugar se diseñaron los instrumentos, incluyendo las instrucciones para contestarlos. Se imprimieron 200 juegos pensando en que se podrían aplicar simultáneamente en grupos grandes. Después se diseño hoja de respuestas para lector óptico y se mandaron a imprimir 750 juegos. Los únicos datos recabados fueron: la edad, el sexo y la facultad; pensando en que si las respuestas eran anónimas no se verían afectadas por el temor de los sujetos a ser juzgados. Posteriormente se mando una carta a la secretaria de cada facultad, pidiendo la autorización para realizar las aplicaciones. Solo en la facultad de derecho se contó con el apoyo de las autoridades para aplicar los instrumentos en los grupos asignados. En las demás facultades se tubo que acudir a cada grupo y pedir la autorización directamente a los maestros que se encontraban dando clase. La aplicación duro aproximadamente 30 minutos en cada grupo y fue realizada por el mismo aplicador con la finalidad de evitar diferencias en las instrucciones. El periodo de aplicación duró más de un mes, ya que mientras en la facultad de derecho ya había sido autorizada, en las demás se tardaron tanto, que fue más fácil acudir directamente a cada aula con los maestros.

Los inventarios fueron respondidos por aproximadamente 150 alumnos de primer ingreso de cada facultad, los que no respondieron completamente fueron descartados. Por otra parte el rango de edad se amplió de 17-20 a 17-25 por la gran cantidad de sujetos de dichas edades, sin dejar de analizar las diferencias que estos sujetos pueden representar. Esto se realizó para obtener una muestra mayor y por lo tanto más significativa. Solo se descartaron los sujetos mayores de 25 años.

Los datos fueron capturados por medio de un lector óptico programado para darle los valores asignados a cada reactivo. Después se realizó el análisis estadístico mediante el S.P.S.S. (Statistical Package for Social Science, versión 5.01)

X.5. MUESTRA

El tipo de muestreo que se utilizó fue por cuota de tipo no probabilístico. En este tipo de muestreo se selecciona a sujetos representativos o típicos de acuerdo con los propósitos de la investigación (Kerlinger, 1988). En este caso la muestra fue constituida por 540 estudiantes de la U.N.A.M. a nivel profesional de primer ingreso, de 17 a 25 años de edad, de ambos sexos (185 hombres y 355 mujeres), de las facultades de medicina (142 sujetos), psicología (130 sujetos), ciencias (143 sujetos) y derecho (125 sujetos).

La razón por la que se eligió solo a los alumnos de primer semestre, es por que se pensó que sí el alcoholismo esta asociado con la deserción escolar, es probable que *encontremos a más sujetos con predisposición a desarrollarlo en primer semestre que en los futuros años de su formación profesional.*

Otra razón de la elección de la muestra fue la intención de obtener igual número de hombres que de mujeres ya que la mayor parte de los estudios previos sobre alcoholismo se han realizado en poblaciones masculinas. Para obtener aproximadamente igual número de hombres y de mujeres se eligió a dos facultades, que aparentemente contaban con igual número de ambos sexos (medicina y ciencias), a una que tiene mayor cantidad de mujeres (psicología) y a otra que tiene mayor cantidad de hombres (derecho). Estos criterios de selección se basaron en suposiciones arbitrarias y no en cifras comprobadas.

X.6. CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE SUJETOS

Este estudio solo incluyó estudiantes de la U.N.A.M., plantel Ciudad Universitaria, de primer ingreso, de las facultades de Ciencias, Medicina, Derecho y Psicología. Se excluyó de la muestra a los estudiantes de cualquier otro plantel, semestre o facultad. Como este estudio se aplicó a grupos completos, sin previo control de la edad, se eliminó a los sujetos que no se encontraban en el rango de 17 a 25 años de edad.

X.7. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es transversal de tipo cuasi-experimental. Es un estudio de campo, es decir, una investigación científica dirigida a descubrir las relaciones e interacciones entre variables sociológicas, psicológicas y educativas en estructuras sociales reales (Kerlinger, 1988). Se utiliza un modelo *ex post facto*, ya que no se puede manipular directamente la presunta variable causal por cuestiones éticas, es decir, no se puede exponer a los sujetos a las diferentes condiciones de predisposición al alcoholismo, por lo tanto el estudio se limitó a localizar a grupos de personas que ya presentaran los atributos previamente mencionadas. Para asignar a los sujetos a cada uno de los tres diferentes grupos se dividió en percentiles su puntuación en el inventario para medir predisposición al alcoholismo.

X.8. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio consta de tres submuestras independientes, que fueron obtenidas al dividir a los sujetos en percentiles según su puntuación en el inventario de predisposición al alcoholismo (predisposición baja (186), media (174) o alta (180)). Se utilizó un diseño multivariado.

X.9. INSTRUMENTOS

X.9.a) INVENTARIO DE PREDISPOSICIÓN AL ALCOHOLISMO

Se utilizó la modificación del 'Inventario para medir predisposición al alcoholismo' "I.P.A." (Armendariz, 1984), hecha por Eisenberg G. y Lammoglia R. en 1990. El I.P.A. consta de 67 reactivos. Los sujetos evaluaron cada reactivo en una

escala tipo Likert de 5 puntos (0 = *Totalmente de acuerdo* hasta 4 = *totalmente en desacuerdo*) en el que los puntajes altos (la puntuación más alta es 268) indican conductas y actitudes asociadas con una menor predisposición al alcoholismo. Eisenberg y Lammoglia (1990) reportaron que el instrumento tenía validez de constructo, una confiabilidad interna de $\alpha=.98$ y estaba estandarizado para la población mexicana .

Este instrumento consta de 18 factores que influyen en la predisposición al alcoholismo. Dichos factores son los siguientes:

- 1) Inmadurez de la personalidad: Proceso del desarrollo en un individuo que provoca cambios no ordenados de conducta y modalidades que son dependientes del ejercicio o la experiencia. Son irresponsables, presentan conductas infantiles e instintos de protección. No son dignos de confianza (3 reactivos: 23,33,44.).
- 2) Conducta impulsiva: Tendencia a actuar sin pensar o hacer planes. Poco control de impulsos (4 reactivos: 1,14,34,45.).
- 3) Angustia patológica o existencial: Sentimiento constante de temor y ansiedad (3 reactivos: 35,46,61.).
- 4) Poca tolerancia a la frustración: Necesidad de satisfacción inmediata de los impulsos, impaciencia (3 reactivos: 15,36,47.).
- 5) Tendencia a crear dependencias emocionales: Dependencia hacia relaciones interpersonales. Necesidad infantil de seguridad (2 reactivos: 2,24.).
- 6) Inseguridad: Falta de confianza en lo que se hace o se piensa (5 reactivos: 3,16,25,37,49.).
- 7) Tendencia a la manipulación: Presenta conductas o actitudes encaminadas a lograr sus propios propósitos, frecuentemente con engaños (5 reactivos: 11,31,43,54,62.).
- 8) Poca capacidad para integrarse a los grupos humanos: Dificultad para establecer relaciones interpersonales evitando la intimidad (4 reactivos: 5,28,56,63.).
- 9) Infertilidad afectiva: Incapacidad para dar o recibir afecto (3 reactivos: 27,39,50.).
- 10) Labilidad afectiva: Inestabilidad emocional o fácil alteración del estado de ánimo (3 reactivos: 6,18,51.).

- 11) Poca capacidad para asimilar experiencias: No existe la capacidad para recordar experiencias emocionales. No hay evocación del sufrimiento (5 reactivos: 8,20,40,48,65.).
- 12) Soledad existencial: Sentimiento de soledad, carencia de una percepción interior de la vida (4 reactivos: 7,19,29,53.).
- 13) Baja tolerancia al sufrimiento: Incapacidad de modular sus respuestas ante estímulos que provoquen angustia o dolor (4 reactivos: 52,57,64,66.).
- 14) Inseguridad de la propia identidad sexual: Sentimiento de impotencia sexual. Búsqueda de afirmación en el terreno sexual (3 reactivos: 9,21,41.).
- 15) Mitomanía: Tendencia a mentir y negar las propias conductas (4 reactivos: 10,22,30,42.).
- 16) Tendencias depresivas: Falta de equilibrio interno, malestar interior, falta de alegría por vivir (7 reactivos: 4,17,26,38,58,60,67.).
- 17) Tendencia a la fuga: Busca evitar las situaciones displacenteras o ante las que se siente impotente (4 reactivos: 12,32,55,59.).
- 18) Egocentrismo : Exagerada exaltación de la propia realidad, considera ser el centro de atención y tener gran importancia. Exhibicionismo (1 reactivo: 13) .

Este instrumento esta basado en un enfoque psicodinámico. La mayoría de los factores que mide son características subjetivas y difíciles de observar; sin embargo los reactivos del instrumento son afirmaciones que tienen que ver tanto con emociones como con conductas. En esta investigación el interés principal son las conductas que pueden ser aprendidas, desaprendidas o modificadas mediante el entrenamiento de conductas más adaptativas como lo son las habilidades para resolver problemas sociales. Por esta razón, y sin restarle importancia al marco teórico del que se deriva este instrumento, se relacionara este constructo con el de solución de problemas que esta basado en su totalidad en un enfoque cognitivo-conductual.

X.9. b) INVENTARIO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

El otro instrumento que se utilizó fue 'El inventario de solución de problemas' "I.S.P." de Heppner y Petersen (1982), adaptado por Barrera S. L. (1996) para una población de universitarios de la ciudad de México (anexo 2). El I.S.P. consta de 31 reactivos. Los sujetos evaluaron cada reactivo en una escala tipo Likert de 5 puntos (0 = *Totalmente de acuerdo* hasta 4 = *Totalmente en desacuerdo*) en el que los puntajes altos (la puntuación más alta es 124) indican conductas y actitudes asociadas con una

habilidad exitosa para resolver problemas. Barrera (1996) realizó los cálculos de validez externa y el análisis de confiabilidad del I.S.P. mismos que mostraron ser satisfactorios. La estimación de la consistencia interna del inventario reveló un coeficiente alfa (de Crombach) de .88. El análisis factorial reveló tres factores, al igual que el instrumento original (Heppner y Petersen, 1982):

1) Estilos de aproximación: Ítems que valoran si un individuo se aproxima o evita actividades de solución de problemas (11 reactivos: 6,7,8,14,15,17,19,21, 22,28,32)

2) Confianza en la solución del problema: Ítems que evalúan la confianza en emplear un amplio rango de actividades de solución de problemas (9 reactivos: 5,9,11,18,23,25,26,30,31).

3) Control personal: Ítems que involucran elementos de auto control al enfrentarse a actividades de solución de problemas (8 reactivos: 1,3,4,10,12,13, 24,29).

X.10. PRUEBAS ESTADÍSTICAS

Primero se calculó la media, la mediana, la desviación estándar y los percentiles para cada instrumento en su forma original

	Inv de.Predisp. al Alcoholi.	Inv. de Soluc. de Problem.
Media	192.3949	86.3462
Mediana	197.0000	87.0000
Desviación estandar	30.0000	14.1422
Percentiles: 25	176	78
50	197	87
75	216	97

Los datos obtenidos de los inventarios fueron medidos a nivel ordinal, pero como se utilizo una escala Likert de 5 puntos pueden ser manejados a nivel intervalar, lo cual permite utilizar pruebas más potentes.

La primera prueba estadística que se utilizó en este estudio fue el análisis factorial de componentes principales que sirve para agrupar las variables que se relacionan y se comportan de forma semejante (Kerlinger, 1988). Esto sirvió para

obtener los factores de los nuevos instrumentos. Al ser agrupados de esta manera se disminuye la variabilidad. Aunque son las mismas variables, se comportan de forma diferente de acuerdo a la población, lo que hace que aumente la confianza. Para calcular la consistencia interna se aplicó el alfa de Crombach, que consiste en encontrar la varianza de todos los reactivos (Anastasi y Urbina, 1998). Para obtener la validez de constructo se utilizó un análisis factorial. Por medio de un estudio Crosstabs se obtuvo la confiabilidad y con un análisis de varianza de dos vías se llegaron a conocer las diferencias entre los factores. Después se utilizó la correlación producto-momento de Pearson, para comprobar la hipótesis de este estudio. Para saber si existían diferencias entre los diferentes factores, la edad, el sexo o la facultad, se utilizó el anova de componentes principales con rotación vari max que sirve para más de dos muestras independientes medidas a nivel intervalar y permite saber que las diferencias generales entre las medias son estadísticamente significativas. Posteriormente se aplicó la prueba Post Hoc de Sheffé para saber cuales son las diferencias que intervienen en la significancia. Esta es la prueba más fuerte que existe, para este tipo de estudios.

X.11. RESULTADOS DE CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS

Aprovechando que se contaba con una muestra bastante grande, se comprobó la validez y la confiabilidad de los instrumentos. El análisis de confiabilidad resultó ser adecuado (alfa = .9372) para el I.P.A., como para el I.S.P. (alfa = .8724). Pero al hacer el análisis de validez de constructo, se encontró que ninguno de los 2 instrumentos contaba con la validez de constructo reportada en los estudios previos.

Para comprobar la validez del I.P.A. se realizó un análisis factorial de componentes principales en el que se formaron primeramente 16 factores con un valor propio mayor a uno y que explicaban el 55 % de la varianza total . Utilizando una rotación varimax y aplicando la regla de retener solo aquellos factores con cargas superiores a .4, se obtuvieron 5 factores (con 14,7,5,4,y 6 reactivos respectivamente) quedando un total de 36 reactivos, que explicaban el 38.5% de la varianza total acumulada. Aunque quedaron solo 5 factores estos fueron reportados por más factores que en el instrumento original, pero aún así son pocas preguntas para explicar algo tan complejo como la predisposición al alcoholismo. De acuerdo a lo que los reactivos acumulados preguntaban se llamó a los factores:

Tendencias depresivas- reactivos: 4, 15, 17, 22, 24, 26, 34, 38, 53, 55, 58, 60, 61 y 67.

Tendencias evasivas - reactivos: 32, 40, 49, 54, 57, 65 y 66.

Tendencias antisociales - reactivos: 2, 9, 21, 41 y 48.

Irresponsabilidad - reactivos: 1, 13, 23 y 33.

Egocentrismo - reactivos: 11, 14, 31, 43, 62 y 63.

Tendencias depresivas (alfa = .91)

- 4 - Me siento cansado de la vida.
- 15.- Pocas veces estoy satisfecho con lo que soy y con lo que tengo.
- 17.- Mi vida es aburrida.
- 22.- Me gusta sentir como disfruto de la vida.
- 24.- Mis recuerdos están llenos de tristeza y frustración.
- 26.- La vida está llena de cosas bellas.
- 34.- Disfruto enormemente de mis actividades y mi vida doméstica.
- 38.- La mayor parte del tiempo estoy a disgusto con lo que soy y lo que tengo.
- 53.- Casi siempre me siento solo.
- 55 - Tengo alegría de vivir.
- 58.- Me siento bien con mi manera de ser.
- 60.- Suelo disfrutar cada cosa que hago.
- 61.- Mi trato con los demás es alegre y cordial.
- 67 - No encuentro satisfacción en nada.

Tendencias evasivas (alfa = .80)

- 32.- Es difícil para mí, aceptar la realidad de las cosas.
- 40.- A pesar de los fracasos no aprendo las lecciones de la vida.
- 49.- Soy un sujeto muy incapaz para tomar decisiones.
- 54.- Siempre caigo en el juego de los demás.
- 57.- Siempre rehuyo los problemas.
- 65.- Frecuentemente cometo el mismo error dos veces.
- 66.- Cuando las cosas se ponen "feas" quisiera desaparecer.

Tendencias antisociales (alfa = .18)

- 2.- Mis relaciones afectivas son tranquilas y duraderas.
- 9.- Mis relaciones con el sexo opuesto son pasajeras.
- 21.- Me cansa una relación prolongada con el sexo opuesto.
- 41.- Me siento seguro al entablar relaciones con personas del sexo opuesto.
- 48.- Casi siempre son duraderas mis relaciones afectivas.

Irresponsabilidad (alfa = .64)

- 1. Los que me conocen me critican mi falta de perseverancia.
- 13.- Los demás, casi nunca respetan mis necesidades y mi tiempo.
- 23.- Soy muy incumplido.
- 33.- Mis conocidos saben de mi falta de seriedad y sensatez.

Egocentrismo (alfa = .42)

- 11.- Nunca presiono a los demás a realizar algo en contra de su voluntad.
- 14.- Pienso en mis intereses personales antes de pensar en los demás.
- 31.- A veces actué como desválido para lograr mis propósitos.
- 43.- Seguido me valgo de trucos para conseguir lo que deseo.
- 62.- Me gusta que la gente haga lo que yo quiera.
- 63.- Las personas de mi edad son tontas y vacías.

La confiabilidad del instrumento, se obtuvo por medio de un estudio Cross Tabs con el que se encontró una excelente confiabilidad para el total del I.P.A. (alfa = .90) y para también mostraron una muy buena confiabilidad (alfa = .80), la cual fue disminuyendo con los demás factores: irresponsabilidad (alfa = .64), egocentrismo (alfa = .42) y tendencias antisociales (alfa = .18). Los factores más confiables de este instrumento son: tendencias depresivas, tendencias evasivas e irresponsabilidad

Para comprobar la validez del I.S.P. se realizó un análisis factorial de componentes principales en el que utilizando una rotación varimax y aplicando la regla de retener solo aquellos factores con cargas superiores a .4, se obtuvieron 3 factores con un valor propio mayor a uno y que explicaban el 34 % de la varianza total

quedando un total de 16 reactivos. Los 3 factores (con 6, 6 y 4 reactivos respectivamente) mantuvieron los mismos nombres del inventario original:

Control personal - reactivos: 3, 10, 13, 23, 24 y 29.

Estilos de aproximación - reactivos: 15, 18, 19, 26, 27 y 28.

Confianza en la solución de problemas - reactivos: 5, 9, 22 y 25.

Control personal (alfa = .73)

- 3. Cuando mis primeros esfuerzos por resolver un problema fallan dudo acerca de mi habilidad para manejar la situación.
- 10. Muchos problemas me parecen demasiado complejos para que los resuelva.
- 13. Algunas veces no reflexiono sobre mis problemas y no trato de resolverlos, sino que tomo una actitud irreflexiva.
- 23. Aunque halla trabajado en un problema algunas veces siento que divago y no llego a la verdadera esencia de lo que sucede.
- 24. Hago juicios precipitados y luego me arrepiento.
- 29. Algunas veces me siento tan abrumado emocionalmente que soy incapaz de considerar otras opciones para enfrentar mis problemas.

Estilos de aproximación (alfa = .69)

- 15. Cuando me enfrento con un problema me detengo y pienso acerca de él antes de dar el siguiente paso.
- 18. Cuando tomo una decisión evalúo las consecuencias de cada alternativa y las comparo entre sí.
- 19. Trato de predecir el resultado final cuando aplico una estrategia de acción.
- 26. Tengo un método sistemático para comparar alternativas y tomar decisiones.
- 27. Cuando me enfrento con un problema generalmente no analizo que situaciones externas puedan estar contribuyendo al problema.
- 28. Cuando estoy confundido por un problema, una de las primeras cosas que pienso es hacer un examen cuidadoso de la situación y considerar todas las piezas de información relevante.

Confianza en la solución de problemas (alfa = .70)

5. Generalmente soy capaz de aportar formas alternativas y creativas para resolver un problema.
9. Tengo la habilidad para resolver la mayoría de los problemas, inclusive aquellos que no tienen una solución aparente.
22. Cuando me enfrento con situaciones nuevas tengo confianza en que puedo manejar los problemas que surjan.
25. Confío en mi habilidad para resolver nuevos y difíciles problemas.

La confiabilidad del instrumento, se obtuvo por medio de un estudio Cross Tabs con el que se encontró una alta confiabilidad para el total del I.H.S.P. (alfa = .83) y también para cada factor: Control personal (alfa = .73), estilos de aproximación (alfa = .69) y confianza en la solución de problemas (alfa = .70).

X.12. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LAS CORRELACIONES

En primer lugar se obtuvo el coeficiente de correlación producto momento de Pearson entre la habilidad para solucionar problemas (H.S.P.) y la predisposición al alcoholismo (P.A.). La correlación fue positiva y alta ($p=.6695$) lo que indica que a mayor habilidad para resolver problemas sociales (puntaje mayor en I.S.P.) hay menor predisposición al alcoholismo (puntaje mayor en el I.P.A.). Después se obtuvieron los tres grupos de predisposición al alcoholismo (P.A.) dividiendo a los sujetos en percentiles según la puntuación obtenida en el I.P.A.. Por medio de un análisis de varianza se encontró que sí había diferencias significativas entre los tres grupos ($p<00001$). Más adelante se realizó un análisis posthoc donde se encontró que todos los grupos diferían entre sí. A mayor habilidad para solucionar problemas, menor predisposición al alcoholismo.

Tabla 1
Habilidad para Solucionar Problemas. en grupos con diferente
Predisposición al alcoholismo.

media	Pred al alc..	alta	media	baja
2.4480	alta			
2.7846	media	*		
3.1205	baja	*	*	

Al estudiar las diferencias de la Habilidad para solucionar problemas. entre facultades el análisis de varianza mostró que sí había diferencias significativas ($p < .00001$), a lo que el análisis posthoc agregó que las diferencias se encontraban entre la facultad de Ciencias y todas las demás . Siendo dicha facultad la que más deficiencias presenta para solucionar problemas sociales.

Tabla 2
Habilidad para Solucionar Problemas. en cada facultad

media	Facultad	ciencias	psicología	derecho	medicina
2.6263	ciencias				
2.7990	psicología	*			
2.8557	derecho	*			
2.8710	medicina	*			

Al estudiar la predisposición al alcoholismo. entre facultades el análisis de varianza mostró diferencias significativas ($p = .0012$) pero quien marcó las diferencias en esta ocasión solo fue la facultad de ciencias con respecto a la de medicina, según el análisis posthoc. Existiendo una mayor predisposición al alcoholismo en ciencias que en medicina.

Tabla 3
Predisposición al alcoholismo en cada facultad

media	Facultad	ciencias	derecho	psicología	medicina
2.7942	ciencias				
2.9075	derecho				
2.9218	psicología				
3.0124	medicina	*			

Basándose en los hallazgos del Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo (N.I.A.A.A.) de Estados Unidos, que muestran que los jóvenes que empiezan a beber entre los 15 y los 18 años, tienen 4 veces más probabilidad de ser alcohólicos, que los que empiezan después de los 19 años; y apoyándose en los cálculos de la mediana se dividió a los sujetos en 2 grupos de edad (17-18 y 19-25). Los grupos de edad mostraron diferencias estadísticamente significativas tanto al compararlos según su habilidad para solucionar problemas ($p=.0029$) y su predisposición al alcoholismo ($p=.0170$), sin embargo la prueba posthoc no muestra que realmente las haya .

Tabla 4
Habilidad para solucionar problemas y predisposición al alcoholismo según edad

Edad	17 - 18	19 - 25
Media de H.S. P.	2.8446	2.7273
Media de P. A.	2.9567	2.8610

Utilizando los nuevos instrumentos confiables y con validez de constructo se correlacionó a todos los factores entre sí y se encontró que todas correlacionan con todas. Por lo tanto sí existen diferencias estadísticamente significativas en las habilidades para solucionar problemas sociales que manifiestan sujetos con diferente

predisposición al alcoholismo ($p < .00001$). Habiendo una menor predisposición al alcoholismo a mayor habilidad para solucionar problemas. No necesariamente las habilidades para resolver problemas sociales son como antídoto contra el alcoholismo, más bien son conductas in compatibles entre sí.

También se encontraron diferencias significativas de los factores del Inventario de solución de problemas. (Control personal ($p < .00001$), estilos de aproximación ($p < .00001$) y confianza en la solución de problemas ($p < .00001$)), y el análisis posthoc mostró que todas difieren con todas (Tablas 5, 6 y 7).

Tabla 5

Control personal en grupos con diferente predisposición al alcoholismo.

media CP	Pred. al Alc.	alta	media	baja
2 0529	alta			
2 5852	media	*		
2 9546	baja	*	*	

El control personal es mayor en los sujetos con menor predisposición al alcoholismo.

Tabla 6

Estilos de aproximación en grupos con diferente predisposición al alcoholismo.

media EA	Pred. al Alc.	alta	media	baja
2 6317	alta			
2 8697	media	*		
3.1611	baja	*	*	

Los sujetos con menor predisposición al alcoholismo se enfrentan con más facilidad a las situaciones problemáticas.

Tabla 7
Confianza en la solución de problemas en grupos con diferente predisposición al alcoholismo.

media CSP	Pred. al Alc.	alta	media	baja
2.6008	alta			
2.8879	media	*		
3.2181	baja	*	*	

Los sujetos con menor predisposición al alcoholismo, confían más en que pueden resolver sus problemas.

Un análisis de Crosstabs mostró las diferencias de los 3 grupos de predisposición al alcoholismo y sexo (Tabla 8), facultad (Tabla 9) y grupo de edad (Tabla 10).

Tabla 8
Número de individuos según sexo y predisposición al alcoholismo.

Pred. al Alc./Sexo	Hombres	Mujeres
alta	66	120
media	64	110
baja	55	125

La mayoría de los estudios que se han hecho sobre alcoholismo, se han realizado con hombres, por eso es importante notar las diferencias que existen en un estudio con sujetos de ambos sexos. En la tabla 8 se puede observar que de las mujeres de la muestra, la mayoría presentan una baja predisposición al alcoholismo y la mayoría de los hombres presentan alta predisposición al alcoholismo. Estos datos concuerdan con lo "socialmente esperado". Además el que los hombres tengan mayor predisposición al alcoholismo, podría explicar por qué habían tan pocos el día de la aplicación, ya que el alcoholismo se asocia con la irresponsabilidad y por lo tanto con la inasistencia, aunque no se sabe con precisión si realmente no asistieron, o sí en la actualidad hay más mujeres que hombres estudiando una licenciatura.

Tabla 9**Número de individuos según facultades y predisposición al alcoholismo.**

Pred Alc/Fac	Medicina	Derecho	Psicología	Ciencias
alta	40	44	47	55
media	40	37	35	62
baja	62	44	48	26

En la tabla 9 se puede ver claramente como los sujetos de la facultad de ciencias se tienden a agrupar en el grupo de mayor predisposición al alcoholismo.

Tabla 10**Número de individuos según edad y predisposición al alcoholismo.**

Pred. al Alc./Edad	17 - 18	19 - 25
alta	87	99
media	83	91
baja	98	82

A mayor edad, se presentan más características de una alta predisposición al alcoholismo. Rasgos como la irresponsabilidad o la tendencia a evadir pudieron haber influido en la edad de inicio de sus estudios profesionales.

Se encontraron diferencias significativas del grupo de edad con los siguientes factores: Estilos de aproximación ($p=.0005$), Irresponsabilidad ($p=.0009$) y Egocentrismo ($p=.0047$). Del sexo con los siguientes factores: Control personal (.0283), Confianza en la solución de problemas ($p=.0001$), Irresponsabilidad ($p=.0152$) y Egocentrismo ($p<.00001$). Y de la facultad con los siguientes factores: Control personal ($p=.0013$), Estilos de aproximación ($p=.0002$), Confianza en la solución de problemas ($p<.00001$), Tendencias depresivas ($p=.0124$), Irresponsabilidad ($p<.00001$) y Egocentrismo ($p=.0021$). El análisis posthoc mostró que las diferencias de cada factor se encontraban entre: Control personal - ciencias con medicina y derecho (Tabla 11) , Estilos de aproximación - ciencias con medicina (Tabla 12) , Confianza en la resolución de problemas - ciencias con medicina y derecho (Tabla 13) , Tendencias depresivas-

ciencias con medicina (Tabla 14) , Irresponsabilidad - ciencias con medicina, derecho y psicología (Tabla 15) y Egocentrismo - ciencias con medicina y derecho (Tabla 16) .

Tabla 11
Control personal en cada facultad

media CP	Facultad	ciencias	psicología	medicina	derecho
2.3298	ciencias				
2.5385	psicología				
2.6221	medicina	*			
2.6240	derecho	*			

Los sujetos de la facultad de ciencias tienen menor control personal, que los de medicina y derecho.

Tabla 12
Estilos de aproximación en cada facultad

media EA	Facultad	ciencias	psicología	derecho	medicina
2.7179	ciencias				
2.8949	psicología				
2.9120	derecho				
3.0200	medicina	*			

Los sujetos de la facultad de medicina se enfrentan con más facilidad a los problemas sociales, que los de la facultad de ciencias.

Tabla 13
Confianza en la solución de problemas en cada facultad

med. CSP	Facultad	ciencias	psicología	medicina	derecho
2.7045	ciencias				
2.8788	psicología				
2.9683	medicina	*			
3.0640	derecho	*			

Los sujetos de las facultades de medicina y derecho tienen mayor confianza en que pueden resolver sus problemas, que los de la facultad de ciencias.

Tabla 14
Tendencias depresivas en cada facultad

media TD	Facultad	ciencias	psicología	derecho	medicina
3.1149	ciencias				
3.1731	psicología				
3.2040	derecho				
3.3622	medicina	*			

Los sujetos de la facultad de ciencias se deprimen más que los de la facultad de medicina.

Tabla 15
Irresponsabilidad en cada facultad

med Irres.	Facultad	ciencias	derecho	psicología	medicina
2.8899	ciencias				
3.1860	derecho	*			
3.2423	psicología	*			
3.2852	medicina	*			

Los sujetos de la facultad de ciencias son más irresponsables que los de las demás facultades.

Tabla 16
Egocentrismo en cada facultad

med Ego.	Facultad	ciencias	derecho	medicina	psicología
2.6224	ciencias				
2.6987	derecho				
2.8357	medicina	*			
2.8372	psicología	*			

Los sujetos de la facultad de ciencias son más egocéntricos que los de psicología y medicina.

Tabla 17
Confianza en la solución de problemas según sexo y facultad

Sexo/ fac	Medicina	Derecho	Psicología	Ciencias
Hombres	3.21	3.26	3.24	2.70
Mujeres	2.81	2.96	2.81	2.71

Tanto hombres como mujeres de la facultad de ciencias, muestran menor confianza en la solución de problemas sociales; sin embargo, es en la única facultad en que no se encuentran diferencias entre hombres y mujeres. En todas las demás facultades se puede observar que los hombres tienen mayor confianza en la solución de problemas que las mujeres.

Tabla 18
Número de sujetos según facultad y sexo

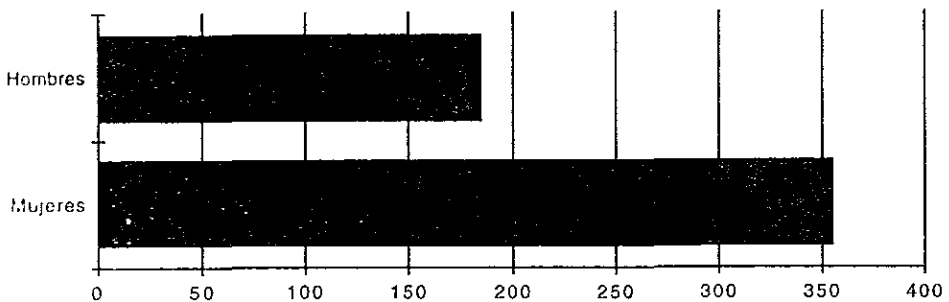
Sexo/Facult.	Medicina	Derecho	Psicología	Ciencias
Hombres	56	43	20	66
Mujeres	86	82	110	77

Tabla 19
Número de sujetos según sexo, edad y facultad

Variable	Grupo	N
Sexo	Hombres	185
	Mujeres	355
Edad	17 - 18	268
	19 - 25	272
Facultad	Psicología	130
	Derecho	125
	Medicina	142
	Ciencias	143

El Anova de 2 vías mostró diferencias significativas únicamente entre sexo y facultad ($F=3.369$, $DF=3$, $524 = .018$).

Tabla 20
Número de sujetos según



La razón por la que se eligió a las facultades fue por la creencia de que en la facultad de psicología predominaban las mujeres, en la de derecho los hombres y en las de medicina y ciencias había aproximadamente igual número de mujeres que de hombres; y se quería obtener una muestra de aproximadamente la misma cantidad de cada sexo. Sin embargo, esta suposición resultó ser arbitraria y se encontró mayor número de mujeres que de hombres en todas las facultades.

X.13. DISCUSIÓN

Originalmente la finalidad de este estudio era relacionar los puntajes de dos instrumentos aplicados a tres grupos diferentes, pero esto pasó a segundo lugar al encontrar que los instrumentos no contaban con la validez que sus autores mencionaban.

Desde un principio estuvo en duda la consistencia del Inventario de predisposición al alcoholismo, ya que la nomenclatura de sus reactivos era muy ambigua, pretendiendo evaluar al mismo tiempo eventos objetivos como *la conducta impulsiva* o *la incapacidad para integrarse a grupos humanos* y eventos tan subjetivos

como *la incapacidad para amar o problemas de identidad sexual*. A pesar de todos estos inconvenientes se eligió el inventario de predisposición al alcoholismo, de entre todos los instrumentos que median alcoholismo, por ser el único en detectar la predisposición al alcoholismo, lo cual para una muestra de estudiantes que aun no presentan el problema resultaba ser el más útil.

El análisis factorial dio lugar a un nuevo instrumento. El nuevo inventario de predisposición al alcoholismo, fue constituido por 36 reactivos que se agruparon en 5 factores (tendencias depresivas, tendencias evasivas, tendencias antisociales, irresponsabilidad y egocentrismo. La estimación de confiabilidad indicó que estos factores tenían consistencia interna. Es importante hacer notar que los 5 factores son parte de las características que muchos autores han encontrado en la personalidad alcohólica (Block, 1971; Hagnell, Lanke, Rosman y Ohman, 1986; Hoffman, Loper y Kammeier, 1974; Jones, 1971; McCord y McCord, 1960; Moonley, Hartly y Elderkin, 1983, Robins, 1966), aunque no son las únicas características de este tipo de personalidad. La personalidad alcohólica es más compleja de lo que estos factores miden y el considerar únicamente estos factores podría minimizar y enmascarar importantes diferencias individuales de la Personalidad del alcohólico. Se puede decir con certeza que éstas no son características de conductas adaptativas, con las que anteriormente se ha relacionado una H.S.P. eficiente (Heppner y Petersen, 1982).

Por otro lado el análisis factorial del I.S.P. dio lugar a un nuevo instrumento constituido por 16 reactivos agrupados en tres factores, los cuales fueron consistentes con los factores del primer inventario (Heppner y Petersen, 1982.).

La validez de constructo y la confiabilización (I.S.P., $\alpha=.83$ e I.P.A., $\alpha=.90$) son las aportaciones más importantes de esta investigación, Ya que como psicólogos es importantísimo contar con pruebas estandarizadas para nuestra población, ya que no tenemos las mismas características de personalidad ni de cultura de otros países. Por lo tanto es necesario crear nuestros propios instrumentos de medición o hacer una excelente estandarización cuando los importemos de otros lados.

Una vez que se obtuvieron los nuevos inventarios con validez interna y con una confiabilidad satisfactoria, tanto para el total de los inventarios así como para cada uno de sus factores, entonces se pasó a comprobar la hipótesis planteada para este estudio.

Los resultados del análisis de varianza confirmaron la hipótesis que existen diferencias significativas en la habilidad para solucionar problemas sociales entre grupos de universitarios con predisposición alta, media o baja al alcoholismo. Adicionalmente la correlación producto momento de Pearson mostró que a mayor habilidad para solucionar problemas sociales, menor es la predisposición al alcoholismo. Esta relación puede justificar programas de entrenamiento de H.S.P. como una de tantas formas que existen para prevenir el alcoholismo en los jóvenes.

Por otra parte al dividir los factores del I.S.P. se encontró que todos (control personal, estilos de aproximación y confianza en la solución de problemas) diferían significativamente entre los grupos de predisposición baja, media y alta al alcoholismo. Las personas con P.A. baja eran más eficientes en todos estos factores.

El grupo de edad difirió en estilos de aproximación, irresponsabilidad y egocentrismo, los sujetos mayores de 19 años mostraron una mayor P.A. en general al compararlos con los de 17 y 18 años, pero los factores de la P.A. en los que se marcaban más estas diferencias fueron la irresponsabilidad y el egocentrismo. Si se toma en cuenta el hecho de que los niños son normalmente inscritos a primaria a los 6 años y si continúan con sus estudios ininterrumpidamente, comienzan la licenciatura aproximadamente entre los 17 y 18 años; es posible que los que ingresaron a la universidad de 19 años o más sea por que hayan reprobado un año o dejado de estudiar por esta misma irresponsabilidad. Lamentablemente las razones por las que prolongaron el inicio de sus estudios universitarios no fueron tomadas en cuenta en este estudio, pero sería muy interesante que futuras investigaciones observaran las diferencias de personalidad entre alumnos regulares y alumnos que por alguna razón retrasaron su ingreso a la universidad.

Los sujetos mayores de 19 años también difirieron en la H.S.P., siendo menos eficientes que los de 17 y 18 años, y el factor en el que más difirieron fue el de estilos de aproximación. Se podría suponer que las personas que les cuesta mayor trabajo enfrentarse a un problema, son las que tienden a postergar sus estudios, pero eso también es tema de otra investigación.

Las diferencias en cuanto al sexo mostraron que los hombres tienen mayor confianza en la solución de problemas, control personal, irresponsabilidad y egocentrismo. Dichas diferencias se pueden deber a la idiosincrasia en México, donde

los hombres presentan un locus de control interno es decir, se evalúan de acuerdo a su propio juicio; al contrario de las mujeres que tienden a evaluarse en función de los demás, es decir tienen un locus de control externo (Díaz Guerrero, 1974).

Entre las facultades se encontraron diferencias con varios factores tanto del I.S.P. como del I.P.A. pero en todos ellos la facultad de ciencias era la que variaba de las demás. Las facultades de medicina y derecho difirieron en control personal y en confianza en la solución de problemas con la facultad de ciencias (Tablas 11 y 13), la facultad de medicina difirió en estilos de aproximación y tendencias depresivas con la de ciencias (Tablas 12 y 14), las facultades de medicina y psicología difirieron en egocentrismo con la facultad de ciencias (Tabla 16) y todas las facultades difirieron con la de ciencias en irresponsabilidad (Tabla 15).

El que las facultades de derecho y medicina hayan mostrado una mayor eficacia en todos los factores del I.S.P. que los de la facultad de ciencias, parece obvio, pues los médicos y los abogados trabajan constantemente con problemas interpersonales, mientras que los físicos y matemáticos lidian con problemas abstractos. Esto apoya los datos de Heppner (1982) que dice que las personas eficaces para resolver problemas sociales, dan respuestas más razonadas a cuestiones interpersonales y se enfocan más en la solución que en el problema. Probablemente esta haya sido la característica que haya llevado a estos individuos a hacer esa elección de carrera y no haya sido su profesión la que los llevo a desarrollar dicha habilidad.

La tendencia depresiva fue mucho mayor en la facultad de ciencias, misma que tiene una mayor deficiencia en solución de problemas. Estos datos apoyan las conclusiones de estudios previos que dicen que las personas que son eficaces resolviendo problemas sociales se deprimen y estresan menos que los que se consideran poco eficaces (Heppner y Anderson, 1985; Heppner, Baumgardner y Jackson, 1985; Heppner, Hibel, Neal, Weinstein y Rabinowitz, 1982; Heppner, Kampa y Brunning, 1987; Nezu, 1985; en Elliot y Godscall, 1990). Por otra parte aunque se sea un eficaz solucionador de problemas las emociones negativas, como la depresión, inhiben un correcto desempeño de las tareas (D'Zurilla y Nezu, 1982).

La irresponsabilidad también fue mayor en los alumnos de primer ingreso de la facultad de ciencias, lo que se refiere a una falta de compromiso tanto consigo mismo,

como con los demás. Sería interesante saber cuantos de los alumnos de esta facultad desertan por este factor.

Por otra parte el egocentrismo fue menor en las facultades de medicina y psicología que en la de ciencias. Por todas estas diferencias de los sujetos de la facultad de ciencias , sería interesante conocer si estas mismas se presentan en estudios con otras facultades. Las diferencias tan drásticas hacen dudar si estos sujetos forman parte de la misma población.

X.14. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Este estudio fue diseñado para analizar la relación entre la habilidad para solucionar problemas y la predisposición al alcoholismo, esperando que al ser comprobada esta relación, pudiera darse una base solida para aplicar programas de entrenamiento de solución de problemas como método de prevención del alcoholismo. Sin embargo, los hallazgos deben ser considerados sin perder de vista las limitaciones del estudio. Una de estas limitaciones es que los resultados obtenidos a través de correlaciones, no indican relaciones causales, por lo tanto, no se sabe cual de las variables es causa de la otra o si simplemente se presentan simultáneamente como parte de un mismo fenómeno. Habría que hacer un estudio longitudinal para saber si realmente las personas que tienen deficiencias para solucionar problemas sociales son más propensos a ser alcohólicos. Además este es solo uno de los tantos factores que podrían causar el alcoholismo desde el punto de vista psicológico, pero existen factores genéticos, fisiológicos y sociales que en este estudio no han sido considerados.

Otra de las limitaciones del estudio fue la incapacidad de asignar al azar a los sujetos en las distintas condiciones y por lo tanto no existe la posibilidad de comprobar si los grupos fueron inicialmente semejantes en su posición con respecto a la variable dependiente o en ciertas características estimadas como relevantes de la misma.

Una tercera limitación es que los resultados se basan en dos instrumentos de auto reporte y puede ser una fuente de error el utilizar un solo método de medición, además de que los instrumentos originales carecían de la validez citada por sus autores. Incluso se puede decir que el I.P.A. no mide predisposición al alcoholismo, sino solo algunos rasgos que han sido asociados al alcoholismo. Este fue un buen intento de aproximación al tratamiento del alcoholismo, pero es un fenómeno tan complejo que no

puede ser dividido en sus componentes, sino que debe ser visto como un todo. Las deficientes habilidades para solucionar problemas sociales, son solo una pequeña parte del problema. Por todo esto, se sugiere que los futuros esfuerzos por estudiar la relación entre la habilidad para solucionar problemas sociales y la predisposición al alcoholismo utilicen indicadores adicionales para medir la variables a investigar, o si deciden utilizar instrumentos de autoreporte, *que utilicen varios a la vez para obtener validez concurrente.*

Aunque existan todas estas limitaciones en cuanto a la presente investigación, es importante insistir en la utilidad de programas de entrenamiento para desarrollar una mayor habilidad para resolver problemas sociales; ya que se ha encontrado que las personas con menos habilidades para solucionar problemas sociales tienen menos esperanza, son más vulnerables a los factores estresantes del medio y tienen mayor riesgo de ideas suicidas (Dixon, Heppner y Anderson, 1991) además de que tienen tendencias a deprimirse, a evadirse, a no involucrarse socialmente, al egocentrismo y a la irresponsabilidad; lo que las hace más vulnerables a *cualquier otro trastorno psicológico.* Con un programa de entrenamiento en solución de problemas no se pretende desaparecer del todo este y otros problemas, pero cualquier herramienta para mejorar la calidad de vida es de gran utilidad. En esta época se debe pensar en el desarrollo de ser humano de una manera integral, y no solo intelectual. Se debe brindar herramientas para la vida diaria a los jóvenes de hoy para asegurar un futuro mas saludable y armónico.

XI. BIBLIOGRAFÍA REVISADA

- Asociación Psiquiátrica Americana. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*, 4a ed., Ed. Masson, 1995, España, p.908
- ANASTASI A. y URBINA S. (1998), *Test Psicológicos* 7a ed., Ed. Prentice Hall, México, p.744
- ARMENDÁRIZ, G. (1984); *Inventario para medir la predisposición al alcoholismo.*, Tesis de licenciatura U.I.A., México.
- AZÚA, R.E.B. (1994); *Evaluación de habilidades sociales en adolescentes: diferentes de genero.*, Tesis de licenciatura U.N.A.M., México, p. 103
- BARRERA, S.L. (1996); *Desarrollo y validación del inventario de solución de problemas de Heppner y Petersen en un grupo de estudiantes de medicina.*, Tesis de licenciatura U.N.A.M., México, p. 144
- BARRY, R. (1998); *The national drug control strategy, 1998: A ten year plan (1998-2007)*. Office of national drug control policy of the United States, U.S.A., p.p. 15-16, 21-29
- BLOOM, B.S. y BRODER, L.J. (1950); *Problem-solving processes of college students: An exploratory investigation*. Chicago, University of Chicago Press.
- BRAUDEL, F. (1950); *Bebidas y exitantes.*, Alianza Cien, México, p.p. 12-39.
- BROWN, A.S., IRWIN, M. y SCHUCKIT, A.M. (1991); *Changes in Anxiety among abstinent male alcoholics.*, Journal of studies on alcohol. , E.U.A., Vol. 52, No. 1, p.p. 55-61
- BROWN, A.S. y SCHUCKIT, A.M. (1983); *Changes in depression among abstinent alcoholics.*, Journal of studies on alcohol. , E.U.A., Vol. 49, No.5, p.p.412-417
- CABALLO, V.E. (1993); *Manual de evaluación y entrenamiento de habilidades sociales.*, España, Ed. Siglo XXI , p. 407
- CACCIOLA, J.S., RUTHERFORD M.J., ALTERMAN A.I. y SNIDER E.C. (1994); *An examination of the diagnostic criteria for anti social personality disorder in substance abusers.*, The journal of nervous and mental disease., E.U.A., Vol. 182, No. 9, p.p. 517-523
- CASANUEVA, A. (1981), *Comparación de características de personalidad de grupos de alcohólicos y no alcohólicos por medio del inventario multifásico de la personalidad (MMPI).*, Tesis de licenciatura U.I.A., México.
- CHANY, E.F. y O'LEARY, M.R. (1978); *Skills training with alcoholics.*, Journal of consulting and clinical psychology., E.U.A., Vol. 46, No. 5, p.p. 1092-1104
- COWAN, J. (1974); *Differentiation of alcoholic personality.*, Journal of adiction.,

- DE LA FUENTE, M.R. (1959); "Psicología médica", Ed. Fondo de Cultura Económica, México.
- DÍAZ GUERRERO, (1997); *Psicología del mexicano*, Ed Trillas, 6a ed., 1994, México
- DIXON, A. W., HEPNER, P.P. y ANDERSON, P.W. (1991); *Problem-solving appraisal, stress, hopelessness, and suicide ideation in a college population.*, Journal of counseling psychology., E.U.A., Vol. 38, No. 1, p.p.51-56
- D'ZURILLA, T.J.(1986); *Problem-solving therapy: a social competence approach to clinical intervention*, Nueva York, Springer.
- D'ZURILLA, T.J. (1993), *Terapia de resolución de conflictos* , Bilbao, España, Ed. Desclée de Brower, p.220
- D'ZURILLA, T.J. y Goldfried, M.R. (1971); *Problem solving and behavior modification.*, Journal of Abnormal Psychology, Vol. 78, pp. 107- 126.
- EISER, C. y EISER, R.J.; *Advances in child health psychology.*, E.U.A., Ed. University of Florida Press, p.p. 153-163
- EISENBERG, G.A. y LAMMOGLIA, R.E.T.; *Modificación a un inventario para medir predisposición al alcoholismo*, Tesis de licenciatura U.N.A.M., México, 1990, p.p. 252
- ELLIOTT, R. T. y GODSHALL F. (1990), *Problem solving appraisal, self reported study habits, and performance of academically at-risk college students.*, Journal of counseling psychology, Vol. 37, No. 2, p.p. 203-207
- ESPRESATE, S. (1994); *El alcoholismo a través de la historia*, Liber Addictus, num.1, Ed. Estampa Artes Gráficas, p.p.5-6
- FELDMAN, F. (1998); *No basta con decir no a las drogas*, Liber Addictus, num.17, Ed. Estampa Artes Gráficas, p.p.26-27
- FROMM, E. y MACOBY, M. (1970); *Social character in a mexican village.*, Prentice-Hall, New Jersey.
- GIL, F..R. y GARCÍA, M.S.; *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*, España, Ed. Pirámide, p.p. 796-828
- GOLDFRIED, M.R. y D'ZURILLA, T.J., *Social problem solving and negative affective conditions* en Kendall P.C. y Watson D. , *Anxiety and depression: distinctive and overlapping features*, San Diego, Calif., Academic Press, 1989.
- GRANT, K.A., *Behavioral animal models in alcohol abuse research.*, Alcohol, health and research world., E.U.A., 1990, Vol. 14, No. 3, p.p. 187-192
- HAWKINS, D. J., *Factores de protección y de riesgo en la prevención del alcoholismo y la farmacodependencia.*, E.U.A., Consorcio Interamericano Para El Desarrollo Humano (CIPEDH), p. 8

- HEPPNER, P. P., REEDER, B. L. y LARSON, M. L. (1983), *Cognitive variables associated with personal problem-solving appraisal: Implications for counseling.*, Journal of counseling psychology., Vol. 30, No. 4, p.p.537-545.
- HEPPNER, P. P. y PETERSEN, H. C.(1982), *The development and implications of a personal problem solving inventory.*, Journal of counseling psychology., E.U.A.,Vol. 29, No. 1, p.p. 66-75
- HEPPNER, P. P. (1978), *A review of the problem-solving literature and its relationship to the counseling process.* Journal of counseling psychology., E.U.A., 1978,Vol. 25, p p.366-375
- ELLIOTT, R. T. y GODSHALL F. (1990), *Problem solving appraisal, self reported study habits, and performance of academically at-risk college students.*, Journal of counseling psychology., Vol. 37, No. 2, p.p. 203-207
- HEPPNER, P. P. (1988), *The Problem Solving Inventory: Manual.*, Palo Alto, C.A.: Consulting Psychologist Press.
- ELLIOTT, R. T. y GODSHALL F. (1990), *Problem solving appraisal, self reported study habits, and performance of academically at-risk college students.*, Journal of counseling psychology., Vol. 37, No. 2, p.p. 203-207
- HIDALGO, C.G. y ABARCA, N. (1990); *Desarrollo de habilidades sociales en estudiantes universitarios.*, Revista latino americana de psicología. , Chile, Vol. 22, No. 2, p.p. 265-282
- HOFFMAN, H. (1974), *Dimensions of psychopathology among alcoholic patients.*, Quarterly journal of studies on alcohol.
- HOFFMAN, H (1975); *Identifying future alcoholics with MMPI alcoholism scales.*, Quarterly journal of studies on alcohol.
- HOPS, H., TILDESLEY, E., LICHTENSTEIN, E., ARY, D. y SHERMAN, L. (1990); *Parent-adolescent problem-solving interactions and drug use.*, American journal of drug and alcohol abuse., E.U.A., Vol.16, No. 3 & 4, p.p.239-258
- HORNEY, K. (1950), *Neurosis and human growth*, Ed. Norton, Nueva York.
- ISAAC, S. y MICHAEL, W.B. (1971), *Handbook in research and evaluation for education and the behavioral sciences.*, Ed. Edits Publishers, San Diego, Calif., U.S.A., 2a ed., 1990, p. p. 94-99.
- JELLINEK, E.M. (1960), *The disease concepts on alcoholism.*, Hillhouse, New Jersey.
- KERLINGER, F.N.(1988), *Investigación del comportamiento*, México, Ed. Mc. Graw-Hill, p.p. 135.
- KESSEL, J., *Alcohólicos Anónimos.*, Ed. Arca de papel, Barcelona, 1978
- KNIGHT, R. (1937); *Psychodynamics of chronic alcoholism*, Journal of nervus and mental disease.

- KOLB, L.(1974); *Psiquiatría clínica moderna.*, Ed. Prensa médica mexicana, México
- KUNSTLER, R. (1991); *Therapeutic recreation: An introduction.*, E.U.A., Ed. Prentice-Hall, p.p. 119-137
- LADOUCEUR, BOUCHARD y GRANGER; *Principios y aplicaciones de las terapias de conducta.*, España, Ed. Debate, 1977. p.p. 169-202
- LAMMOGLIA, E. (1974); *El alcoholismo y las complicaciones médicas.*, Inédito, México, .
- LASSE, E., SUERRE, B. y GUNNAR, G. (1986); *Social skills training in groups for alcoholics: one year treatment out come groups and individuals.*, Addictive behaviors. E.U.A., Vol. 11, Ed. Pergamon Press, p.p. 309-329
- MAISTO, S.A. y CONNORS, G.J. (1990); *Clinical diagnostic techniques and assessment tools in alcohol research.*, Alcohol, health and research world., E.U.A., , Vol. 14, No. 3, p.p. 232-238
- MANDELL, W. (1983); *Types and phases of alcohol dependence illnes*, Recent development in alcoholism (Vol.1, p.p. 415-447). New York,Plenum.
- MILLER, P. y EISLER, R. (1972); *Assertive behavior of alcoholics: a descriptive analysis.*, Behavior therapy, Vol. 8, p.p. 146-149.
- MONTI, P.M., BIRD, S. y MYERS, M. G. (1994); *Social skills training for alcoholics: Assesment and treatment.*, Alcohol and alcoholism. , E.U.A.,Vol. 29, No. 6, p.p. 627-637
- NAKKEN, C. (1988); *The addictive personality*, Ed. Hazelden, Minnesota, p.113
- NEZU, A.M. y Nezu, C.M. (1989), *Clinical decisión marking in behavior therapy: a problem-solving perspective*, Champaign, Ill., Research Press.
- NEZU, A.M. (1985). *Diferences in psychological distress between effective and ineffective problem solvers.*, Journal of counseling psychology., Vol. 32, p.p.135-138 en DIXON, A.W., HEPPNER, P.P. y ANDERSON, P.W.; *Problem-solving appraisal, stress, hopelessness, and suicide ideation in a college population.*, Journal of counseling psychology., E.U.A., 1991, Vol. 38, No. 1, p.p.51-56
- NEZU, A M., NEZU, C. M., SARAYDARIAN, L., KALMAR, K. y RONAN, G.F. (1986). *Social problem solving as a moderating variable between negative life stress and depressive simptoms.*, Cognitive therapy and research, Vol.10. p.p. 489-498, en DIXON, A.W., HEPPNER, P.P. y ANDERSON, P.W.; *Problem-solving appraisal, stress, hopelessness, and suicide ideation in a college population.*, Journal of counseling psychology., E.U.A., 1991, Vol. 38, No. 1, p.p.51-56.
- NEZU, A.M. y RONAN, G.F. (1988). *Social problem solving as a moderator of stress-related depressive symptoms: A prospective analysis*”, Journal of counseling psychology., Vol. 35, p.p.134-138 en DIXON, A.W., HEPPNER, P.P. y

- ANDERSON, P.W.; *Problem-solving appraisal, stress, hopelessness, and suicide ideation in a college population.*, Journal of counseling psychology., E.U.A., 1991, Vol. 38, No. 1, p.p.51-56
- OUGHOURLAN, J.M.; *La persona del toxicomano.*, Ed. Herder, Barcelona, 1977, p. 327
- PARKER, F.B. (1975); *Sex role in alcoholic woman.*, Quarterly journal of studies on alcohol.
- PARKER, J.C., GILBERT, G. y SPELTZ, M.L. (1989); *Expectations regarding the effects of alcohol on assertiveness: a comparison of alcoholics and social drinkers.*, Addictive behaviors. , E.U.A., Vol. 6, Ed. Pergamon Press, p.p. 29-33
- PHIL, R. O. y PETERSON, J. (1990); *Inherited predisposition to alcoholism: Characteristics of sons of male alcoholics.*, Journal of abnormal psychology., E U.A., Vol. 99, No. 3, p.p. 291-301.
- PHILIPS, S D., PAZIENZA, N.J. y FERRIN, H.H. (1984), *Decision-making styles and problem solving appraisal.*, Journal of counseling psychology., E.U.A., Vol. 31, No. 4, p.p. 497-502
- PITTMAN, D.J. (1979); *Alcoholismo: un enfoque interdisciplinario.*, Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina.
- PLATT, J.J.; HUSBAND, S.D. y STEAR, R.A. (1995); *Problem solving types among high risk I.D.U.'s: Potential treatment implications.*, Journal of substance abuse treatment. , E.U.A., Vol. 12, No. 2, p.p.103-109
- PLATT, J.J ; HUSBAND, S.D. y TAUBE, D. (1991); *Major psychoterapeutic modalities for heroin addiction: Abrief overview. Special Issue: Substance user treatment for research, practice and policy.*, Intrenational journal of addictions. , E.U.A., 1990-1991, Vol. 25 (12A), p.p.1453-1477
- QUIROGA, H., SANCHEZ, R., VAZQUEZ, G. y MATA, A. (1994); *Modelo de prevención, orientación y tratamiento de conductas adictivas para estudiantes y trabajadores universitarios.* México, U.N.A.M.
- RÍOS S (1994); *Construcción, confiabilización y validación de un instrumento para evaluar las habilidades sociales en adolescentes.*, Tesis de maestría U.N.A.M., México, p. 131
- SÁNCHEZ, H.P. (1976); *Alcoholismo.*, Escuela normal de especialización, Trabajo inédito México.
- SÁNCHEZ, H. (1974); *La lucha en México contra las enfermedades mentales.* Ed. Fondo de cultura económica, México.
- SANTOS, V.(1977); *El alcoholismo mexicano en cifras.*, El Día., Testimonios y documentos.; 16 y 17 de febrero de 1977.

- SIEGEL, S. y CASTELLAN, J.N. (1995); *Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta.*, México, Ed. Trillas, p. 437
- SHAAP, G.E., LAND, H. y VAN DE VELDE, J.C. (1990); *Persoonlijkheidspathologie en alcoholisme.*, Tijdschrift voor Psychiatrie., Holanda, Vol. 32, No. 6, p.p. 406-419
- SHMIDT, L.G. y ROMMELSPRACHER, H. (1990), *Biologische Marker des Alkoholismus.*, Nervenarzt, Alemania, Vol. 61, No. 3, p.p. 140-147.
- STURGIS, E.T. y CALHOUN, K.S. (1979); *Correlates of assertive behavior in alcoholics.*, Addictive behaviors., Inglaterra, 1979, Vol. 4, Ed. Pergamon Press, p.p. 193-197
- TAPLA-CONYER, R., CRAVIOTO, P., Et. Al. (1993), *Situación actual de las adicciones en México encuesta nacional de adicciones 1993.*, México, Publicación del Consejo nacional contra las adicciones (CONADIC), p. 10
- TORRES, R. (1981); *El flagelo del alcoholismo.*, Editores mexicanos unidos, México.
- TZIVANIS, J.R. (1981); Mundo médico. Junio, Vol. 6, No. 89.
- VALLES, J. (1978); *Alcoholismo: El alcohólico y su familia.*, Ed. Costa-Amic., México.

XII. ANEXOS

XII.1. INVENTARIO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

El siguiente cuestionario tiene por objetivo analizar ciertas características de personalidad.

Marque con una "X" en la hoja de respuestas su grado de acuerdo o desacuerdo respecto a cada afirmación según la escala.

Trate de ser sincero consigo mismo y use su propio criterio. No deje de contestar ninguna pregunta si puede evitarlo.

Sea tan amable de contestar tan rápido como le sea posible, ya que su primera impresión es la más importante; Pero a la vez procure hacerlo cuidadosamente, ya que se requieren sus verdaderas impresiones.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

1. Cuando fracaso en la solución intentada a un problema no investigo porqué no funcionó
2. Cuando me enfrento a un problema complejo no me molesto en desarrollar una estrategia para reunir información y así definir exactamente cuál es el problema.
3. Cuando mis primeros esfuerzos por resolver un problema fallan dudo acerca de mi habilidad para manejar la situación.
4. Después de haber resuelto un problema no analizo que hice bien o que hice mal.
5. Generalmente soy capaz de aportar formas alternativas y creativas para resolver un problema.
6. Después de haber intentado resolver un problema con cierto tipo de acción, tomo tiempo y comparo el resultado real con lo que en mi opinión debería haber sucedido.
7. Cuando tengo un problema pienso en muchas formas posibles de manejarlo hasta que ya no se me ocurren más ideas.
8. Cuando me enfrento con un problema examino en forma consistente mis opiniones para saber que está pasando en esa situación o problema.
9. Tengo la habilidad para resolver la mayoría de los problemas, inclusive aquellos que no tienen una solución aparente.
10. Muchos problemas me parecen demasiado complejos para que los resuelva.
11. Tomo decisiones y me siento orgulloso de ellas más tarde.

12. Cuando me enfrento con un problema tiendo a hacer la primera cosa que pienso para solucionarlo
13. Algunas veces no reflexiono sobre mis problemas y no trato de resolverlos, sino Que tomo una actitud irreflexiva.
- 14 Cuando decido sobre una idea o una posible solución a un problema, no me pongo a analizar las oportunidades de éxito de cada alternativa.
- 15 Cuando me enfrento con un problema me detengo y pienso acerca de él antes de dar el siguiente paso.
- 16 Generalmente me voy con la primera buena idea que viene a mi mente.
- 17 Cuando tomo una decisión evalúo las consecuencias de cada alternativa y las comparo entre sí.
- 18 Trato de predecir el resultado final cuando aplico una estrategia de acción.
19. Cuando intento pensar en varias soluciones a un problema no se me ocurren muchas alternativas.
- 20 Con suficiente tiempo y esfuerzo creo que puedo resolver la mayoría de los problemas a los que me enfrento.
21. Cuando me enfrento con situaciones nuevas tengo confianza en que puedo manejar los problemas que surjan.
- 22 Aunque halla trabajado en un problema algunas veces siento que divago y no llego a la verdadera esencia de lo que sucede.
23. Hago juicios precipitados y luego me arrepiento.
24. Confío en mi habilidad para resolver nuevos y difíciles problemas.
- 25 Tengo un método sistemático para comparar alternativas y tomar decisiones.
26. Cuando me enfrento con un problema generalmente no analizo que situaciones externas puedan estar contribuyendo al problema.
27. Cuando estoy confundido por un problema, una de las primeras cosas que pienso es hacer un examen cuidadoso de la situación y considerar todas las piezas de información relevante.
28. Algunas veces me siento tan abrumado emocionalmente que soy incapaz de considerar otras opciones para enfrentar mis problemas.
- 29 Después de haber tomado una decisión, el resultado que espero generalmente coincide con el resultado obtenido.
- 30 Cuando me enfrento con un problema, estoy inseguro de poder manejar la situación.
31. Cuando detecto un problema, una de las primeras cosas que hago es tratar de averiguar exactamente cuál es el problema.

XII.2. INVENTARIO DE PREDISPOSICIÓN AL ALCOHOLISMO

El siguiente cuestionario tiene por objetivo analizar ciertas características de personalidad.

Marque con una "X" en cualquiera de las casillas de la hoja de respuestas su posición respecto a cada afirmación.

Trate de ser sincero consigo mismo y use su propio criterio. No deje de contestar ninguna pregunta si puede evitarlo.

Sea tan amable de contestar tan rápido como le sea posible, ya que su primera impresión es la más importante; Pero a la vez procure hacerlo cuidadosamente, ya que se requieren sus verdaderas impresiones.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

- 1 Los que me conocen me critican mi falta de perseverancia.
- 2.- Mis relaciones afectivas son tranquilas y duraderas.
- 3 - Cuando realizo algo, dudo haberlo hecho bien.
- 4 - Me siento cansado de la vida.
- 5.- De pequeño siempre me calificaban como diferente a los demás niños.
- 6 - Me resulta fácil pasar de la alegría a la tristeza.
- 7.- Me incomoda la compañía de otras personas.
- 8.- Las experiencias me han servido para actuar mejor en situaciones similares.
- 9.- Mis relaciones con el sexo opuesto son pasajeras.
- 10 - Me siento satisfecho de mi sinceridad ante cualquier circunstancia.
- 11 - Nunca presiono a los demás a realizar algo en contra de su voluntad.
- 12 - Aceptar la realidad es algo que me llena de orgullo.
- 13.- Los demás, casi nunca respetan mis necesidades y mi tiempo.
- 14 - Pienso en mis intereses personales antes de pensar en los demás.
- 15 - Pocas veces estoy satisfecho con lo que soy y con lo que tengo.
- 16 - Titubeo para tomar una decisión.
- 17.- Mi vida es aburrida.
- 18 - Mis estados de ánimo son inestables.

- 19.- Se me dificulta hacer amistades.
- 20.- Trato de concientizar las experiencias.
- 21.- Me cansa una relación prolongada con el sexo opuesto.
- 22.- Me gusta sentir como disfruto de la vida.
- 23.- Soy muy incumplido.
- 24.- Mis recuerdos están llenos de tristeza y frustración.
- 25.- Las personas que me rodean tienen confianza en mí.
- 26.- La vida está llena de cosas bellas.
- 27.- Me sorprende mi incapacidad para sentir amor.
- 28.- Me llevo bien con todos los miembros de mi familia
- 29.- En muy raras ocasiones me siento solo.
- 30.- Decir siempre la verdad es signo de falta de inteligencia.
- 31.- A veces actué como desválido para lograr mis propósitos.
- 32.- Es difícil para mí, aceptar la realidad de las cosas.
- 33.- Mis conocidos saben de mi falta de seriedad y sensatez.
- 34.- Disfruto enormemente de mis actividades y mi vida doméstica.
- 35.- A veces siento que algo terrible me va a pasar.
- 36.- Los demás saben que soy paciente si las cosas no resultan.
- 37.- A pesar de tomar decisiones importantes con frecuencia puedo dormir tranquilo.
- 38.- La mayor parte del tiempo estoy a disgusto con lo que soy y lo que tengo.
- 39.- Soy irrespetuoso o irresponsable con las personas que quiero.
- 40.- A pesar de los fracasos no aprendo las lecciones de la vida.
- 41.- Me siento seguro al entablar relaciones con personas del sexo opuesto.
- 42.- Estoy satisfecho por lo sincero que soy ante cualquier circunstancia.
- 43.- Seguido me valgo de trucos para conseguir lo que deseo.
- 44.- Respeto absolutamente la forma de ser y de pensar de los demás.
- 45.- Me guío por mis impulsos e instintos.
- 46.- En ocasiones siento que me quieren atacar.
- 47.- Los demás saben que me impaciento si las cosas salen mal.
- 48.- Casi siempre son duraderas mis relaciones afectivas.
- 49.- Soy un sujeto muy incapaz para tomar decisiones.
- 50.- Me disgustan los puntos de vista diferentes a los míos.
- 51.- Los demás no cambian de humor tan frecuente como yo.
- 52.- Cuando tengo un problema me conservo sereno.
- 53.- Casi siempre me siento solo.
- 54.- Siempre caigo en el juego de los demás.

- 55.- Tengo alegría de vivir.
- 56.- Los demás no se dan cuenta de lo valioso que soy.
- 57.- Siempre rehuyo los problemas.
- 58.- Me siento bien con mi manera de ser.
- 59.- Casi nunca apetezco un trago cuando estoy tenso.
- 60.- Suelo disfrutar cada cosa que hago.
- 61.- Mi trato con los demás es alegre y cordial.
- 62.- Me gusta que la gente haga lo que yo quiera.
- 63.- Las personas de mi edad son tontas y vacías.
- 64.- Me controlo ante los conflictos.
- 65.- Frecuentemente cometo el mismo error dos veces.
- 66.- Cuando las cosas se ponen "feas" quisiera desaparecer.
- 67 - No encuentro satisfacción en nada.

XII.3. NUEVO INVENTARIO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

1. Cuando mis primeros esfuerzos por resolver un problema fallan dudo acerca de mi habilidad para manejar la situación.
2. Generalmente soy capaz de aportar formas alternativas y creativas para resolver un problema.
3. Tengo la habilidad para resolver la mayoría de los problemas, inclusive aquellos que no tienen una solución aparente.
4. Muchos problemas me parecen demasiado complejos para que los resuelva.
5. Algunas veces no reflexiono sobre mis problemas y no trato de resolverlos, sino que tomo una actitud irreflexiva.
6. Cuando me enfrento con un problema me detengo y pienso acerca de él antes de dar el siguiente paso.
7. Cuando tomo una decisión evalúo las consecuencias de cada alternativa y las comparo entre sí.
8. Trato de predecir el resultado final cuando aplico una estrategia de acción.
9. Cuando me enfrento con situaciones nuevas tengo confianza en que puedo manejar los problemas que surjan.
10. Aunque halla trabajado en un problema algunas veces siento que divago y no llego a la verdadera esencia de lo que sucede.
11. Hago juicios precipitados y luego me arrepiento.
12. Confío en mi habilidad para resolver nuevos y difíciles problemas.
13. Tengo un método sistemático para comparar alternativas y tomar decisiones.
14. Cuando me enfrento con un problema generalmente no analizo que situaciones externas puedan estar contribuyendo al problema.
15. Cuando estoy confundido por un problema, una de las primeras cosas que pienso es hacer un examen cuidadoso de la situación y considerar todas las piezas de información relevante.
16. Algunas veces me siento tan abrumado emocionalmente que soy incapaz de considerar otras opciones para enfrentar mis problemas.

X.II.4. NUEVO INVENTARIO DE PREDISPOSICIÓN AL ALCOHOLISMO

- 1.- Los que me conocen me critican mi falta de perseverancia.
- 2 - Mis relaciones afectivas son tranquilas y duraderas.
- 3.- Me siento cansado de la vida.
- 4.- Mis relaciones con el sexo opuesto son pasajeras.
- 5.- Nunca presiono a los demás a realizar algo en contra de su voluntad.
- 6.- Los demás, casi nunca respetan mis necesidades y mi tiempo.
- 7.- Pienso en mis intereses personales antes de pensar en los demás.
- 8.- Pocas veces estoy satisfecho con lo que soy y con lo que tengo.
- 9 - Mi vida es aburrida.
- 10 - Me cansa una relación prolongada con el sexo opuesto.
- 11 - Me gusta sentir como disfruto de la vida.
- 12.- Soy muy incumplido.
- 13 - Mis recuerdos están llenos de tristeza y frustración.
- 14 - La vida está llena de cosas bellas.
- 15 - A veces actué como desvalído para lograr mis propósitos.
- 16- Es difícil para mí, aceptar la realidad de las cosas.
- 17.- Mis conocidos saben de mi falta de seriedad y sensatez.
- 18 - Disfruto enormemente de mis actividades y mi vida doméstica.
- 19.- La mayor parte del tiempo estoy a disgusto con lo que soy y lo que tengo.
- 20.- A pesar de los fracasos no aprendo las lecciones de la vida.
- 21 - Me siento seguro al entablar relaciones con personas del sexo opuesto.
- 22 - Seguido me valgo de trucos para conseguir lo que deseo.
- 23.- Casi siempre son duraderas mis relaciones afectivas.
- 24.- Soy un sujeto muy incapaz para tomar decisiones.
- 25.- Casi siempre me siento solo.
- 26.- Siempre caigo en el juego de los demás.
- 27.- Tengo alegría de vivir.

- 28.- Siempre rehuyo los problemas.
- 29.- Me siento bien con mi manera de ser.
- 30.- Suelo disfrutar cada cosa que hago.
- 31.- Mi trato con los demás es alegre y cordial.
- 32.- Me gusta que la gente haga lo que yo quiera.
- 33.- Las personas de mi edad son tontas y vacías.
- 34.- Frecuentemente cometo el mismo error dos veces.
- 35.- Cuando las cosas se ponen "feas" quisiera desaparecer.
- 36.- No encuentro satisfacción en nada.

XII.5. VALORES DE LAS RESPUESTAS

Los valores para la respuesta *Totalmente de acuerdo* en el **Inventario de solución de problemas** son:

1 = 0	7 = 4	13 = 0	19 = 0	25 = 4
2 = 0	8 = 4	14 = 0	20 = 4	26 = 0
3 = 0	9 = 4	15 = 4	21 = 4	27 = 4
4 = 0	10 = 0	16 = 0	22 = 0	28 = 0
5 = 4	11 = 4	17 = 4	23 = 0	29 = 4
6 = 4	12 = 0	18 = 4	24 = 4	30 = 0
				31 = 4

A mayor puntaje, mejor habilidad para resolver problemas.

Los valores para la respuesta *Totalmente de acuerdo* en el **Inventario de predisposición al alcoholismo** son:

1 = 0	14 = 4	27 = 0	40 = 0	54 = 0
2 = 4	15 = 0	28 = 4	41 = 4	55 = 4
3 = 0	16 = 0	29 = 4	42 = 4	56 = 0
4 = 0	17 = 0	30 = 4	43 = 0	57 = 0
5 = 0	18 = 0	31 = 0	44 = 4	58 = 4
6 = 0	19 = 0	32 = 0	45 = 0	59 = 4
7 = 0	20 = 4	33 = 0	46 = 0	60 = 4
8 = 4	21 = 0	34 = 4	47 = 0	61 = 4
9 = 4	22 = 4	35 = 0	48 = 4	62 = 0
10 = 4	23 = 0	36 = 4	49 = 0	63 = 0
11 = 4	24 = 0	37 = 4	50 = 0	64 = 4
12 = 4	25 = 4	38 = 0	51 = 0	65 = 0
13 = 0	26 = 4	39 = 0	52 = 4	66 = 0
			53 = 0	67 = 0

A mayor puntaje, menor predisposición al alcoholismo.

Los valores para la respuesta *Totalmente de acuerdo* en el **Nuevo inventario de solución de problemas** son:

1 = 0	8 = 0	15 = 0	22 = 0	29 = 4
2 = 4	9 = 0	16 = 0	23 = 4	30 = 4
3 = 0	10 = 0	17 = 0	24 = 0	31 = 4
4 = 4	11 = 4	18 = 4	25 = 0	32 = 0
5 = 4	12 = 0	19 = 0	26 = 0	33 = 0
6 = 0	13 = 0	20 = 0	27 = 4	34 = 0
7 = 4	14 = 4	21 = 4	28 = 0	35 = 0
				36 = 0

A mayor puntaje, mejor habilidad para resolver problemas.

Los valores para la respuesta *Totalmente de acuerdo* en el **Nuevo inventario predisposición al alcoholismo** son:

1 = 0	4 = 0	7 = 4	10 = 0	13 = 4
2 = 4	5 = 0	8 = 4	11 = 0	14 = 0
3 = 4	6 = 4	9 = 4	12 = 4	15 = 4
				16 = 0

A mayor puntaje, menor predisposición al alcoholismo.

HOJA DE RESPUESTAS

INSTRUCCIONES

1. Antes de iniciar el llenado de esta forma lea con atención las instrucciones del cuestionario
2. Utilice lápiz del No. 2 ó 2 1/2
3. Conteste rellenando completamente el ovalo de la opción que elija
 Correcto Incorrecto
4. No doble ni maltrate esta hoja
5. Verifique que el número de cada respuesta coincida con el número de la pregunta
6. En caso de error, borre completamente

Edad	
años	meses
0 0	0 0
1 1	1. 1
2 2	2. 2
3 3	3. 3
4 4	4. 4
5 5	5. 5
6 6	6. 6
7 7	7. 7
8 8	8. 8
9 9	9. 9

Sexo
Masculino <input type="radio"/>
Femenino <input type="radio"/>

Facultad
Psicología <input checked="" type="radio"/>
Medicina <input type="radio"/>
Derecho <input type="radio"/>
Ciencias <input type="radio"/>
Otra <input type="radio"/>

- A: Totalmente de acuerdo**
- B: De acuerdo**
- C: Indeciso**
- D: En desacuerdo**
- E: Totalmente en desacuerdo**

Prueba No. 1

- | | | | | |
|-----------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| 1 (A) (B) (C) (D) (E) | 7 (A) (B) (C) (D) (E) | 13 (A) (B) (C) (D) (E) | 20 (A) (B) (C) (D) (E) | 26 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 2 (A) (B) (C) (D) (E) | 8 (A) (B) (C) (D) (E) | 14 (A) (B) (C) (D) (E) | 21 (A) (B) (C) (D) (E) | 27 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 3 (A) (B) (C) (D) (E) | 9 (A) (B) (C) (D) (E) | 15 (A) (B) (C) (D) (E) | 22 (A) (B) (C) (D) (E) | 28 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 4 (A) (B) (C) (D) (E) | 10 (A) (B) (C) (D) (E) | 17 (A) (B) (C) (D) (E) | 23 (A) (B) (C) (D) (E) | 29 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 5 (A) (B) (C) (D) (E) | 11 (A) (B) (C) (D) (E) | 18 (A) (B) (C) (D) (E) | 24 (A) (B) (C) (D) (E) | 30 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 6 (A) (B) (C) (D) (E) | 12 (A) (B) (C) (D) (E) | 19 (A) (B) (C) (D) (E) | 25 (A) (B) (C) (D) (E) | 31 (A) (B) (C) (D) (E) |
| | | | | 32 (A) (B) (C) (D) (E) |

Prueba No. 2

- | | | | | |
|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| 1 (A) (B) (C) (D) (E) | 14 (A) (B) (C) (D) (E) | 27 (A) (B) (C) (D) (E) | 40 (A) (B) (C) (D) (E) | 54 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 2 (A) (B) (C) (D) (E) | 15 (A) (B) (C) (D) (E) | 28 (A) (B) (C) (D) (E) | 41 (A) (B) (C) (D) (E) | 55 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 3 (A) (B) (C) (D) (E) | 16 (A) (B) (C) (D) (E) | 29 (A) (B) (C) (D) (E) | 42 (A) (B) (C) (D) (E) | 56 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 4 (A) (B) (C) (D) (E) | 17 (A) (B) (C) (D) (E) | 30 (A) (B) (C) (D) (E) | 43 (A) (B) (C) (D) (E) | 57 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 5 (A) (B) (C) (D) (E) | 18 (A) (B) (C) (D) (E) | 31 (A) (B) (C) (D) (E) | 44 (A) (B) (C) (D) (E) | 58 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 6 (A) (B) (C) (D) (E) | 19 (A) (B) (C) (D) (E) | 32 (A) (B) (C) (D) (E) | 45 (A) (B) (C) (D) (E) | 59 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 7 (A) (B) (C) (D) (E) | 20 (A) (B) (C) (D) (E) | 33 (A) (B) (C) (D) (E) | 46 (A) (B) (C) (D) (E) | 60 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 8 (A) (B) (C) (D) (E) | 21 (A) (B) (C) (D) (E) | 34 (A) (B) (C) (D) (E) | 47 (A) (B) (C) (D) (E) | 61 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 9 (A) (B) (C) (D) (E) | 22 (A) (B) (C) (D) (E) | 35 (A) (B) (C) (D) (E) | 48 (A) (B) (C) (D) (E) | 62 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 10 (A) (B) (C) (D) (E) | 23 (A) (B) (C) (D) (E) | 36 (A) (B) (C) (D) (E) | 49 (A) (B) (C) (D) (E) | 63 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 11 (A) (B) (C) (D) (E) | 24 (A) (B) (C) (D) (E) | 37 (A) (B) (C) (D) (E) | 50 (A) (B) (C) (D) (E) | 64 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 12 (A) (B) (C) (D) (E) | 25 (A) (B) (C) (D) (E) | 38 (A) (B) (C) (D) (E) | 51 (A) (B) (C) (D) (E) | 65 (A) (B) (C) (D) (E) |
| 13 (A) (B) (C) (D) (E) | 26 (A) (B) (C) (D) (E) | 39 (A) (B) (C) (D) (E) | 52 (A) (B) (C) (D) (E) | 66 (A) (B) (C) (D) (E) |
| | | | 53 (A) (B) (C) (D) (E) | 67 (A) (B) (C) (D) (E) |