

197



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

CONSUMO DE ALCOHOL Y DE ADAPTACIÓN
EN ESTUDIANTES DE TERCER AÑO
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
DE LA CARRERA DE MEDICINA



EXAMENES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGÍA.

E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
CLAUDIA MORA BARRITA

DIRECTORA: MTRA. MARÍA MARTINA JURADO BAIZABAL
REVISORA: MTRA. GEORGINA MARTÍNEZ MONTES DE OCA



MÉXICO, D.F.

2002

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.

AGRADECIMIENTOS

A la Maestra ***María Martina Jurado Baizabal*** por apoyarme de manera tenaz en la realización de este trabajo, por la dedicación y paciencia que me brindó y por la oportunidad de aprender de ella.

Al Doctor ***Alejandro Díaz Martínez***, Jefe del Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M., por el apoyo y las facilidades que me proporcionó para la realización de esta investigación.

A la Maestra ***Georgina Martínez Montes de Oca*** por su valiosa aportación para este trabajo, así como su gentileza.

Al Doctor ***José Antonio Talayero Uriarte***, Maestro ***Celso Serra Padilla*** y Maestro ***Horacio Quiroga Anaya*** por sus comentarios y sugerencias que enriquecieron este trabajo.

A la Psic. ***Mónica A. Peralta Macedo*** por su apoyo en la aplicación de los instrumentos utilizados en esta investigación.

A la Dirección General de Incorporación y Revalidación de Estudios de la U.N.A.M., muy especialmente al área de cómputo porque me ha permitido crecer constantemente.

DEDICATORIAS

A mi madre, por darme la vida, estar a mi lado en los momentos más difíciles así como en aquellos de gran felicidad, por el apoyo absoluto que permanentemente me da, porque siempre estoy orgullosa de ser su hija, por su ejemplo, por su inquebrantable valor ante la vida, por su **amor incondicional**.

A mi amado esposo y queridos hijos: **Carlos, Karlita e Iván**. Porque me impulsan a ser mejor día a día, por la comprensión y apoyo que de cada uno recibo, por la felicidad intensa que vivo cuando los contemplo, por la bendición de tenerlos a mi lado, por el amor que a diario me dan, por ese tiempo que me concedieron para que pudiera concluir este trabajo, porque su amor me dice que todavía hay mucho por hacer, que estoy iniciando.

A mis hermanos: **Lupita, Fernando y Eduardo**. Porque siempre me han acompañado, por el respaldo que me dan, el cariño que me brindan y por todos los momentos de felicidad y tristeza que juntos hemos vivido, lo cual ha fortalecido nuestros lazos y le da fe a mi alma.

A mis sobrinos: **Armando y Mónica**. Por las muestras afectuosas que me obsequian, por la alegría que me contagian, porque nuestro cariño es creciente, porque junto con mis hijos son una luz resplandeciente que día a día es más intensa.

A mis **abuelitos**, ejemplo en mi vida y esperanza en el futuro.

A **Armando Mora Moctezuma, Gregorio y Rubén Mora Hidalgo, y Concepción Hernández (Conchita)**. Porque además de los lazos familiares, el vínculo de amistad que me liga a cada uno ha fortalecido mi espíritu.

A **Lilia y Samuel Hernández Gaytán**. Por el apoyo y confianza que me tuvieron para darme esa primera gran oportunidad. Ayer, hoy y siempre ¡gracias!.

A toda mi familia, por los momentos compartidos, por ser parte esencial de lo que soy.

A todos mis amigos y compañeros dentro y fuera de la Universidad, les agradezco su compañía, amistad y el apoyo que me han dado, por ser parte importante en mi vida.

A mis profesores de la Facultad de Psicología, por su enseñanza y compromiso, por engrandecer a nuestra Universidad.

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPITULO I CONSUMO DE ALCOHOL Y ALCOHOLISMO	7
I.1 El alcohol en el organismo	7
I.2 Patrones de consumo de alcohol	10
I.3 Uso y abuso, el caso del alcohol.....	11
I.4 Consecuencias por consumo de alcohol	13
I.5 La familia y el alcoholismo.....	18
I.6 El consumo de alcohol y las relaciones sociales.....	19
I.7 Teorías sobre el consumo de alcohol y el alcoholismo	20
I.7.1 Teoría de la reducción de tensión	20
I.7.2 Teoría de la personalidad.....	20
I.7.3 Teoría del aprendizaje social	21
I.7.4 Teoría del desarrollo	21
I.7.5 Teoría de la expectativa.....	22
I.7.6 Teorías cognitivas	22
I.7.7 Teoría del aprendizaje	23
I.7.8 Alcohol y respuesta emocional	24
I.7.9 Teoría fisiopatológica.....	24
I.7.10 Teoría genética.....	25
I.7.11 Teorías psicodinámicas	26
I.8 Prevención.....	27
I.9 Investigaciones sobre el consumo de alcohol.....	30
CAPITULO II LA ADAPTACIÓN	38
II.1 Concepto.....	38
II.2 Definición.....	41
II.3 Desarrollo del yo y adaptación	42
II.4 Adaptación familiar.....	46
II.5 Adaptación social.....	46
II.6 Adaptación emocional.....	46
II.7 Adaptación individual.....	46
II.8 Investigaciones realizadas sobre adaptación.....	47
CAPITULO III ADOLESCENCIA Y JUVENTUD.....	51
III.1 La adolescencia.....	51
III.1.1 Definición.....	51
III.1.2 Duración.....	51
III.1.3 Desarrollo físico.....	52
III.1.3.1 Cambios biológicos.....	52
III.1.3.2 Evolución de la sexualidad.....	54
III.1.3.3 Características sexuales primarias.....	54
III.1.3.4 Características sexuales secundarias.....	55
III.4 Aspectos psicológicos.....	56
III.4.1 El impacto psicológico de los cambios físicos.....	56

III.4.2 Efectos de una maduración temprana o tardía.....	56
III.4.3 La infancia: punto de apoyo en la adolescencia.....	57
III.4.4 El instinto sexual.....	58
III.4.5 Características de la afectividad adolescente.....	59
III.5 La familia y los adolescentes.....	60
III.6 La salud y los adolescentes.....	61
III.7 Consumo de alcohol.....	62
III.8 Teorías de la adolescencia.....	62
III.8.1 Teoría psicoanalítica.....	63
III.8.2 Teorías sociológicas.....	64
III.8.3 Teoría del aprendizaje social.....	65
III.8.4 Teoría cognitiva del desarrollo.....	65
III.2 La Juventud.....	67
III.2.1 Desarrollo del pensamiento.....	68
III.2.2 Desarrollo Físico.....	69
III.2.3 Comportamiento Emocional, Social y Moral.....	69
III.2.4 La Familia.....	70
III.2.5 La Sociedad.....	70
III.2.6 Problemas de la juventud.....	71
III.2.6.1 Consumo de alcohol.....	71
III.3 Investigaciones sobre consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes.....	71
CAPITULO IV METODOLOGÍA.....	77
IV.1 Planteamiento y justificación.....	77
IV.2 Hipótesis de trabajo.....	78
IV.3 Variables.....	80
IV.4 Definición conceptual de variables.....	80
IV.5 Definición operacional de variables.....	81
IV.6 Sujetos.....	81
IV.7 Muestreo.....	81
IV.8 Tipo de estudio.....	82
IV.9 Diseño.....	82
IV.10 Instrumentos.....	82
IV.11 Procedimiento.....	89
IV.12 Análisis Estadístico de los Datos.....	90
CAPITULO V RESULTADOS.....	91
CAPITULO VI DISCUSIÓN.....	99
CONCLUSIONES.....	104
SUGERENCIAS Y LIMITACIONES.....	107
BIBLIOGRAFÍA.....	108
ANEXOS.....	118

RESUMEN

El propósito de la presente investigación pretende establecer relaciones entre Consumo de alcohol y problemas consecuentes a éste con la Adaptación Social, Familiar, Emocional y Estado de salud en estudiantes universitarios de la carrera de medicina, así como describir las diferencias según el género.

La información para este estudio se obtuvo en la Facultad de Medicina de la UNAM, en la cual participaron 530 alumnos, 303 del género femenino con promedio de edad de 20.96 años; 227 del género masculino con una media de edad de 21.18 años.

Se trata de un estudio prospectivo y descriptivo. Los instrumentos que se utilizaron fueron: el Test para la Identificación de trastornos debidos al uso de alcohol (AUDIT) por sus siglas en inglés (Alcohol Users Disorders Identification Test) y para medir la adaptación el Cuestionario de Adaptación de Hugh M. Bell.

La estrategia de análisis para esta investigación comprende la comparación por género de las variables estudiadas, por medio de ANOVA simple.

Para describir las interrelaciones entre las variables se efectuó un análisis lineal estructural con el fin de establecer un modelo plausible de la relación entre las variables consideradas en el estudio, comparando modelos obtenidos para hombres y para mujeres

A través de la aplicación del AUDIT se encontró que 153 estudiantes reportaron ser abstemios, se puede observar diferencias en género, existiendo una mayor proporción de mujeres abstemias 35.64%, mientras que solo el 19.82% de los hombres así lo indicaron. Respecto al consumo de alcohol, tanto las mujeres como los hombres, obtuvieron puntuaciones bajas, siendo mayor el promedio para los hombres, quienes también presentan mayor puntuación en los problemas por consumo de alcohol.

Respecto a la adaptación se encontró diferencias estadísticamente significativas en relación con el género en todas las subescalas, excepto en la de socialización en fiestas. Siendo las mujeres las que presentaron mayores valores de desadaptación, principalmente en el área emocional.

INTRODUCCIÓN

El interés por realizar la presente investigación, surge durante la realización de mi servicio social en el Departamento de Salud Mental de la Facultad de Medicina, en donde me percate del problema sobre el consumo de alcohol manifestado por los alumnos que allí acudían. Al revisar la información pude identificar que las facultades de donde provenían principalmente eran de Medicina, Ingeniería, Contaduría, entre otras.

Al reflexionar sobre la problemática me interese especial y particularmente por los alumnos de la Facultad de Medicina, por dos razones básicas, primero, por lo delicado que es la práctica profesional médica, ya que a los egresados se les exige ejercer de manera apropiada y brindar el máximo apoyo a la sociedad en cuanto a salud se refiere, pero también porque deben tener un apropiado manejo de los problemas relacionados con las adicciones, para lo cual es indispensable una adecuada salud mental; segundo, por las presiones curriculares a las que se ven sometidos, en particular los alumnos de 3er. año de la carrera de medicina cursan las asignaturas de patología y psicología médica II (anuales), para el primer semestre propedéutica y fisiopatología, y salud pública III, para el segundo semestre medicinal general I, seminario clínico y genética clínica. A la semana tienen 44 horas de clase. Cabe señalar que las materias son teóricas, prácticas y teóricas-prácticas, algunas se imparten en la Facultad de Medicina y otras, en diversos hospitales.

El estudiante con una buena adaptación realizará con éxito los requerimientos objetivos que la sociedad impone al individuo, tales como profesión, matrimonio, capacidad de convivir con otras personas (Hartmann, 1987), etcétera.

Debido a lo anterior, es importante identificar si los alumnos de 3er. año de medicina tienen problemas de consumo de alcohol y cuales son los niveles de adaptación familiar, social, a la salud y emocional, para que de acuerdo con los resultados, proponer lo indicado (prevención, rehabilitación o tratamiento).

A partir de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) de 1998, se definieron siete patrones de consumo: abstemios, bebedores poco frecuentes, bebedores

moderados/bajas cantidades, bebedores moderados/altas cantidades, bebedores frecuentes/bajas cantidades, bebedores frecuentes/altas cantidades y bebedores consuetudinarios (Tapia, 2001).

Tapia (2001) señala que en fechas recientes se han hecho intentos por definir niveles de consumo sin riesgo a lo que se le ha denominado **consumo moderado** y se refiere a la ingestión de no más de una copa por día para la mayoría de las mujeres, no más de dos copas por día en el caso de la mayoría de los hombres y no más de una copa por día en personas de edad avanzada. Asimismo, excluye de estos lineamientos a mujeres embarazadas; personas que van a conducir automóviles o se van a involucrar en actividades que requieren atención y habilidad; personas que estén tomando medicamentos; Alcohólicos y menores de edad. Cabe señalar que en México, se han adaptado estos niveles a los patrones de consumo.

La Organización Mundial de la Salud introdujo la categoría de **consumo perjudicial** para definir a aquel consumo que afecta la salud física, o mental del consumidor. Califica al usuario regular que empieza a manifestar problemas pero que aún no cumple el criterio de dependencia. El **consumo peligroso** implica ya un riesgo para la salud del individuo, esta definido como un patrón de consumo ocasional, repetido o persistente de una o varias sustancias psicotrópicas que lleva consigo un riesgo elevado de producir daños futuros a la salud mental o física del individuo (Tapia,2001).

El concepto de **Síndrome de Dependencia al Alcohol (Alcoholismo)** se define como "un estado psíquico, y a veces físico, resultante del consumo de alcohol, que se caracteriza por un comportamiento y otras respuestas que siempre comprenden una compulsión a ingerir alcohol de manera continuada o periódica, con la finalidad de experimentar efectos psíquicos o para evitar las molestias producidas por su ausencia" (Portella, 1998).

Las consecuencias del consumo excesivo del alcohol es un problema de salud que se extiende hasta incluir el núcleo familiar, las redes sociales del individuo afectado, o las áreas laborales y profesionales en las cuales se desenvuelve y termina por repercutir en otros individuos y grupos sociales.

La adaptación se define como la capacidad, con conductas cada vez más efectivas, dirigidas hacia un objetivo, ante circunstancias variables previamente no especificadas, o bien, a toda modificación de una manera de ser, de una estructura, de una función, de una conducta, tendente a acomodarse a las condiciones exteriores (Hartmann, 1987).

En términos generales, se considera bien adaptado a un hombre si su productividad, su capacidad para disfrutar de la vida y su equilibrio mental no están perturbados (Hartmann, 1987).

Se le llama adolescencia al conjunto de transformaciones corporales y psicológicas que se producen entre la infancia y la edad adulta (Debesse, 1977).. Inicia aproximadamente a los 12 años, en las mujeres y en los hombres tarda 1 o 2 años más; la duración y evolución de la adolescencia no tienen un valor absoluto, algunos autores psicoanalíticos consideran que el final de la adolescencia es cuando los jóvenes se fijan sobre todo en las relaciones maduras con otras personas, llamadas relaciones objetales, y en la capacidad para contraer compromisos de trabajo. Algunos jóvenes, en particular los estudiantes y los de clase acomodada, permanecen con agrado en la fase de la adolescencia, se considera que finaliza entre los 22 y 25 años (McKinney, Fitzgerald y Strommen, 1982).

Juventud se denomina comúnmente a la *Segunda Adolescencia*, período comprendido entre los 18 años y los 25 aproximadamente. Algunos autores consideran que a la juventud como un producto esporádico de la cultura actual, esto es, una prolongación artificial de la adolescencia, un retraso provocado de la maduración humana, un mero producto del ambiente. La adaptación social se prolonga más en las sociedades civilizadas y en las clases intelectuales más que en las obreras (Bühler, 1933 citado por Papalia, 1990).

La presente investigación inicia con una revisión teórica sobre el consumo de alcohol, la adaptación y las etapas de desarrollo humano —adolescencia y juventud— en las que se encuentran los alumnos que participan en este trabajo. Posteriormente se presenta la metodología y los resultados que se obtuvieron.

El capítulo I se revisan los efectos que causan el consumo de alcohol en el organismo dependiendo de los niveles de concentración de alcohol en la sangre, los patrones y tipos de consumo de alcohol, las complicaciones físicas como consecuencia del consumo de alcohol. Se revisan los efectos que causan el alcoholismo al entorno familiar y social del individuo. Finalmente, se presentan algunas teorías psicológicas sobre el consumo de alcohol, tipos de prevención y finalmente, investigaciones sobre del consumo de alcohol.

En el capítulo II se revisa el concepto de adaptación el cual nace en el siglo XIX y al respecto se citan autores tales como Marx (1965), Piaget (1984), Sullivan, Erickson, Rogers, Maslow, entre otros (citados por Smith, 1984), posteriormente se define lo que es adaptación de acuerdo con Kolb (1977), Englis y desde el punto de vista del psicoanálisis por Hartmann (1987). Al término se exponen algunas investigaciones sobre la adaptación.

Durante el Capítulo III se define lo que es la adolescencia, los cambios fisiológicos que se presentan, la duración de éste periodo de vida y las diferencias dependiendo del género. Los cambios biológicos, el desarrollo físico, así como las implicaciones psicológicas que conllevan éstos cambios y desarrollo. Los aspectos de afectividad y sexualidad, salud y familia del adolescente. Se presentan las diferentes teorías de la adolescencia, tales como la psicoanalítica, sociológica, cognitiva del desarrollo y del aprendizaje social..

También se aborda el tema de la juventud donde se describen el desarrollo físico, del pensamiento, el comportamiento emocional, social y moral. Se señalan los aspectos familiares, sociales. Al término del capítulo se muestran los resultados de las investigaciones realizadas con adolescentes y jóvenes con relación al consumo de alcohol.

En el capítulo IV se plantea el método que se utilizó para realizar la investigación, cuyo contenido es: el planteamiento del problema, objetivo, las hipótesis, variables, población, instrumentos, procedimiento y el análisis estadístico.

El capítulo V contiene los resultados obtenidos sobre el consumo de alcohol y problemas asociados, y su relación con la adaptación familiar, a la salud, social y emocional, así como la comparación por género.

En la parte final se encuentra la discusión y conclusiones de la investigación.

CAPITULO I. EL CONSUMO DE ALCOHOL

El alcohol se ha utilizado a lo largo de la historia, desde que el hombre aprendió a fermentar el grano o la fruta con fines recreativos, medicinales y ceremoniales (Sarason, 1993).

Existen muchas series químicas de alcoholes; sin embargo, "sólo la variedad etílica tiene los efectos convencionales del alcohol como los conocemos y sólo el alcohol etílico es seguro para su consumo" (Kessel y Walton, 1989).

El etanol es una sustancia que proporciona calor y energía a través de la oxidación, pero cuyo valor nutricional es muy limitado, por lo tanto aquellas personas que ingieren regularmente bebidas alcohólicas descuidando al mismo tiempo su alimentación pueden desarrollar deficiencias nutricionales, aun cuando conserven su peso o incluso lo aumenten. Aproximadamente un 10% del alcohol que se introduce en el organismo se elimina a través de la piel (sudoración), los pulmones (aliento) y los riñones (orina) mientras que el 90% restante es oxidado. Este proceso químico produce calor y energía por la combinación del alcohol con el oxígeno; el compuesto resultante se convierte finalmente en agua y bioxido de carbono (Velasco, et. al., 1991).

I.1 EL ALCOHOL EN EL ORGANISMO

El alcohol entra al organismo por la boca y pasando por el esófago llega al estómago, en donde es diluido por los jugos gástricos. Si hay alimentos -especialmente grasas- su absorción es más lenta. Mientras más alimentos haya en el estómago, más lento será el proceso.

Después de la ingestión, el alcohol pasa a la sangre desde el estómago y el intestino delgado para llegar a cada tejido y célula de todos los órganos, algunos de los cuales lo absorben en mayor cantidad. Por ejemplo, el etanol se concentra más en el cerebro que en los músculos, cabe mencionar que sólo una pequeña cantidad penetra en las células (Velasco, 1991).

El "alcohol ejerce su acción sobre el sistema nervioso, como un bloqueador de los mensajes que se transmiten de una célula nerviosa a otra. Primero afecta la corteza del lóbulo frontal, de cuya función dependen la voluntad, el juicio y las inhibiciones, es la región cerebral más afectada (De la Fuente, 1992). Después de un consumo continuo, afecta al cerebelo, asiento del control muscular motor y del equilibrio. Por último afecta la espina dorsal y la médula, el lugar de las funciones involuntarias como la respiración y el ritmo cardíaco y el control de la temperatura corporal" (Sarason, 1993).

Velasco (1991) menciona que el cerebro es muy sensible a la acción del alcohol, aproximadamente 30 segundos después de haberlo ingerido (una copa o bebida ordinaria) se empiezan a sentir efectos en varias de sus funciones normales como son: el juicio, el razonamiento y el control muscular. Si no se continúa bebiendo, el cerebro recupera su funcionamiento normal aproximadamente en una hora y los efectos causados desaparecerán sin haber provocado daño alguno o cualquier otro efecto indeseable.

A mayor concentración de alcohol en la sangre, mayor será el efecto negativo sobre el funcionamiento del cerebro, el cual se "adormece"; las propiedades anestésicas del alcohol afectan principalmente ciertas áreas y disminuyen o deprimen su actividad.

Cuando una persona ingiere alcohol a una velocidad mayor de la que su cuerpo requiere para oxidarlo, se presentan los signos y síntomas de la intoxicación etílica, esto es, de la "borrachera".

Las reacciones de cada individuo dependen de numerosos factores, incluyendo el estado de ánimo, algunos aspectos biológicos y el ámbito en el cual se bebe. Sin embargo, los efectos de las distintas concentraciones de alcohol en la sangre (CAS) respecto al volumen total del líquido que existe en el cuerpo, se pueden generalizar, según Velasco y col., de la siguiente manera:

- Menos de 0.03% a 0.05% de CAS, generalmente no producen efectos fácilmente reconocibles. Sin embargo, Sarason (1993) menciona que estas concentraciones pueden significar pensamiento relajado, falta de juicio y

limitaciones. Asimismo, puede existir un incremento significativo en los errores en tareas que requieren de atención absoluta. Los errores al conducir se aumentan y la visión se ve afectada.

- Los niveles entre 0.05% y 0.10%, puede producir una sensación de relajación, sedación o euforia. Debido a que el alcohol puede liberar ciertas inhibiciones y enmascarar la fatiga, mucha gente lo considera, erróneamente, un estimulante. Se lentifica "la reacción ante situaciones nuevas que requieren elecciones, así como las reacciones a los sonidos y la estimulación visual. Se afecta la acción motriz voluntaria, con el entorpecimiento notorio de los movimientos de los brazos, la acción de caminar y el lenguaje" (Sarason, 1993).
- A niveles de CAS entre 0.10% y 0.20%, la mayoría de los bebedores muestran señales visibles de intoxicación: impedimento físico y mental que afecta la percepción y la ejecución. La coordinación muscular se deteriora, el juicio se ve afectado y las reacciones a los diferentes estímulos se retardan. Aparecen alteraciones en la discriminación visual y auditiva y el lenguaje es, en ocasiones, muy confuso. Una persona intoxicada puede tornarse necia y escandalosa, melancólica y deprimida o agresiva. Algunos individuos se muestran demasiado confiados en sus habilidades, exponiéndose a peligros a los que no se arriesgarían normalmente. También pueden sentirse románticos, otros manifiestan una actitud antisocial y algunos más se retiran silenciosamente a un rincón apartado. Cabe señalar que una misma persona puede exhibir toda esta gama de comportamientos sucesivamente durante un periodo de ingestión de alcohol.
- A concentraciones mayores del 0.20% la mayoría de la gente se ve muy "sedada", no percibe bien lo que ocurre a su alrededor y tiene serias dificultades para mantenerse en pie y permanecer en estado de alerta.
- A un nivel de CAS de 0.40% el individuo entra en estado de coma.
- A 0.60% de CAS la persona está en peligro de muerte. Al respecto Sarason (1993) plantea que si "se consume suficiente alcohol en la sangre de .50% o más, el sistema de funciones involuntarias se puede desconectar y la persona muere por envenenamiento agudo con alcohol.

Sin embargo, es importante considerar que la respuesta del organismo al alcohol es distinto entre una persona y otra, e incluso un mismo individuo puede reaccionar de diversas manera en ocasiones diferentes (Velasco y col., 1991).

1.2 PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL

Las discusiones metodológicas sobre el estudio de patrones de consumo datan de 1926 ya que se consideró importante separar los bebedores diarios normales de los bebedores ocasionales con grandes problemas. En México, los primeros estudios que evaluaron patrones de consumo de alcohol en población general se realizaron en la primera mitad de la década de los setenta (Tapia, 2001).

Tapia (2001) señala que a partir de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) de 1998, se definieron siete patrones de consumo. Para cada frecuencia de consumo se consideran niveles altos y bajos de ingesta y, además proporcionan medidas ordinales:

- **Abstemios.** Personas que no han consumido alcohol en los últimos doce meses.
- **Bebedores poco frecuentes.** Personas que beben al menos una vez en el año, pero no lo hicieron en el último mes.
- **Bebedores moderados/bajas cantidades.** Personas que bebieron en el último mes, no en la última semana y que limitan la cantidad de alcohol que consumen (beben menos de cinco copas por ocasión de consumo).
- **Bebedores moderados/altas cantidades.** Personas que bebieron en el último mes, no en la última semana y que bebieron cinco copas o más por ocasión de consumo al menos una vez en el último año.
- **Bebedores frecuentes/bajas cantidades.** Personas que bebieron en la última semana y que no bebieron cinco copas o más por ocasión de consumo.
- **Bebedores frecuentes/altas cantidades.** Personas que bebieron en la última semana y que bebieron cinco copas o más por ocasión de consumo al menos una vez en el último año.
- **Bebedores consuetudinarios.** Personas que bebieron en la última semana y que beben cinco copas o más por ocasión de consumo una vez por semana o con más frecuencia.

1.3 USO Y ABUSO, EL CASO DEL ALCOHOL

El uso de sustancias es una condición incierta, su distinción del abuso no es clara. En el caso del alcohol, su uso no está sancionado legalmente, más aún, la sociedad le atribuye características positivas en su función de integración social.

Tapia (2001) señala que en fechas recientes se han hecho intentos por definir niveles de consumo sin riesgo a lo que se le ha denominado consumo moderado, al respecto el Departamento de Salud de Estados Unidos estable como límite para el **consumo moderado**, la ingestión de no más de una copa por día para la mayoría de las mujeres, no más de dos copas por día en el caso de la mayoría de los hombres y no más de una copa por día en personas de edad avanzada. Asimismo, excluye de estos lineamientos a mujeres embarazadas; personas que van a conducir automóviles o se van a involucrar en actividades que requieren atención y habilidad; personas que estén tomando medicamentos; Alcohólicos y menores de edad.

En México, se han adaptado estos niveles a los patrones de consumo locales debido a que no es común beber alcohol diario, sí en cambio es frecuente que se ingieran grandes cantidades de alcohol por ocasión de consumo (Tapia, 2001).

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud introdujo la categoría de **consumo perjudicial** para definir a aquel consumo que afecta la salud física, o mental del consumidor. Califica al usuario regular que empieza a manifestar problemas pero que aún no cumple el criterio de dependencia (Tapia, 2001).

El **consumo peligroso** implica ya un riesgo para la salud del individuo, esta definido como un patrón de consumo ocasional, repetido o persistente de una o varias sustancias psicotrópicas que lleva consigo un riesgo elevado de producir daños futuros a la salud mental o física del individuo (Tapia, 2001).

El concepto de **Síndrome de Dependencia al Alcohol (Alcoholismo)** se define como "un estado psíquico, y a veces físico, resultante del consumo de alcohol, que se

caracteriza por un comportamiento y otras respuestas que siempre comprenden una compulsión a ingerir alcohol de manera continuada o periódica, con la finalidad de experimentar efectos psíquicos o para evitar las molestias producidas por su ausencia" (Portella, 1998).

Los elementos esenciales son: Conducta orientada prioritariamente a la búsqueda del alcohol; aumento de la tolerancia al alcohol, síndrome de abstinencia, alivio o evitación de los síntomas del síndrome de abstinencia bebiendo, recaídas tras períodos de abstinencia, conocimiento subjetivo de la compulsión a beber y progresivo estrechamiento y pérdida de diversificación en el repertorio de circunstancias de consumo.

"El DSM IV y el CIE-10 definen una serie de criterios para el diagnóstico del síndrome de dependencia al alcohol, expresado por tres o más de las siguientes características:

1. Tolerancia, definida como:

- Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado,
- El efecto de las mismas cantidades de alcohol disminuye claramente con su consumo continuado.

2. Abstinencia, definida por cualquiera de las siguientes características:

- El síndrome de abstinencia característico para el alcohol que aparece tras la interrupción del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades. Dos o más de los síntomas desarrollados horas o días después de interrumpir el consumo: hiperactividad autonómica, temblor distal de manos, insomnio, náuseas o vómitos, alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones, agitación psicomotriz y ansiedad.
- Se ingiere alcohol para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

3. El alcohol es tomado con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de alcohol.

5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de alcohol, en el consumo de alcohol o en la recuperación de los efectos del alcohol.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de alcohol.
7. Se continúa tomando alcohol a pesar de tener conciencia de los problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de alcohol" (Portella, 1998).

De la Fuente (1992) señala que "el alcoholismo es un padecimiento de curso crónico, sujeto a recaídas, de graves consecuencias personales, familiares y sociales. Muchas personas ingieren alcohol, algunas tienen problemas con él y relativamente pocas desarrollan dependencia. Estas últimas son alcohólicas". Asimismo, señala que el alcoholismo en su forma más común es un proceso evolutivo que se inicia con la ingestión moderada, continúa con la excesiva y se sigue de ahí a las formas patológicas.

Alcohólica es la persona que no tiene control sobre la ingestión de alcohol y no es capaz de abstenerse de beber o de detenerse cuando bebe, aun antes de estar intoxicada (De la Fuente, 1992).

I.4 CONSECUENCIAS POR CONSUMO DE ALCOHOL

Los problemas relacionados con el consumo se refiere a dificultades financieras, de violencia, con la policía, familiares, escolares o laborales. La violencia intrafamiliar, fenómeno que incluye abuso sexual, físico o psicológico se asocia frecuentemente con el abuso, sin embargo, no se considera un factor necesario ni suficiente para desencadenar la violencia. En México, se ha notificado tasas de 26% de abuso físico por parte de la pareja, y el riesgo de violencia es 3.3 veces más alto cuando el hombre está borracho todos los días (Tapia, 2001).

En 1992, Griffith Edwards describe varias complicaciones físicas que pueden ser consecuencia de un consumo excesivo de alcohol, como son:

Accidentes: "Es enorme la relación que existe entre el alcohol y el alcoholismo con los accidentes menores en el hogar y los que suceden en el trabajo y en la carretera. En algunos informes que se dan en Estados Unidos se sugiere que el alcoholismo está relacionado con una tercera parte de las lesiones que resultan de los accidentes automovilísticos y con la mitad de las muertes en este mismo aspecto, con más del 40 por ciento de los accidentes en la industria, con casi el 70 por ciento de los ahogamientos accidentales y con el 60 o 70 por ciento de las lesiones o muertes como resultado de una caída... la experiencia práctica confirma que la persona con graves problemas de alcoholismo es muy propensa a tener accidentes y en particular ocurren percances desagradables porque se ven afectados la atención y los actos reflejos."

Trastornos de la sangre: El alcoholismo se puede asociar casi con cualquier variedad de anemia, provocada por hemorragias, trastornos del hígado, desnutrición, mala absorción, infecciones crónicas y el efecto tóxico directo del alcohol en la médula ósea.

Huesos y articulaciones: la gota se presenta como una hinchazón dolorosa e intermitente de las articulaciones, particularmente en los dedos, es una anomalía metabólica en la que hay, en la sangre, niveles altos de ácido úrico (éste se deposita en las articulaciones). El alcoholismo puede provocar una tendencia latente a la gota o puede empeorar una gota establecida.

Daño cerebral

Demencia alcohólica: Se puede observar algún daño en el juicio, pérdida de la firmeza y la concentración y una interferencia en la memoria.

Degeneración de cerebelo: El cerebelo es una parte del cerebro que está relacionada con el equilibrio y la integración de los movimientos y, en ocasiones, ahí se encuentran principalmente los daños cerebrales relacionados con el alcohol. En estos casos, el paciente se tambalea al andar (y presenta dificultades en la coordinación). Si el paciente deja de beber, se detiene el avance del

trastorno; sin embargo, el paciente puede quedar impedido parcialmente. Cabe mencionar que este síndrome no es muy común.

Ambliopía crapulosa: Se presenta como un empañamiento gradual de la visión y probablemente vaya acompañado de dificultad para distinguir entre el rojo y el verde. Al examinarse se descubre que hay una mancha en el campo visual (estocoma), mientras que el campo periférico de la visión está intacto. Es probable que sea resultado de una deficiencia nutricional compleja.

Síndromes cerebrales orgánicos muy raros: Existen dos síndromes que son muy raros y que en cualquier caso sólo es probable diagnosticarlas post mortem. La mielenólisis central, un estado que provoca la muerte rápidamente, se caracteriza por lesiones en la parte inferior del cerebro. La enfermedad de Marchiafava-Bignami es una atrofia de la estructura profunda del cerebro (cuerpo calloso), que trae como consecuencia la demencia.

Cánceres: Es frecuente encontrar que los alcohólicos son grandes fumadores, por lo que es difícil distinguir la relativa contribución de ambos factores en la génesis de algunos cánceres. Sin embargo, en la actualidad hay algunas pruebas que hacen pensar en que los alcohólicos presentan una mayor incidencia de cánceres de boca, lengua, faringe, laringe, esófago e hígado, siendo más incierta la relación que existe con el cáncer de estómago.

Trastornos respiratorios: El alcoholismo es la causa ocasional de varios trastornos respiratorios. Antes de que se comenzaran a emplear los antibióticos, era frecuente que los alcohólicos murieran de neumonía. Teniendo además una especial susceptibilidad a la tuberculosis.

El alcoholismo puede provocar una infección en las vías respiratorias por la supresión de las respuestas inmunológicas del cuerpo; pero también son importantes el descuido personal y el estilo de vida asociado. También se pueden dar casos de bronquiectasia (dilatación e infección de los bronquiolos) como consecuencia de que en ocasiones los

alcohólicos pueden vomitar y quedarse atontados, por lo que pueden tragar el vómito, introduciéndose éste en los pulmones y desarrollando abscesos pulmonares.

Síndrome alcohólico fetal: El cuadro completamente desarrollado incluye, entre otras características, cabeza pequeña (microcefalia), algunas deformidades faciales, deformidades en las extremidades y también un trastorno cardíaco congénito. Durante la infancia hay un consiguiente retraso en el crecimiento, la coordinación y el desarrollo mental. Además de la existencia de este síndrome, hay informe sobre un aumento en los índices de anomalías congénitas no específicas y de nacimientos de bebés muertos entre las mujeres alcohólicas.

Corazón y presión sanguínea

Arritmias cardíacas: Como resultado de una intoxicación aguda o durante la abstinencia pueden presentarse trastornos en el ritmo del corazón. El indicio más leve son las palpitaciones provocadas por unos cuantos latidos extras e irregulares. La irritabilidad inducida del músculo cardíaco también puede provocar una fibrilación arterial ventricular (contracciones rápidas e incontrolables de los ventrículos).

Cardiopatía alcohólica (degeneración del músculo cardíaco): Este trastorno puede deberse a una deficiencia nutricional, al efecto tóxico directo del alcohol o a alguna impureza en la bebida, o la combinación de tales factores. Los signos y síntomas que se presentan son dilatación del corazón, insuficiencia cardíaca y arritmia.

Hipertensión: "Existen pruebas epidemiológicas que indican que un consumo elevado de alcohol puede provocar aumento de la presión sanguínea."

Hipoglicemia: Un consumo excesivo de alcohol puede provocar una reducción en el nivel de azúcar en la sangre. El paciente puede presentarse muy sofocado y sudoroso y con el pulso rápido, con apariencia de estar "ebrio" y descoordinado. Existe la posibilidad de confundir este trastorno con una simple borrachera.

Trastornos del hígado

Cirrosis hepática: La cirrosis es la consecuencia directa del efecto tóxico del alcohol sobre el hígado. En esencia lo que sucede es que el tejido del hígado se cubre de cicatrices y su estructura se desorganiza, lo que puede propiciar, por un lado, la pérdida real del tejido vivo del hígado, que provoca varios trastornos metabólicos teniendo como consecuencia la interrupción del funcionamiento del hígado como desenlace fatal. Por otro lado, la cicatrización y la desorganización hacen que se compriman y bloqueen los vasos sanguíneos, lo cual provoca un aumento en la presión del sistema venoso portal (las venas que llevan la sangre del tracto digestivo al hígado). A su vez, esto puede provocar una hemorragia de las venas de la parte inferior del esófago (várices esofágicas) que puede ser abundante y fatal.

Hepatitis alcohólica: Se refiere a la inflamación del hígado inducida por el alcohol. El tejido del hígado se inflama, pero no hay un daño fijo a su estructura. El paciente que padece hepatitis alcohólica grave presenta fiebre, náuseas, pérdida del apetito e indisposición general.

Esófago y estómago

Esofagitis: Puede presentarse una inflamación del esófago y su cuadro puede ser similar al de la gastritis.

Síndrome de Malory-Weiss: Consiste en un desgarramiento del extremo inferior del esófago provocado por arqueo violento, con un consecuente vómito de sangre.

Gastritis: Inflamación del revestimiento interior del estómago que da origen a síntomas de dispepsia.

Pancreatitis: Se caracteriza típicamente por un dolor repentino y muy fuerte en la parte superior del abdomen que con frecuencia se extiende a la espalda.

Neuropatía periférica: En los alcohólicos se puede presentar una degeneración de los nervios sensoriomotores de las extremidades a consecuencia de una deficiencia asociada de vitaminas. Generalmente las extremidades más afectadas son las piernas, carecen de reflejos en los tobillos, cierta disminución en la sensibilidad. El paciente se puede quejar de piquetes de alfileres y agujas o que los pies le arden, pueden sentir las piernas entumecidas, además de dolor y sentir debilidad.

Función testicular e impotencia: Algunos hombres alcohólicos pueden presentar una considerable disminución en los niveles de circulación de hormonas masculinas. Los pacientes se pueden quejar tanto de impotencia como de pérdida del deseo sexual.

1.5 LA FAMILIA Y EL ALCOHOLISMO

“Entre los factores sociales y culturales del alcoholismo, se da mucha importancia a la familia, es decir, al comportamiento y las actitudes de los padres y al ambiente dentro del hogar. Es evidente que en el seno de la familia pueden darse influencias negativas que lleven a los hijos a conformar una actitud insana ante el alcohol; por ello es frecuente encontrar familias en las que hay más de un alcohólico” (Velasco, et. al., 1991).

Algunos factores que influyen de manera negativa en el desarrollo de la personalidad son la desintegración familiar, el divorcio, el hacinamiento, la pobreza (aunque cabe señalar que la riqueza, la posición económica desahogada, no es una situación que proteja a las personas contra el alcoholismo).

La familia es el primer núcleo dentro del cual un individuo debe relacionarse y donde inicia la primera etapa del proceso de socialización, esto es, cuando el niño aprende el conocimiento informal, los valores humanos, las actitudes y las reglas de convivencia; posteriormente es la sociedad en su conjunto (maestros, amigos, compañeros de juego o de trabajo, etc.) la que provee dicho aprendizaje.

“En el caso concreto de los problemas con la bebida, tanto el padre como la madre desempeñan una función primordial: si uno de ellos los padece o bien no ha

logrado una actitud responsable ante el alcohol, son mayores las posibilidades de que los hijos adquieran este mismo modelo de comportamiento" (Velasco, et. al., 1991).

Es importante señalar en este punto que no es únicamente la presencia de un alcohólico en la familia lo que debe considerarse, ya que experiencias negativas en la vida de un individuo, como son el divorcio, la desintegración familiar, problemas intrafamiliares, etc., contribuyen a producir desorientación e infelicidad y la búsqueda de "satisfactores" como el alcohol y otros fármacos.

1.6 EL CONSUMO DE ALCOHOL Y LAS RELACIONES SOCIALES

Velasco y col. en 1991, mencionan que el temor, la tensión, la ira y la fatiga pueden aumentar la velocidad de absorción del alcohol. El alcohol es capaz de producir cambios en los estados de ánimo, que pueden considerarse benéficos: las relaciones sociales se tornan más fáciles y se disminuyen las inhibiciones. Se disminuyen los sentimientos de cansancio y fatiga; se bajan los niveles de tensión y ansiedad aumentando en cambio la relajación y el bienestar físico; se disminuye la capacidad de autocrítica y mediante un mecanismo de sobrecompensación se puede producir la hipervaloración de sí mismo ("soy una gran persona, después de todo").

Asimismo, señala que cuando "se dice que el alcohol facilita la relación social incluso entre desconocidos, generalmente se aceptan los siguientes hechos:

- La bebida puede ser un símbolo de unificación que favorece el sentimiento de solidaridad entre quienes beben juntos para divertirse.
- Las bebidas alcohólicas hacen que las conductas típicas de la sociabilidad, como hablar, reír, cantar o contar historias se produzcan más fácilmente; desinhiben.
- En una reunión donde se consume alcohol, las relaciones sociales parecen menos difíciles, más espontáneas y abiertas. Los compañeros de bebida por lo general se abrazan, relajando el tabú de las reglas sociales más rígidas. Lo que ha producido en realidad cosas que ordinariamente han aprendido a reprimir.

- Se reconoce que el control de la conducta es básico para la vida social, pero puede resultar incómodo y hasta penoso. Así, la liberación de las inhibiciones, aunque pueda tener consecuencias indeseables, es a veces reconfortante y aun regocijante."

1.7 TEORÍAS SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y EL ALCOHOLISMO

Las causas del alcoholismo son muchas y muy variadas, ya que intervienen factores familiares, sociales, psicológicos y fisiológicos.

1.7.1 TEORÍA DE LA REDUCCIÓN DE TENSIÓN

La teoría de la reducción de tensión (TRT) ha sido de la más exitosa de las teorías psicológicas del alcoholismo, la TRT no solo ha sido exitosa en la cantidad y rango de investigaciones que ha engendrado sino también es un progenitor teórico de muchas de las teorías desarrolladas en los últimos 50 años. El precepto básico es que el consumo de alcohol se refuerza porque reduce la tensión, por lo tanto, la bebida es una alternativa para lidiar con el estrés teniendo la ventaja de poder así reducir la tensión (Kenneth y Howard, 1999).

1.7.2 TEORÍA DE LA PERSONALIDAD

Las aproximaciones al alcoholismo a través de la personalidad representaron un tema determinante en la investigación psicológica de los 50 y 60. Esta investigación no reflejo una aproximación teórica sistemática de la personalidad y el alcoholismo sino que reflejo una suposición subyacente proveniente de la teoría psicoanalítica de que ciertos tipos de personalidad eran propicios a la adicción. Esta noción de la personalidad aditiva motivo la perspectiva de que los factores de personalidad serian críticos en el desarrollo del alcoholismo. Como consecuencia los alcohólicos y no alcohólicos eran examinados con respecto a casi cualquier prueba de personalidad que haya sido inventada. La observación de que los alcohólicos y no alcohólicos diferían en casi cualquier dimensión concebible y el reconocimiento de la heterogeneidad considerable dentro de la población alcohólica llevaron a rechazar el concepto de la "personalidad adictiva". Con la prominencia evolutiva de las aproximaciones conductuales, la utilidad del campo amplio de la personalidad fue cuestionada, y la investigación de la personalidad en el alcoholismo declino (Kenneth y Howard, 1999).

Kenneth J., Sher, Timothy J. Trull, Bruce D. Bartholow, y Angela Vieth (1999) argumentan que el modelo etiológico de que la personalidad tiene una influencia causal en el desarrollo del alcoholismo es solo uno de un número de modelos potenciales incluyendo modelos falsos y consecuentes, así como modelos de meditación y moderación. Un aspecto único de su contribución es la descripción de preocupaciones metodológicas en el estudio del alcoholismo y la personalidad. Mediante tres modelos amplios de como la personalidad podría influir en la etiología del alcoholismo como una estructura.

1.7.3 TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL

Al igual que la TRT, la teoría del aprendizaje social (TAS) ha sido enormemente influyente y ha generado una gran cantidad de investigaciones. El uso del alcohol se enfatiza a través del aprendizaje experimentado, un ambiente social (entorno) y procesos cognitivos (persona) que influyen conjuntamente (Kenneth y Howard, 1999).

La TAS se enfoca en tres construcciones básicas en el uso del alcohol o del alcoholismo: la influencia del entorno social, las habilidades para acoplarse y variables cognitivas incluyendo la autoeficacia y expectativas resultantes (Kenneth y Howard, 1999).

1.7.4 TEORÍA DEL DESARROLLO

Sadava (1987) describió aproximaciones interaccionales a la bebida y al alcoholismo. Estos modelos observaban la bebida como la influencia conjunta de factores de la persona y del ambiente social. Este modelo difiere de la TAS principalmente en su énfasis que hace en la persona y de las aproximaciones de la personalidad en su enfoque hacia la interacción de la persona y de los factores del medio. Mas críticamente estos modelos frecuentemente incorporaron construcciones del desarrollo y metodologías longitudinales. En la década pasada el tema del desarrollo en estos modelos se ha incrementado a tal grado que creemos que estos modelos pueden ser vistos como teoría del desarrollo o como una aproximación psicopatológica del desarrollo para el alcoholismo (Kenneth y Howard, 1999).

1.7.5 TEORÍA DE LA EXPECTATIVA

La construcción de expectativas ha jugado un papel crítico en las aproximaciones psicológicas al comportamiento social, en su aplicación inicial a la investigación sobre el alcohol, las expectativas fueron descritas más en términos de actitudes y creencias. Esta aproximación se basó en el contenido superficial simple de cogniciones. Incluso dentro de esta visión temprana, el poder de las expectativas del alcohol para predecir patrones de bebida y comportamientos relacionados con el alcohol era impresionante. Como describieron Mark S. Goldman, Frances K. Del Boca, y Jack Darkes (1993), esta construcción refleja la representación de memoria de la información adquirida por un individuo sobre las consecuencias de ciertos comportamientos dentro de contextos específicos y generales. Estas expectativas serían adquiridas sin experiencias directas a aquellas consecuencias ya sea a través de observación o de cualquier otra forma en la que un humano adquiere conocimiento. También podrían adquirir estas expectativas sobre la base de su propia experiencia directa. Esas memorias a su vez estructuran la percepción e interpretación de ambientes y por lo tanto dirigen el comportamiento. Con respecto a la bebida y el alcoholismo las expectativas sobre los resultados positivos y negativos de la bebida se ven como una de las determinantes principales proximales del comportamiento de la bebida y como un mediador de muchas de las otras influencias psicológicas y farmacológicas (Kenneth y Howard, 1999).

1.7.6 TEORÍAS COGNITIVAS

El modelo de autoconciencia del consumo del alcohol reflejó la incursión inicial del campo dentro de una aproximación enfocado explícitamente en procesos cognitivos. Aunque el modelo TAS y las primeras aproximaciones de expectativas del alcohol enfatizaron el contenido de cognición, el modelo de autoconciencia enfatizó el impacto psicofarmacológico del alcohol en los procesos cognitivos (Kenneth y Howard, 1999).

Michael A. Sayette (citado por Kenneth y Howard, 1999) señala que el status del modelo de autoconciencia, el desarrollo de aproximaciones alternativas al alcohol y los procesos cognitivos así como la teoría de la miopía del alcohol y el modelo valoración-trastorno no solo proveen una explicación de los efectos variables de la intoxicación en el comportamiento social sino que también proveen una hipótesis persuasiva sobre los aspectos reforzantes del uso del alcohol: el trastorno de los procesos cognitivos en

presencia de ambientes sociales diferentes sería una fuente de reducción de stress debida al alcohol. Aunque mucha de la investigación cognitiva inicial se ha enfocado en los efectos agudos del alcohol sobre el funcionamiento cognitivo, un segundo empuje principal para esta aproximación se ha dirigido a las construcciones de impulsos y ansias. Estas construcciones han sido vistas tradicionalmente como simples resultantes de la ausencia de etanol en el sistema neurológico que ha crecido acostumbrado a su presencia. Más aun las ansias fueron vistas como una característica importante dentro de la inhabilidad para abstenerse de beber y las recaídas después del tratamiento del alcoholismo, sin embargo, la literatura empírica sugiere que las ansias no son simplemente la representación psicológica de la perdida física y ni factor predominante para recaídas alcohólicas. Sayette señala que las ansias comprenden la interacción de la motivación y los procesos cognitivos automáticos.

1.7.7 TEORÍA DEL APRENDIZAJE

Históricamente la teoría del aprendizaje jugo un papel más crítico en intentos de mejorar los problemas por consumo de alcohol (ejemplo condicionamiento aversivo, discriminación del nivel de alcohol en la sangre) que en intentos para entender los procesos básicos en el desarrollo del alcoholismo. Sin embargo, el trabajo de Solomon y Corbit (1974) y Siegel (1983) sugieren que los aspectos críticos de la dependencia de la droga, específicamente tolerancia y retiro, se explicarían a través de modelos de condicionamiento clásico. La implicación de estos descubrimientos fue que la dependencia no era únicamente una adaptación psicológica a la presencia continua de una droga sino que era una respuesta aprendida, la adquisición de una liga entre un estímulo ambiental y la reacción psicofarmacológica a la droga (Kenneth y Howard, 1999).

Muriel Vogel-Sprott y Mark T. Filmore (1999) argumentaron que se adquieren tres asociaciones básicas en el contexto de cualquier situación de uso de droga, la liga entre señales ambientales de administración de droga y la administración de droga en si; la liga entre la administración de droga y el efecto farmacológico de la droga, y la liga entre efectos farmacológicos y las consecuencias externas. Dentro de este marco de expectativas asociativas revisaron la evidencia de que estas ligas explican una variedad de efectos de uso de droga que antes se habían visto en términos estrictamente psicológicos específicamente la tolerancia, el retiro y la disfunción del comportamiento.

Señalan que los impactos psicológicos del alcohol y drogas son modificables y que los indicadores tradicionales de dependencia son como todo comportamiento, modificables por la experiencia (Kenneth y Howard, 1999).

1.7.8 ALCOHOL Y RESPUESTA EMOCIONAL

En el centro de muchas teorías de la bebida y el alcoholismo se encuentra una suposición explícita de que el alcohol tiene un impacto en el humor. Los dogmas centrales del modelo TRT que aunque no fueron concebidos originalmente en términos de humor, se han enfocado en los efectos ansiolíticos del alcohol. La teoría de la expectativa del alcohol se ha preocupado por las creencias sobre el impacto del alcohol y el tema subyacente a muchas de estas creencias respecto a que las influencias del alcohol afectan de forma francamente positiva (Kenneth y Howard, 1999).

Alan R. Lang, Christopher J. Patrick, y Werner G. K Stritzke (1999) aseguran que mucha de la investigación anterior que tratan de la liga entre el alcohol y las emociones se han enfocado estrechamente en mejorar el efecto negativo. Mas aun las investigaciones previas estaban fuera del alcance con los avances en las teorías contemporáneas de la emoción que ligaban emociones a efectos neurológicos, motivacionales y procesos cognitivos.

Esta teoría sugiere que las emociones son "disposiciones a la acción". que varían sobre las dimensiones de la excitación y valencia, y que estas emociones influyen y son influenciadas por procesos cognitivos mas altos. En contraste con la visión de que el alcohol simplemente modifica una emoción dada con su acción sobre un sistema cerebral específico, esta aproximación argumenta que el impacto del alcohol sobre la emoción es mucho más complicado (Kenneth y Howard, 1999).

1.7.9 TEORÍA FISIOPATOLÓGICA

Esta teoría atribuye el alcoholismo a un fenómeno de alergia, a un cuadro patológico cerebral, al efecto de sustancias bioquímicas, a una deficiencia nutritiva o a un desorden glandular. Williams (1975) postula que los que tiene un defecto metabólico, requieren de cantidades no usuales de vitaminas esenciales, que no obtienen en su dieta diaria, ya que tienen una nutrición deficiente debió a una causa genética, lo cual origina

el consumo de alcohol. Dentro de la teoría fisiológica se incluye la teoría genética, dado que algunos autores afirman que el alcoholismo puede ser heredado (Jellinek 1960).

1.7.10 TEORÍA GENÉTICA

Los cromosomas contienen las características hereditarias, estructurales y funcionales básicas de la especie. Mendel señaló que las características de un organismo se heredan como unidades definidas, hoy llamadas genes. Muchos padecimientos del ser humano son debidos a mutaciones de algún gen. Para predecir si una enfermedad podrá pasar de padres a hijos, es necesario saber cuáles de esos genes se transmiten en forma recesiva y cuáles en forma dominante. (De la Fuente, 1992)

Las funciones mentales y la personalidad están sólidamente construidas sobre la estructura y función del sistema nervioso, las glándulas de secreción interna y en general sobre la fábrica total del organismo. Por lo tanto, están sujetas a las leyes de la herencia y del ambiente.

Al respecto, De la fuente (1992) señala que en "el alcoholismo, la participación de factores experienciales y socioculturales es innegable. Sin embargo, hay estudios que sugieren que algunos individuos tienen problemas para manejar el alcohol que son de origen genético. La importancia de factores genéticos en la predilección por el alcohol se ve apoyada en experimentos en animales, los estudios familiares, de gemelos y de adopción".

En investigaciones realizadas al respecto, se observó que la participación de factores genéticos existe influencia en el caso de los varones adoptados, el riesgo para los parientes varones es cinco veces más elevado que para las mujeres. En estudios "familiares de alcoholismo, se encontró tasas aún más altas entre los hermanos: 46% para los hermanos de alcohólicos varones y 5% para las hermanas. Los hermanos de mujeres alcohólicas tienen también un riesgo de 50%, en tanto que la tasa para las hermanas fue sólo de 8%". El predominio de varones en todas las muestras de alcohólicos se ajusta a un modelo de gen dominante (De la fuente, 1992, 1997).

1.7.11 TEORÍAS PSICODINAMICAS

El psicoanálisis subraya la importancia de la personalidad premorbose oral narcisista, y algunos autores han aludido basándose en observaciones clínicas, a la pasividad, autodestrucción, culpabilidad, rasgos infantiles, ansiedad y regresión oral del alcohólico.

"Según Freud, el alcoholismo es la consecuencia de intensas influencias orales durante la infancia. También afirmaba que el alcohol altera los estados de ánimo y los procesos del pensamiento, lo cual permite que surjan ideas regresivas y que se obtenga gratificación de pensamientos sin relación con la lógica; por lo tanto, el alcohol proporciona una huida de la realidad" (citado por Velasco, 1988).

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

Adler (citado por Smith, 1984) atribuye la psicogénesis del alcoholismo a intensos sentimientos de inferioridad que se relacionan con la inseguridad y con una tendencia a evadir las responsabilidades. En cambio, Schluder afirma que lo fundamental es la inseguridad que se genera en los alcohólicos por el ridículo, las amenazas, los castigos corporales y la degradación de que fueron víctimas durante la infancia por parte de sus padres. El beber alcohol les produce sentimientos de seguridad y aceptabilidad social. Cuando desaparece esta condición afectiva reaparecen los sentimientos originales de inseguridad, los cuales dan lugar nuevamente a la necesidad psicológica de beber (Velasco, 1988).

Blume (1966), citado por Velasco en 1988, afirma que "los conceptos psicoanalíticos pueden ayudar a entender la psicodinámica del alcoholismo. Al parecer, la fijación oral es la principal influencia en el desarrollo del alcoholismo. Esta fijación responde a características infantiles y de dependencia como el narcisismo, la conducta

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

Menninger (citado por Smith, 1984) considera que el alcoholismo es una forma de suicidio crónico y que el impulso autodestructivo es el núcleo psicológico fundamental en el desarrollo del alcoholismo.

Zimber (citado por Smith, 1984) propone que el factor psicológico esencial en el desarrollo del alcoholismo es una constelación psicodinámica, es decir, un problema común entre los alcohólicos pero que no da lugar a una personalidad común.

El conflicto consiste en una falta de autoestima aunada a sentimientos de inutilidad e inadaptación, sentimientos que se niegan y reprimen; esto genera la necesidad inconsciente de ser cuidados y aceptados (necesidades de dependencia). Cuando estas necesidades de dependencia no se satisfacen, generan angustia y necesidades compensadoras de control, poder y logro. El alcohol mitiga la angustia y, lo que es más importante, crea sentimientos de poder, omnipotencia e invulnerabilidad. Cuando el alcohólico despierta después de un episodio de ingesta, experimenta culpa y desesperación debido a que sus problemas permanecen igual. Por lo tanto, sus sentimientos de inferioridad se intensifican y el conflicto continúa en un círculo vicioso, frecuentemente con una espiral descendiente progresiva.

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

1.8 PREVENCIÓN

La Organización Mundial de la Salud en 1982 inició la coordinación de un programa de investigación preventiva tanto básica como aplicada de orden multinacional en la que participaron 11 países además de México.

La prevención básica explora los factores que influyen en el riesgo de desarrollar problemas por el uso de alcohol, como son la edad, el sexo y la historia familiar, así como aquellos factores que inmersos en el ambiente, pueden aumentar el riesgo, tales como la interacción familiar, el lugar y las características del trabajo, las situaciones en las que se bebe y los precios de las bebidas.

La prevención aplicada propone y evalúa la efectividad de las acciones encaminadas a reducir los problemas relacionados con el consumo de alcohol, incluyen medidas que afectan el medio ambiente, por ejemplo, la legislación de la edad mínima permitida para beber, la que castiga a los que conducen en estado de embriaguez, y por otro lado, las medidas diseñadas a fin de lograr un cambio individual (Romero, Campillo y Cerrud, 1992).

Campillo y cols. (1987 y 1988) señalan que es posible dividir las medidas preventivas en:

a) **Primarias:** Pretenden evitar que la enfermedad se presente del todo, para ello inciden directamente sobre las causas que la ocasionan y sus acciones incluyen a toda la población, esto es, bebedores y abstemios, así como grupos de alto y bajo riesgo.

b) **Secundarias:** Intentan interrumpir la historia natural del padecimiento, tienen como objetivo primordial evitar que la enfermedad alcance los estadios crónicos, que no llegue a producir invalidez y que "se haga algo cuando todavía hay remedio. Para lo cual es importante diseñar intervenciones terapéuticas oportunas que incidan sobre las fases iniciales de la enfermedad, antes de que se produzca la irreversibilidad del proceso patológico. Estas estrategias incluyen tanto a la población de los enfermos como a los individuos de alto riesgo.

c) **Terciarias:** Se encargan de brindar tratamiento y rehabilitación, cuando ya se manifestó el proceso patológico en toda su plenitud. Su objetivo son los enfermos más avanzados, invalidados y plenamente declarados.

Las medidas preventivas, a lo largo de la historia, se enfatizaron inicialmente casi de manera exclusiva a las terciarias, estableciéndose programas de tratamiento y rehabilitación; sin embargo, cuando se evaluó los resultados de la mayoría de los programas se vio que se gastaba mucho dinero y los resultados terapéuticos no justificaba lo invertido.

Posteriormente se recurrió a las medidas primarias dado que éstas prometían ser más eficaces y económicas, basadas primordialmente en las investigaciones y observaciones, en el campo de la salud pública del alcoholismo; bajo este concepto destacan principalmente:

- 1) Aumento de los precios de las bebidas por medio de impuestos (cuando sube el precio hay una baja en el consumo, aunque se ha observado que es transitorio).
- 2) Regulación de los horarios y sitios de expedición de las bebidas.
- 3) Limitación de la venta a menores de edad y personas en estado de ebriedad
- 4) Legislación sobre la publicidad
- 5) Desarrollo de campañas educativas en diversos sectores de la población.

Finalmente, las estrategias secundarias tienen como objetivo básico brindar tratamiento en forma temprana y oportuna.

Romero, Campillo y Cerrud (1992) señalan que "las tareas de prevención del alcoholismo se dirigen principalmente a reducir la cantidad, frecuencia y consecuencias adversas que provoca, como son los problemas médicos y sociales, resultado del consumo alto, riesgoso y persiste.

Elaborar un programa preventivo consiste en promover estilos de vida en los que se logre restringir o eliminar el consumo de alcohol, así como disminuir los efectos negativos que pueden presentarse en el individuo y la sociedad proporcionando a los que ya sufren el alcoholismo la atención terapéutica y los servicios más apropiados (De la Fuente, 1999). Por lo tanto, los programas y estrategias preventivas deberán ser el

resultado de una serie de consideraciones teóricas, observaciones clínicas e investigaciones (Campillo, Díaz y Romero, 1987), que contengan información sobre su magnitud, distribución y población en mayor riesgo, así como de la identificación de los numerosos factores individuales y sociales que en forma compleja interactúan en la causalidad y en el impacto de estos hechos (Rosovsky, 1994)

La prevención de las adicciones ha sido siempre importante, actualmente es una necesidad imperativa debido a que el problema de abuso de alcohol ha crecido considerablemente con fuertes repercusiones en sus dimensiones individual y colectiva (Medina-Mora y López, 1994). De la Fuente (1999) menciona que "la prevención debe ser coherente con los distintos ámbitos, como el familiar y comunitario, el escolar y laboral en un ejercicio dinámico y permanente de participación constante, coordinada y evaluada..." que permitan detectar en forma temprana el uso, abuso y adicción.

I.9 INVESTIGACIONES SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL

"En nuestro país, el uso y abuso de bebidas alcohólicas entre la población joven, es uno de los principales problemas de salud pública dentro del campo de las adicciones" (Rojas, Medina-Mora, Juárez, Carreño, Villatoro, Berenzon y López, 1995), siendo además uno de los más importantes por su alto costo social y de salud (Mariño, Medina-Mora, Velásquez y De la Fuente, 1997).

Sarason (1993) plantea que el consumo excesivo de alcohol ha sido un problema grave durante muchos años, alrededor de 70% de los adultos en E. U. beben alcohol en ocasiones, de éstos el 12% son bebedores continuos, esto es, personas que beben todo el día y se intoxican varias veces al mes.

En México, Díaz y cols. (1994) realizaron un estudio utilizando el Alcohol Users Disorders Identification Test (AUDIT), donde el diseño de la muestra fue de etapas múltiples: cuadras, casas e individuos fueron unidades de selección en las diferentes etapas; se entrevistó a una persona por casa y los datos se valoraron de acuerdo a la probabilidad de selección. La muestra también fue estratificada por niveles sociales con una sobre muestra de las áreas de alto riesgo, definidas por su bajo nivel de salubridad y

servicios, así como por sus altos niveles de delincuencia. La muestra total fue de 608 individuos. El estudio reportó porcentajes de 15.5% de bebedores peligrosos, 6.8% de bebedores en riesgo y 9.7% de dependencia en el caso de los hombres y, de 0.7%, 0% y 0.25% respectivamente en mujeres (citado por Medina-Mora, Carreño y De la Fuente, 1998).

Guevara en 1989 usó el AUDIT en 9 Hospitales generales en una muestra de pacientes adultos (18 a 59 años), encontrando un 3.6% de casos positivos entre las mujeres y un 43% entre hombres. Medina-Mora lo utilizó en 2,050 trabajadores que contestaron el cuestionario mediante una entrevista cara a cara en la cual el porcentaje de no respuestas fue de 9.8%. En ambos casos se seleccionaron todos los trabajadores varones de las plantas elegidas, encontrando que cerca de un tercio de los trabajadores (el 35%) fueron bebedores en bajo nivel de riesgo, 44% calificaron como bebedores peligrosos, 16% como riesgosos y 3% como dependientes. Los trabajadores con dependencia habían experimentado entre 1 y 3 problemas más que los bebedores en riesgo que se derivaron de su ingesta de alcohol. No se observaron diferencias entre bebedores de bajo riesgo y peligrosos; entre el 8% y el 11% de los bebedores de bajo riesgo tenían problemas interpersonales asociados con el alcohol, en comparación con el 11% y el 42% de bebedores riesgosos y el 26% y 64% de trabajadores con dependencia; los porcentajes de abstinencia variaron de un 7% entre los bebedores de bajo riesgo al 41% entre los dependientes, y los accidentes variaron entre un 5% y un 10% respectivamente (citado por Medina-Mora, Carreño y De la Fuente, 1998).

Los bebedores peligrosos y los de bajo riesgo fueron los de menor similitud con los problemas asociados al consumo respecto a los bebedores riesgosos o aquellos donde había evidencia de dependencia; pero se asociaron al hecho de que ellos representan una proporción más alta de la población, más del 60% de los problemas en el centro de trabajo relacionados con la ingesta de alcohol ocurrieron en este grupo (citado por Medina-Mora, Carreño y De la Fuente, 1998).

Otras investigaciones han evidenciado que "más hombres que mujeres son bebedores continuos. Tanto para los hombres como para las mujeres, la frecuencia del

consumo es más elevada y la abstención más reducida en el grupo de edad entre los 21 y 34 años" (Sarason, 1993).

En México, culturalmente el consumo de alcohol entre mujeres era una práctica poco tolerada socialmente y por lo mismo poco común. El 64% de la población urbana femenina de 18 años en adelante informa no consumir alcohol, en comparación con el 27% de los hombres. El 31% de los hombres informa haber bebido por lo menos una vez por semana mientras que sólo un 5% de las mujeres lo ha hecho; 68% de los hombres informó haberse embriagado en el último año y el 18% se embriagó por lo menos una vez al mes. Entre las mujeres la intoxicación ocurrió en el 17% en el último año y solamente en un 0.7% ocurrió en el último mes. (Mariño, Medina-Mora, et. al., 1997)

Como se puede observar, el patrón de consumo más frecuente entre las mujeres es el de "poco frecuente" (21.5%), mientras que en los hombres es el de "frecuencia moderada" con altas cantidades de alcohol en cada ocasión de consumo (21%) (Mariño, Medina-Mora, et. al., 1997).

Por otro lado el consumo consuetudinario se observó en 14% de la población masculina y en 0.6% de la población femenina (Mariño, Medina-Mora, et. al., 1997).

En general, los hombres beben más y con mayor frecuencia que las mujeres, tanto por los patrones de consumo que en el hombre son 5 copas o más en cada ocasión como si se considera que el 12% de la población masculina puede ser diagnosticada con dependencia al alcohol, lo anterior de acuerdo con la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10), en donde se afirma, además, que sólo un 0.6% de la población femenina cumple este criterio. (Mariño, Medina-Mora, et. al., 1997)

Asimismo, cabe mencionar que entre los miembros de Alcohólicos Anónimos (AA) las diferencias por sexo son evidentes: "el 91% de los miembros son hombres y el 9% mujeres. Aunque se sabe que tradicionalmente la mujer bebe sola y no acude a solicitar ayuda a su problema por vergüenza y por la desaprobación social, se observa un incremento paulatino del número de mujeres en las reuniones de AA". En población general también se pueden notar diferencias significativas entre quienes acuden a

solicitar ayuda médica a hospitales o instituciones por el uso de alcohol, encontrándose una proporción de 5:1 a favor de los varones (Mariño, Medina-Mora, et. al., 1997).

Mariño y cols. (1997) afirman que la "edad es un importante predictor del consumo excesivo y de los problemas relacionados. En Estados Unidos el mayor índice de abuso se encuentra en la población joven; mientras que en nuestro país, la población masculina que consume alcohol una vez por semana o con mayor frecuencia y que bebe 5 copas o más por ocasión, es decir, los bebedores frecuentes altos y consuetudinarios están en una edad media de 30 a 49 años. Esta misma tendencia se observa en la población femenina aunque en una proporción mucho menor. La edad en que el consumo de alcohol es más fuerte se ve reflejada en las personas que acuden a Alcohólicos Anónimos, en donde el 70% de los miembros tienen entre 30 y 50 años de edad".

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) de 1993 ha aportado información importante sobre el consumo de bebidas alcohólicas. En dicha información destaca que en el grupo de 12 a 17 años la prevalencia de consumo de alcohol es del 27.6%, reportando además "haber consumido alguna bebida alcohólica durante los últimos 12 meses; de ellos, el 2.5% lo hizo por lo menos una vez a la semana" (Secretaría de Salud, 1993 citado por Berenzon, Medina-Mora, Carreño, Juárez, Villatoro y Rojas, 1996); mientras que en el grupo de 18 a 65 años es del 53.5%. La mayor proporción de bebedores son hombres, y la primera opción de consumo en el 80% de la población bebedora es la cerveza, la segunda, las bebidas destiladas. En la población urbana de 18 a 65 años, el 6.0% muestra dependencia al alcohol. El 7.4% de la población femenina consumió bebidas alcohólicas durante la lactancia (Tapia y Meneses, 1992).

Medina-Mora y Sepúlveda, en 1989, mencionan que la proporción de bebedores que ingieren altas cantidades de alcohol por cada ocasión que consumen es mayor respecto a la proporción de bebedores que ponen límites a la cantidad que ingieren, con lo anterior se confirma el patrón de consumo típico de México, llamado episódico o explosivo, en donde el consumo diario de alcohol no es una práctica común; sin embargo, cuando se bebe se hace sin límites, hasta alcanzar la embriaguez.

Lo anterior se confirma con los datos obtenidos del Análisis Nacional de las Adicciones, que muestran que el 25% de los bebedores consumen el 78% del alcohol disponible. Como ya se mencionó, el consumo diario de alcohol no es una práctica común en México, pero es frecuente el consumo al punto de la intoxicación, encontrándose que existe una alta proporción de abstemios: el 46% de la población entre los 18 y los 65 años (63% entre mujeres y 27% entre hombres); sólo el 31% y el 5% de hombres y mujeres respectivamente beben una vez a la semana o menos de una vez al mes. Entre hombres, el patrón usual de ingesta es de baja frecuencia (por lo menos una vez al mes, menos de una vez a la semana) con altas cantidades (cinco o más tragos por ocasión por lo menos una vez al año) por cada ocasión de ingesta (en el 66% de los bebedores) (Medina-Mora, Carreño, De la Fuente, 1998).

A través de comparaciones entre las culturas de México y España, se puede observar cómo los patrones de uso frecuente (una vez a la semana o más frecuentemente) con bajas cantidades (uno o dos tragos) casi no existen en México. Sólo un 3% en comparación con el 46% de España, mientras que el uso infrecuente (una vez al mes o menos de una vez a la semana) con altas cantidades (cinco o más tragos) es el patrón más frecuente en México (24%) y prácticamente no se observa en el país de comparación (1%).

Medina-Mora, Carreño y De la Fuente (1998), señalan que este patrón de ingesta se liga a la alta proporción de problemas relacionados con el alcohol. De acuerdo a la información recabada en las salas de emergencias, se puede observar que los daños relacionados con el alcohol se ligan más a la intoxicación grave que a la ingestión crónica. El 22% de los eventos traumáticos evaluados, mostraron lecturas positivas de alcohol en un analizador de aliento; pero sólo el 6% eran bebedores fuertes. Asimismo, informan que en un estudio similar conducido por Cherpitel en una comunidad de California, mostró la siguiente distribución: 11% de los casos de daño traumático que entraron en las salas de emergencia tenían niveles de alcohol positivos (cerca de la mitad de lo que se observó en México) pero la proporción de todas las admisiones rebasa este tipo de eventos, siendo los bebedores graves, 3 veces más alto (21%).

En relación al ámbito laboral, se estima que tres cuartas partes de los sujetos etiquetados como alcohólicos desarrollan alguna actividad productiva, y que ciertos grupos ocupacionales tienden a ser mayores consumidores de bebidas alcohólicas y a tener más alcohólicos (Sarason, 1993).

"Al comparar la percepción que tienen del riesgo de consumir algunas drogas ilegales y bebidas alcohólicas, entre los hombres y las mujeres, encontramos que ésta es más alta entre ellas, también es más elevada hacia drogas como la cocaína, ya que entre el 3% y el 4% de ambos sexos consideraron que "no es peligroso" usarla frecuentemente; en contraste con el 30% a 40% que opinaron que no es arriesgado beber 1 o 2 copas de alcohol 1 o 2 veces por semana. Asimismo entre el 13% y 16% de los hombres informaron que tampoco es peligroso beber una o dos copas todos los días, en comparación con el 8.7% a 9% de las mujeres" (Rojas, Medina-Mora, et. al., 1995)

Sarason (1993) plantea que las personas que beben mucho, aun cuando sólo sea en forma ocasional, enfrentan un mayor riesgo de muerte asociada con los accidentes, sobre todo aquellos que ocasiona conducir un auto después de haber bebido, dado que el alcohol, como se mencionó con anterioridad, actúa como anestésico general, deteriorando la habilidad para conducir. Los conductores entre los 16 y 24 años de edad muestran el índice más elevado de accidentes relacionados con el alcohol. Asimismo casi el 50% de todas las personas que fallecieron por alguna caída habían estado bebiendo; el 52% de los incendios que causan la muerte de personas adultas tienen algo que ver con el alcohol y el 38% de las víctimas de ahogo habían bebido (Alcohol and Health, 1990 citado por Sarason, 1993).

En México, durante el período de 1981-1988, se hicieron estudios sobre la mortalidad asociada con el consumo de alcohol, principalmente por cirrosis hepática, teniendo una tendencia estable de alrededor de 20 por cada cien mil habitantes, afectando principalmente a los grupos entre la edad de 45-64 y de más de 65 años. (Sarason, 1993)

Mariño y cols. (1997) encontraron que a pesar de que el consumo per capita de alcohol es significativamente inferior al de otros países, como Francia, España (4.3 veces

menor), Estados Unidos (4.9 veces más bajo), y Chile, (Medina-Mora, Carreño y De la Fuente, 1998), las tasas de muerte por cirrosis son de las más altas en el mundo, ocupando el cuarto lugar de causa de muerte en edad productiva (de 15 a 64 años de edad) y el primer lugar en la población masculina de edad media.

Al respecto, Medina-Mora, Carreño y De la Fuente (1998) señalan que en este país, la cirrosis hepática es una de las diez primeras causas de muerte; 1.3 de cada diez hombres adultos que viven en áreas urbanas son dependientes del alcohol y un alto porcentaje de eventos de intoxicación aguda derivan en elevados porcentajes de violencia y accidentes.

Por otro lado, Campillo, Díaz, Romero, Villatoro, Nava, Reséndiz, Parra, Sánchez y Cerrud, 1990 afirman que de la población de pacientes que acuden con el médico general, la prevalencia de problemas por el consumo de alcohol es bastante alta y difícil de apreciar a primera vista, ya que, además de la cirrosis, existen otros padecimientos como desnutrición, hepatitis, gastritis, cardiopatía alcohólica e impotencia sexual (citado por Mariño, et. al., 1997).

"Además de los problemas de salud, el abuso de bebidas alcohólicas ocasiona una gran cantidad de problemas sociales como son las lesiones y accidentes, homicidios y suicidios que se asocian con el consumo agudo y la ebriedad; este tipo de consecuencias se presentan principalmente entre bebedores no dependientes. En los servicios de urgencias de 8 hospitales de la ciudad de México, el 21% de los pacientes que ingresaron informaron haber ingerido alcohol dentro de las 6 horas previas al evento. Este porcentaje se incrementa al 33.5% cuando se considera únicamente a los hombres con lesiones por traumatismos causados por caídas, riñas y lesiones accidentales. En entrevistas realizadas a familiares de 80 suicidas, se encontró que 55% de los suicidas había tenido algún vínculo con el consumo de alcohol y 24% era alcohólico, además 19% de los casos se encontraban ebrios en el momento del suicidio" (Mariño, et. al., 1997).

17

Narro, en 1992, plantea que las "consecuencias del consumo excesivo del alcohol en sus manifestaciones aguda o crónica y las repercusiones directas e indirectas de dicho consumo, son enormes. Este problema de salud sobrepasa, con mucho, el caso de

otras enfermedades con expresiones o complicaciones primordialmente centradas en la esfera biológica. El mismo se extiende hasta incluir el núcleo familiar, las redes sociales del individuo afectado, o las áreas laborales y profesionales en las cuales se desenvuelve y termina por repercutir en otros individuos y grupos sociales."

Mariño y cols. (1997) reportan que los problemas de tipo emocional asociados con el consumo de alcohol fueron "sentirse deprimidos" con un 76% y "sentir desinterés" por las cosas con un 75%, son los que se presentan con mayor frecuencia; el 84% informó haber presentado por lo menos uno de estos dos síntomas en el último año. Dentro de los problemas con familiares, amigos o compañeros de trabajo, el 80% informó haber tenido por lo menos uno de estos tres, reportándose con mayor frecuencia los problemas familiares provocados por el abuso en el consumo de alcohol (75%).

Respecto a los patrones de consumo de alcohol, según el tipo de bebida ingerida, la cerveza es la más frecuentemente ingerida, seguida por las bebidas destiladas, por el vino de mesa y en cuarto lugar el pulque. En el caso del pulque existe una concentración muy importante de la población que lo consume en la región centro y en la Ciudad de México (Narro, 1992).

Lo anterior se confirma con la información reportada por Recuenco (1996), quien manifiesta que existe mayor preferencia por el consumo de cerveza en los varones con un 70% y en mujeres del 35%; las bebidas que contienen ron y macerados tienen un 10% de preferencia, tanto por varones como por mujeres.

Sin embargo, Mariño y cols. (1997) encontraron en un estudio en donde entrevistaron a 211 pacientes que el 52% de ellos preferían bebidas destiladas, (ron, brandy, vodka), seguidos del tequila, mezcal y alcohol de caña (24%), también se encontró consumo de cerveza (14%) y pulque (9.5%).

En base a los resultados obtenidos en la ENA (1993), Cravioto, García y De la Rosa reportan que tanto en el "nivel nacional como en la ciudad de México, el tipo de bebida más consumido y su graduación de alcohol, fue la cerveza con 4 a 6 grados de alcohol (71% y 62.8% respectivamente), los destilados con 38 a 45 grados (49% y 60.8%), el vino con 12 a 15 grados (28% y 34.3%), cooler con 5.76 grados (9% y 13%), pulque con 6 grados (4% y 7.1%) y alcohol de 96 grados (0.4% y 0.5%).

CAPITULO II. ADAPTACION

II.1 CONCEPTO

El concepto de adaptación nace en el siglo XIX; su origen epistemológico es doble: por una parte, dentro del contexto de la teoría de la evolución (Darwin o Lamark) y, por otra, en relación con la biología teórica (Claude Bernard). (Meyer, 1965)

El término genérico de adaptación oculta bajo una aparente sencillez una rica fenomenología, ya que dicho concepto se puede aplicar de la siguiente manera desde las dimensiones del sistema biológico:

- Por caracteres o variaciones morfológicas, tanto internas, como la disposición de los miembros, o externas, como las estructuras de los órganos.
- Por la fisiología: variaciones cuantitativas y cualitativas del metabolismo, secreciones, etcétera.
- Por el comportamiento: aptitudes etoecológicas, investigación y explotación de un medio, estructuración del medio de comportamiento, medio técnico o medio cultural.
- Por procedimiento técnico, es decir, por modelado y movilización del medio.
- Por reacciones colectivas, desde el simple efecto de grupo hasta los complejos sistemas técnico-culturales del hombre (ritos, mitos, normas, sistemas de simbolización). (Meyer, 1965)

Según Marx (1965) por adaptación se "entiende todo carácter anatómico o fisiológico que ajustan el organismo a las condiciones del medio en que vive, o que ajusta las partes del organismo unas a otras, y también el proceso que conduce a estos resultados.

El término de adaptación, Shaffer en 1936 (citado por Bell, 1974) lo refiere como el proceso biológico mediante el cual el organismo consigue ajustarse a su medio.

Hoz V. (citado por Bell, 1974) considera que la adaptación es "la autorregulación de un organismo para responder de un modo positivo a la situación ambiental en la que se encuentra"

Para Piaget (1984), la interpretación más simple de la adaptación cognitiva de que da testimonio la inteligencia consiste en concebirla como una especie de copia del medio, obtenida por asociaciones repetidas que resultan a su vez, de una compulsión ejercida por las secuencias regulares propias de los fenómenos que se desarrollan en el medio exterior. La adaptación es el producto de respuestas activas, esto es, de regulaciones compensadoras que actúan mediante re combinaciones constructivas y por ajuste de respuestas eficaces dadas a los problemas presentados por el medio.

Piaget (1984), considera que psicológicamente, la dificultad puede quedar "centrada en la noción de "asociación" y en la interpretación del esquema E-R en su carácter de simple vinculación mecánica, sin un juego de trasformaciones que religuen el estímulo a la respuesta a través de un organismo capaz de invención. La relación fundamental en el contacto entre el sujeto y el objeto no es, por lo tanto, una relación asociativa que se limite a copiar los caracteres del objeto, sino una asimilación que enriquece el objeto de una estructuración debida a las actividades trasformadoras del sujeto. En otros términos, el sujeto sólo conoce el objeto al actuar sobre éste, así como a la inversa, y al insertar las relaciones de tal modo descubiertas en las estructuras progresivamente construidas gracias a esa interacción continua entre los dos términos de la relación cognitiva. Más aún: la adaptación no es pura acomodación; es equilibrio gradual entre la acomodación y una asimilación activa y constructora.

La escuela neodarwiniana o mutacionista, según Piaget, ha interpretado a la adaptación orgánica a través de dos conceptos: por una parte, como "una capacidad de variación, pero meramente endógena y, por consiguiente, aleatoria, atinente al medio circundante (las mutaciones), por la otra, una selección posterior que opera por simple escogimiento, es decir, por retención de las variaciones útiles en el sentido de la supervivencia y por eliminación de los individuos portadores de mutaciones letales o de variaciones menos propicias que la de los concurrentes.

Sullivan' (citado por Smith, 1984) en su teoría de las relaciones interpersonales, sostiene que con base en su funcionamiento biológico, el hombre es el producto de su interacción con otros seres humanos y que la adaptación depende de esta interacción, hace énfasis en que la sociedad es creadora de la personalidad del hombre y afirma que

éste va cambiando su patrón básico a medida que su personalidad se desarrolla y llega a la madurez..

Allport (1961) al realizar un análisis de la personalidad, define el término adaptación de la siguiente manera: "la personalidad es la organización dinámica de los sistemas psicofísicos dentro del individuo que determinan sus peculiaridades adaptaciones al medio", y que en cada cultura los individuos establecen ciertas pautas de conducta generales a las que llama "modos de adaptación".

Erikson (citado por Smith, 1984), señala que las manifestaciones superficiales del crecimiento no se deben confundir con otras fuerzas más profundas como las psicosexuales que actúan en períodos sucesivos de las etapas de la vida, de tal manera que el niño madura normalmente a través de los "ajustes psicológicos" establecidos con su madre y otras personas que le rodean.

Rogers (citado por Smith, 1984) consideró que la autorrealización del ser humano se ve obstaculizada cuando existe alguna dificultad en la adaptación del sujeto. En la técnica que el autor desarrollo, "psicoterapia no directiva" o "asesoramiento concentrado en el paciente", propone que los individuos progresen en la comprensión de sí mismos y en su autonomía, reconociendo y posteriormente eliminando sus tensiones sociales, dudas, resentimientos y conflictos internos a fin de iniciar su progreso hacia "ajustes" saludables, esto es, obtener una adaptación satisfactoria, por lo tanto el desajuste se refiere a los intentos desafortunados de adaptación.

Maslow (citado por Smith, 1984), en su teoría de autorrealización asegura que a medida que el hombre es capaz de satisfacer sus necesidades en jerarquía de prioridades, se adaptará mejor a su medio.

Como se puede observar la palabra ajuste y adaptación se utilizan de manera indistinta dependiendo del autor, sin embargo, el Consejo Interamericano de Asociaciones Psiquiátricas (Frazier, 1976) define estos términos como sigue:

Ajuste: es la relación entre la persona, su ser interno y su medio ambiente.

Adaptación: es la adecuación o conformación al medio ambiente típicamente mediante una combinación de maniobras autoplásticas que implican una modificación en el ser (self) y maniobras aloplásticas que implican modificación en el medio ambiente externo.

Cabe reiterar que el término ajuste ha sido utilizado como sinónimo de salud mental y aplicado por muchos investigadores para referirse a la adaptación que el individuo logra a su medio o entorno.

La teoría Freudiana concibe a la personalidad bien ajustada como aquella que atiende con éxito el amor y el trabajo (Hartmann, 1987).

II.2 DEFINICIÓN

Klein (1976) define a la adaptación como la "adecuación" óptima entre las luchas internas y las oportunidades y limitaciones del medio. Las diversas funciones de que consta el yo son la manera en que se obtiene esta adecuación. Cuando un área del funcionamiento del yo está trabajando de modo inadecuado presiona la capacidad adaptativa general y altera el equilibrio de la demanda adaptativa. La adaptación se concibe como un proceso dinámico que debe cambiar continuamente y responder a las alteraciones en los medios internos y externos, y a los conflictos entre ellos. Por tanto, es posible hablar de una adaptación exitosa que tiene consecuencias no adaptativas o de una adaptación inadecuada que tiene algunos beneficios adaptativos positivos" (Bellak y Treece, 1993).

Kolb en 1977 define la adaptación "como la capacidad, con conductas cada vez más efectivas, dirigidas hacia un objetivo, ante circunstancias variables previamente no especificadas". Dosch en el mismo año menciona que "en lo psíquico como en lo físico, toda modificación de una manera de ser, de una estructura, de una función, de una conducta, etc., tendente a acomodarse a las condiciones exteriores. En todos los organismos hay posibilidades de acomodación, que desempeña un papel capital en la multiplicidad de expresiones individuales... realización con éxito de los requerimientos objetivos que la sociedad impone al individuo, tales como profesión, matrimonio,

capacidad de convivir con otras personas, etc. Por consiguiente, mala adaptación equivale a conducta asocial o neurótica".

Es necesario plantear que no se puede pensar en la adaptación como algo único o aislado, sino como un proceso, el cual esta encaminado a crear condiciones favorables para cumplir con las necesidades exigidas por la vida social y biológica. (Englis, 1977)

"El psicoanálisis encara la cuestión de la adaptación en tres formas: como problema de su psicología del yo, como meta terapéutica y como consideración educacional. Sin embargo, el interés se centra principalmente en las funciones del yo y en la personalidad total así como por aquellas formulaciones teóricas concernientes a la salud mental, que utilizan como criterio el "ajuste a la realidad". (Hartmann, 1987)

La consideración de la esfera libre de conflictos del yo conduce a las funciones relacionadas más o menos estrechamente con las tareas de dominio de la realidad, es decir, con la adaptación. (Hartmann, 1987)

La adaptación es un concepto central del psicoanálisis, ya que muchos de nuestros problemas, si se los explora lo suficiente, convergen en ella. El concepto de adaptación, aunque parece simple, implica numerosos problemas. (Hartmann, 1987)

En términos generales, consideramos bien adaptado a un hombre si su productividad, su capacidad para disfrutar de la vida y su equilibrio mental no están perturbados. El grado de adaptabilidad sólo puede determinarse con referencia a las situaciones ambientales (situaciones en promedio esperables). (Hartmann, 1987)

II.3 DESARROLLO DEL YO Y ADAPTACIÓN

El bebé recién nacido no es totalmente una criatura de impulsos; posee aparatos innatos (mecanismos preceptuales y protectores) que realizan adecuadamente una parte de las funciones que, después de la diferenciación entre yo y ello, le atribuimos al yo. Hay un estado de adaptabilidad previo a que se inicien los procesos intencionales de

adaptación. También tienen los aparatos que sirven para el dominio del mundo externo, los cuales maduran en el curso del desarrollo (Hartmann, 1987).

El desarrollo del yo es una diferenciación, en la cual esos factores reguladores primitivos son progresivamente reemplazados o complementados por regulaciones yoicas más eficaces. Lo que originalmente estuvo anclado en los instintos puede posteriormente ser ejecutado por el yo y a su servicio, aunque, desde luego, en el curso del desarrollo del yo y del ello surgirán nuevas regulaciones. La diferenciación progresa no sólo por la creación de nuevos aparatos para controlar nuevas demandas y dominar nuevas tareas, sino también y principalmente por nuevos aparatos que reemplazan en un nivel superior funciones originalmente realizadas por medios primitivos (Hartmann, 1987).

Se da por sentado que el desarrollo mental está determinado tanto por impulsos instintivos como por influencias ambientales, lo anterior también es válido para el desarrollo del yo (el órgano específico de la adaptación), esto es, para el aprendizaje de los modos de satisfacer y controlar los impulsos instintivos (Hartmann, 1987).

El humano y su ambiente esperable promedio están recíprocamente adaptados desde el primer momento (Hartmann, 1987). Asimismo posee un inventario aún inexplorado de disposiciones mentales, que incluye factores constitucionales importantes en el desarrollo del yo, con son:

- Las diferencias individuales en la tolerancia a la angustia (debida a factores genéticos).
- El aprendizaje progresivo del yo en el curso del desarrollo de la capacidad para tolerar angustias y tensiones.

El desarrollo estructural del individuo también le sirve a la adaptación. Esto es cierto por definición con respecto a la diferenciación del yo y el ello, pero también es válido para las identificaciones que construyen el superyó, donde resulta particularmente clara la relación entre lo que es un logro y lo que es una perturbación en la adaptación. El superyó no es solamente antitético del yo y del ello; también es en alguna medida un prototipo ideal de ese estado hacia el cual tienden todos los esfuerzos del yo, una

conciliación de sus múltiples alianzas, además el resultado de una adaptación y contribuye a la síntesis (Hartmann, 1987).

Las diferenciaciones en el yo crean condiciones específicas para la adaptación: las formas de adaptación dependen, entre otras cosas, del nivel mental y de la riqueza, de la extensión y diferenciación del mundo interno. Esta diferenciación dentro del yo conduce a una adaptación y una síntesis óptimas solamente si el yo es fuerte y puede disponer de ella libremente; no obstante, la diferenciación desempeña un papel independiente entre los procesos de adaptación. La diferenciación es contrarrestada por una tendencia a un mundo cerrado que puede ser expresión o de la función sintética o bien de una regresión ya sea a etapas más tempranas de la armonización en el desarrollo, o a un sentimiento de ser uno con el objeto, o a un estado narcisista primario. Incluso esta tendencia regresiva, en ciertas condiciones, puede estar al servicio de la adaptación (Hartmann, 1987).

Los procesos de adaptación, ante todo, sirven a un propósito deliberado sólo para una cierta gama de situaciones ambientales; además implican factores internos autolimitantes que pueden o no ser adaptativos (Hartmann, 1987).

El yo es considerado como la serie de funciones más o menos integradas dentro del aparato psíquico que regulan las interrelaciones de diversos componentes psíquicos y las relaciones entre el organismo y el mundo exterior. Hartmann lo llama "órgano de la adaptación" (Bellak y Treece, 1993).

El estudio de las funciones del yo pueden centrarse en dos aspectos: la adaptación al medio ambiente y los procesos internos, es decir, las funciones del yo pueden formularse operacionalmente, en donde el énfasis está en la adaptación desde el enfoque de las ciencias naturales, y de manera subjetiva, en donde el centro de atención está en los significados personales y en la realidad psíquica (Bellak, 1993).

Las funciones del yo difieren en la medida en que están sujetas a la regresión. Como es cierto que hay una estabilidad sustancial en el nivel adaptativo del funcionamiento del yo característico de un individuo determinado, también es cierto que la adaptación del funcionamiento del yo varía más en algunas personas que en otras y, en

efecto, la rapidez con que ocurren dichas fluctuaciones es un aspecto importante del funcionamiento de la personalidad.

El nivel adaptativo del funcionamiento del yo es por lo general más estable en los individuos que funcionan adecuadamente que en aquellos que muestran una considerable psicopatología. De hecho, un criterio para la fuerza del yo propuesto por Hartmann (1953) es el grado en que las funciones del yo resisten los cambios regresivos en situaciones que generan estrés.

Bellak en 1993 señala que un factor importante en el nivel de diferenciación de la personalidad es cuando menos diferenciada está la personalidad, es mayor la tendencia de diversas funciones del yo a mostrar al mismo tiempo características de inadaptación. Muchos tipos de dificultades y traumas, cuyo resultado es la detención del desarrollo, incrementan la interrelación entre las funciones del yo en un nivel de adaptación bajo.

La falta de maduración, la intoxicación, varios neurotransmisores como la dopamina y la catecolamina, así como los cambios estructurales pueden afectar drásticamente la naturaleza de las funciones del yo (Bellak, 1993).

Bellak y Treece (1993) señalan que los aspectos del funcionamiento del yo se relacionan de manera crítica con la dependencia de las drogas.

Chein y cols. (1964 citado por Bellak, 1993) señalan que si la experiencia del efecto de una droga produce un beneficio adaptativo, aun cuando sólo sea temporalmente, aumenta la probabilidad de un consumo posterior. Si este beneficio implica un cambio en el equilibrio del funcionamiento psíquico y si el proceso se repite con frecuencia, se establecerá un nuevo equilibrio. En este nuevo equilibrio el deseo de los estados del sentimiento u otros efectos atribuidos ahora al consumo de la droga se han incorporado al aparato adaptativo del yo.

II.4 ADAPTACIÓN FAMILIAR

La adaptación familiar se puede plantear como la capacidad que tienen los individuos para establecer relaciones satisfactorias y constructivas con los demás miembros del núcleo familiar. (Englhis, 1977)

II.5 ADAPTACIÓN SOCIAL

Según Warren (1974), la adaptación social es el ajuste o modificación de la conducta individual, necesarios para la interacción armoniosa con otros individuos de su grupo social.

Hartmann (citado por Dorsh, 1985) señala que ésta se manifiesta entre otras cosas, en el status sociométrico, es decir, en la popularidad o simpatía social que estaría en correlación con la adaptación personal e intrapsíquica.

II.6 ADAPTACIÓN EMOCIONAL

Hartmann en 1958 (citado por Dorsh, 1985) señala que la adaptación emocional es la estabilidad emocional, la cual es importante para la salud anímica, y se refiere a la capacidad de una persona para establecer adecuadamente sus necesidades afectivas.

II.7 ADAPTACIÓN INDIVIDUAL

Madigan (1978) distingue dos formas de adaptación individual:

- La adaptación interna: Es el mecanismo de defensa que trata de conservar el amor propio de cada persona al defenderse contra la ansiedad, al adherir todo aquello que parece noble y adecuado, para percibirse como más fuerte y encomiable, reprimiendo cualquier impulso o acto que podría rebajar su autoestima.

- La adaptación externa: Es la decisión anticipada del individuo de enfrentar los problemas que van surgiendo, lo que contribuye a la utilización constructiva de la energía para que no haya desgaste emocional y físico, tomando actitudes vanas o negativas creadas por las tensiones.

II.8 Investigaciones realizadas sobre adaptación

Harman y Arbona en 1991 realizaron una investigación exploratoria de los tipos y grados de estrés psicológico. Participaron 77 estudiantes universitarios, 44 fueron identificados como hijos adultos de alcohólicos hispanos y 33 como hijos de no alcohólicos; 23 eran hombres y 54 mujeres y el promedio de edad fue de 22.1 años. Los resultados se analizaron por género y así como entre estudiantes universitarios que crecieron en familias alcohólicas y no alcohólicas haciéndose la comparación en términos de variables de ajuste psicológico.

Los resultados obtenidos fueron que los estudiantes universitarios que crecen en familias alcohólicas reportaron mayores quejas somáticas como doble visión, dolor de pecho, dificultad para respirar y pérdida de la memoria, éstos síntomas en conjunto sugieren que si estas personas reportan una enfermedad, esta queja existe un componente psicosomático. Asimismo también refirieron un gran número de condiciones físicas relacionadas a factores o conflictos psicológicos: úlceras, taquicardia, dolores de cabeza, hipertensión, náuseas y asma.

Otras investigaciones han encontrado que la descendencia de padres alcohólicos está en riesgo de desarrollar abuso de alcohol (Adler y Raphael, 1983; Cotton, 1979; Goodwin, Schulsinger, Hermansen, Guze y Winokur, 1973 citado por Harman y Arbona, 1991), ansiedad y depresión (Tweed y Ryff, 1991).

Respecto a diferencias por género, los estudiantes universitarios mostraron niveles normales de funcionamiento psicológico, no obstante se encontró que las mujeres reportaron mayores niveles de ansiedad, depresión y neurotismo. Esto

coincide con la información previa acerca de que entre los México-americanos las mujeres tienden a reportar mayor depresión y distrés psicológico que los hombres.

En relación con la adaptación, Chang y Krantz en 1996 concluyeron de acuerdo a sus investigaciones que: los hijos adultos de alcohólicos que están mejor capacitados para percibir la disponibilidad de adaptación social tienen la tendencia a tener un estado emocional más bajo; aquellos que están mejor capacitados percibir la disponibilidad de adaptación social tienen la tendencia a tener mejor adaptación y que los que tienen estados emocionales más altos tienen la tendencia a tener una mejor adaptación a la vida.

Weinberger y Bartholomew en 1996 realizaron un estudio diseñado para investigar como los estilos generales de adaptación social-emocional de los individuos se asociarían con los patrones predictivos de los niveles de uso de alcohol, las razones para su uso y los problemas asociados. También se esperaba que niveles similares de consumo se asociara con diferentes grados de problemas dependiendo de los estilos de adaptación y las motivaciones particulares para beber. Además se analizaron dos características más, primero el uso de alcohol entre adolescentes y adultos jóvenes, y el uso de alcohol de los compañeros.

El instrumento que utilizaron fue el Weinberger Adjustment Inventory (WAI), el cual define operacionalmente la autorestricción y el distrés como dos dimensiones en la adaptación psicológica. La dimensión de autorestricción esta relacionada con la socialización y el autocontrol, hace referencia a la supresión de los deseos inmediatos, en el interés de metas a largo plazo y en la relación con otros. El distrés se refiere a las tendencias de los individuos a sentirse insatisfechos con ellos mismos y con sus habilidades.

Participaron en la muestra primaria 287 estudiantes universitarios, 138 mujeres y 149 hombres con un promedio de edad de 22.1 años; la muestra réplica constó de 215 bajo graduados, 110 hombres y 105 mujeres cuya edad promedio fue de 19.3 años.

Los resultados de ambas muestras señalan que los hombres tendieron a tomar con mayor frecuencia y más fuertemente respecto a las mujeres.

Los individuos con baja autorestricción reportaron que cuando bebían lo hacían para pasar un buen rato, tienden a beber más que sus compañeros por que están especialmente atraídos a la inhibición, estados emocionales positivos asociados. En contraste, los individuos con *distress* no tomaban por esa razón y no tenían niveles altos de consumo, sin embargo, cuando tomaban usaban el alcohol para evadir el afecto negativo y para encajar socialmente.

Existe evidencia que dentro de las poblaciones universitarias, la baja autorestricción se asocia con el incremento del uso del alcohol, el tomar incrementa el afecto positivo y los problemas tanto sociales y emocionales como graves; el *distress* general subjetivo no se asocia con los niveles de uso pero si con tomar para aliviar los afectos negativos, la timidez social y con los problemas excesivos, emocionales y graves más allá de lo esperado dado un cierto nivel de consumo.

Los individuos con problemas de adaptación parecieron tener dificultades para controlar las consecuencias negativas de beber.

Casi el 90% de la muestra se consideraron bebedores, la mayoría menores de 21 años. Los jóvenes adultos con menor autorestricción se relacionaron con los afectos positivos y la desinhibición asociados con la intoxicación también manifestaron menor capacidad para evitar problemas graves, sociales y emocionales asociados a un nivel particular de consumo.

Los jóvenes adultos propensos al *distress* no fueron propensos a niveles altos de uso de alcohol, sin embargo, tomaban para olvidar sus preocupaciones y reponerse de la incomodidad social.

El uso de alcohol de los amigos predijo indirectamente los problemas relacionados al uso al predecir los niveles de consumo, por lo tanto, los grupos de amigos serían importantes para determinar si los sujetos se encuentran en un ambiente que apoya la bebida.

Los individuos altamente restrictivos, quienes se preocupan por mantener altos niveles de autocontrol, parecen no inclinarse a beber grandes cantidades de alcohol. En contraste, las personas de baja autorestricción tienden a los estados emocionales positivos asociados de estar embriagado sin importar los efectos colaterales negativos, tales como violar las normas sociales, el pobre juicio social u ofender a otros.

A pesar de que los individuos predispuestos al *distress* no beben altas cantidades de alcohol, pueden estar motivados a usar el alcohol como un medio de escape de los estados de ánimo negativos. Sin embargo, usar el alcohol así como "automedicación" no parece ser una estrategia de enfrentamiento efectiva. Por el contrario, va a tender a exacerbar las dificultades socio-emocionales a través de interferir con las relaciones interpersonales y en la solución de problemas.

Weinberger afirma que sobre los problemas con la bebida, los estudiantes son una subpoblación de particular interés, dado que en su investigación encontró que los universitarios son bebedores más excesivos que el grupo de su misma edad que no asisten a la escuela; además, señala que los individuos con dificultades generales de adaptación tienen problemas relacionados al uso del alcohol por encima de aquellos que pueden ser explicados por las cantidades que consumen.

CAPITULO III. ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

III.1 La adolescencia

III.1.1 Definición

El estudio metódico de este periodo de vida se inicia en 1890, siendo Stanley Hall uno de los pioneros y considerado por muchos padre de la psicología de la adolescencia. Se trata del primer psicólogo que estableció una psicología de la adolescencia como hecho en sí y que utilizó métodos científicos (Muuss, 1978).

Se le llama adolescencia al conjunto de transformaciones corporales y psicológicas que se producen entre la infancia y la edad adulta (Debesse, 1977), este período empieza con los cambios fisiológicos de la pubertad y termina cuando se llega al pleno estatus sociológico del adulto, esto es, "a las personas se les considera adultas cuando la comunidad de adultos da por supuesto que dicha persona esta lista para aceptar las responsabilidades que implica la membresía en la comunidad y le otorgan todos los privilegios correspondientes." (McKinney, Fitzgerald y Strommen, 1982). Es preciso mencionar que algunos autores psicoanalíticos consideran que el final de la adolescencia es cuando los jóvenes se fijan sobre todo en las relaciones maduras con otras personas, llamadas relaciones objetales, y en la capacidad para contraer compromisos de trabajo.

III.1.2 Duración

Inicia aproximadamente a los 12 años, en las mujeres y en los hombres tarda 1 o 2 años más; esta etapa de vida se prolonga hasta los 18 o 20 años. (Debesse, 1977)

Sin embargo, es importante señalar que la duración y evolución de la adolescencia no tienen un valor absoluto, dado que "existen jovencitas, de condición modesta, que se apresuran a pasar de la infancia a la edad adulta, y que tanto física como moralmente alcanzan la madurez ya a los 17 años. Por el contrario, otros jóvenes, en particular los estudiantes y los de clase acomodada, permanecen con agrado en la fase de la adolescencia, y a los 22 o 23 años aún no han llegado a ser hombres. Por otra parte, al ser la pubertad más o menos precoz, la adolescencia, a diferencia de la infancia, llega a

una duración que puede variar de simple a doble en los casos extremos" (Debesse, 1977).

Pépin (1975) señala que generalmente se admite que empieza en la pubertad, sin embargo, el término es mucho menos preciso ya que puede durar hasta los 20 años, definiéndolo como el período de inserción en la vida social del adulto. Al respecto, Hall señala que finaliza relativamente tarde, entre los 22 y 25 años (Muuss, 1978).

III.1. 3 Desarrollo físico

La pubertad y juventud generalmente esta asociada de manera estrecha a la adolescencia. Por un lado, la pubertad se refiere principalmente a la vertiente orgánica de la adolescencia durante la cual, los jóvenes deben ajustarse a una multitud de cambios fisiológicos y morfológicos, los cuales se dan principalmente en el sistema reproductor y en las características sexuales secundarias del individuo aunque también se pueden apreciar en todo el sistema cardiovascular, en los pulmones, con lo cual entra también en juego el sistema respiratorio, en el tamaño y la fuerza de muchos de los músculos corporales. (Coleman, 1985), aunque según Debasse (1979) esta etapa se identifica primordialmente por la aparición e instalación de la función sexual; mientras que la juventud es el aspecto social de la adolescencia y se define por la oposición a la generación que ya ha alcanzado la plena madurez; es el momento del desarrollo en que el saber, en posesión de todos sus medios, presiona a sus antecesores con su impulso entusiasta e impaciente para hacerse un lugar consolidado (Debesse, 1977).

III.1. 3.1 Cambios biológicos

El comienzo de la adolescencia viene marcado por modificaciones físicas muy aparentes que constituyen lo que se le denomina la pubertad (Delval, 1994), la cual, como ya se mencionó, debe considerarse como un acontecimiento correspondiente a la vida física del cuerpo (Coleman, 1985).

Los cambios físicos son controlados por las hormonas, que son productos químicos que segregan en poca cantidad las glándulas endócrinas. Las hormonas que afectan el crecimiento de los adolescentes aumentan mucho durante la pubertad (Grace, 1994).

"Uno de los múltiples cambios físicos asociados con la pubertad es el llamado estirón. Este término se refiere habitualmente a la aceleración del aumento de estatura y peso que se produce durante la primera etapa de la adolescencia" (Coleman, 1985).

En esta etapa de vida el incremento de talla es de 20 a 25 centímetros, aproximadamente, este crecimiento es sorprendente, porque se trata de una aceleración a veces brusca y rápida; la cual modifica profundamente las proporciones del cuerpo.

Al comienzo de la adolescencia, las piernas crecen rápidamente, posteriormente el tronco, las extremidades tienen cada una su propia fase: "las manos y los pies a menudo se desarrollan más rápidamente que el resto del brazo o de la pierna, lo que proporciona una pasajera discordancia. Parece que la cabeza escapa a ese empuje somático ya que el volumen del cráneo aumenta poco (Debesse, 1977).

Este aumento de estatura y peso generalmente comienza en las chicas entre las edades de 9 años y medio y 14 años y medio; y en los chicos entre las edades de 10 años y medio a 16 años. La mayoría de las niñas alcanza su estatura adulta hacia los 14 o 15 años. (Papalia y Wendkos, 1989).

"En este momento se trata ya de un último empuje del esqueleto, ya que el alargamiento disminuye hacia los 16 años, sobre todo en la mujer, y resulta ya muy débil a partir de los 20. El hueso ya no puede crecer más cuando el cartilago de conjunción desaparece, lo que sucede entre los 20 y 25 años (Debesse, 1977).

En relación con las vísceras, la mayoría alcanza su máximo peso en la adolescencia, siendo el caso del hígado. "Los progresos más rápidos son los del corazón, que casi dobla su volumen entre los 12 y los 16 años, al tiempo que la presión arterial aumenta... el cerebro, cuyo peso había triplicado durante el primer año de vida, ya no crece casi más desde los 14 años (Debesse, 1977).

Los principales ritmos vitales también se modifican: los latidos del corazón de 90 por minuto disminuyen a 75 y 80 para el joven y la jovencita, respectivamente. También se observa que la capacidad respiratoria se incrementa fuertemente entre los 14 y 16 años.

El incremento de peso es muy notorio, después de los 12 años y hasta los 16, tienden a subir de 4 o 5 kilogramos. "Las reservas de grasa que existían antes de la pubertad desaparecen, mientras la musculatura se refuerza muy aprisa. La fuerza muscular medida al dinamómetro triplica entre los 12 y los 18 años, para alcanzar su máximo entre los 25 a 30 años. Los progresos son mucho más rápidos en el joven que en la jovencita: a los 18 años, la fuerza del primero equivale al doble de la segunda. Los miembros inferiores se refuerzan antes, luego es el entorno de la espalda y de los brazos: la fuerza en la muñeca, por ejemplo, dobla entre los 14 y 17 años (Debesse, 1977).

"En ambos sexos, la irrupción del crecimiento del adolescente afecta prácticamente todas las dimensiones de los sistemas óseo y muscular. Aun el ojo crece más rápidamente durante este período, así que la miopía, o ver poco de cerca, aumenta entre los adolescentes, puesto que ésta resulta cuando se alarga tanto el globo del ojo que enfoca las imágenes enfrente de la retina y no dentro de ella. La mandíbula inferior, generalmente, se hace más larga y más gruesa; la nariz se proyecta más y los incisivos en ambas mandíbulas vienen a estar más rectos. Estos cambios son mayores en los chicos que en las chicas y siguen sus propias etapas. Durante este período las diferentes partes del cuerpo pueden estar desproporcionadas temporalmente" (Papalia y Wendkos, 1989).

III.1.3.2 Evolución de la sexualidad

El desarrollo de la sexualidad caracteriza a la adolescencia dentro de una ambivalencia de tensiones, de modelos y de prohibiciones sociales que perturban el equilibrio psicológico y contribuyen a hacer que este período de la existencia se vea marcada por numerosos conflictos y se presente inestable y angustioso (Pépin, 1975).

III.1.3.3 Características sexuales primarias

Los caracteres sexuales primarios constituyen la aportación esencial de a pubertad, es decir, la instalación de la función de reproducción, gracias a la maduración de las células reproductoras: el óvulo o gameto femenino y el espermatozoide o gameto masculino.

En la jovencita entre los 11 y 13 años, aparece las primeras reglas o menstruaciones. Para el caso de los muchachos no se encuentra un signo tan claro que indique la aparición de la función reproductora. Esta se instala a partir del momento en que se encuentran espermatozoides en el liquido seminal, "considerándose éste, el signo de maduración sexual en los chicos, quienes vienen a ser fértiles tan pronto como el espermato este presente" (Papalia y Wndkos, 1989). Por lo tanto dos hechos esenciales que se presentan en la pubertad son la ovulación y la espermatogénesis (Debesse, 1977).

III.1.3.4 Características sexuales secundarias

Paralelamente a los cambios corporales se da la evolución de los signos característicos de la pubertad, siendo la más importante la aparición de vello en particular en la región genital que para las muchachas inicia hacia los 12 años y en el muchacho un año después, primero un poco esclarecido y posteriormente ya más espesos. Un año después, el vello aparece en las axilas. En el hombre las cejas se espesan. A los 16 años se dibuja una sombra de bigote que a su vez invade la barba. (Debesse, 1977)

Los chicos adolescentes generalmente reciben con agrado la aparición del pelo en la cara y en el pecho, sin embargo, las chicas comúnmente se sienten consternadas si una ligera cantidad de vello aparece en su cara y alrededor de los pezones, aunque lo anterior es normal (Papalia y Wendkos, 1989).

La piel de los adolescentes, tanto de los chicos como de las chicas se vuelve más dura y más grasosa, debido a que durante esta etapa las glándulas sebáceas se segregan con abundancia, quedando algunos poros obstruidos teniendo como consecuencia la aparición del acné (Debesse, 1977), el cual causa más problemas entre los chicos que entre las chicas y parece tener relación con el aumento de la cantidad de la hormona masculina testosterona (Papalia y Wendkos, 1989).

También se desarrolla la laringe, aparece la nuez y las cuerdas vocales se alagan al doble por lo que la de aguda adopta por unos meses un timbre ronco y desagradable, después de una pocas semanas, la tonalidad desciende y se estabiliza alrededor de los 17 años (Debesse, 1977).

En la mujer, se desarrollan los senos y la pelvis. Los globos de los senos crecen ya a los 12 años y después el entorno de los pezones que se agrandan y brotan; las aureolas, áreas pigmentadas que rodean los pezones, se agrandan y los senos toman primero una forma cónica y después redondeada. Generalmente, los senos se han desarrollado completamente antes de comenzar la menstruación; algunos chicos experimentan temporalmente un aumento del tamaño del pecho, lo cual es normal y puede durar de 12 a 18 meses (Papalia y Wendkos, 1989). Entre los 10 y 15 años se da un sensible ensanchamiento de la pelvis; su circunferencia gana cerca de 20 centímetros (Debesse, 1977).

III.1.4 Aspectos psicológicos

III.1.4.1 El impacto psicológico de los cambios físicos

La adolescencia es probablemente el tiempo más embarazoso de todo el trayecto de la vida, debido a que durante esta época, los chicos están extremadamente autoconscientes y seguros de que todo el mundo está observando su más leve movimiento, sus cuerpos los están traicionando constantemente. Como ya se mencionó, la voz de los chicos se destiemplan inesperadamente, y sus penes hacen erección muy obvia, en momentos inoportunos. Las chicas se preocupan por el tamaño de sus senos y por no manchar sus vestidos durante su ciclo menstrual (Papalia y Wendkos, 1989).

III.1.4.2 Efectos de una maduración temprana o tardía

Una de las paradojas más grandes de la adolescencia es el conflicto entre el deseo vehemente de los jóvenes por encontrar una identidad individual (para afirmar un yo único) y el deseo abrumador de ser exactamente como sus amigos. Aunque la maduración tardía ni la temprana son necesariamente una ventaja ni un problema, el ritmo de maduración puede tener importantes efectos psicológicos, especialmente para los chicos.

Efectos en los muchachos: "los chicos que tienen una maduración temprana son más equilibrados, más relajados, de buen estado de ánimo, menos afectados, más populares entre los compañeros, tienen más tendencia a ser líderes en la escuela y menos impulsivos, cautelosos y más ligados a reglas y rutinas, teniendo además ventaja

en lo relativo al desempeño intelectual"; mientras que aquellos que maduran más tarde "se sienten más desadaptados, rechazados y dominados; son más dependientes, agresivos e inseguros, se revelan más contra sus padres y se subvalora". Sin embargo, es importante señalar que "muchas diferencias desaparecen en la edad adulta" (Papalia y Wendkos, 1989).

Efectos en las muchachas: "Las chicas también tienen ventajas y desventajas. Se ha encontrado que aquellas que maduran más temprano son menos sociables, expresivas, equilibradas y más introvertidas y tímidas que las que maduran más tarde. Sin embargo, también se ha observado que ellas se ajustan mejor en la vida adulta"; las chicas que maduran más temprano pueden tener problemas que surgen por sentirse muy maduras" (Papalia y Wendkos, 1989).

III.1.4.3 La infancia: punto de apoyo en la adolescencia

Según Debesse (1977), la "infancia proporciona unos puntos de apoyo sólidos que orientan el desarrollo posterior. Ante todo, el temperamento, factor innato, que desde los primeros años de la vida regula el juego de las emociones fundamentales". Un segundo punto de apoyo es el bagaje afectivo de la infancia, además de la "búsqueda de su propio placer que condiciona el amor a sí mismo, comprende esencialmente el conjunto de sentimientos nacidos en el ámbito familiar y en el ambiente escolar.

Este autor considera que las impulsiones afectivas de la primera infancia, esto es, antes de los 5 o 6 años, y las experiencias agradables o desagradables que provocan, dejan en el inconsciente unos complejos, a la par vínculos de energía y puntos sensibles del psiquismo, que a su vez pesarán sobre la conducta del sujeto. Y por último, ya en la infancia se producen las primeras manifestaciones de las pulsiones sexuales; de acuerdo con Freud, el niño posee un rudimento de sexualidad, sobre todo en la segunda infancia, esto es de 3 a 6 años, posteriormente, la efervescencia sexual se calma durante el periodo de latencia (entre los 6 y los 12 años), entre los que se desarrollan unos afectos sin vínculo carnal entre muchachos y chicas o entre niños del mismo sexo. Así durante la adolescencia la impulsión sexual despierta y es hasta la pubertad cuando esa impulsión se desarrolla, se fija, se localiza y se expansiona (Debesse, 1977).

III.1.4.4 El Instinto sexual

La primera novedad en la afectividad de los adolescentes es, precisamente, la aparición del instinto sexual, que entrará en su fase activa con el establecimiento de la función de reproducción.

La tendencia sexual aparece en la pubertad con los caracteres fundamentales de un instinto, o sea, como una impulsión primitiva, a la vez inconsciente y orientada.

El adolescente experimenta nuevas necesidades aún confusas, deseos poderosos y vagos que le empujan a salirse de sí mismo y que preludian la atracción hacia el sexo. El trabajo del instinto sexual al principio es oculto, y su orientación titubeante. No está acorde con las formas anteriores de afectividad, y en los sujetos tímidos provoca una inquietud cuando no un semiestupor, como si una fuerza actuara sobre ellos y los dirigiera hacia una finalidad que aún no comprenden (Debesse, 1977).

La emergencia del instinto va acompañado de un verdadero despertar de la sensualidad. Durante la infancia ya se había conocido intensos placeres de los sentidos, sobre todo los del tacto y los del gusto. Durante la pubertad se desarrolla una gama muy rica de estos placeres, más o menos vinculados a la sexualidad (Debesse, 1977).

La segunda novedad es la preponderancia del sentimiento, debida a la riqueza de la vida emotiva y de la vida imaginativa por lo tanto, los jóvenes se emocionan con mucha facilidad. En la pubertad, las chicas tienen crisis de risa espasmódica y llantos escandalosos. Cuando aparece la agitación emotiva trastorna no solamente los hechos y los gestos; incluso puede paralizar la actividad intelectual: esta hipermotividad, añadida a una gran inestabilidad del humor, caracteriza a la primera mitad de la adolescencia (Debesse, 1977).

La tercera novedad es el impulso de la imaginación, durante la pubertad, el pensamiento es a la vez más subjetivo y capaz de construcciones, de combinaciones audaces, apoyado en los recuerdos y en las lecturas para construir un mundo de proyectos y anticipaciones, el adolescente organiza la noción del tiempo psíquico en dos direcciones: pasado y futuro. La actividad prospectiva y retrospectiva reduce al mínimo el

interés por el presente, además el poder de imaginarse una persona o una escena, hace que el límite entre lo real y lo imaginativo quede casi borrado (Debesse, 1977).

La imaginación juvenil se afana en combinar por imitación los elementos reales para fabricar algo nuevo por lo que se desarrolla una actividad creadora de fantasía, por el placer de la ilusión. Los jóvenes quieren lo desconocido, la novedad, que se adapte mejor a su fantasía que los datos de la experiencia (Debesse, 1977).

Las formas de la imaginación adolescente son infinitas, va desde el ensueño hasta el simbolismo místico. Durante la pubertad, el ensueño es característico dado que éste corresponde al mundo casi irreal pero siempre maravilloso y acorde con el estado afectivo del momento (Debesse, 1977).

La combinación de los elementos emotivos e imaginativos da por resultado el sentimiento, y esta es la verdadera riqueza psicológica de los adolescentes.

III.1.4.5 Características de la afectividad adolescente

Respecto a la afectividad del adolescente, en comparación con los niños, los jóvenes son menos espontáneos. Entre el choque emotivo y la reacción del yo, se intercala un trabajo mental, más complejo a medida que se refuerzan los factores de inhibición, teniendo la posibilidad de esconderla o de manifestarla con vigor (Debesse, 1977).

La afectividad es ambivalente, por lo que cada sentimiento es experimentado al mismo tiempo que su oponente: el amor y el odio, el egoísmo y la generosidad, la esperanza y la desesperación (Debesse, 1977).

La sensibilidad adquiere un carácter apasionado, (entendiendo por pasión aquellos sentimientos exclusivo, excesivo, capaz de invadir el campo de la conciencia, de movilizar todas las energías de orientar toda la conducta) que es más extenso a causa del ensanchamiento del horizonte social, hasta ahora limitado a la escuela y a la familia (Debesse, 1977).

Las amistades durante esta etapa son selectivas, recelosas, exclusivas, son mucho más desinteresadas que las del adulto, en ellas se pueden observar el irresistible empuje de la simpatía y una benevolencia activa. Se pueden mencionar tres clases de amistades: las que se contraen entre jóvenes del mismo sexo, que son las más frecuentes. La elección, que se justifica después, nace de un impulso irreflexivo, a causa de una circunstancia fortuita: la confianza que se le escapa a un compañero y que hace descubrir al alma hermana que se busca, o un favor prestado en un momento difícil (Debesse, 1977).

Se tiene fe en el amigo, se le admira, se le quiere entero para sí, se le hacen regalos para testimoniar su sentimiento, se es feliz al imponerse un sacrificio por él. A menudo se añade un verdadero deseo de comunión, de identificación. Se empeñan en tener los mismos gustos, las mismas opiniones y la imitación se manifiesta hasta en el corte del cabello y en la escritura (Debesse, 1977).

Las amistades de la adolescencia juegan un importante papel en el desarrollo de la personalidad por las experiencias que motivan, además le permite proyectar a dichas amistades su yo idealizado (Debesse, 1977).

III.1.5 La familia y los adolescentes

La familia es el principal agente de socialización, durante la infancia y en cierto grado hasta la adolescencia, son los padres.

"Uno de los cambios que ocurren en las relaciones entre los padres y el hijo durante la adolescencia es el conflicto que surge por el control de los recursos que el joven quiere o considera como suyos" (Mckinney, Fitzgerald y Strommen, 1982).

Los individuos al abandonar, ya en la pubertad, el status de la infancia, modifican sus relaciones y actitudes respecto a sus padres, se desprenden de la total sujeción que les había atado a ellos hasta entonces, y aspiran a la autodependencia y autodeterminación, la cual puede manifestarse en los adolescentes, en tres formas distintas de comportamiento: la autonomía emocional (el grado en que el adolescente ha logrado deshacerse de los vínculos infantiles que le unen a la familia), la autonomía de

valores morales (el grado en que el adolescente es capaz de regirse por sus propios criterios morales), y la autonomía de la conducta (el grado en que el adolescente suele actuar y decidir por sí mismo (Aguirre, 1994).

Aunque los adolescentes se van desarrollando en el sentido de una mayor autonomía y van exigiendo más explicaciones del control parental que se les impone, "hay pruebas de que los adolescentes varones y los adolescentes mujeres difieren entre sí de la impresión que tienen de sus padres como controladores de recursos importantes. Los varones tienden a creer que el padre es el controlador más importante, mientras que las mujeres atribuyen este calificativo a la madre".

El control que los padres ejercen sobre sus hijos suele ser autoritativo, autoritario o permisivo. Existen estudios que demuestran que los adolescentes son más independientes, están más motivados para el logro y son menos hostiles cuando los padres responden con explicaciones atinentes cuando los hijos ponen en tela de juicio las decisiones de los padres.

La auténtica preocupación de los padres por los adolescentes es aquella que se distingue no solamente por la comprensión y por la honestidad, sino también por la disposición creciente a ser un apoyo para las decisiones del hijo y no convertirse en autor de sus decisiones. El papel de los padres cambia necesariamente al irse desarrollando el adolescente (Mckinney, Fitzgerald y Strommen, 1982).

III.1.6 La salud y los adolescentes

Este período es considerado el más saludable de la vida en donde los problemas más comunes, tales como desórdenes en la comida, abuso de la droga y enfermedades sexualmente transmisibles, pueden deberse a la personalidad o a factores del estilo de vida, y la principal causa de la muerte en ese tiempo no es la enfermedad sino la desgracia, es decir, debido a accidentes, homicidio y suicidio (Papalia y Wendkos, 1989).

Debido al crecimiento durante la adolescencia, los jóvenes necesitan más calorías, en promedio 2.800 por día mientras que las jovencitas únicamente 2.200 calorías. Los

niveles de proteínas son importantes para mantener el crecimiento. Las deficiencias de minerales más comunes son de calcio, hierro y zinc (Papalia y Wendkos, 1989).

La necesidad de calcio, que sostiene el crecimiento de los huesos, se satisface de la mejor manera tomando grandes cantidades de leche. Las chicas son especialmente propensas a la deficiencia de calcio. La anemia por deficiencia de hierro es común entre las adolescentes necesitan una fuente constante de hierro, aún una pequeña deficiencia en zinc puede demorar la maduración sexual, el cual está presente principalmente en la carne, huevos, modia de mar y productos de cereales de grano entero (Papalia y Wendkos, 1989).

III.1. 7 Consumo de alcohol

El alcohol es una potente droga que altera la mente y es ilegal para la mayoría de los estudiantes adolescentes, sin embargo, la pueden conseguir sin dificultad.

Muchos adolescentes empiezan a beber porque parece ser algo propio del crecimiento y siguen haciéndolo por las mismas razones por las que los adultos lo hacen, mostrar un aspecto agradable en las situaciones sociales, reducir la angustia y escapar de los problemas (Velasco, 1988).

En un estudio patrocinado por el National Institute on Alcohol Abuse an Alcoholism (NIAAA), más de 3 de cada 10 jóvenes eran clasificados como bebedores problema. Estos jóvenes habían bebido por lo menos cuatro veces al año anterior o tenido problema a causa de la bebida al menos dos veces al año anterior. Además, los peligros de conducir después de beber son ya conocidos (Velasco, 1988).

III.1.8 Teorías de la adolescencia

Existen diversas concepciones sobre la adolescencia, diferentes autores han subrayado más unos caracteres u otros, pero aunque hayan muchos matices, es posible englobarlos en:

III.1.8.1 Teoría psicoanalítica

Parte del brote pulsional que se produce como resultado de la pubertad y que altera el equilibrio psíquico logrado en la infancia, lo que puede provocar desajustes. Por una parte se produce un despertar de la sexualidad que provoca la búsqueda de objetos amorosos fuera del medio familiar, lo que lleva a un replanteamiento de los lazos con los padres, y a un cambio en las relaciones. Pero además el desajuste hace la personalidad más vulnerable y produce defensas psicológicas que en cierto modo obstaculizan la adaptación. (Delval, 1994)

Para Blos (1962 y 1979) la adolescencia constituye un segundo proceso de individuación, que completa el que tuvo lugar durante los tres primeros años de vida. En el primer proceso, el bebé aprende a andar y adquiere independencia física y confianza en sí mismo. En el adolescente hay también una búsqueda de independencia, que en este caso es más afectiva, y supone romper los lazos afectivos de dependencia. Mientras que el bebé para separarse de la madre, la interioriza, el adolescente tiene que prescindir de esa construcción interiorizada para buscar nuevos objetos amorosos (Delval, 1994).

Esa ruptura de vínculos produce regresiones en el comportamiento, por ejemplo, la vinculación con personajes famosos sería semejante a la vinculación con el progenitor idealizado de la infancia. Otro ejemplo lo constituiría el estado de fusión, ya sea con otra persona o con ideas abstractas tales como la belleza o ideales religiosos, políticos o filosóficos. Finalmente, la ambivalencia es otra manifestación de regresión, en la cual existe una inestabilidad emocional en las relaciones, en las contradicciones en deseos o pensamientos, en fluctuaciones en el estado de humor y comportamiento; por lo tanto, la ambivalencia se vincula con la rebelión y el inconformismo, lo anterior facilita la ruptura con el medio familiar, con la forma de vestir y la moda de los adultos (Delval, 1994).

Sobre esta etapa de la vida, Erik Erikson pone de manifiesto la construcción o formación de una identidad y la crisis de identidad asociada con ella, James Marcia (1980) (citado por Craig, 1994), define cuatro modalidades o estatus: exclusión, difusión, aplazamiento y logro de la identidad, dentro de las cuales se puede observar:

- **Exclusión:** Los adolescentes en este estatus han hecho un compromiso sin pasar por un período de toma de decisiones. Han escogido una ocupación, una actitud religiosa, o un punto de vista ideológico, pero la elección se hizo tempranamente y fue determinada por los padres o los maestros más que por ellos mismos. La transición a la edad adulta ocurre lentamente y con poco conflicto.
- **Difusión:** Cuando la gente joven que carece de un sentido de dirección y que parece tener escasa motivación para encontrarla, se encuentra en este estatus. No han pasado por una crisis y no han elegido un papel ocupacional o código moral. Algunos buscan una gratificación inmediata.
- **Aplazamiento:** Cuando los adolescentes o adultos jóvenes están a la mitad de una crisis de identidad o del período de toma de decisiones. Las decisiones pueden tratarse de elecciones ocupacionales, valores éticos o religiosos, filosóficos o políticos, una característica es que estos jóvenes se encuentran preocupados por encontrarse a sí mismos.
- **Logro de la identidad:** Este estatus lo alcanza la gente que ha pasado por una crisis y ha establecido sus compromisos. Por lo tanto, se dedica al trabajo que ha escogido e intenta vivir su propio código moral formulado en forma personal.

III.1.8.2 Teorías sociológicas

La adolescencia es el resultado de tensiones y presiones que vienen de la sociedad. El sujeto tiene que incorporar los valores y las creencias de la sociedad, es decir, terminar de socializarse, al mismo tiempo que adoptar determinados papeles sociales. Esos papeles le son asignados al niño, mientras que el adolescente tiene mayores posibilidades de elección. Al mismo tiempo los adultos tienen mayores exigencias y expectativas respecto a los adolescentes, y esas exigencias pueden hacerse insoportables. El cambio de papeles puede producir conflictos y generar tensión. La adolescencia se atribuye primordialmente a causas sociales exteriores (Craig, 1994).

III.1.8.3 Teoría del aprendizaje social

Bandura (1963) sostiene que la adolescencia no es un período tormentoso y que la perturbación de la adolescencia es un mito; tanto él como otros autores del aprendizaje social toman la postura de que la fase adolescente del desarrollo tiene cierta continuidad del aprendizaje social.

Esta teoría introduce los conceptos de modelamiento e imitación que permite ampliar el ámbito de conductas que se pueden explicar fácilmente por aprendizaje.

Esta teoría, explica por la observación, la imitación de una serie compleja de nuevas acciones sin que ninguna de ellas hubiera estado previamente en el repertorio del niño.

"Bandura y Walters (1963) han demostrado que esta transmisión de nuevas respuestas puede explicar el desarrollo de conductas tales como agresión, dependencia, y control de sí mismas. Estos teóricos del aprendizaje social, por lo tanto, rechazan explícitamente toda interpretación de la conducta que se base exclusivamente en etapas biológicas. Conciben el comportamiento del adolescente como el producto del tipo de aprendizaje social que haya habido en su vida desde la niñez. Comparando su propia postura con la de las teorías de fases o etapas de maduración señalan que: "por el contrario, las teorías del aprendizaje social aceptan que se pueden dar cambios manifiestos en la conducta de un individuo de una edad determinada, solamente como resultado de alteraciones abruptas en el entrenamiento social y en otras variables relevantes, biológicas o ambientales; las cuales rara vez ocurren en la historia de aprendizaje social de la mayoría de los individuos durante los años previos a la adultez" (citado por McKinney, Fitzgerald y Strommen, 1982)

III.1.8.4 Teoría cognitiva del desarrollo

Según la teoría de Piaget, se dan cuatro etapas principales en el desarrollo del conocimiento. Primero esta la etapa sensoriomotora (va desde el nacimiento hasta aproximadamente los 2 años, durante este período el bebé adquiere aptitudes y se esta adaptando al ambiente en una forma conductual directa); Posteriormente esta la etapa preoperacional (que va de los 2 años hasta los siete años, y durante esta etapa, el niño

desarrolla un lenguaje); la tercera etapa es la de las operaciones concretas; y finalmente, la cuarta etapa es la del pensamiento de operaciones formales (durante la cual el individuo aprende a formular hipótesis, cuando llega a ser capaz de razonamiento deductivo y cuando puede emprender un razonamiento causal y dar explicaciones científicas a los sucesos(Mckinney, 1982).

"La principal manera en que la lógica del adolescente, que se encuentra en la etapa de las operaciones formales, presta atención tanto a la forma como al contenido de un argumento, de un experimento, de un silogismo o de una preposición(Mckinney, 1982).

El razonamiento del preadolescente todavía esta determinado por el contenido específico de una argumento o problema concreto, mientras que el adolescente ya puede manejar sus aspectos estructurales, esto es, el adolescente puede razonar acerca de su propio razonamiento. Esto supone una nueva separación de sujeto y objeto (Mckinney, 1982).

El adolescente, capaz de operaciones formales, resuelve los problemas apelando a todas las posibilidades, no solamente a los ejemplos concretos que tiene delante. Además puede manipular lógicamente las dimensiones de peso y volumen, llegando así a la noción de densidad. Esta relación de relaciones es el nuevo descubrimiento del adolescente de operaciones formales que le otorga el poder de formular hipótesis y de someterlas a prueba. (Mckinney, 1982).

Lo anterior pone de manifiesto una segunda cualidad del pensamiento lógico: el tomar como objeto de consideración tanto lo irreal como lo real. (Mckinney, 1982).

La lógica operacional formal les permite a los adolescentes analizar lo que funcionará, es decir, les permite concebir hipótesis del tipo "que sucedería si...". Dicho de otra manera, ahora no solamente la posibilidad de una extensión de la realidad, sino que la realidad es ahora secundaria a la posibilidad (Mckinney, 1982).

Según Piaget, en la adolescencia se producen importantes cambios en el pensamiento que van unidos a modificaciones en la posición social. el carácter fundamental de la adolescencia es la inserción en la sociedad de los adultos y por ellos las características de la adolescencia están muy en relación con la sociedad en la que se

producen. El individuo se inserta en esa sociedad, pero tiende a modificarla. Para ello elabora planes de vida, lo que consigue gracias a que puede razonar no sólo sobre lo real sino también sobre lo posible. Las transformaciones afectivas y sociales van unidas indisolublemente a cambios en el pensamiento. La adolescencia se produce por una interacción entre factores sociales e individuales (Craig, 1994).

Coleman (1989) (citado por Delval, 1994) señala que no hay grandes desacuerdos entre la concepción psicoanalítica y la sociológica, sino que ambas se complementan bastante bien y difieren principalmente en las causas que originan los cambios. Por su parte la teoría de Piaget se sitúa en un punto intermedio entre ambas teorías, pero subraya un aspecto descuidado por ellas, que son los cambios que se producen en la manera de pensar de los adolescentes.

III.2. JUVENTUD

Juventud se denomina comúnmente a la *Segunda Adolescencia*, período comprendido entre los 18 años y los 25 aproximadamente (Bühler, 1933 citado por Papalia, 1990).

Durante la juventud concluye el desarrollo intelectual, el desarrollo de la persona propiamente ha terminado, la emotividad y sexualidad alcanzan un estado de relativo equilibrio. Es la etapa donde se inicia el trabajo o el estudio profesional (Pedrosa, 1976), deciden su estilo de vida familiar (matrimonio o soltería paternidad o ausencia de hijos, etc), dan sus primeros pasos en relación con su vocación, la intimidad sexual y las relaciones emocionales en las que se comprometen a menudo les encaminan al matrimonio. (Papalia, 1990).

Pedrosa (1976) señala que la Juventud es un producto esporádico de la cultura actual, esto es, una prolongación artificial de la adolescencia, un retraso provocado de la maduración humana, un mero producto del ambiente. La adaptación social se prolonga más en las sociedades civilizadas y en las clases intelectuales más que en las obreras.

El contacto con la vida social es mucho más intenso que en la adolescencia, el contacto social da bases para definir el carácter del joven. Algunos autores consideran que a la juventud como un producto del ambiente sociocultural por lo tanto ciertas características comunes se presentan diferentes según las situaciones y lugares que le toque vivir al joven.

III.2.1 Desarrollo del Pensamiento

Existe un mayor dominio del pensamiento formal y manifestaciones de aptitudes naturales y aprendidas. La inteligencia espacial y mecánica es predominante a la edad de 18-19 años.

En el plano verbal existe una mayor adquisición y comprensión del vocabulario (14-17 años) prolongado hasta los 25 aproximadamente. Lo cual facilita el análisis de los matices de su pensamiento y la comprensión de la lectura.

El razonamiento cualitativo presenta un notable incremento debido a factores de maduración de la personalidad, como es la disminución de la influencia afectiva del pensamiento así como a la sensibilidad adquirida en dicho razonamiento.

Respecto a la inteligencia, se presentan diferencias de género, las mujeres puntúan más en lo concreto que en lo abstracto, especialmente en lo concreto de orden cualitativo, como el análisis de formas, matices y colores. En el análisis de sentimientos humanos para lo que se encuentra más intuición que el varón. La riqueza del vocabulario suele permitirle retener mas detalles que al varón. En todas las operaciones de ejecución manual y manipulación de objetos delicados también es superior.

Los hombres tienen más inclinación por la abstracción, a la síntesis, razonamiento lógico, a las operaciones espaciales y se interesa más por los estudios técnicos y especulativos, tiene facilidad para la manipulación de objetos de tamaño grande e instrumentos mecánicos.

III.2.2 Desarrollo Físico

Fuerza, energía y resistencia caracterizan esta época de la vida. La mayoría de los hombres alcanzan su máxima estatura hacia los 21.2 años, aun cuando uno de cada diez continúa creciendo hasta los 23.5 años; la mayor parte las mujeres logra su completo crecimiento hacia los 17.3 años aunque una de cada diez continúa creciendo hasta los 21.1 años. El momento máximo de fuerza muscular se da entre los 25 y 30 años. La destreza manual es más eficiente en esta época, los órganos de los sentidos están también en su mayor agudeza, en relación a la agudeza visual y auditiva es muy fina hacia los 20 años. El gusto, el olfato y la sensibilidad al tacto, a la temperatura y al dolor permanecen estables. (Papalia, 1990)

Los jóvenes son las personas más saludables de la población. Aproximadamente la mitad de los padecimientos agudos que se experimentan en la juventud son de tipo respiratoria o lesiones. A pesar del estado general de buena salud en esta época, las tasas de mortalidad masculina sobrepasan a las de mortalidad femenina y entre las edades de 15 a 24 años, la tasa de mortalidad masculina casi triplica a la femenina, en gran parte debido a la alta tasa de muertes violentas que se produce entre los hombres . De cada cuatro muertes masculinas, tres se deben a accidentes (principalmente los automovilísticos), suicidio u homicidio (Papalia, 1990).

La buena salud es el reflejo del estilo de vida, a medida que el estilo de vida femenino se asemeja al de los hombres también se incrementa su vulnerabilidad. Papalia en 1990 señala que actualmente están muriendo cada vez más mujeres de cáncer pulmonar y de ataques cardíacos, probablemente debido a que están fumando más, bebiendo más y asumiendo más posiciones que causan tensión, en el mundo laboral.

III.2.3 Comportamiento Emocional, Social y Moral

El pensar y el querer se encuentran en condiciones de dominar los sentimientos, los estados de ánimo y las pasiones muestran una mayor estabilidad.

En este estadio, predomina en los jóvenes un estado de ánimo de extrema alegría debido a que han logrado satisfacer sus necesidades básicas de ser reconocidos y estimados, de producir, de afirmarse por el tiempo en la vida y de amar. Muchos jóvenes

logran satisfacer estas necesidades básicas por su inserción en el mundo del trabajo, su reconocimiento como persona responsable por el mundo de los adultos y su éxito en el amor.

La insatisfacción en el trabajo o estudios, la falta de perspectivas para el futuro, el desempleo o la falta de ocupación tiene como consecuencias afectivas principalmente que el joven se vuelva nervioso, irritable y con cambios de humor, se muestran negativos ante la vida manifestada por la oposición permanente a las exigencias del ambiente que puede transformarse incluso en verdadero temor a la vida, también pueden presentar desequilibrios permanentes mas o menos graves que pueden llevar a estos jóvenes a estos neuróticos, maniaco depresivos, desinterés por la existencia.

III.2.4 La Familia

El estado de optimismo y alegría de vivir que en la mayoría de los jóvenes domina en este estadio, va acompañado de una consolidación del sentimiento de sí mismo: la conciencia de poder dominar su instinto, los éxitos en el trabajo o en los estudios, la alegría del amor, contribuyen a afianzar en ellos el sentimiento del propio valer y poder, esta apreciación, progresivamente más equilibrada suele producir en muchos jóvenes un cambio en sus sentimientos y relaciones con los padres, profesores, jefes de trabajo, etc., lo que les permite desarrollar la reflexión y el juicio que les permite ver dichas personas con más perspectiva y despego, desprendiéndose afectivamente de lo que antes podía irritarles y herirles permitiéndoles aceptarlos como seres no perfectos con sus defectos a los que es necesario acomodarse.

Esta solución más equilibrada entre sus deseos de independencia y autorrealización y sus discrepancias con el medio se manifiestan de modo particular en sus relaciones con sus padres, pero también en sus relaciones con aquellas personas más cercanas de las que dependen ya sea en el campo laboral o en el campo escolar.

III.2.5 La Sociedad

Durante la adolescencia, la introversión llevaba a los individuos a reducir al mínimo la relación con el medio ambiente, en este estadio los jóvenes dejan su actitud

egocéntrica y narcisista para poder hacer posible una auténtica relación con los otros llevándolo a ampliar sus intereses y deseos de asociación con un medio más amplio de amigos, continuamente busca establecer nuevas relaciones, la tendencia a asociarse se manifiesta en los jóvenes de varias formas: en forma de encuentros esporádicos o espaciados con otros jóvenes de su misma edad (reuniones en discotecas, fiesta, etc.)

III.2.6 Problemas de la juventud

Existen ciertos problemas que afecta a una masa significativa de sujetos y que repercuten más o menos gravemente en su futuro e incluso en la sociedad en general, estos problemas están relacionados con la droga y la delincuencia.

III.2.6.1 Consumo de alcohol

El alcohol es quizá la droga más consumida por los jóvenes, inician por imitación de familiares y amigos, el deseo de ser mayores, ir contra las normas establecidas por los adultos, etc. Los motivos por los que continúan consumiéndolo es por armarse de valor en situaciones difíciles, reducir la ansiedad, evadirse de los problemas, dar un toque agradable en las reuniones, entre otras. Frecuentemente el problema del consumo de alcohol de manera habitual va unido al problema de la delincuencia (Pedrosa, 1976).

III.3 Investigaciones sobre consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes

Guimaraes (1987 y 1989) realizó una investigación en las Facultades de Psicología, Medicina, Economía y Contaduría de la UNAM, entrevistó a 6,502 alumnos de tercero y noveno semestres; encontró que el universitario empieza a beber muy joven (18 años), confirmó que las fiestas y otras reuniones sociales, así como la presión de sus amigos y compañeros son factores que propician el consumo de alcohol, se observó que existe una permisividad muy generalizada dentro de la Ciudad Universitaria hacia el consumo de alcohol; encontró que los estudiantes de sexo masculino tienen patrones de consumo más elevado, y que, los estudiantes que inician la carrera beben menos que los estudiantes que van terminando la carrera.

En 1989, Rescala, Guevara, Hernández, Domínguez, González y Ramírez hicieron un análisis del examen médico automatizado aplicado a los alumnos de primer ingreso a la UNAM, la muestra se conformó de 66,735 alumnos de los cuales 10,925 (16.3%) habían consumido alcohol en los últimos 12 meses y de éstos 1,264 (11.5%) presentaron antecedentes familiares de consumo excesivo del mismo, el 1.0% eran bebedores fuertes y 1.4% alcohólicos.

Estos autores concluyeron que la sustancia de mayor consumo es el alcohol y que el sexo masculino es el más afectado.

Estudios epidemiológicos en Casma informan que el uso de drogas, preferentemente las legales (alcohol y tabaco) se está incrementando, observándose mayor tendencia de su uso y abuso entre los niños, adolescentes y jóvenes" (Recuenco, 1996).

La diferenciación por sexo en cuanto a la frecuencia y cantidad ha sido básica, ya que son siempre los hombres los que reportan un consumo mayor; no obstante, los hallazgos más recientes de Johnson en sus investigaciones nacionales con estudiantes de EU, sugieren que estos contrastes se están reduciendo" (citado por Rojas, Medina-Mora, et. al., 1995).

Lo anterior se confirma con una investigación realizada por Rojas, Medina-Mora, Juárez, Carreño, Villatoro, Berenzon y López (1995), en donde fueron encuestados 61,779 estudiantes de enseñanza media y media superior de la República Mexicana, encontrando que las entidades que presentan las cifras de consumo de alcohol más altas son: Baja California, Chihuahua, Jalisco y el Distrito Federal. Además bebieron en el mes anterior a la investigación, alrededor del 21% de los encuestados en las cuatro entidades; de ellos, 1 o 2 de cada 100 lo hizo de 10 a más ocasiones durante ese mes. Un mayor número de varones en contraste con las mujeres reportó que una o dos veces por semana bebe 5 copas o más, resaltando el caso de los hombres en el estado de Chihuahua.

Un porcentaje más elevado tanto de varones como de mujeres que tiene 16 años o más, bebió en el mes anterior a la encuesta, en contraste con los demás jóvenes. En el

caso de los hombres, resaltan las cifras de Jalisco y de Chihuahua; entre las mujeres sobresalen las de Baja California y las del Distrito Federal. Esta tendencia se ve reflejada entre los que se embriagan de 1 a 3 veces al mes, ya que el número es más alto entre los de mayor edad" (Rojas, Medina-Mora, et. al., 1995).

Como se puede observar, sobresalen las cifras de varones que beben y se embriagan; sin embargo, es importante hacer notar que las mujeres, especialmente las de Baja California y del Distrito Federal, presentan datos bastante elevados, concluyéndose que las "diferencias de sexo entre los jóvenes bebedores son menores que entre los adultos, debido a que un número más alto de mujeres está bebiendo" (Rojas, Medina-Mora, et. al., 1995).

En otros estudios, Maya y García (1986) observaron que está sucediendo lo mismo con los patrones de consumo de los estudiantes del Distrito Federal, lo que está también apoyado por las cifras de la Encuesta Nacional de Adicciones, realizada en 1988, en la que encontraron que el 82% de hombres y el 44% de mujeres consumen alcohol. Sin embargo, esta diferencia por sexo en los adolescentes es menor ya que en el grupo de 12 a 17 años la proporción es de 38% de varones y el 22% de mujeres. En esta misma encuesta se compararon los datos sobre consumo de alcohol en todas las regiones del país, resaltando que en el Distrito Federal las mujeres tienen un mayor índice de ingestión (citado por Rojas, Medina-Mora, et. al., 1995). Respecto al consumo por género, Villatoro (1999) reportó que en la medición hecha en otoño de 1997 por el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP) y la Secretaría de Educación Pública (SEP), la población masculina (33.2%) resulta más afectada que la femenina (27.2%), aunque la diferencia porcentual es pequeña.

Berenzon., Carreño, Medina-Mora, Juárez y Villatoro (1996) reportaron los resultados obtenidos en una encuesta nacional realizada en 1993, la cual se conformó por 10,879 estudiantes de secundaria, bachillerato y escuelas técnicas o comerciales, en donde se demostró "que el 67% de los jóvenes de 2º de secundaria, el 81% y el 87% de los de primero y tercero de preparatoria habían tomado alcohol alguna vez en su vida". Asimismo, el 74% informó haber consumido alcohol alguna vez en su vida, el 64% tomó bebidas embriagantes el año anterior a dicha encuesta y el 24% lo hizo en el mes previo al estudio.

Por otro lado, Medina-Mora (1988) plantea, de acuerdo a sus investigaciones, que el consumo de alcohol en jóvenes se inicia cada vez en edades más tempranas. Al respecto, Recuenco (1996) informa que la edad de inicio promedio es de 12.75 años, siendo ligeramente más temprano para los varones (12.67 años) que para las mujeres (12.84 años), lo anterior se corrobora con un estudio realizado por Berenzon y cols. (1996) en donde informan que el inicio en el consumo de alcohol se presenta antes de los trece años.

En México, el alcohol está más o menos integrado a la cultura, y el inicio del consumo se presenta a edades tempranas independientemente de que esté legalmente prohibido el uso antes de los 18 años; es común que los adolescentes ingieran grandes cantidades de alcohol los fines de semana en fiestas, discotecas o bares. (Berenzon, et. al., 1996)

Villatoro y cols. (1999) señalan que en el D. F. el 54% de los adolescentes ha usado alcohol alguna vez en su vida y un 30% lo ha consumido en el último mes. Las delegaciones políticas más afectadas por el consumo de bebidas alcohólicas son: Gustavo A. Madero (56.8%), Azcapotzalco (87.9%), Miguel Hidalgo (31.3%), Cuauhtémoc (32.4%), Benito Juárez (39.6%), Coyoacán (33%) y Tlalpan (31.3%).

Por otro lado, Rojas, Medina-Mora, Juárez, Carreño, Villatoro, Berenzon y López (1995) encontraron datos que indican que el hecho de que los estudiantes trabajen y perciban un sueldo, influye en su inclinación a beber con más frecuencia.

Estos autores concluyen que los jóvenes que beben siguen en gran parte el ejemplo de los adultos de nuestra sociedad; ya que el consumo de bebidas alcohólicas está sumamente extendido y tolerado, es decir, está bien visto dado que lo más común es que el alcohol esté presente en eventos deportivos, reuniones sociales y familiares, así como en toda clase de celebraciones. Dichos jóvenes, además, reportaron que tienen amigos que toman bebidas alcohólicas, y entre el 34% y el 38% de esos amigos se emborrachan una vez a la semana. Asimismo, cabe mencionar que los lugares preferidos para beber fueron, en orden de predilección, las fiestas, las discotecas y los bares (Recuenco, 1996).

Cravioto, García y De la Rosa (1996) proporcionan información al respecto en donde señalan que en la ciudad de México son personas jóvenes las que llegan al estado de ebriedad en forma más frecuente, dado que se observó que el 28.5% de los sujetos entre 19 y 25 años fueron los más afectados, siguiéndoles aquéllos entre 35 y 44 años (23.2%), 26 a 34 años (22.2%), y 45 años o más (20.45%) y finalmente, el grupo de 12 a 18 años (7%), como se puede notar "los índices de consumo se incrementan conforme aumenta la edad". (Berenzon, et. al., 1996)

Cravioto y cols., reportan de acuerdo a sus investigaciones que en la ciudad de México los jóvenes entre 12 y 18 años que consumían 5 o más copas por ocasión, tuvieron problemas familiares (22.6%), con amigos (10.3%), policiacos (5.4%), de salud (8.7%) y sólo 0.7% sufrieron accidentes automovilísticos.

De acuerdo a la encuesta nacional (1993), las bebidas preferidas por estudiantes de secundaria y bachillerato son los siguientes en este orden: los cócteles o coolers (48.16%), la cerveza (46.13%), vino de mesa (32.38%), destilados (28.94%) y alcohol puro (4.68%). (Berenzon, et. al., 1996).

Con relación a la medición de otoño de 1997, el 23% de los estudiantes consumen 5 copas o más por cada ocasión de consumo, al menos una vez al mes (Villatoro, et. al. 1999).

De acuerdo a los resultados obtenidos en la ENA (1993), Cravioto, García y De la Rosa reportan que en la ciudad de México, el grupo de 12 a 18 años, consumió preferentemente cerveza (42.9%), vino de mesa (26.3%), destilados (21.4%) y el pulque sólo fue consumido por 4.5% de los sujetos de este grupo.

Rojas, Medina-Mora, Villatoro, Juárez, Carreño y Berenzon (1998) analizaron los resultados obtenidos en las encuestas aplicadas a estudiantes de enseñanza media y media superior realizadas por el IMP y la SEP en 1989, 1991 y 1993, encontraron que entre los que han consumido alguna bebida alcohólica en su vida hay una tendencia a incrementarse a través de los años. El patrón de consumo del mes previo se incrementó significativamente en las 3 encuestas. Respecto al género no se encontraron cambios estadísticamente significativos, en el caso de los varones, se aprecia una tendencia ascendente del número de bebedores. En las tres encuestas, se mantiene constante el

hecho de que una cifra superior de alumnos que ingieren alcohol, son lo que tienen 16 años o más.

Estos autores concluyeron que han aumentado el número de usuarios en los diferentes patrones de consumo y han bajo el número de quienes lo consideran peligroso.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia dio a conocer los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 1998, en donde la población urbana de 12 a 17 años que reportaron ser abstemios fue del 72.3% (67.0% para el género masculino y el 77.3% para el femenino); de los 18-29 años el 28% son abstemios (12.3% del género masculino y 39.5% del femenino). Según la frecuencia de consumo de alcohol, 5 o más copas completas en el último mes, para el grupo de 12 a 17 años que consumen una vez en el último mes fue del 2.5%; de 2 a 3 veces en el último mes del 1.1%, y de 1 o más veces por semana 0.4%.

Para el grupo de 18 a 29 años la frecuencia de consumo fue del 2.9% para diario o casi diario; 21.5% de 1 a 4 veces por semana, 23.1% de 1 a 3 veces por mes 16.4% de 3 a 11 veces al año y 14.1% de 1 a 2 veces al año.

El grupo de adolescentes de 12 a 17 años que señalaron haberse consumido alcohol hasta embriagarse fue del 10.5% en el caso de los varones y del 4.1% para las mujeres; las bebidas preferidas fueron: la cerveza (21.3%), destilados (12.4%), coolers (12.3%), vino de mesa (88.3%), bebidas preparadas (6.0), pulque (3.0%) y aguardiente o alcohol de 96° (1.1%).

De 1988 a 1998, el grupo de jóvenes de 18 a 19 años que reportó ser abstemios fue del 44.7% al 41.2%, respectivamente. Para este mismo periodo, los bebedores se incrementaron del 55.3% al 58.8%. Se observó que en el caso de los varones el incremento fue del 5% para los bebedores y el decremento para los abstemios fue del 5%. Las mujeres bebedoras se incrementaron en un 6%, mientras que las abstemias disminuyeron con el mismo porcentaje.

En relación al patrón de consumo bajo se incrementó del 22.7% al 30%, mientras que el consumo alto y consuetudinario decrementaron del 25% al 21.2% y 7.6% al 7.4% respectivamente.

CAPITULO IV. METODOLOGÍA

IV.1 Planteamiento y justificación

De acuerdo a la investigación realizada por Guimaraes (1987 y 1989) los universitarios empiezan a beber a los 18 años, al respecto Rescala (1989) señala que alumnos de primer ingreso a la UNAM (66,735), el 16.3% habían consumido alcohol, de éstos 11.5% presentaron antecedentes familiares de consumo excesivo, el 1.0% eran bebedores fuertes y 1.4% alcohólicos, Medina-Mora (1988) y Berenzon (1996) plantean que el consumo de alcohol en jóvenes se inicia cada vez en edades más tempranas; por otro lado se observa que los patrones de consumo son más llevados para los estudiantes masculinos que para femeninos, asimismo que conforme avanzan en la carrera su consumo es mayor. Sin embargo, Rojas y cols. (1995) encontraron que en Baja California y el Distrito Federal, las diferencias de género entre los jóvenes bebedores son menores debido a que un número más alto de mujeres está bebiendo. Lo anterior se confirma en otros estudios realizados por Maya y cols.

Debido a lo anterior es importante conocer si existe problemas de consumo de alcohol entre los estudiantes de 3er. año de medicina, analizar diferencias en género y los patrones de consumo, a fin de evaluar los factores de riesgo asociados y proponer la atención que requieren dichos estudiantes, quienes en su práctica asumirán una doble responsabilidad: reforzar sus hábitos de salud y brindar a la sociedad el máximo apoyo para el manejo de problemas relacionados con las adicciones.

Es de suma relevancia considerar los efectos adversos que sobre el sistema nervioso tiene el consumo de bebidas alcohólicas, como son: trastornos en la sensación, la percepción, coordinación motriz, memoria y juicio, entre otros. Además de los efectos negativos que se presentan sobre las actividades sociales, familiares y personales.

Considerando lo delicada que es la práctica profesional médica, es importante estudiar si existe alguna relación entre el consumo de alcohol y el grado de adaptación en estudiantes de 3er. año de medicina y cuál es el patrón de consumo por género; dado que éstos se encuentran en el proceso de aprendizaje práctico y porque en un futuro

próximo serán profesionistas a los que se les exigirá que ejerzan de manera apropiada su práctica clínica, para lo cual les es indispensable tener una adecuada salud mental.

La información que se obtenga permitirá conocer la condición en la que se encuentran los estudiantes de 3er. año de medicina relativo a los niveles de adaptación y patrones de consumo de alcohol a fin de proponer la atención requerida. Por otro lado, puede aportar datos para la realización, en el futuro, de campañas informativas que orienten sobre las consecuencias adversas asociadas al consumo de alcohol. Posteriormente esta investigación puede continuarse hacia las distintas carreras, con la finalidad de detectar las particularidades de cada una, a través del análisis de la información se pueden pretender mejorar las condiciones de los estudiantes para que en el futuro el profesionista ejerza de manera adecuada y tenga mayores posibilidades de crecer individual, laboral y socialmente.

IV.2 Hipótesis de trabajo

Hi Existen relaciones entre el consumo de alcohol y los problemas asociados a éste y el género en estudiantes de 3er. año de medicina.

Ho No existen relaciones entre el consumo de alcohol y los problemas asociados a éste y el género en estudiantes de 3er. año de medicina.

Hi Existe relación entre el género y el nivel de adaptación emocional en estudiantes de 3er. año de medicina.

Ho No existe relación entre el género y el nivel de adaptación emocional en estudiantes de 3er. año de medicina.

Hi Existe relación entre el género y el nivel de adaptación a la salud en estudiantes de 3er. año de medicina.

Ho No existe relación entre el género y el nivel de adaptación a la salud en estudiantes de 3er. año de medicina.

Hi Existe relación entre el género y el nivel de adaptación familiar en estudiantes de 3er. año de medicina.

Ho No existe relación entre el género y el nivel de adaptación familiar en estudiantes de 3er. año de medicina.

Hi Existe relación entre el género y el nivel de adaptación social en estudiantes de 3er. año de medicina.

Ho No existe relación entre el género y el nivel de adaptación social en estudiantes de 3er. año de medicina.

Hi Existe relación entre el consumo de alcohol y la edad en estudiantes de 3er. año de medicina.

Ho No existe relación entre el consumo de alcohol y la edad en estudiantes de 3er. año de medicina.

Hi Existe relación entre el consumo de alcohol y el nivel de adaptación familiar en estudiantes de 3er. año de medicina.

Ho No existe relación entre el consumo de alcohol y el nivel de adaptación familiar en estudiantes de 3er. año de medicina.

Hi Existe relación entre el consumo de alcohol y el nivel de adaptación a la salud en estudiantes de 3er. año de medicina.

Ho No existe relación entre el consumo de alcohol y el nivel de adaptación a la salud en estudiantes de 3er. año de medicina.

Hi Existe relación entre el consumo de alcohol y el nivel de adaptación emocional en estudiantes de 3er. año de medicina.

Ho No existe relación entre el consumo de alcohol y el nivel de adaptación emocional en estudiantes de 3er. año de medicina.

Hi Existe relación entre el consumo de alcohol y el nivel de adaptación social en estudiantes de 3er. año de medicina.

Ho No existe relación entre el consumo de alcohol y el nivel de adaptación social en estudiantes de 3er. año de medicina.

IV.3 Variables

Variables independientes:

- 1) Edad
- 2) Género

Variables dependientes:

- 1) Consumo de alcohol
- 2) Consecuencias por consumo
- 3) Abstinencia
- 4) Nivel de adaptación familiar
- 5) Nivel de adaptación a la salud
- 6) Nivel de adaptación social
- 7) Nivel de adaptación emocional

IV.4 Definición conceptual de variables

Variables independientes:

- 1) Edad: Se refiere al tiempo transcurrido, en años, desde el nacimiento hasta la fecha de aplicación.
- 2) Género: Se refiere al sexo biológico con el cual se puede identificar o diferenciar a un individuo, para los hombres como masculino y para las mujeres como femenino.

Variables dependientes

- 1) Consumo de alcohol: Se refiere a que una persona ingiere bebidas alcohólicas.
- 2) Consecuencias por consumo de alcohol: Se refiere a problemas causados por el consumo de alcohol incluyendo las reacciones psicológicas adversas.
- 3) Abstinencia: Se refiere a la que el individuo no ingiere alguna cantidad de alcohol.
- 4) Adaptación familiar: Se refiere a las relaciones interpersonales entre padres e hijos y la aparición del sentido de independencia. (Bell, 1934, citado por Jiménez, 1987)

- 5) Adaptación a la salud: Se refiere a la capacidad de manejar padecimientos que puedan ser puramente físicos o de carácter psicosomático. (Bell, 1934, citado por Jiménez, 1987)
- 6) Adaptación social: Se refiere a la capacidad de integración a la sociedad y el tipo de conducta social manifiesta. (Bell, 1934, citado por Jiménez, 1987)
- 7) Adaptación emocional: Se refiere a la capacidad de enfrentarse a conflictos y frustraciones así como el manejo de los mecanismos de defensa individuales. (Bell, 1934, citado por Jiménez, 1987)

IV.5 Definición operacional de variables

El consumo de alcohol se obtuvo a través de los tres primeros reactivos del Alcohol Useres Disorders Identification Test (AUDIT) que se refieren a la cantidad del consumo de alcohol.

Las consecuencias por consumo de alcohol se obtuvo por medio de las siete últimas preguntas del Alcohol Useres Disorders Identification Test (AUDIT) que exploran la posibilidad de que haya dependencia y consumo dañino de alcohol, problemas causados por el alcohol incluyendo las reacciones psicológicas adversas.

El nivel de adaptación familiar, a la salud, social y emocional será identificado utilizando el Cuestionario de Adaptación para Adolescentes de Hugh M. Bell.

IV.6 Sujetos

Para esta investigación se consideraron a los alumnos inscritos en tercer años de medicina de la U.N.A.M., siendo 530 estudiantes matriculados, de los cuales 227 son del sexo masculino y 303 del sexo femenino.

IV.7 Muestreo

Para los fines de este estudio se utilizó un muestreo intencional no probabilístico, ya que de los de estudiantes de la Facultad de Medicina, únicamente participarán aquellos

alumnos que se encuentren cursando el tercer año de la carrera, dado que éstos se encuentran en el proceso práctico del aprendizaje.

IV.8 Tipo de estudio

Para esta investigación el tipo de estudio fue de campo ya que se pretende descubrir de manera sistemática las relaciones e interacciones entre variables —las cuales no se manipularon—, y las pruebas de hipótesis; exploratoria, dado que se tienen tres propósitos fundamentales: “descubrir variables significativas en escenarios de campo, descubrir relaciones entre variables y establecer la base para una prueba de hipótesis posterior más sistemática y rigurosa” (Kerlinger, 1988); y de tipo prospectivo y descriptivo.

Es no experimental dado que se consideró una indagación empírica y sistemática ya que no se tuvo control directo sobre las variables independientes, dado que éstas ya habrán ocurrido y porque son inherentemente no manipulables. (Kerlinger, 1988)

IV.9 Diseño

El tipo de diseño es factorial, ya que se utiliza cuando en una investigación “dos o más variables independientes son yuxtapuestas para estudiar sus efectos independientes e interactivos en una variable dependiente” (Kerlinger, 1988).

IV.10 Instrumentos

1)Alcohol Users Disorders Identification Test (AUDIT)

2)Cuestionario de Adaptación de Hugh M. Bell

Los instrumentos anteriormente mencionados se utilizaron dado que cuentan con las siguientes características:

1)Alcohol Users Disorders Identification Test (AUDIT)

Este instrumento de tamizaje es el resultado de un proyecto multinacional auspiciado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1982, el cual se realizó en Noruega,

Australia, Kenia, Bulgaria, México y Estados Unidos, en dicho proyecto se estudiaron a más de 1900 sujetos bebedores de alcohol en diversos grados. (Babor, De la Fuente, Saunders y Grant, 1989), obteniéndose un instrumento capaz de identificar aquellas personas con problemas tempranos relacionados con el alcohol. (Medina-Mora, Carreño y De la Fuente, 1998)

Cabe señalar que los "instrumentos de tamizaje constituyen el elemento fundamental de la estrategia para la detección oportuna de los bebedores excesivos en poblaciones abiertas. (De la Fuente y Kershenobich, 1992)

De la Fuente y Kershenobich (1992), al describir la prueba plantean que "se trata de una prueba útil y con validez transcultural para identificar el consumo excesivo de alcohol, diseñada para usarse en el primer nivel de la atención médica; es de aplicación rápida y flexible, es congruente con la última versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y consta de un instrumento de evaluación clínica complementaria", la cual no será utilizada dado que para la finalidad de esta investigación no es necesaria su aplicación, que además requeriría de un médico que lo realice, debiéndose considerar el número de la muestra.

"El AUDIT está compuesto de 10 reactivos. Los tres primeros se refieren a la frecuencia y a la cantidad del consumo del alcohol, y exploran el área de lo que podría considerarse consumo excesivo. Los reactivos 4, 5 y 6, exploran la posibilidad de que hay dependencia al alcohol, y, finalmente, los reactivos 7 a 10 se refieren al consumo dañino del alcohol" (De la Fuente y Kershenobich, 1992), así como de problemas causados por el alcohol incluyendo las reacciones psicológicas adversas, seleccionadas sobre las bases de su habilidad para distinguir bebedores ligeros de aquellos con ingestas peligrosas. (Medina-Mora, Carreño y De la Fuente, 1998)

Para obtener la puntuación del AUDIT, las preguntas 1 a la 8 tiene cinco opciones de respuesta con los incisos: A), B), C), D) y E), a los que se le da un valor de 0, 1, 2, 3, y 4, respectivamente. Las preguntas 9 y 10 únicamente tienen tres opciones de respuesta: A), C) y D) a las que se le asignan 0, 2 y 4 puntos respectivamente. (Babor, De la Fuente, Saunders y Grant, 1989)

Un puntaje de 8 o más califica un caso positivo; puntajes altos en los primeros 3 ítemes indican "uso peligroso del alcohol" y los altos puntajes en los ítemes de problemas sugieren "uso riesgoso del alcohol"; el mismo procedimiento se puede seguir para indicar una posible dependencia. (Medina-Mora, Carreño y De la Fuente, 1998)

La sensibilidad de este instrumento tiene un rango de 65% (Bulgaria) y 95% (México) con un valor promedio de 80%. La especificidad esta en un rango del 83% al 94% con un promedio de 89%. Su valor predictivo positivo del 60% y el valor predictivo negativo del 95%. (Babor, De la Fuente, Saunders y Grant, 1989).

Para permitir el uso del AUDIT en entrevistadores no profesionales y en escenarios no clínicos, se condujo una nueva forma de redacción. Un total de 45 entrevistadores fueron responsabilizados de personas con diferentes patrones de ingesta, 15 fuertes, 15 moderados y 15 ligeros, con bajo estatus escolar (de 1 a 6 años de escuela). Todos los sujetos atravesaron una entrevista cara a cara, se les pidió que completaran el AUDIT, y después que reportaran lo que habían entendido de cada pregunta. Los resultados principales sugirieron la necesidad de cambiar la redacción de la traducción original. (Medina-Mora, Carreño y De la Fuente, 1998)

Una estructura factorial del instrumento se analizó cuando se utilizó en muestras no clínicas; en una muestra de 2,050 hombres trabajadores como parte de la iniciativa ILO/OMS evaluaron un modelo de intervención entre este grupo. En forma global 21.5% habían terminado la primaria y sólo el 6.3% habían llegado a la Universidad. Cerca de la mitad de los trabajadores vivían en áreas rurales. El porcentaje de edad era de 28 fluctuando entre los 16 a los 61 años, y en general, el 19.9% eran menores de 21 años. (Medina-Mora, Carreño y De la Fuente, 1998)

A través de un análisis factorial con rotación varimax del SPSS para windows, fue posible derivar dos factores, uno contenía los ítemes uno al 3 que evalúan la frecuencia y la cantidad de la ingesta y otro que contenía aquellos que evaluaban los problemas; el coeficiente alpha fue de 0.88 y 0.81 para frecuencia/cantidad y problemas respectivamente. Se encontró que el coeficiente de confiabilidad interna del instrumento fue del 0.87 indicando una adecuada consistencia en la respuesta de los trabajadores. (Medina-Mora, Carreño y De la Fuente, 1998)

Varias secciones del cuestionario se dividieron en escalas: 3 preguntas de la conducta de beber, 4 indicadoras de problemas psicosociales (culpa, daños, y otros relacionados) y 3 indicadores de dependencia. La escala de la conducta del beber tuvo la confiabilidad más alta en intraescala con un valor de 0.87 de alpha de Chronbach entre los trabajadores. Y este coeficiente para las otras dos escalas fue del 0.69. Cuando las 7 preguntas de los problemas se consideraron como partes de una escala, el coeficiente alpha alcanzó el 0.81. (Medina-Mora, Carreño y De la Fuente, 1998)

La interrelación de los dominios específicos del alcohol y aquellos que miden los problemas fueron examinados en un análisis correlacional. La correlación entre las preguntas de frecuencia/cantidad y de los problemas psicosociales fue del 0.57, y con la escala de dependencia 0.52. La correlación entre las dos escalas de problemas fue mayor alcanzando 0.61. (Medina-Mora, Carreño y De la Fuente, 1998)

Cuando las preguntas de frecuencia y cantidad se analizaron por separado se hizo evidente que el indicador anterior estaba más relacionado con problemas; entre dos y tres bebedores de altas cantidades, se vivieron problemas psicosociales o de dependencia, en comparación con los bebedores con límite de consumo, independientemente de la frecuencia de la ingesta. (Medina-Mora, Carreño y De la Fuente, 1998)

Medina-Mora, Carreño y De la Fuente (1998) mencionan que el AUDIT ha sido utilizado en México tanto como una herramienta de investigación como para evaluar las necesidades entre las poblaciones especiales además de como base para programas de intervención. Por ejemplo, se utilizó para identificar pacientes con problemas relacionados con el alcohol en la práctica general del Instituto Mexicano del Seguro Social y fue aplicado a una muestra total de 41,121 pacientes en todo el país; el 4.8% de las mujeres y el 28% de los hombres eran bebedores en varios niveles de riesgo. Posteriormente, el mismo grupo de investigadores utilizó el AUDIT para detectar los bebedores en riesgo en 6 servicios externos de 3er. nivel, formando una muestra total de 204 pacientes; estos resultados fueron utilizados como base para el programa de adicciones implementado en esa institución.

Borges (1997) utilizó el AUDIT en una muestra representativa de personas atendidas en una sala de emergencia de una localidad cercana a la capital. Un total de

871 personas (52% hombres y 48% mujeres), entraron por accidentes o violencia (56%), emergencias médicas (44%) todos los cuales fueron sometidos a una prueba de aliento y una entrevista cara a cara basada en el cuestionario estandarizado. El 8% de los casos fueron positivos en el análisis de aliento; 35% de los hombres y sólo el 7% de las mujeres que reportaron haber ingerido alcohol en el año previo, tuvieron un puntaje positivo en el AUDIT (calificación de 8 o más); esto sucedió en el 32% de los accidentes y subió al 50% cuando el accidente incluyó violencia, y apareció en el 44% de las emergencias médicas. Las calificaciones positivas fueron más prevalentes en los casos asociados a la intoxicación con sustancias (46%), con varios tipos de daño (33%), quemaduras o asfixia (27%), condiciones cardíacas o falta de respiración (34%), que lo que fue observado en las condiciones de hígado o estómago (18%). (citado por Medina-Mora, Carreño y De la Fuente, 1998)

Finalmente, el AUDIT ha sido exitosamente utilizado para identificar casos de los no casos en varios estudios, por ejemplo en los estudios para determinar la prevalencia del *H. pylori* (HP) y su relación con la etiología de la cirrosis y la función del hígado al investigar la contribución de las diferencias estructurales en la predisposición genética al desarrollo del alcoholismo induciendo daño en el hígado y para establecer el papel del ciclo menstrual en los farmacocinéticos del etanol asociados a cambios en la composición del cuerpo. (Medina-Mora, Carreño y De la Fuente, 1998)

2) Cuestionario de Adaptación de Hugh M. Bell

Este instrumento fue publicado en Estados Unidos en 1934, utilizándose principalmente en empresas industriales, establecimientos psiquiátricos y consultorios de medicina psicosomática. (Coronado y Rosales, 1990)

Fue traducido y adaptado en España en 1963 con estudiantes adolescentes (las edades estaban comprendidas entre 12 y 17 años) por E. Cerdá. (Jiménez, 1987)

"Bell proporcionó coeficientes de confiabilidad de .80% a 89% y correlaciones con otros instrumentos al nivel de .58 a .94, en ésta labor Bell trabajó con 194 hombres y 274 mujeres para estandarización del Cuestionario" (Coronado y Rosales, 1990).

Los coeficientes de confiabilidad se obtuvieron mediante el método par-inpar y utilizando la fórmula de Spearman-Brown en el cálculo del coeficiente de correlación, obteniendo las siguientes puntuaciones:

a) Adaptación familiar	.89
b) Adaptación a la salud	.80
c) Adaptación social	.89
d) Adaptación emocional	.85
Puntuación total	.93

La validez se realizó a través del sistema de grupo contrastado (sujetos adaptados y no adaptados) y ha sido estandarizado por el Instituto Politécnico Nacional (IPN), nivel medio superior en 1965 la 1ra. revisión y en 1982 la 2da. revisión (Coronado y Rosales, 1990).

Las instrucciones aparecen en la primer hoja del cuestionario, existen dos tipos, uno para hombres y otro para mujeres (son las mismas preguntas, variando únicamente las terminaciones). Su aplicación puede hacerse en forma individual, colectiva o autoadministrada. El Cuestionario consta de 140 reactivos, teniendo el examinado tres opciones para contestar, encerrando en un círculo las respuestas SI (verdadero), No (falso) o ? (interrogación). El tiempo promedio de aplicación es de 25 minutos.

Para obtener la calificación se utilizan las claves de corrección para cada una de las áreas de adaptación, colocándolas sobre el cuestionario de modo que coincidan los orificios con los número correspondientes de cada página, se cuentan las respuestas que tengan un círculo (no se consideran aquellas que tengan el signo de interrogación). Se suman todas las respuestas que puntúan en cada escala para que finalmente y de acuerdo con la puntuación obtenida, se exprese en palabras los resultados como: excelente, buena, normal, no satisfactoria o mala.

Este cuestionario permite tener las siguientes medidas de adaptación personal y social:

a) Adaptación familiar: Tendencia a la adaptación o desadaptación en relación a la familia. Indaga lo que piensa y siente el sujeto sobre sus relaciones familiares. Se

refiere principalmente a las relaciones interpersonales entre padres e hijos y a la habilidad para el logro del sentido de independencia (Bell, 1934 citado por Jiménez, 1987).

Quienes obtienen puntuaciones elevadas en esta escala, tienen tendencias a estar mal adaptados a su medio familiar. Por el contrario, las puntuaciones bajas indican una adaptación familiar satisfactoria (Cerdá, 1987).

b) Adaptación a la salud: Tendencia al bienestar o malestar físico de la persona sobre el funcionamiento del organismo. Se entiende como la capacidad de manejar padecimientos que pueden ser de carácter psicosomático o puramente físico (Bell, 1934 citado por Jiménez, 1987).

Las puntuaciones elevadas indican una adaptación a la salud insatisfactoria, y contrariamente, al obtener puntuaciones bajas, la adaptación es satisfactoria (Cerdá, 1987).

c) Adaptación social: Tendencias hacia el ajuste o desajuste social en sus relaciones extrafamiliares y el grado de contacto social. Asimismo tendencias a la sumisión, a ser retraído respecto a los demás (introversión) o en el extremo a la dominancia (extroversión) (Bell, 1934 citado por Jiménez, 1987).

Las personas con puntuaciones altas tienden a ser sumisos y retraídos en su forma de contactar socialmente, mientras que quienes puntúan bajo contactarán socialmente de forma agresiva (Cerdá, 1987).

d) Adaptación emocional: Tendencia a la estabilidad o inestabilidad emocional, indaga como la persona comprende y vive sus sentimientos y emociones, hasta que punto existe una madurez e inmadurez emocional. Se entiende como la capacidad de enfrentarse a conflictos y frustraciones así como el manejo de los mecanismos de defensa individuales (Bell, 1934 citado por Jiménez, 1987).

Los individuos cuyas puntuaciones son elevadas tienden a ser inestables emocionalmente. Por el contrario, las personas que obtienen puntuaciones bajas tienden a ser estables emocionalmente. (Cerdá, 1987)

IV.11 Procedimiento

Se solicitó al Director del Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental, autorización para realizar una investigación con alumnos de tercer año de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M., explicándole los fines de dicha investigación y se le pidió apoyo para poder hacer las aplicaciones en el horario destinado a la materia de Psicología Médica y para que los profesores de dicha materia lo permitieran.

Cuando se obtuvo la autorización y el apoyo requerido, se solicitó información relativa a los grupos y hospitales donde se encontraban asistiendo a clases los alumnos de 3er. año de medicina, así como del horario y los nombres de los profesores que imparten la clase de Psicología Médica. Posteriormente se entabló comunicación vía telefónica con cada uno de los profesores con la finalidad de comunicarles que se iba a realizar una investigación que incluye a sus alumnos y poder acordar el día y la hora en la cual se efectuaría dicha aplicación.

Una vez que se acordó con todos los profesores que imparten la materia de Psicología Médica, se acudió a cada uno de los hospitales en las fechas y horarios previstos para realizar la aplicación de manera colectiva, es importante mencionar que los alumnos no fueron avisados previamente.

Al llegar a cada aula, se les informó a los alumnos que se estaba realizando una investigación, para lo cual se requería de su cooperación y que únicamente deberían contestar los más sincera y verazmente los cuestionarios que se les estaba proporcionando, que su contenido era confidencial y que la información que se obtenga sería utilizada estrictamente para el análisis de la investigación por lo que se les hizo la atenta súplica de que las respuestas a cada pregunta sea lo más real y honesta posible.

Se les proporcionó el AUDIT y el Cuestionario de Adaptación de Bell junto con una hoja de respuestas, se les leyó las instrucciones en voz alta mientras ellos seguían la lectura para tener la seguridad de que las instrucciones quedaban claras, cuando se

terminó de dar las indicaciones, se les preguntó si existía alguna duda, y cuando era necesario, se les hizo las aclaraciones necesarias; posteriormente se les indicó que podían empezar y que cuando terminaran levantarán la mano para recogerles los cuestionarios y la hoja de respuestas, y que conforme fueran terminando se podían retirar, finalmente se les agradeció su colaboración.

Una vez que se acudió a todos los hospitales previstos, se informó al Director del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental sobre el trabajo realizado, agradeciéndole su apoyo para la realización de la investigación.

Cuando se realizaron las aplicaciones a todos los grupos, se procedió a dar a cada hoja de respuestas un número identificador y se hizo el vaciado de respuestas a una base de datos, posteriormente se calificó cada una de las pruebas de acuerdo con las indicaciones que cada instrumento tiene para obtener la puntuación individual.

Cuando se obtuvieron las puntuaciones individuales se buscaron las relaciones que se tienen, de acuerdo a las hipótesis planteadas, utilizando el paquete estadístico SPSS.

Finalmente, se analizaron los resultados obtenidos.

IV.12 Análisis Estadístico de los Datos

Los datos se analizaron a través de correlacionar el consumo de alcohol y los niveles de adaptación familiar, a la salud, social y emocional, y compararlos por género. Para lo que se utilizó la prueba de J2 de la estadística no paramétrica para averiguar si existe una relación significativa entre las variables.

La estrategia de análisis para esta investigación comprende la comparación por género de las variables estudiadas, por medio de ANOVA simple. Para describir las interrelaciones entre las variables se efectuó un análisis lineal estructural con el fin de establecer un modelo plausible de la relación entre las variables consideradas en el estudio, comparando modelos obtenidos para hombre y para mujeres.

CAPITULO V. RESULTADOS

El primer resultado obtenido de la aplicación de AUDIT se muestra en la Tabla 1 donde se observan diferencias en género con relación a alumnos abstemios. Existiendo una mayor proporción de mujeres abstemias 35.64%, mientras que es solo el 19.82% para los hombres [$\chi^2(1)=15.82, p<0.001$]. En general hubo un 28.75% de la muestra que reportaron ser abstemios lo que representa casi una tercera parte de la población.

	Abstemios		No Abstemios	
	n	%	n	%
FEMENINO	108	35.64	195	64.36
MASCULINO	45	19.82	182	80.18
TOTAL	153	28.75	377	71.25

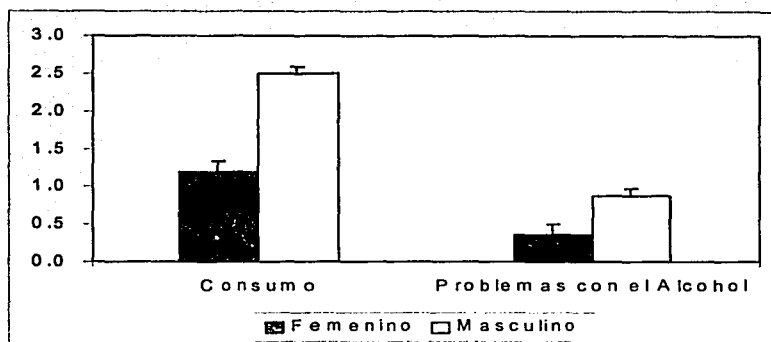
Tabla 1. Distribución de la muestra por género y uso de alcohol.

Respecto al consumo de alcohol, tanto las mujeres como los hombres, obtuvieron puntuaciones bajas (Tabla 2) siendo mayor el promedio para los hombres, quienes también presentan mayor puntuación en los problemas por consumo de alcohol. Dentro de la muestra estudiada solo 9 mujeres (2.97%) y 27 hombres (11.89%) cumplieron criterios para uso riesgoso de alcohol. Con respecto a la muestra total los sujetos que cumplieron este criterio representan el 6.8%. Solo 11 estudiantes (2.08%) tuvieron puntuaciones que indican uso peligroso.

AUDIT	Género		Total	Significancia
	Masculino	Femenino		
Consumo	2.50 ± 2.34	1.18 ± 1.52	3.68 ± 2.02	F=61.2, p<0.001
Problemas	0.88 ± 2.13	0.36 ± 1.63	1.24 ± 1.88	F=10.0, p=0.002
Total	3.38 ± 3.86	1.54 ± 2.76	4.92 ± 3.39	F=40.7, p<0.001

Tabla 2. Promedio, desviación estándar y significancia obtenida a través del AUDIT.

De acuerdo a las puntuaciones obtenidas a través del AUDIT, se encontró que en relación con el consumo de alcohol y problemas asociados a éste, existe una diferencia de género. Como se puede observar en la Gráfica 1, las mujeres presentan menor puntuación promedio que los hombres.



Gráfica 1. Consumo de alcohol y problemas asociados a éste por género.

Con base a lo anterior se acepta la hipótesis alterna ya que si existen relación entre el consumo de alcohol y los problemas asociados a éste, y el género en estudiantes de 3er. Año de medicina y por ende se rechaza la hipótesis nula respectiva

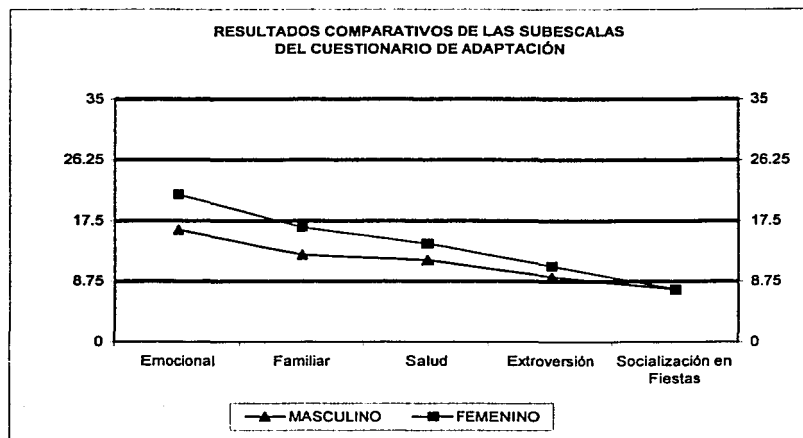
Del cuestionario de adaptación, la escala de adaptación social fue revisada por medio de análisis factorial, encontrándose dos factores independientes, uno asociado a la introversión extroversión y otro a la socialización en fiestas y reuniones. Desde este punto de vista puntuaciones altas en la subescala introversión extroversión se relaciona con extroversión, y puntuaciones altas en socialización en fiestas y reuniones se relaciona con el gusto por asistir y facilidad para relacionarse.

Los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario de adaptación, Tabla 3, muestran diferencias estadísticamente significativas en relación con el género en todas las subescalas excepto en la de socialización en fiestas. Siendo las mujeres las que presentaron mayores valores de desadaptación.

Adaptación	Genero		Total	Significancia
	Masculino	Femenino		
Emocional	9.39 ± 6.82	13.54 ± 7.74	11.76 ± 7.63	F=41.2, p<0.001
Familiar	7.14 ± 5.43	9.55 ± 7.01	8.52 ± 6.49	F=18.5, p<0.001
Salud	7.26 ± 4.51	9.35 ± 4.83	8.45 ± 4.81	F=25.6, p<0.001
Extroversión	4.74 ± 4.14	6.29 ± 4.61	5.63 ± 4.48	F=15.9, p<0.001
Socialización en Fiestas	4.89 ± 2.71	4.90 ± 2.70	4.90 ± 2.70	F=0.01, p=0.937

Tabla 3. Promedio, desviación estándar y significancia de la adaptación por género

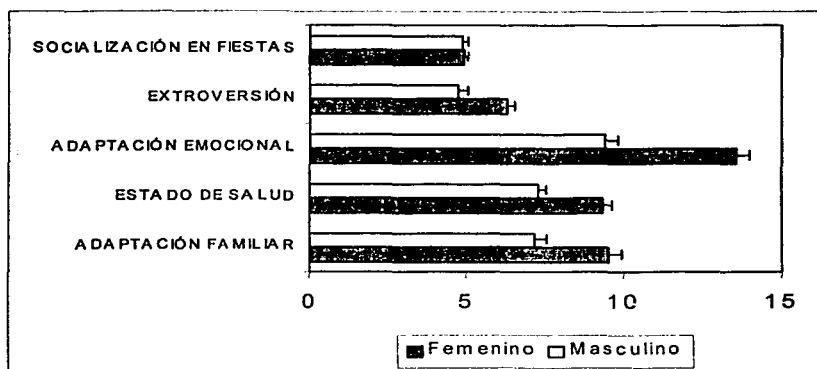
A partir de los resultados que se muestran en la Tabla 3, se graficaron las puntuaciones con base a la desviación estándar y el número total de preguntas; 35 para las subescalas de adaptación emocional, familiar y salud; 18 para extroversión y 17 para socialización en fiestas (Gráfica 2)



Gráfica 2. Desviación estándar de los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario de adaptación por género.

Como se puede apreciar en la gráfica 2, las mujeres tuvieron mayor puntuación en las subescalas, excepto en la socialización en fiestas donde hombres y mujeres tuvieron prácticamente la misma puntuación. La subescala de adaptación emocional fue donde las mujeres puntuaron por encima de la media (17.5); lo mismo sucede en la extroversión (9). En la adaptación a la salud fue donde se observan mejores puntuaciones aunque con diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres.

Los resultados indican que las mujeres presentan menor adaptación respecto a los hombres. La subescala de adaptación emocional fue donde mayor puntuaron las mujeres, observándose diferencias estadísticamente significativas. Los valores obtenidos en la adaptación a la salud y la adaptación familiar presentaron también diferencias significativas entre géneros, donde las mujeres mostraron mayor desadaptación. Se encontró que los hombres presentan menor extroversión que las mujeres y que en la socialización en fiestas las puntuaciones obtenidas, tanto por hombres como por mujeres, indican que no existe diferencia significativa. Gráfica 3.



Gráfica 3. Diferencias por género en las subescalas del Cuestionario de Adaptación.

De acuerdo a los resultados que se obtuvieron se acepta la hipótesis alterna ya que como se puede observar existe relación entre el género y el nivel de adaptación emocional, a la salud y familiar en estudiantes de 3er. año de medicina.

Después de analizar los resultados de las subescalas de adaptación social se concluye que no existe relación con el género por lo cual se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

El análisis relacional se realizó por medio de análisis estructural para toda la muestra. Se encontró un modelo en el cual la socialización en las fiestas y la edad predicen el consumo de alcohol. La varianza explicada para el consumo es del 1.6% (Tabla 4), varianza que aunque significativa es muy baja, este resultado se debe principalmente a que la población en estudio es muy homogénea en cuanto a su bajo consumo de alcohol.

Los problemas asociados al uso del alcohol se relacionaron fuertemente con el consumo de alcohol, 26.7% de varianza explicada.

Variable	Femenino	Masculino	Total
Consumo	1.1	2.4	1.6
Problemas	23.8	28.3	26.7
Socialización en fiestas	13.3	22.3	17.9
Extroversión	50.4	50.2	51.6
Adaptación Emocional	44.2	33.4	38.9
Adaptación a la Salud	38.1	36.9	40.0

Tabla 4. Proporción de varianza explicada en cada uno de los modelos.

Las intercorrelaciones entre las variables en estudio fueron sometidas a un Análisis Lineal Estructural. Como resultado de este análisis se evidenció que el consumo de alcohol esta asociado a la socialización en fiestas y la edad (Tabla 5).

Se observa que a mayor edad es mayor el consumo de alcohol por lo cual se acepta la hipótesis en la cual se plantea que existe una relación entre el consumo de alcohol y la edad tanto para hombres como mujeres, sin embargo, es importante señalar que existe diferencia en cuanto al género ya que dicha relación es más fuerte en el caso de los hombres.

Se encontró también que el consumo de alcohol esta muy relacionado a los problemas asociados a éste, así como a la subescala de adaptación social (socialización en las fiestas) siendo las mujeres quienes relacionaron más fuertemente. A partir de lo anterior se acepta la hipótesis de que existe relación entre el consumo de alcohol y la adaptación social. Además no se encontró relación entre el consumo de alcohol y la adaptación familiar, a la salud y emocional aceptándose las hipótesis nulas respectivas.

Las mujeres relacionaron más fuerte respecto a la socialización en las fiestas mientras que en los hombres su relación fue con la edad.

Las puntuaciones obtenidas en la extroversión indican que facilita la socialización en fiestas, siendo las mujeres más extrovertidas. Asimismo se encontró que a menor adaptación emocional mayor es la extroversión.

De los resultados obtenidos se puede afirmar que la adaptación familiar y la edad predice la adaptación emocional, para esta muestra los hombres tienen mejor adaptación familiar y por ende mayor es su adaptación emocional. Sin embargo a mayor edad más es la desadaptación emocional.

En la muestra se encontró relacionada la adaptación emocional y la familiar al estado de salud. Los hombres tuvieron en general mejor adaptación que las mujeres.

Variable Dependiente	Variable Independiente	Femenino	Masculino	Total	Comentarios
Consumo	Socialización en fiestas	-0.074	-0.148	-0.102	A mayor socialización en las fiestas mayor consumo de alcohol. La relación es más fuerte en mujeres.
	Edad	0.070	0.044	0.074	A mayor edad más consumo. Esta relación es más robusta en hombres.
Problemas	Consumo	0.488	0.532	0.516	A mayor consumo más problemas generados por el alcohol.
Socialización en fiestas	Extroversión	0.365	0.473	0.423	A mayor extroversión más socialización en las fiestas.
Extroversión	Adaptación Emocional	0.710	0.708	0.719	A menor adaptación emocional más extroversión
Adaptación Emocional	Edad	-0.109	-0.055	-0.085	A mayor edad más desadaptación emocional. En los hombres la asociación es mayor.
	Adaptación Familiar	0.656	0.575	0.618	A mayor adaptación familiar mayor adaptación emocional
Estado de Salud	Adaptación emocional	0.477	0.472	0.494	A mejor adaptación emocional mejor salud
	Adaptación Familiar	0.188	0.199	0.194	A mayor adaptación familiar mejor salud

Tabla 5. Valores β estándar para el modelo propuesta para adaptación y uso de alcohol.

A partir de los resultados obtenidos se presenta un modelo relacional para las mujeres (Figura 1) en donde se observa que existe una fuerte relación entre la adaptación familiar, la emocional y de salud. La extroversión facilita la socialización en fiestas y esta a su vez el consumo que se encuentra fuertemente relacionada con los problemas asociados a éste. La edad se encontró relacionada al consumo de alcohol y a la adaptación emocional.

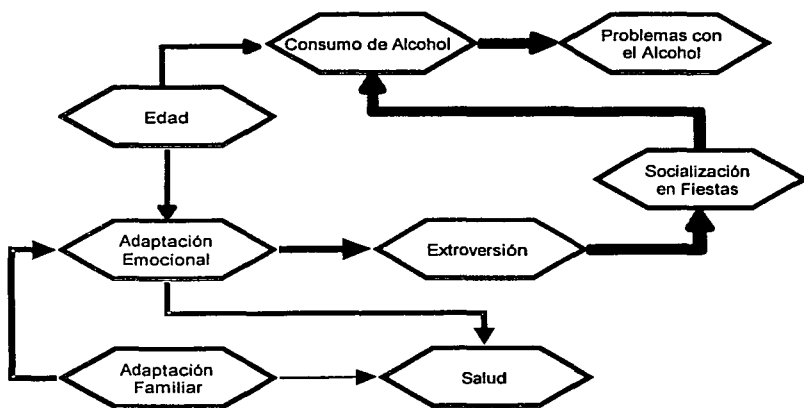


Figura 1. Modelo relacional para el género femenino.

En la Figura 2 se muestra un modelo relacional para los hombres en donde se observa una fuerte relación entre la adaptación familiar, emocional y la extroversión. El consumo de alcohol esta relacionado de manera significativa a los problemas asociados a éste, seguida de la relación entre la adaptación emocional y el estado de salud. En esta muestra se observa que la socialización en fiestas y la edad están asociadas con el consumo de alcohol.

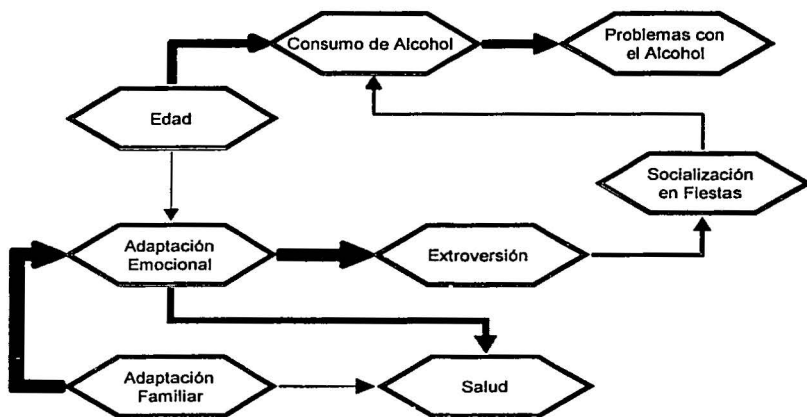


Figura 2. Modelo relacional para el género masculino.

CAPITULO VI. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos de la aplicación del AUDIT indican que para esta muestra no existen graves problemas de consumo de alcohol. Se encontró que aproximadamente una tercera parte de la población reportó no consumir alcohol. Existen diferencias en el género ya que el 35.64% de las mujeres indicaron ser abstemias mientras que solo el 19.82% de los hombres así lo reportaron.

Tapia (2001) señala que a partir de la última Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) de 1997, los abstemios son aquellas personas que no han consumido alcohol en los últimos doce meses, sin embargo, para esta investigación, los estudiantes que reportaron ser abstemios manifestaron nunca haber ingerido bebidas alcohólicas.

En México, el 64% de la población urbana femenina de 18 años en adelante informa no consumir alcohol, en comparación con el 27% de los hombres. (Mariño, Medina-Mora, et. al., 1997). Al respecto, Sarasón, 1993 señala que los hombres como para las mujeres, la frecuencia del consumo es más elevada y la abstención más reducida en el grupo de edad entre los 21 y 34 años. Lo anterior se confirma con los resultados obtenidos ya que sólo una tercera parte de la población femenina reportó ser abstemia; para el caso de los hombres se observa que los abstemios no alcanzaron el 20%.

Respecto al consumo de alcohol, se encontró que tanto las mujeres como los hombres, obtuvieron puntuaciones bajas, sin embargo los hombres obtuvieron mayor promedio.

Lo anterior confirma lo encontrado en otros estudios que señalan que son siempre los hombres los que reportan un consumo mayor aun cuando cada vez es mas alto el número de mujeres que beben, citado por Rojas, Medina-Mora, et. al., 1995. Por su parte, Mariño y cols. (1997) mencionan que en general, los hombres beben más y con mayor frecuencia que las mujeres.

Por su parte, Guimaraes (1987 y 1989) encontró que los estudiantes universitarios de género masculino tienen patrones de consumo más elevado. En 1989, Rescala y cols concluyeron que la sustancia de mayor consumo es el alcohol y que el sexo masculino es el más afectado.

Villatoro (1999) reportó que en la medición hecha en otoño de 1997 por el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP) y la Secretaría de Educación Pública (SEP), la población masculina (33.2%) resulta más afectada que la femenina (27.2%), aunque la diferencia porcentual es pequeña.

Cabe señalar que para esta muestra solo 36 estudiantes (6.8% de toda la muestra) cumplieron criterios para uso riesgoso de alcohol, de los cuales son 9 mujeres (2.97%) y 27 hombres (11.89%). Respecto a la muestra total (530) únicamente 11 estudiantes (2.08%) fueron los que tuvieron puntuaciones que indican uso peligroso. Tapia, 2001, menciona que el consumo peligroso implica ya un riesgo para la salud del individuo, esta definido como un patrón de consumo ocasional, repetido o persistente que lleva consigo un riesgo elevado de producir daños futuros a la salud mental o física del individuo. Es importante mencionar que en esta investigación no se encontró estudiantes con dependencia al alcohol.

Se encontró una fuerte relación entre los problemas asociados al uso del alcohol y el consumo de alcohol, lo que indica que a mayor consumo son más los problemas que reportaron por dicho consumo, asimismo se observó que existe una diferencia de género, las mujeres presentan menor puntuación promedio que los hombres en el AUDIT tanto en el consumo de bebidas alcohólicas como en los problemas por el consumo.

Al respecto, Medina-Mora, Carreño y De la Fuente (1998), señalan que el patrón de ingesta se liga a la alta proporción de problemas relacionados con el alcohol. De acuerdo a la información recabada en las salas de emergencias, se puede observar que los daños relacionados con el alcohol se ligan más a la intoxicación grave que a la ingestión crónica.

Sarason (1993) plantea que las personas que beben mucho, aun cuando sólo sea en forma ocasional, enfrentan un mayor riesgo de muerte asociada con los accidentes. Asimismo casi el 50% de todas las personas que fallecieron por alguna caída habían estado bebiendo; el 52% de los incendios que causan la muerte de personas adultas tienen algo que ver con el alcohol y el 38% de las víctimas de ahogo habían bebido (Alcohol and Health, 1990 citado por Sarason, 1993).

Por otro lado, Campillo y cols., 1990 afirman que de la población de pacientes que acuden con el médico general, la prevalencia de problemas por el consumo de alcohol es bastante alta y difícil de apreciar a primera vista, ya que, además de la cirrosis, existen otros padecimientos como desnutrición, hepatitis, gastritis, cardiopatía alcohólica e impotencia sexual (citado por Mariño, et. al., 1997).

"Además de los problemas de salud, el abuso de bebidas alcohólicas ocasiona una gran cantidad de problemas sociales como son las lesiones y accidentes, homicidios y suicidios que se asocian con el consumo agudo y la ebriedad; este tipo de consecuencias se presentan principalmente entre bebedores no dependientes" (Mariño, et. al., 1997).

Mariño y cols. (1997) reportan que los problemas de tipo emocional asociados con el consumo de alcohol fueron "sentirse deprimidos" con un 76% y "sentir desinterés" por las cosas con un 75%, son los que se presentan con mayor frecuencia; el 84% informó haber presentado por lo menos uno de estos dos síntomas en el último año. Dentro de los problemas con familiares, amigos o compañeros de trabajo, el 80% informó haber tenido por lo menos uno de estos tres, reportándose con mayor frecuencia los problemas familiares provocados por el abuso en el consumo de alcohol (75%).

Las puntuaciones obtenidas a través del Cuestionario de Adaptación indican que las mujeres presentan menor adaptación en las subescalas de adaptación emocional, adaptación a la salud y la adaptación familiar, dado que los valores fueron mayores y la diferencia fue estadísticamente significativa respecto a los hombres. Se encontró que los hombres presentan menor extroversión que las mujeres, finalmente, en la socialización en fiestas las puntuaciones obtenidas, tanto por hombres como por mujeres, indican que no existe diferencia significativa.

En síntesis los resultados obtenidos en esta muestra indican que en la adaptación existen diferencias significativas en relación con el género en todas las subescalas excepto en la de socialización en fiestas. Siendo las mujeres las que presentaron mayores valores de desadaptación, sobre todo en el área emocional que fue donde mas alta puntuación obtuvieron.

Relativo a las mujeres, los resultados coinciden con información previa donde reportan que aquellos que están mejor capacitados para percibir la disponibilidad de adaptación social tienen la tendencia a tener un estado emocional más bajo. Respecto a diferencias por género, en estudiantes universitarios, han encontrado que las mujeres reportan mayores niveles de ansiedad, depresión y neurotismo, esto es, tienden a reportar mayor depresión y *distress* psicológico que los hombres.

Al analizar la relación que existe entre las variables se encontró el consumo de alcohol fuertemente asociado a la socialización en fiestas y a la edad por lo tanto a mayor edad y mientras más sea la asistencia a fiestas mayor será el consumo y más serán los problemas asociados a este, dado que también esta variable esta relacionada al consumo, en cuanto al género, las mujeres tienen una relación mas fuerte en lo relativo a la socialización en fiestas, mientras que los hombres su relación es con la edad.

En esta muestra la extroversión facilita la socialización en fiestas observándose diferencia de género, siendo las mujeres más extrovertidas que los hombres. Asimismo se encontró que a mayor extroversión menor es adaptación emocional.

La adaptación familiar esta relacionada a la adaptación emocional, cuanto mejor es la adaptación de una persona a su familia mejor será su adaptación emocional, para esta muestra los hombres tienen mejor adaptación familiar y por ende mayor es su adaptación emocional, la cual es predecida por la edad, esto es, a mayor edad más es la desadaptación emocional, siendo más fuerte esta relación en los hombres.

El estado de salud se encontró en relación con la adaptación emocional y familiar Como ya se menciona, los hombres tuvieron en general mejor adaptación que las mujeres.

Lo anterior confirma lo encontrado en otros estudios en donde señalan que aquellos que están mejor capacitados percibir la disponibilidad de adaptación social tienen la tendencia a tener mejor adaptación y que los que tienen estados emocionales más altos tienen la tendencia a tener una mejor adaptación a la vida.

Asimismo existe evidencia de que dentro de las poblaciones universitarias, el tomar incrementa el afecto positivo y los problemas tanto sociales y emocionales como

graves; el tomar alivia los afectos negativos y la timidez social. Los individuos con problemas de adaptación parecieron tener dificultades para controlar las consecuencias negativas de beber.

El modelo encontrado para las mujeres es que la extroversión facilita la socialización en fiestas lo que a su vez favorece el consumo de alcohol, el cual esta asociado fuertemente a los problemas asociados por el consumo de bebidas alcohólicas. La edad se encontró relacionada a la adaptación emocional y al consumo de alcohol.

El modelo para los hombres es la fuerte relación entre la adaptación familiar y emocional con la extroversión. La adaptación emocional se relacionó con el estado de salud. La socialización en fiestas y la edad también se encontró relacionada con el consumo de alcohol y los problemas asociados. Los hombres presentaron mejores niveles de adaptación.

Finalmente, basándose en los resultados obtenidos se puede observar que los estudiantes que participaron no presentan graves problemas de consumo de alcohol ni de adaptación, asimismo, es importante señalar que los modelos que se muestran son exclusivamente para este tipo de población.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos a través del AUDIT, se observan que casi una tercera parte de la población reportaron ser abstemios lo que representa un 28.75% de la muestra. Se encontró diferencias en género, ya que el 35.64% de las mujeres reportaron ser abstemias, mientras que es solo el 19.82% para los hombres así lo señalaron.

Con relación al consumo de alcohol, tanto las mujeres como los hombres, obtuvieron puntuaciones bajas, siendo mayor el promedio para los hombres, quienes también presentan mayor puntuación en los problemas por consumo de alcohol. Dentro de la muestra estudiada solo el 6.8% cumplieron criterios para uso riesgoso de alcohol y el 2.08% tuvieron puntuaciones que indican uso peligroso.

Con base a los resultados que se obtuvieron, éstos indican que la población en estudio es muy homogénea en cuanto a su bajo consumo de alcohol.

También se encontró que existe relación entre el consumo de alcohol y problemas asociados a éste, observándose diferencia de género, dado que las mujeres presentan menor puntuación promedio que los hombres. Se encontró que son los varones son quienes consumen más bebidas alcohólicas.

Del cuestionario de adaptación, se revisó la escala de adaptación social, encontrándose dos factores independientes, uno asociado a la introversión extroversión y otro a la socialización en fiestas y reuniones. Desde este punto de vista puntuaciones altas en la subescala introversión extroversión se relaciona con extroversión, y puntuaciones altas en socialización en fiestas y reuniones se relaciona con el gusto por asistir y facilidad para relacionarse.

Los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario de adaptación, se encontraron diferencias estadísticamente significativas con relación al género en las subescalas de adaptación emocional, a la salud y familiar, siendo las mujeres las que presentaron mayores valores de desadaptación.

Se halló que los hombres presentan menor extroversión que las mujeres y que en la socialización en fiestas las puntuaciones obtenidas, tanto por hombres como por mujeres, indican que no existe diferencia significativa.

A partir del análisis relacional se encontró que la socialización en las fiestas y la edad predicen el consumo de alcohol.

También se descubrió que las mujeres presentaron mayor desadaptación emocional lo que les facilita la extroversión, y ésta, la socialización en las fiestas, lo cual predice un mayor consumo de alcohol.

De las intercorrelaciones entre las variables se evidenció que el consumo de alcohol esta asociado a la edad, por lo tanto, a mayor edad es mayor el consumo de alcohol tanto para hombres como mujeres, sin embargo, es importante señalar que existe diferencia en cuanto al género ya que dicha relación es más fuerte en el caso de los hombres.

Asimismo, se observó relación entre el consumo de alcohol y la subescala de adaptación social (socialización en las fiestas) siendo las mujeres quienes relacionaron más fuertemente. Además no se encontró relación entre el consumo de alcohol y la adaptación familiar, a la salud y emocional.

Las puntuaciones obtenidas en la extroversión indican que facilita la socialización en fiestas, siendo las mujeres más extrovertidas. Asimismo se encontró que a menor adaptación emocional mayor es la extroversión.

Con base a los resultados se puede afirmar que la adaptación familiar y la edad predice la adaptación emocional, para esta muestra los hombres tienen mejor adaptación familiar y por ende mayor es su adaptación emocional. Sin embargo a mayor edad más es la desadaptación emocional.

En la muestra se encontró relacionada la adaptación emocional y la familiar al estado de salud. Los hombres tuvieron en general mejor adaptación que las mujeres.

En relación a los hombres, tuvieron mejor adaptación, sin embargo, se observó que en ellos a mayor edad mayor es la desadaptación emocional, la cual está fuertemente asociada a la adaptación a la salud y familiar.

Es importante señalar que en términos generales, tanto en el consumo de alcohol como en los niveles de adaptación, la población estudiada no tiene problemas de consideración.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

A pesar de las condiciones curriculares por las que atraviesan los estudiantes de 3er año de medicina, se encontró que en términos generales los alumnos que participaron en este trabajo se encuentran bien adaptados y no presentan problemas por el consumo de alcohol. Se hace la propuesta de que los 11 estudiantes que manifestaron uso peligroso en el consumo de alcohol se les de atención personalizada. .

La principal limitación que se tuvo en esta investigación fue la escasa documentación que existe con relación a la adaptación, ya que hay muy pocas investigaciones que incluyan: estudiantes, alcoholismo y adaptación.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre B. A. (1994). Psicología de la adolescencia. Boixareu Universitaria Marcombo (ed).
- Allport G. W. (1961). Psicología de la Personalidad. Piados (ed.).
- Aréchiga H. (1993). La biomedicina y los médicos del futuro. Revista de la Facultad de Medicina, UNAM, 36 (2), pp. 77-81.
- Babor T. F., De la Fuente J. R., Saunders J. y Grant M. (1989): AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary Health Care. WHO, pp 12-14.
- Baca E. R., Guevara L. J., Hernández G. L., Domínguez G. J. A., González R. R., Ramírez O. M. (1989). Uso de sustancias tóxicas en la población de primer ingreso a la Universidad Nacional Autónoma de México, Revista de la Facultad de Medicina, UNAM, 32, (4), pp. 129-133.
- Bellak L. y Goldsmith L. A. (1993). Metas amplias para la evaluación de las funciones del yo, Manual Moderno (ed.).
- Bellak L. (1993). Aspectos básicos de la evaluación de las funciones del yo. Metas amplias para la evaluación de las funciones del yo, Manual Moderno (ed.), pp. 7-35.
- Berenzon G. S., Carreño M., Medina-Mora I. M. E., Juárez G. F., Villatoro J. (1996) El uso del alcohol entre la población estudiantil de nivel secundaria y bachillerato en el Distrito Federal, La Psicología Social en México, 6, pp. 554-560.
- Berenzon S., Medina-Mora M. E., Carreño S., Juárez F., Villatoro J. y Rojas E. (1996). Las tendencias del consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de enseñanza media y media superior del Distrito Federal, 1993, Revista de Salud Mental, 19, (1), pp. 1-5.

Campillo C., Díaz M. R y Romero M. (1987). La prevención del alcoholismo y los problemas relacionados con el alcohol. Psiquiatría, 3, (3), pp. 179-191.

Campillo C., Díaz M. R, Romero M., Villatoro J., Nava A., Reséndiz A., Parra E., Sánchez I. y Cerrud J. (1990). Comparación de hábitos de vida en pacientes abstemios y bebedores. Salud Pública de México, 32, (6), pp. 685-692.

Campillo C., Díaz M. R, Romero M., y Padilla P. (1988). El médico general frente al bebedor problema. Salud Mental, 11, (2), pp. 4-12.

Campillo C., Díaz M. R. y Romero M. (1988) La prevención en el abuso de alcohol en México. Alcohol consumption among mexicans and mexican americans: a binational perspective. Jena Gilbert (UCLA) (ed), pp. 233-251.

Campillo C., Díaz-Martínez R. Y Romero M. (1994). La responsabilidad del médico en el tratamiento del enfermo alcohólico. Las Adicciones en México. Dimensión, impacto y Perspectivas, Fondo de Cultura Económica (ed.).

Campillo C., Díaz-Martínez R., Romero M., Cerrud J. y Villatoro J. (1992). La intervención eficaz del médico general en el tratamiento de bebedores cuyo hábito alcohólico representa un riesgo para su salud o ya les ha ocasionado algún daño. (Resultados preliminares de un ensayo clínico doble ciego y prospectivo). Revista de Salud Mental, 15, (2), pp. 14-19.

Casco M. (1992). Historia de abuso y alcoholismo en un grupo de mujeres. Psicología Social en México, 4, Asociación Mexicana de Psicología Social (ed.), pp. 167-172.

Castro-Sriñana M. E. (1990). Indicadores de riesgo para el consumo problemático de drogas en jóvenes estudiantes. Aplicaciones en investigación y atención primaria dentro del plantel escolar. Revista de Salud Pública de México, 32, (3), pp. 299-308.

Cerdá E. (1974) Cuestionario de adaptación de H. M. Bell. Herder (ed.).

Coleman, J. C. (1985) Psicología de la adolescencia. Morata (ed).

- Coronado M. S. Rosales S. F. J. (1990) Diferencias en el grado de adaptación entre adolescentes y preadolescentes. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Craig G. J. (1994). Desarrollo Psicológico (6a. ed.). Prentice Hall (ed.).
- Cravioto Q. P., García T. G y De la Rosa M. B. (1996). Prevalencia de uso y de abuso de tabaco, alcohol y drogas en la Ciudad de México, Riesgos Ambientales para la salud en la Ciudad de México, Rivero O. y Ponciano G. (eds.), pp. 573-581.
- Cruz C., Díaz A. Y Taba S. S. (1997). Análisis del polimorfismo TaqI A1 del gen al receptor D2 a dopamina en los alcohólicos y en los no alcohólicos con y sin daño hepático severo. Revista de Salud Mental, 20, (Sup. Abril), pp. 6-11.
- Chang J. y Murray K (1996). Personal and environmental factors in relation to adjustment of offspring of alcoholics, Substance Use & Misuse, 31, (10), pp. 1401-1412.
- De la Fuente J. R. y Kershenobich D. (1992). El alcoholismo como problema médico. Revista de la Facultad de Medicina, UNAM, 35, (2), pp. 47-51.
- De la Fuente J. R. (1992). Psicología Médica (Nueva Versión), 2 Edición, Fondo de Cultura Económica(ed.), pp 119-458.
- De la Fuente J. R., Medina-Mora M. E. y Caraveo J. (1997). Salud Mental en México, Fondo de Cultura Económica(ed.), pp 266-280.
- Debesse M. (1977). La adolescencia. Oikos-tau, S. A., (ed).
- Delval J. (1994). El desarrollo humano. Siglo vintinueve editores (ed).
- Díaz-Martínez R. (1994). Comorbilidad psiquiátrica: consumo excesivo de alcohol y trastornos psiquiátricos. In Consejo Nacional Contra las Adicciones (Ed.), Las adicciones: hacia un enfoque multidisciplinario. pp. 100-105.

- Díaz-Martínez R., Campillo C., Cerrud J., Rosado A., y Hernández A. (1992). El consumo de alcohol en la población psiquiátrica. In Instituto Mexicano de Psiquiatría (Ed.), Anales. Reseña de la VII Reunión de Investigación, pp. 108-116.
- Dubos R. (1980). El hombre en adaptación. Fondo de Cultura Económica (ed.).
- Edwards G. (1992). Tratamiento de alcohólicos. Guía para el ayudante profesional, Trillas (ed.).
- English H. B. y Englis A. C. (1977). Diccionario de psicología y psicoanálisis. Paidós (ed.), pp. 43.
- Frazier S. H. (1976). Terminología psiquiátrica y de la clínica psicológica, Trillas (ed.).
- Guimaraes B. G.L. (1987). Consumo de alcohol en cuatro facultades de la Ciudad Universitaria (UNAM), Revista de Salud Mental, 10 (2), pp. 85-96.
- Guimaraes B. G.L. (1989). Opiniones sobre uso de bebidas alcohólicas y alcoholismo entre estudiantes universitarios. Educación Médica y Salud, 23 (4), pp. 406-410.
- Gutiérrez R. R., Unikel S. C., Villatoro V. J. y Ortiz C. A. (1996). Alcohol y tabaco como drogas de inicio, La Psicología Social en México, 6, pp. 549-553.
- Gutiérrez R., Domínguez M. Y Unikel C. (1996). Historia de la percepción del uso de drogas en México. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 42, (3), pp. 264-268.
- Harman M. J. y Arbona C. (1991). Psychological adjustment among hispanic adult children of alcoholics: an exploratory study, Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 13, (1), pp. 105-111.
- Hartmann H. (1987). La psicología del yo y el problema de la adaptación, Piados (ed.).

- Hasin D. S. y Grant B. F. (1987). Funcionamiento Neuropsicológico en los alcohólicos: comorbilidad psiquiátrica, historia de los hábitos de bebida y características demográficas, Comprehensive Psychiatry, 28, (6), pp. 520-529.
- Hernández S. R., Fernández C. C. y Baptista L. P. (1998). Metodología de la investigación, (2a. ed.), Mc Graw Hill (ed.).
- Jiménez, E. (1987). Estudio Comparativo de los niveles de adaptación de los alumnos del sexto semestre de un CECyT con la prueba de H. M. Bell. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Juárez F., Berenzon S., Medina-Mora M. E., Villatoro J. A., Carreño S., López E. K., Galván J. y Rojas E. (1994). Actos antisociales, su relación con algunas variables sociodemográficas el consumo de alcohol y drogas en estudiantes de enseñanza media y media superior del Distrito Federal. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, pp. 85-93.
- Kenneth E. L. y Howard t. B. (1999). Psychological theories of drinking and alcoholism. (2a. ed) The Guilford Press, pp. 1-13.
- Kerlinger F. N. (1988). Investigación del Comportamiento (2a. ed.) Mc Graw Hill (ed.).
- Kessel N. Y Walton H. (1989). Alcoholismo. Como prevenirlo para evitar sus consecuencias. Paidós (ed.).
- Kumate J. (1993). La educación médica y los servicios de salud. Revista de la Facultad de Medicina, UNAM, 36, (2), pp. 73-77.
- Madden J. S. (1986). Alcoholismo y farmacodependencia. El Manual Moderno (ed.).
- Mariño M. C., Medina-Mora M. E., Velásquez E. J. y De la Fuente J. R. (1997). Utilización de servicios en una muestra de alcohólicos mexicanos. Revista de Salud Mental, 20 (Sup. Julio), pp. 24-31.

- Mariño M. C., Medina-Mora M. E. y De la Fuente J. R. (1999). Comparación de dos muestras de pacientes alcohólicos. Revista de Salud Mental, 22, (5), pp. 28-33.
- Martínez S. R. y Oviedo C. D. P. (1994). Curso de entrenamiento para padres de familia para mejorar el ambiente familiar y prevenir el abuso de alcohol entre sus hijos adolescentes. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- McKinney J.P., Fitzgerald H. E. y Strommen E. A. (1982). Psicología del desarrollo: edad adolescente. El Manual Moderno (ed.).
- Maya M.A. y García G. (1986). Estudio epidemiológico sobre el uso de alcohol en población joven de 14 a 18 años. Salud Pública de México, 28, (4), pp. 371-379.
- Medina-Mora M.E., Carreño S., y De la Fuente J. R. (1998). Experience with the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in Mexico. The Consequences of Alcoholism, Galanter M (ed.), pp. 383-397.
- Medina-Mora M. E. y López E.K. (1994). Prevención en materia de adicciones. Prevención en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México (ed.), pp. 99-120.
- Medina-Mora M. E., Sepulveda J., Rascon M. L., Lozano F., Mariño M. C., Tapia C. R., Otero M. R., Solache G., Villatoro J. y López E. R. (1989) "Patrones de consumo de alcohol y síntomas de dependencia en una región del centro de la República Mexicana". Revista Latinoamericana de alcohol y Drogas, 1, (1).
- Medina-Mora M.E., Martínez L., Ortiz A., Natera G., Borges G., Campillo C., Cravioto P., Cruz S., Díaz C., Fernández-Guardiola A., Hjar M., Kershenobich D., Kuri P., López M. V., Mariño M. C., Morales F., Nicolini H., Vargas F., Rosovsky H. y Tapia R. (1999). Adicciones. Diez Problemas Relevantes de Salud Pública en México. Fondo de Cultura Económica (ed.), pp. 247-291.
- Menéndez E. (1990). Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica. Alianza Editorial Mexicana (ed.).

- Migues H. A., Verruno C. y Cinolo V. R. (1995). Bebida social y fiesta de adolescentes. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 41, (14), pp 282-290.
- Muuss R. E. (1978). Teorías de la adolescencia, (7a. ed.). Paidós (ed.).
- Narro (1992). Algunos aspectos epidemiológicos del alcoholismo en México, Revista de la Facultad de Medicina, UNAM, 35, (2), 52-57.
- Narro J. Y Gutiérrez H. (1992). Los médicos y el personal de salud ante las adicciones. El caso del alcohol. Revista de la Facultad de Medicina, UNAM, 25, (2), pp. 63-68.
- Nathan P. E. y Harris S. L. (1983). Psicopatología y Sociedad. Trillas (De.), pp. 305-323.
- O. M. S. (1992). CIE-10. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. MEDITOR (ed.).
- Ortiz A., Unikel C, Flores J. C., Soriano A., Galván J., Rodríguez E. y González L. (1997). Trends of drug use in Mexico City from 1987 to 1995. The Information Reporting System on Drugs. In National Institute on Drug Abuse (ed.), pp. 380-392.
- Papalia D. E. (1990). Desarrollo Humano, (2a. ed.), Mc Graw Hill (ed.).
- Papalia E. D. y Wendkos O. S. (1984). Desarrollo Humano. (4 a. ed.). McGraw-Hill (ed).
- Pedrosa C. (1976). La psicología evolutiva. Desarrollo del individuo normal por etapas, MAROVA (ed.).
- Pépin L. (1975). La psicología de los adolescentes. Oikos-tau S. A. (ed).
- Pichot P. (1995). DSM-IV. Manual diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. Masson (ed.).
- Portella R. E. (1998). El alcohol y su abuso: impacto socioeconómico. Panamericana (ed), pp. 19-35

- Powell M. (1975). La psicología de la adolescencia. Fondo de Cultura Económica (ed).
- Recuenco S. (1996). Uso y abuso del alcohol en escolares de secundaria de Casma, Anales de Salud Mental, pp. 89-95.
- Rescala E., Guevara J., Hernández L.E., Domínguez J.A., González R., y Ramírez M. (1989). Uso de sustancias tóxicas en la población de primer ingreso a la Universidad Nacional Autónoma de México. Revista de la Facultad de Medicina, UNAM, 32, (4), pp. 129-133.
- Rojas E. Medina-Mora M. E., Juárez F., Carreño S., Villatoro J., Berenzon S. y López E. (1995). El consumo de bebidas alcohólicas y variables asociadas entre los estudiantes de México, Revista de Salud Mental, 18, (3).
- Rojas E., Medina-Mora M. E., Villatoro J., Juárez F., Carreño S. y Berenzon S. (1998). Evolución del consumo de drogas entre estudiantes del Distrito Federal, Revista de Salud Mental, 21, (1), pp. 37-47.
- Romero M. M., Campillo S. C. y Cerrud S. J. (1992). Situaciones psicosociales de riesgo para el consumo excesivo de alcohol, Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, pp. 117-124.
- Rosovsky H. (1996). Accidentes y conducta violenta asociados a la ingesta de alcohol en la ciudad de México: hacia una estrategia preventiva, Riesgos Ambientales para la Salud en la Ciudad de México, Rivero O. y Ponciano G. (eds.), pp. 557-570.
- Rosovsky H., Cravioto Q. P. y Medina-Mora M. E. (1999). El consumo de drogas en México, Secretaría de Salud/CONADIC (ed), pp 113-131.
- Sarason (1993). Psicología anormal. El problema de la conducta inadaptada (7a. ed.), Prentice Hall Hispanoamericana (ed.), pp. 420-435.

- Silverthorn N. A. y Gekoski W. (1995). Social desirability effects on measures of adjustment to university, independence from parents, and self-efficacy, *Journal of Clinical Psychology*, 51, (2), pp. 244-251.
- Simón L. D, Gómez-Reino R. I., Mazaira C. J., González V. A. I., Docasar B. L. y Albarrán B. M. A., Ferrer G. E. (1996). Alcoholismo y urgencias Psiquiátricas en el hospital General, Adicciones, 8, (1), pp. 19-31.
- Smith S. (1984). Ideas de los grandes psicólogos. Laia (ed.).
- Solomon P. y Patch D. V. (1976). Manual de Psiquiatría (2a. ed.), El Manual Moderno (ed.).
- Tapia C. R. (2001). Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas (2a. ed.), El Manual Moderno (ed.), pp. 21-167.
- Tapia C. R. y Meneses G. F. (1992). El consumo del alcohol entre los médicos, Revista de la Facultad de Medicina, UNAM, 35 (2).
- Treece C. (1993). La evaluación del funcionamiento del yo en estudios de adicción narcótica, Metas amplias para la evaluación de las funciones del yo, *Manual Moderno* (ed.), pp. 299-323.
- Tweed S. H. y Ryff C. D. (1991). Adult children of alcoholics: profiles of wellness amidst distress, Journal of Studies on Alcohol, 52, (2), pp 133-141.
- Velasco F. R. (1988). Alcoholismo. Visión integral, Trillas (ed.).
- Velasco F. R., Elizondo L: J. A., Velasco M. L. B., González G. S., Alcaraz R. V., Sotelo M. J., Berruecos V. L., Cuevas C.P., Díaz L. A. L., Velasco M. L. P. y Rechy M: M., (1991). Las bebidas alcohólicas y la salud. (3a. ed.), Trillas (ed.).

Villatoro J. A., Medina-Mora M. E., Fleiz C., Alcántar E., Hernández S., Parra J. Y Néquiz G. (1999). La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la ciudad de México. Medición otoño de 1997. Revista de Salud Mental, 22, (2), pp. 18-30.

Villatoro V. J. A., Andrade P. P., Fleiz B. C., Medina-Mora I. M. E., Reyes L. I. Y Rivera G. E. (1997). La relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescente. Revista de Salud Mental, 20, (2), pp. 21-27.

Wallace J. (1990). El alcoholismo como enfermedad. Trillas (ed.).

Warren H. C. (1974) Diccionario de Psicología (2a. ed.). Fondo de Cultura Económica (ed.).

Weinberger D. A. y Bartholomew K. (1996). Social-emotional adjustment and patterns of alcohol use among young adults, Journal of Personality, 64, (2).

ANEXO A

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUESTIONARIO DE ADAPTACIÓN PARA ADOLESCENTES

"The adjustment inventory"

por HUGH M. BELL

Adaptación y normalización española: ENRIQUE CERDÁ

Con el permiso de Stanford University Press, Stanford, California. Copyright 1934 by the Board of Trustees of the Leland Stanford Junior University. All rights reserved

INSTRUCCIONES

Estamos seguros de que tú tienes un verdadero interés en conocerte un poco mejor a ti mismo. Pues bien, si tú contestas con sinceridad a las preguntas que encontrarás en las páginas siguientes, podremos ayudarte a que te conozcas mejor.

No hay respuestas buenas ni malas. Señala tu respuesta a cada pregunta haciendo un círculo alrededor de "SI", "NO" o "7", según sea tu respuesta.

Por ejemplo, en la pregunta:

96c SI NO ? — ¿Haces amigos con facilidad?

si respondes afirmativamente, rodearás el SI con un círculo.

Así:

☒ SI

Debes responder siempre que te sea posible "SI" o "NO" y únicamente rodearás la interrogación en aquellos casos en que estés completamente seguro de no poder responder "SI" o "NO".

No hay límite de tiempo, pero procura contestar al cuestionario tan rápidamente como te sea posible. Si no vives en casa de tus padres, las preguntas que hagan referencia a tu hogar contéstalas en relación a las personas con las que convivas.

Si no entiendes algo, haz el favor de avisarnos y te lo aclararemos, pero, por favor, no te muevas del sitio ni distraigas a tus compañeros.

Ahora escribe aquí tu NOMBRE y tus APELLIDOS: _____

Edad _____ Colegio de _____

¿Qué estudias actualmente? _____ fecha de hoy: _____

Aquí debajo no tienes que escribir nada.

S	P	D	R
a			
b			
c			
d			

Administrado por _____

Evaluado por _____

- 1d SI NO ? ¿Te gusta "soñar despierto" con frecuencia? (Es decir, si te gusta dejar correr tu fantasía.)
- 2b SI NO ? ¿Te resfrías con bastante más facilidad que otras personas?
- 3c SI NO ? ¿Te gusta acudir a sitios donde hay muchas personas, precisamente para poder estar con otras personas?
- 4d SI NO ? ¿Te produce una especie de inquietud interior el hecho de que tengas que ir a la consulta de un médico para que diagnostique qué es lo que te pasa?
- 5c SI NO ? Cuando vas a alguna reunión, ¿te gusta acercarte a saludar a alguna de las personas más importantes que hayan asistido a la misma?
- 6b SI NO ? ¿Son tus ojos muy sensibles a la luz? (Es decir, si te "deslumbra" o se te irritan los ojos fácilmente.)
- 7a SI NO ? ¿Has sentido algunas veces un fuerte deseo de marcharte de casa?
- 8c SI NO ? Cuando estás en una reunión o con un grupo de amigos, ¿te gusta ser tú el encargado de presentar unos a otros?
- 9a SI NO ? ¿Tienes algunas veces la impresión de que has sido una decepción para tus padres?
- 10d SI NO ? ¿Tienes tendencia a estar frecuentemente aburrado? (Es decir, a "estar en la luna".)
- 11b SI NO ? ¿Has tenido alguna vez asma?
- 12c SI NO ? ¿Te pasa a menudo que te resulta muy difícil acordarte de aquella anécdota o aquel episodio que encajaría perfectamente en el curso de la conversación que estás llevando a cabo con tu grupo de amigos?
- 13a SI NO ? ¿Te resulta poco agradable tener que decir cuál es la profesión u ocupación que desempeña tu padre?
- 14b SI NO ? ¿Has padecido alguna vez de escarlatina o de difteria? (Si no te acuerdas, lo más seguro es que no habrás padecido estas enfermedades.)
- 15c SI NO ? ¿Has tomado a veces la iniciativa para animar alguna reunión aburrida?
- 16a SI NO ? ¿Es tu madre una persona bastante dominante?
- 17d SI NO ? ¿Te ha parecido sentir alguna vez como si alguien te hubiese influido o hipnotizado y te hiciese actuar en contra de tus deseos? (Si no entiendes bien esta pregunta, es porque no te ha sucedido esto.)
- 18a SI NO ? ¿Te riñen tus padres frecuentemente sin que les hayas dado motivo para ello?
- 19c SI NO ? ¿Te pones nervioso o azorado cuando tienes que entrar en un Salón de Actos u otro sitio donde se celebra una Asamblea y cuando tú llegas ya está todo el mundo sentado?
- 20d SI NO ? ¿Te sientes a menudo como si estuvieras solo aun cuando te encuentres con otras personas?
- 21a SI NO ? ¿Te parece a ti que en tu casa deba de existir un poco más de comprensión y de afecto?
- 22c SI NO ? ¿Te resulta difícil hablar sobre algún tema de tus estudios o aficiones ante tus compañeros de clase?

- 23b SI NO ? ¿Tienes frecuentemente dolores de cabeza?
- 24a SI NO ? ¿Las relaciones que tienes con tu padre son generalmente cordiales?
- 25b SI NO ? ¿Tienes a menudo dificultad para conciliar el sueño, aun cuando no haya ruidos a tu alrededor, que puedan molestarte?
- 26c SI NO ? Cuando vas en un autobús o en un tren, ¿entablas de vez en cuando conversación con los otros viajeros?
- 27b SI NO ? ¿Te sientes frecuentemente muy cansado al finalizar el día?
- 28d SI NO ? Pensar en la posibilidad de que se desencadene un terremoto o un incendio, ¿te produce como un nerviosismo interior?
- 29b SI NO ? ¿Has perdido peso durante los últimos meses?
- 30a SI NO ? ¿Alguno de tus padres te obliga a que le obedezcas, te mande lo que te mande?
- 31c SI NO ? ¿Te resulta fácil solicitar la ayuda de otras personas?
- 32a SI NO ? ¿Ha ocurrido alguna enfermedad o muerte a alguno de tus familiares más cercanos a consecuencia de la cual la vida dentro de tu hogar es actualmente triste?
- 33b SI NO ? ¿Has sufrido alguna herida o lesión importante a consecuencia de algún accidente?
- 34a SI NO ? ¿En tu casa pasáis por dificultades económicas hasta el punto de que el ambiente que se respira en el hogar es de preocupación?
- 35d SI NO ? ¿Se te saltan las lágrimas con facilidad?
- 36c SI NO ? ¿Te consideras una persona tímida y quisieras no serlo?
- 37a SI NO ? ¿Alguno de tus padres te riñe frecuentemente por tu mala conducta?
- 38b SI NO ? ¿Has sufrido alguna operación quirúrgica importante?
- 39c SI NO ? ¿Te sientes seguro de ti mismo cuando se te sugiere que seas tú el que lance una idea para que sirva de tema de discusión entre un grupo de compañeros?
- 40d SI NO ? Cuando has visto alguna serpiente, ¿has sentido interiormente una intensa sensación de pánico?
- 41a SI NO ? ¿Te dicen frecuentemente tus padres que no les gusta la clase de amigos que tienes?
- 42d SI NO ? ¿Pierdes a menudo las cosas por no prestar atención en donde las dejas?
- 43b SI NO ? ¿Tienes catarros frecuentemente?
- 44c SI NO ? ¿Te gusta ser tú quien trace los planes y tome la dirección de las actividades de un grupo de muchachos?
- 45d SI NO ? ¿Te da miedo la obscuridad?
- 46a SI NO ? ¿Se enoja contigo en seguida alguno de tus padres?
- 47b SI NO ? ¿Padeces gripe con más frecuencia que la mayor parte de tus conocidos?
- 48d SI NO ? ¿Te sientes desanimado como consecuencia de las malas notas que generalmente sacas en clase?
- 49c SI NO ? ¿Te resulta difícil entablar conversación con una persona que te acaban de presentar?

- a. SI NO ? ¿Has tenido dos o más enfermedades importantes durante los últimos diez años? (Enfermedades graves o que te hayan obligado a guardar cama durante varias semanas.)
- 51a SI NO ? ¿Estás casi siempre en desacuerdo con la forma en que enfoca las cuestiones de casa alguno de tus padres?
- 52d SI NO ? ¿Te gustaría sentirte tan feliz y optimista como parecen estarlo otras personas de tu edad?
- 53c SI NO ? ¿Te pasa a menudo que cuando te preguntan en clase, te quedas cortado sin saber qué contestar, a pesar de saber cuál es la respuesta, por culpa de ese nerviosismo que sientes cuando tienes que hablar en clase?
- 54b SI NO ? ¿Te sientes a menudo molesto por perturbaciones en el funcionamiento de tu estómago o de tus intestinos?
- 55a SI NO ? ¿Se han producido más de una vez enfados entre tus familiares más cercanos, habiéndose dejado de hablar entre sí durante algunas semanas o incluso por más tiempo?
- 56c SI NO ? ¿Te resulta fácil entablar amistad con muchachos de edad parecida a la tuya?
- 57d SI NO ? ¿Te desanimas fácilmente?
- 58b SI NO ? ¿Sientes con frecuencia vértigos o bien padeces de ausencias? (Quedarte como "encantado" sin darte cuenta de lo que pasa a tu alrededor.)
- 59a SI NO ? ¿Te pelearas frecuentemente con tus hermanas o hermanos?
- 60d SI NO ? ¿Te lamentas a menudo de las cosas que haces?
- 61c SI NO ? Si estás invitado a algún banquete, ¿prefieres abstenerse de tomar algo antes de pedirselo al camarero?
- 62a SI NO ? ¿Crees que tus padres todavía no se han dado cuenta de que ya vas siendo lo suficientemente mayor como para que te dejen de tratar como a un niño?
- 63b SI NO ? ¿Se te cansa la vista con facilidad?
- 64d SI NO ? ¿Has sentido a veces como miedo de perderse caer, cuando te encontrabas en un sitio alto?
- 65c SI NO ? ¿Has actuado en algunas ocasiones ante otros grupos de personas? (Por ejemplo: como jugador deportivo o actor teatral, o charlista, etc.)
- 66b SI NO ? ¿Te sientes frecuentemente cansado cuando te levantas por la mañana? (A pesar de haber dormido un suficiente número de horas)
- 67a SI NO ? ¿Te parece que tus padres han sido o son demasiado severos contigo?
- 68d SI NO ? ¿Te enfadas con facilidad?
- 69b SI NO ? ¿Has necesitado que te visiten los médicos con bastante frecuencia?
- 70c SI NO ? ¿Te resulta muy difícil hablar en público?
- 71d SI NO ? ¿A menudo tienes la impresión de que eres una persona muy poco feliz?
- 72a SI NO ? ¿Alguno de tus padres tiene costumbres o modos que te desagradan?
- 73d SI NO ? ¿Te sientes a menudo preocupado a causa de tus sentimientos de inferioridad?
- 74b SI NO ? ¿Te sientes como cansado la mayor parte de las horas del día?
- 75d SI NO ? ¿Te consideras a ti mismo más bien como una persona nerviosa?
- 76c SI NO ? ¿Te gusta asistir a reuniones sociales? (Clubs, fiestas, etc.)
- 77d SI NO ? ¿Te sientes a menudo disgustado a consecuencia de tu aspecto exterior? (Apariencia física, formas o claves de trajes, etc.)
- 78a SI NO ? ¿Quieres más a tu madre que a tu padre?
- 79b SI NO ? ¿Tienes frecuentemente cortes de digestión?
- 80c SI NO ? Si tú desearas algo de una persona a la que apenas conoces, ¿preferirías solicitarlo mediante una nota o una carta antes que ir a pedirselo personalmente?
- 81d SI NO ? ¿Te ruborizas con facilidad?
- 82a SI NO ? ¿Te ves obligado de vez en cuando a callarte o a marcharte a otra habitación con la finalidad de que haya paz y tranquilidad en tu hogar?
- 83c SI NO ? ¿Te sientes como muy empujado en presencia de personas a las que tú admiras, pero a las que apenas conoces?
- 84b SI NO ? ¿Tienes frecuentemente anginas o larinitis?
- 85d SI NO ? ¿Tienes algunas veces un sentimiento como de perplejidad presentándose entonces las cosas como si fueran irreales? (Si no comprendes esta pregunta, es porque no te debe suceder esto.)
- 86a SI NO ? ¿El comportamiento de alguno de tus padres ha llegado a producirte en ocasiones verdadero miedo?
- 87b SI NO ? ¿Tienes frecuentemente náuseas, vómitos o diarreas?
- 88c SI NO ? ¿Has sido algunas veces jefe de algún grupo? (En actividades deportivas, excursionismo, representaciones artísticas, clases, etcétera.)
- 89d SI NO ? ¿Te sientes ofendido con facilidad?
- 90b SI NO ? ¿Generalmente padeces de estreñimiento?
- 91c SI NO ? ¿Algunas veces (por ej.: más de 5 ó 6) has cambiado de acera para evitar encontrarte con alguna persona?
- 92a SI NO ? ¿Has tenido en ocasiones sentimientos contradictorios de afecto y de antipatía, por ejemplo, hacia alguna persona de tu propia familia?
- 93c SI NO ? Si llegas tarde a alguna reunión en la que hay mucha gente, ¿prefieres quedarte de pie o irte, antes que pasar adelante e ir a sentarte en los pocos sitios vacíos de las primeras filas?
- 94b SI NO ? ¿Durante tu infancia te ponías enfermo con bastante frecuencia?
- 95d SI NO ? ¿Tienes a menudo que tus proyectos te saldrán mal y te sientes preocupado por ello?
- 96c SI NO ? ¿Haces amigos con facilidad?
- 97a SI NO ? ¿Generalmente te complacitas con la forma de pensar de tu madre?

- 90b SI NO ? ¿Con alguna frecuencia te preocupa la idea de que la gente pueda leer tus pensamientos?
- 100c SI NO ? ¿Tienes frecuentemente dificultad para respirar por la nariz?
- 101a SI NO ? ¿Eres frecuentemente uno de los muchachos a los que se presta más atención cuando te encuentras entre un grupo de personas?
- 102b SI NO ? ¿Se pone cólico con facilidad alguno de tus padres?
- 102b SI NO ? ¿Sientes de vez en cuando como pinchazos fuertes en la cabeza?
- 103a SI NO ? ¿Generalmente han estado siempre en tu casa bien cubiertas todas vuestras necesidades materiales? (Es decir, si ha habido lo suficiente para poder comer y vestir y pagar todos los restantes gastos generales de la vida.)
- 104c SI NO ? ¿Prefieres tener unos pocos buenos amigos en vez de muchos amigos corrientes?
- 105a SI NO ? ¿Responde tu padre al ideal que tú te has forjado de lo que debe de ser un caballero?
- 106d SI NO ? ¿Te resulta molesto darte cuenta de que la gente te observa cuando vas por la calle?
- 107b SI NO ? ¿Eres más pequeño de estatura de lo que suele ser normal a tu edad?
- 108a SI NO ? ¿Alguno de tus padres critica frecuentemente tu aspecto exterior, hasta el punto de haberte sentido molesto por ello?
- 109d SI NO ? ¿Te resulta muy desagradable que te hagan reproches?
- 110c SI NO ? ¿Te sientes azorado si, cuando estás entre un grupo de personas, tienes que pedir permiso para marcharte?
- 111b SI NO ? ¿Te sientas frecuentemente a la mesa sin tener apetito?
- 112a SI NO ? ¿Se han separado tus padres durante algún tiempo?
- 113d SI NO ? ¿Te encuentras a menudo como si sintieras por dentro una especie de nerviosismo?
- 114c SI NO ? Cuando estás con otras personas de tu edad, ¿tienes a ocupar un segundo plano?
- 115b SI NO ? ¿Usas o has tenido que usar durante algún tiempo gafas?
- 116d SI NO ? ¿Te vienen a veces a la cabeza pensamientos absurdos, que no te los puedes quitar de la imaginación a pesar de que tú mismo te das cuenta de su absurdidad?
- 117a SI NO ? ¿Te han castigado frecuentemente tus padres en el período de tu vida comprendido entre los diez y los quince años de edad?

- 118c SI NO ? ¿Te pones azorado cuando algún profesor te pregunta de repente en clase?
- 119b SI NO ? ¿Te gusta cuidar minuciosamente de tu salud?
- 120d SI NO ? ¿Te pones azorado con facilidad?
- 121a SI NO ? ¿Estás en desacuerdo con tus padres acerca de la clase de estudios o profesión que te gustaría seguir o que ya sigues?
- 122c SI NO ? ¿Te resulta difícil mantener una conversación con una persona a la que apenas conoces?
- 123d SI NO ? Tras haber sufrido una situación humillante, ¿te quedas muy preocupado durante bastante tiempo?
- 124b SI NO ? ¿Faltas a clase con cierta frecuencia por encontrarte enfermo?
- 125d SI NO ? ¿Algunas veces te has asustado mucho por algo que de antemano sabías ya que era inofensivo? (Por ejemplo, una sombra, un portazo, etc.)
- 126a SI NO ? ¿Alguno de tus padres es muy nervioso?
- 127c SI NO ? ¿Te gusta asistir a fiestas y reuniones a las que acuden muchas personas?
- 128d SI NO ? ¿Tienes alitajos en tu humor sin una razón aparente?
- 129b SI NO ? ¿Tienes algunos dientes o muelas que tú crees necesitan ser revisados por un dentista?
- 130c SI NO ? ¿Te sientes seguro de tí mismo cuando tienes que hablar ante la clase?
- 131a SI NO ? ¿Te parece que alguno de tus padres ejerce sobre tí un dominio excesivo?
- 132d SI NO ? ¿Te dan a menudo las ideas tantas vueltas por la cabeza que te impiden dormir normalmente?
- 133b SI NO ? ¿Has tenido alguna enfermedad o dolencia del corazón, de los riñones o de los pulmones?
- 134a SI NO ? ¿Tienes frecuentemente la impresión de que tus padres no te comprenden bien?
- 135c SI NO ? Cuando el profesor pide voluntarios para dar la lección, ¿generalmente no te levantas porque empiezas a dudar sobre si contestarás bien o no?
- 136d SI NO ? ¿Te produce cierta inquietud quedarte solo en algún sitio muy oscuro?
- 137b SI NO ? ¿Has tenido alguna vez enfermedades de la piel, tales como muchos granos, forúnculos, erupciones, etc.?
- 138a SI NO ? ¿Tienes la impresión de que la mayor parte de tus amigos disfrutan de un hogar más feliz que el tuyo?
- 139b SI NO ? ¿Tardas bastante tiempo en que se te curen los resfriados?
- 140c SI NO ? ¿Te pones azorado al entrar en una habitación en la que hay un grupo de personas sentadas en animada conversación?

ANEXO B

AUDIT

CRUCE CON EL INCISO CORRESPONDIENTE A LA VERACIDAD DE SU CASO

1. ¿QUE TAN FRECUENTEMENTE INGIERE BEBIDAS ALCOHOLICAS?

- A)NUNCA B)1 VEZ AL MES O MENOS C)2 O 4 VECES AL MES
D)2 O 3 VECES POR SEMANA E)4 O MAS VECES POR SEMANA

2. ¿CUANTAS COPAS SE TOMA EN UN DIA TIPICO DE LOS QUE BEBE?

- A)1 ó 2 B)3 ó 4 C)5 ó 6 D)7 ó 9 e)10 ó mas

3. ¿QUE TAN FRECUENTEMENTE TOMA 6 O MAS COPAS EN LA MISMA OCASION?

- A)NUNCA B)MENOS DE UNA VEZ AL MES C)MENSUALMENTE
D)SEMANALMENTE E)DIARIO O CASI DIARIO

4. DURANTE EL ULTIMO AÑO ¿LE OCURRIO QUE NO PUDO PARAR DE BEBER UNA VEZ QUE HABIA EMPEZADO?

- A)NUNCA B)MENOS DE UNA VEZ AL MES C)MENSUALMENTE
D)SEMANALMENTE E)DIARIO O CASI DIARIO

5. DURANTE EL ULTIMO AÑO ¿QUE TAN FRECUENTEMENTE DEJO DE HACER ALGO QUE DEBERIA HABER HECHO POR BEBER?

- A)NUNCA B)MENOS DE UNA VEZ AL MES C)MENSUALMENTE
D)SEMANALMENTE E)DIARIO O CASI DIARIO

6. DURANTE EL ULTIMO AÑO ¿QUE TAN FRECUENTEMENTE BEBIO EN LA MAÑANA SIGUIENTE DESPUES DE HABER BEBIDO EN EXCESO EL DIA ANTERIOR?

- A)NUNCA B)MENOS DE UNA VEZ AL MES C)MENSUALMENTE
D)SEMANALMENTE E)DIARIO O CASI DIARIO

7. DURANTE EL ULTIMO AÑO ¿QUE TAN FRECUENTEMENTE SE SINTIO CULPABLE O TUVO REMORDIMIENTO POR HABER BEBIDO?

- A)NUNCA B)MENOS DE UNA VEZ AL MES C)MENSUALMENTE
D)SEMANALMENTE E)DIARIO O CASI DIARIO

8. DURANTE EL ULTIMO AÑO ¿QUE TAN FRECUENTEMENTE OLVIDO ALGO DE LO QUE HABIA PASADO CUANDO ESTUVO BEBIENDO?

- A)NUNCA B)MENOS DE UNA VEZ AL MES C)MENSUALMENTE
D)SEMANALMENTE E)DIARIO O CASI DIARIO

9. ¿SE HA A LASTIMADO O ALGUIEN HA RESULTADO LASTIMADO COMO CONSECUENCIA DE SU INGESTION DE ALCOHOL?

- A) NO C)SI, PERO NO EN EL ULTIMO AÑO D)SI, EN EL ULTIMO AÑO

10. ¿ALGUN AMIGO, FAMILIAR O DOCTOR SE HA PREOCUPADO POR LA FORMA EN LA QUE BEBE O LE HA SUGERIDO QUE LE BAJE?

- A) NO C)SI, PERO NO EN EL ULTIMO AÑO D)SI, EN EL ULTIMO AÑO