



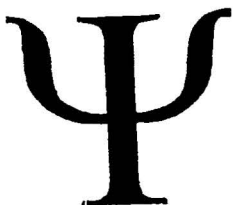
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"ADAPTACION DE LOS MATERIALES DEL PROGRAMA DE AUTO-CAMBIO DIRIGIDO PARA BEBEDORES PROBLEMA, EN UNA POBLACION DE BAJO NIVEL EDUCATIVO".

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
ALDEGUNDA GONZALEZ AGUILAR

DIRECTOR DE TESIS: LIC. LETICIA ECHEVERRIA SAN VICENTE
AUTONOMA DE MEXICO.



MEXICO, D. F.



EXAMENES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGIA.

2002

TESIS CON FALTA 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 Lety Echeverría, por su apoyo incondicional, tiempo, y extraordinaria paciencia.

Por ayudarme a lograr una de mis metas y ha comenzar la siguiente.

A mis sinodales, Mtro Isaac Seligson, Lic. Ángeles Mata, Mtra. Mariana Gutiérrez, Mtro Celso Serra, a todos ustedes gracias por ayudarme, orientarme y pulir mi trabajo, y por dedicarme su tan preciado tiempo.

A mis profesores, desde pre-escolar, hasta la Universidad: Lourdes, Celia, Julian Mc Gregor, Erika Murillo, Selma González, Víctor, José de Jesús González, Jesús Segura, Pablo Valderrama, Pablo, Alfonso Salgado, Estela cordero, Raúl Jurado.

A mi universidad que me acogió desde la preparatoria.

Gracias.

DEDICATORIAS

En primer lugar quiero agradecerle a Dios, por haberme dado la oportunidad de contar con personas maravillosas, las cuales en todo momento me apoyaron, espiritual, moral, Física, económicamente, durante todos estos años de mi vida, que han compartido mis llantos, preocupaciones, desvelos, risas y triunfos. Aunque algunos de ellos ya no estén presentes, físicamente, llevo sus consejos como recuerdos plasmados en mi corazón.

A todos ellos Familiares, Amigos, Maestros, les doy las gracias por crecer y crear siempre en mí.

A Teresa y Jorge, por su cuidado, amor, enseñanza, respeto, bondad, por esa gran lucha con la adversidad para hacer que lograré una de las tantas metas que me he propuesto. Por compartir cansancio, y desvelo, por dejarme alcanzar mis sueños. Por creer y amarme.

A Jorge, Areli e Israel, que con su apoyo, juegos, llantos, riñas, apoyo moral y económico. Por ser mis hermanos y darme mucha felicidad y creer, confiar, en mí.

A mis sobrinos, por darme una sonrisa en los momentos de tormento, para yo seguir siendo su modelo a seguir y mejorar, de superación, bondad, fuerza y humildad.

A mis Abuelitos a los vivos, Guadalupe y Cipriano, por ser la nieta consentida, por enseñarme a valorar la vida, por darme esperanzas y ganas de triunfar. Por confiar en mí, por ser una de mis inspiraciones de lucha.

A los que ya se han ido, Aldegunda y Antonio, y dejaron la fortaleza en mi alma y las alas para lograr mis sueños.

A mis tíos Elba, Gloria, Esperanza, Juana, por compartir mis logros y sueños de superación, por entenderme y prestarme su hombro en los momentos de dificultad.

A los que ya se fueron, gracias por dejarme una luz de esperanza, que vele mi camino

A mis primitas, que tanto quiero, Espy, Vero, Claudia, Lety, Dany, espacialmente a la primera, por enseñarme a ser alegre, por darme un gran ejemplo, y por brindarme su confianza y apoyo siempre.

A mis mejores amigos, Eva Delia, Ingrid, Liliana, Miguel Ángel, César, por estar a mi lado y apoyarme, quererme, aconsejarme y dándome ánimo siempre.

A mis futuros suegros, Abraham y Estela, a mis otras abuelitas, Ana, y Vicenta, a mis cuñados, Adriana, Arturo, Ana Laura, y a los novios de ellos, Mauricio, Celia, Enrique, por brindarme amor, comprensión, oportunidad de convivir, de creer y confiar en mi.

Especialmente, te quiero agradecer, a ti, Eduardo, por ser mi amigo, compañero, etc..., comprenderme, apoyarme, cuidarme entre otras cosas que no podría terminar de plasmar en una hoja, (me faltaría una vida para describirlas) y en enseñarme a valorar todas las cosas. Gracias por tu apoyo incondicional, Te amo.

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN.....	1
-------------------	---

CAPITULO I. HISTORIA DEL ALCOHOL EN MÉXICO

Historia del alcohol en México.....	1
1.1 Época prehispánica.....	2
1.1.1 Mexicas.....	3
1.1.2 Aztecas.....	3
1.2 Conquista.....	4
1.3 México Independiente.....	7
1.4 Revolución.....	9
1.5 México moderno.....	11
1.6 Bebidas alcohólicas en México en la actualidad.....	11
1.6.1 Bebidas fermentadas.....	12
1.6.2 Bebidas destiladas.....	15
1.6.3 Licores.....	16

CAPITULO II. EPIDEMIOLOGIA EN MÉXICO

Epidemiología en México.....	22
2.1 Morbilidad y Mortalidad.....	22
2.2 Estudios en zonas urbanas y rurales.....	31

CAPITULO III. TRATAMIENTOS PARA EL ABUSO EN EL CONSUMO DE ALCOHOL.

Tratamientos para el abuso en el consumo de alcohol.....	45
3.1 Tratamiento con fármacos.....	46
3.2 Terapias aversivas.....	47
3.3 Psicoterapia.....	48
3.4 Grupo de Auto ayuda.....	48
3.5 Juramentos y limpias.....	49
3.6 Tratamientos orientados a la moderación y de corte breve.....	50
3.7 Teoría del Aprendizaje Social y su aportación a las intervenciones breves.....	52
3.7.1 Aplicación de la Teoría del Aprendizaje Social en el campo de las Adicciones.....	54
3.8 Programa de Auto cambio Dirigido para Bebedores problema.....	57

CAPITULO IV. MÉTODO	
4.1 Justificación.....	67
4.2 Objetivos.....	67
4.3 Muestra.....	67
4.4 Escenario.....	68
4.5 Instrumentos.....	68
4.6 Diseño.....	70
4.7 Variables.....	71
4.8 Materiales.....	71
4.9 Procedimiento.....	71

CAPITULO V. RESULTADOS

I Resultados del piloteo con 10 sujetos de escolaridad de 6 años de estudio.....	75
II Resultados de la aplicación del programa modificado.....	76
Usuario 1.....	77
Usuario 2.....	87
Usuario 3.....	96
Usuario 4.....	104
Usuario 5.....	108
III Resultados grupales.....	118

CAPITULO VI. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.....	122
---	------------

BIBLIOGRAFÍA.....	128
--------------------------	------------

ANEXO 1

ANEXO 2

RESUMEN

El consumo de bebidas alcohólicas forma parte integral de la cultura occidental, el alcohol es aceptado y bien visto, por lo que amplios sectores de la sociedad lo consumen en abundancia a pesar de que nadie pone en duda que el abuso de esta sustancia ocasiona graves daños a la salud de las personas y representa altos costos para la sociedad. Baste decir que, la cirrosis hepática se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte en la población mexicana (Narro, 1999).

Resulta importante para los psicólogos y otros profesionales de la salud incidir para entender el fenómeno de las adicciones y para el diseño de intervenciones novedosas para reducir o eliminar el problema.

En la última década Ayala y colaboradores han venido aplicando en la Cd. de México una alternativa de detección temprana e intervención breve para personas que presentan problemas en su forma de beber alcohol. Este programa, basado en la Teoría del Aprendizaje Social, llamado "Auto cambio dirigido para Bebedores Problema", ha mostrado resultados promisorios como una alternativa de intervención. (Ayala y Cols, 1995-1998).

Sin embargo las características del programa lo hacen ideal para personas con niveles educativos medios y altos. Entre personas con niveles educativos bajos la deserción es una característica.

El objetivo de este trabajo de tesis es iniciar el proceso de adaptación de este programa a personas con niveles educativos bajos a fin de que las bondades de esta alternativa de intervención pueda extenderse a toda la población que sufra dificultades para controlar su consumo de alcohol.

INTRODUCCIÓN

El consumo de bebidas alcohólicas ha estado presente desde el inicio de la civilización, en América se sabe que todas las culturas prehispánicas producían distintos tipos de bebidas fermentadas, las que consumían en ceremonias o rituales y tenían reglas de consumo muy estrictas. El alcohol ocupa desde hace muchos años un lugar especial en nuestra cultura y desempeña una serie de funciones positivas en nuestra sociedad (Vargas, 1998).

Aunque también es cierto que en el México actual, el consumo de alcohol representa uno de los principales problemas de salud. En los casos más severos las consecuencias médicas abarcan enfermedades como la cirrosis hepática, la pancreatitis aguda, daños al sistema cardiovascular, endócrino y nervioso. Las consecuencias sociales se relacionan con violencia y accidentes laborales, de tránsito y caseros.

El consumo excesivo de alcohol constituye un grave riesgo para la salud y la sociedad. Los costos que implica su atención son muy altos (Tapia, 1994).

Es por esto, que en los últimos años se han desarrollado tratamientos enfocados a la prevención y no sólo a la rehabilitación de bebedores con un síndrome de dependencia severa o complicaciones orgánicas, como tradicionalmente se hacía.

Estos nuevos enfoques dirigidos a la prevención buscan minimizar los costos individuales y sociales producidos por el consumo excesivo. Se han desarrollado programas de tratamientos de corte breve, que cubran las necesidades propias de personas que no presentan una dependencia severa, que enseñan al individuo a controlar la cantidad de alcohol ingerida, que enseñan el grado en que el alcohol afecta la salud, la manera en que altera su conducta y la forma en que ocasiona problemas de orden familiar y social.

Un programa con estas características llamado ***Auto Cambio Dirigido para Bebedores Problema***, (Ayala, 1997), ha demostrado su efectividad y su bajo costo al aplicarse en población urbana en la Cd. de México.

Sin embargo, es necesario ofrecer información y brindar estas nuevas opciones de intervención a diferentes grupos en nuestra sociedad, con bajo nivel educativo, población rural con creencias y actitudes diferentes, jóvenes, etc.

Medina Mora comenta que el reto es modificar las prácticas de consumo en nuestro país, para moderar la cantidad ingerida o abstenerse de beber en ocasiones y circunstancias en que no es seguro hacerlo.

Por lo anterior, el presente trabajo tiene por objeto adaptar los materiales del *Programa de Auto Cambio Dirigido para Bebedores Problema*, que ha demostrado su efectividad cuando se ha aplicado, a población con un nivel educativo bajo en un primer momento y a población rural posteriormente.

Para lograr este objetivo el trabajo se divide en los siguientes capítulos:

En el capítulo I (Historia del alcohol en México). En el cual se hace una revisión del uso de las bebidas, desde la época prehispánica hasta el México actual. Para entender los mitos, ritos, creencias alrededor del alcohol en México.

En el capítulo II (Epidemiología en México). Se presentan investigaciones epidemiológicas para entender la incidencia, prevalencia, morbilidad y mortandad producto del consumo de alcohol, basándose en las diversas Encuestas Nacionales de Adicciones.

En el capítulo III (Tratamientos para el consumo de alcohol). Se hace una revisión de los tratamientos para tratar el problema del abuso en el consumo de alcohol y el alcoholismo, opciones de intervención de corte breve con enfoque cognitivo-conductual. Para terminar este capítulo se hace una exposición de la necesidad de adaptar estas opciones de intervención a población con niveles educativos bajos a fin de brindar a nuestra población que presente este problema otro tipo de alternativas más allá de grupos de auto ayuda.

En el capítulo IV se describe el procedimiento metodológico empleado en este trabajo.

El capítulo V se presentan los resultados encontrados.

Para terminar se presentan las Conclusiones y discusión.

CAPITULO I. HISTORIA DEL ALCOHOL EN MÉXICO

Investigaciones han revelado evidencias del uso de bebidas alcohólicas en las culturas más antiguas, en el México prehispánico, por ejemplo, de pulque, el cual, según el historiador Fernando de Alba fue descubierto por Tecpancaltzin (gobernador tolteca). La importancia del pulque, en nuestra cultura, se puede observar sobre todo en el papel que desempeñaban en la religión los dioses de la bebida y de la embriaguez. Existen evidencias antropológicas del uso de alcohol en los primeros pobladores, encontrándose que éste ha jugado un papel importante en la vida del hombre desde el inicio de la civilización.

El pulque, también conocido como "Oxtli" una de las principales bebidas alcohólicas, en nuestro país, obtenida de la fermentación del maguey y utilizada por nuestros antepasados. La producción corría a cargo de la clase baja del pueblo, sin embargo el alcohol era utilizado y bebido por todos en ocasiones ceremoniales. Pero cuando los españoles arribaron comenzaron a imponer la religión, costumbres, normas y demás, que con el paso del tiempo, la costumbre de beber pulque se fue modificando.

En la cultura azteca, "Si alguien bebía en exceso era castigado severamente; si este pertenecía a la clase social alta, a la persona que sé emborracharse se le castigaba quitándole la vida [...] Los mancebos que se criaban en la casa del telpochali, tenían cargo de barrer y limpiar la casa; y nadie bebía vino¹, más solamente los que eran ya viejos bebían el vino muy secretamente y bebían poco, no se emborrachaban; y si parecía un mancebo borracho públicamente o si le topaban con el vino, o lo veían caído en la calle o iba cantando, o estaba acompañado con otros borrachos, es tal si era macegual castigábanle dándole de palos hasta matarlo o le daban garrote delante de todos los mancebos juntados, porque tomasen ejemplo y miedo del no emborracharse: y si era noble el que se emborrachaba dábanle garrote secretamente [...] así mismo el borracho, si era plebeyo le trasquilaban la cabeza, la primera vez que caía en este delito,

¹ La palabra vino se utiliza como genérico de bebidas alcohólicas, en México.

públicamente en la plaza y mercado, y su casa era saqueada y echada por el suelo, porque dice la ley, que el que se priva de juicio que no sea digno de tener casa, si no que sirva en el campo como bestia; y la segunda vez era castigado con pena de muerte; y al noble desde la primera vez que era cogido en este delito, era castigado luego con la pena de muerte". Por otro lado los ancianos podían beber lo que ellos quisieran, por ejemplo en los bautizos los ancianos llenaban un cántaro con pulque y lo bebían con una jícara por turnos, cuando habían bebido en exceso comenzaban a cantar, a reír (Corcuera S, 1996).

1.1 Época Prehispánica

Los antepasados atribuían los efectos del alcohol a los dioses, no a la bebida, utilizaban el alcohol en ceremonias y ofrecían ritos a los dioses. (Natera G, 1982)

En los días de fiesta tenían grandes banquetes en los cuales [...] bebían diferentes vinos[...] bailaban y saltaban ante los ídolos y les daban a beber el mejor vino que tenían, humedeciendo sus labios y rostros con él [...] Los aztecas solían hacer sus rituales en la casa de los mayordomos, estos proporcionaban aguardiente a sus invitados mientras que éstos últimos bebían frente a ídolos, no obstante, el que era sorprendido en estado de ebriedad fuera de estas celebraciones era asesinado, enfrente de todo el pueblo, con el fin de que esta conducta no se volviera a repetir, obviamente este tipo de castigos causaba gran temor, por lo que el abuso del pulque y otras bebidas estaba controlado, los castigos no eran aplicados en hombres y mujeres que rebasaban los 50 años. "Los españoles a su llegada pronto reconocieron y aprovecharon el alcohol como instrumento de su imperialismo [...] el alcohol era una cosa que los españoles poseían y los indígenas deseaban [...] por lo cual contraían deudas y se vendían como esclavos junto con sus hijos.." (Berruecos L, 1996).

Los aztecas y demás pueblos prehispánicos que cayeron bajo la influencia de bebidas alcohólicas antes de la llegada de los españoles eran ingeridas como parte del culto religioso, después de esta el consumo se producía sin algún motivo.

1.1.1 Mexicas

Debido a las características geográficas en el área crecía en una planta llamada maguey a la que los mexicas le denominaban "planta madre" debido a las características de la planta las pencas al secarse podían ocuparse como teja o vigas, también podían elaborarse vestido, calzado, lazos, y un sin fin de materiales textiles, además de ser comestible ya que se le extraía miel, azúcar, vinagre, también fabricaban alcohol y para su total aprovechamiento el tronco era utilizado como leña.

Los Mexicas tenían la creencia que si alguien nacía bajo el signo de nombre Ome Tochtli, estaría condenado a beber vino por siempre, estas personas, bebían hasta perder el juicio, molestaban y ofendían a la gente; por lo que todos los menospreciaban, y les deseaban la muerte. (Berruecos L, 1996).

En la cultura mexicana, el pulque solo podía ser bebido por la población adulta mayor de 40 años. Si una pareja se casaba debían tener abstinencia los cuatro días después de su boda, con el fin de no engendrar hijos mal formados. (Espesate S, 1994).

1.1.2 Aztecas

Los encargados de la evangelización y de hacer los reportes para los reyes de España corrían a cargo de los frailes que escribían las costumbres de los Aztecas. Los frailes narraban que el alcohol tenía varias finalidades, tenía un fin religioso la cual producía un tipo de embriaguez conocida como "tlahuana" que tiene un significado como embriaguez ritual, y era socialmente permitida; tenía también, un uso popular si embargo su uso era altamente controlado y su abuso era condenado duramente por la sociedad, el último de los usos era de tipo fatal, ya que si alguien se embriagaba hasta perder la razón era severamente castigado por haber violado su uso. (Concuera S, 1997).

El maguey jugaba una gran importancia que podría decirse que los aztecas poseían una "cultura del maguey". Del maguey producían una sustancia llamada

"pulque" que es el resultado de la fermentación del aguamiel, esta bebida poseía un poder divino que los acercaba a sus dioses. Sin embargo con la conquista aparecieron nuevas bebidas y como consecuencia se perdió el control de las mismas. El pueblo comenzó a ser un pueblo desobligado y que inició una forma de consumo sin control. (Concuera S., 1997)

Las bebidas alcohólicas están presentes en casi todos los grupos sociales del país. En la época prehispánica el alcohol se relacionaba al uso religioso, ceremonial y social, sin embargo con el paso del tiempo el rol del alcohol ha cambiado. El pulque fue la bebida más importante en México, social, económica, religiosa, lo cual generó mitos, leyendas y culto en cuanto a su origen. El pulque era consumido en ritos, fiestas con el propósito de sanar y emborrachar, sin embargo su uso estaba controlado; no obstante no restringió su cultivo de los diferentes tipos de maguey debido a que proporcionaba materiales para hacer medicina, construir, y vestir. (Rosovsky H, 1991).

1.2 Conquista

El esplendor y dominio de los pueblos mesoamericanos y su última cultura finaliza con la irrupción y la conquista española.

Este enfrentamiento y choque de culturas, genera un mosaico pluricultural, la sociedad sufre un reacomodo brutal que permite una recomposición de las relaciones entre conquistados y conquistadores. Ahora bien, describiré en el siguiente apartado el papel del alcohol en la época colonial.

Derrotados, disminuidos, vueltos esclavos los antiguos mexicanos entran en una nueva mecánica en la sociedad novohispana, a la sangrienta conquista, le siguió, la conquista espiritual, social, en suma la conquista del alma.

Los nuevos señores de estas tierras arrasaban impunemente con los templos, las costumbres, con los lazos invisibles que nutrían la tradición de los conquistados.

Toda conquista, forma de dominio, se mueve en dos sentidos, el primero que es el burdo, el cual representa el poder militar y la hegemonía de la fuerza; el

segundo la ideología, la religión, costumbres, y la falsa idea de bienestar que representa el alcohol. El consumo y venta de este líquido, corría a cargo de los españoles, en un principio es mucho más visible el uso de vino importado, tal como lo indica la Dra. Mijares, quien afirma que el mayor número de concesiones, sino es que la totalidad estaba a cargo de los peninsulares, y una vez en la colonia era distribuido y manejado por criollos, españoles, mestizos e indios, los cuales distribuían el vino sólo a los españoles los cuales "preferían el vino de uva y no eran partidarios del pulque; para ellos esta bebida era un gusto adquirido y el olor de la aguamiel fermentado les resultaba repulsivo las primeras veces que lo bebían pero estaban dispuestos a tomarlo si no encontraban a la mano el añorado vino español" (Concuera S, 1997).

Lo anterior llevó a crear centros de distribución clandestina, donde la calidad de este producto dudoso, los principales clientes de esta bebida era indios y negros, y esto por la esclavitud y por otras situaciones sociales.

El problema de la embriaguez indígena era uno de los que más preocupaban a las autoridades coloniales y fue descrito por muchas fuentes, tanto por sus implicaciones morales como económicas.

Tenemos pues, por un lado, el hábito del consumo del vino de los españoles y por el otro la necesidad de la ingesta de los indígenas como respuesta a sus condiciones miserables de vida. Estas dos premisas generan la aparición de un mercado, donde el marco moral era burlado con el afán de lucro, "mientras la venta a los indios era castigada hasta con el destierro perpetuo, la cantidad de vino que adquirirían clandestinamente los regatones (indio, mestizos, españoles y negros) para vender a la sociedad indígena en ocasiones, favorecía la disminución de las reservas de la ciudad; de hecho los vendedores clandestinos, pero también muchos taberneros y bodegueros, contribuyeron de modo considerable al problema de la embriaguez entre los indígenas, llegando incluso a regalarlo o aceptar cosas en trueque. Este tipo de práctica fue perseguida por las autoridades coloniales, no sólo por el daño que causaban a la población indígena sino también por la mengua que provocaba en las reservas de vino que poseía la

ciudad, además porque fomentaban todo tipo de irregularidades y violaciones a la ley. (Mijares I, 1993).

Lo anterior nos muestra el control, sobre el uso de alcohol, así mismo podemos notar la ambigüedad entre las normas y la práctica real pues, coexisten de una mano la restricción y de la otra la violación de los derechos de los indígenas, que llegaban a los extremos, de tal manera que el poder colonial podía sojuzgar a éstos a cambio del acceso del alcohol.

"El alcoholismo fue para los españoles desde el principio, un sistema de represión tan eficaz como un ejército o como una policía sabiamente organizada que tenía sobre el ejército o sobre la policía la ventaja de proporcionarles grandes ganancias [...] no es pues de extrañar que en San Cristóbal sea la metrópoli de los indios, del alcohol y de los enganchadores [...] los buenos negocios, las grandes fortunas, las han hecho embriagando a los indios y enviándolos por generaciones a las fincas de la montaña o a las fincas de la Tierra caliente en Soconusco." (Benítez F, 1991).

Cabe destacar que los indios continuaban bebiendo pulque tal como lo señala Concuera (1997) "[...] eran indios quitados de vicio y que no bebían vino; que era esto como cosa de maravilla, llamaba la atención a los españoles como a los naturales, ver algún indio que no bebiese vino, porque en todos los hombres y mujeres adultos era cosa general emborracharse; y como ese vicio era formas y raíz de otros muchos pecados, el que de él se apartaba vivía más virtuosamente". (Concuera S., 1997).

Con lo anterior, nos damos cuenta que el consumo de este líquido perdió todo su poder religioso, y para tratar de justificar el consumo excesivo de éste, los españoles le echaban por decirlo de alguna manera, la culpa al mismo alcohol.

Con la fusión de las culturas llegaron los ritos del catolicismo, que combinado con las ceremonias prehispánicas daba lugar a la celebración de las fiestas

1.3 México independiente

En el México independiente, se origina en la mente de todos los habitantes de la nación, una nueva condición en donde se ha dejado de ser esclavo para convertirse en ciudadano, según la visión francesa, así que el país se hundió en un caos en donde los conservadores y liberales se disputaron el poder. Naturalmente podemos pensar que las restricciones pierden peso, debido a la transición de bienes. Aunque la elaboración de destilados y fermentados se inicia con la llegada de los españoles, también podemos afirmar que a partir de la independencia de México, el expendio de este tipo de bebidas cobró mayor auge, tales como el tequila, mezcal, cerveza. En 1821 consumada la independencia la venta de mezcal, por ejemplo, había sufrido una disminución en su consumo; pero la libertad de comercio, interior y exterior que sobrevino entonces, así como el cese de envíos de aguardiente español dieron pie a su auge. Por lo que en este año la venta de mezcal se había reducido en cantidades impactantes, todo ello dio pie a que los envíos del aguardiente de origen español se recuperaron. (Lozano A, 1998).

De tal manera que otras bebidas también incrementaron en su consumo, lo que supone, la permisibilidad exclusiva del consumo de alcohol, tal como se ve en la ley de 1871. Se piensa incluso que si bien el siglo XIX no fue el más propicio para el desarrollo de una industria de bebidas alcohólicas, la sociedad y sus normas hacia éste, creaban condiciones adecuadas, como dice Laura Rueda en su artículo "El Triunfo de la cerveza" una vez consumada la independencia se comenzaron a instalar de nueva cuenta pequeñas cervecerías; sin embargo, los inconvenientes que se presentaban al trasladar la bebida por los malos caminos y con los viejos medios de transporte, así como los problemas para afrontar para la conservación del líquido, provocaron su rápida desaparición" (Rueda L, 1998).

Una vez consumada la independencia se comenzaron a instalar de nueva cuenta pequeñas cervecerías, lo que a la larga causó que para 1886 el gobierno se viera en la necesidad de regular su producción. Debido a las condiciones climáticas, la producción de ciertos derivados se estableció definitivamente en

algunas zonas específicas del país, tal es el caso del mezcal, en Oaxaca, el tequila en Jalisco por mencionar algunos.

Sabemos que un largo camino de convulsiones sociales se dio en el país, posterior a la independencia como fueron: la reforma el segundo imperio y la república restaurada. Se contraponen dos visiones, el liberalismo y los conservadores a esto también le corresponden dos formas de concebir la sociedad civilizadora.

Lo anterior nos muestra que al llegar el liberalismo se instala el capitalismo, con toda su carga de nueva visión moral lo que hace que México entre de lleno a la pugna cultural entre la sociedad tradicional y la sociedad industrial. Cuando se concreta el México moderno, nace la conciencia de los poderosos de juzgar, calificar, las cuestiones cotidianas tales como, limpieza, hábitos alimenticios, embriaguez, pues se establece con Porfirio Díaz un afrancesamiento de la clase poderosa, que desprecia, lo pobre, lo bajo, lo sucio, lo miserable. Con la ciudad, el mando se divide en ricos virtuosos, exclusivos, contra los pobres, disolutos y comunes, y es aquí justo donde nace una concepción del vicio y de la embriaguez que por un lado, se puede asumir como rebeldía ante una sociedad opresora o bien como una degradación del ser humano ante sus más bajos instintos.

Imaginemos la ciudad a finales del siglo XIX reconstruida, con edificios que nos recuerdan a las viejas calles de Europa. La sociedad mexicana reconocida como tal, vive una paz Porfirista, lo que permite, de un lado el reconocimiento del espíritu romántico, donde vicio, auto destrucción son sinónimos de ello, por otro lado la feroz depredación de las clases pudientes y en medio de ello un pueblo miserable que busca como solución a sus problemas el alcohol.

El comercio indiscriminado tanto en el campo como en la ciudad constituye la posibilidad de mantener una dominación no sólo económica hacia los más pobres. Ejemplo de ello son las tiendas de raya en las Haciendas Porfiristas en las cuales se embrutecían a los campesinos, endeudándolos hasta convertirlos en esclavos, en este periodo se inician los prostíbulos en los cuales se veía que no solamente la clase baja se emborrachaba, puesto que los "catrines", compraban "amor y vino".

En 1871 que fundado en los principios arbitraristas, consideraba como circunstancia excluyente de responsabilidad criminal, la embriaguez completa, que priva enteramente de la razón si no es habitual, ni el acusado ha cometido antes una infracción punible estando ebrio; pero ni aún entonces quedaba libre de la pena señalada a la embriaguez, ni de responsabilidad civil. Al mismo tiempo el código de 1881 reglamentaba como atenuante de tercera clase de embriaguez habitual con escándalo, si el ebrio hubiera cometido en otra ocasión, algún delito grave” (Rosovsky H, 1991)

En el periodo comprendido del gobierno de Valentín Gómez Farías hasta el gobierno de Juárez, no se expidieron leyes en contra del abuso del alcohol “El código de 1929 se limita o reglamenta como delitos... la notoria embriaguez en un lugar público y el alcoholismo crónico”. Además en 1931 la legislación penal, aceptó el principio de defensa social y la necesidad de inculpara a los delincuentes peligrosos por los intereses colectivos (Arrieta L, 1986).

1.4 Revolución

De igual modo que en la época anterior, el gobierno intentó luchar por controlar el consumo excesivo de alcohol, sin embargo, con la llegada de un nuevo ajuste social, nombrado revolución el cual buscaba igualdad entre hacendados, industriales y el pueblo, naturalmente esta igualdad estaba armada dentro de la concepción del liberalismo.

Madero, hacendado e industrial del norte de l país, convoca a la lucha armada, con su plan de San Luis, que englobaba los principios anti-reelencionistas y de la democracia para el país. Esta parte de la lucha armada representa los intereses de la burguesía del País, ya que de peones, campesinos y obreros no se encontraban representados de manera real en este combate, si bien el llamado a las armas de Madero es el detonante para el inicio de la Revolución mexicana, la lucha popular representada en la lucha agraria de Zapata y en la división del Norte de Villa. (El Colegio de México, 1998)

Como sabemos, la lucha armada fue protagonizada por las mayorías, marginadas, cansados de ser esclavos, podemos imaginar que debían utilizar tanto en las celebraciones de su victoria, o en sus derrotas, además para olvidar sus sangrientos actos en las batallas cantidades enormes de alcohol. En 1915 durante el movimiento revolucionario, se dictó una ley seca por el general Gildardo Magaña, con el afán de controlar el consumo de alcohol, sin embargo no obtuvo los efectos esperados entonces, por lo antes mencionado.

Al reestablecerse la normalidad en el País, de la misma forma que fue normado y reglamentado el consumo, la revolución había terminado e iniciaba el nuevo tiempo de construir un nuevo país sobre las bases de la "democracia".

Al tiempo de los cañonazos, caballos, rifles, sangre derramada. Le seguía la época de la política y las negociaciones, ya para 1932 el presidente Pascual Ortiz Rubio emprendió una campaña en contra de las personas que bebían en exceso, conjuntamente con el Consejo General de Salubridad. Todo esto dentro de la política de la justicia social, enmarcada de la revolución donde los beneficios de la política nacional, aquí encontramos además la campaña de alfabetización de Vasconcelos, el reparto agrario y las medidas de salubridad emprendidas por el poder, llegando a su máximo punto con el cardenismo, así se incorporan al ejercito industrial de trabajadores del País que se soñaba en un futuro desarrollado y poderoso.

"El código de 1929 se limita o reglamentan como delitos... la notoria embriaguez en un lugar público y el alcoholismo crónico". Además en 1931 la legislación penal, aceptó principio de defensa social y la necesidad de inculpar a los delincuentes peligrosos por los intereses colectivos..." (Arrieta L, 1986).

En 1940 la producción de alcohol se basaba principalmente en cerveza, tequila, ron, pulque y aguardiente. Después de la Segunda Guerra Mundial se dio un auge generoso en la industria del alcohol debido a que los países primer mundistas se interesaban en la inversión en México, conforme crecía esta industria, México se modernizaba, imitaba los modelos y hábitos de los extranjeros los cuales incluían las actitudes del consumo excesivo de alcohol. (Rosovsky H, 1991).

A partir de estas leyes y logros. Los gobiernos siguientes continúan hasta la fecha, con la preocupación del consumo excesivo de alcohol.

1.5 México moderno

El alcohol siempre han estado presentes en las actividades del hombre y cumplen funciones diversas: "para cohesionar a los individuos, para separarlos y motivar las riñas si se consume en exceso; para solidificar una relación social o para sellar un pacto financiero [...] Hay quienes beben para olvidar, mientras que otros lo hacen para celebrar. Otros beben por que se han casado y están felices [...] mientras que otros lo hacen por que no se pueden divorciar; otros más para celebrar su nuevo empleo y algunos por que no lo han encontrado. Razones para beber y drogarse hay tantas como individuos (Berruecos L, 1996).

En el año de 1960 el presidente Adolfo López Mateos, dicta una ley, la que vendieran bebidas alcohólicas, en los siguientes 5 años., además de negar permisos durante su mandato

Siguiendo el camino de los 10 presidentes anteriores en contra del consumo de alcohol, López Portillo creo el 31 de marzo de 1981 el Consejo Nacional Antialcohólico, el cual estaba a cargo de la secretaria de Salubridad y Asistencia.

1.6 Bebidas alcohólicas en México en la actualidad

Las bebidas alcohólicas se clasifican en tres tipos, fermentadas, destiladas y licores, que a su vez se clasifican de acuerdo a la concentración de alcohol etílico que poseen, en algunos países de Europa, América latina y Asia se utiliza la escala Gay Lussac, en la cual cada grado de alcohol puro corresponde a 1% del volumen de la bebida que contiene.

1.6.1 Bebidas fermentadas

Estas bebidas se elaboran mediante un proceso bioquímico, llamada fermentación, mediante el cual se transforman los azúcares simples (que se encuentran dispersos en el agua) en etanol y bióxido de carbono, mediante el efecto de las levaduras. Algunas de las bebidas tradicionales fermentadas en México son:

Cuadro 1. Bebidas fermentadas

Nombre de la bebida	Preparación	Zona de Consumo	Contenido de alcohol
Charape	Pulque, panocha blanca, canela y anís.	Acámbaro Guanajuato	Desconocido
Chilocle	Chile ancho, epazote, ajo, sal y pulque.	Guerrero	Desconocido
Tuba	Destilación de la palma de coco.	Colima y Jalisco	Desconocido
Tepache	Se compone de asientos de pulque, mezclados con agua, panocha o piloncillo, pimienta y hojas de maíz.	Se consume en todas las regiones de producción de pulque.	Desconocido
Tepache de jobo	Fermentación del fruto del jobo y de raíz del árbol del "xixique".	Puebla, Morelos, Oaxaca, Veracruz.	Desconocido
Ojo de gallo	Fermentación del agua con miel negra, pulque, pimienta, anís y chile seco.	Morelos, Oaxaca, Hidalgo y Tlaxcala.	Desconocido
Sangre de conejo	Mezcla de pulque fuerte con jugo de tunas.	Se consume al sur de San Luis Potosí, en los límites de Guanajuato.	Desconocido
Tesgüino	Fermentación del zumo de tuna y corteza del árbol de timbre.	Región Tarahumara en Chihuahua.	Desconocido
Tejuino	Maíz fermentado tierno, piloncillo o panocha.	Sonora, Jalisco y algunos estados de la frontera.	Desconocido
Bingarote	Hecho con cabezas de maguey, asadas en barbacoa, machacadas y fermentadas en un Recipiente en el cual se haya hecho pulque con anterioridad.	Se consume en zonas de producción de pulque, principalmente en la mesa central del Bajío.	Desconocido

Vino de caña	Infusión de la caña de maíz, molida que después de fermentar se endulza con piloncillo o panocha.	Zona centro.	Desconocido
Copalote	Fermentado de semilla de árbol de nombre "purú" y pulque dulce o tlachique.	Se consume en los estados de la altiplanicie.	Desconocido
Colonche	Jugo de tuna fermentado.	Guanajuato y San Luis potosí	Desconocido
Mantequilla	Mezcla de azúcar, pulque y aguardiente.	Desconocido.	Desconocido.
Zambumbia	Fermentación de la cebada tostada, agua, miel y piloncillo.	Desconocido.	Desconocido
Charangua	Se mezcla pulque agrio, miel y chile colorado al calor del fuego bajo.	Michoacán.	Desconocido
Liztle	Fermentado hecho con Jugo de caña, hierbas y algunas raíces.	Veracruz y Tabasco.	Desconocido
Sendecho	Se coloca maíz en un recipiente con agua, con el fin de que brote el tallo, una vez que esto se ha cumplido, este se deja secar, posteriormente se muele y al día siguiente se pone a cocer, se cuele, se hierve y por último se agrega piloncillo rayado.	Desconocido	Desconocido
Chanuco	Se pone a fermentar miel, frutas agri dulces molidas.	Costa de Guerrero.	Desconocido
Revoltijo	Tuna molida con cáscara, "raíz de pulque", se fermenta, y se le agrega aguardiente y mezcal.	Oaxaca.	Desconocido
Coyote	Se fermenta pulque con madera de timbre.	Estado de México y Puebla.	Desconocido
Polla ronca	Mezcla de pimienta y piloncillo, pulque blanco, zarzamora, capulín.	Morelos y Guerrero.	Desconocido
Coyol	Fermentación del fruto de palma.	Guerrero, Oaxaca y Chiapas.	Desconocido
Sisque	Alcohol hecho con aguamiel y maguey silvestre pasado por alambique.	Desconocido	Desconocido

Coarapa	Zumo de caña de maíz puesto en infusión con raíz de palo de timbre y panocha	Costas del Golfo	Desconocido
Tecolte	Fermentado hecho con gusanos de maguey, tostados y molidos, mezclados con pulque.	Zona centro.	Desconocido
Nochocle	Fermentación del zumo de la tuna, agua y pulque.	Desconocido	Desconocido
Tumbayaqui	Fermentación de polvo de alumbre, tejocotes y alcohol rebajado con agua.	Zona Centro	Desconocido
Balché	Fermentado de líquido del tronco de la palmera (se considera latamente tóxico)	Región Lacandona del estado de Chiapas y Quintana Roo.	Desconocido
Ostochi	Fermentación del zumo de caña y agua.	Desconocido	Desconocido
Cerveza	Fermentación de levaduras seleccionadas, mosto que proviene de la malta de la cebada.	Toda la República Mexicana.	3.5° GL
Sidra	Es el resultado de la fermentación total o parcial de la manzana o de su mosto.	Depende de su producción y distribución, publicidad y precio.	3° y 6° GL
Vino de mesa	Fermentación alcohólica de la uva o de mostos de la misma.	Depende de su producción, publicidad y precio.	9° y 14° GL
Vino generoso	Se le denomina así, puesto que se le añade alcohol fortificado.	Depende de su producción y distribución, publicidad y precio.	9° y 20° GL
Vino aromático	Obtenido mediante la maceración de hierbas dentro del vino o en el alcohol vínico puro, esto posteriormente se mezcla con el vino.	Depende de su producción y distribución, publicidad y precio.	15° y 23° GL

Fuente: Revolución Mexicana de Sociología, Vol. IV, N° 2 1942

1.6.2 Bebidas destiladas

Las bebidas destiladas se obtienen mediante la división de componentes volátiles, del vino para eliminar el agua, por medio de un proceso de calor, esto con el fin de obtener un producto con mayor cantidad de alcohol, una vez que esto se consigue, se prosigue a enfriar, los vapores convertido pues, nuevamente en líquido. A continuación se mencionaran algunos ejemplos de estas bebidas:

Cuadro 2 Bebidas destiladas

Nombre de la bebida	Preparación	Zona de Consumo	Contenido de alcohol
Aquavit	Se obtiene a partir de la destilación de cereales, papas, cominos y especias.	Depende de su producción, distribución, publicidad y precio.	38° y 55° GL
Brandy o vino quemado	Se obtiene a partir del vino.	Toda la República	38° y 55° GL
Ginebra	Se obtiene a través de Cereales por medio de la aromatización del alcohol etílico, a esto se le agrega bayas de	Depende de su producción, distribución, publicidad y precio.	38° y 55° GL
Ron	Se obtiene mediante la fermentación y destilación de melazas o jarabes de los azúcares de caña o de tafia o del jugo de azúcar.	Depende de su producción, distribución, publicidad y precio.	38° y 55° GL
Vodka	Se elabora a partir de cereales,	Depende de su producción, distribución, publicidad y precio.	38° y 55° GL
Whiskey	Se obtiene por medio de la destilación del mosto de cereales.	Depende de su producción, distribución, precio.	38° y 55° GL
Aguardiente	Se obtiene de la destilación de la caña y uva, o de algunas frutas primordialmente durazno y pera.	Zonas de producción	Desconocido

Mezcal	de la destilación del agamiel del maguey.	Oaxaca	desconocido
Bacanora	Es un tipo de mezcal que se obtiene por medio de la destilación del jugo de cabeza asada del maguey.	Sonora	Desconocido
Tequila	Es un tipo de mezcal que se obtiene por medio de la destilación del agave azul.	Toda la República	Variado

Fuente: Fundación de Investigaciones Sociales, A;C.

1.6.3 Licores

El último tipo de bebidas son los licores, estos se elaboran a partir de destilados, o de alcohol etílico y agua. Los licores son por llamarlo de alguna manera, aguardientes mezclados con azúcares y sustancias aromáticas tales como: menta, anís, vainilla, café, comino etc. En este grupo entran las bebidas conocidas como "digestivos", tales como el anís, kahlua, etc.

Un estudio reveló los datos estadísticos de la distribución y venta de bebidas alcohólicas en registros oficiales reportaron un 50% de aumento de 1976 a 1980, sólo integrando a este porcentaje algunos depósitos clandestinos y la venta de alcohol del 96° .

La cerveza es la bebida de preferencia (63% del consumo per cápita), seguida de los destilados (34%) y, en menor proporción, los vinos (1%), sin embargo, el consumo de esta última bebida se ha incrementado más que el de ninguna otra con un porcentaje de variación de 300% entre de 1970 y 1997, junto con la aparición de nuevos productos: los coolers (0.027 del consumo per cápita en 1997) y cockteles (0.015 litros), con contenido alcohólico de 5° los primeros y de 12° los segundos, que se comercializan como bebidas refrescantes teniendo como blanco principal al sector joven de la población. El tequila, por su parte, ha

presentado un incremento en la participación en el mercado de los alcoholes, de 0.13 l en 1989 a 0.47 l en 1997.

El consumo *per cápita* en el país ha registrado aumentos importantes. Al observar sus variaciones 1970 y 1997, se hace evidente que hay bebidas que han perdido importancia en los hábitos de consumo de la población a través de los años, mientras que otras se han ido introduciendo, en años recientes, al mercado mexicano adquiriendo relevancia como los ya mencionados coolers y cocktails, que empezaron a venderse en los años 80.

La variación entre 1970 y 1997 fue de 71% para la población total y de 45% para la población mayor de quince años. Estas diferencias se deben a los cambios dramáticos en la estructura poblacional del país.

El análisis según el tipo de bebida, muestra que la cerveza, aunque tiene una concentración baja de alcohol puro por volumen, ha contribuido en forma importante a elevar el consumo *per cápita* en México, a través de los años correspondió a dicha bebida entre el 61 y 71% del etanol consumido. Le siguen, en orden de importancia, los destilados, con una proporción que oscila entre 28 y 36%. Los vinos y las *otras bebidas* tienen una contribución mínima al consumo global de etanol. Así, bebidas como las sidras y licores tienen relativa importancia que, en conjunto, es similar a la de los vinos de mesa. Estos últimos, como ya se mencionó, han mostrado un aumento en el consumo a través del tiempo. Los destilados, en cambio, parecen haber disminuido su importancia relativa desde 1981.

En México, a partir de los años cuarenta, la industria de bebidas alcohólicas no sólo se ha desarrollado aceleradamente, en gran medida por la expansión de los fabricantes de otros países y por el crecimiento industrial del nuestro, sino que está dominada por muy pocas empresas. Así, por ejemplo, la cerveza prácticamente está en manos de dos compañías. Esta industria ha originado el desarrollo de otras manufacturas importantes para la economía como la refrigeración y el vidrio. Asimismo, de 1980 a 1994, la industria productora de destilados ha visto un gran incremento en la concentración del mercado; sólo dos firmas, Domecq y Bacardí y Cía., controlan más del 90% del mercado legal de los

brandies y rones, respectivamente, adquiriendo un carácter oligopólico que ya era observado en la industria cervecera. Ahora bien, aunque pocas empresas han desplazado a otras más pequeñas y/o de carácter familiar, compitiendo fuertemente por el mercado de consumidores a través de numerosas estrategias de promoción, de una eficaz distribución y de un alto gasto publicitario, el mercado del tequila presenta una mayor distribución entre las empresas fabricantes.

En nuestro país se han realizado algunas modificaciones en lo que se refiere a las políticas de intercambio con el exterior en materia de bebidas, se han eliminado los controles relacionados con los volúmenes permitidos para la importación, además de que, desde hace algunos años, se observa una importante penetración de todo tipo de bebidas en el mercado interno, hecho compatible con la actual política económica de apertura de mercados. El volumen de vinos importados se incrementó notoriamente entre las décadas de los ochenta y noventa.

Las bebidas que México exporta son fundamentalmente cerveza y tequila.

Los volúmenes de cerveza enviados al exterior han aumentado aceleradamente, a partir de 1985.

En el caso de los destilados, la importación en 1992 fue de menos de la mitad que la de 1990.

Es necesario señalar que, en el periodo, se registraron cambios económicos importantes en nuestro país, sobre todo los relacionados con las políticas de importación, los cuales se reflejaron en la disponibilidad de las bebidas alcohólicas. Los niveles de permisividad para la importación, existentes entre 1979 y 1982, se mantuvieron prácticamente sin cambio hasta que, después de 1985, el ingreso de México al GAT, la remoción de aranceles, la disminución del impuesto a bebidas importadas en un 80% y el Tratado de Libre Comercio con los Estados Unidos y Canadá, influyeron para que el mercado se inundara de bebidas de importación.

En 1982 los impuestos aumentaron 25% para la cerveza y 60% para las bebidas de alto contenido alcohólico. En 1998, se aumentaron nuevamente, representando entre el 25 y el 30% del precio final de las bebidas con bajo

contenido alcohólico, y entre el 35 y 40% de las bebidas con mayor contenido. El aumento de precios registrado en 1999, debido al incremento en impuestos y a otros costos de la cadena de producción y comercialización, se asoció con una disminución de la demanda estimada entre el 8 y 20% (Consultores Internacionales, 1998), ésta también puede obedecer a que el consumo se haya desviado hacia bebidas sin control fiscal.

La demanda de cerveza se reduce en 1983, a raíz del incremento de los precios, no obstante, en 1988 se observa un consumo elevado a pesar de que también hubo un aumento, la explicación de esta situación puede encontrarse en el bajo precio de esta bebida en relación con el de otras. Desde 1992 el precio ha disminuido considerablemente teniendo como resultado una recuperación del consumo per cápita. Según cifras del INEGI, en México el volumen de la producción de cerveza en 1999 (sin identificar las exportaciones) fue de 5 777.3 millones de litros, que permiten calcular un consumo per cápita anual de 57.7 litros; un consumo semanal por habitante de 1.10 cervezas, lo que equivale a 17.93 grs de etanol a la semana.

Por lo que respecta a la demanda de brandy, ha disminuido en los últimos 15 años, a pesar de las variaciones en el precio, mientras que la del ron se ha incrementado. El tequila, por su parte, ha mostrado una reducción en el consumo interno debido, probablemente, al aumento de los precios. (Muriá J, 1998)

El precio de las bebidas alcohólicas, se ha mantenido por debajo de la tasa de inflación, es decir que sólo han aumentado sus precios un 19.5% en el mismo periodo. La cerveza un 18%, las bebidas destiladas de uva un 19.4%, el ron y otras bebidas destiladas de la caña de azúcar aumentaron ligeramente por arriba de la tasa de inflación, 21.6%, y el tequila 24.3% (Consultores Internacionales, 1998)

Debido al precio tan bajo del mercado de bebidas alcohólicas, la cerveza es preferida de la población. Es decir que por cada peso que se gasta en alcohol, 64% corresponde a la cerveza y se producen 17 litros de este producto por cada litro de otros (Zurita y Lozano, 1998).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares del INEGI (1994), el aguardiente y el pulque son consumidos con más frecuencia en hogares que carecen de servicios, agua, teléfono y tienen pisos de tierra, en tanto que el vino de mesa es la bebida de preferencia de la población de mayores recursos. Se observan variaciones en la adquisición de diferentes tipos de bebida de acuerdo con la disponibilidad de teléfono y el material de los pisos de las viviendas.

El consumo general de alcohol se relaciona con el poder adquisitivo es decir, que entre más son los ingresos se consume en mayor cantidad, según datos del INEGI (1994) el 30% de la población que cuenta con mayores ingresos consume el 53% del alcohol disponible, por lo que, un aumento de precios tendría un impacto más grande en el sector más desfavorecido si éste no modifica sus hábitos de consumo. Lo que sugiere la necesidad de trabajar en la modificación de estos hábitos de consumo.

Cuadro 3. Venta Nacional de Bebidas Alcohólicas (miles de litros):

BEBIDA	1972	1975	1977	1980	1984	1985	1986
Pulque	311,767	242,559	261,785	240,000	234,000	n.d	n.d
Cerveza	1,512,669	1,951,888	2,131,015	273,552	2,518,400	2,739,214	2,749,000
Brandy	26,100	45,161	84,710	125,459	1,033,335	98,978	92,267
Tequila	23,780	20,588	31,631	41,927	31,301	27,313	16,877
Ron	20,822	18,050	14,718	17,014	39,997	37,883	33,713
Vinos de Mesa	5,653	7,987	10,832	20,637	28,351	22,244	14,206
Vodka	1,517	3,941	5,889	7,800	7,663	8,193	6,065
Whisky	6,263	6,778	3,986	4,231	1,371	1,878	1,800
Ginebra	3,918	3,476	4,202	5,263	2,701	2,060	903
Cogniac	n.d	n.d	1,073	827	n.d	n.d	n.d
Anis	n.d	n.d	n.d	897	888	924	969
Sidra			7,279	10,447	12,621	14,272	10,305
Vinos Generosos	n.d	4,300	6,300	7,254	7,712	6,817	7,492
Rompopo	n.d	n.d	3,080	4,238	1,358	3,638	4,532
Champagne	n.d	n.d	965	1,934	1,889	1,996	1,048
Vermouth	n.d	n.d	n.d	1,519	1,314	1,505	848
Licores y Cremas	n.d	n.d	2,559	3,888	3,568	3,763	3,298
Total	1,912,489	2,304,728	2,569,664	3,223,887	2,999,486	2,972,125	2,944,845

n.d= No disponible

Fuentes: Elaborado por el centro de Información y Documentación en alcohol, IMP, 1987. CANACINTRA, Cámara Industrial del Pulque, Asociación Nacional de Fabricantes de cerveza, Cortinas S.A. (alcoholismo, nuevos datos, viejas noticias, Haydee Rosovsky)

Como se ha podido observar a lo largo de este capítulo, el consumo de alcohol en nuestro país, es una práctica antigua que a lo largo de la historia fue reflejando las creencias, rituales y costumbres prevalentes, con distintos significados e impacto a través del tiempo. Procede ahora conocer la dimensión del problema en el México actual, para poder dar alternativas de solución mediante programas de tratamiento.

CAPITULO II EPIDEMIOLOGÍA EN MÉXICO

En el presente capítulo se enmarca la importancia del estudio de las adicciones, en zonas rurales y urbanas de nuestro país, se toman en cuenta publicaciones de consumo de alcohol y otras drogas, realizados en diferentes regiones del país.

Cabe destacar, que una posible relación del consumo de alcohol es la escolaridad, debido a que de cierta manera, la falta de instrucción puede ser un factor que influya a la población, ya sea urbana o rural, a cambiar sus hábitos de consumo.²

En el contexto de salud pública el alcoholismo implica para el individuo, problemas, tales como, mortalidad prematura, resultante de enfermedades asociadas a los accidentes, violencia, etc. A nivel social y económico, repercute en pérdidas de la productividad, aislamiento social, pérdida de oportunidades de trabajo con las consecuentes repercusiones en los ámbitos, familiar y comunitario.

El alcoholismo es el principal problema de adicción (INEGI, 2000) en México por lo tanto, es una preocupación y motivo de muchas investigaciones para su control.

2.1 Morbilidad y Mortalidad

Estudios han revelado que la cirrosis hepática es un padecimiento crónico, de origen muy diverso y generalmente progresivo. En sus etapas iniciales la enfermedad es asintomático y el hígado es capaz de desempeñar sus funciones adecuadamente, pero a medida que avanza a la arquitectura hepática se destruye, finalmente el hígado es totalmente insuficiente y la persona fallece con múltiples

² Esto, estos estudios se sustentan en la epidemiología, que es la disciplina que combina el saber médico con el conocimiento de aquello que determina la enfermedad, o que pone en riesgo padecerla, utiliza otros métodos y herramientas para poder saber la frecuencia, distribución y evolución de la misma.

complicaciones sistémicas (Narro J, Gutiérrez H, Borges G, Kershenobich D, López M, Corcho A E. 1999)

La cirrosis hepática regularmente se manifiesta en pacientes adultos de sexo masculino, frecuentemente de origen rural, los cuales consumen bebidas fermentadas (Narro J, 1992), en la mayoría de los casos por la falta de servicios básicos en la vivienda.

En un estudio realizado por Organización Mundial de salud en 1981, se encontró que en México, la norma de beber alcohol se basa en " quien puede beber más" y no hacia moderar el consumo, la mujer no debe beber, por el y hombre lo hace hasta que quiera. Mucha gente que bebe lo hace por querer olvidar las presiones sociales.

En un estudio realizado por Esquivel F, en 1982, encontró que algunas personas comenzaron a beber debido a que fueron instigados por sus familiares o bien por haber perdido algún familiar, decepciones amorosas, esto y otros factores son denominados desencadenantes de consumo y al mismo tiempo, actúan como un mecanismo de escape. Siguiendo la misma línea Roizen en 1980, observó en un estudio que los consumidores excesivos y crónicos presentan un alto índice de problemas, los cuales están relacionados a la intoxicación aguda o abuso crónico de alcohol (Ortega A, 2000).

Cabildo realizó dos importantes investigaciones, la primera de ellas es la revisión en el año de 1967, la cual revela la prevalencia de alcoholismo en un 0.7%, no obstante sólo se identificó a individuos alcohólicos sin hacer clasificaciones. El segundo estudio realizado en 1969, en una población del norte de la ciudad de México, encontró que el 46% de los hombres y el 19% de las mujeres se clasificaron como bebedores moderados, sin embargo, el 12% de los hombres fueron clasificados como bebedores excesivos, en tanto que el 11.7% se consideraron alcohólicos (Ortega A, 2000).

Otros estudios comparativos realizados en San Luis Potosí, Monterrey La Paz, Mexicali, y el DF nos muestran que la población mayor de 14 años, de edad reveló importantes variaciones entre las personas que presentaban abstinencia y los bebedores consuetudinarios, estos últimos en su mayoría de sexo masculino y

habitantes de la Ciudad de Monterrey, representando el mayor porcentaje del total, correspondiente a un (36%) mientras que el menor porcentaje con (12%) correspondía al DF. (Medina Mora y Terroba 1979; de la Parra, 1980; Medina-Mora y Cols., 1980 y 1980; Natera y Terroba, 1982).

Con los resultados de estas investigaciones se analizaron las diferentes regiones en el país destacando el norte por su consumo excesivo.

Otro estudio realizado por Calderón (1980), utilizó sujetos de una zona urbana y otra rural pertenecientes al sur de la ciudad de México, de esta muestra el 67% de los hombres de la zona urbana y el 85% de los hombres de la zona rural, indicó haber consumido bebidas embriagantes, 12 meses previos al estudio, sin embargo disminuyó en las mujeres las cuales el 48% y el 5% respectivamente, reportaron haber consumido bebidas alcohólicas por lo menos dos veces al mes esto en comparación con el 37% de los hombres.

En el año de 1983, el Instituto Mexicano de Psiquiatría (en adelante IMP), realizó un estudio entre estudiantes de enseñanza media superior del DF en la cual el 39% de los sujetos se clasificaron como usuarios leves mientras que el 85% como altos, es decir los que consumían más de 200 ml de alcohol en cada ocasión. Cabe destacar que las edades de los sujetos oscilaban entre los 14 y 18 años (Ortega A, 2000)

En el año de 1985, el alcoholismo fue la cuarta causa de muerte en personas entre los 15 y 64 años a nivel nacional. Además de ser una de las diez principales causas de hospitalización en las instituciones de salud, tales como Instituto Mexicano del Seguro Social (en adelante IMSS); Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado (en adelante ISSSTE), Secretaría de Salubridad y Asistencia (en adelante SSA). La mortalidad por esta enfermedad se ha investigado como indicador de la incidencia del alcoholismo. "Si se tiene en cuenta que sólo una fracción de los que consumen alcohol desarrollan cirrosis hepática, y que quienes la padecen, consumen en grandes cantidades o están en condiciones de alta susceptibilidad, las altas tasas de mortalidad por cirrosis hepática permiten inferir que el consumo de alcohol es una práctica muy

extendida, o bien que el grupo de bebedores tienen características que favorecen el desarrollo de cirrosis hepática (Narro J, 1999).

En ciertas regiones del país, desde hace 20 años las muertes por cirrosis hepática, son consistentes y altas en el DF, Estado de México, Hidalgo, Puebla y Tlaxcala, lo que crea la hipótesis de que el consumo de la bebida típica de estas regiones, que es el pulque, pudiera ser el origen de este padecimiento (Narro J, 1999)

En el caso del estado de Hidalgo de 1987 a 1992 se presentó como tercera causa de muerte la cirrosis hepática, mientras que, al año siguiente ocupó el segundo lugar; este mismo año, 61 de los 81 municipios de este estado reportaron un 72.6% de muertes a nivel nacional; Cabe mencionar que el municipio de Tasquillo, representó el porcentaje más alto de los demás municipios, siendo el 142.8 por cada 100 mil habitantes, que murieron por dicha causa. Este es un dato muy alarmante, puesto que es 6.4 veces más que los resultados a nivel nacional, mientras que representa el 3.2 veces más alta en el ámbito estatal. (Narro, 1999)

Otro dato alarmante es el del Valle del Mezquital, (el cual es una zona que se caracteriza por un alto consumo de pulque) se encuentran 12 de 20 municipios que ocupan los porcentajes más altos de muertes por cirrosis hepática.

En 1990 la ENA reveló que el 27.6% de la población entre los 12 y 17 años consume bebidas alcohólicas mientras que el grupo con edades de 18 a 65 años presenta un consumo del 53%. Cabe mencionar que el género difiere en cuanto al consumo, es decir, que el grupo de 12 a 17 años el cual el 31% son hombres y de 22.9% mujeres mientras que, en el grupo de 18 a 65 años el 73.4% son hombres y el 36.5% mujeres.

La ENA registro en el mismo año, del total de homicidios el 27% se relacionaban con algún tipo de droga de los cuales el 94% correspondieron a personas que habían ingerido alcohol mientras que el 41% fueron suicidios y estos estuvieron asociados con el consumo de alguna droga (ENA, 2001).

La muerte por accidentes automovilísticos en el mismo año (según el registro del SEMEFO) el 11.5% fueron personas que en el momento de su fallecimiento presentaron ingesta de alcohol. Por otra parte la muerte por cirrosis

presentó una tasa del 22 por cada 100,000 habitantes esto ocasionó que este tipo de circunstancia ocupara el 9º lugar por causa de muerte a nivel Nacional.

Otro estudio realizado por la misma encuesta reveló que la región occidental obtuvo el 78% en el consumo de alcohol en comparación con las otras regiones por ejemplo en la zona centro se observó el 69% de consumo mientras que en la zona conurbana y DF. Se obtuvo el 73.41%, por el contrario, la zona Nororiental obtuvo el menor puntaje que fue del 54.4%.

“La Encuesta Nacional del Uso de Drogas en la Comunidad Escolar” realizado en 1991 por el IMP y la Secretaría de Educación Pública (en adelante SEP), mostró datos de las entidades de Baja California, Tamaulipas, Chiapas, Oaxaca, Jalisco y el DF, en las cuales se encontró que el consumo de tabaco y alcohol son frecuentes en la comunidad estudiantil. Los datos revelan que un 6% y un 15% de los estudiantes ingieren bebidas alcohólicas al menos una vez por mes, los cuales son menores de 18 años (Medina-Mora E, 1992). La repercusión de esta forma de consumo, se relaciona con suicidios u otro tipo de lesiones.

Por ejemplo la Encuesta Nacional de Adolescentes, nos muestra el grado de suicidios por alcohol y drogas:

Cuadro 1 Encuesta Nacional de adolescentes 12-17 años, 1998.

Drogas	Usuarios	Suicidas	Población gral.
Drogas	No usuario	90%	97%
	Experimental	5.30%	2.30%
Alcohol	Uso continuado	4.60%	0.80%
	Bebedor problema	50.10%	27.40%

Fuente: Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1998.

Dicho cuadro nos revela, que el alcohol esta presente en el 50% de los adolescentes que se suicidan, mientras que por el uso de otro tipo de drogas es del 4.60% en la misma población, lo que se traduce en un alto índice de suicidio y en su relación con el consumo de alcohol y de otras drogas bajo el efecto del alcohol.

En 1993 la Dirección General de Estadística Informática y Evaluación entregó los siguientes datos por orden de importancia de la mortalidad por cirrosis

hepática en personas entre 15 a 64 de edad por entidad federativa, encontrando que el primer lugar lo ocupan los estados de Hidalgo, Estado de México, Puebla y Tlaxcala; el segundo lugar, Querétaro y Quintana Roo; el tercero, DF, Campeche, el cuarto, Baja California, Colima, Jalisco, Morelos, el quinto lugar lo ocupa, Chiapas, Nuevo León y Tabasco; El sexto lugar corresponde a: Baja California Sur, Coahuila, Chihuahua, Nayarit, San Luis. Sonora, el séptimo lugar lo ocupa, Durango, Guerrero último lugar lo ocupa Zacatecas. Lo anterior demuestra que desde hace varios años México en el ámbito mundial, ocupa el primer sitio, en muertes por cirrosis hepática, está presente en un porcentaje mayor en hombres en edad reproductiva y pos-productiva.

En el cuadro siguiente, además de representarse el lugar de la cirrosis se enmarcan otras enfermedades que sobresalen a nivel nacional:

Cuadro 2 Principales causas de mortalidad en edad productiva asociada al abuso de bebidas alcohólicas, 1996

No. Orden	Causa	Defunciones	Tasa
1	Enfermedades del corazón	65603	70.4
3	Accidentes	35073	37.6
5	Enfermedad cerebro vascular	24344	20.1
6	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	21753	23.3
9	Homicidios y lesiones	14508	15.6
19	Suicidio y auto lesiones	3020	3.2

Tasa por 100,000 habitantes de 15 a 64 años.

Fuente: SSA, mortalidad 1996.

Como se puede apreciar, la cirrosis se encuentra en el orden número 6 de las 19 principales causas de muertes en México, lo que nos refiere una preocupación por el consumo excesivo de alcohol.

En este mismo año, la Encuesta Nacional de Adicciones, realizó un estudio con población de 12 a 17 y de 18 a 65 años encontraron que en el primer grupo

sólo el 27.6% consumen bebidas alcohólicas; mientras que en el segundo grupo casi se duplica este consumo 53.5% en este segundo grupo se encontró que el 31.9% corresponden al sexo masculino mientras que el 22.9% pertenecen al femenino.

Tal es el caso de que los estudiantes que han consumido alcohol esta representado por el cuadro siguiente:

Cuadro 3 Consumo de alcohol alguna vez en la vida y último mes entre estudiantes del DF. De 1986 a 1993.

Alcohol	1986	1989	1991	1993
Alguna vez en la vida	55.8	72.2	65.5	73.8
Ultimo mes	12	14.9	21.1	24

Fuente: Encuesta sobre el uso de drogas en la comunidad escolar, IMP, SEP.1993.

Se puede apreciar que ha habido un incremento entre 1986 y 1993 del 18% en los estudiantes que han consumido alcohol alguna vez en la vida, en el último mes el consumo se ha incrementado en 100%, lo que indica que los estudiantes del DF. presentan un problema en su consumo de alcohol.

Además la ENA investigó las diferencias regionales de consumo de alcohol, los resultados indican que en Guanajuato, Hidalgo, Morelos, Puebla, Querétaro y Tlaxcala existe un alto índice de abstemios mientras que el 24% de los bebedores consuetudinarios radican en la frontera norte del país (Ortega, A 2000).

Cabe destacar el estudio más reciente sobre la situación de consumo de sustancias, entre estudiantes de la ciudad de México, con edades de 12 a 22 años, en la cual el 51% eran de sexo femenino mientras que el 48% pertenecían al sexo masculino, el 61% poseía la secundaria como escolaridad, mientras que el 27.6% bachillerato y por último el 11.4% poseía alguna educación a nivel técnico. Los resultados arrojaron que en el DF, el 54% de los adolescentes han usado alcohol alguna vez en su vida, en cuanto que un 30% lo han consumido en el último mes. Con los resultados anteriores los investigadores se percataron nuevamente de la diferencia de género en cuanto al consumo, obteniendo el

33.2% en población masculina mientras que el 27.2% perteneció a población femenina.

Respecto a la mortalidad causada por dicha enfermedad, datos proporcionados por la procuraduría General de Justicia del Distrito Federal revelaron que de 1978 a 1981 hubo un incremento del 24% en delitos que eran cometidos bajo influencia del alcohol (Rosovsky, H 1991)

Los padecimientos asociados con éste que provocan una mayor pérdida de días de vida saludable son: la cirrosis hepática (39%), la dependencia alcohólica (18%), las lesiones por accidente de vehículos de motor (15%) y los homicidios (10%) (Frenk J. Lozano R, González, Ma. 1994).

En 1982 las tasas de defunción por alcoholismo y psicosis alcohólica correspondieron al 4.5% por mil habitantes de los cuales el 14.4% eran de sexo masculino y sólo el 3.3% por mil habitantes presentaron síndrome de dependencia a al alcohol.

Otra causa importante de muerte en este año lo presentaron los suicidios del total de los casos reportados el 5% de estos presentaron alcohol en sangre; en 1984 hubo aumento en este tipo de suicidios registrando el 5.4% en hombres y el 0.6% en mujeres.

Otros datos registrados por el Servicio Médico Forense reportaron que de 1600 muestras de sangre realizadas el 57.6% contenían concentraciones de alcohol, de los cuales un 35% de las personas fallecidas habían sido en su mayor atropelladas.

En 1983 el IMSS registró del total de las hospitalizaciones que el 3.4%, se relacionaban al consumo excesivo de alcohol, del cual el 2.6% correspondían a cirrosis hepática. En ese mismo año el ISSTE presentó los resultados de los pacientes atendidos en este año el cual reportó que el 1.7% del total de los casos correspondían a Pacientes con Cirrosis Hepática. Mientras que SSA reportó que de todas las consultas atendidas por psicosis alcohólica y alcoholismo sólo se presentó en el 2% del total de la población masculina en edades entre 35 y 44 años. En un reporte realizado por la Dirección General de Salud Mental de 1978 a

1980 hecho a pacientes de sexo masculino con edades de 35 y 44 años encontraron que un 15.4% de estas personas presentaron alcoholismo.

En un hospital general se registró que de 500 pacientes de sexo masculino que eran internados el 36% presentaba problemas con el consumo de alcohol.

Mientras que la Cruz Roja de la Ciudad de México reportó que el 6% y el 14% de los pacientes que ingresaban al servicio se encontraban bajo el efecto del alcohol.

Otra investigación realizada por el Instituto de Nutrición Salvador Zubirán, reportó que del total de pacientes atendidos durante 28 años el 56% presentaron cirrosis alcohólica de los cuales el 94% correspondían a sexo masculino, además el 80% de estos presentó la primera sintomatología entre los 31 y 60 años de edad y 5 años después de diagnosticarlos el 56% de los paciente había muerto (Rosovsky H, 1991).

Como ya se ha mencionado, el alcohol juega un papel muy importante social, cultural, tradicional, histórico, política, y económicamente, por esta razón ha surgido una gran preocupación por controlar su consumo. Desde épocas prehispánicas existió un control, pero con el paso del tiempo este fue desapareciendo, y poco a poco se ha querido recuperar; en 1917 los diputados del congreso constituyente aprobaron una campaña Nacional en contra del alcoholismo que estaba a cargo del Departamento de salud Pública; en ese mismo año en el artículo 73 se plasma la necesidad de desarrollar campañas contra el alcoholismo. En 1955 continúan las campañas en contra del alcoholismo esta vez dirigidas a poblaciones marginadas, ya que se dieron cuenta que era un tipo de población mayormente susceptible ya sea por sus costumbres, tradiciones y demás a practicar el consumo de alcohol de manera excesiva. Por esta razón a través del tiempo además de crearse campañas se han desarrollado tratamientos para que el consumo excesivo de alcohol se pueda controlar.

2.2 Estudios en Zonas Urbanas y Rurales

La importancia de estudiar el consumo de alcohol en zona rurales y urbanas, radica en que ambas zonas tienen una percepción diferente del consumo de alcohol, no de lo que la bebida representa, sino de la costumbre de beber entre hombres y mujeres.

Dicho consumo en ambas zonas, tienen un componente similar, el cual es que las mujeres regularmente no consumen en los mismos lugares que los hombres. Generalmente pueden beber dentro de su casa. En algunas comunidades las mujeres adultas pueden beber en donde lo hacen los hombres. Regularmente en la familia los hijos pueden beber, sin embargo las hijas no. La familia ayuda a los varones si están "tirados" en la calle por exceso de alcohol, sin embargo si una mujer es golpeada por su esposo no es auxiliada.

El uso de alcohol en la sociedad está relacionado a lo largo de la vida del mexicano; desde su nacimiento al celebrar el bautizo, boda y muerte; en este tipo de eventos el alcohol siempre está presente. Varios estudios muestran que las personas que consumen alcohol tienen familiares que también lo hacen, sin embargo esto no significa que el alcoholismo sea genético, sino más bien, es un proceso de socialización de los individuos (Natera G, 1982)

Por consiguiente se han realizado varios estudios en estas diferentes zonas de la República Mexicana.

Es considerada, población urbana, a aquellas zonas que cuentan con la residencia en localidades de 2500 o más habitantes. Una característica de la zona urbana, es que ésta continuara, concentrando una proporción mayor de habitantes. (Hombres y mujeres en México. INEGI, 2001).

El abuso de sustancias alcohólicas, en la sociedad urbana, está asociado con riesgos, como tener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol, situación que fue reportada por el 23% de los adolescentes, según datos de la última Encuesta de Estudiantes de Enseñanza Media Superior, por otra parte el intentar suicidarse fue dos veces más frecuente entre quienes beben; Conducir después de haber

bebido fue reportado por el 9% de los menores entre 12 y 17 años, subirse en el auto de un conductor que ha bebido demasiado fue mencionado en un 16%. El 3.2% de adolescentes presentan síntomas que sugieren dependencia. (Ortega A, 2000).

Gasca 1998, analizó las actitudes y motivaciones psicológicas, los eventos de la vida, los problemas asociados y su relación con las variables demográficas de los sujetos, los cuales presentaron episodios de consumo excesivo. Este estudio se realizó en dos poblaciones del estado de Michoacán, pertenecientes una a zona rural y la otra a urbana; Se les aplicó un cuestionario validado en 1985 por Medina Mora y Cols, los datos que únicamente se utilizaron fueron de los sujetos que manifestaron haber bebido alcohol hasta embriagarse por lo menos una vez en el último año, esta muestra estuvo compuesta por 635 sujetos; encontrando que para el 40% de la zona urbana el embriagarse es poco usual, mientras que en la zona rural el 54% reporta más de un episodio de embriaguez. En ambas poblaciones se muestra que la edad de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas fue similar en ambas poblaciones, que fueron entre 16 a 20 años. En este estudio se analizó además la relación que existe entre embriaguez y eventos de la vida, al ser descritos como aquellas pérdidas materiales y no materiales encontrando que la embriaguez asocia eventos de la vida, se presenta en mayor cantidad en hombres de población rural, además que esta población presenta un mayor problema de consumo con relación a su situación económica y a las relaciones sociales. "Los resultados muestran que la embriaguez episódica es una práctica asociada en las dos poblaciones tanto por hombres como por mujeres, sin embargo, la que presenta mayor índice de embriaguez y problemas asociados por intoxicación por aguda es la población rural. Al analizar sus características demográficas y la calidad de vida de la población rural, el consumo elevado corresponde a las pocas oportunidades y motivaciones que se les presentan". (Medina-Mora, M., García, G., Rascón-Gasca, M., Otero-Monreal, B.1986)

La antropología ha permitido saber acerca del consumo de alcohol en zonas rurales e indígenas y al mismo tiempo hacer comparaciones transculturales desde una perspectiva social'

De los estudios que se han llevado a cabo en México se ha llegado a la conclusión de que el alcohol cumple una función bipolar, por un lado es causa de unión y por el otro de destrucción, esto por los efectos individuales que el alcohol desempeña en cada persona.

Existen dos investigaciones, las cuales han clasificado aquellas situaciones por las cuales se consume alcohol y estas son: las psicológicas, descritas como aquellas causadas por frustraciones, soledad, aislamiento, temores, conflictos, etc.; los aspectos sociales que son la cohesión social, festividades, trabajo etc; Las cuestiones políticas que son los intereses de control económico, cultural, etc; y por último los factores fisiológicos o genéticos.

"El alcohol es parte esencial de la cultura indígena en todos los poblados, y lo es hasta el punto que los indígenas tienen la impresión de que su vida social se dislocaría sin él " (Menéndez E, 1930-1979).

En el poblado de San Sebastián Petatlán, situado en la cabecera de Teziutlán, en la sierra Norte de Puebla se encuentra el grupo étnico del "Nahua" , su población actual es de 2,000 habitantes los cuales hablan nahua y en su mayoría también español, existen aproximadamente 173 casas en las cuales el promedio de edades que las habitan es de 8 y 11 años, el 51% de la población es mayor de 15 años predominan los campesinos; existen además obreros que trabajan en la ciudad de Puebla, en las minas de cobre. En 1552, Teziutlán, fue una fortaleza, llena de riqueza, existían enormes tiendas de raya, y la gente podía solicitar préstamos a los bancos claro, con réditos elevadísimos, como se sabe desde la época prehispánica, la gente intercambiaba sus productos, y en esta zona algunos de estas costumbres ancestrales no han cambiado, por ejemplo algunas personas ofrecen sus servicios, a cambio de unos litros de aguardiente. La comunidad no cuenta con los servicios públicos necesarios, aunque actualmente poseen agua potable y electricidad. En una sociedad como ésta encontramos características socioeconómicas estrechamente vinculadas al problema del alcoholismo: bajo índice de producción, bajos ingresos familiares, un elevado índice de emigración, desorganización social y familiar. En el año de 1977 San Sebastián había registrado ciento ocho expendios de bebidas alcohólicas,

nueve de pulque, cuatro de aguardiente y cuatro expendios de botellas con diversas sustancias alcohólicas. Lo anterior da una producción de cien litros autorizados y cerca de dos mil cien litros clandestinos. Las bebidas que comúnmente son vendidas en San Sebastián son: tequila, pulque que por lo regular es más vendido que el primero, el curado que proviene del poblado de "Cuyuaco" y se elabora mezclando aguardiente con pulque, otra bebida común es el "Caichal" que se prepara combinando dos litros de refresco, uno de pulque, dos botellas de cerveza y un cuarto de kilo de azúcar, también se encuentran las "Teporochas" las cuales se hacen con cerveza y aguardiente (en ocasiones se agrega una copa de tequila y la mitad de un refresco. En este poblado los hombres comienzan su consumo a los dieciséis ó dieciocho, las mujeres beben por lo regular solamente los fines de semana o en las fiestas este día ellas gobiernan, encarcelan a sus esposos para desinhibirse. Los niños regularmente tiene permitido beber en la fiesta en honor del santo al que festejen, acostumbran a beber cerveza o refresco con brandy, claro, en cantidades moderadas.

El consumo de alcohol durante la jornada de trabajo es muy común en zonas rurales, debido a que en muchas de estas los campesinos trabajan más de doce horas en el campo, con la mala alimentación que tienen, o la falta de agua potable, beben para saciar su sed o para olvidar su hambre. (Berruecos , Velazco 1996).

Al sur de México, Bunzel en 1946 reporto que las prácticas de consumo de alcohol estaban ligadas a la explotación de los campesinos. Ejemplo de ello es cuando, el campesino es invitado a beber, con el fin de que rinda en el trabajo, después es acusado de bebedor y es despedido, sin embargo, el papel que el alcohol juega en las poblaciones rurales no siempre es el mismo. (Ortega A, 2000)

Otro estudio del consumo de alcohol en este tipo de zonas esta relacionado en gran medida a la religión, como ejemplo Milpa Alta (poblado semi-rural, ubicado al sur de la ciudad de México) existen 300 fiestas dedicadas a los santos venerados en ésta área, esto quiere decir que de 365 día al año beben obligatorios 300 días, por consiguiente es común observar a personas en estado alcohólico tiradas en la calle. En este poblado hay solo un expendio de alcohol,

esto indica que hay producción clandestina lo cual es un problema en el control de calidad en los productos y no se sabe de los efectos secundarios que esto genera.

En la comunidad Mazahua, el consumo de alcohol en una semana es de 14.5 litros por adulto y en 1.5 en niños; consumen pulque y "teporochas" además el consumo semanal de cerveza es de 3,000 litros. sin embargo aquí el consumo de alguna manera esta justificada ya que el agua escasea y su valor es más alto que el alcohol. Sin embargo el consumo de alcohol es más bajo en las mujeres que en hombres. Existen sólo dos fábricas de alcohol legalizadas (Berruecos L, Velasco 1997)

En el poblado de Chichicastenango, se consumen grandes cantidades de aguardiente que es la bebida típica de este lugar, los mayordomos que son grupos de personas seleccionados por los funcionarios municipales para que organicen las fiestas patronales durante todo el año los mayordomos organizan bailes para recolectar dinero, estos empiezan los domingos después de las cuatro de la tarde y algunas veces terminan hasta el martes, a menudo baila una mujer con dos varones o un varón con dos mujeres. Después de haber bebido varias copas con frecuencia se retira una pareja a tener relaciones sexuales en el baño de vapor o en el pequeño maizal que esta atrás del patio. Además del consumo en estas festividades, se bebe todos los domingos y días festivos. El consumo es excesivo dentro de estos bailes, no es mal visto por la sociedad, por el contrario, las personas que beben demasiado hasta perder el control, son tratadas con consideración, bondad, y se les ayuda, si se caen, alguien los auxilia poniéndole un suéter a algún trapo que simula una almohada, además los llevan a lugares seguros en donde no puedan sufrir algún accidente. Si la persona que bebe tiene esposa, esta lo sigue y lo auxilia para que no se lastime, ni lastime a otros, cuando éste ya hace cansado, la esposa se lo lleva a casa y lo cuida, cuando éste se encuentra en estado de sobriedad, la esposa le dice a quien ha ofendido y él inmediatamente pide perdón, las personas, se muestran comprensivas debido al estado en que este se encontraban y aceptan sus disculpas. En estas celebraciones todos beben desde el niño hasta las personas de mayor edad, igual que en la mayoría de los grupos indígenas los hombres beben mucho más que el

resto de la población, se dice que el consumo diario de aguardiente es de un tercio de litro por persona (Menéndez E, 1930-1979).

Otro estudio realizado en la comunidad de los Chamulas, en Chiapas, revela que "la gran importancia social del consumo de alcohol puede ser mejor comprendida si consideramos las libaciones casuales en el camino o en las casas. Si varios indígenas se reúnen en el pueblo un día de mercado y poseen algún dinero, van a una cantina". Ellos no beben dentro de ésta, sino que se van al campo a convivir, buscan a un niño para que les sirva, cuando lo han encontrado le dan la botella y él debe inclinarse para que le toquen la cabeza en señal de bendición, posteriormente sirve los tragos. No se permite a ninguna persona rechazar un trago, si ya no desea beber le da un pequeño sorbo y vacía el resto en un recipiente que él lleva bajo su frazada. o bien, Si este va acompañado por su esposa le da a ella su copa para que lo vacíe en una botella, que ella trae consigo, con el fin de no derramar el líquido; esto debido a que las mujeres beben menos por consiguiente tienen el pulso más firme. Los Chamulas, según el autor experimentan diferentes reacciones durante el consumo de alcohol; La primera sensación que dicen los indígenas tener al consumir una copa es la de calor, después de dos tragos dicen "sentirse a tono" pueden tener alguna dificultad para estar de pie o caminar. El comportamiento de tipo sexual no se presenta en ninguna de las etapas. A la mañana siguiente de una borrachera los chamulas no sufren de dolor de cabeza ni mareos, no tienen sentimientos de culpa ni depresión visible.

Otro estudio realizado por Fromm y Maccoby en 1973 en zonas rurales del estado de Morelos, separaron a los bebedores por categorías, según los hábitos de consumo de alcohol, reportando lo siguiente: Primera categoría son los alcohólicos, que son aquellos que no pueden dejar de beber, beben hasta embriagarse dos o tres veces por semana; La segunda son los bebedores excesivos, los cuales son aquellos que consumen a diario o dos o tres veces a la semana, aproximadamente $\frac{1}{4}$ de litro de destilados o 4 cervezas, o una botella de vino, y sólo se emborrachan una vez al mes; La siguiente categoría es la de los bebedores moderados. Los cuales tienen la capacidad de controlar su consumo,

no abandonan sus obligaciones ni sus responsabilidades; la última categoría la ocupan los abstemios que son regularmente ex-bebedores. Con respecto a los porcentajes que cada una de las categorías ocupan, los investigadores encontraron que del total de la población, el 14.4% de los mayores de 16 años pertenecen a la categoría de los alcohólicos; mientras que el 13% corresponde a los bebedores excesivos; los bebedores moderados representaron el 47%; por último los abstemios sólo simbolizaron el 4%; el 21.6% restante de la población no se especifica en este estudio. Las bebidas que se consumen con más frecuencia son la cerveza y el brandy, mientras que, el de menor consumo es el tequila.

Los autores señalan que para este tipo de población es que existe una "...Vulnerabilidad cultural, la gente bebe porque es "muy aburrida la vida en el pueblo". Además definen el alcoholismo como un reflejo de la patología de la sociedad y es en sí misma, una razón para la violencia, el abandono de las familias, el estancamiento económico y el sofocamiento del sistema ejidal"; Para Fromm los abstemios son "generalmente campesinos que han rechazado patrones culturales tradicionales y prefieren actividades como la lectura, los deportes...La vulnerabilidad psicológica manifestada en el carácter receptivo los hace vulnerables al alcoholismo. Para muchos de los alcohólicos el impulso de beber esta determinado por su sentimiento de falta de hombría (Natera, G 1987).

Un estudio realizado por E. Martínez en 1975, en San Felipe del Progreso reveló que de 102,108 habitantes, el 68% menores de 25 años; el 33% mayor de doce años, analfabeta; el 34% pertenecía al sexo masculino, y estos tenían empleos eventuales y por último el 84% no poseía agua potable ni servicios de comunicación como carreteras en buen estado, por la escasez económica comían carne una vez a la semana. Esta población, consume a diario 10,000 litros de pulque y 1000 litros de alcohol etílico. El 100% de la población consume pulque, de estos el 47% añade perlas de éter y alcohol puro, se hizo un cálculo aproximado, se obtuvo que los adultos ingieren 14.5 litros de alcohol y $\frac{1}{2}$ litro los niños, este consumo se hace diariamente, la venta de la cerveza a la semana es de 3,000 cartones de cerveza, el pulque es distribuido por siete camionetas a domicilio; por otra parte, para conseguir agua potable las personas caminan 1.5

Km, y si quisieran hervirla tendrían que caminar 3 Km más, por tal motivo se podría suponer que el extremo de pobreza, medios transporte, falta de agua potable y la lejanía de servicios, son factores que orillan a los pobladores a consumir alcohol.

En 1985 el Instituto Mexicano de Psiquiatría realizó un estudio acerca de las características generales del consumo de bebidas alcohólicas con población indígena, pertenecientes a la Huasteca potosina, encontrando que existen muy pocas diferencias significativas en comparación con otros estudios realizados en otras zonas rurales, el IMP tiene la hipótesis de que estas discrepancias radiquen en el simbolismo de ver la vida a través de su cultura de cada individuo. Se encontró además que las bebidas que más se consumen son el aguardiente y la cerveza, estas son consumidas en el campo, cuando no tienen cosas que hacer, en rituales de tipo religiosos, en los días de mercado, Lomnitz 1969 llama a esta forma de consumo como ideologías de superficie, es decir que entre estos grupos el saber beber es una manera de conocimiento y poder, el que no sabe beber esta indefenso ante la sociedad, por ejemplo el bebedor en estado de ebriedad puede pedir un préstamo monetario a quien no este ebrio, días después esté último ira a la casa del primero a pedir que le pague lo que le prestó, el primero usará su estado de ebriedad de aquel entonces para decir que no recuerda, así el segundo esta desprotegido, en algunas Comunidades se consumen dos o tres veces por semana, para lo cual se reúne la misma gente, se consume por medio de "topos" (que son recipiente con medidas específicas) se consume de manera rotativa, generalmente consumen en la milpa, con la finalidad de reanimarse y no para emborracharse. En las fiestas domésticas se bebe menos que en espacios públicos, el ritual que se observa es de respeto. En conclusión de este trabajo se ha observado que las zonas rurales, están en periodos de evolución, es decir que están sido bombardeadas por las zonas urbanas, pero a diferencia de estas últimas carecen de los servicio que estas poseen, como son los servicios de drenaje, agua potable, transporte, educación, salud etc, por tal motivo no pueden cubrir sus necesidades básicas, por consiguiente son presas fáciles del alcoholismo (Natera G, 1987)

Campiollo (ver en Ortega 2000) señala que "...La determinación de los factores de riesgo para que se dé la cirrosis hepática-con la magnitud y la frecuencia del consumo de alcohol, el estado nutricional, los antecedentes de daño hepático, o la herencia- resultan de inmenso valor para explicar la presencia de tasas diferenciales en las distintas regiones, grupos sociales e individuales afectados. El análisis de la interacción entre los factores económicos y culturales es uno de los aspectos más importantes de éste complejo problema de salud .

Berruecos en un estudio realizado en 1996, señala que los Huicholes consumen una vez al año sustancias alucinógenas como acto de comunión ritual, esto con el fin de purificar a su alma de los pecados que cometieron y así poder acercarse a Dios. Por el otro el uso de sustancias en poblaciones urbanas en donde este consumo no se observa dentro de un marco religioso, sino se ha convertido en un problema de salud pública, asociado con la delincuencia y demás problemas que afectan a la sociedad. " El consumo de sustancias adictivas no es igual en las zonas urbanas que en las rurales por diferentes razones. En primer lugar, las zonas rurales mantienen relaciones más estrechas entre sus miembros[...]. Hay una relación estrecha entre economía y religión [...].En el caso de ciertas sustancias como el alcohol[...] se da por que favorece la interacción social. Para la sociología, los valores y normas son condiciones para que se siga un determinado comportamiento, el beber desde este punto de vista es una respuesta a estas normas y valores, que difieren con la edad, sexo, etc.

"Cuando los individuos lo ingieren sé desinhiben y pueden relacionarse de una mejor manera: por eso se dice que el alcohol es un lubricante social listo para utilizarse en todo tipo de eventos: ceremonias, tratos comerciales, se convierten así en un símbolo de estatus. Una fiesta es buena si circula suficiente alcohol en ella y es mejor si es de buena calidad" (Berruecos L, 1996).

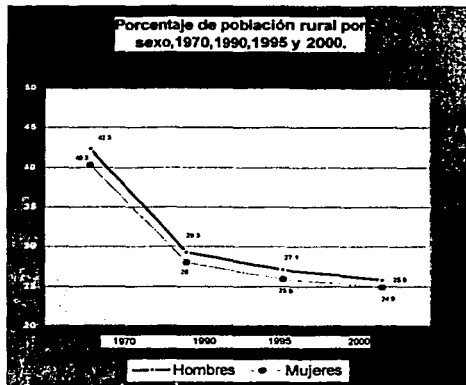
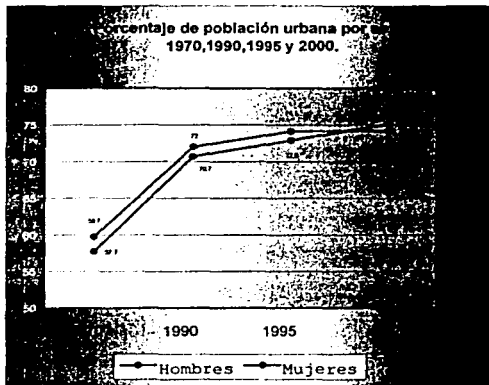
Los estudios anteriores, dan una idea de las diferentes formas y costumbres que tiene la población mexicana de convivencia con el alcohol. De cierta manera, la similitud entre ellos, no sólo radica en la edad, sino en la forma de percibir al alcohol como un elemento de carácter social, es decir, como un mecanismo de relaciones entre los individuos, como lo son fiestas patronales, eventos juveniles,

reuniones familiares, etc., así como también de desprecio a quienes lo toman ya sea en exceso o no, como es el caso de las mujeres en zonas rurales. De la misma forma que se percibe la presencia del alcohol, en casi todo trato social, éste también se ve ligado a la forma en que es visto en diferentes zonas urbanas, así como en su grado de instrucción educativa, es decir, el consumo de alcohol en zonas rurales, en su mayoría, esta ligado a una festividad patronal y religiosa, a una fiesta, a cierres de contratos comerciales, al encuentro ocasional de amigos, etc., además su escasa formación educativa, no les permite saber, que tienen algunas alternativas para que su consumo no se torne problemático, tanto para su familia como para su comunidad.

"el alcohol forma parte de todos los contactos sociales y por ello es necesario. Puede decirse prácticamente, que es el medio de contacto[.] Si alguien quiere hacer un trato este, queda sellado cuando el vendedor acepta un trago del comprador[...]. El alcohol es considerado como una necesidad, por lo cual no es motivo crítica [...]En esta población el aguardiente es el gasto más alto que hace una familia debido a que esta presente, en bautizos, entierros, curación de los enfermos, además de esta pérdida económica cabe destacar, el tiempo, objetos y dinero que el individuo pierde por beber. Las probabilidades que un indígena de Chamula sea alcohólico son altísimas, esto no solo debido al medio externo, sino también a las circunstancias culturales que afectan a la personalidad del niño. Ya que desde pequeños se les obliga a beber, aún cuando a la mayoría de ellos les disgusta el aguardiente. En suma, el alcoholismo no solo es una reacción individual sino un fenómeno social. Aunque en algunas culturas prevalece más que en otras.... " (Menéndez, E 1930-1979).

Para las zonas urbanas, no sólo el participar en fiestas, o algún evento religioso, etc. significa consumir alcohol, es decir, en dicha zona, se puede encontrar bares, restaurantes, escuelas (preparatorias y universidades en su mayoría), etc. donde el beber es una forma de convivencia cotidiana y es parte de una forma de vida que se va transformando según la edad y la facilidad de acceso que se tenga a las bebidas y al consumo.

Si comparamos ambas zonas, podemos apreciar que la zona urbana en México, se ha incrementado década tras década, dejando al hombre y mujeres del campo en un deterioro social, económico y sobre todo con mayor susceptibilidad a problemas sociales que ahora no son sólo de zonas urbanas, sino que también son de zonas rurales, como lo es el alcoholismo, en éste caso.

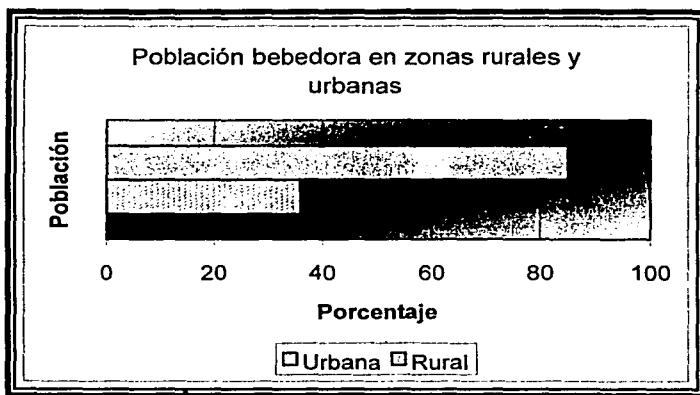


Ambas graficas muestran, el comportamiento que se ha ido dando entre ambas zonas, es decir, el incremento en una es el decremento de otra, dejando a las zonas rurales de México cada vez con menos población.

Destacando cuanta población en zonas rurales y urbanas han existido a lo largo de los estudios antes descritos, así como su nivel de instrucción escolar, puedo inferir, que la falta de educación (característica de las zonas rurales) así como su población (que va disminuyendo ya sea por factores económicos o no) ha sido un factor influyente en la manera y costumbre de beber. Por ejemplo, en las zonas urbanas y en una población reproductiva (considerada por el INEGI, de 18 a 40 años) el nivel educativo es alto -considerando que la educación en México en promedio es de 7.5 años de instrucción-; relacionando su forma de consumir alcohol con su educación en dicha zona, observamos que éstos se catalogan como bebedores moderados y excesivos únicamente.

En zonas consideradas alfabetas, en casi su totalidad (por el porcentaje de enseñanza en ellas, datos oficiales) como es el DF, Monterrey, la Paz, entre otros, el porcentaje de bebedores frecuentes presentaban entre el 1 y 36%, Terroba. 1982, mientras que en zonas rurales y con bajo nivel educativo, dicho porcentaje se elevaría hasta el 85% como se demostró en el DF por ejemplo, una de las zonas sometidas al estudio de Terroba, 1982 y Calderón 1982.

Los porcentajes anteriores, muestran, que la población rural es más susceptible a consumir bebidas alcohólicas, ya que casi en su totalidad han consumido alcohol de una u otra manera:



Como se puede valorar en la grafica anterior, la población rural tiene el mayor porcentaje de población consumidora de alcohol, está tendencia no solo significa la posible falta de agua potable y otros servicios en la vivienda y de problemas económicos de la sociedad rural, sino también de la falta de información de los daños que causa el abuso en el consumo de alcohol. De la misma manera se encuadra el porcentaje de la población urbana, que consume alguna bebida alcohólica, siendo que éste es del 35%, mayor moderación talvez por la cultura del consumidor, es decir, en las zonas urbana se cuentan con la

gran mayoría de servicios en la vivienda, así como también de información sobre el uso y consecuencias de beber alcohol en diferentes cantidades.

Por otro lado la ENA, ha revelado que la población en zonas urbanas y en las comunidades estudiantiles el consumo de alcohol esta alrededor de 20%, mientras que en las zonas rurales, en primer lugar no existe una comunidad estudiantil, además de que en esas zonas y en dichas edades, ya se ha iniciado el consumo de alcohol con pulque o cerveza, por la falta de agua así como de la necesidad misma de consumir líquidos en una jornada que no es de estudio sino de trabajo en la tierra o en el jornal si es que existe, o simplemente por la costumbre de beber y la necesidad de ello.

Las investigaciones epidemiológicas, sociales y de la salud han hecho propuestas para estudiar el consumo de alcohol y tratar de abordarlo, proponen:

- a. Precisar los factores de riesgo que propician la cirrosis hepática, como lo son: consumir alcohol, alimentación, hepatitis, herencia, etc.
- b. Estudiar la diversidad regional, zonas urbanas y rurales, género, nivel educativo, etc.
- c. Observar los patrones de consumo alcohólico principalmente el relacionado con pulque.
- d. Identificar los factores socioculturales que generan el consumo de alcohol (especialmente aquellos relacionados con el pulque).
- e. Seguir el curso de la enfermedad en poblaciones migratorias.
- f. Registrar el gasto de consumo de alcohol, ya sea que este autorizado legalmente y el clandestino, los efectos físicos, psicológicos de este último y su posible relación con la mortalidad por cirrosis hepática.
- g. Consecuencias de los patrones de producción y distribución de pulque y además bebidas alcohólicas en el comienzo y en el desarrollo de la cirrosis hepática.
- h. Analizar las características de los servicios de salud para diagnosticar, atender y dar atención a los pacientes con cirrosis hepática.
- i. Registrar la facilidad, utilización, calidad, eficiencia, y costo de la atención a pacientes con cirrosis hepática.

Lo anterior servirá para crear programas de prevención de consumo excesivo de alcohol, así como para crear instituciones especializadas para la atención de pacientes con cirrosis hepática. Además deberá tener más cuidados en los programas dirigidos a las comunidades indígenas, como ya lo señalan los autores, (de la Fuente; J.R Sepúlveda; J A.) "En las poblaciones indígenas muy marginadas es pertinente explorar alternativas a la tradición prehispánica del consumo de pulque y remediar la falta de otros satisfactores básicos, como la alimentación suficiente y adecuada e incluso agua potable.."Ya que se deben crear programas que cubran de manera realista las necesidades de estas poblaciones. Los autores proponen los siguientes puntos para poder abordar el problema del alcoholismo desde una perspectiva preventiva que son: La prevención primaria y la secundaria, en la primera existen tres estrategias principales para combatir la cirrosis hepática, la primera es por medio del control del consumo del alcohol, la segunda es por medio de programas orientados al control en el consumo de alcohol y la última es promover opciones que sustituyan el uso de alcohol. El segundo tipo de prevención esta indicado para proyectos de prevención individual, familiar y comunitaria en las poblaciones de alto riesgo, es decir, en aquellas que registren altos índices de mortalidad por cirrosis hepática. Estos proyectos deben tomar en cuenta el contexto social en el que se desarrollan individualmente el alcoholismo.(De la Fuente J, 1999)

En suma es importante señalar que en las zonas rurales del país, es común encontrar poblaciones que interactúan con el alcohol, así como con personas que presentan problemas de alcoholismo, también no es sorprendente que en esas zonas no existan campañas adecuadas para prevenir el alcoholismo, ya sea por la falta de educación o simplemente por que no existe tanta preocupación por el sector rural.

En el capítulo siguiente se mencionaran algunos de los tratamientos aplicados a lo largo de la historia y una propuesta de prevención secundaria, que debe ser adaptada para que cubran de manera realista las necesidades de nuestra población.

CAPÍTULO III. TRATAMIENTOS PARA EL ABUSO EN EL CONSUMO DE ALCOHOL

El uso del alcohol existe desde hace 4 mil años antes de Cristo, los documentos que revelan este uso son unas tablillas de arcilla encontradas en Mesopotamia, los cuales, según expertos, revelan una lista de gastos, en los cuales se incluye "pan y cerveza para el día.

Desde aquellas remotas épocas el alcohol comenzó a ser un problema. En Cartago, África, se comenzó a tomar medidas contra el abuso del alcohol, por ejemplo, se propuso una ley que prohibía a los recién casados sostener relaciones sexuales la noche de bodas, esto con el fin de evitar crear a un hijo con malformaciones.

Galeno, Plinio y Séneca también se dieron cuenta que el consumo de alcohol en exceso también causaba graves problemas, así que crearon tres tipos de tratamientos:

- ✓ El primero de tipo preventivo que consistía en mezclar con el vino (especies, miel, jengibre, agua de mar, resinas o vinagre) esto con el propósito de evitar que los "espíritus" llegaran a la mente, cuando se bebía en exceso.
- ✓ El segundo tipo de tratamiento se utilizaba al día siguiente de beber para evitar los efectos que el alcohol produce, consistía en: laxantes, col, diuréticos, bebidas amargas y más alcohol.
- ✓ El último tratamiento consistía en castigar con cárcel y pena de muerte, a aquella persona que reincidía en el consumo excesivo.

En el siglo XIX el rey Edgar propuso una ley en la cual las personas eran castigadas si bebían más de la "marca" hechas en los vasos que había indicado el rey.

En 1760 John Adams se preocupó por el problema del alcoholismo, así que puso un límite en la construcción de tabernas, se pretendió regular el tiempo en que las personas podían permanecer en las tabernas, si alguien sobrepasaba este límite se le castigaba con látigo, trueque para tenerlos trabajando a su servicio.

En el año de 1591 las leyes contra el abuso de alcohol establecidas por los antiguos mexicanos regresaron, volvieron a funcionar nuevamente, esto en consecuencia a que los indios ni los españoles poseían control al beber. Estas leyes ahora modificadas se aplicaban a los indios, mestizos, mulatos y españoles plebeyos, a quienes eran sorprendidos en estado alcohólico las reglas iban desde el encarcelamiento, azotes o raparlos y si a pesar de esto continuaban bebiendo se les mataba. Pese a la conquista, el uso de alcohol en las ceremonias no llegó a desaparecer, ya que los indígenas bebían en ceremonias, aunque adoraban ahora a los "santos" impuestos religiosamente por los españoles. (Rosovsky, 1991)

El alcoholismo, consideran algunos expertos, es una enfermedad progresiva indica que individuos con cualquier evidencia clara de problemas de alcohol desarrollarán una dependencia severa al alcohol si no dejan de beber (De la Fuente 1987), En la actualidad se ha convertido en un problema social, económico, político, cultural, físico, lo cual es un foco de preocupación por lo que a lo largo de la historia se han creado diversos tratamientos en el mundo para poder controlar este consumo. Actualmente el alcoholismo se encuentra entre las 10 principales causas de muerte en México.

3.1 Tratamiento con fármacos

El tratamiento utilizando medicamentos como el "Disulfam", Wallersterin (1957), Kline y Kingstone (1977), Baker, Lorei, Mc Knight y Dubai (1977), Amor, Polich, Stambul (1978)¹ actúa a nivel fisiológico, provocando una respuesta antagónica al consumir alcohol. Este medicamento presenta reacciones secundarias (vómito) a las que el individuo se expone cuando lo consume, aunque se reportan resultados benéficos al detener la ingesta, presenta reacciones secundarias después de su uso.

Otro medicamento es "*Carbanide de calcio*" Un estudio realizado por Marconi y cols (1966)² para probar su efecto reportó efectos parecidos al "*Disulfam*" aunque

¹ En Ayala, H y Gutiérrez, M. (1993)

² Idem

el "Carbanide de calcio" produce efectos más rápidos. Sin embargo Armstrong y Kerr (1956)³ encontraron resultados negativos al uso de medicamentos con el uso de psicotrópicos como: ansiolíticos, tranquilizantes, antidepresivos y antipsicóticos. Otro estudio realizado por Gessner, (1979) y Lowenstan (1967),⁴ en donde se utilizaron psicotrópicos, reportaron buenos resultados sobre todo en el periodo de desintoxicación, ellos suponían que algunos de los síntomas como ansiedad o la depresión son controlados por el medicamento además de que lograron disminuir el consumo de alcohol.

El "Metronidazol" es otro medicamento utilizado, el cual provoca una reacción antagónica a la ingesta de alcohol. En un estudio realizado a 50 sujetos en 1964 por Taylor se observó que con el consumo de este medicamento el 90% de los sujetos presentaron abstinencia por un periodo de 2 a 5 meses. Sin embargo debido a que no se recibió ninguna terapia, la reincidencia fue alta.

En estos estudios controlados ningún medicamento ha demostrado la disminución en el consumo de alcohol y existe poca evidencia de que la eliminación de síntomas disminuye las tasas de reincidencia; sin embargo el uso de medicamentos sigue siendo el uso más común en el tratamiento de pacientes alcohólicos (Ayala H; Gutiérrez M, 1993).

3.2 Terapias aversivas

En estas terapias se usan sustancias desagradables o bien estimulación eléctrica dolorosa apareada con el uso de alcohol (todo en forma controlada) con el fin de establecer una respuesta negativa al uso de alcohol, creando en el paciente la suspensión de alcohol por un periodo de tiempo y así se da la posibilidad de que el paciente mismo resuelva sus problemas y modifique patrones de conducta que lo ayuden en su consumo de alcohol. Glover y Mc Cue (1977)⁵ reportaron

³ Idem

⁴ Idem

⁵ En Ortega A, (2000)

resultados positivos en el uso de esta terapia sin embargo, Miller (1978)⁶ no encontró diferencias significativas en el uso de terapia aversiva.

3.3 Psicoterapia

La base en el proceso de la aplicación de Psicoterapia es el "insight" ya sea en terapia grupal o en terapia individual. Baekelanmd, Lundwall y Kisssin, (1975) reportaron que el 15% de los sujetos que acudieron a psicoterapia, alcanzaron la abstinencia, mientras que el 47 % lograron la disminución en su consumo. Cabe destacar un estudio hecho por Curlee (1971) en el cual reporta que la psicoterapia funciona solamente con un tipo de pacientes los cuales tienen un coeficiente intelectual alto y que poseen buenos niveles de imaginación. Sin embargo, debido a la falta de evaluación de este tipo de terapias en donde se pudiera medir su efectividad, no se tiene el conocimiento claro para saber la efectividad en el área de las adicciones (Ortega, A, 2000).

3.4 Grupo de Auto ayuda

El tratamiento más común son los grupos de Alcohólicos Anónimos, los que consideran al alcoholismo como una enfermedad física, mental, emocional, espiritual, progresiva e incurable. Este tratamiento funciona por medio de la experiencia de un alcohólico, que ayuda a otro, con el fin de mantenerse en absoluta sobriedad, para ello el alcohólico debe lograr un cambio interno por medio de pláticas, y redes de apoyo familiares.

De AA se han desprendido 2 ramas por llamarlo de alguna manera, la primera de ellas son los grupos adicionales, mencionado anteriormente en los cuales el 28% de los miembros son menores de 30 años.

La segunda son los llamados grupos de 24 horas que además de las reuniones poseen un anexo, en donde los familiares pueden internar a sus

⁶ Idem

familiares alcohólicos, este tipo de grupos ha sido muy criticado por los malos tratos que aparentemente se les da a estas personas.

Sin embargo por razones de dificultad para obtener información, se sabe poco sobre el número de pacientes que ingresan y la efectividad de dichos grupos. (Rosovsky H, 1998).

3.5 Juramentos y limpias

En zonas rurales existen tratamientos alternativos para el consumo de alcohol, aunque debido a la falta de documentos escritos se desconocen sus resultados.

El primer paso para poder entrar en juramento, es que el interesado acuda a una Iglesia, en donde se les proporciona una forma en la cual se escribe tiempo por el cual se dejará de consumir alcohol.

Sin embargo al llegar el plazo, muchas de estas personas que han jurado consumen de manera excesiva.

Las limpias son muy comunes en zonas rurales, debido a que algunas personas piensan que el consumir se da debido a "malos espíritus o a brujerías hechas por algún enemigo", estas personas recurren a los curanderos o brujos para que por medio de hierbas les ahuyenten a esto "malos espíritus". Debido a la falta de literatura y estadísticas no se sabe que tan efectivos para esta población suelen ser.

Por falta de registros estadísticos se desconoce el número de personas que acuden a estos "tratamientos" y el porcentaje en el que funcionan.⁷

⁷ Información proporcionada por un sacerdote y colaboradores de una comunidad rural al sur de la ciudad de México.

3.6 Tratamientos orientados a la moderación y de corte breve

La intervención breve describe aquellas técnicas específicas las cuales confrontan a los usuarios y los motivan para iniciar un tratamiento.

Las características de estas intervenciones se restringen actualmente a un máximo de cuatro sesiones, en las cuales se proporcionan apoyo y consejo a personas que tienen problema con su forma de beber y que han sido diagnosticadas con dependencia media, con el fin de motivar a modificar su conducta de consumo de alcohol; además de dar información primordial para que puedan lograr que su consumo sea moderado, estos tratamientos son realizados por personas capacitadas en el campo de las adicciones (Ayala H; y cols., 1998).

Algunos estudios revelan la importancia de este tipo de intervención, tal fue el caso de Wall y Allen (1944)⁸ estudiaron a 19 pacientes los cuales fueron orientados a reducir su consumo durante el tratamiento, estos pacientes tenían motivación hacia el cambio. Esta investigación es considerada como uno de los primeros reportes sobre la efectividad de este tipo de tratamientos.

Davies Shephered y Myers (1956)⁹ reportaron que únicamente 7 pacientes de sexo masculino de un total de 93 seguimientos, mostraron un consumo moderado. Este tratamiento consistió en el uso de tratamiento con medicamento "disulfiram", terapia individual, y trabajo con la familia. Davies no intentó establecer algún criterio para un consumo moderado, sencillamente, reportó que los pacientes tomaban tres cervezas cada tarde, y otros sólo bebían pequeñas cantidades, algunos otros sólo consumían en ocasiones especiales como en navidad, comidas o viajes. La duración del consumo moderado, el periodo más corto antes del seguimiento fue de 7 años y el más largo de 11 años. Se asumió que los pacientes que estaban capacitados contra una posible recaída en un consumo excesivo de alcohol en episodios casuales de intoxicación. Consideran a la recaída como parte normal del comportamiento típico del bebedor.

⁸Ayala, H, Gutiérrez, M(1993)

⁹ Idem

En el mismo año Norving y Nelson¹⁰ realizaron un estudio en el hospital de Copenhague, con pacientes alcohólicos los cuales recibieron tratamiento y que fueron dados de alta; de 3 a 5 años posteriores se observaron los efectos producidos principalmente en el contexto social. Encontrando que la mayoría de los pacientes se convirtieron en bebedores moderados, es decir que de 114 pacientes más de la mitad consumía alcohol eventualmente, mientras que 37 pacientes lograron la abstinencia; no obstante 16 pacientes los cuales se clasificaron como bebedores normales continuaron con el uso de "disulfam" de vez en cuando como una forma de control. Estos autores concluyeron que es posible trabajar con alcohólicos siempre y cuando estos se sientan capaces de regresar a un consumo moderado.

Preffer y Berger (1957) realizaron un seguimiento a 169 pacientes con problemas de alcoholismo los cuales fueron tratados por medio de psicoterapia. Sin embargo sólo 60 del total de los pacientes ocuparon un lugar en el tratamiento un año después de haber sido dados de alta, de estos sólo 48 pacientes habían logrado la abstinencia en el último año, además 7 de los pacientes intentaron cambiar su consumo, sin embargo tuvieron recaídas durante el tratamiento y continuaron bebiendo, Por el contrario aquellos que mostraron una reducción de su consumo, mostraron un cambio positivo o la disminución en algún tipo de patología (Ortega A, 2000).

La carencia de resultados positivos en investigaciones realizadas a pacientes alcohólicos con el uso de diversos tratamientos como son: Uso de medicamentos, terapias aversivas, psicoterapias, resaltan de manera controversial el usar la abstinencia como única opción de tratamiento.

Pattison, Sobell & Sobell (1977) expusieron las observaciones de 74 investigaciones dando los resultados del consumo controlado, en el cual el 12% de en más de 10,000 usuarios bebieron de forma moderada en el seguimiento, además se encontró que en el 17% de los sujetos la meta de su tratamiento fue la moderación. Aunque en aquellas personas que decidía la abstinencia como meta

¹⁰ Idem

y que regularmente tenían recaídas una buena opción para ellos sería la moderación.

Aunque la abstinencia continúa siendo factible como meta de un tratamiento, esta alternativa de moderación con investigaciones posteriores llegará algún día a ser una opción más recurrida (Fox, 1976; Nathan, 1976). Otros investigadores como Lovibond, 1975 y Caddy, 1977; Miller y Joyce, 1979¹¹ señalan que *las ventajas de la moderación* siguen siendo diversas, puesto que es preferible para los bebedores excesivos, en una etapa inicial, por lo que puede ser más efectivo que los métodos anteriormente mencionados.

Como ya lo hemos mencionado con anterioridad en la actualidad la mayoría de los tratamientos de consumo excesivo de alcohol promueven únicamente la abstinencia como solución final sin embargo, sin embargo investigaciones recientes señalan que la opción de la moderación como meta alternativa de tratamiento tiene ventajas en los seguimientos a largo plazo.

3.7 Teoría del Aprendizaje Social y su aportación a las intervenciones breves

El programa de auto-cambio dirigido para bebedores problema, del cual hablaremos en el siguiente apartado está basado en la Teoría del Aprendizaje Social (en adelante TAS de Bandura ,1969,1967,1978,1982,1985).

En contraste con los modelos de enfermedad que sólo consideran la presencia o ausencia de la enfermedad, donde hay una progresión inevitable hacia el alcoholismo, la Teoría del Aprendizaje Social (**TAS**) expresada por Bandura (1969, 1967, 1978, 1982 y 1985), se basa en la premisa de que conducta humana es aprendida, más que determinada por factores genéticos, siendo ésta producto de la interacción de factores biológicos, medioambientales, cognoscitivos, emocionales y psicológicos. Esta Teoría sostiene que los patrones de conducta, las normas sociales y las culturales se adquieren mediante la observación de un modelo, pudiendo favorecerse de esta forma el aprendizaje de

¹¹ Idem

determinadas conductas, pero así mismo es posible desaprender aquellas conductas que no favorecen el desarrollo del individuo.

Esta teoría sitúa a los comportamientos adictivos en una categoría de conductas inadecuadas, que se adquieren y se mantienen mediante el modelamiento, el reforzamiento social, los efectos anticipados del alcohol, la experiencia directa de los efectos del alcohol como recompensa y castigo y la dependencia física. Sin embargo, estos comportamientos son sujetos de cambio y pueden ser modificados por la aplicación de los principios de la Teoría del Aprendizaje Social.

Un cuidadoso análisis del comportamiento inadecuado puede llevar a un plan de tratamiento que se centra en modificar las respuestas que da el cliente (paciente) a su medio ambiente enfatizando la responsabilidad que tiene éste en la elección de estas nuevas conductas, entrenándolo en:

- 1) Habilidades sociales y de competencia, manejo de la ira o el enojo.
- 2) Búsqueda de nuevas alternativas de afrontamiento.
- 3) Reconocimiento anticipado de las consecuencias de la conducta, que permita la elección de la conducta más adecuada.
- 4) Manejo y establecimiento de metas.
- 5) Desarrollo de capacidades de autorregulación y auto-evaluación que permitan reflexionar acerca de las conductas, pensamientos e ideas propias.
- 6) Entrenamiento en habilidades de auto-eficacia, que permitan al individuo afrontar una situación específica, influyendo directamente en el desarrollo y mantenimiento de la conducta.

De esta forma la TAS supone que el individuo puede elegir el alcohol como un medio para alcanzar sus metas, pero también puede elegir otros tipos de conducta para lograr sus fines. Por esta razón es posible predecir y tratar la conducta adictiva.

3.7.1 Aplicación de la Teoría del Aprendizaje Social en el campo de las adicciones.

La **TAS** en el campo de las adicciones difiere de las teorías tradicionales de adicción que se enfocan en un modelo de enfermedad médica, enfatizando en la farmacología de las propiedades –psicológicas del alcohol y sus efectos (Collins y Marlatt, 1983). El énfasis primario de las teorías biológicas es un proceso bioquímico incontrolable donde el individuo adicto es considerado como una víctima de la enfermedad y los agentes químicos.

La **TAS** considera que:

1. Aprender a consumir bebidas alcohólicas es una parte integral del desarrollo psicosocial y del proceso de socialización dentro de una cultura. Gran parte del aprendizaje tiene lugar en la infancia, aún antes de que el niño o el adolescente pruebe el alcohol, este aprendizaje se da de manera indirecta, por las actitudes, expectativas, y creencias que los individuos tienen acerca del alcohol, y de forma directa por el modelamiento o aprendizaje observacional del consumo de bebidas alcohólicas. Los patrones de consumo de alcohol se aprenden dentro de un contexto general de socialización, por lo que en las diferentes etapas vitales de desarrollo como la infancia, la adolescencia y la adultez se encuentra que las creencias que tienen las personas acerca del uso y abuso del alcohol, difieren en concierto a los cambios que se observan en las fuerzas de socialización (Cellucci, 1982; Zucker, 1979; Plant, 1979). La Teoría del Aprendizaje Social sustenta que la familia y los compañeros pueden influir tanto en el inicio como en el mantenimiento de las conductas de beber en los jóvenes, al afectar en forma general las actitudes, los estándares y valores hacia el alcohol, así como también al modelar la conducta de beber dentro de contextos sociales (Biddle y cols., 1980).
2. Existen factores que predisponen a los individuos a consumir en exceso, estos pueden ser de naturaleza biológica, sociológica, o psicológica, así mismo, pueden ser de naturaleza heredada o aprendida. Estos factores interactúan

con variables situacionales y sociales e influyen en el consumo inicial del alcohol. Los factores genéticos y farmacológicos pueden incrementar el riesgo del abuso de alcohol en individuos vulnerables. Los factores psicosociales incluyen déficits o excesos en las habilidades, como incompetencia social o dificultad al manejar emociones negativas. La ausencia de los modelos de consumo moderado o la presencia de los modelos de consumo excesivo pueden también resultar en alto riesgo de abuso en el consumo.

3. Las experiencias directas con el alcohol son variables muy importantes, ya que la persona al consumir alcohol obtiene beneficios como el reducir la tensión que le causa la interrelación social. De esta forma el alcohol actúa como un reforzador negativo, porque elimina un elemento desagradable del sujeto y al facilitar el contacto social, el alcohol actúa como un reforzador positivo y éste tiene la facultad de elevar el grado de aparición de la conducta que refuerza.
4. Ya que el consumo de alcohol puede ser utilizado como una forma de afrontar a corto plazo las demandas de una situación estresante, o aligerar las consecuencias aversivas, es altamente probable que esta conducta se siga presentando, en especial en aquellas personas en las que sus capacidades de afrontamiento se encuentran disminuidas, es decir, en personas que tienen un déficit de habilidades sociales. Los efectos bifásicos del alcohol explican en parte cómo el alcohol puede elegirse, tanto para reducir estados de afecto negativo, como para incrementar estados de afecto positivo. En estos casos, diversos factores bioquímicos interactúan con factores psicológicos para producir ciertos resultados específicos (Melo, 1968).

Una "demanda medioambiental" da como resultado una necesidad o urgencia de consumir alcohol, ya que en el periodo de abstinencia la persona encuentra señales o estímulos que han sido asociados con el consumo del alcohol, y estos disparan una necesidad de consumo que es una respuesta condicionada por los estímulos medioambientales; esta respuesta condicionada provocará que el individuo busque alivio a través del uso del alcohol, lo que eventualmente propiciara un fenómeno de pérdida de control (Pomerleau, Fertig, Baker y Cooney, 1983). Así, la reactividad a señales internas y

ambientales puede establecer las bases para el consumo excesivo, en donde la primera copa actúa como un estímulo condicionado para continuar consumiendo alcohol.

5. Dentro de la Teoría de Aprendizaje Social, la tolerancia y la dependencia física al alcohol se consideran determinantes del consumo sostenido de alcohol. Se considera que la tolerancia promueve un incremento en el consumo al disminuir los atributos del reforzamiento positivo del uso del alcohol, por lo que el individuo necesita consumir mayores cantidades de alcohol para lograr un valor de reforzamiento de igual magnitud, la tolerancia se adquiere a través del condicionamiento clásico. Por otro lado, se considera que la dependencia física trae consigo un aumento en el consumo de alcohol como una manera de evitar los efectos de dolor experimentados por los efectos del retiro del alcohol que ocurren en periodos de abstinencia agudos (Hershon, 1977). Es aquí cuando el consumo de alcohol es reforzado de manera negativa, para evitar las consecuencias desagradables de la no ingesta de alcohol, o sea evita el síndrome de abstinencia.
6. La dependencia física al alcohol y el síndrome de abstinencia también pueden explicarse como fenómenos que surgen a través de procesos de condicionamiento clásico y condicionamiento operante, las señales medioambientales del olor o la presencia del alcohol en si misma, produce lo que provocará una necesidad adicional de ingerir más alcohol, como un entremés lo produce con la comida.
7. En el abuso del alcohol existen también una serie de consecuencias negativas a largo plazo que se empiezan a hacer presentes. Entre estas tenemos: problemas familiares, problemas sociales, y medioambientales. Podemos mencionar los problemas más comunes que empiezan a formar parte de la vida de los individuos por un uso excesivo de alcohol, pérdida de empleo, separación familiar, mal humor, agresión, aislamiento social, además de iniciarse un deterioro de la salud, pudiendo manifestarse una serie de síntomas que hacen evidente su estado de salud. El individuo con un consumo excesivo

empieza a estar aislado y con muy pocas alternativas de enfrentar los problemas, por lo que la tensión se ve incrementada. Generalmente hay pérdida de apoyo social, la persona pierde su auto-eficacia y la capacidad de afrontamiento. De esta manera se inicia un círculo vicioso, ya que el individuo se ve a sí mismo poco capaz de enfrentar su problemática, por lo que para disminuir su ansiedad ingiere mas alcohol, a mayor consumo aumentan los conflictos, y así en forma sucesiva.

8. Existe una serie de factores que afectan el consumo de alcohol, factores sociales, situacionales e individuales. Estos factores varían entre individuos y en el momento, por lo que la Teoría del Aprendizaje Social asume que no hay una combinación de factores que se requiera para producir un consumo abusivo, no hay una personalidad adictiva, un marcador genético o situaciones medioambientales específicas. Tampoco existe una progresión inexorable de etapas al alcoholismo; en contraste existen múltiples rutas biopsicosociales para el uso, abuso y recuperación de una forma de beber problemática, sujeta a los mismos principios del aprendizaje social. La recuperación dependerá de la habilidad del individuo para elegir y explorar formas alternas de afrontamiento.

3.8 Programa de Auto cambio dirigido para bebedores problema.

Este Programa, fue diseñado por los doctores Sobell y Sobell¹² en la Fundación para la Investigación de las Adicciones, en Toronto Canadá, la adaptación de este programa en México, corrió a cargo de Ayala y Cols¹³.

Las características centrales de este tratamiento son, "efectividad y costo", esta diseñado para ayudar a los pacientes a controlar su consumo. Este tratamiento involucra a la prevención secundaria puesto que ayuda a los usuarios a modificar su consumo o a abstenerse del alcohol, sin esperar a que la persona llegue a una dependencia severa para iniciar la rehabilitación.

¹² En Silvestre, K.J. (1998).

¹³ En Ayala, E.H.; Cárdenas, L.G; Echeverría, S.V.L; Gutierrez, L.M (1998)

Este programa fue adaptado en México en La Universidad Nacional Autónoma de México, en 1993, por Ayala y Cols. Exhibe las siguientes características:

- a. Es un tratamiento de tipo motivacional, dirigido a personas que tienen problemas con su forma de beber y que no dependan físicamente del alcohol, además que deseen cambiar su consumo.
- b. Ofrece una modalidad de consulta externa.
- c. Se puede adaptar para ser aplicado en terapia grupal, individual y biblioterapia.

Se denomina de auto cambio debido que los pacientes establecen sus propias metas de tratamiento, por medio de una intervención breve y motivacional, con la previa asesoría del terapeuta, el usuario se compromete a cambiar su conducta, además de organizar, utilizar sus propios recursos y límites para resolver sus problemas con el consumo de alcohol.

El objetivo central de este tratamiento es ayudar al usuario a analizar su consumo y a desarrollar sus propios planes para poder modificarlo.

El programa de auto cambio dirigido para bebedores problema, consta de: Evaluación inicial que se subdivide a su vez en admisión y evaluación, que a continuación se describen.

Admisión: Es en esta sesión donde se tiene el primer contacto con el usuario, y en donde se recibe además una valiosa información, acerca de su patrón de consumo. El objetivo de esta sesión es incrementar la probabilidad de que el usuario siga una serie de pasos hacia el cambio de patrón de consumo.

La tarea principal del terapeuta es incrementar la probabilidad de permanencia del usuario en el tratamiento y en su cambio de conducta.

El terapeuta deberá identificar en la etapa en la cual el usuario se encuentra, es decir cuan comprometido esta para el tratamiento¹⁴. Las etapas se mencionan a continuación:

¹⁴ "Etapas de cambio", Proschaska y DiClemente (1986)

1. *Pre-contemplación:* En esta etapa generalmente el usuario no identifica que tiene algún problema con su consumo, regularmente acuden al tratamiento presionados por algún familiar, amigos, jefe etc.
2. *Contemplación:* El paciente reconoce tener algún problema con el alcohol pero a su vez es incapaz de afrontarlo aquí el objetivo del terapeuta es hacer un balance a favor del cambio.
3. *Determinación:* Aquí el usuario acepta que tiene un problema y esta dispuesto a cambiar.
4. *Acción:* Aquí el usuario piensa en acudir a algún tipo de terapia para cambiar su consumo, esta dispuesto a analizar sus situaciones de riesgo.
5. *Mantenimiento:* En esta etapa existe el reto de sostener su cambio y prevenir las recaídas. El objetivo principal del terapeuta es alentar al usuario en sus posibles recaídas.

Este paso es importante puesto que si el individuo se encuentra en las tres primeras etapas, el terapeuta, debe de ocupar la información recolectada, así como darle información acerca de los riesgos que conllevan al consumir en exceso alcohol, con el fin de que la persona asuma que tiene problemas con su forma de beber, y así crear que este adquiera una responsabilidad para comenzar un proceso de cambio, en otras palabras el terapeuta debe de ser capaz de mover al usuario de las primeras tres etapas del modelo a las etapas últimas del mismo.

En esta sesión se aplican los siguientes instrumentos:

*Cuestionario de pre-selección. Este ayuda para aceptar o descartar a los posibles candidatos para el programa.

*Breve escala de dependencia al alcohol (BEDA). Desarrollada por Raiskrick (1986), y adaptada para población mexicana por Echeverría y cols.(1993). Es una escala la cual mide el grado de dependencia al alcohol en población adulta, su aplicación requiere de 5 minutos, el porcentaje que se obtiene se interpreta de la siguiente manera:

0-9 dependencia baja
10-19 dependencia media
20 a más dependencia severa

* Pistas. Es un instrumento, el cual mide daño cognitivo, esta subescala forma parte de la Bateria Halstead-Reitan.

*Formato de consentimiento. Este es una carta, con la cual el paciente se compromete a acudir, a terminar con el tratamiento y aceptar los seguimientos.

Para finalizar con la admisión se explica el tratamiento.

La duración aproximada de esta sesión es de 1 hora aproximadamente.

Evaluación:

* Cuestionario de Entrevista inicial. Contiene variables sociodemográficas, datos personales, introducción al problema, historia familiar y social, lugar de residencia e historia de consumo y uso de alcohol, consta de 60 preguntas.

*Línea base retrospectiva (LIBARE). Desarrollada por Sobell , L.C y Sobell, M.B; (1980). Este instrumento, mide la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol diariamente por un periodo retroactivo de hasta 365 días anteriores a la entrevista. Los resultados indican el número total de días de consumo, total de copas estándar consumidas, promedio de consumo por día, porcentajes de días de abstinencia, de consumo moderado (1-4 tragos estándar), consumo excesivo (5-9 tragos estándar), y finalmente el consumo muy excesivo (más de 10 tragos).

*Inventario situacional de consumo de alcohol (ISCA). Fue desarrollado por la Dra. Annis, HM., (1982), traducido y adaptado al español Echeverría y cols. (1993). Este instrumento mide las situaciones específicas de consumo de alcohol o también llamadas situaciones de alto riesgo para una recaída, éstas se basan en el trabajo de Marlatt, 1978,1979 y Gordon, 1980, 1985.

La aplicación de este instrumento es de 20 minutos aproximadamente, los resultados pueden ser interpretaos como:

0= Bajo riesgo
0-33= Riesgo moderado
34-66= Alto riesgo
67-100= Muy alto riesgo

*Cuestionario de confianza situacional (CCS). Mide el auto concepto de eficacia (Bandura, 1969, 1967, 1978, 1982 y 1985), consiste en la seguridad que el paciente tiene para afrontar las situaciones de riesgo en el consumo de alcohol. Este cuestionario consta de 100 reactivos para su auto registro.

Para finalizar con esta sesión se le hace al paciente entrega de la primera lectura, Balance decisonal y razones de cambio, así como un ejercicio, además de los auto-registros los cuales son componentes básicos en el tratamiento, puesto que es un registro acerca de la conducta del consumo del usuario, incluye la cantidad, tipo de bebida, estado anímico, lugar, situación por la que consumió, lo anterior se debe para realizar en casa.

Con los datos obtenidos, con ayuda de una base de datos el terapeuta califica cada uno de los instrumentos, para mostrárselos al paciente, en diferentes sesiones.

Una vez realizada la admisión y la evaluación se inicia el tratamiento, se le entrega una lectura y una serie de ejercicios al usuario y se le invita a presentarse 7 días después a su primera sesión. El tratamiento esta integrado por cuatro sesiones, se mencionarán a continuación:

Sesión uno:

Los objetivos en esta sesión son:

- 1) Que el usuario conozca el contenido del programa.
- 2) Realice un balance de los pros y/o contras de continuar o cambiar su consumo.

3) Identifique, las razones por las cuales decidió cambiar su forma de beber e ingresar al programa.

4) Establezca metas de consumo moderado o se decida por la abstinencia.

Esta sesión se realiza 7 días después de la evaluación. En esta sesión el terapeuta brinda información al usuario acerca del consumo de alcohol, por ejemplo: el metabolismo del alcohol, que es la tolerancia al mismo, conversión de trago estándar, etc. El terapeuta le da los resultados al usuario del LIBARE , en el cual se hace una comparación entre su consumo y el de la población

Posteriormente se realiza el primer establecimiento de metas, las cuales representan una norma o modelo interno utilizado por las personas para evaluar su propia ejecución; investigaciones sugieren que cuando ésta meta la decide el propio sujeto se obtienen mejores resultados que cuando son designados por otros..." (Ayala. H, Echeverría L, 1998)

Para finalizar con la sesión se le hace entrega de la lectura y tarea número dos, que es, las situaciones de riesgo y la montaña de la recuperación.

Sesión dos:

Los objetivos de esta sesión son:

1) Que el usuario identifique aquellas situaciones, así como las consecuencias, de alto riesgo para consumir en exceso alcohol.

2) El usuario analice sus propios recursos para evitar consumir en estas situaciones.

Esta sesión es muy importante debido a que el paciente deberá identificar aquellos factores que precipitan, su consumo excesivo, así como las consecuencias, tanto positivas como negativas, a corto y a largo plazo.

La segunda sesión el paciente debe identificar aquellos factores que le producen consumir alcohol en exceso, así como identificar las consecuencias positivas, a corto y a largo plazo; se le plantea la recuperación como una perspectiva a largo plazo. ; se revisa la lectura de la montaña de la recuperación la cual contiene elementos que le permitirán al usuario tener herramientas para su recuperación, además de ver de manera realista que la recuperación es un

proceso que lleva tiempo, esfuerzo, y algunas veces en el transcurso de esta puede tener tropiezos que debe superar. , Se le entrega la lectura y ejercicios. (Todas las lecturas y ejercicios que se dan antes de terminar la sesión deberán ser contestas por los pacientes y revisadas por el terapeuta y usuario antes del inicio de cada sesión con el fin de retroalimentarlo.

Sesión tres:

Los objetivos en esta sesión son:

1) Que el usuario realice su propio plan de acción, utilizando sus propias alternativas.

En esta sesión se le enseñan al paciente estrategias básicas de solución de problemas, y planes de acción, con el fin de crear opciones alternativas para afrontar situaciones de riesgo.

Como en cada sesión se le entrega su lectura y sus ejercicios y se le da una cita para la próxima semana.

Sesión cuatro:

Los objetivos en esta sesión son:

- 1) Que el usuario pueda identificar aquellas situaciones de alto riesgo, que le puedan perjudicar en un futuro
- 2) Establecimiento de su segunda meta.
- 3) El usuario analice el programa y haga una auto crítica.

En la ultima sesión se revisan las situaciones futuras de alto riesgo y se verifican los planes de acción para cada una de estas. Se resalta la importancia de realizar y lograr resultados efectivos a largo plazo, se revisa el progreso y éxito del paciente para con el programa si el paciente lo desea se le programan sesiones adicionales, se le da además la fecha de las sesiones de seguimiento al mes, a los tres meses y a los seis meses.

Seguimiento:

Son consultas programadas, ya sea en el centro de atención, o vía telefónica, los terapeutas e deben poner en contacto con los usuarios si estos no acuden a su cita.

El objetivo del seguimiento es verificar si se ha llevado a cabo o no la reducción en el consumo de alcohol en los pacientes, y si no fuera así, se analiza junto con el usuario las situaciones que lo llevaron a no cumplir su meta.

Los principales resultados al aplicar el programa en población mexicana, son parecidos a los de otros países, pues se ha visto en general mayores días de abstinencia, menor consumo de tragos estándar por ocasión, así como menores días de consumo excesivo, así como la disminución de los problemas asociados al consumo. Esta aproximación es una buena alternativa, para usuarios con una dependencia baja y media al alcohol. Otro beneficio de este programa, es que es de bajo costo, que ayuda a que el propio sujeto observe sus conductas de riesgo y a dar solución a éstas (Ayala H y col, 1998)

Las características principales del tratamiento son:

- ✓ Técnicas de auto-control (auto-registros del consumo de alcohol, auto-selección de metas de tratamiento, biblioterapia)
- ✓ Auto-Identificación de aquellas situaciones de alto riesgo de consumo de alcohol.
- ✓ Reestructuración cognoscitiva.
- ✓ Crear estrategias de afrontamiento para manejar las situaciones de riesgo.
- ✓ Evaluación conductual objetiva.

A continuación se presentará un esquema, que contiene una síntesis del programa de auto cambio dirigido para bebedores problema.

ESQUEMA DEL PROGRAMA DE AUTO CAMBIO DIRIGIDO PARA BEBEDORES PROBLEMA

EVALUACIÓN INICIAL	TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO
<p align="center">ADMISIÓN: Aplicación de la escala de dependencia al alcohol (BEDA PISTAS Carta de consentimiento). Explicación del tratamiento</p> <p align="center">Duración: 1 hora.</p>	<p align="center">1a Sesión Ejercicio # 1 Balance decisional y razones cambiar.</p> <p align="center">Primer establecimiento de metas. Entrega de lectura y ejercicio #2 .</p> <p align="center">Duración: 1 hora.</p>	<p align="center">1 Y 3 meses después de terminado el tratamiento.</p> <p align="center">Se revisa el progreso. Se discute el mantenimiento del cambio.</p>
<p align="center">ENTREVISTA INICIAL</p> <p>Llenar formato de consentimiento Aplicar entrevista inicial Explicación de trago estándar Aplicación de LIBARE Aplicación del ISCA Aplicación del CCS Entrega de lectura y ejercicios #1 Entrega de auto monitoreo.</p> <p align="center">Duración: 1 hora.</p>	<p align="center">2a Sesión</p> <p align="center">Ejercicio #2 Situaciones de riesgo Montaña de la recuperación. Entrega de la lectura y ejercicios # 3</p> <p align="center">Duración: 1 hora</p> <hr/> <p align="center">3a Sesión</p> <p align="center">Tarea # 3 Opciones para la solución del problema Acciones para situaciones de riesgo.</p> <p align="center">Practica de sus opciones.</p> <p align="center">Duración: 1 hora.</p> <p align="center">4a Sesión</p> <p align="center">Revisión del progreso. Discutir posibles sesiones adicionales. Discutir la posibilidad de sesiones adicionales. Discutir el éxito en el mantenimiento del cambio.</p> <p align="center">2° establecimiento de metas Duración: 1 hora.</p>	<p align="center">A los seis meses Se aplica: Cuestionario de entrevista. CCS Tasa de mejoría global. LIBARE</p>

Un problema que se le presentó en esta investigación fue el alto índice de no conclusión en (2 de cada 3 personas) un resultado muy parecido a la deserción que se presenta en la mayoría de los tratamientos dirigidos a las adicciones. También hay que hacer notar que un porcentaje elevado de personas con bajo nivel educativo, no terminó el tratamiento, vale la pena, comentar que se presentó una correlación estadísticamente significativa, entre el nivel educativo y el éxito del tratamiento, observando que, a mayor nivel educativo, mayor permanencia y mantenimiento de las metas de moderación y/o abstinencia durante el seguimiento.

Una investigación realizado por Stack (1991)¹⁵ en donde señala que para permanecer en un tratamiento, existen variables estadísticamente significativas, estas son: la edad, sexo, estado civil, y escolaridad, que tienen considerable impacto en el mantenimiento de las personas que están en tratamiento.

Con lo antes descrito sobre la efectividad de este tipo de intervenciones para reducir el problema de consumo excesivo y el alcoholismo en México, y el bajo costo de este tipo de intervenciones que las hacen idóneas para una sociedad con las carencias económicas de la nuestra, resulta necesario hacer un esfuerzo por adaptar este tipo de tratamientos de corte breve a población con niveles educativos bajos y con deficiencias en la lectura.

Por lo señalado anteriormente, ***el objetivo de este trabajo es iniciar este proceso de adaptación, a población con las características antes descritas, para que este tipo de intervenciones tempranas puedan extender sus resultados a mayor número de personas con problemas en su forma de beber, y en un futuro personas de zonas rurales puedan beneficiarse con este tipo de técnicas de vanguardia.***

¹⁵ En Ayala, H, Gutiérrez, M (1993).

CAPITULO IV. MÉTODO

4.1 JUSTIFICACIÓN

Como ya se menciona en el capítulo anterior, el Programa de Auto Cambio dirigido, Para Bebedores Problema ha mostrado sus bondades, tanto a nivel Internacional como a nivel Nacional, funcionando en población con nivel educativo alto (Ayala y cols 1998). Por lo que, al modificar estos materiales, se beneficiará a un mayor número de personas tanto de nivel educativo bajo como alto en este tipo de tratamiento.

4.2 OBJETIVOS

GENERAL

Identificar, modificar y aplicar el material que ocasiona problemas en la comprensión de él Programa de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema, en una población con bajo nivel educativo.

4.3 MUESTRA

La muestra quedó conformada por 5 personas que acudieron al Centro de Servicios Psicológicos, Dr. Guillermo Dávila, de la Facultad de Psicología de la UNAM para solicitar atención por problemas con su forma de beber y que cumplieron con los requisitos de inclusión:

- ✓ Mayor de 18 años.
- ✓ Domicilio permanente (para seguimiento).
- ✓ Sin alucinaciones, convulsiones y/o delirio tremes.
- ✓ Sin daño orgánico.
- ✓ No acudir a otro tratamiento de salud mental (ni a AA).
- ✓ Nivel educativo de menos de 9 años de estudio.
- ✓ Aceptación voluntaria para participar.

Los 5 sujetos que participaron en la investigación se presentan en el siguiente cuadro. Todos ellos pertenecen a una zona semi-rural cercana al Distrito Federal.

	EDAD	ESCOLARIDAD	SEXO
USUARIO 1	65	8	Masculino
USUARIO 2	26	6	Masculino
USUARIO 3	44	9	Masculino
USUARIO 4	41	6	Femenino
USUARIO 5	30	6	Masculino

4.4 ESCENARIO

La presente investigación se realizó en el Centro de Servicios Psicológicos, Dr. Guillermo Dávila, de la Facultad de Psicología. Edificio D sótano, Ciudad Universitaria.

4.5 INSTRUMENTOS

Se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Entrevista inicial. Consta de 60 preguntas que van desde los datos personales del paciente hasta el uso de consumo de alcohol y otras sustancias; las respuestas de este instrumento son de opción múltiple y abiertas. Este instrumento nos da una idea acerca de la historia del uso de alcohol. ¹
- Breve escala de dependencia al alcohol (BEDA). Desarrollada por Raistrick, M.D. (1989) traducido y adaptado por Echeverría, L. Y cols.(1998). Los reactivos de la escala, cubren aspectos subjetivos y conductuales de la dependencia, síntomas de retiro tolerancia, incapacidad de control, grado de dependencia, limitación del repertorio para beber.
- Línea base retrospectiva (LIBARE), realizada por Sobell, L.C. y Sobell, M.B.,(1980) es una técnica estadística la cual informa sobre la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol diariamente por un período de 365 días anteriores a la entrevista inicial el consumo aproximado del paciente.

¹ Ver anexo 2

- **ROTAFOLIO.** Que es el principal material que se utilizó durante las sesiones de tratamiento y tuvo por objetivo ejemplificar las lecturas y ejercicios que contiene el material original del programa. (Anexo 2)

Por medio de este rotafolio se facilitó la comprensión del material, permitiendo al terapeuta dar explicaciones básicas de los efectos que el alcohol ocasiona a nivel , físico, psicológico, social, laboral, para que el usuario conozca tales problemas. Además de las lecturas, que en el programa original los usuarios se llevan de tarea, (y que muchos de los usuarios no las elaboraban en casa por lo que dejaban de asistir al tratamiento) en el programa modificado con el rotafolio se van explicando estas lecturas y junto con el terapeuta el usuario desarrolla los ejercicios. (Ver anexo 1).

Este instrumento se utiliza a lo largo del tratamiento con el fin de que el usuario, por medio de ilustraciones y ejemplos comprenda de manera sencilla, las lecturas y conceptos que maneja cada una de las lecturas y ejercicios del programa.

- **FOLLETOS** Una vez terminadas las sesiones se le hace entrega al usuario de dos folletos, los cuales fueron obtenidos del resumen de las lecturas y los ejercicios del programa original. (ver anexo 1).

Estos folletos, poseen ilustraciones referentes a los ejercicios, se resuelven con las propias respuestas del usuario, el terapeuta los llena al final de cada sesión, con el fin de que el usuario, después del tratamiento, los pueda revisar en algún tiempo libre, recuerde sus opciones y modifique su consumo.

El contenido del folleto número 1 es:

1. Ejercicio: Valorando decisiones y consecuencias acerca de su consumo de alcohol.
2. Balance decisional.
3. Explicación y ejemplificación del trago estándar.
4. Sugerencias para un consumo moderado.
5. Manejando su problema de alcohol.
6. Identificando su problema.
7. Situaciones de riesgo.

TEMIS CON
FALTA DE ORIGEN

8. Establecimiento de su primera meta.
9. Auto-registros.
10. Resultados del LIBARE.

El folleto número 2 contiene:

1. Poniendo en acción sus opciones ante las situaciones de riesgo.
2. Establecimiento de la segunda meta.
3. Auto-registros. (Anexo 3)¹

*CUESTIONARIO DE ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO Este cuestionario se aplica a los dos meses de terminado el programa, con el fin de verificar la disminución del consumo de alcohol.

*LÍNEA BASE RETROSPECTIVA (LIBARE). Se hace una segunda aplicación de este instrumento que informa la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol consumido durante este periodo del seguimiento.

4.6 DISEÑO

Este trabajo se realizó siguiendo los lineamientos de un estudio piloto. Debido a que no se tenía conocimiento preciso, de que elementos se van a modificar en el programa. Por otra parte, no se conoce bien otros elementos importantes como las características de la muestra (nivel educativo bajo), los instrumentos idóneos para este grupo, los materiales mas adecuados, la amplitud del programa (número de sesiones, tiempo entre cada sesión, duración de la sesión), etc. Este estudio permitirá concretar ideas y desarrollar una base más sólida para la propuesta final.

Diseño pre-experimental con una medición antes y una segunda después de la intervención. (Pick, S. 2000).

¹Héctor Ayala y Cols. (1998) "Manual de autoayuda para personas con problemas con su forma de beber" UNAM. Facultad de Psicología.

4.7 VARIABLES

- ✓ **VARIABLE INDEPENDIENTE:** Programa de Auto-Cambio Dirigido para bebedores Problema, modificado.
- ✓ **VARIABLE INTERDEPENDIENTE:** Bajo nivel educativo. Tomando como bajo nivel educativo, menos de 9 años de estudio.
- ✓ **VARIABLE DEPENDIENTE:**
Cambios en el patrón de consumo: forma en que consume el usuario al inicio y al final del tratamiento de Auto-Cambio Dirigido.
Permanencia en el tratamiento: Inicio, finalización y seguimiento del tratamiento.

4.8 MATERIALES

Rotafolio, video, cassettes, grabadora, 2 folletos, lápiz, goma, pluma y tabla.

4.9 PROCEDIMIENTO

Para iniciar con la investigación, se hizo un pequeño sondeo, a 10 personas con escolaridad máxima de 6 años de estudio; en el cual, se les mostraron las lecturas originales del programa de Auto Cambio Dirigido Para Bebedores Problema, se les pedía a los sujetos que leyeran las lecturas, posteriormente se les pedía que brevemente resumieran lo que habían leído, que calificaran, el contenido, redacción, vocabulario, extensión del mismo.

Los resultados arrojaron que las lecturas para estos 10 sujetos, poseían un lenguaje, extensión, redacción, vocabulario y un contenido de difícil comprensión, por lo que se comenzó la simplificación de los materiales.

Una vez terminada la simplificación de los materiales se les pidió, a dos especialistas en el campo de las adicciones, que calificaran los materiales ya modificados.

Las sugerencias que los especialistas dieron , fue agregar un material gráfico que se pudiera mostrar durante la sesión, y que ayudara al usuario para facilitar la comprensión del material.

Las modificaciones que se realizaron al Programa de Auto-Cambio Dirigido Para Bebedores Problema fueron:

1. Los sujetos no recibieron lecturas y/o ejercicios para llevarse a casa, todo se revisa durante la sesión, conjuntamente con el terapeuta.
2. La información la recibieron a través de un rotafolio que ilustraba el contenido de cada uno de los materiales.
3. Al final de las sesiones los usuarios reciben dos folletos que contienen la información resumida, de lo que el usuario va revisando junto con el terapeuta durante las sesiones.
4. Estos folletos tienen un lenguaje más sencillo, reducción considerable de la extensión, ilustraciones y un contenido breve.
5. El número de sesiones se redujeron con la finalidad de evitar que los usuarios desertaran del problema, antes de recibir toda la información del mismo.

Una vez modificado el material del programa, el siguiente paso fue hacer una pequeña invitación, por medio de 10 carteles y 100 volantes (ver anexo 3), los cuales fueron pegados, en tortilleras, Iglesias, teléfonos de los poblados de San Andrés Totoltepec, San Pedro Mártir, San Miguel Topilejo, San Miguel Ajusco, San Angel en los cuales se les hacia una cordial invitación a participar en el programa si tenían si su forma de beber les ocasionaba problemas, como pérdida de empleo, separación familiar, violencia, problemas sociales y si tenían un nivel educativo de menos de 9 años de estudio.

El resultado de esta invitación llevó a las personas a solicitar atención en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología, de la UNAM. Aquellas solicitudes que cumplieron con los criterios de inclusión (ver Método: muestra) se les hizo una invitación para asistir al Centro y recibir el tratamiento.

El último usuario se integró al grupo, por medio de una organización, altruista de San Felipe del Progreso, Edo. de México. Este usuario tenía solamente estudios de primaria y costumbres muy particulares con su forma de beber que más adelante se describirán. A esta persona el terapeuta la atendió en su comunidad.

A cada uno de los 5 usuarios elegidos se le dió una cita para la sesión de evaluación. Esta sesión tuvo una duración de 1 hora con 30 minutos. En esta sesión se les explicó en forma general las características del programa, posteriormente se les aplicaron los siguientes instrumentos: Cuestionario de entrevista inicial, BEDA, Pistas, LIBARE. Se le pidió su consentimiento para participar en el programa y se le dió una segunda cita tres días después para asistir a la primera sesión de tratamiento.

**Sesión 1:* En esta sesión, (utilizando el rotafolio) se les habló, a cada uno de los usuarios en forma individual:

- ✓ De los resultados de su evaluación y se analizó su patrón de consumo,
- ✓ de las consecuencias de esta forma de beber,
- ✓ de la diferencia entre un bebedor problema y un alcohólico
- ✓ de la importancia de tomar decisiones, así como de valorar las consecuencias acerca de su consumo de alcohol
- ✓ se les pidió que decidieran, por medio de una balanza, las razones por las que quieren cambiar su forma de beber
- ✓ si decidían seguir bebiendo se les dieron sugerencias de cómo beber menos, se le hizo la explicación de: trago estándar
- ✓ se estableció su primera meta, se explicó que los auto-registros, (ver anexo 1) lo ayudarán a observar, tipo de bebida, situaciones, lugar, personas, sentimientos y pensamientos, que lo acompañan mientras consume alcohol.
- ✓ se explicó el tipo de situaciones por las que la gente comúnmente consume alcohol
- ✓ se analizaron, con cada usuario, las situaciones de riesgo, en las que comúnmente consume en exceso y se hizo un ejercicio de opciones para evitar consumir en estas situaciones.

Después de esta sesión de aproximadamente 1 hora 30 minutos, se le pide que ejercite y piense en opciones para evitar el consumo sin control y se hace una tercera cita una semana después.

**La sesión 2 consistió en:*

- ✓ Con el ejemplo de la primera sesión se analizaron, junto con el usuario, las situaciones por las cuales éste tuvo problemas con su forma excesiva de consumir alcohol. Con esta información se procedió a crear sus planes de acción, analizando las ventajas y desventajas; el usuario escogió de una manera más real sus mejores opciones.

Al final de esta sesión, con una duración aproximada de 1 hora 30 minutos, se le proporcionó al usuario un resumen del programa en forma de folleto que contenía todo lo platicado durante las sesiones. Además se le dio una última cita para su seguimiento después de 3 meses.

**Seguimiento:* En el seguimiento se aplicaron los siguientes instrumentos:

1. La entrevista de seguimiento
2. LIBARE, Que nos proporciona información sobre su patrón de consumo en los últimos meses después del tratamiento. Proporcionó información sobre la frecuencia y cantidad.

La duración aproximada de la sesión de seguimiento fue de 1 hora.

CAPÍTULO V. RESULTADOS

Los resultados de este trabajo se presentarán en dos grandes grupos.

- I. Resultados del piloteo con 10 sujetos de escolaridad de 6 años de escolaridad.
 - II. Resultados de la aplicación del programa modificado. Éstos se presentan haciendo un análisis de cada uno de los 5 sujetos, considerándolo en forma individual. Se consideran las características de cada uno y se analizan los resultados obtenidos, primero en forma individual y al final en forma grupal.
- I. Resultados del piloteo con 10 sujetos de escolaridad de 6 años de estudio.

Cuadro 1. Características de los sujetos.

EDAD	Promedio 50 años Rango: 14 a 82 años
SEXO	Hombres = 4 Mujeres = 6
ESCOLARIDAD	Promedio 5° de primaria Rango: 3° a 6° de primaria

Cuadro 2. Resultados del piloteo.

	LECTURA 1	LECTURA 2	LECTURA 3	Promedio
CONTENIDO 1-5	4.1	3.8	3.7	<u>3.9</u>
REDACCIÓN 1-5	3.5	3.7	4	<u>3.7</u>
VOCABULARIO 1-5	3.3	3.6	3.5	<u>3.5</u>
EXTENSIÓN 1-3	2.8	2.7	2.6	<u>2.7</u>
TAMANO DE LA LETRA 1-4	3.1	2.7	2.9	<u>2.9</u>

El puntaje que se observa en la casilla corresponde al promedio de respuestas de los 10 sujetos entrevistados.

Las calificaciones de contenido, vocabulario y redacción se obtuvieron de indicar en una escala del 1 al 5 en donde:

1 = fácil de entender , 2 = regular, 3 = difícil, 4 = confuso, 5 = no se entiende.

Las calificaciones de extensión se obtuvieron de una escala del 1 al 3 donde:

1 = lectura corta, 2 = regular, 3 = lectura larga.

Las calificaciones para tamaño de la letra se obtuvieron de una escala del 1 al 3 donde:

1 = letra grande, 2 = letra normal, 3 = letra pequeña, 4 = letra muy pequeña.

Los datos nos indican que el contenido de las tres lecturas resultó confuso (promedio 3.9), la redacción de las lecturas lo calificaron también como confusa (promedio 3.7) y el vocabulario también les resultó confuso (promedio 3.5). En cuanto a extensión de la lectura la calificaron como larga (promedio 2.7). El tamaño de la letra lo consideraron pequeño (promedio 2.9).

Con esta información se procedió a modificar las lecturas y los ejercicios. Tomando en cuenta que la población lee poco (1/2 libro por persona al año en México), la decisión fue trabajar el contenido de las lecturas y los ejercicios durante la sesión y no dárselos para trabajar en casa.

Para complementar el material se decidió utilizar un rotafolio que ilustrara y ejemplificara el contenido de las lecturas y la información que deberían tener los usuarios del programa.

II. Resultados de la aplicación del programa modificado.

Los resultados se presentan haciendo un análisis de cada uno de los 5 sujetos. Se consideran las características de cada uno y se analizan los resultados obtenidos, primero en forma individual y al final en forma grupal.

USUARIO 1

EDAD: 65 años.
ESTADO CIVIL: Viudo.
LUGAR DE NACIMIENTO: México DF.
ESCOLARIDAD: Secundaria.
OCUPACIÓN: Jubilado.
Cita 1:22 de Octubre 2001
1 Sesión: 25 de Octubre 2001
2 Sesión: 5 de Noviembre 2001
Seguimiento:5 de Febrero 2002

❖ MOTIVO DE CONSULTA

Su principal motivo de consulta, es la pérdida de control al consumir bebidas alcohólicas, a partir de la muerte de su esposa.

❖ ASPECTO FÍSICO

Acude a las instalaciones de la facultad, puntual, con perfecto aliño, bien aseado. Sin embargo, presenta ya piel muy delgada, un tanto reseca, olor tenue a alcohol.

❖ SINTOMATOLOGÍA

Actualmente el paciente refiere un constante mareo, zumbido en el oído, su médico le comentó que presenta problemas de la presión, y le recetaron medicamento que refiere se tiene que tomar de por vida, y además refiere que no ha tomado su medicamento desde que se lo recetaron.

❖ ANTECEDENTES

El paciente reporta que él comenzó su consumo de alcohol aproximadamente a los 19 años, consumía alcohol de vez en cuando. A la edad de 29 años el paciente contrae matrimonio, de este matrimonio nacieron 7 hijos. Tiempo después a la esposa se le detecto cáncer, y por falta de atención murió, en este entonces el mayor de sus hijos se encontraba en la adolescencia y la más pequeña apenas tenía 8 años. A partir de este suceso el paciente reporta una impotencia al no

saber que hacer, puesto que sus hijos eran muy jóvenes y el paciente no podía quedarse a cargo de su hogar, debido a su trabajo. Las personas que le ayudaron al cuidado de sus hijos fueron los papas, su único hermano y esposa, no obstante comenta el paciente:

"Sentía un vacío en mi vida, y comencé a refugiar mi dolor y mi soledad en el alcohol, nunca quise tener una nueva compañera, por el respeto que le sigo teniendo a mi esposa y a mis hijos, además de que no les quise dar un mal ejemplo."

El paciente manifiesta tener algunos problemas con sus hijos a lo largo de su crecimiento, pero dice haberlos superado, considera que su familia es unida.

El paciente ha continuado bebiendo alcohol de manera excesiva, sin embargo disminuyó este consumo debido a que su mamá, estuvo muy enferma, el 9 de junio falleció la mamá del paciente, éste refiere, sentir una pena de igual magnitud que cuando falleció su esposa, puesto que ella se convirtió en su brazo derecho. A partir de éste suceso el paciente ha reportado ideas como:

"En cuanto se case mi hija, quisiera viajar, para no darle molestias a nadie. Me siento muy sólo, algunas veces cuando recuerdo a mi esposa, padre, o madre, me da nostalgia, escucho música y bebo alcohol."

Se lleva muy bien con el esposo de la hija mayor, quien consume alcohol en exceso, el paciente indica que él lo invita todos los fines de semana y beben hasta perder el conocimiento. El paciente refiere no tener grandes problemas con el alcohol, sin embargo, hace un par de meses fue atropellado por un taxi, al salir de la casa de su hija en un estado alcohólico, el paciente no recordó como es que había llegado debajo de taxi, él comentó sólo que había resbalado a causa de un mareo "estos mareos me dan cuando se me sube la presión". En algunos momentos de la entrevista él dice que tal vez si tenga problemas con el alcohol, y que le gustaría cambiar, sin embargo lo que el alcohol le hace olvidar es más fuerte que cambiar su consumo.

El paciente al principio de las sesiones comento llevar una vida familiar armónica, la casa en donde el paciente habita esta dividida en una especie de departamentos, en uno de los cuales viven dos de sus hijos (que han tenido

fracasos matrimoniales), en otro departamento vive una de sus hijas que tiene dos años de haberse casado y uno de haber tenido una niña, en el siguiente departamento vive él y la única hija soltera, el paciente reporta haber sentido en varias ocasiones triste por la conducta de alguno de sus hijos, él no hizo referencia del por qué, además manifiesta tener muy buena relación especialmente con la hija mayor, puesto que el la tiene en un lugar muy especial, debido a que ésta se encargo de sus hermanos y de la casa en cuanto su Esposa falleció.

El paciente sólo comento que no ha querido re hacer su vida para no darle un mal ejemplo a sus hijos.

❖ ESTADO ANÍMICO

Reporta sentirse en momentos, muy triste al recordar la muerte de sus seres queridos, y hay momentos en que este estado incrementa y es cuando él comienza a beber de una manera que según él es moderada, cuando el paciente acude a reuniones familiares y recuerda los eventos antes mencionados, comienza a beber en exceso y muchas veces pierde el control, se torna un tanto agresivo, y terco. El paciente refiere estas conductas "a la edad".

❖ ACTIVIDADES RECREATIVAS

Las actividades que él indica como recreativas son escuchar música (esta actividad regularmente esta acompañada del consumo de alcohol), le gusta además la carpintería, y el paciente dice:

"Si encuentro algo dañado en la casa me gusta arreglarlo, desde hacerla de plomero, que no es mi fuerte hasta pintar. Me gusta tocar la guitarra, pero no sé mucho, el que la sabe tocar muy bien es mi yerno, cuando voy a su casa los fines de semana, tomamos y nos echamos unas canciones."

❖ HABILIDADES

La carpintería, que aunque no hace muebles, dice "soy muy hábil", tocar la guitarra y cantar.

❖ RELACIONES SOCIALES

Reporta tener amigos y amigas, pero a éstos sólo los ve cuando se le antoja tomar, ya que dice:

"Ellos le entran re bien al alcohol, considero a mi único hermano como mi mejor amigo, puesto que él me ha ayudado en todos los sentidos, aunque algunas veces siento envidia, pero de la buena, ya que mi hermano lo tiene todo, una esposa, e

hijos buenos. Además me considero buen vecino porque me llevo bien con la mayoría de la gente que conozco."

❖ INSTRUMENTOS APLICADOS

Los instrumentos que se le aplicaron fueron:

*Cuestionario de entrevista inicial, del cual se obtuvieron, los datos de identificación, salud física, situación laboral, historia de consumo de alcohol y otras drogas, consumo de tabaco, sustancias consumidas, consecuencias de este consumo.

*Inventario Situacional de Consumo de alcohol (CCS1): por el cual el paciente manifestó desagrado, debido a que en la mayoría de las situaciones que este instrumento plantea, el usuario manifiesta consumir pero de manera moderada, por lo que optó por no contestar e insistió en decir:

"Si contesto 100%, resultará que bebo en exceso en esta situación, pero la verdad es que si bebo en esta situación pero de manera moderada en algunas."

*Breve escala de dependencia al alcohol (BEDA): En el cual obtuvo como puntaje 12, lo que indica que tiene una dependencia media al alcohol.

*Formato de consentimiento. En el cual se hace mención de los derechos y las obligaciones tanto del terapeuta como del usuario.

*Línea Base Retrospectiva (LIBARE):

- Número Máximo de bebida alcohólica consumida es: 15

- Porcentaje de días de abstinencia: 97%

- Porcentaje de días de consumo moderado: .5%

- Porcentaje de días de excesivo: 2.5%

- Porcentaje de días en los cuales bebió alcohol: 3.3%

- Consumo promedio por ocasión: 12.6 tragos.

*El usuario se encuentra en etapa de pre-contemplación debido a que no considera que tenga problemas fuertes por su forma de consumir alcohol.

SESIÓN 1

Ventajas de cambiar mi consumo de alcohol

- No tener olvidos
- No perder el control

Ventajas de seguir con mi consumo de alcohol

- Tener amigos

Desventajas de cambiar mi consumo de alcohol

- No poderme relajar

Desventajas de seguir con mi consumo de alcohol

- Tener accidentes

Ejemplo de situación de riesgo de consumo de alcohol

- Cuando alguien me visita y no puedo decir que no voy a beber.

Consecuencias positivas de haber consumido en esta situación

- Me la paso bien

Consecuencias negativas de haber consumido en esta situación

- Se me olvida lo que hago o digo

Opciones para evitar estas situaciones	Resultado esperado
<ul style="list-style-type: none">➤ Tomar poco, una o dos copas➤ No beber	<ul style="list-style-type: none">➤ Estaría contento, pero no tomaría de más.➤ La persona se sentiría mal pues yo no estaría bebiendo

Elija la opción que considere que funcionaría mejor en una situación real

- Tomar poco, una o dos copas.
-

Establecimiento de primera meta

- Seguir tomando con moderación
- Sólo tomaré: 2 o 3 (tragos estándar) por ocasión.
- Sólo tomaré cuando: tenga una visita o este en una fiesta o celebración, cuando este tranquilo.
- No tomaré cuando: Este sólo.

SESIÓN 2

Situaciones de consumo excesivo de alcohol

- Situaciones agradables
- Situaciones desagradables

Situación 1: En las fiestas de fin de año, porque todos beben y sería de mala educación no beber.

Consecuencias positivas

- Me pongo contento.

Consecuencias negativas

- Cruda moral.

Mi plan de acción	Ventajas	Desventajas
<p>° Ir a la fiesta tomar y brindar al principio y después ya no seguir bebiendo (Sólo tomar 1 ó 2)</p>	<p>° No tener accidentes ° No tener olvidos ° Sentirme bien al día siguiente</p>	<p>° Que la gente me vería mal porque yo siempre tomo mucho.</p>

Situación 2: Entrar a una cantina, ver el fútbol, para no salirme sin consumir, por pena tomar una copa.

Consecuencias positivas

- Me pase un rato agradable

Consecuencias negativas

- Me da pauta a continuar bebiendo

Mi plan de acción	Ventajas	Desventajas
<p>➤ Seguir haciéndolo pero Sólo tomar 1.</p>	<p>➤ No tener accidentes. ➤ No tener olvidos.</p>	<p>➤ No hacer algo que me gusta.</p>

Situación 3: Estando sólo en casa, probablemente triste, ver la televisión y beber.

Consecuencias positivas

- Me la paso bien

Consecuencias negativas

- Bebo en exceso

Mi plan de acción	Ventajas	Desventajas
° Sólo tomar una copa, poco a poco dejar el vicio, hasta no consumir nada.	° Me sentiría menos triste ° No tomar de más ° A la larga hacer otras cosas	° Ninguna

Establecimiento de segunda meta
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguir tomando con moderación. ➤ Sólo tomaré: 3 (tragos estándar) por ocasión. ➤ Sólo tomaré cuando: Tenga una visita o este en una fiesta. ➤ No beberé el 24 de Diciembre ni el 31 del mismo mes.

Seguimiento
El paciente no ha consumido alcohol, debido a una enfermedad que presenta, sin embargo, estuvo reportando aquellas situaciones en las cuales tuvo "antojo por consumir alcohol".

USUARIO 1

EDAD	65
ESCOLARIDAD (AÑOS DE ESTUDIO)	8
SEXO	Masculino
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL	19

CONSECUENCIAS DE ESTE CONSUMO

Daño físico	1
Daño cognitivo	1
Daño afectivo	1
Daño interpersonal	0
Agresión	1
Problemas laborales	0
Problemas legales	0
Problemas financieros	0
BEDA	12
	Pre-contemplación

PRIMERA APLICACIÓN (LIBARE)

Número máximo de bebida alcohólica consumida	15
porcentaje de días de consumo de alcohol	3.3%
Consumo diario de tragos estándar	12.6
Número total de copas consumidas en el año	151
% DE DÍAS DE ABSTINENCIA	97%
% DE DÍAS DE CONSUMO MODERADO	.5%
% DE DÍAS DE CONSUMO EXCESIVO	2.5%

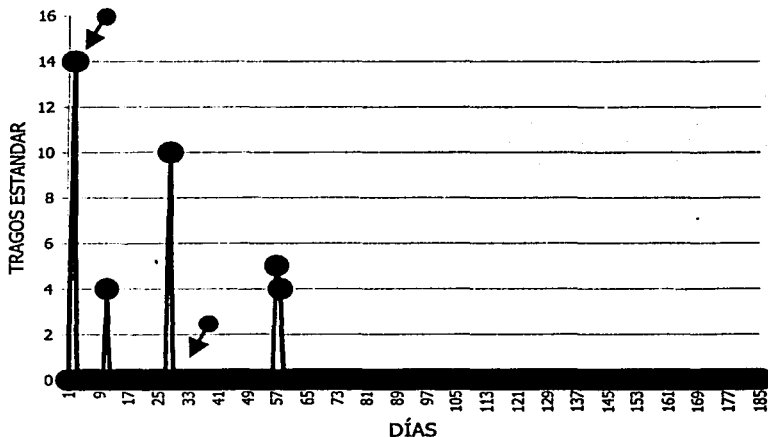
SEGUNDA APLICACIÓN (LIBARE)

# TOTAL DE DÍAS DE CONSUMO	2
# TOTAL DE COPAS ESTÁNDAR	9
PROMEDIO DE CONSUMO POR DÍA	4.5
% DE DÍAS DE ABSTINENCIA	98.7%
% DE DÍAS DE CONSUMO MODERADO	.6%
% DE DÍAS DE CONSUMO EXCESIVO	.6%

EN CASO DE NO HABER CONSUMIDO:	
NÚMERO DE VECES DE ANTOJO DE USO DE ALCOHOL DURANTE TRES MESES	6

GRAFICA 1. En la siguiente gráfica se observa la cantidad y frecuencia de consumo del usuario 1. Antes, durante y después del tratamiento (LIBARE y auto registro).

USUARIO I



Flecha azul = pre-evaluación
 Flecha roja = final del tratamiento

En este gráfica se puede apreciar que antes de la aplicación del tratamiento, el usuario consumía 12.6 tragos estándar por ocasión en promedio, durante el proceso del tratamiento, el cual se alargó a 30 días por causa de un accidente causado por el consumo de 10 copas (información proporcionada por sus familiares), se puede observar que el usuario disminuyó la cantidad y número de días de consumo, es decir, se observa que sólo bebió en dos ocasiones; en una de las cuales consumió 4 y en otra 10 copas.

El seguimiento, que se hace después de 155 días, reporta dos ocasiones de consumo, una de 4 y otra de 5 tragos, relacionados con las celebraciones de fin de año.

A partir de esa fecha conoce a una mujer, comienzan una relación estable, otra situación que favorece su abstinencia es una enfermedad que refuerza la idea de dejar de beber.

En este caso podemos concluir que el usuario utilizó las estrategias que implementó durante su tratamiento, ya que asistió a reuniones sociales y pudo consumir en forma controlada.

Estos resultados se lograron con el apoyo de la nueva relación de pareja que inicio en este período, comenta el usuario haber recobrado su deseo de vivir, se observa una reducción de su depresión, lo que le brinda una seguridad extra para continuar en abstinencia. Esto, aunado a un problema de salud (viral) refuerza la idea de no beber más.

La recomendación durante el seguimiento fue que continuara con esta persona que le mejoró su estado de ánimo. En caso de que no se hubiera presentado esta persona, otra recomendación que se le hubiera hecho sería ingresar a una terapia grupal para asimilar la pérdida de su esposa, que era la situación que lo llevó a iniciar su consumo excesivo de alcohol. Se le invitó a un segundo seguimiento a los 6 meses.

USUARIO 2

EDAD: 26 años.

ESTADO CIVIL: Unión libre.

LUGAR DE NACIMIENTO: El oro Estado de México.

ESCOLARIDAD: 6º de primaria

OCUPACIÓN: Mecánico

CITA 1: 9 de Noviembre del 2001.

1ª Sesión: 12 de Noviembre del 2001.

2ª Sesión: 16 de Noviembre del 2001.

Seguimiento: 18 de febrero del 2002.

❖ MOTIVO DE CONSULTA

Por consumir alcohol en exceso.

❖ ASPECTO FÍSICO

Presenta buen aliño, su corte de pelo es muy rebelde, sus zapatos están aseados, las manos por su trabajo presentan algunas cortadas y grasa, es impuntual, a la cita; al entrar a la cámara de Gesell se muestra muy curioso, por la cámara instalada.

❖ SINTOMATOLOGÍA

El paciente no manifiesta tener algún malestar físico, sin embargo el paciente luce muy delgado.

❖ ANTECEDENTES

EL paciente narra que comenzó a consumir alcohol a muy temprana edad, debido a que cuando vivía con su familia en el Oro, Estado de México, por ser numerosa, su madre los descuidaba mucho, por lo que Benjamín comenta:

"Decidí probar suerte y me fui de mi casa, inicialmente mi destino era Naucalpan."

ya que aquí vive una de sus hermanas, pero al llegar a la central camionera, como hacía varios años que no la visitaba, ya no supo para donde ir, así que dentro de la Central pidió trabajo.

"Primero lavaba llantas, como lo hacía bien me pusieron a lavar los camiones por dentro y por fuera, y un señor vio que me interesaba eso de las maquinas y me empezó enseñó el oficio de la mecánica. En este lugar había gente que se drogaba y tomaba, así que comencé a hacer lo mismo, ya me había fastidiado de este trabajo que no era casi no me pagaban nada, así que probé suerte en otros lugares, pero comencé a tener amigos en las calles que consumían droga con más frecuencia, y me empecé a dar cuenta que me estaba perjudicando, porque luego un momento en que no me alcanzaba para nada por comprar la droga, entonces, decidí regresar a mi casa, cuando regrese, mi familia se quedo admirada por que pensaban que ya me había muerto, ya hasta me habían hecho una tumba en el panteón y me prendían veladoras. Estuve en mi casa por un tiempo, pero como allá no hay mucho que hacer, bueno a mi no me gusta eso del campo, decidí entonces regresar a México, anduve otra vez en talleres, pero como ya traía vicio no tan fácil me aceptaban, dormía en los coches arumbados, hasta que un día conocí a una persona que yo llamo Tío, él me ofreció casa y empleo y así fue, comencé otra vez a aprender a arreglar los autobuses, mi tío me ha enseñado muchas cosa, aunque a veces me peleo mucho con él. Años después mi tío me presentó a una sobrina adoptada, a ella en su casa la quieren hasta matar porque su mamá la quiere más que a sus propios hijos, mi Tío como es muy noble decidió refugiarse en su casa, aquí le consiguieron trabajo, pero como es muy floja la corrieron, comenzamos a salir hasta que un día quedó embarazada, y nos tuvimos que casar, aunque yo la quiero me desespero mucho, porque no entiende, es muy floja para todo, le gusta levantarse muy tarde, y a mi me gusta levantarme temprano por que tengo mucho trabajo."

Benjamín menciona que su esposa no esta del todo bien de sus facultades mentales, porque no entiende, ni le obedece, ya tuvieron a su segunda hija, pero aparentemente ellas son "normales". Benjamín ha llegado a golpear en más de dos ocasiones a su esposa, ha agredido a vecino verbalmente, a su tío y familiares, todo esto sucede cuando se encuentra tomando. Comenta :

"Ese día mi tío me corrió, porque además yo ya quiero ganar más, yo me regrese con mis hijas y mi esposa a mi pueblo, como mi mamá ya murió, me dejo una casa, y como mi esposa nunca barría en donde nos prestaba mi tío porque decía que no era suya, haber ahora que ya es de ella barre y me atiende. Ya que llegué a mi tierra mis hermanos que viven allá, me ayudaron a instarme, y por unos días me dieron trabajo, uno tiene una camicería pero ese oficio a mí no me gusta, otro vende camiiitas y tampoco me gusta. Como todavía tenía cosas en la casa de mi tío, regrese por ellas, y entonces le di las gracias a mi tío y le pedí perdón, él me

dijo que no había problema, platicamos un rato, y llegamos a un acuerdo de que me pagaría más, siempre y cuando lo obedeciera, yo acepte y regrese a trabajar, mi esposa se quedo en mi tierra, voy cada 8 días a verla y es mejor por que así no nos peleamos."

El paciente comento además que trabajará sólo un tiempo con su tío, hasta que ahorre dinero para comprar una vulcanizadora en su pueblo, se siente más tranquilo, y refiere que en su trabajo los chóferes consumen alcohol y muchas veces lo invitan y se la pasan bien, indica además que él procura tomar una vez que ha terminado el trabajo porque piensa que es muy peligroso.

❖ ALIMENTACIÓN

Su alimentación es variada, lo que Benjamín desayuna, come y cena, es llevado por su tío.

❖ DINÁMICA FAMILIAR Y RELACIONES SOCIALES

Como ya lo mencionamos no existe una buena dinámica familiar por los problemas que ya se han revisado.

Es muy autoritario, y no le gusta que nadie lo de ordenes

❖ ESTADO ANÍMICO

Reporta sentirse satisfecho con su estilo de vida, aunque algunas veces frustrado por no llevarse bien con su esposa.

❖ ACTIVIDADES RECREATIVAS

Cuando terminan sus actividades en el trabajo le gusta arreglar su auto, ese dice ser su pasatiempo le gustaría jugar fútbol con sus amigos (choferes), pero los horarios de cada uno varían por lo que no les da tiempo.

❖ HABILIDADES

Facilidad en la mecánica.

❖ INSTRUMENTOS APLICADOS

Los instrumentos que se le aplicaron fueron:

*Cuestionario de entrevista inicial, del cual se obtuvieron, los datos de identificación, salud física, situación laboral, historia de consumo de alcohol y otras drogas, consumo de tabaco, sustancias consumidas, consecuencias de este consumo.

***Breve escala de dependencia al alcohol (BEDA):** En el cual obtuvo como puntaje 18, lo que indica que tiene una dependencia media al alcohol. El usuario no fue honesto en las respuestas hechas a los cuestionarios.

***Formato de consentimiento.**

***Línea Base Retrospectiva (LIBARE):**

Se observa que el usuario se encuentra en la etapa de pre-contemplación debido a que no considera que tener problemas con su forma de consumir alcohol. Cabe señalar que el paciente ve al alcohol como un estilo de vida.

Sesión 1

Ventajas de cambiar mi consumo de alcohol

- No perder mi empleo.
- No tener problemas en mi casa.
- No tener problemas con mis amigos.
- No tener accidentes.
- Ahorrar dinero.

Ventajas de seguir con mi consumo de alcohol

- Estar relajado.
- Estar con mis amigos.
- Me gusta su sabor.

Desventajas de cambiar mi consumo de alcohol

- Ninguna.

Desventajas de seguir con mi consumo de alcohol

- Perder mi empleo.

Ejemplo de situación de riesgo de consumo de alcohol

Convivir con mis amigos (reventón).

Consecuencias positivas de haber consumido en esta situación

- Ninguna.

Consecuencias negativas de haber consumido en esta situación

- Golpes.
- Ofensas.

Opciones para evitar estas situaciones	Resultado esperado
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tomar refresco en lugar de Alcohol. ➤ Evitar a los amigos. ➤ Decir que estoy enfermo. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Me haría menos daño. ➤ Evitaría problemas. ➤ No tomar.

Elija la opción que considere que funcionaría mejor en una situación real.

° Tomar refresco en lugar de alcohol (evitar el consumo de alcohol)

Establecimiento de primera meta

- Seguir tomando con moderación.
- Sólo tomaré:3 (tragos estándar) por ocasión.
- Sólo tomaré cuando: No tenga trabajo, este en casa, pero sólo para no perjudicar a mi familia.
- No tomaré cuando: Este en el trabajo, en la calle con mis amigos.

SESIÓN 2

Situaciones de consumo excesivo de alcohol

- Situaciones agradables
- Situaciones desagradables

Situación 2 de riesgo de consumo de alcohol: Como recompensa por haber terminado bien las cosas.

Consecuencias positivas

- Relajarme
- Dormir bien

Consecuencias negativas

- Dolor de cabeza
- Seguir tomando

Mi plan de acción

- Decir que estoy enfermo por alcoholismo.
- Retirarme

Ventajas

- Que no me presionen.

Desventajas

- Que insistirán hasta convencerme.

Situación 2: Encontrar a mis amigos sentirme contento y continuar tomando. (Situación agradable).

Consecuencias positivas

- Convivir.

Consecuencias negativas

- Pelearme con amigos y después con esposa.
- Accidentes.
- Seguir tomando.

Mi plan de acción	Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguir haciéndolo pero sólo tomar 1. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No tener accidentes ➤ No tener olvidos. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No hacer algo que me gusta.

Situación 3: Si algo me salió bien en el trabajo, celebrar y convivir con mis amigos.

- Consecuencias positivas**
- Felicidad
- Consecuencias negativas**
- Malestar físico como mareos, o dolor de cabeza.

Mi plan de acción	Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Buscar otra forma de gastar el dinero, por ejemplo comprar herramienta. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ahorrar ➤ No sufrir de malestares físicos. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No cumplir

- Establecimiento de segunda meta**
- Seguir tomando con moderación
 - Sólo tomaré: 3 (tragos estándar) por ocasión.
 - Sólo tomaré cuando: Los viernes, saliendo del trabajo, una o dos veces por mes. Cuando me encuentre en un lugar seguro, este sólo.
 - No beberé cuando: me sienta enojado, o este trabajando y ponga en riesgo mi vida.

USUARIO 2

EDAD	26
ESCOLARIDAD (AÑOS DE ESTUDIO)	6
SEXO	Masculino
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL	12

CONSECUENCIAS DE ESTE CONSUMO

Daño físico	0
Daño cognitivo	2
Daño afectivo	2
Daño interpersonal	1
Agresión	0
Problemas laborales	0
Problemas legales	0
Problemas financieros	0
BEDA	18
	Pre-contemplación

PRIMERA APLICACIÓN (LIBARE)

Número máximo de bebida alcohólica consumida	15
porcentaje de días de consumo de alcohol	3.5
Consumo diario de tragos estándar	9.4
Número total de copas consumidas en el año	113
% DE DÍAS DE ABSTINENCIA	96%
% DE DÍAS DE CONSUMO MODERADO	1%
% DE DÍAS DE CONSUMO EXCESIVO	3%

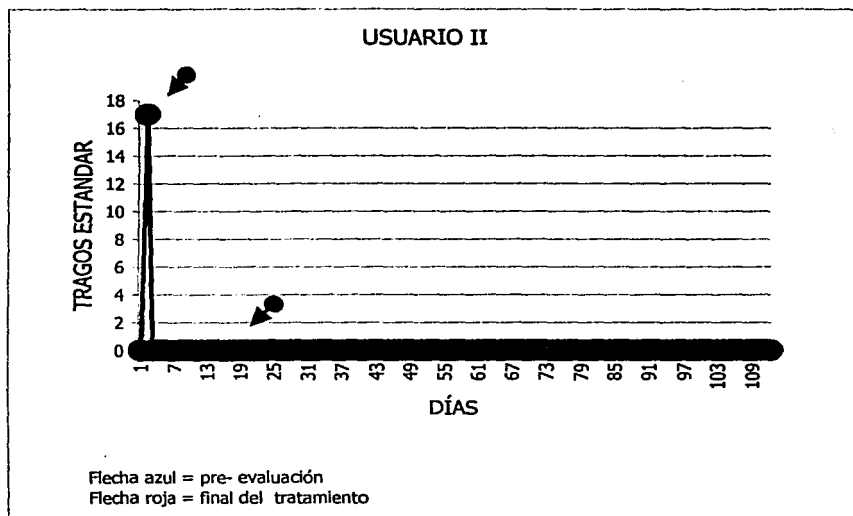
SEGUNDA APLICACIÓN (LIBARE)

# TOTAL DE DÍAS DE CONSUMO	0
# TOTAL DE COPAS ESTÁNDAR	0
PROMEDIO DE CONSUMO POR DÍA	0
% DE DÍAS DE ABSTINENCIA	100%
% DE DÍAS DE CONSUMO MODERADO	0%
% DE DÍAS DE CONSUMO EXCESIVO	0%

EN CASO DE NO HABER CONSUMIDO:

NÚMERO DE VECES DE ANTOJO DE USO DE ALCOHOL DURANTE TRES MESES	0
--	---

GRAFICA 2. En esta gráfica se observan los resultados de la aplicación del instrumento LIBARE y del auto reporte. Antes, durante y después del tratamiento, durante el primer seguimiento.



En la grafica anterior, se puede observar que el 2° usuario, antes del tratamiento, tenía un consumo de 17 tragos estándar, por ocasión de consumo durante la aplicación del tratamiento se observó que a pesar de la meta de moderación, el usuario reportó no haber bebido, por 15 días.

El seguimiento se hizo 91 días después y como se observa, no hubo consumo en este periodo.

Vale la pena comentar que el usuario durante el tratamiento manifestó el interés por continuar con su preparación, de mecánico. Este dato fue ratificado por su jefe, quién lo apoyó para asistir a un tratamiento.

En este caso podemos concluir que el usuario utilizó las estrategias que implementó durante su tratamiento, ya que durante su jornada de trabajo no consumía diciendo a sus compañeros que estaba enfermo y tomaba medicinas. Inventaba enfermedades. Se observó que a pesar de su temor a ser convencido por sus compañeros de trabajo, logró su meta de no beber.

Ayuda a tener estos resultados, el apoyo de su jefe para asistir al tratamiento y para conservar su vivienda, a pesar de los problemas con su esposa.

Otra situación indirecta que poco se trabajó durante las sesiones, fue que su esposa lo abandono después de que la golpeo, estando él alcoholizado, esta situación lo llevó a sentirse mas relajado.

Durante la sesión de tratamiento, el usuario se sentía seguro de su abstinencia y con muchos deseos de iniciar nuevos planes de capacitación dentro de su ramo.

La recomendación fue que investigara instituciones que tuvieran este tipo de capacitación para iniciar cuanto antes sus estudios. Otra recomendación sería iniciar terapia de pareja para mejorar o cambiar su relación familiar.

USUARIO 3

EDAD: 44 años

ESTADO CIVIL: Casado

LUGAR DE NACIMIENTO: México, DF.

ESCOLARIDAD: Secundaria.

OCUPACIÓN: Mensajero.

CITA 1: 19 de Noviembre del 2001.

1ª Sesión: 23 de Noviembre del 2001.

2ª Sesión: 28 de Noviembre del 2001.

Seguimiento: 28 de febrero del 2002.

❖ MOTIVO DE CONSULTA

Problemas por el consumo de alcohol.

❖ ASPECTO FÍSICO

La primera sesión presentaba desaliño, el usuario lucía descuidado, sin embargo en la última sesión el paciente lucía con buen aliño.

❖ SINTOMATOLOGÍA

Actualmente el paciente no manifiesta tener algún malestar físico

❖ HISTORIA DEL PADECIMIENTO

El paciente narra que tiene varios hermanos y dice que ninguno se parece, su madre siempre lo trato diferente, su padre siempre lo maltrataba, en la primaria, el paciente supo por medio de unos familiares que a aquel que le decía papá no era, así que se armo de valor y le preguntó a su madre, ella le afirmó de inmediato que efectivamente no era, el paciente, comenzó a deprimirse y se fue de su casa, estuvo viviendo durante algunos años con una tía, en Coyoacán, a la cual ayudaba con las compras:

"Conseguí trabajo de cerrillo, en un supermercado, con el dinero que ganaba le ayudaba a mi tía en la compra de víveres. Continué con mis estudios hasta la primaria. Un día mi tía me informó que se tenían que cambiar a un lugar más pequeño, y con esto el paciente tuvo que regresar a mi casa. Ya entrada la adolescencia, tuve un trabajo mejor pagado así que decidí ayudarle a mi madre, dándole dinero para mis hermanos, sin embargo, había ocasiones en que no

alcanzaba la comida y yo prefería no comer para que mis hermanos pequeños pudieran comer, pero mi madre guardaba la mayoría de la comida para mi papá, esto me molestaba muchísimo. Una noche mi padre llegó en estado alcohólico y golpeo a mi madre, entonces yo me enfurecí, y lo golpee, con este hecho me comenzó respeto, al igual que a mis hermanos. Esa noche mi mamá me confesó que ese señor al que yo había golpeado no era mi verdadero padre, y entonces entendí, porque no me quería, ahora ya no me importaba porque, ya no le tenía miedo ni respeto, considero que mi vida ha sido muy triste.”

Años más tarde conoció a su actual esposa, a la que dice que ama, él consumía alcohol dos o tres veces por año, sin embargo refiere, que cuando se caso con su esposa, todos los esposos de sus hermanas consumen alcohol, y que era influenciado para seguir consumiendo alcohol. Cabe señalar que su esposa también bebe, y que le gusta mucho asistir a las reuniones y tomar. El paciente comenta haber tenido ya muchos problemas con su esposa a causa de su consumo de alcohol, el primero de ellos fue cuando le fue infiel, ésta lo demandó, obteniendo ayuda alimenticia para sus hijos, el paciente seguía viviendo con su esposa, él manifiesta en más de una ocasión haber llegado en estado alcohólico y obligar a su esposa a tener relaciones sexuales, en una de esas ocasiones su esposa se asusto mucho y le gritó a los vecinos, esta vez el paciente acabo en la cárcel, fue sacado por un hermano, regreso a su casa diciéndole y prometiéndole a su esposa un cambio, ésta accedió. Años más tarde su esposa le dijo que siempre le había dado lástima, y que no sabía porque seguía con él, ella le confesó tener un romance con una persona 20 años más joven, el paciente se sintió muy mal, y fue a tomar. Perdió uno de sus trabajos por causa de su consumo de alcohol, y en el actual trabajo su jefe lo ha sorprendido tomando, esto lo ha hecho reflexionar para cambiar su consumo de alcohol.

❖ DINÁMICA FAMILIAR

La relación con su esposa, se ha convertido como lo vimos anteriormente en algo patológico, cabe mencionar que sus hijos están casados y viven dentro de la misma casa, no hay reglas, ni obligaciones, algunas veces los hijos dan para la comida, sin embargo no aportan para los gastos es general de la casa.

❖ ESTADO ANÍMICO

El paciente presenta baja autoestima y depresión, debido que no le sirve a nadie, su esposa siempre lo ha humillado, burlándose de que nadie lo quiso en su familia, el paciente muchas veces manifiesta sentir tristeza por lo que le sucedió en su niñez y adolescencia, presenta mirada fija y en ocasiones pérdida.

❖ ACTIVIDADES RECREATIVAS

Le gusta bailar.

❖ RELACIONES SOCIALES

El paciente indica que se lleva muy bien con los compañeros de su trabajo, y que todos lo respetan, se considera muy responsable y cumplido dentro de éste.

❖ INSTRUMENTOS APLICADOS

Los instrumentos que se le aplicaron fueron:

*Cuestionario de entrevista inicial, del cual se obtuvieron, los datos de identificación, salud física, situación laboral, historia de consumo de alcohol y otras drogas, consumo de tabaco, sustancias consumidas, consecuencias de este consumo.

*Breve escala de dependencia al alcohol (BEDA): En el cual obtuvo como puntaje 19, lo que indica que tiene una dependencia media al alcohol.

*Formato de consentimiento.

*Línea Base Retrospectiva (LIBARE):

- Número Máximo de bebida alcohólica consumida es: 17

- Porcentaje de días de abstinencia: 76%

- Porcentaje de días de consumo moderado: 10%

- Porcentaje de días de excesivo: 14%

- Porcentaje de días en los cuales bebió alcohol: 24%

- Consumo promedio por ocasión: 6.3 tragos.

* El usuario se encuentra en la etapa de contemplación debido a que reconoce que tiene un problema con su consumo de alcohol. Sin embargo, al inicio estaba ambivalente.

SESIÓN 1

Ventajas de cambiar mi consumo de alcohol

- No tener problemas familiares.

Ventajas de seguir con mi consumo de alcohol

- Ninguna.

Desventajas de cambiar mi consumo de alcohol

- Perder amistades.

Desventajas de seguir con mi consumo de alcohol

- Seguir teniendo problemas familiares.

Ejemplo de situaciones de riesgo de consumo de alcohol

- Reuniones familiares.

Consecuencias positivas de haber consumido en esta situación

- Pasar un rato agradable y tranquilizarme.

Consecuencias negativas de haber consumido en esta situación

- Problemas con mi esposa.
- Preocupación por el trabajo, porque se darían cuenta de que estoy bebiendo.

Opciones para evitar estas situaciones

- Decir que estoy en un programa.
- Decir que tomo medicamento.

Resultado esperado

- No tomar.

Elija la opción que considere que funcionaría mejor en una situación real.

- ° Decir que estoy en un programa.

Establecimiento de primera meta

- Abstinencia.

SESIÓN 2

Situaciones de consumo excesivo de alcohol

- Situaciones agradables.
- Situaciones desagradables.

Situación 1: Estar con mis compañeros de trabajo.

Consecuencias positivas

- Alegrarme.

Consecuencias negativas

- Remordimiento.
- Miedo.

Mi plan de acción	Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> ° Decir que tengo problemas con mi forma de beber. ° Decir que si tomo, tendré problemas en casa. 	<ul style="list-style-type: none"> ° Estar en mejor estado de ánimo. ° Ahorrar. 	<ul style="list-style-type: none"> ° Ninguna.

Situación 2: Ir a la botana con mis amigos.

Consecuencias positivas

- Relajarme.

Consecuencias negativas

- Gastar.
- Preocuparme.
- Llegar con aliento alcohólico.
- Problemas en casa.

Mi plan de acción	Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Comer bien, en un lugar en donde no haya que consumir alcohol. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evitar el consumo. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ninguna.

Situación 3: Reuniones familiares.

Consecuencias positivas

- Buen ambiente

Consecuencias negativas

- Que los demás me critican por que tomo demasiado.
- Problemas con mi esposa.

Mi plan de acción	Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> ° Insistir en que estoy en un programa psicológico para dejar de beber, y que no me insistan. 	<ul style="list-style-type: none"> ° Sentirme mejor ° Estando sobrio me siento muy bien. 	<ul style="list-style-type: none"> ° Ninguna.

Establecimiento de segunda meta

- Abstinencia

Usuario 3

EDAD	44
ESCOLARIDAD (AÑOS DE ESTUDIO)	9
SEXO	Masculino
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL	17

CONSECUENCIAS DE ESTE CONSUMO

Daño físico	0
Daño cognitivo	0
Daño afectivo	0
Daño interpersonal	0
Agresión	0
Problemas laborales	1
Problemas legales	0
Problemas financieros	0
BEDA	19
	Contemplación

PRIMERA APLICACIÓN (LIBARE)

Número máximo de bebida alcohólica consumida	17
Porcentaje de días de consumo de alcohol	24%
Consumo diario de tragos estándar	6.3%
Número total de copas consumidas en el año	460
% DE DÍAS DE ABSTINENCIA	76%
% DE DÍAS DE CONSUMO MODERADO	10%
% DE DÍAS DE CONSUMO EXCESIVO	14%

SEGUNDA APLICACIÓN (LIBARE)

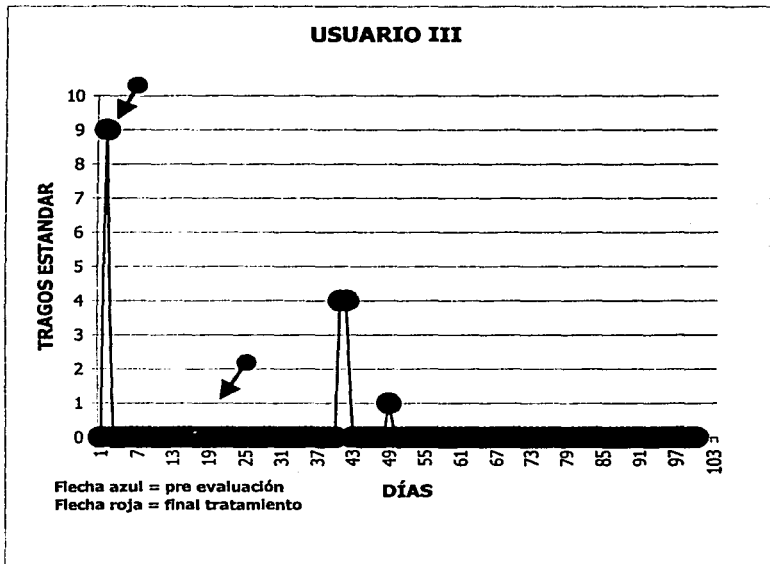
# TOTAL DE DÍAS DE CONSUMO	3
# TOTAL DE COPAS ESTÁNDAR	9
PROMEDIO DE CONSUMO POR DÍA	2,3
% DE DÍAS DE ABSTINENCIA	96%
% DE DÍAS DE CONSUMO MODERADO	4%
% DE DÍAS DE CONSUMO EXCESIVO	0%

EN CASO DE NO HABER CONSUMIDO:

NÚMERO DE VECES DE ANTOJO DE USO DE ALCOHOL DURANTE TRES MESES

Número de veces	12
-----------------	----

GRAFICA 3. En esta gráfica se observa que el usuario antes de la aplicación de la prueba LIBARE, presentaba un consumo de alcohol de 9 tragos estándar, por ocasión de consumo durante la aplicación del tratamiento, dejó de beber durante 20 días, sin embargo, durante su seguimiento (80 días) se presentaron 3 consumos, el primero y el segundo fue de 4 tragos estándar por ocasión y el tercero fue de una copa.



En este caso se puede observar que el usuario tenía más claras las razones por las que debía dejar de beber. Razones tales como problemas, económicos, problemas con pareja (posible separación). Además, tenía muy claro las situaciones de riesgo, pues sus familiares lo presionaban para beber. Esto hizo que la información recibida, lo llevara a desarrollar planes de acción en donde empezó a afrontar las situaciones de riesgo, "...estoy en un tratamiento."

En este caso podemos concluir que el usuario se encontraba en una etapa de contemplación, lo que facilitó su entrada al tratamiento y la decisión de abstinencia. El usuario estaba dispuesto a seguir instrucciones y buscar actividades diferentes para lograr su cambio.

Ayuda a tener estos resultados, las consecuencias que había tenido a nivel familiar, ya que su esposa lo había amenazado con la separación. Además ya tenía serios problemas económicos, gastaba mucho en cada consumo. Estas situaciones lo llevan a decidir dejar de beber, dejar de frecuentar a los amigos con los que tomaba y gastaba mucho dinero. El tomar la decisión y empezar a ver los resultados de su decisión lo hacen sentir más seguro. Esto lo comenta durante el seguimiento y se observa claramente en su patrón de consumo.

La recomendación sería que continuara con esta meta y se sugirió que iniciara una terapia de pareja pues su relación se encuentra muy deteriorada.

USUARIO 4

EDAD: 41 años
ESTADO CIVIL: Unión libre
LUGAR DE NACIMIENTO: México DF.
ESCOLARIDAD: 6º de Primaria.
OCUPACIÓN: Ama de casa
CITA 1:23 de Noviembre del 2001.
1ª Sesión: 30 de Diciembre del 2001.
2ª Sesión: Dejo de asistir.
Seguimiento: -----

❖ MOTIVO DE CONSULTA

Problemas con su forma de consumir alcohol.

❖ ASPECTO FÍSICO

Buen aliño, bien peinada.

❖ SINTOMATOLOGÍA

La paciente indica tener problemas de diabetes, además de que a simple vista presenta problemas de obesidad.

❖ HISTORIA DEL PADECIMIENTO

Comenzó su consumo de alcohol en exceso a la edad de 26 años, sin embargo hasta hace 3 años comenzó a tener problemas por su forma de beber. La paciente refiere que cuando comenzó a vivir con su pareja, tuvo problemas para poder tener hijos, años más tarde nació su única hija, quien refiere la paciente:

"Es una buena muchacha, a veces "desmadroza", le doy toda la confianza del mundo, una vez se fue de pinta cuando estudiaba en la secundaria, una vecina la vio subir a un pesero, por la mañana, e inmediatamente me hablo y me dijo, que se había bajado en san Fernando, ese día yo no le reclamé a mi hija, pero días después le dije, que si me creía "tonta" o que, que si esa era la confianza que le había dado, ella negó todo, pero por la tarde me pidió perdón y me dijo que se había ido a "las fuentes brotantes" con unos amigos y su novio, (quien tiene 25 años), le dije que lo que habían hecho estaba muy mal, en la noche llegó su novio a visitarla, y le reclame él me pidió una disculpa, y me prometió que ya nunca volvería a pasar."

Actualmente por comentarios de la paciente, se indica que su hija aprobó el exámen de admisión a bachilleres y a pesar de estar en su 5º mes de embarazo, ella la apoyará (económica y físicamente) para siga estudiando; su hija actualmente vive en casa de su suegra, y aparentemente tiene buena relación con esta familia.

La paciente además comenta que su hija siempre se preocupa por su forma de beber, ya que cuando ésta bebe lo hace en grandes cantidades y en días consecutivos, su esposo quien al principio de su unión marital no consumía alcohol, actualmente consume, no de gran intensidad, debido a su trabajo, las personas con las que convive en su mayoría de sexo masculino, y de edades variadas consumen alcohol.

❖ ALIMENTACIÓN

Por su estado de salud, parece no consumir alimentos balanceados.

❖ DINÁMICA FAMILIAR Y RELACIONES SOCIALES

Como ya lo describimos anteriormente, muestra deterioro, en primer lugar por el embarazo prematuro de su hija, en segundo por la falta de reglas del padre.

Le gusta hablarle a toda la gente, saluda a sus vecinos, y se considera muy sociable

❖ SEXUALIDAD

No hubo mención

❖ ESTADO ANÍMICO

La paciente se ve tranquila, relajada.

❖ ACTIVIDADES RECREATIVAS

Le gusta cocer y bailar en su tiempo libre.

❖ HABILIDADES

Se considera como una persona muy alegre.

❖ INSTRUMENTOS APLICADOS

Los instrumentos que se le aplicaron fueron:

*Cuestionario de entrevista inicial, del cual se obtuvieron, los datos de identificación, salud física, situación laboral, historia de consumo de alcohol y otras drogas, consumo de tabaco, sustancias consumidas, ninguna otra, consecuencias de este consumo.

Observaciones: En la primera cita fue imposible concluir con la aplicación de los instrumentos, debido a que la paciente manifestó que no tenía mucho tiempo. La paciente ya no acudió a las sesiones de tratamiento, porque le diagnosticaron bronquitis. Sin embargo se le hicieron 3 llamadas telefónicas un mes después, en la primera, dijo que seguía enferma y en las posteriores contesto, pero fingió posteriormente la voz y se negó.

USUARIO 4

EDAD	41
ESCOLARIDAD (AÑOS DE ESTUDIO)	6
SEXO	F
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL	26

CONSECUENCIAS DE ESTE CONSUMO

Daño físico	1
Daño cognitivo	0
Daño afectivo	0
Daño interpersonal	0
Agresión	0
Problemas laborales	0
Problemas legales	0
Problemas financieros	1
BEDA	15
	Contemplación

PRIMERA APLICACIÓN (LIBARE)

Número máximo de bebida alcohólica consumida	12
Número máximo de días de abstinencia	10
Porcentaje de días de consumo de alcohol	10%
Consumo promedio de tragos estándar	8
Rango de días registrado	125
Número total de copas consumidas en el año	210
% DE DÍAS DE ABSTINENCIA	91%
% DE DÍAS DE CONSUMO MODERADO	2%
% DE DÍAS DE CONSUMO EXCESIVO	7%

SEGUNDA APLICACIÓN (LIBARE)

# TOTAL DE DÍAS DE CONSUMO	NO
# TOTAL DE COPAS ESTÁNDAR	NO
PROMEDIO DE CONSUMO POR DÍA	NO
% DE DÍAS DE ABSTINENCIA	NO
% DE DÍAS DE CONSUMO MODERADO	NO
% DE DÍAS DE CONSUMO EXCESIVO	NO

Este usuario dejó de asistir al tratamiento, después de la evaluación, a pesar de las llamadas para hacer una nueva cita.

Ella estaba motivada pero después de la primera sesión tuvo la fiesta de su barrio, ella comentó que iba a beber muy poco por su problema de diabetes, pero ese día se excedió. "Durante la entrevista comenta que el alcohol le permite pasársela bien en la fiesta. Todos la invitan, es probable que la "vulnerabilidad social", la haya llevado a desistir de su intento de cambiar su forma de consumo.

USUARIO 5

EDAD:30 años

ESTADO CIVIL: Casado

LUGAR DE NACIMIENTO: San Felipe del progreso, Estado de México.

ESCOLARIDAD:6° de primaria

OCUPACIÓN: Campesino

CITA 1:12 de Diciembre de 2001.

1ª Sesión: 12 de Diciembre de 2001.

2ª Sesión: 22 de Diciembre de 2001.

Seguimiento: 23 de Marzo del 2002.

❖ MOTIVO DE CONSULTA

Fue canalizado por los médicos, aparentemente por problemas con su forma de consumir alcohol.

❖ ASPECTO FÍSICO

Presenta buen aliño, es alto, robusto, tiene las manos grandes y agrietadas, el paciente comenta tener problemas de presión arterial alta.

❖ SINTOMATOLOGÍA

Algunas veces manifiesta escuchar un zumbido. Además tiene problemas con su forma de consumir alcohol.

❖ HISTORIA DEL PADECIMIENTO

El paciente se dedica al trabajo del campo, debido al clima y a la falta de recursos, sólo cultivan por temporal, desde el gobierno de Salinas manifiesta recibir ayuda económica por parte de PROCAMPO, de aproximadamente 10,000 mil pesos anuales, y él indica que el lugar de invertirlo en él cambio prefiere ahorrarlo y sobrevivir todo el año con este dinero, puesto que si invierte, gastará todo y con lo que coseche perderá más de lo que tiene.

"Desde los 20 años consumo alcohol, en esta comunidad, se acostumbra desde muy pequeños a consumir pulque y a los niños que resisten más, se les aplaude y

se les invita a beber más, se dice que son muy "chingones". Actualmente tengo graves problemas con el consumo de alcohol porque que puede beber hasta 40 cervezas por sentada, Aunque consumo algunas veces por años como son: 24 de Diciembre, 1º de Enero, 16 de Septiembre, cambios de mayordomía del pueblo, cumpleaños, durante la siembra y cosecha, con el fin de quitarme la sed y rendir durante la jornada del trabajo."

El paciente actualmente vive con su esposa y con su madre, él comenta que cuando bebe no es agresivo, pero que le gustaría jamás volver a beber, ya que la gente del pueblo se muere primordialmente por el consumo de alcohol, menciona además que todos beben mucho desde los niños, mujeres hasta los ancianos.

Ha intentado 5 veces dejar su consumo de alcohol, lo ha conseguido, esto por medio de juramentos, sin embargo cada que termina un juramento, inmediatamente va a la iglesia para jurar nuevamente, éstos los hace por periodos hasta de 3 años.

Actualmente esta bajo juramento,¹ pero manifiesta temor por recaer.

❖ ALIMENTACIÓN

La alimentación de un campesino es muy limitada, además de que este poblado se localiza aislado de algún mercado.

❖ DINÁMICA FAMILIAR

Existe buena relación con su familia.

❖ SEXUALIDAD

No quiso hablar acerca del tema.

❖ ESTADO ANÍMICO

Como la gente de provincia, se ve muy tranquilo, paciente y amable.

❖ ACTIVIDADES RECREATIVAS

Hacer deporte, fútbol, e ir los Domingos a comprar despensa al pueblo, para la semana.

❖ HABILIDADES

Le gusta hacer cosas de madera.

❖ RELACIONES SOCIALES

El paciente se lleva bien con los vecinos.

¹ Ver capítulo III "limpias y Juramentos"

❖ INSTRUMENTOS APLICADOS

Los instrumentos que se le aplicaron fueron:

*Cuestionario de entrevista inicial, del cual se obtuvieron, los datos de identificación, salud física, situación laboral, historia de consumo de alcohol y otras drogas, consumo de tabaco, sustancias consumidas, consecuencias de este consumo.

*Breve escala de dependencia al alcohol (BEDA): En el cual obtuvo como puntaje 24, lo que indica que tiene una dependencia alta al alcohol.

*Línea Base Retrospectiva (LIBARE):

- Número Máximo de bebida alcohólica consumida es: 30
- Porcentaje de días de abstinencia: 86%
- Porcentaje de días de consumo moderado: 0%
- Porcentaje de días de excesivo: 14%
- Porcentaje de días en los cuales bebió alcohol: 14%
- Consumo promedio por ocasión: 21 tragos.
- *El usuario se encuentra en etapa de acción.

❖ OBSERVACIONES

En Diciembre se llegó a la comunidad de San Felipe del Progreso, con ayuda de una organización no lucrativa, compuesta por tres médicos, y un dentista, en donde tuve la oportunidad de dar una plática acerca de las consecuencias de consumir alcohol, en esta plática utilice el rotafolio².

Como era una comunidad rural, se invito a asistir a las personas por medio de estas platicas.

El paciente acudió a una platica del programa, éste comenta cuando se encontraba en la sesión, que desconocía el daño que el alcohol ocasionaba físicamente al organismo, además le agrado que dentro del programa se manejará la opción de seguir tomando de manera moderada, también, mencionó la importancia de los planes de acción para evitar consumir en ciertas situaciones, mencionó que eran muy importantes; comentó que pocas ocasiones se ha

² Ver anexos

sentado a pensar en la cantidad que consume, y cuando se dio cuenta quedó muy sorprendido por la gran cantidad que consume, sin embargo dijo que después de haber escuchado la plática ignoraba el daño que hacía físicamente el alcohol al cuerpo. Esto debido a que por observación y comentarios de los pobladores, se dio cuenta que todos consumen en exceso el alcohol. Cabe destacar que el agua es escasa, los refrescos y bebidas alcohólicas son más baratas.

Se mostró muy interesado en el programa, se ofreció para acudir 2 veces a recibir la información para bajar la cantidad que consumía.

Incluso ofreció ayuda para coordinar, aplicar y enseñar el tratamiento a los demás. Se mostró interesado ante la propuesta de diseñar talleres para disminuir el "ocio" de las personas, y opinó que le gustaría que se abriera un taller de carpintería. Comentó además que ellos producen escobetillas, cepillos para caballos, y que están hechas de raíces.

Sesión 1

Ventajas de cambiar mi consumo de alcohol

- Sentirme bien físicamente, no tener problemas con mi mamá.

Ventajas de seguir con mi consumo de alcohol

- Aguantar mejor en la jornada del campo.
- Relajarme.

Desventajas de cambiar mi consumo de alcohol

- Ninguna.

Desventajas de seguir con mi consumo de alcohol

- Enfermedades.

Ejemplo de situaciones de riesgo de consumo de alcohol

- Trabajar en el campo, quitarse la sed, y aguantar más en la jornada.

Consecuencias positivas de haber consumido en esta situación

- No hay sed.
- Aguanto bien la jornada.

Consecuencias negativas de haber consumido en esta situación

- Llegar a mi casa y pelearme con mi familia.
- Encontrarme amigos en el camino y seguir bebiendo.

<p>Opciones para evitar estas situaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tomar agua o refresco para quitarme la sed. ➤ Evitar a los amigos con los que bebo. 	<p>Resultado esperado</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Me sentiría mejor físicamente. ➤ Evitaría problemas. ➤ No tomaría, lo que tomo.
---	--

Elija la opción que considere que funcionaría mejor en una situación real.

- ° Tomar refresco o agua en lugar de alcohol, durante mi jornada de trabajo.

<p>Establecimiento de primera meta</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sólo tomar 3 tragos por ocasión. ➤ Los días que yo podré tomar, son los viernes y sábado. ➤ En un lugar seguro.

SESIÓN 2

<p>Situaciones de consumo excesivo de alcohol</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Situaciones agradables. ➤ Necesidad.
--

Situación 1: En los días de fiesta el pueblo que son: las del "santo patrono", cambio de mayordomía, bautizos todos sin excepción tomamos.

<p>Consecuencias positivas</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Convivir con la gente. ➤ Brindar. <p>Consecuencias negativas</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dolores adentro del cuerpo. ➤ Seguir tomando mucho alcohol. ➤ Que el alcohol es un veneno para el cuerpo. ➤ Pleitos con la familia.

Mi plan de acción	Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> ° Que los que dan la fiesta estuvieran jurados para que no dieran alcohol ° Dieran sólo refresco en las fiestas ° No tomar alcohol, 	<ul style="list-style-type: none"> ° Disfrutar la comida. ° Convivir, sin pelear con la gente 	<ul style="list-style-type: none"> ° Me va a costar trabajo, todos beben.

Situación 2: En el campo, tener mucha sed, si aquí nunca hay agua, por allá menos, es más fácil mandar a un niño a la tienda, por cervezas frías para que se nos quite la sed.

Consecuencias positivas

- Quitarse la sed.

Consecuencias negativas

- Pelearme con mi esposa.
- Seguir tomando.

Mi plan de acción	Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> ◦ Llevar agua ◦ No tener alcohol a la mano 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ No tomar ◦ No tener malestares Físicos ◦ Me olvido del alcohol ◦ Mejoro mi trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ No encontrar agua tan fácilmente.

Situación 3: Encontrarme a mis amigos

Consecuencias positivas

- Convivir.
- Platicar de nuestros problemas.

Consecuencias negativas

- Malestar físico del cuerpo, insultos
- Seguir tomando
- Llegar tomado a la casa y pelearse con la familia

Mi plan de acción	Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> ➤ No pasar por donde ellos siempre están. ➤ Decir que estoy jurado. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No verlos, y así no tomo ➤ Me respetan y no me insisten ➤ No tomo para no quedar mal con el "Santo patrono" 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No siempre puedo esconderme ➤ Si algún día fallo me sentiría muy mal

Establecimiento de segunda meta

- No tomar, como lo he hecho hasta ahora. Sólo 2 o 3 los viernes y sábados, nunca durante la jornada.

❖ SEGUIMIENTO

Se hizo una visita al usuario tres meses después, al poblado de Chichilpa, encontrando que el paciente había consumido alcohol, aún estando bajo juramento, el paciente manifestó sentirse moralmente mal, por haber faltado a su promesa al "señor", sin embargo él mencionó que recordó el programa, y todos los daños que el alcohol ocasiona, y decidió tomar poco tres caguamas por ocasión, sólo consumió 3 veces durante estos tres meses que con relación a lo que había estado consumiendo realmente disminuyó la frecuencia de su consumo.

USUARIO 5

EDAD	30
ESCOLARIDAD (AÑOS DE ESTUDIO)	6
SEXO	Masculino
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL	20

CONSECUENCIAS DE ESTE CONSUMO

Daño físico	1
Daño cognitivo	0
Daño afectivo	1
Daño interpersonal	1
Agresión	2
Problemas laborales	1
Problemas legales	0
Problemas financieros	2
BEDA	24
	Determinación

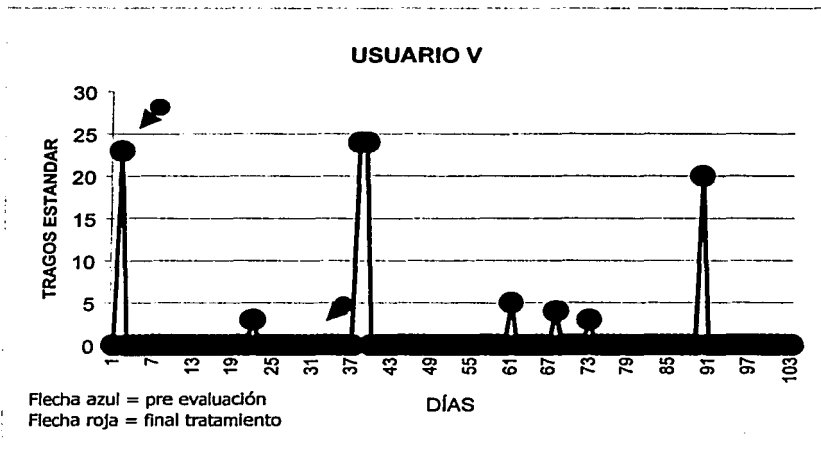
PRIMERA APLICACIÓN (LIBARE)

Número máximo de bebida alcohólica consumida	30
porcentaje de días de consumo de alcohol	14%
Consumo diario de tragos estándar	21
Número total de copas consumidas en el año	749
% DE DÍAS DE ABSTINENCIA	86%
% DE DÍAS DE CONSUMO MODERADO	0%
% DE DÍAS DE CONSUMO EXCESIVO	14%

SEGUNDA APLICACIÓN (LIBARE)

Número Máximo de bebida alcohólica consumida	25
porcentaje de días de consumo de alcohol	8%
PROMEDIO DE CONSUMO POR DÍA	13
% DE DÍAS DE ABSTINENCIA	92%
% DE DÍAS DE CONSUMO MODERADO	4%
% DE DÍAS DE CONSUMO EXCESIVO	4%
EN CASO DE NO HABER CONSUMIDO, NÚMERO DE VECES DE ANTOJO DE USO DE ALCOHOL DURANTE TRES MESES	
Número de veces	0

En la grafica numero 5, se puede apreciar el comportamiento del usuario en las distintas etapas del tratamiento, apoyado por el instrumento LIBARE:



En esta gráfica se aprecia un alto consumo por ocasión, 24 tragos estándar antes del tratamiento, durante el tratamiento se observó un incremento de consumo de 1 trago en dos ocasiones, 3 ocasiones en donde pudo controlar su consumo y por último un consumo de 20 tragos estándar (relacionados con su actividad laboral).

Este último caso fue diferente a los otros debido a que habita en una zona rural y sus actividades laborales están relacionadas con la agricultura, es en estas situaciones cuando más bebe alcohol.

Durante la plática de introducción al programa el usuario se encontró realmente interesado "determinado" en reducir su consumo de alcohol. Identificó una serie de síntomas, que él ya presentaba y se relacionaban con su forma de beber. Voluntariamente acudió y se presentó puntualmente a sus citas, sin embargo la presencia del alcohol en la comunidad donde vive se percibe claramente y es muy fuerte. El alcohol está integrado a actividades laborales, festividades patronales y religiosas, al encuentro de amigos. Esto aunado a su escasa formación educativa, hace que sea difícil entender que tiene alternativas para que su consumo no se torne problemático.

Logró controlar la presión de grupo en situaciones festivas, pero en su actividad laboral fue donde perdió nuevamente el control.

La recomendación en el seguimiento fue promover entre sus amigos la formación de talleres de capacitación para las personas de la comunidad e iniciar así un cambio de estilo de vida, no sólo en él sino en todo el grupo.

III. RESULTADOS GRUPALES

En esta segunda parte se describirán los resultados obtenidos en cuadros comparativos de 4 de los 5 usuarios que participaron en esta tesis y terminaron, así como los datos del seguimiento.

Cuadro 1. Datos sociodemográficos

	EDAD	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACIÓN
USUARIO 1	65	8	Viudo	Jubilado
USUARIO 2	26	6	Casado	Mecánico
USUARIO 3	44	9	Casado	Empleado
USUARIO 4	41	6	Unión libre	Ama de casa
USUARIO 5	30	6	Casado	Campesino

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS. Se puede observar que la media de la edad es de 41 años aunque el rango es muy variable, va de 21 a 65 años. La media del nivel educativo es de 7 años de estudio, la mayoría terminaron sólo primaria. Todos están casados, uno es viudo y otro está casado en unión libre.

Cuadro 2. Resultados

	USUARIO 1	USUARIO 2	USUARIO 3	USUARIO 4	USUARIO 5
Situación 1	S. agradable (en reuniones)	S. agradable	S. agradable	S. agradable (fiestas)	Resistir la jornada
Situación 2	Presión social (con amigos y familiares)	S. agradable	S. agradable	Presión Social (reuniones y fiestas)	S. agradable (fiestas)
Situación 3	S. desagradable (depresión, sólo)	S. agradable	S. agradable	Presión	Calmar la sed

SITUACIONES DE RIESGO PARA PERDER EL CONTROL. El ISCA (Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol), fue muy difícil de contestar por los sujetos de esta investigación, debido al bajo nivel educativo y su dificultad de comprensión de la lectura. Sin embargo, en la sesión 1, el terapeuta les pidió que describieran sus situaciones de riesgo para beber en exceso, fácilmente lo pudieron hacer los usuarios y estas situaciones se pudieron, posteriormente, traducir en términos del ISCA por el terapeuta, con excepción de las situaciones: "Resistir la jornada y calmar la sed", que implican situaciones diferentes a las

reportadas en el inventario. Respecto a esto, dice Berruecos en 1996, el consumo de alcohol durante la jornada de trabajo es muy común en zonas rurales debido a que muchas veces se trabaja más de 12 horas, con una alimentación inadecuada y falta de agua potable.

Por otro lado se puede observar que la mayoría de las situaciones son agradables y también están relacionadas a la presión del grupo, es decir fiestas, reuniones, estar con los amigos, etc. El primer usuario reportó consumo estando sólo, cuando esta deprimido.

Cuadro 3 Consecuencias del consumo

	Daño físico	Daño cognitivo	Daño afectivo	Daño interpersonal	Agresión	Problemas laborales	Problemas legales	Problemas financieros
Usuario 1	1	1	1	0	1	0	0	0
Usuario 2	0	2	1	1	1	0	0	2
Usuario 3	0	0	0	1	0	1	0	0
Usuario 4	1	0	0	0	0	0	0	0
Usuario 5	0	0	0	0	1	1	0	2

*Datos según entrevista inicial.

CONSECUENCIAS DEL CONSUMO. En general se puede observar, resultados similares a los de la investigación original (Ayala y cols.,1998), cuando una persona tiene dependencia media al alcohol, las consecuencias por su forma de beber todavía no son severas. El cuadro anterior nos permite observar que se empiezan a manifestar los problemas pero todavía hay muchas áreas que están íntegras.

Cuadro 4. Actividades recreativas

USUARIO 1	USUARIO 2	USUARIO 3	USUARIO 4	USUARIO 5
Carpintería	Fútbol	Televisión	Bailar	Carpintería
Escuchar música			Actividades manuales	

ACTIVIDADES RECREATIVAS. En esta área podemos observar como en general los usuarios tienen pocas actividades de distracción, si recordamos en el Capítulo 1, que dice "... la gente bebe porque es muy aburrida la vida del pueblo...", precisamente se refiere a que las personas tienen pocas actividades alternativas a beber y precisamente este programa debe dirigirse, entre otras cosas, a promover un cambio en el estilo de vida de las personas, desarrollar más actividades recreativas y pasatiempos.

Cuadro 5. Pasatiempos

USUARIO 1	USUARIO 2	USUARIO 3	USUARIO 4	USUARIO 5
Carpintería	Mecánica	Bailar	Entablar relaciones sociales	Carpintería

HABILIDADES. Junto con el cuadro anterior, está información permite promover un cambio en el estilo de vida, al fomentar que las personas acudan a capacitarse o especializarse en estas actividades como alternativa a beber alcohol, en su tiempo libre.

Cuadro 6. Patrón de consumo de alcohol, en primera aplicación.

Usuario	Grado de dependencia (BEDA)	Total de copas (6 meses)	Número máximo de copas consumidas	Consumo promedio diario	Porcentaje de abstinencia	Porcentaje de consumo moderado	Porcentaje de consumo excesivo	Nivel de Motivación
Usuario 1	12	151	15	13	97%	0.5%	2.5%	Pre-contemplación
Usuario 2	18	113	15	9	96%	1%	3%	Pre-contemplación
Usuario 3	19	460	17	6	76%	10%	14%	Contemplación
Usuario 4	15	210	12	8	91%	2%	7%	Pre-contemplación
Usuario 5	24	649	30	21	86%	0%	14%	Determinación

Cuadro 7. Seguimiento.

Usuarios	Total de días de consumo	Número máximo de copas consumidas	Consumo promedio Diario	Porcentaje de abstinencia	Porcentaje de consumo moderado	Porcentaje de consumo excesivo	Si no hubo Consumo Veces de antojo
usuario 1	2	9	4.5	98%	0.6%	0.6%	6
usuario 2	0	0	0	100%	0%	0%	0
usuario 3	3	9	2	96%	4%	0%	12
usuario 4	-	-	-	-	-	-	-
usuario 5	6	25	13	92%	4%	4%	0

PATRÓN DE CONSUMO. En estos dos últimos cuadros se puede hacer una comparación entre los resultados obtenidos antes y después del tratamiento. Primero es importante señalar que en el cuadro 6 se refleja el patrón típico de consumo del mexicano (consumo explosivo) baja frecuencia y cantidades fuertes de alcohol.

Al comparar los dos cuadros observamos que mientras que el número máximo de copas consumidas antes del tratamiento fue de **18** en promedio, en el seguimiento se reduce a un promedio de **11** copas en promedio. El consumo promedio diario antes del tratamiento era de **11** copas y en el seguimiento se reduce **5** copas en promedio. El porcentaje de abstinencia era de **89%** del tiempo, de consumo moderado **3%** del tiempo y de consumo excesivo era de **8%** del tiempo. En el seguimiento se puede ver que el porcentaje de tiempo que pasan en abstinencia es ahora del **96%**, su consumo moderado es de **2%** y el de consumo excesivo reduce considerablemente **1%** del tiempo.

DESERCIÓN. Por último, es importante mencionar que de los 5 usuarios que cumplieron con los criterios de inclusión e iniciaron en tratamiento 4 personas se mantuvieron y acudieron a su entrevista de seguimiento.

CAPITULO VI. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

“Los problemas sociales, que afectan a nuestras ciudades y comunidades, no sólo deben ser modificados encontrando una técnica que los reduzca o elimine, su estudio debe manejar adecuadamente las variables socioculturales que los influyen, para así planificar como erradicarlos, en la medida de lo posible. Los proyectos deben involucrar a los miembros afectados de manera que se promueva un cambio realista y eficaz”

Esta cita fue realizada por Gurin, Veroff y Feld, en 1960. Sin embargo, sirve para ilustrar el trabajo desarrollado en esta tesis, la búsqueda de una adaptación de materiales que han demostrado su efectividad para reducir los problemas que genera el consumo excesivo de bebidas alcohólicas en nuestro país a grupos con características especiales.

El objetivo del presente trabajo fue, llevar a población con problemas en su consumo de alcohol, pero con nivel educativo bajo, opciones terapéuticas más allá de la posibilidad que hasta la fecha brinda Alcohólicos Anónimos, o el consejo de un sacerdote.

Los resultados de la aplicación del programa de Auto cambio Dirigido a Bebedores Problema, indica que el haber iniciado un proceso de modificación y adaptación de técnicas de intervención de vanguardia a población con las características antes mencionadas, dio la posibilidad no sólo de probar que estas técnicas funcionan, sino de mejorar la calidad de vida de estas personas.

Es importante considerar, que no sólo la falta de educación interfiere con el problema de atender el consumo de alcohol; otro de los factores de gran relevancia ha sido, la falta de servicios básicos en las comunidades, no sólo del campo sino, incluso de la ciudad. Este factor en conjunto, (falta de agua potable, drenaje, electricidad, etc.), no sólo incrementa el consumo, sino que determina hasta cierto grado la forma y percepción que se tienen de dicho problema. Ejemplo de ello, ha sido que la carencia de agua, propicia el consumo de refresco, cerveza,

pulque, etc.. Para el caso del pulque, ha sido la bebida sustituta, que más se ha consumido a través del tiempo en México, es decir, en las comunidades rurales el consumo de dicha bebida es frecuente y de mayor demanda, debido a que es barato, se le atribuyen nutrientes, es de uso general y en muchas comunidades forma parte de una tradición.

En la revisión de alternativas de tratamiento, se encontró que hay un gran desarrollo de intervenciones para personas con problemas en su forma de beber, que constituyen en la actualidad opciones reales de rehabilitación. Sin embargo, se observa que al ser aplicadas en población con bajo nivel educativo se presentaron índices de deserción del 40% en promedio (Strack y cols, 1992).

Los resultados presentados por Ayala y cols, en 1995, al aplicar una intervención breve en la ciudad de México reportaron altos índices de efectividad, sin embargo, las características del grupo que se benefició con estas intervenciones se relacionaban con un alto nivel educativo (14 años de estudio). Al revisar la media de años de estudio de la población mexicana en el ámbito nacional, encontramos que es de 6 años, según datos de INEGI, 2001.

Estos datos me llevaron a dar los primeros pasos en la adaptación de estos programas a población con bajo nivel educativo y población rural.

Los resultados, a pesar del tamaño de la muestra, revelan la baja deserción debido a la atención personalizada que recibió cada uno de los integrantes del grupo.

La facilitación de los materiales y modificación del trabajo de tratamiento dio como resultado la mejor comprensión de la meta del tratamiento y ayudó a reducir la deserción del programa, ya que durante las sesiones se presentaba un resumen del material que tradicionalmente se deja de tarea, y se trabajaba conjuntamente con el usuario lo que con ayuda del material visual (rotafolio) facilitó la comprensión del material.

Otro punto importante que vale la pena destacar, es que al presentar el material de lecturas y tareas en forma verbal y con apoyo visual (didáctico) hubo una comprensión muy clara del problema, que cada uno de los usuarios

presentaba relacionado con su consumo de alcohol, y las motivaciones que los llevaban a beber esas cantidades, haciendo que la relación terapeuta-usuario fuera más estrecha y se pudiera hablar de ciertas situaciones de su vida diaria y se hablará de su manera de interactuar con el alcohol y su medio.

Es importante destacar la permanencia de 4 de los 5 usuarios y la facilidad para aplicar el seguimiento (todos estuvieron dispuestos y abiertos a dar información) estos resultados considero que están relacionados con dos factores: uno de ellos fue la reducción de las sesiones a pesar de que la duración de cada entrevista fue más amplia (casi el doble de tiempo).

El uso de técnicas motivacionales como fueron las llamadas telefónicas antes de las sesiones para recordarles su cita y las llamadas después del término del tratamiento para apoyarlos durante el proceso de cambio.

Mención especial requiere el usuario número 5, que por sus condiciones de vida (zona rural) tiene una costumbre específica al beber: "... *la sed la controlo con alcohol*", "... *bebo para aguantar la jornada de trabajo*", cabe destacar que en esta comunidad no hay agua potable, el usuario tiene que recorrer algunos kilómetros para encontrar alguna tienda, donde comprar algo de beber, para poder saciar su sed, "... *el alcohol es más barato y me da energía para trabajar*".

Es muy común ver en la calle a hombres y mujeres consumiendo grandes cantidades de cerveza, las mujeres no son mal vistas, además es una zona con clima cálido. El pulque cuesta 1 peso el litro, mientras que el agua embotellada oscila entre los 6 y 20 pesos, los refrescos cuestan 5 y la cerveza 8 pesos.

Existen un par de "cantinas" y los habitantes del lugar hicieron mención que aquí preparan una bebida especial (a un refresco se le quita la mitad de su contenido y le vierten aguardiente en la botella). Estas personas manifiestan, que desconocen que cantidad de alcohol beben, que calidad de alcohol beben y desde cuando lo hacen. En dicha población, es común saber que una persona murió por consumir mucho alcohol, o en accidentes relacionados a este consumo.

Por otro lado, los resultados del trabajo con y de los 5 usuarios, mostraron cambios en el patrón de consumo, una reducción en la cantidad consumida, dos

usuarios se han mantenido en abstinencia, a partir de haber terminado el tratamiento. Un usuario redujo considerablemente su consumo y el usuario que fue atendido en una zona rural, si bien, sigue consumiendo cantidades fuertes, en la frecuencia de consumo es donde se ha observado el cambio.

Estos resultados iniciales nos muestran la importancia de la atención personalizada para obtener información que nos lleve a seguir en el proceso de adaptación de los materiales.

A partir de la realización de este trabajo y de los resultados obtenidos, a pesar del tamaño de la muestra, me permite dar las siguientes sugerencias para futuros proyectos en esta dirección.

- En primer lugar considero de vital importancia continuar este trabajo en conjunto con otras instituciones gubernamentales para lograr cambios no solamente en el ámbito individual (cambio en el patrón de consumo) sino a nivel comunitario que lleve a la satisfacción de necesidades básicas en zonas rurales.
- Continuar trabajando a nivel rural y con población de nivel educativo bajo, ya que en nuestro país estos grupos representan la mayoría y como en un principio lo señale, hay pocas opciones de atención a estos grupos. De tal forma que se logre la diseminación de estas técnicas a nivel nacional.
- Continuar la capacitación de especialistas en el área de adicciones comprometidos con el bienestar de las mayorías dando posibilidad de que técnicas probadas científicamente, lleguen a todos y no a grupos privilegiados, por cultura, dinero, centralismo.
- Este trabajo se centró en un grupo de población, sin embargo debe seguirse haciendo esfuerzos por llegar a todo tipo de grupos especiales.

- Como comenté en un principio, este es un primer esfuerzo por adaptar materiales a grupos que pocas veces tienen acceso a estas técnicas, de ahí la necesidad de motivar a especialistas para llevar opciones de prevención y de esta forma a través de la información las personas mejoren su calidad de vida.

- Durante el seguimiento se les preguntó a los usuarios que tan útiles les habían resultado; los folletos que se les habían entregado al final del programa; sin embargo, ninguno de los usuarios reportó haber utilizado, ni siquiera leído los folletos, por lo que es importante hacer modificaciones en este material. Se sugiere, reducir el material, un solo folleto con ilustraciones más sencillas que contenga, la información más relevante trabajada durante el programa, como: la meta, las situaciones de riesgo y las opciones establecidas para evitar el abuso de alcohol.

- Analizar las costumbres, tradiciones, antes de aplicar programas para combatir el consumo excesivo de alcohol. Por lo que es necesario adaptar materiales como el del presente trabajo, a cada una de las comunidades en las que se tenga interés.

- Llevar una terapia según el padecimiento psicológico del usuario, puesto que muchas causas del alcoholismo, son ocasionadas, como lo vimos en este trabajo, por problemas emocionales que desencadenan su ingesta de alcohol.

- Desarrollar e instrumentar programas de bajo costo y efectivos, adecuados a las comunidades que nos caracterizan.

- **Crear opciones de diversión, de uso del tiempo libre, de educación, en las comunidades, para evitar que el uso de alcohol sea la única opción de esparcimiento de las personas, fortalecer factores protectores.**
- **Orientar a los familiares para que le brinden apoyo a los usuarios en este lento proceso de cambio.**

Es necesario continuar con la investigación en esta área, la adaptación de procedimientos de acuerdo a las características culturales de nuestro país, la para lograr una mejor calidad de vida en nuestra sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abrams D.B., Niaura R.S (1987). Social Learning Theory. En: Psychological Theories of Drinking and Alcoholism. New York. Guilford.
2. Arrieta, L.D (1986). "comentario: la legislación mexicana y la ebriedad". El alcoholismo en México 3er seminario. Análisis pp. 178, 179
3. Ayala, V.H, (1993). Una revisión de programas de tratamientos párale consumo excesivo de alcohol. CONADIC. No 16.
4. Ayala, V.H., Cárdenas L. G., Echeverría S.L., Gutiérrez L.M. (1988). Manual de auto-ayuda para personas con problemas en su forma de beber. Editorial Porrúa. México.
5. Ayala V.H., Carrascoza V:C (1999): El alcoholismo: Una perspectiva psicológica. (En proceso de publicación).
6. Bandura A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84: 191-215
7. Bandura A. (1977) En: Report of the Institute of Medicine, (1989) "Prevention and treatment of alcohol problem". National academy. Press. Washington D.C, P.p 47-74
8. Benitez. Fernando (1991) Los indios de México. Era 7a reimpresión. Vol. 1 Pág. 149.
9. Berruecos, L, Velasco. (1996). El punto de vista sociocultural. Addictus Pp.11-12
10. Berruecos, L, Velasco. (1996). La ingesta de alcohol en San Sebastián, Puebla. Addictus, Año 3, No 10. México.
11. Berruecos, L, Velasco. (1996). Un enfoque antropológico. Entrevista a Luis Berruecos. pp. 8-10.
12. Bernal Sahún Víctor M; Márquez Morales A; Navarro Benitez B; Selser Ventura C.(1989). El alcoholismo en México. Negocio y manipulación. Editorial nuestro tiempo. 3ª edición. México.
13. Berruecos, L, Velasco. (1997). Patrones de Ingestión de alcohol en una comunidad indígena de la sierra Norte de Puebla. México. Centro Mexicano de Salud Mental.

14. Bonfil Batalla Guillermo (1988) "Utopía y revolución en el pensamiento político de los indios en América Latina. Nueva imagen pp19.
15. Calderón Narváez Guillermo., Cristina Suárez de Ulloa (1980). La investigación Mundial de la Salud sobre la respuesta de la comunidad a los problemas que origina el alcohol. Gaceta Médica de México.Vol. 116, No 6. P.p 259-264.
16. Calderón Narváez Guillermo (1994). Consideraciones acerca del alcoholismo entre los pueblos prehispánicos de México. Psiquiatría 10. Pp. 69-73
17. El colegio de México. Historia Gral. de México 2. 3ª reimpresión 1998 pp. 1075 a 1182.
18. Concuera MS (1997). El fraile, el indio y el pulque. Editorial Fondo de Cultura Económica. México. Pp. 114, 115
19. De la Fuente Juan Ramón; Amor Sepúlveda Jaime (1999). Diez problemas relevantes de salud en México. México. Fondo de cultura Económica. Pp. 93-115
20. Dirección General de Estadística Informática y Evaluación.1993
21. Dwight, B (1995). International Handbook on alcohol and Culture. Greenwood press. Westport, Connecticut London.
22. Elizondo, J. (1994). Que es el alcoholismo. Addictus. 7-10.
23. Espresate, S. (1994). El alcoholismo a través de la historia. Addictus. 5-6.
24. Encuesta Nacional de las adicciones 1988 a 1998.
25. Fundación de Investigaciones Sociales. (1998). Beber de Tierra Generosa. Historia de las Bebidas alcohólicas en México. México, D F. FISAC. Fundación de Investigaciones sociales. México.
26. Frenk J. Lozano R. González Blokc Ma. (1994) Economía y salud, propuesta para el avance del Sistema de Salud en México. Fundación Mexicana para la salud.
27. Fundación de Investigaciones Sociales, A.C El alcoholismo en México tomo IV. Historia y legislación. México. , Pp 23-25
28. FISAC (1998) Beber de tierra generosa. Ciencias de las bebidas alcohólicas en México Vol. 1. Fundación de Investigaciones Sociales, AC. Pp. 151-163.

29. FISAC (1998) Beber de tierra generosa. Historia de las bebidas alcohólicas en México Vol. 2. FISAC Fundación de Investigaciones Sociales, AC. Pp. 97
30. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, 1985. (INEGI). Anuario estadístico de los Estados Unidos Mexicanos. México. Pp. 73-78., XI Censo Censo de población de vivienda. INEGI, Hombres y mujeres en México 2001.p.14.
31. Lomnitz L 1969 Función del alcohol en la sociedad Mapuche. Acta psiquiátrica psicológica. América Latina, P.p 15
32. Medina-Mora, M., García-Zabala, G., Rascón-Gasca, M., Otero-Monreal, B.(1986). Normas y actitudes en torno a la ingesta de bebidas alcohólicas y su relación con las prácticas de consumo. La psicología Social en México. Instituto Mexicano de Psiquiatría Vol.1218-223.
33. Medina-Mora, M., García, G., Rascón-Gasca, M., Otero-Monreal, B.(1986). Razones para beber y problemas en dos poblaciones: Rural y Urbana del estado de Michoacán. La psicología social en México. Vol. 1. Pp. 203-210.
34. Medina-Mora, E., Rascón, G., García, G.(1986) Consumo de Alcohol de 96° en una Comunidad Rural. Salud mental V.9 No 3. Pp. 77-81.
35. Medina-Mora, E., Rascón-Gasca, L., Otero -Monreal B. (1988). La embriaguez y sus características psicológicas en dos poblaciones una rural y otra urbana del estado de Michoacán. La Psicología Social en México, Vol. 2. Pp. 279-284.
36. Medina-Mora, E., Rojas Estela., Juárez, F., Berenzon, S., Carreño, S.,Galván, J., Villatoro, J., López, E., Ortiz, E.(1992). Drug use among Mexican student youth. CEWG. Pp. 483-494
37. Medina-Mora, E., Rojas Estela., Juárez, F., Berenzon, S., Carreño, S.,Galván, J., Villatoro, J., López, E., Ortiz, E., Nenquis, G. (1993). Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la república Mexicana. Salud Mental 16 Vol.3. Pp. 2-9.
38. Mendez Eduardo L. Antropología del alcoholismo. Los límites culturales de la economía política. 1930-1979. ciecias 36 Pp. 202-239
39. Morales Ramón Carlos (1999). Una literatura sin alcohol segunda y última parte Liber adictus. Pp. 6-7
40. Mijares Ivón (1993) Mestizaje alimentario Facultad de Filosofía y letras UNAM Pp. 120

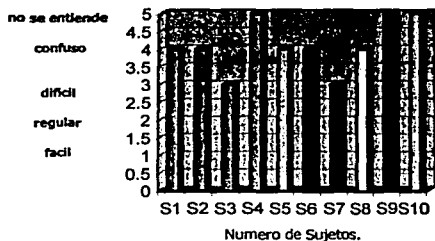
41. Morales Ramón Carlos (1999). Una Historia sin alcohol. Salud mental Pp. 6-8.
42. Narro J, Gutiérrez H, Borges G, Kershenovich D, López M, Corcho A, E. (1999) Cirrosis Hepática. En de la Fuente Sepúlveda & Sepúlveda-amor J (comp. Eds.) Diez problemas Relevantes de la Salud Pública en México. (Pp. 93-115). México: FCE.
43. Natera, G., Smart G., Almendares J. (1981). Ensayo de un nuevo Método para estudiar el consumo de alcohol y sus problemas en tres países de las Américas. Bol of Sant panam 91 (6) Pp. 499-503, 508.
44. Natera, G. (1982). El consumo de alcohol en zonas rurales. Revista de estudios sobre la juventud 2 (7). Pp. 39-48.
45. Natera, G. (1987). El consumo de alcohol en zonas rurales de México. Salud mental V. 10, No 4.
46. Nátera G., Tenorio R., (1995). Los estribadores de la merced y el consumo de alcohol: una aproximación a su estudio. Revista trimestral Trabajo social, Universidad Nacional de México. Año 3, No 10. Pp. 59-49.
47. Nandayapa Cirbina De Jesús Arturo (1994). "Las razones de Chiapas". Editorial PAC.
48. Ortega Velazquez Aída.2000. "Tratamiento cognitivo conductual para bebedores problema: un análisis de las situaciones de riesgo", Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM. Pp. 1-95.
49. Padilla, A.M & Salgado de Zinder (1995). Psiquiatría Transcultural. En F Vidal, R, Alarcón y A. Lolas (Ed.) Enciclopedia Iberoamericana de psiquiatría. . Buenos Aires. Editorial Panamericana PP. (1533-1537).
50. Padilla, A.M. & Salgado de Snyder, V.N. (1992) Hispanics: GAT "The culturally informed evaluator needs to know". In M. Orlandi (Ed.) Cultural competence for evaluators: A guide for alcohol and other drug abuse prevention practitioners working with ethnic/racial communities. Rockville M:D: Office for Substance Abuse Prevention.
51. Piñero M. Valentín; Medal S, Luis (1982). "El alcoholismo en México I Patología". Fundación de Investigaciones Sociales.
52. Pozas Ricardo. (1993) Juan Pérez Solote FCE, México. Pp.112.
53. Rojas F. (1942) Estudio Histórico-etnográfico del alcoholismo entre los indios de México. Revista mexicana de Sociología 4. Pp. 113-125

54. Rosovsky Haydée (1991). Alcoholismo, nuevos datos, viejas noticias. Serie seminarios 2. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Humanidades Universidad Nacional Autónoma de México. Pp.132-157
55. Rosovsky Haydee (1998). Anonymous in Mexico: a strong but fragmented movement. Helsinki, NAD publication. Pp. 165-184
56. Rosovsky Haydee. (1999). Drinking and pleasure in Latin America. Philadelphia: International Center for alcohol policies.
57. Scardaville CM, (1980). Alcohol Abuse and tavern Reform in Late Colonial Mexico City. Hispanic American Historical Review. Vol. 60, Pp. 643-671.
58. Silvestre , J.K (1998) Tesis. Diferencias por genero en un grupo de personas que acuden a un tratamiento para bebedores problema. UNAM
59. Sinto espresate (Marzo/ Abril de 1994). Hablemos de alcoholismo. Flagelo social de los tiempos bíblicos. El alcoholismo a través de la historia. Adictus. Pp.5,6.
60. Tapia Conyer Roberto.(1994). Las adiciones. Dimensión, Impacto y perspectivas. Editorial manual Moderno. México.
61. Villatoro J, Medina-Mora ME, Fleiz C, Alcántar E, Hernández S & Parra J (1999). La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la ciudad de México: Medición Otoño 1997. Salud Mental, 22, 1.
62. Zurita J. (1997) En el mundo azteca. Alcohol, Hongos y tabaco. Liber-Addictus. Pp. 12-13.

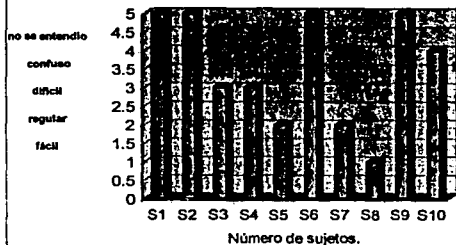
ANEXO 1

RESULTADOS DE LAS LECTURAS ORIGINALES DEL PROGRAMA DE AUTO CAMBIO DIRIGIDO PARA BEBEDORES PROBLEMA

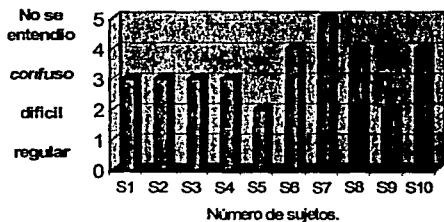
Lectura 1. Balance decisional. contenido



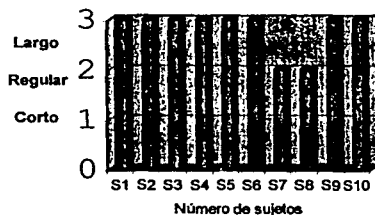
Lectura 1. Balance decisional. Redacción.



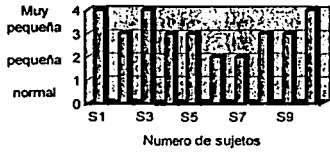
Lectura 1. Balance decisional. Vocabulario.



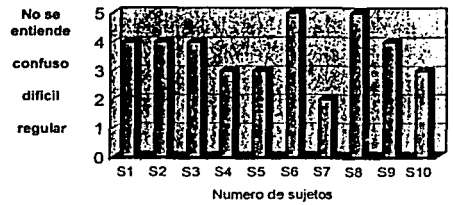
Lectura 1. Balance decisional. Extensión



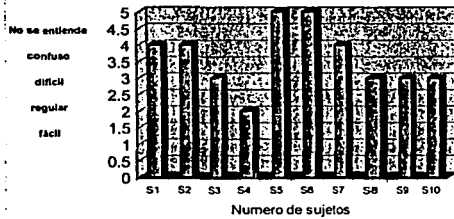
**Lectura 1. Balance decisional.
Tamaño de letra**



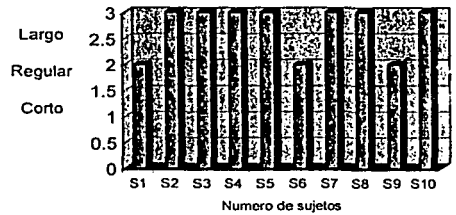
**Lectura 2. Manejando su problema de alcohol.
Redacción.**



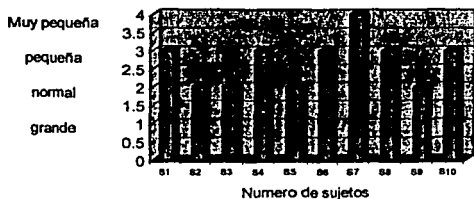
**Lectura 2. Manejando su problema de alcohol.
Vocabulario**



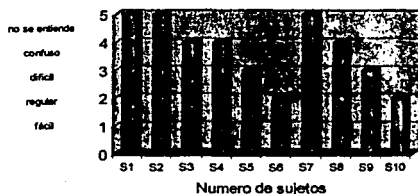
**Lectura 2. Manejando su problema de alcohol.
Extensión**



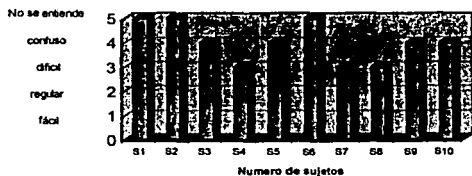
**Lectura 2. Manejando su problema de alcohol.
Tamaño de letra**



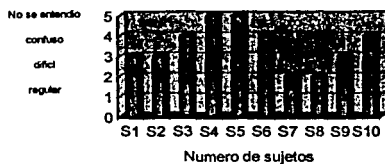
Lectura 3. Manejando su problema excesivo de alcohol. Contenido



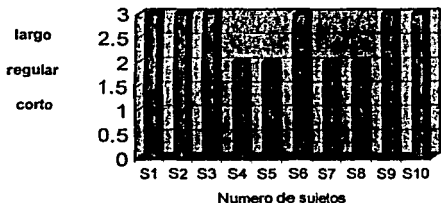
**Lectura 3. Manejando su problema de consumo excesivo de alcohol.
Redacción**



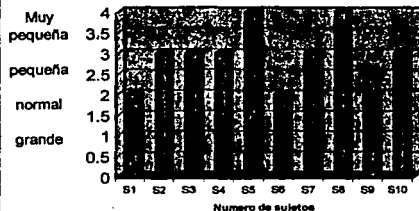
**Lectura 3. Manejando su problema de consumo excesivo de alcohol.
Vocabulario**



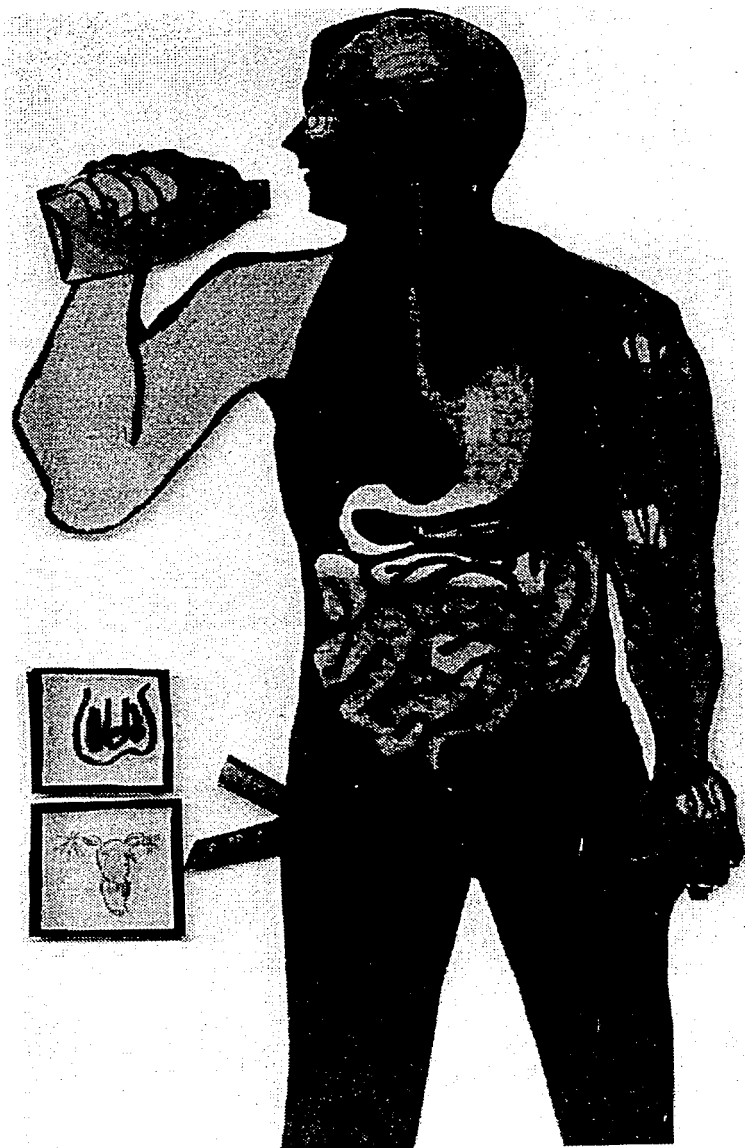
**Lectura 3. Manejando su problema de consumo excesivo de alcohol.
Extensión**



**Lectura 3. Manejando su problema de consumo excesivo de alcohol.
Tamaño de la letra**



ANEXO 2





¿Quién es un alcohólico?
Un alcohólico, es aquella persona que desarrolla una dependencia severa al alcohol, Cuando no esta bebiendo alcohol, está pensando en él. En un inicio desarrollan lo que se conoce como tolerancia al alcohol debido a esta tolerancia, el organismo del individuo necesita cada vez más alcohol para tener los mismos efectos.

¿QUIEN ES UN BEBEDOR PROBLEMA?

Es aquella persona que consume alcohol en forma periódica en grandes cantidades de alcohol. Estas personas pueden encontrarse en riesgo de tener problemas sociales y de salud, debido a su forma de beber



VALORANDO DECISIONES Y CONSECUENCIAS ACERCA DE MI CONSUMO DE ALCOHOL

Ventajas de cambiar mi consumo de alcohol

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Ventajas de seguir con mi consumo de alcohol

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Desventajas de cambiar mi consumo de alcohol

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Desventajas de seguir mi consumo de alcohol

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

TRAGO ESTÁNDAR O COPA PROMEDIO.

BEBIDA

CANTIDAD

EQUIVALE A

TEQUILA/ MEZCAL UN CABALLITO

UN TRAGO



CERVEZA DE LATA

UNA LATA

UN TRAGO



CAGUAMA

COMPLETA

TRES TRAGOS



PULQUE

TARRO

UN TRAGO



VINO DE MESA



UNA COPA



UN TRAGO



CUBA



UN VASO



UN TRAGO



UNA BOTELLA DE
DESTILADOS DE
1/4.



COMPLETA



SEIS TRAGOS



UNA BOTELLA DE
DESTILADOS DE
3/4



COMPLETA



17 TRAGOS



142

MONTAÑA DE LA RECUPERACIÓN.

RESOLVER SU PROBLEMA CON EL ALCOHOL, ES COMO SUBIR A UNA MONTAÑA, LA META ES LLEGAR A LA CIMA, SI USTED LLEVA LAS HERRAMIENTAS NECESARIAS SU ASCENSO SERA MÁS FÁCIL, RECUERDE QUE EN EL CAMINO PUEDE ENCONTRAR OBSTÁCULOS, ESTO NO SIGNIFICA QUE DEBA RENDIRSE..

