



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ADAPTACION DE UN INSTRUMENTO DE TAMIZAJE PARA
LA POBLACION MEXICANA QUE CONSUME ALCOHOL

TESIS DE LICENCIATURA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A ;

JUDITH SANCHEZ PEREZ

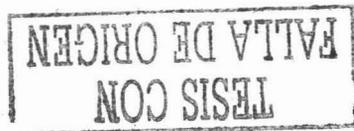
DIRECTOR DE TESIS: CELSO SERRA.

REVISORA: LETICIA ECHEVERRIA S.



FACULTAD
DE PSICOLOGIA

MEXICO, D. F.



2005

m347827

Doy gracias a la vida por permitirme haber
concluido un objetivo más en mi existencia;
también agradezco profundamente a los profesores
que me guiaron en este trabajo y
enormemente a la UNAM
por haber ampliado mi formación
personal y profesional.

INDICE

RESUMEN	3	
INTRODUCCIÓN	5	
CAPITULO I	EL CONSUMO DE ALCOHOL	7
1.1	ABUSO Y USO DE ALCOHOL	18
1.2	NIVELES DE CONSUMO	33
1.3	DEPENDENCIA	34
1.4	LIMITE DE CONSUMO MODERADO	36
CAPITULO II	EL APRENDIZAJE SOCIAL	41
2.1	SOPORTE METODOLÓGICO	43
2.2	PROCEDIMIENTO	52
2.3	SE CONCLUYE	54
CAPITULO III	INSTRUMENTOS QUE EVALUAN EL CONSUMO DE ALCOHOL	60
3.1	PRUEBAS OBJETIVAS Y PROYECTIVAS	62
3.2	INSTRUMENTOS DE TAMIZAJE	63
CAPITULO IV	NIVELES DE PREVENCIÓN	81
4.1	DIAGNÓSTICO	88
4.2	EVALUACIÓN	92
4.3	IDENTIFICACIÓN DE SUJETOS EN RIESGO DE CONSUMO PELIGROSO DE ALCOHOL	95
4.4	TAMIZAJE	99
CAPITULO V	MÉTODO	108
5.1	OBJETIVOS	110
CAPITULO VI	RESULTADOS	114
CAPITULO VII	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	126
ANEXOS	130	
REFERENCIAS	133	

RESUMEN

Una persona puede manifestar una conducta frecuentemente y a pesar de todo considerarse en su realidad y entidad como parte de su misma conducta. Sin embargo los profesionales para aclarar que tan "natural" es esa conducta se apoyan en una serie de criterios que ayudan a decidir que en efecto hay algo que funciona o no.

Para llegar a tales ejecuciones es elemental contar con elementos que ayuden a determinar esas situaciones. Entonces en la práctica psicológica es fundamental atender la búsqueda y elaboración de pruebas adecuadas para la sociedad mexicana ya que actualmente en este campo hay mucho que aportar y hacer.

Lo anterior denuncia el punto de partida de este trabajo; el cual tuvo como objetivo la estandarización de La Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA)

Esta escala elaborada por Raistrick, M. D. (1989), traducción y adaptación al español por Echeverría, L., Oviedo, P. et al. Diseñada para medir la dependencia en la población adulta que abusa del alcohol. Cuenta con 15 reactivos para ser contestados eligiendo una opción de 4 posibles respuestas. Tiene un formato de lápiz y papel; requiere de cinco minutos aproximadamente para ser contestada.

Se aplicó en el Centro de servicios Psicológicos Acasulco, ubicado en la Cerrada de Acasulco # 18 Col. Oxtopolco, dependiente de la Facultad de Psicología de la UNAM. En una población constituida por personas mayores de 18 años de edad, con un nivel educativo mayor a primaria y que asistieron a recibir tratamiento por problemas con el consumo de alcohol.

El trabajo se inició con una entrevista a los usuarios que cumplieron con los requisitos antes mencionados y donde se recolectó información sociodemográfica, que permitió hacer una clasificación por sexo y edad de los participantes. Después se les aplicó la Breve Escala de Dependencia al Alcohol BEDA y posteriormente se procedió a pasar los datos a un archivo del programa SPSS en el cual se llevaron a cabo los análisis estadísticos correspondientes.

Lo anterior con el fin de realizar el análisis de los reactivos que constituyen la Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA), obtener el índice de confiabilidad de la BEDA y su Error Estándar de Medida (EEM), así como obtener la Validez Factorial de la BEDA y por último elaborar los datos normativos para ser empleados en personas mexicanas que acuden a recibir tratamiento por problemas de consumo excesivo de alcohol al Centro de servicios Psicológicos Acasulco.

Consiguiendo que:

En la población estudiada los sujetos estuvieron por debajo de la calificación media de la que se podía obtener.

Que todos los reactivos tuvieron una correlación de .20 a razón de que cumplen con el criterio de discriminar entre personas que son dependientes y aquellas que no lo son.

Es un instrumento altamente confiable internamente con un alpha de .8411

3 de sus 4 factores están por arriba de .50 con excepción de 1 que obtuvo el .357.

Concluyendo que La Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA) es un instrumento sensible para la identificación de problemas de dependencia en el consumo de alcohol.

INTRODUCCIÓN

El alcohol es una droga lícita, permitida e incluso promovida a través de los medios de comunicación para su venta y consumo que provoca efectos subsecuentes en el ambiente personal, familiar y social; es por ello que al terminar el movimiento revolucionario el Gobierno Federal, ordenó la realización de campañas para controlar la producción y consumo de bebidas embriagantes llevándose a cabo la primera en 1919; la segunda en 1922 y la 3ª en 1927. Actualmente se sigue ignorando si dichas campañas aportaron algún dato concreto para permitir su evaluación. En la Ciudad de México en 1953 la secretaría de Salubridad y Asistencia creó tres consultorios con el propósito de ayudar a los enfermos a causa de la ingestión excesiva de alcohol. Aparte del esfuerzo que se realiza oficialmente por controlar el alcoholismo y prestar rehabilitación a quienes lo soliciten, existen agrupaciones de carácter privado formado por antiguos alcohólicos, quienes procuran ayudar a todo alcohólico que acude a ellas.

Como se ha visto el consumo de alcohol es tan antiguo como el hombre mismo, así como sus efectos desfavorables cuando este se consume en exceso; la historia no nos indica ninguna solución ante los efectos producidos por el consumo excesivo de alcohol; más únicamente recomienda la moderación en el uso. (Rodríguez y Romero, Tesis, 1983)

La industria del alcohol y su consumo generan, en el ámbito económico, empleos y ganancias desde la producción de materias primas (granos, caña, agaves, vid, etc.) y procesos de destilación, hasta la fermentación, producción de botellas para su envase, distribución, publicidad, impuestos a la venta, etc.

El consumo de alcohol es parte de un proceso global que implica actividades relacionadas con su producción y distribución: la vida social alrededor del consumo, la normatividad cultural sobre lo adecuado o inadecuado de la ingestión, las razones para beber y para no hacerlo, el consumo moderado o problemático y la dependencia, las consecuencias sociales derivadas del abuso, la morbi-mortalidad por alcohol, las políticas del Sector Salud y de otros sectores, y la percepción que la sociedad civil tiene sobre la ingestión alcohólica es un proceso complejo al que el Dr., Roberto Tapia llama alcoholización de una sociedad; es un hecho que va de lo individual a lo social y por lo que es imposible aislar sus componentes.

La normalización del consumo de alcohol es una de las claves para entender la ambigüedad con la que se percibe socialmente el proceso de alcoholización en su conjunto; la variabilidad social y personal de la sociedad expuesta al consumo de alcohol limita la posibilidad de clasificar de manera homogénea las distintas tipologías de este consumo.

Otra impresión es que debido a que la ingestión normal y la problemática son continuas, es difícil fijar límites y dificulta la obtención de información precisa en algunos rubros y en cierto tipo de poblaciones (Tapia, R. 2001.)

Con el fin de conocer el desarrollo de este fenómeno en México se hace una revisión de los datos epidemiológicos del consumo de alcohol y sus consecuencias específicas; de los cuales se destaca la importancia de desarrollar tratamientos también específicos, los cuales exigen el desarrollo de instrumentos de diagnóstico eficaces y de esta manera poder pugnar este conflicto.

CAPITULO I

EL CONSUMO DE ALCOHOL

El hombre es la unidad básica del grupo familiar se encuentra inmerso en ese macro grupo llamado sociedad. Por lo tanto necesariamente esta sujeto a leyes, normas, costumbres, tradiciones y en general a una cultura a la cual pertenece. En conjunto, todo esto determina la ideología, partes de nuestra personalidad que se manifiestan consistentemente a través de nuestros actos, conductas, reacciones, emociones, intereses y preferencias. Cuando el hombre empieza a vivenciar emociones que sobrepasan su equilibrio; se le observa tenso, irritable o abatido; al sobrecargarse de tensiones que no hallan una salida normal o socialmente aceptada puede llegar a estados intolerables de incertidumbre e inquietud que no puede entender o explicarse. En circunstancias así busca escapes o convierte en escapes ciertas actividades; como el gusto por la televisión, trabajo rutinario de casa o coche, lectura de cuentos o revistas, también las reuniones informales con amigos en las que se llegan a ingerir bebidas alcohólicas. Prácticas que producen hasta cierto punto un estado agradable que ayuda a modificar la realidad o la simple zozobra vital.

La disponibilidad de las bebidas alcohólicas por el hombre solo fue posible a partir de la aparición (al parecer accidental) del proceso de fermentación de jugos vegetales naturales.

La expansión del imperio Romano supuso la primera oleada de alcoholización de la humanidad; pues el alcohol traspasó pronto la frontera de lo ritual y lo mágico, obligando a regular su uso en algunas civilizaciones. Por ejemplo el famoso Código del rey Hammurabi de Mesopotamia; en el cual se dedicaban varias leyes a la regulación de la venta y consumo de cerveza.

Todo indica que desde los tiempos más lejanos de la historia las bebidas alcohólicas han ocupado un lugar privilegiado en la vida del hombre. Podríamos imaginarnos las primeras escenas, en donde deslumbrado por los efectos que producía beberlo, el hombre comenzó a elaborar vinos, perfeccionando el fenómeno natural de la fermentación; hasta el proceso de la destilación con el cual se logra producir bebidas de mayor concentración de alcohol y de efectos intoxicantes muy rápidos; al difundirse esta técnica por todo Europa, se supuso la segunda epidemia de alcoholización. En la época industrial y con la masificación de las ciudades, se produce una demanda generalizada de alcohol en todas las capas sociales (intelectuales, artistas, obreros, mujeres y hasta los niños), que puede haber dado lugar a la tercera oleada de alcoholización y, según algunos autores, a la existencia del alcoholismo como problema social. (Secades R.1996)

Es a mediados del siglo XX, en donde se puede hablar de la cuarta oleada de alcoholización; con la importantísima difusión de diversas formas y estilos de vida; expandiéndose también el uso del alcohol a escala mundial. Los movimientos migratorios, los medios de comunicación de masas, la explosión consumista y los factores de tensión de la vida moderna, hacen cada vez más que el alcohol se convierta en un producto de disponibilidad y consumo creciente.

Ahora es un hecho que el alcohol, ya forma parte de la vida cotidiana y beber es una conducta fuertemente condicionada y avalada en la cultura mexicana; se introduce a la población por diversos medios, tanto individuales como sociales.

El uso de bebidas alcohólicas producidas por la fermentación ocupó un lugar prácticamente en todas las sociedades humanas que aún permanece; así también se incluyen los males psicológicos, físicos y sociales a que da lugar el abuso en el consumo de alcohol; rodeando al Hombre desde que se integraron las primeras comunidades y convirtiéndose en un acompañante persistente; aunque algunas veces no para su bien, sobre todo al ser ingerido excesivamente.

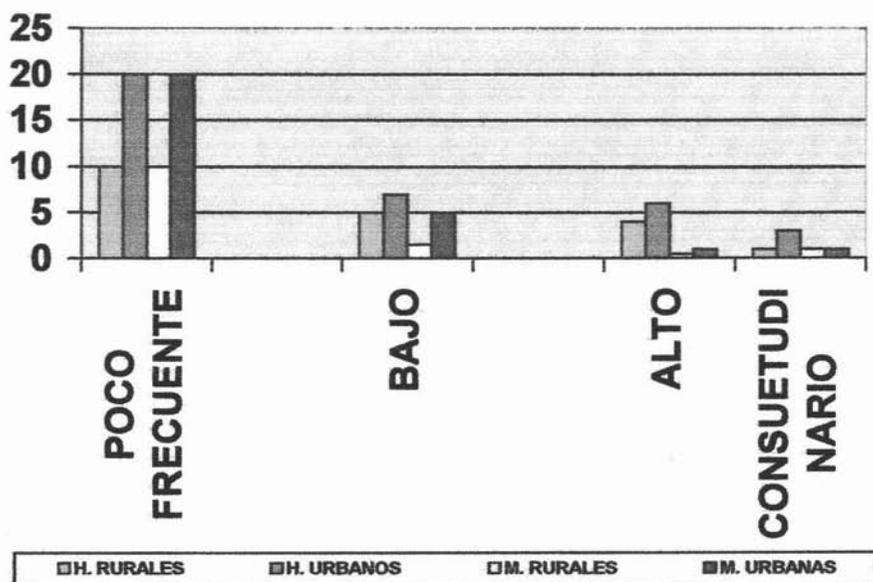
Como se observa el consumo de alcohol es tan antiguo como el hombre mismo; así como sus efectos desfavorables cuando éste se consume en exceso; la historia no nos indica ninguna solución ante los efectos producidos por el consumo excesivo de alcohol; más únicamente recomienda la moderación en el uso. (Rodríguez y Romero, Tesis, 1983)

El consumo de bebidas alcohólicas, provoca una serie de problemas a la comunidad; ya que se vincula estrechamente con diversos problemas de salud pública como lo señalan los trabajos realizados sobre este hecho. Investigaciones que refieren un alto porcentaje de muertes ocurridas en accidentes automovilísticos, trabajo, hogar, violencia intra familiar, riñas callejeras, ausentismo laboral mencionando algunos y, refleja un costo en los diferentes aspectos de la vida de una persona; ya que intoxicada puede olvidar las precauciones necesarias para cubrirlos.

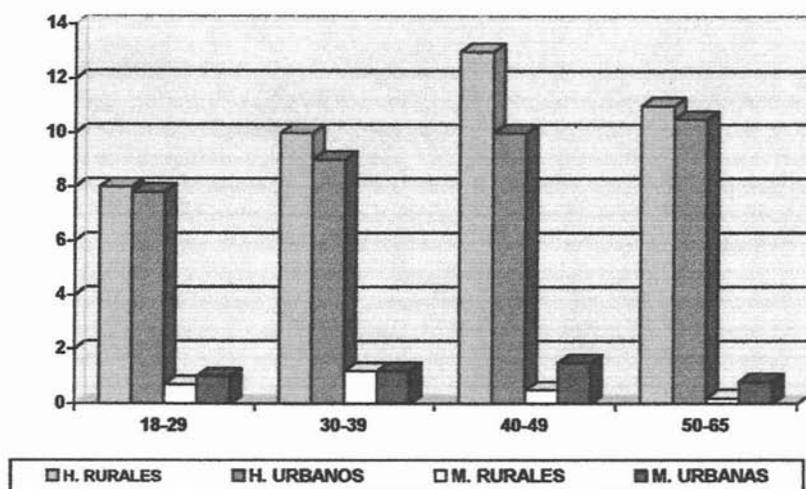
El alcohol es generalmente mencionado como sustancia más que droga, ya que no está sujeto a control político internacional; con lo que se trata de pasar por alto que además de sus fuertes propiedades adictivas, que es una de las sustancias que causa mayores daños a la salud individual y pública en todo el mundo (ENA, 1998)

En la investigación realizada por la ENA 2002, el incremento más notable se percibe en el número de adolescentes que reportaron haber exhibido en el último año tres o más síntomas de dependencia que marca el DSM-IV que alcanzó al 2 % de los adolescentes. (Gráfica 1). Mientras q el índice de dependencia en la población adulta se refleja en el grupo ubicado en los 30 y 39 años(varones urbanos); en las mujeres el mayor consumo se reporta entre los 40-49 años, en la población rural de ambos sexos. (Gráfica 2)

GRÁFICA 1
CONSUMO DE ALCOHOL EN LA POBLACIÓN MEXICANA DE 12 A 17 AÑOS EN EL 2002



GRÁFICA 2
INDICE DE DEPENDENCIA EN POBLACIÓN MEXICANA DE 18 A 65 AÑOS EN EL AÑO 2002



La sustancia activa de las bebidas alcohólicas tales como vino, cerveza, licores etc., se conoce técnicamente con el nombre de "alcohol etílico o etanol", su forma química es CHOH. El etanol es una sustancia potencialmente tóxica para el organismo que en todos los casos, según la cantidad ingerida y otros factores, altera el normal funcionamiento al deprimir con diferentes grados todas las funciones vitales. El Dr. Alberto Cormillot (1992) menciona: "al alterar el funcionamiento normal del organismo, este cambio puede llegar hasta modificar la estructura de algunos órganos, si el consumo es casi permanente, ya que el alcohol también es una droga"; citando así a cualquier sustancia ya sea natural o artificial, que al entrar al organismo produce alteraciones más o menos persistentes en su estructura o normal funcionamiento; con la gran diferencia entre las otras drogas que el alcohol su venta es libre, legal y autorizada, mientras que las otras se consiguen en un mercado marginal o con receta médica en el caso de psicofármacos.

El alcohol es etílico pertenece al grupo de los alifáticos que se obtiene de la fermentación de diversos granos, frutos y plantas; se crea durante la exaceración de los azúcares por las levaduras y es el que produce la embriaguez; se encuentra contenido en diferentes proporciones en las bebidas alcohólicas que se toman solas o combinadas. Estas bebidas pueden obtenerse mediante la fermentación de jugos vegetales, de frutas o granos, como en el caso del pulque, la cerveza o el vino; o por la destilación, al eliminar el agua y obtener un líquido de mayor contenido alcohólico, como en el caso del tequila, el vodka o el ron. La mayor parte de los vinos de mesa contienen 10-12%, la cerveza de 4-6%, los vinos fuertes y los destilados de grano poseen concentraciones que varían del 20-60% de alcohol.

El etanol es un fármaco de consumo legal que se encuentra contenido en las bebidas alcohólicas; narcotiza las células cerebrales de ahí su efecto tranquilizante, adormece a la gente, interfiere con el habla y la coordinación de los movimientos y finalmente llega a la conciencia. El alcohol es un depresor del sistema nervioso central, es la sustancia de más alto consumo que cuenta con un gran número de consumidores, debido a que las bebidas que lo contiene gozan de gran aceptación social y su consumo se encuentra muy arraigado en nuestra cultura. (Conadic, 2003)

Los efectos que provoca ingerir bebidas alcohólicas se presentan en secuencia, siempre que el individuo continúe bebiendo y de acuerdo a la cantidad y el tipo de bebida ingerida, así como del volumen de alimentos que se encuentran en el estómago, el peso corporal de la persona y las circunstancias en que se bebe.

Cuando una persona ingiere una copa, el 20% del alcohol presente en esa bebida es absorbido en forma inmediata a través de las paredes del estómago y pasa a la sangre. El otro 80% es procesado un poco más lentamente y también se absorbe, desde el intestino delgado, para circular en la sangre.

Si la ingesta de bebidas alcohólicas se detiene o prolonga en forma moderada, los niveles de alcohol en la sangre se mantendrán bajos, pues el hígado sano podrá metabolizarlas con la ayuda de los riñones mediante la orina, los pulmones al expeler el aire y por el sudor mediante las glándulas sudoríparas. Sin embargo, cuando la velocidad de ingestión y la cantidad ingerida rebasan la posibilidad de eliminarlo, se dificultan la coordinación muscular y movimientos, la percepción, la fijación de la atención y de las ideas, el equilibrio, se entorpece el habla, se obstaculizan la memoria y el juicio y se puede llegar a estados de intoxicación que ponen en peligro la vida (Conadic, 2003)

Al empezar a beber el individuo tiene una sensación de energía extraordinaria, debido a las calorías que produce el alcohol "quemado" por el hígado, fenómeno que comienza a paralizar las funciones psíquicas y la eficiencia en general.

Como producto de uso médico el etanol es utilizado como antiséptico externo de baja potencia por lo que no se encuentra clasificado por la ley General de Salud como fármaco; sin embargo, en su fármaco-dimía el alcohol actúa como un agente perturbador inespecífico de la membrana neuronal alterando tanto su permeabilidad como las propiedades de sus componentes lípidos. Algunos de los efectos bioquímicos y conductuales causados por el alcohol pueden deberse al incremento de la transmisión inhibitoria; probablemente mediada por los receptores GABA.

Esta potenciación de los efectos gabaérgicos podría deberse a un aumento en el paso de los iones cloruro cargados negativamente, hacia el interior de la célula. El etanol también afecta la transmisión de glicina, el cual es un importante neurotransmisor inhibitor (Centro de Integración Juvenil, 1998)

El alcohol tiene una acción muy pronunciada sobre el cerebro humano y actúa como excitante en pequeñas dosis y como paralizante en dosis mayores. En tal caso el alcohol no está sancionado legalmente, más aún se le atribuyen características positivas en función de integración social; incluso en pequeñas dosis puede prevenir la mortalidad por ciertas condiciones médicas; la excitación de los centros nerviosos es muy útil en medicina para sostener las fuerzas de los enfermos, en casos agudos. Sin embargo, los efectos que provoca el consumo de alcohol se manifiestan en todos los sistemas del cuerpo.

El consumo "moderado", aparentemente no produce un daño importante o permanente, empero según datos obtenidos difícilmente se han encontrado disminuidos efectos adversos aún en este tipo de consumo, ya que beber sustancias como el alcohol, desde el punto de vista de estudio es un factor de riesgo para la manifestación de otros problemas.

En México el 20 % de los casos que fueron atendidos en las principales salas de urgencias tenían niveles positivos de alcohol en la sangre, observado también en 38 % de autopsias de suicidas. Otros tipos de problemas relacionados con el consumo de alcohol se refieren a dificultades financieras, de violencia, con la policía, familiares, escolares o laborales que evidencia fricciones entre el bebedor y su ambiente social; en México se han notificado tasas de 36 % de abuso físico por parte de la pareja y el riesgo de violencia es 3.3 veces más alto cuando el varón está borracho todos los días. (Tapia, R., 2001.)

En el caso de las mujeres durante un embarazo, aunque se beba moderadamente existe el riesgo de que el bebé pueda sufrir daños físicos y mentales, lo que se conoce como el Síndrome del feto alcohólico.

Debido a que las mujeres tienen una talla menor a la de los hombres y a que poseen menos agua en el cuerpo, el alcohol circula en la sangre de manera más concentrada; por eso los efectos del alcohol en ellas son mayores y duran más que en los varones; por lo que son más propensas a sufrir daños en el hígado; además que antes o durante la menstruación dichos efectos son más intensos (Conadic, 2003)

Por otra parte en el estudio realizado por la ENA en 1998 se encontró que del total de personas que sufrieron accidentes automovilísticos relacionados con el alcohol, sólo el 18 % era dependiente de esta sustancia; lo mismo ocurrió en una cuarta parte de los problemas con la policía (25 %) y de otros accidentes no automovilísticos (25 %); únicamente el 18 % de las personas que perdieron o casi perdieron su trabajo por problemas relacionados con el abuso de alcohol, eran dependientes, y también en menos de la mitad (41 %) de las peleas, en las que el alcohol estuvo involucrado, participaron dependientes a esta sustancia.

El tratamiento para el consumo de alcohol es un tema que ha cobrado actualidad; grupos de religiosos y de la sociedad civil como Alcohólicos Anónimos (AA) fueron los iniciadores de las primeras acciones, posteriormente intervinieron los médicos. Los cambios que se han dado en la actualidad al tratamiento de aquellas personas que consumen alcohol han transformado su concepción; prevalecen actitudes críticas y pragmáticas, donde se intenta establecer el rigor y la seriedad que debe adoptarse en todo método de tratamiento. Según Tapia, R. 2001, México está lejos de vivir tal situación, pues muy poco se ha hecho para el tratamiento de estos individuos; el estado no cuenta con una política unificada al respecto; en las instituciones del Sector Salud casi no hay facilidades para tratar a los bebedores en exceso y las compañías los excluyen de sus pólizas; sin embargo empiezan a notarse movimientos de la sociedad que reclaman la atención a este grupo cada vez más grande de individuos.

Continuando con Tapia; un fenómeno que ha proliferado en territorio mexicano son los AA se calcula que hay 13,000 grupos en todo el país; México ocupa el segundo lugar en el mundo en cuanto a membresía, después de EUA y Canadá que forman un solo bloque; esparcidos en todo el país, tanto en zonas urbanas como rurales, incluso grupos de lenguas indígenas; entre las muchas razones que podrían manejarse para entender esta extensa manifestación, la más obvia sería que esas agrupaciones están llenando un hueco y una necesidad en la población que consume alcohol.

Los AA se encuentran en todos los estratos sociales, llevan a cabo congresos nacionales a los que asisten miles de personas. Otra formación es la proliferación de lugares de tratamiento que se cobijan bajo la ideología de AA, que a diferencia de ellos tienen una meta económica; tal es el caso de los grupos de 24 horas de jóvenes alcohólicos, de las granjas para alcohólicos y de lugares exclusivos para gente con altos ingresos uno de ellos llamado Monte Fénix; el nacimiento y multiplicación de estos sitios se debe a la fuerte demanda que existe. También nos explica Tapia hay grupos de filiación ajena a AA, algunos son privados y están formados por profesionales o individuos que fueron alcohólicos y que ahora viven de su nuevo estatus; otros pertenecen a organizaciones y fraternidades internacionales como los llamados del Patriarca, de origen español, y los de Dianética, de origen estadounidense de dudosa reputación, con francos fines lucrativos y que ha sido expulsada de varios países por sus prácticas poco éticas.

Comenta Tapia que el vigor y fuerza de este movimiento habla en primer lugar de la gran cantidad de sujetos que sufren de problemas relacionados con el alcohol; en segundo lugar de un gremio médico que ha sido marginado y relegado, debido en gran parte a su indiferencia y falta de compromiso; situación que debe ser de reflexión y estudio; que se asuma una responsabilidad que no sólo corresponde al gremio médico, sino que es una obligación con dicha profesión y los bebedores.

Expone también que, diferentes encuestas en nuestro país demuestran que la gente espera que sea el médico quien atienda los problemas relacionados con el alcohol; sin embargo éste es un compromiso social que no debe ser eludido.

En las instituciones médicas, la carga asistencial de los pacientes que sufren problemas de alcohol resulta agobiante; se calcula que padecen esta complicación entre el 25 y 40 % de todos los enfermos hospitalizados, los cuales usan las instalaciones hasta cuatro veces más que otros, sus gastos ascienden al doble del resto de la población. Ante estas condiciones uno de los grandes retos que debe enfrentar la medicina con respecto al tratamiento del alcoholismo es evaluar de manera objetiva, sistemática y continua los diferentes programas asistenciales; solo así se podrán elegir los programas más adecuados, hacer una distribución realista de los recursos financieros, cubrir las necesidades de la población y referir a los alcohólicos hacia opciones terapéuticas que más lo ayuden.

Las fuerzas que estimulan el consumo de alcohol son tan poderosas que parece que es poco lo que puede hacerse para tener éxito. Las experiencias de algunos países demuestran que es posible reducir el consumo mediante la introducción de legislaciones que limiten la disponibilidad y la publicidad; acción que se potencializa si se acompaña de una intensa campaña educativa. El objetivo debe ser proteger a la sociedad, en especial a los grupos de alto riesgo, del consumo excesivo de alcohol (Tapia, R., 2001)

1.1 ABUSO Y USO DE ALCOHOL

El abuso de alcohol se presenta cuando el bebedor llega a sentirse intoxicado y no puede cumplir con sus obligaciones; o pone en peligro su vida y la de los demás al manejar, tomar riesgos excesivos o tener conductas violentas bajo los efectos del alcohol; se relaciona directa o indirectamente además de la cirrosis, con otras 4 de 10 principales causas de defunción en este país, como las enfermedades del corazón, accidentes, problemas cerebro vasculares, homicidios y lesiones en riñas. El daño en el hígado a largo plazo es una de las consecuencias más comunes de beber excesivamente, durante los últimos años, las muertes por cirrosis hepática, especialmente en las mujeres, han aumentado (Conadic, 2003)

García y Borges, encontraron que el 28 % de los ingresos a las salas de urgencia del puerto de Acapulco, Gro., por asaltos y riñas tenían de 10 a 99 mg/ml., de alcohol en la sangre y 8 % tuvieron más de 100 mg/ml. Las tasa para accidentes de tránsito fueron de 25 y 3 % respectivamente. Actualmente las mujeres tienen mayor riesgo de padecer problemas relacionados con la bebida, ya que es mayor el número de ellas que laboran y obtienen sus propios ingresos; lo que puede conducir las a un estilo de vida que incluya el consumo de alcohol (Conadic, 2003)

La delimitación de los conceptos uso, abuso, hábito y dependencia es una tarea ardua que aún no ha sido completada. Particularmente el concepto de abuso ha sido muy controvertido, sobre todo desde la perspectiva cultural, ya que las distintas sociedades tienen un criterio propio sobre esta materia.

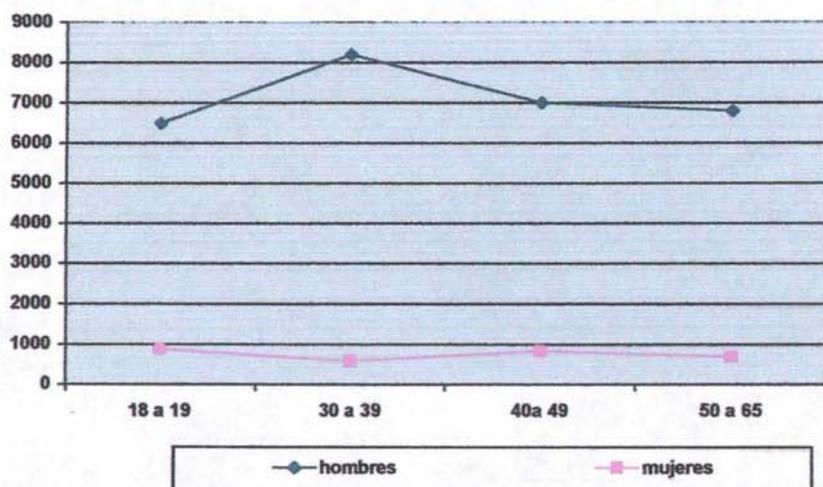
La distinción entre uso y abuso depende en gran medida del carácter legal de la producción en función de la cantidad, frecuencia y consecuencias del consumo; se miden por medio de indicadores, tales como consumo per cápita, patrones de consumo y problemas asociados.

El consumo de bebidas alcohólicas es un fenómeno social que ha acompañado al hombre desde siempre; actualmente la prevalencia del consumo, (número de usuarios) y prevalencia total (o número de personas que han usado alcohol) de acuerdo con la ENA, 2002, que actualmente se encuentran en el país es de 32'315,760 personas entre 12 y 65 años que consumen alcohol y cerca de trece millones más (12'938,679) que consumieron alcohol en el pasado; aunque no bebieron en los doce meses previos a la encuesta.

Los litros de alcohol consumido tuvieron un volumen total de etanol por esta población de 2.79 litros cuando se considera a la población entre 12 y 65 años y aumentó a 3.484 litros en la población urbana entre 18 y 65 años; 7.129 litros cuando sólo se refiere a varones.

En la población adulta el consumo per capita se estimó en 2.728 litros en los varones urbanos; el mayor índice de consumo se observa en el grupo ubicado entre los 30 y 39 años (8,339 litros), mientras que en las mujeres que viven en ciudades de mayor consumo fue reportado por el grupo de entre 40 y 49 años; en la población rural de ambos sexos, el mayor consumo se observó también en este último grupo de edad. Obsérvese en la Gráfica 3.

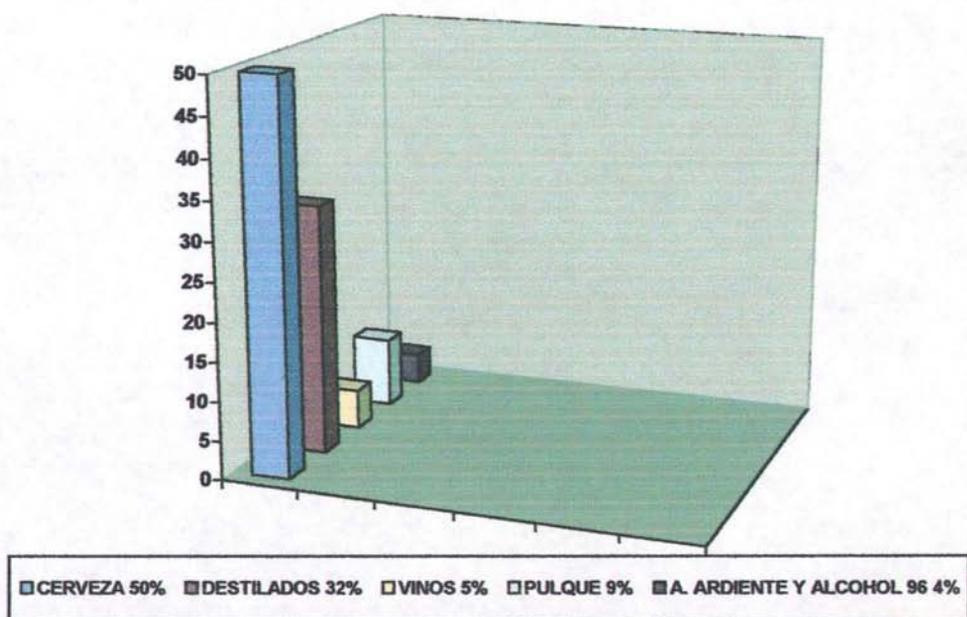
GRAFICA 3
CONSUMO PER CÁPITA EN MÉXICO EN EL AÑO DE 2002



Lo anterior muestra un incremento en el índice de consumo de adolescentes del 27% en el estudio realizado por la ENA en 1998 al 35 % en el 2002 entre varones y del 18 al 25% en las mujeres; en la población masculina disminuyó el índice de bebedores de 77 % en 1998 a 72 % en este período; en ambas encuestas se reportó aproximadamente el mismo número de varones que nunca habían consumido alcohol 8.7 % y 9.7 %.

La disponibilidad de alcohol por tipo de bebida tampoco es uniforme (Tapia, R., 2001), la cerveza tiene una marcada preponderancia, según datos aportados por la industria alcoholera en 1994-1997 por cada litro de otras bebidas se produjeron 17 litros de cerveza; ahora examinando el consumo mediante los gramos de alcohol absoluto, es decir a través de las diferencias de concentración de alcohol y con base en el auto reporte de consumo de la población urbana entrevistada en sus hogares la cerveza es la responsable de 50% del total de etanol consumido, los destilados de 32 %, los vinos de 5 %, el pulque de 9 % y el aguardiente y alcohol de 96° de 4 %.

GRAFICA 4
CONSUMO DE BEBIDAS EN MÉXICO

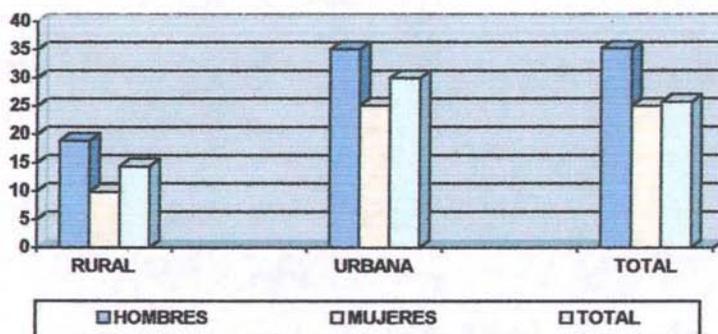


No es de extrañar que la cerveza sea la bebida preferente entre la población. Según datos de la 3ª Encuesta Nacional de Adicciones (ENA-SSA, 1998), los destilados ocupan el segundo lugar; consumiéndose en menor proporción los vinos que llegan a comercializarse en coolers y cócteles con 5° y 12° de alcohol respectivamente; incrementado su consumo; la preferencia del alcohol de 96° se ve incrementada con la edad con solo el 1 % de la población adulta bebedora; por su parte el pulque no se observa como bebida de elección entre la población urbana, 3 de cada 100 bebedores lo consumen, en cambio es una bebida de preferencia en la población rural.

De acuerdo al estudio de la ENA 2002 cerca de 3'522,427 individuos entre 12 y 17 años consumió una copa completa de bebida que contenía alcohol en el año previo al estudio.

El consumo de la población urbana alcanza el 35 % (1'726,518) de la población masculina y 25 % (1'252,712) de la población femenina a razón de 1.4 varones por cada mujer; en la población rural el índice de consumo es menor de 14.4 % (543,197), 18 % (357,775) en los varones y, 9.9 % (185,422) en las mujeres, con razón de una mujer por cada 1.8 hombres. Ver Gráfica 5.

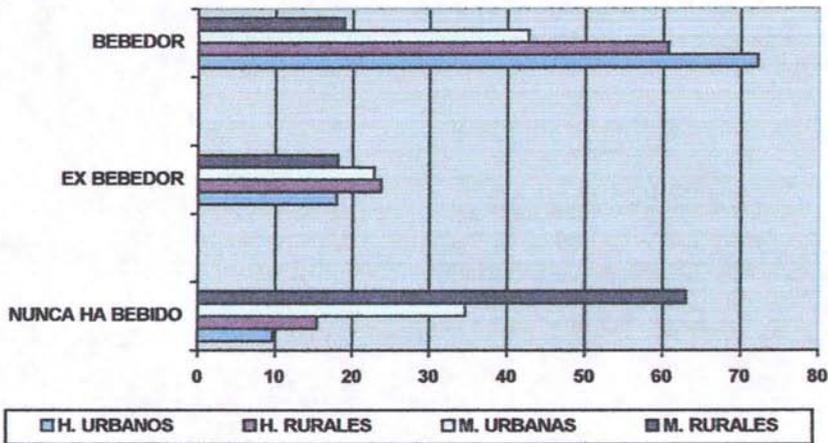
GRÁFICA 5
INDICE DE BEBEDORES ADOLESCENTES MEXICANOS ENTRE 12 Y 17 AÑOS EN EL 2002



La población adulta urbana la conformaron 13'581,107 hombres (72.2% de la población urbana masculina y 10'314,325 (42.7 %) mujeres que reportaron haber consumido alcohol en los doce meses previos al estudio. En la población rural hay 543,197 bebedores más; 357,775 (18.9 %) varones y 185,422 (9.9 %) mujeres.

El 44.4 % de la población urbana y el 62.7 % rural reportaron ser abstemios; a razón de dos mujeres por cada varón. El 20.7 % en la población urbana y el 10.3 % en la población rural reportaron ser ex bebedores. Como se indica en la Gráfica 6.

GRÁFICA 6
CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS POR SEXO Y EDAD EN LA POBLACIÓN MEXICANA DE 18 A 65 AÑOS EN EL AÑO 2002



Referente a los patrones de consumo uno de los primeros estudios publicados fue el realizado por Cabildo en 1967. El interés se centró en el alcoholismo fijado con determinados criterios, detectándose una prevalencia de alcoholismo de 0.7 %.

Así otro estudio realizado por este investigador en 1969 con población del norte de la Ciudad de México, se clasificó a 46 % de los varones y 19 % de las mujeres como bebedores moderados, en tanto que el 12% de los individuos del sexo masculino fueron definidos como bebedores excesivos y 11.7 % como alcohólicos.

Otros estudios que evaluaron los patrones de consumo se llevaron a cabo por Medina-Mora y Terroba (1994) en la primera mitad de la década de los setenta; utilizando el índice QFV (Cantidad, Frecuencia, Variabilidad) para definirlos, quienes encontraron una correlación positiva entre el puntaje de consumo de alcohol y el de problemas relacionados con la ingesta.

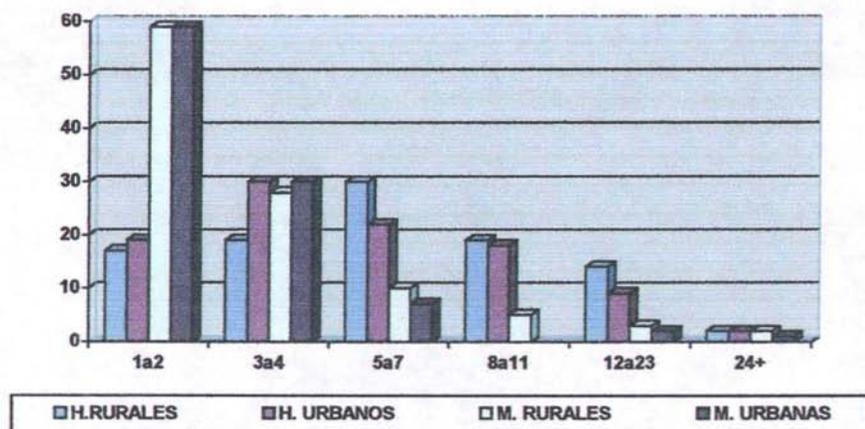
Se concluye: El patrón de consumo que se podría llamar mexicano es de frecuencia moderada con altos niveles de consumo (Tapia, R., 2001.)

Conforme a la ENA 2002, en el grupo adolescente la cantidad modal de consumo por ocasión es de 1 a 2 copas en las mujeres urbanas y en los hombres rurales; en segundo lugar aparece el consumo de 3 a 4 copas para todos los sujetos, solo en sujetos varones urbanos se presenta con la misma frecuencia el consumo de 5 a 7 copas.

El patrón de consumo poco frecuente (menos de una vez al mes) caracteriza a este grupo de población, sin embargo 10.5 % de hombres urbanos y 4.7 % de los rurales reportaron consumir con patrones que incluyen altas cantidades de alcohol, 5 o más copas por ocasión de consumo.

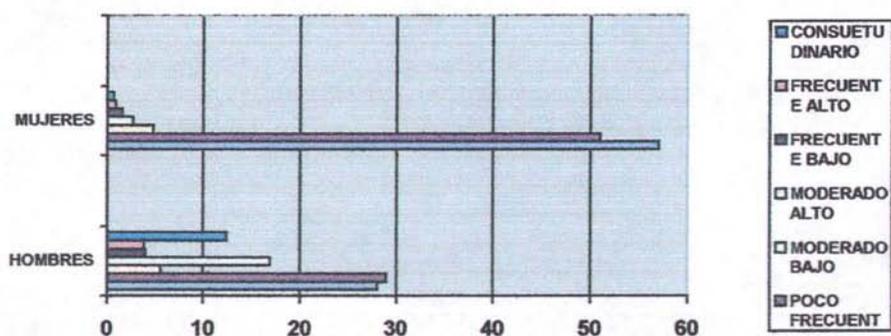
Esta conducta se observó en 3.4 % de las mujeres urbanas y en 0.9 % en las rurales. Mientras que en la población adulta esta cantidad modal de consumo para las mujeres es de una o dos copas por ocasión de consumo; para los varones urbanos es de 3 a 4 copas y los rurales de 5 a 7 copas. Como se muestra en la Gráfica 7.

GRÁFICA 7
NÚMERO DE COPAS POR OCASIÓN DE CONSUMO EN HOMBRES Y MUJERES MEXICANOS DE 18 A 65 AÑOS



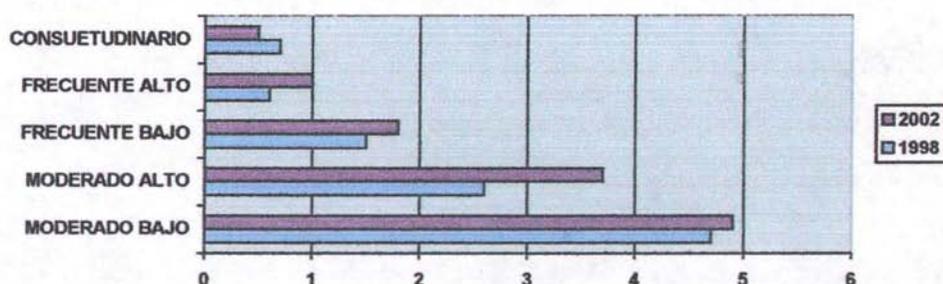
El patrón de consumo más característico en los varones urbanos son el moderado alto (consumo mensual con 5 copas o más por ocasión) 16.9 % y el consuetudinario, 5 copas o más al menos una vez por semana (12.4 %) Entre las mujeres es más fuerte el consumo mensual, con menos de 5 copas por ocasión (4.8 %) El segundo patrón fue el moderado alto con 2.7 % de las mujeres adultas urbanas consumiendo bajo este patrón. Gráfica 8.

GRÁFICA 8
PATRÓN DE CONSUMO POR SEXO EN LA POBLACIÓN MEXICANA ENTRE 18 Y 65
AÑOS EN EL AÑO 2002



El número total de bebedoras, de bebedoras consuetudinarias y de mujeres que cumplieron con el criterio de dependencia en los doce meses previos al estudio, se mantuvo estable con 45 % de la población en 1998 y 43 % en 2002; 0.8 % y 0.7 % de bebedoras consuetudinarias, y 1 % y 0.7 % con dependencia. Sin embargo se observó un aumento en el número de bebedoras moderadas altas de 2.6 % a 3.7 %. Ver Gráfica 9.

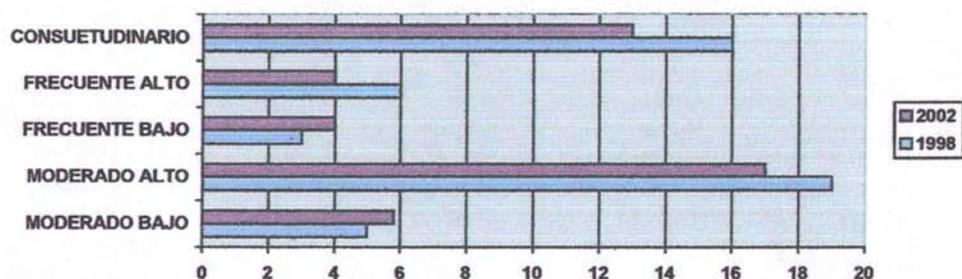
GRAFICA 9
TENDENCIAS DE CONSUMO EN MUJERES MEXICANAS DE 1998 AL 2002



En la población masculina disminuyó un poco el índice de bebedores de 77 % a 72% en este período. Se observa también una disminución de 16 % a 12 % en el índice de bebedores consuetudinarios pero el número de personas que cumplieron con el criterio de dependencia se mantiene estable en ambos estudios, con 9.6 % y 9.3 respectivamente.

Gráfica 10.

GRAFICA 10
TENDENCIAS DE CONSUMO EN HOMBRES MEXICANOS DE 1998 AL 2002



En la Encuesta Nacional ENA 2002, se observa que los resultados obtenidos por el consumo de alcohol más frecuentes son los problemas con la autoridad suscitados mientras disponen de bebidas alcohólicas, sin considerar los problemas derivados de conducir automóviles, que fueron más frecuentes en varones en comparación con las adolescentes (9.7% en la población urbana y 2.9% en la rural); reportado en adolescentes urbanas 1.2% y no en rurales; se manifiesta haber dado inicio a peleas mientras se hallaban tomando (3.6% en adolescentes urbanos y 1.8% en rurales); reportándose el 3% en adolescentes urbanas; el 1.7% de adolescentes urbanos informó haber sido arrestado mientras conducía después de haber tomado unas copas.

En adultos los problemas más frecuentes son haber iniciado una discusión o pelea con su esposa o compañera mientras estaban bebiendo (12.9% en población rural y 11.6% en urbana), enfrentar problemas con la autoridad sin incluir los de tránsito 8.4% en población urbana y 3.7% en la rural, haber sido arrestados mientras conducían después de haber tomado 3.2% y 2.4% respectivamente.

Problemas considerablemente menos frecuentes en las mujeres, representados por el 3% de las bebedoras.

Mediante el estudio de estas y otras variables psicológicas, sociales y culturales, se podrá entender mejor este complejo fenómeno.

La búsqueda de programas que sirvan para prevenir o reducir la amplia problemática social que resulta del consumo de alcohol, ha sido en el ámbito internacional, una preocupación constante de autoridades, investigadores y profesionistas del campo de la salud percibiéndose matizada por la creciente evidencia de que el uso excesivo del alcohol muestra un incremento en su incidencia y prevalencia de acuerdo a estudios epidemiológicos recientes, en particular en países en vías de desarrollo que tradicionalmente no mostraban un nivel de consumo per cápita tan elevado (Arymr y cols. , 1982; Medina-Mora y cols. , 1989)

Tapia (2001) percibe el consumo de alcohol como factor de riesgo para la manifestación de otros problemas; puede definirse como abuso a partir de la exposición a las sustancias constituye un riesgo significativo, de ocurrencia del desorden en cuestión. Borges, Kersenobich y colaboradores encontraron riesgo incrementado de cirrosis en pacientes mexicanos que consumían más de 400g de alcohol a la semana, antes de que se enfermaran; es decir, un promedio de más de seis copas al día. A su vez Leibach mostró que el riesgo de desarrollar cirrosis de una persona que consume 210 g de etanol diariamente durante 22 años, es de 50% y se incrementa a 80% después de 33 años de consumo similar.

En el caso de la pancreatitis se sabe que más de 75% de los pacientes crónicos tienen una historia de consumo excesivo de alcohol, y que el desorden aparece después de 5 o 10 años de consumo; sin embargo se desconoce cuál es la cantidad mínima de consumo de alcohol, que ocasiona que este consumo y la pancreatitis sean concomitantes.

Para obtener información acerca de las principales características sobre el consumo de alcohol, la Doctora Gabriela Alquicira y Armando Millán revisaron 1000 expedientes de pacientes del archivo de consulta donde se refleja el inicio de su historia de bebedores de alcohol en edades tempranas de los 11-20 años el 81.8 % del grupo de mayor porcentaje, el menor fue de 4.2 % de 1-10 años. Fue excepcional en forma decreciente por décadas. El inicio del alcoholismo después de los 30 años de edad datos que consigna como edad más peligrosa para contraer el hábito alcohólico la segunda década de la vida.

Igualmente impresionante fue que los 1000 alcohólicos tuvieron 1142 familiares con el mismo problema. Los problemas socioeconómicos más comunes fueron irregularidades o pérdida de empleo, disolución del vínculo matrimonial y abandono de sus deberes como padres de familia y la pérdida de sus amigos. Para 1992 la Doctora Lucelly Rodríguez repitió el estudio con resultados muy semejantes.

El panorama epidemiológico del país presenta importantes retos para la política de salud; ya que el abuso de alcohol representa un elevado costo económico, asociado a complicaciones médicas, laborales, de violencia, etc. es por ello que es importante reforzar los programas de orientación a la población general con el fin de modificar los patrones de consumo de alcohol, induciendo moderación. Grupos específicos de la población requieren de atención intensiva, como es el caso de las personas que empiezan a tener problemas con su manejo de alcohol o que están más en riesgo de desarrollar ya sea dependencia o cirrosis o ambas.

Existen datos que señalan una importante porción de menores que consumen bebidas alcohólicas y otra porción pequeña, pero no por ello menos importante que consume grandes cantidades de alcohol.

En México se cuenta con información epidemiológica proveniente de las encuestas nacionales, que han arrojado información sobre prevalencia y patrones de consumo, así como de variables que puedan ser causas o consecuencias del consumo de alcohol que contribuyen a identificar factores de riesgo, como accesibilidad y disponibilidad, normas sociales percibidas, actitudes y creencias en relación con el consumo de alcohol.

Es importante revisar cuidadosamente estos datos para obtener un panorama general de la distribución de la población que consume sustancias alcohólicas en este país; esto con el fin de conocer las características específicas que debe contener un instrumento de exploración eficaz para el tratamiento del consumo de alcohol a nivel prevención.

El consumo de sustancias alcohólicas modifica las capacidades físicas, mentales y conductuales, independientemente de su grado de intoxicación; sin embargo, el tipo y magnitud de sus efectos son el resultado de sistemas causales relativamente complejos; que dependen de la interacción entre individuo, la sustancia alcohólica y el ambiente en que ocurre el consumo (Tapia, R., 2002)

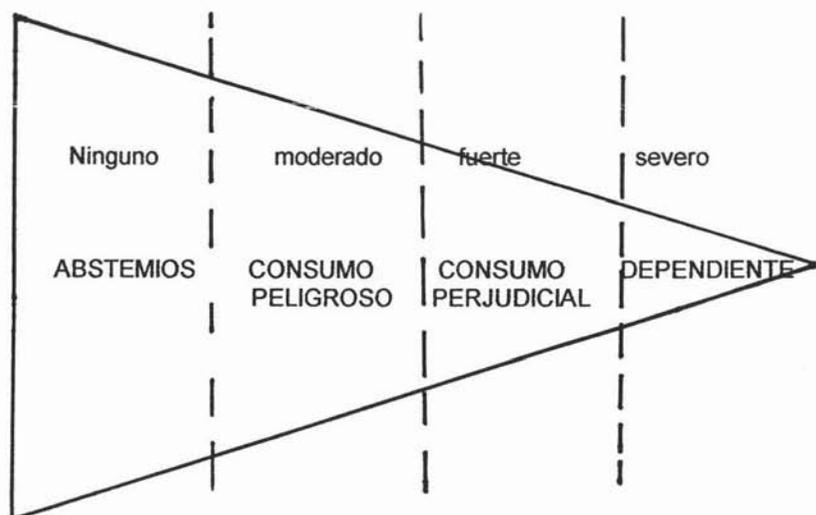
El consumo de grandes cantidades, independientemente de la presencia de otros factores, puede causar estados de coma y aún la muerte.

1.2 NIVELES DE CONSUMO

Tapia muestra que en fechas recientes se han hecho intentos por definir niveles de consumo sin riesgo en lo que se ha denominado consumo moderado; puede definirse como aquel que por lo general no causa problemas, ni para el usuario ni para la sociedad; este término no debe confundirse con el de bebedor social, que se refiere a los patrones de conducta aceptados en los grupos sociales en que ocurren; que puede asociarse con altos niveles de problemas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) introdujo la categoría de consumo perjudicial para definir aquel consumo que afecta la salud física o mental del consumidor; asimismo califica al usuario regular que empieza a manifestar problemas pero que aún no cumple con el criterio de dependencia; formándose un continuo cuyo extremo derecho estaría ocupado por los dependientes; un lugar antes los bebedores problema o aquellos individuos con patrón de consumo perjudicial.

CONSUMO Y PROBLEMAS CON EL ALCOHOL



Por otro lado en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE10, se incluyó una categoría más para definir a aquel consumidor que aún no llenaba los criterios de consumo perjudicial; pero cuyo consumo implicaba ya un riesgo para la salud del individuo; éste se ubica en un lugar anterior denominado consumo peligroso, definido como un patrón de consumo ocasional, repetido o persistente que lleva consigo un riesgo elevado de producir daños futuros a la salud mental o física del individuo.

Con esto se pretende definir límites seguros de consumo que presenta múltiples ventajas; principalmente como medida para prevenir la ocurrencia de problemas.

1.3 DEPENDENCIA

En 1982, la OMS define la dependencia como "síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes". Su clasificación como síndrome remite a un cuadro clínico formado por un grupo de fenómenos que no necesariamente tienen que estar presentes en su totalidad en el mismo momento y con la misma intensidad.

La Asociación Americana de Psiquiatría (DMS IV), nos indica que "La característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella; y existe un patrón de repetida auto administración que a menudo lleva a la tolerancia, a la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia".

En este sentido, la dependencia no es absoluta, sino un elemento cuantitativo de distinta magnitud, y en el extremo del espectro la dependencia se asocia a " consumo compulsivo" (Lorenzo, et al., 1998)

El manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM IV), en su cuarta revisión describe a la dependencia como el conjunto de manifestaciones fisiológicas, comporta-mentales y cognoscitivas, en la cual el consumo de una sustancia adquiere la máxima prioridad para el individuo, incluso de cualquier otro tipo de comportamiento. La manifestación característica es el deseo a menudo fuerte y a veces insuperable de ingerir la sustancia.

Al delimitar la dependencia se habla de otros criterios como *la tolerancia*, ya que está muy relacionada con la dependencia; aunque puede o no estar presente esta última. La exposición repetitiva ocasiona que la sustancia sea metabolizada más rápido y que la duración o intensidad del efecto deseado se reduzca considerablemente; en estos casos se dice que la persona es *tolerante* metabólicamente a los efectos del alcohol; para obtener los efectos deseados tiene que aumentar la dosis como la *frecuencia* con que se administraba; sin embargo después de este proceso, algunos bebedores pierden la tolerancia, es decir, presentan una tolerancia invertida, muy relacionada con daño hepático y cerebral que se manifiesta a través de síntomas y signos de intoxicación intensos, los cuales aparecen después de ingerir dosis aún menores que las que se utilizaban antes de los primeros signos de tolerancia. El originar un estado de bienestar, hacen que el sujeto quiera repetir la experiencia generando una dependencia. (ENA, 1998)

En la década de los setenta, se hacía una distinción importante entre dos formas de dependencia la física y la psicológica (Medina-Mora, 1994)

Por dependencia psicológica se entiende como un sentimiento de satisfacción, un impulso psicológico que requiere la administración periódica o continua de la sustancia para obtener bienestar o sensaciones placenteras.

La dependencia física se refiere a un estado de adaptación que se manifiesta por trastornos físicos cuando se suspende el consumo de la sustancia. Es importante tomar en cuenta la cantidad de alcohol que se ingiere, así como la frecuencia del consumo.

La neuroadaptación se refiere a esta dependencia en un estado caracterizado por la necesidad de mantener unos niveles determinados de la sustancia en el organismo desarrollándose un vínculo; sus principales componentes son la tolerancia y el síndrome de abstinencia.

Se habla también de una dependencia social que se desarrolla por la necesidad de consumir la sustancia como signo de pertenencia a un grupo que proporciona una clara señal de identidad personal (Ladero y Lizasoain, 1998)

Las sensaciones provocadas por el alcohol pueden ser tan necesarias para el cuerpo y la mente que su ausencia se vuelve intolerable (síndrome de abstinencia), llevando algunos usuarios a extremos que en ocasiones violentan las normas sociales, además de su integridad personal, con el objeto de conseguir la sustancia; sin embargo los conocimientos científicos aún no nos permiten predecir quien se volverá dependiente y quien no (ENA, 1998)

1.4 LIMITE DE CONSUMO MODERADO

Para la tipificación y estudio del consumo de bebidas alcohólicas el Departamento de salud de Estados Unidos establece como límite para el consumo moderado, la ingestión de no más de una copa por día para la mayoría de las mujeres, no más de dos copas por día en el caso de la mayoría de los hombres y no más de una copa por día en personas de edad avanzada.

Excluye de estos lineamientos a mujeres embarazadas, personas que van a conducir automóviles o se van a involucrar en actividades que requieren atención y habilidad, personas que estén tomando medicamentos, alcohólicos y menores de edad (Tapia, R., 2002)

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

Los límites se establecen para consumo semanal; así el límite de bajo riesgo en una mujer, es no consumir más de nueve copas por semana y doce si es varón (esto debido a que la mujer se intoxica más rápidamente que el hombre en condiciones semejantes de alcohol); lo anterior no debe exceder a una copa por hora, ni más de cuatro por ocasión de consumo en el caso de los hombres y no más de 3 por ocasión de consumo en el caso de las mujeres (Tapia, R. 2001.)

El consumo habitual de sustancias que contienen alcohol puede tener como consecuencia la dependencia o problemas de hígado que se presentan independientemente de las circunstancias en que se consume y aun sin que se llegue a intoxicación notable. El abuso crónico de alcohol constituye un factor de riesgo importante para enfermedades con elevada tasa de mortalidad; afecta también la calidad de vida de las personas. El abuso de alcohol se asocia con cáncer de la cavidad oral, faringe, laringe, esófago e hígado; además es un factor causal en la hipertensión, el infarto, la cardiopatía y la falla cardíaca; la intoxicación aguda es también un factor de riesgo importante para la ocurrencia de accidentes y violencias. (Tapia, R. 2001.)

Definir la cantidad de alcohol que un individuo sano puede consumir sin prestar riesgos sociales, legales o médicos, es una tarea difícil, ya que no se requiere dependencia para experimentar daño; sin embargo la creencia de tolerarlo sin dañar el organismo dificulta el esclarecimiento, las intervenciones terapéuticas se retrasan y se vuelven menos efectivas; además del estado emocional del individuo en el momento del consumo; las diferencias en su susceptibilidad; factores como género, peso, talla, edad del consumidor; frecuencia de consumo, asociaciones y circunstancias en las que tiene lugar el consumo así como las expectativas de los individuos que lo rodean cuando ocurre la ingesta, desempeñan una función importante para que los efectos del consumo de alcohol sean concluyentes.

Este trabajo procura impedir que se llegue a un consumo perjudicial, detectándolo lo más tempranamente posible para abordar el problema.

Existen medidas preventivas globales que son "útiles" para toda la población que sostienen un consumo perjudicial; empero no incluye el consumo peligroso, el cual requiere de ciertas medidas selectivas para su tratamiento.

A diferencia de los programas de tratamiento para el consumo excesivo de alcohol, que se han enfocado únicamente en el tratamiento de los casos donde existe ya una dependencia al alcohol. Numerosas investigaciones indican que solo del 25 al 30 % de las personas que acuden a servicios de salud presentan síntomas de severidad que se incrementan a través del tiempo. La mayoría de los casos por el contrario, son aquellos que tienen una historia de consumo que fluctúa entre períodos problemáticos por el alcohol, con consecuencias variadas y períodos de abstinencia o consumo limitado en el que no se presentan problemas.

En las últimas dos décadas se ha comprobado que hay una gran cantidad de personas que tienen problemas asociados a su consumo de alcohol pero que permanecen intactos en las demás áreas de su vida. Son los llamados bebedores problema que superan ampliamente en número a los dependientes (Ayala, H., 1998)

La identificación de estos bebedores tiene importancia en la medida de que puede prevenirse el curso de beber en exceso antes de que llegue a un punto irreversible; se enfoca también a los bebedores no dependientes que empiezan a experimentar efectos adversos del alcohol; en su trabajo, problemas sociales, maritales o problemas físicos; la detección de estas personas es más difícil que la de aquellas que ya son dependientes.

Existe una serie de trastornos que pueden aparecer en etapas tempranas antes de la dependencia; de esta manera la probabilidad de que desarrollen dependencia es alta.

La dificultad para su identificación estriba en que a pesar de que existe un buen número de indicadores, éstos no tienen una sensibilidad diagnóstica óptima, debido a que ninguno de los síntomas aparece en todos los bebedores problema y también porque tienden a ocurrir de forma relativamente independiente uno de otro. Debido a estos problemas las personas en etapas tempranas del abuso de alcohol, pueden no ser identificadas en el transcurso de una evaluación médica de rutina; el problema se agrava si se considera que las personas que solicitan ayuda por problemas derivados de su forma de beber, se encuentran, por lo general, en etapas avanzadas. (Tapia, R. 2001.)

Es claro que no todos los consumidores tienen problemas y que en un momento dado, cualquier persona puede sufrir consecuencias adversas aunque no sea consumidora de alcohol y probablemente nunca desarrolle dependencia por ingerir grandes cantidades o por

consumir en momentos de riesgo. Las situaciones en que se bebe, el estado anímico del individuo, sus actitudes y experiencias previas con la bebida son factores que se interrelacionan para producir la reacción particular de cada quién ante la bebida.

El uso del alcohol puede ser fortuito y no traer consecuencias adversas al consumidor; en cambio el abuso se caracteriza porque a pesar de que el consumo de la sustancia aún no es frecuente, ya ocasiona consecuencias negativas en diversas áreas de la vida de la persona.

Al identificar el consumo de alcohol como un problema de salud pública debe atenderse de manera prioritaria; considerando su estudio como desorden en sí mismo o como factor de riesgo para la manifestación de otros problemas sociales o de salud; reflejando que lo más importante es atenderlo en etapas tempranas para poder prevenirlo.

CAPITULO II

EL APRENDIZAJE SOCIAL

El consumo de alcohol representa en nuestro país un serio problema de salud pública debido al enorme costo social y al daño que provoca a las personas, sus familias y a la sociedad en general.

Según un estudio efectuado por El Centro de Integración Juvenil (Citado En Conadic, 2004), más terrible es el hecho de que el comienzo del uso de sustancias ocurre en su mayor parte durante la adolescencia y juventud temprana; pudiendo ser explicado como un proceso de aprendizaje social, vinculado con la propia dinámica cultural, donde las características del individuo y las de la sustancia determinan la interacción que consolida ese aprendizaje.

La juventud recibe comunicaciones contradictorias de la sociedad en su posición frente al uso de alcohol; tanto el uso de sustancias lícitas como ilícitas puede ser visto como una manera viable de alcanzar una posición de bienestar sin tener que hacer demasiado esfuerzo; así mismo resulta contradictorio el consumo de alcohol por parte de los adultos que rodean cotidianamente a los jóvenes y que crean en ellos la percepción de que el consumo de estas sustancias es algo inocuo e inclusive "normal"; sin embargo de forma tajante los estudios disponibles indican sistemáticamente los daños a la salud asociados al problema y la apertura de una puerta al consumo de otras drogas (Conadic, 2002)

Existe dentro del campo de estudio del alcoholismo un consenso en particular de que los métodos y programas que hasta la fecha se han desarrollado para su prevención y tratamiento han mostrado ser poco efectivos y carentes de generalización.

La visión prevaleciente es una en la que se considera que el alcoholismo es una enfermedad progresiva, incurable y mortal. Bajo esta óptica los esfuerzos por entender su etiología, así como para desarrollar estrategias para prevenirlo e intentar su curación, son exclusivos de la medicina, especialmente de la psiquiatría.

Sin embargo la evidencia empírica reciente, no apoya esta noción y parece indicar con creciente énfasis una visión del alcoholismo como un problema de comportamiento. Por otro lado, estudios experimentales con alto grado de control, han proporcionado evidencia empírica de que el comportamiento de beber en el alcohólico es muy variable y aparentemente moldeable por influencias externas (Ayala y Echeverría, 2001)

Así, la imagen prevaleciente del alcoholismo monolítico, altamente resistente al cambio, discrepa con una importante parte de la evidencia moderna (Clark, 1975)

En las últimas tres décadas se ha desarrollado una concepción sobre el alcoholismo y el comportamiento de beber alcohol, misma que está más acorde con la evidencia sobre la variabilidad en la conducta de beber y su moldeabilidad por medio de influencias externas. Esta concepción se conoce como el modelo Psicológico del Aprendizaje Social del uso, abuso de alcohol, cuyo objetivo es explicar la amplia variabilidad en la conducta relacionada con el alcohol.

2.1 SOPORTE METODOLÓGICO

Bandura formuló la teoría general del aprendizaje por observación (1977b) que se ha extendido hasta cubrir la adquisición y ejecución de diversas habilidades, estrategias y comportamientos. En conjunto con otros investigadores ha probado las predicciones de su teoría con destrezas cognoscitivas, motoras, sociales y autorreguladoras.

La idea que destaca la teoría del aprendizaje social es de que buena parte del aprendizaje humano se da en el medio social. (Bandura, 1986)

Al observar a otros la gente adquiere conocimientos, reglas, habilidades, estrategias, creencias y actitudes; aprende también la utilidad y conveniencia de diversos comportamientos fijándose en modelos y en las consecuencias de su poder y actúa de acuerdo con lo que cree que debe esperar como resultado de sus actos. (Bandura, 1986)

La base de investigación que hace a la teoría del aprendizaje social un modelo en continua evolución con la capacidad para auto-correr hipótesis deficientes y con la habilidad para generar nuevas ideas sujetas a ser comprobadas empíricamente, es la investigación empírica y su habilidad heurística. (Ayala, 1993)

Posteriormente para 1986 Bandura amplió su teoría para tratar la forma en que la gente intenta controlar los acontecimientos importantes de su vida mediante la regulación de sus propios pensamientos y acciones procesos básicos que consisten en la proposición de metas, juzgar de antemano los resultados de sus actos, evaluar los progresos rumbo a las metas y regular los pensamientos, emociones y actos propios.

Otra característica de la teoría de aprendizaje social es el papel que asigna a las funciones de autorregulación; sostiene que la conducta está motivada y regulada por normas internas y por las reacciones valorativas de sus propios actos, ya que se han adoptado normas personales; las discrepancias entre una acción y el criterio con el que se mide activan reacciones de auto evaluación que influyen en las conductas subsecuentes. De este modo, cada acto incluye entre sus determinantes influencias auto producidas (Bandura 1986, p.20)

A diferencia del modelo de enfermedad, que utiliza factores farmacológicos y fisiológicos como conceptos explicativos directos y exclusivos; la teoría del aprendizaje social los considera como factores que interactúan y que son mediados por procesos psicológicos. (Ayala, 1993)

La teoría del aprendizaje social considera las experiencias tempranas tanto directas como vicarias con el alcohol dentro del contexto social y de desarrollo. Consideración relevante en vista de que la mayoría de los adolescentes han experimentado los efectos del alcohol y una proporción significativa ha establecido un patrón estable de consumo antes de la edad legal de consumo (Harford, 1982)

Estas investigaciones indican que existen experiencias tempranas con agentes socializadores del alcohol que juegan un papel importante en la iniciación y mantenimiento de su uso entre los jóvenes. (Ayala, 1993)

Rosenthal y Zimmerman, 1978; consideran a la imitación como un medio importante de transmisión de comportamientos. Tarde, 1903; James 1890 afirman que el hombre posee un instinto natural de imitación. Este último creía que la imitación es con mucho responsable de la socialización de los niños.

Bajo la tradición conductista se interpreta a la imitación en términos asociacionistas (Skinner, 1953) la imitación es una respuesta generalizada en la contingencia de tres términos S-R-S, un acto modelado sirve como estímulo discriminativo. La imitación aparece cuando el observador produce la misma respuesta y recibe un estímulo reforzador; secuencia que se establece al inicio de la vida; se traduce, el niño imita la conducta de sus modelos en tanto sigan siendo estímulos discriminativos de refuerzo.

Por otro lado la imitación como una conducta instrumental, porque lleva al refuerzo; como lo propusieron Miller y Dollard (1941) en su teoría de la imitación o conducta de igualación dependiente donde el imitador comienza a responder a las claves conductuales a manera de ensayo y error, hasta que acaba por realizar la respuesta correcta y es reforzado. Las respuestas emitidas forman parte de su repertorio de comportamientos y el refuerzo repetido de la conducta imitada establece a la imitación como un impulso secundario, aprendido.

Esta teoría postula que no se crean nuevas respuestas por imitación, mejor dicho es la ejecución de conductas aprendidas. Sin embargo hay muchas evidencias de que la gente aprende por imitación. (Ayala, 1993)

Los patrones de beber se aprenden dentro de un contexto general de socialización; por lo cual, en las etapas de infancia, adolescencia y adultez, las creencias sobre el uso del alcohol cambian en acuerdo con los cambios que se observan en la fuerza 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.

Esto se lleva a cabo al afectar en forma general las actitudes, los estándares y valores hacia el alcohol, también al modelar la conducta de beber dentro de contextos sociales (Biddle y cols., 1980; Margulies, Kessler y Kandel, 1977)

La realidad empírica sugiere que uno de los mejores predictores del uso y abuso de alcohol en adolescentes son las actitudes y la conducta de los padres en relación al alcohol (Barnes, 1977; McDermott, 1984)

La relación aunque fuerte no es necesariamente lineal (Davies y Stacey, 1972) Un ejemplo, son las actitudes discordantes hacia el alcohol entre los padres que están relacionadas a un beber excesivo entre jóvenes; de la misma forma los hijos de padres abstemios que mantienen actitudes extremas en contra del alcohol, también están en riesgo de desarrollar problemas con el alcohol (Wittman, 1939)

La edad es un factor que modera la influencia que tienen las actitudes y el comportamiento de los padres en el uso del alcohol en adolescentes; a medida que aumenta la edad, la influencia de los compañeros parece ser un factor importante en determinar el uso de alcohol en esta población (Harford, 1982)

Aún cuando la conducta de beber de los padres este relacionada con el inicio del uso del alcohol en los jóvenes, hay mayor probabilidad de que estos consuman mayores cantidades de alcohol, en escenarios donde estén presentes sus compañeros (Harford y Spiegler, 1982; McDermott, 1984)

El papel del modelamiento como factor crítico en la evolución de patrones conductuales específicos a una edad temprana, ha sido constatado empíricamente y de ahí se desglosa la suposición de que el modelamiento ejerce una influencia importante sobre patrones de consumo aun antes del inicio en sí de beber alcohol. (Ayala, 1993)

Diferentes estudios demuestran que los efectos del modelamiento están sujetos a factores situacionales (Strickler, Dobbs y Maxwell, 1979) como el sexo del sujeto (Cooper, Waterhouse y Sobell, 1979), la historia previa de beber (Lied y Marlatt, 1979) y al tipo de interacción entre compañeros de copa (Collins, Parks y Marlatt, 1985) En ellos se reporta que hombres y mujeres beben más cuando están expuestos a un modelo bebedor de cualquier sexo; sin embargo los hombres beben más estando expuestos a un modelo masculino que bebe en exceso, que al estar expuestos a un modelo masculino que bebe con moderación.

Lo anterior sugiere que la historia previa de beber puede mediar el efecto del modelamiento, especialmente cuando esto se refiere a bebedores excesivos y no a bebedores moderados. Los hallazgos derivados de los estudios experimentales sugieren que el fenómeno del modelamiento tiene un impacto importante en el desarrollo del comportamiento de tomar bebidas alcohólicas; pueden destacarse como factores potencializadores de los efectos del modelamiento, el proceso de eslabonamiento social y la percepción del modelo como un compañero. (Ayala, 1993)

Las normas paternas y el modelamiento en la conducta de beber han señalado una influencia importante en el desarrollo de expectativas internas sobre los efectos del alcohol (Biddle, Bank y Marlin, 1980); estas se convierten en determinantes directos más importantes que el modelamiento en sí.

Según investigadores, las expectativas internalizadas para el beber pueden ser determinantes directos de importancia en el desarrollo de la conducta de beber y a su vez ser modeladas inicialmente por agentes de socialización. (Ayala, 1993)

En un estudio realizado por Spiegler (1983) se encontró que a la edad de seis años un niño tiene percepciones claras sobre las normas sociales de beber para hombres, mujeres y niños. Este hallazgo apunta que las expectativas establecidas antes de tener experiencias directas con el alcohol, se transmiten principalmente a través de influencias parentales y en menor grado de la influencia de los compañeros; sin embargo se destaca que otros agentes de aculturación como los medios de comunicación también sirven para transmitir o reforzar estas expectativas generales sobre el alcohol (Cafisco, Goodstadt, Garlington y Sheppard, 1982; Lowery, 1980)

Los anteriores estudios expresan que las expectativas relacionadas con el alcohol se establecen en un estado temprano de la vida; antes del establecimiento de patrones estables de beber y son el resultado de influencias de agentes primarios y secundarios de socialización, que posteriormente interactúan con experiencias directas con el alcohol y determinan en gran parte las experiencias de intoxicación aguda con el mismo. (Ayala, 1993)

Existe evidencia que indica que los fenómenos conductuales del regosto y pérdida de control, que usualmente se atribuyen a la dependencia física al alcohol, emergen en gran parte de las expectativas que un individuo tiene sobre el alcohol (Goldman, Brown y Chistiansen, 1987)

Parece que experiencias negativas en el uso inicial del alcohol pudieran no modificar expectativas positivas previamente desarrolladas, porqué el contacto continuo con agentes de socialización puede servir para fortalecer y reforzar aún más la expectativa que ya se tienen y sobreponerse a experiencias agudas que no confirman estas expectativas sobre el uso del alcohol. (Ayala, 1993)

Recientemente la evidencia empírica ha reportado que los bebedores excesivos difieren de los bebedores sociales en sus repuestas de salivación y musculatura gástrica a la vista y al olor del alcohol (Pomerleau y cols., 1983) Los bebedores excesivos salivan significativamente más como reacción a la vista y al olor del alcohol que los bebedores moderados.

La teoría del aprendizaje social también sustenta ciertas diferencias individuales al interactuar con demandas ambientales o situacionales; las cuales pueden rebasar la habilidad de un individuo para afrontar efectivamente dichas situaciones y llevarlo a tener un sentido de eficacia devaluada, es decir, si el individuo ha aprendido que el alcohol le ayuda a afrontar la situación inmediata; la probabilidad de consumo se incrementa. (Ayala, 1993)

También considera que estas predisposiciones pueden ser aprendidas o heredadas y de naturaleza biológica y psicológica. Los factores de predisposición que algunos individuos pueden heredar en ciertas diferencias biológicas que los hacen más tolerantes a la intoxicación y a los efectos reforzantes de la intoxicación Begleiter, Porgesz, Bihari y Kissin, 1984)

Algunos desordenes psicológicos como depresión y ansiedad que al parecer predisponen a algunos individuos a beber en exceso (Schuckit, 1983) y los déficits en las habilidades de socialización se pueden considerar como un riesgo para el beber incontrolado (O'Leary, O'Leary y Donovan, 1976)

Los déficit en las habilidades de socialización restringen las posibilidades de acción dentro de un contexto social, minimizando el control que se ejerce sobre las actividades y sobre el ambiente; se decrementa la accesibilidad a los recursos que se desean. (Ayala, 1993)

Bajo esta perspectiva las habilidades sociales se refuerzan y mantienen, en parte por la habilidad para reducir el nivel de ansiedad que se experimenta en situaciones sociales e interpersonales. En cambio los déficits pueden llevar a un aumento en la ansiedad o tensión que requieren de tal respuesta adaptativa.

Esto se puede conceptuar como una situación de alto riesgo de beber, sobre todo si el individuo no posee las habilidades alternativas para afrontar la situación y ha aprendido que la ingesta de alcohol le puede proporcionar alivio momentáneo. Si estos déficits son crónicos, a través del proceso de desarrollo, el riesgo para el desarrollo de un patrón de abuso del alcohol se ve fortalecido (Monti, Abrams, Binkoff y Zwick, 1988)

Varios autores reportan la relación entre Asertividad y beber problemático (Sturgis, Calhoun y Best, 1979) se revela que a medida que el estrés social se incrementa, el consumo de alcohol también; relación que se observa generalmente en bebedores sociales (Higgins y Marlatt, 1975)

En otro estudio dónde se manipuló el estrés social, incrementando su valor, los bebedores problema bebieron aún más alcohol que los bebedores sociales (Miller, Hersen, Eisler y Hilsman, 1974) si se les proporciona la manera de poder afrontar la situación productora de ansiedad tienen a beber menos alcohol que aquellos sujetos a los que no se les proporciona una forma alternativa de poder afrontarla (Marlatt, Kostrun y Lang, 1975)

Trabajos donde se sugiere que la combinación de un estado emocional negativo; resultante de un conflicto social o personal y la inhabilidad de expresarse efectivamente, pueden conducir a un aumento en el consumo de alcohol. (Ayala, 1993)

Se explica entonces; el alcohol puede actuar para facilitar la interacción social; influyendo en la percepción de la calidad de las interacciones sociales o reducir la ansiedad que está asociada a esas interacciones; lo que refuerza su uso.

El déficit en estas habilidades de socialización puede verse reforzado por la asociación con otros individuos que abusan del alcohol y este abuso puede ser un factor que obstaculice la adquisición de habilidades sociales adecuadas; sin embargo debe señalarse que el concepto de déficit en habilidades sociales es sólo uno de los factores disposicionales hacia el consumo excesivo de alcohol que se han propuesto dentro de la teoría del aprendizaje social. (Ayala, 1993)

Este concepto es todavía muy vago para ser de utilidad en la predicción de consumo de alcohol. Es necesario especificar claramente qué tipos de déficits son los más dañinos; los déficits de habilidades en sí o la auto percepción de estas habilidades. También se advierte la importancia de considerar a los déficits en socialización como factores que predisponen al uso y el abuso de alcohol. (Ayala, 1993)

2.2 PROCEDIMIENTO

Los determinantes próximos del beber se consideran dentro de la historia de aprendizaje social; incluyen normas culturales, modelamiento, la influencia de compañeros y la experimentación en sí con el alcohol, en combinación con el contexto inmediato, las diferencias individuales en los patrones de consumo y el riesgo en el abuso de alcohol. Los factores ambientales y conductuales inmersos en el contexto inmediato se denominan determinantes próximos. Los de mayor importancia son los eventos antecedentes, como el entorno ambiental, las creencias y expectativas, el repertorio del individuo de habilidades generales de afrontamiento y habilidades específicas de afrontamiento al alcohol; donde intervienen factores como el estado emocional, conductual y fisiológico del individuo en el momento de beber. De igual importancia son las consecuencias de la conducta del beber, incluyendo los efectos del reforzamiento y castigo a mediano y largo plazo. (Bandura, 1986)

Si el consumo de alcohol en realidad ayuda a la persona a lograr los efectos deseados, su beber subsecuente se verá reforzado por el resultado y la probabilidad de usar habitualmente alcohol en situaciones similares se verá aumentada. Con ciertas demandas contextuales, la confianza que un individuo tiene para afrontarlas y sus percepciones sobre la probabilidad de lograr los resultados deseados, determinarán las conductas de afrontamiento que serán seleccionadas. (Ayala, 1993)

La experiencia directa, el modelamiento, la persuasión verbal y la retroalimentación fisiológica fortalecen la auto-eficacia en dirección de beber o usar conductas de afrontamiento alternativas. (Ayala, 1993)

De esta manera los antecedentes y consecuentes del beber, conjuntamente con el estado disposicional del individuo se combinan para prever información crucial que puede modificar la auto-eficacia y las expectativas sobre los resultados de la autorregulación del beber alcohol para cada decisión y episodio de beber. La auto-eficacia para el no beber o para beber moderado se verá reducida por una tensión excesiva sobre el individuo (vías fisiológicas), un repertorio limitado de habilidades de afrontamiento alternativas, la observación del uso del alcohol por otras personas como estrategia de afrontamiento (modelamiento y persuasión verbal) y las expectativas positivas sobre los efectos del alcohol; ya que una vez que se inicia el beber varios mecanismos de autorregulación operan para regular el consumo y la conducta de un individuo cuando esta intoxicado; se incluyen: 1) señales internas (estímulos perceptivos) y el uso de la retroalimentación social sobre niveles de intoxicación para regular el consumo subsecuente y detener el beber excesivo 2) niveles de conducta derivados de modelos apropiados y normas culturales 3) efectos bifásicos del alcohol que pueden perpetuar expectativas distorsionadas sobre los efectos reforzantes a corto plazo del consumo de alcohol. (Ayala, 1993)

La conducta de beber se vuelve inadaptada cuando el individuo "escoge" tratar de lograr las metas que se circunscriben al uso del alcohol y hace uso de éste de una manera frecuente y repetitiva, minimizando o negando las consecuencias negativas de su abuso. En esta situación se pueden caracterizar los episodios de abuso de alcohol por expectativas de gratificación inmediata y alivio de antecedentes estresantes; resultado de demandas situacionales que rebasan las capacidades de afrontamiento del individuo. (Ayala, 1993)

2.3 SE CONCLUYE

El modelo del aprendizaje social del uso y abuso del alcohol parecería colocar toda la responsabilidad en el individuo, a lo que se le ha denominado "culpar a la víctima".

Sin embargo esta suposición es falsa, ya que el individuo no es completamente responsable por su historia de aprendizaje, por sus déficits o excesos conductuales actuales, ni por su capacidad biológica para tolerar el estrés o sus problemas para ejercer autocontrol cuando éste está basado en creencias distorsionadas y expectativas que se derivan de la cultura popular, de los modelos pobres y de los mensajes de los medios masivos de comunicación. (Ayala, 1993)

Como señalan Marlatt y Gordon (1985) el hecho de que un problema conductual se describa como un hábito aprendido, no implica que a un individuo se le puede hacer responsable por la adquisición del hábito ni de ejercer control voluntario sobre esta conducta.

Sin embargo bajo el modelo de la teoría del aprendizaje social requiere que el individuo acepte la responsabilidad personal de aprender habilidades de autorregulación y usarlas como alternativas al consumo del alcohol en situaciones donde el beber es altamente probable. Cualquier déficit o exceso, o su combinación es parte clave de los mecanismos de autorregulación que interactúan con la historia de aprendizaje, factores biológicos predisposicionales y el contexto situacional, los cuales pueden traer consigo un patrón de abuso; para ejercer autocontrol sobre la conducta de beber un individuo debe tener un repertorio rico y flexible de habilidades conductuales para tomar una decisión informada sobre beber, cuánto beber y cómo comportarse cuando se bebe. (Ayala, 1993)



La teoría del aprendizaje social también nos habla del contexto situacional o factores situacionales como la comida de negocios, la boda o la fiesta que en conjunto con la presencia de los modelos de bebedores puede influir en la conducta de beber. Algunos estudios han demostrado que cuando se evalúa a sujetos en una atmósfera de convivencia social, éstos reportan con mayor frecuencia que experimentan los efectos positivos del consumo de alcohol que cuando se les evalúa en situaciones más formales (Williams, 1966) por otro lado experimentos realizados por Caudill y Marlatt, 1975; Collins y Marlatt, 1981; Collins, Parks y Marlatt, 1985 donde se investiga la influencia de modelos bebedores excesivos, bebedores moderados y la naturaleza de la interacción social de esos modelos, se encontró como hallazgo principal que la tasa de beber de un individuo (moderado o excesivo) influye significativamente e incrementa la tasa del sujeto que está observando la conducta del modelo.

En términos generales estos estudios apuntan que la relación entre ambiente social-contexto y el comportamiento de beber son factores que pueden jugar un papel importante como determinantes inmediatos del beber, la cantidad que se bebe y la conducta del individuo bajo la influencia del alcohol. (Ayala, 1993)

Mientras que en estudios epidemiológicos la carencia de habilidades generales de afrontamiento ha sido señalada como factores predictivos de uso de drogas en adolescentes, de igual forma lo son el bajo rendimiento académico, la marginación social, el conflicto social y la baja autoestima; carencias o déficits que incrementan la probabilidad de que el experimentar con el alcohol los lleve al abuso y finalmente a la dependencia. Los individuos que presentan déficits en habilidades generales de afrontamiento, progresivamente se aislarían cada vez más y, a su vez sus compañeros que sí cuentan con habilidades de afrontamiento adecuadas los apartarían (Jessor y Jessor, 1977; Chassin, Presson, Sherman, Corty y Olshavsky, 1981; Wills y Warshawsky, 1983)

Moos y Finney, 1983; Cronkite y Moos, 1980 señalan que quienes abusan del alcohol y tienen sistemas de apoyo pobres, una historia laboral llena de fracasos y están divorciados, tienen una prognosis de recuperación más pobre que aquellos que están menos aislados socialmente; puede deberse a un poderoso proceso de selección social recíprocamente determinado y gobernado por los principios de la teoría del aprendizaje social.

Además de las habilidades generales de afrontamiento, los individuos deberán contar con habilidades específicas para afrontar situaciones en las que se está bebiendo y, una vez que se hayan ingerido una o dos copas, será necesario contar con mecanismos de autorregulación del beber y basarse en retroalimentación interna (fisiológica) y en señales conductuales externas (ataxia, comentarios de miembros de la audiencia etc.) Nathan, Lansky y Lawson, 1978; Lipscomb y Nathan, 1980; Huber, Karlin y Nathan, 1976.

En lo anterior se sugiere que el beber excesivo puede resultar de la falta de atención a señales de nivel de alcohol en la sangre o a déficits en los mecanismos de retroalimentación que proveen al cerebro de señales internas de intoxicación, por lo cual proponen el entrenamiento en la discriminación del nivel de alcohol en la sangre, para incrementar la atención del individuo en estos sistemas de retroalimentación y proporcionar un mejor autocontrol.

La otra dimensión es la interpersonal donde pueden existir déficits en las habilidades de afrontamiento y expectativas de baja auto-eficacia en lograr metas interpersonales sin el consumo de alcohol. El alcohol se menciona como un mecanismo de afrontamiento, ya que reduce el efecto negativo e incrementa el afecto positivo. Efectos con los que puede explicarse cómo 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. (Ayala, 1993)

El uso y el abuso del alcohol son modelados por una variedad de determinantes próximos; personales como situacionales. El abuso del consumo de alcohol puede considerarse como un método mal adaptativo de afrontamiento cuando la auto-eficacia y las expectativas de los efectos del alcohol tienen ciertas características que propician el hecho de escoger el uso del alcohol como el mejor o el único método para obtener resultados deseados. (Ayala, 1993)

Por otro lado la teoría del aprendizaje social considera a la tolerancia y la dependencia física como determinantes del consumo sostenido del alcohol.

La tolerancia promueve un incremento en el consumo al decrementar los atributos de refuerzo positivo del uso del alcohol, por lo que se tendrá que consumir mayores cantidades de alcohol para lograr un valor de reforzamiento de igual magnitud. Mientras que la dependencia física trae consigo un aumento en el consumo como una manera de evitar los efectos de dolor experimentados por el retiro del alcohol que ocurre en períodos de abstinencia agudos (Hershon, 1977)

Estudios experimentales con humanos han encontrado que la tolerancia se ve afectada por el contexto donde se ingiere, si el contexto cambia, la tolerancia puede cambiar (Shapiro, 1984; Drafters y Anderson, 1982)

Este hecho sugiere la posibilidad de un fenómeno de condicionamiento clásico, en el que un estímulo neutro previo se aparea repetidamente con los efectos incondicionales del alcohol; adquiere la propiedad de una respuesta compensatoria en dirección opuesta a los efectos del alcohol, con el propósito de obtener la homeostasis del organismo (Solomon y Corbit, 1974; Siegal, 1979)

Varios investigadores señalan que la tolerancia solo a ciertos efectos del alcohol provoca un incremento en el consumo de alcohol (Wilson, Lipscom, Nathan y Abrams, 1980)

Existe gran variedad de modelos basados en el aprendizaje con el propósito de explicar la influencia de variables psicosociales en el consumo de alcohol.

En contraste, la carencia de habilidades de afrontamiento alternativas o reducidas expectativas de auto eficacia, traerá consigo un círculo vicioso y negativo donde la pérdida de confianza lleva al uso de alcohol y subsecuentemente a su abuso; situación más factible de ocurrir si el individuo tiene expectativas positivas sobre el efecto del alcohol y no ha aprendido sobre las consecuencias negativas del beber. (Ayala, 1993)

Las teorías del aprendizaje ayudan a comprender el desarrollo de la dependencia al alcohol más que el estudio de los factores clásicos de personalidad. El refuerzo en los seres humanos por conseguir una droga es tanto farmacológico (por ejemplo los efectos eufóricos y desinhibidores) como social (la relación y unión con otras personas) Factores tales como la reducción la ansiedad o depresión, el aumento en el reconocimiento social, la aprobación por parte de los compañeros, la puesta en practica de mayores habilidades sociales o la evitación del síndrome de abstinencia pueden determinar la adquisición y mantenimiento del consumo de alcohol (Echeburúa, 1996)

"Más vale prevenir que remediar", dice el refrán popular y nadie puede estar en desacuerdo con ello, ya que, comprender el presente y conocer el pasado, es condición necesaria para anticipar; así sea vagamente, el futuro". Desde hace años se sabe y la teoría se mantiene, que los factores ambientales y sociales desempeñan una función fundamental en el desarrollo del alcoholismo. (Tapia, R. 2001.)

Sin embargo el alto costo del tratamiento y la escasez de programas acordes con el incremento de la demanda, han estimulado el interés por la prevención primaria; para anticiparse, adelantarse, actuar para evitar que algo ocurra, en este caso, que se consuma alcohol peligrosamente.

CAPITULO III

INSTRUMENTOS QUE EVALUAN EL CONSUMO DE ALCOHOL

El campo de estudio del alcoholismo puede abordarse desde diferentes disciplinas; una de ellas y la de interés en este trabajo, es la Psicología, la que por definición se dedica al estudio de la conducta humana.

Dentro de ella existen varias aproximaciones, para las cuales es indispensable contar con elementos de diagnóstico válidos y confiables que permitan entender las características particulares de cada consumidor.

Se cuenta para ello con pruebas Psicológicas cada una de ellas es una medida objetiva y estandarizada de una muestra de conducta. Su función ha sido medir las diferencias entre individuos o entre las reacciones de la misma persona en circunstancias distintas (Anastasi y Urbina, 1998)

Las técnicas de evaluación de la personalidad proporcionan información de gran valor en lo que respecta a las características del individuo, como a los elementos para un diagnóstico más objetivo de las alteraciones de la personalidad. Se considera que cada técnica psicológica es un grupo de estímulos uniformes para que un individuo genere cierto tipo de conducta.

La uniformidad permite la comparación de las respuestas de grupos de individuos y la posibilidad de catalogarlas en normas o criterios para que se facilite su interpretación. Las respuestas de un grupo de personas pueden ser clasificadas por sus diferencias y semejanzas, que estarán matizadas de características únicas lo que constituye el aspecto más importante proporcionado por cada técnica. Cada una aporta elementos dentro del propio marco de enfoque; por lo que es necesario el conocimiento de sus fundamentos teóricos para ubicar la información que proporciona acerca de la persona. Lo que involucra el reconocimiento de los elementos objetivos y subjetivos en cada una de las respuestas del individuo y su organización dentro de las teorías de la personalidad para evaluar la causa-efecto, que da lugar a los elementos de desarrollo y crecimiento de la persona y a las alteraciones que puede presentar. (Anastasi y Urbina, 1998)

Sus usos pueden variar dentro de esta misma ciencia, por una parte se encuentra el uso de las pruebas psicológicas en el ejercicio de la Psicología Aplicada, que involucra varias áreas. Los usos clínicos incluyen el examen de personas con trastornos emocionales graves y otros problemas de conducta. Las escuelas se cuentan entre los principales usuarios, ya que permite clasificar a los niños según su capacidad para beneficiarse de las diferentes formas de instrucción escolar o para brindar asesoría educativa y vocacional a los estudiantes, entre otras cosas. La selección y clasificación del personal industrial es otra aplicación fundamental de las pruebas psicológicas.

Los investigadores que siguieron un acercamiento intrapsíquico o aquellos con un acercamiento diferencial utilizaron pruebas de personalidad como herramientas para estudiar la relación entre personalidad y alcoholismo clasificadas en pruebas Proyectivas y Objetivas.

3.1 PRUEBAS OBJETIVAS Y PROYECTIVAS

La práctica llegó a la conclusión de que estas pruebas no deben ser utilizadas en las investigaciones con alcohólicos, porque la interpretación de los resultados ha sido ligada a la intuición clínica y la subjetividad. En cuanto a las pruebas objetivas que consisten en una lista de reactivos con el procedimiento típico para el sujeto, que indique si cada reactivo se aplica a no a cada persona; su calificación sigue un procedimiento de rutina, por ello que se les llama pruebas de asignación objetiva.

La prueba multidimensional más utilizada para evaluar a alcohólicos es el "Inventario Multifacético de la Personalidad, MMPI" (Ortega V.,2000) Desde un punto de vista metodológico los estudios que siguen un diseño de perspectiva longitudinal son los más deseables. En ellos se sigue a los sujetos desde una edad temprana de su vida incluso un largo tiempo después, hasta que algunos de ellos se han convertido en dependientes, perdiendo con esto demasiado tiempo para intervenir antes de que haya daños irreversibles para la salud.

En la actualidad se cuenta con guías computarizadas que según algunos autores se utilizarán mucho en el futuro. Igualmente existen datos de laboratorio que muestran la presencia de cambios fisiológicos ligados al exceso de beber; se considera un dato útil los cambios hepáticos por el exceso en el consumo de alcohol, sin embargo otros padecimientos del hígado producen el mismo efecto. Su valor aumenta cuando se detectan otros marcadores biológicos, sobre todo cuando se combinan con trastornos cognitivos y preceptuales descubiertos en el bebedor mediante los test adecuados.

También el uso de análisis estadístico de los patrones de cambio en las baterías de pruebas de laboratorio incrementa la eficiencia del diagnóstico basado en marcadores químicos. (Velasco, 2001)

Un procedimiento típico para identificar las características de personalidad de un dependiente al alcohol ha sido suministrar las pruebas personales a un grupo entero de sujetos y presentar los resultados en forma de promedios por un lado; por otro ha sido estudiar las características de los bebedores excesivos, incluyendo bebedores problema no diagnosticados como dependientes al alcohol; investigaciones que ha dado resultados válidos en las dinámicas de la personalidad sobre el consumo excesivo de alcohol.

Desde una perspectiva clínica los cuestionarios deben ser solo un componente de la evaluación global del alcoholismo.

En el campo de estudio del consumo de alcohol se propone como método para encontrar una definición y discriminación apropiada sobre la conducta y las consecuencias de beber alcohol; el uso de cuestionarios que preguntan la presencia o ausencia de ciertas características y consecuencias en la conducta de beber alcohol; los instrumentos con este fin generalmente se diseñan para proporcionar respuestas bipolares (si o no) y de esta forma indicar la existencia de un problema particular, en este caso, de alcohol.

3.2 INSTRUMENTOS DE TAMIZAJE

Existen otros instrumentos que escrutan sobre las consecuencias de complacerse con el alcohol; cuyo objetivo es la detección o la identificación de casos posibles. Son instrumentos de tamizaje que se diseñaron para indicar la existencia de un problema particular o un trastorno. Su tarea es identificar los casos potenciales que necesitan de una evaluación posterior. Su importancia depende en parte del contexto.

Si un paciente ya está por buscar ayuda en una clínica de tratamiento de alcohol, el tamizaje será menos importante; mientras que una evaluación será más útil.

Por otro lado, en una clínica de cuidado de salud primaria, el tamizaje será una de las funciones de evaluación más importante. Miller W R., Westerberg V. S., Waldron H.B. (1995)

Se debe precisar que algunos de los problemas físicos como psicológicos recurrentes pueden ser secundarios a un trastorno primario de uso de alcohol. Por ejemplo: las úlceras gástricas o la hipertensión pueden ser causados por una gran variedad de factores, pero si estas condiciones se relacionan o se empeoran con el beber, puede que no respondan favorablemente a las terapias convencionales que carecen de atención sobre el uso del alcohol. En tales casos, el tamizaje sobre el consumo excesivo de alcohol puede ser importante cuando se trata de problemas médicos y el tratamiento para el trastorno del alcohol puede ser provechoso, en términos médicos.

Las dificultades para evaluar adecuadamente la dependencia al alcohol son mayores que en el caso de otros trastornos de conducta. En primer lugar por que, excepto en fases muy avanzadas la frontera entre el trastorno clínico y la normalidad no siempre es clara y en segundo lugar por que la negación del trastorno constituye un aspecto nuclear del mismo.

Algunos cuestionarios populares tales como el Test de Exploración de Alcoholismo de Michigan (Michigan Alcoholism Screening Test), por Selzer (1971); o las 20 preguntas de Johns Hopkins (Selinger, 1940), contienen una amplia gama de reactivos sobre problemas, estilos de beber, síntomas de dependencia, percepciones y búsqueda de ayuda. Dichas listas pueden servir como un tamizaje general, indicando la necesidad de una evaluación más cuidadosa.

De cualquier forma, el mal uso se ve reflejado en las líneas-guía para la interpretación (por ejemplo: responder un "sí" puede ser el aviso de que uno puede tener problemas con el beber alcohol, responder dos "sí" indica dependencia probable, y responder tres "sí" demuestra una dependencia definitiva). Lo que confunde al tamizaje con el diagnóstico. (AERA, APA & NCME, 1985)

Cuando se usan apropiadamente, los instrumentos de tamizaje pueden ser de mucho valor en el cuidado de la salud. Una pequeña inversión de tiempo y recursos pueden indicar la necesidad de una evaluación posterior de un factor de riesgo potencial, que podría disparar una intervención a largo plazo con beneficios en la salud (Kristenson, Ohlin, Hulten-Nosslin, Trel, & Hood, 1983).

Es por ello, la necesidad de validación de instrumentos de medida en el contexto sociocultural en que se utilizan; sí es aplicable a todo tipo de pruebas de evaluación, es aún mayor en el caso del alcoholismo porque las pautas de bebida son muy variables de unos países a otros. (Echeburúa, 1996)

Para decidir si un sujeto se encuentra en riesgo de desarrollar problemas relacionados con el alcohol se necesita obtener información acerca de la cantidad y la frecuencia del consumo de alcohol de la persona, las consecuencias negativas de su manera de beber, sus conductas bajo la influencia del alcohol, y los síntomas de dependencia al alcohol. Mucha de esta información se puede obtener preguntándole al sujeto. Sin embargo muchos clínicos se mantienen escépticos acerca de la validez de esta información. Miller W R., Westerberg V. S., Waldron H.B. (1995)

Para entender mejor la validez de los reportes auto aplicados con referencia a las conductas adictivas, Babor, Brown y Del Boca (1990) mencionan un modelo socio psicológico del proceso de pregunta respuesta.

Ellos sugieren que la exactitud de la respuesta depende de una variedad de factores que incluyen:

- Normas Culturales
- El escenario institucional u organizacional
- La presencia o la ausencia de otras personas
- Las características de las demandas de la situación de la entrevista
- La actitud percibida del entrevistador
- El estado de sobriedad del sujeto
- La motivación del sujeto
- La presencia o ausencia de una invalidez cognitiva

Babor y sus colegas (1990) recomendaron algunos procedimientos para minimizar las vías de respuesta y mejorar su validez. Los siguientes procedimientos son aplicables a programas de tamizaje del alcohol.

1.La confiabilidad del reporte auto aplicado en un individuo intoxicado es poca. La entrevista de exploración se aplazará cuando un individuo parezca estar intoxicado y se aplica una prueba con algún medidor para ver si esta alcoholizado.

2.Referir al individuo a una asesoría relacionada con consumo de alcohol si este salió positivo en la prueba.

3. Proveer de instrucciones específicas acerca del propósito de la entrevista exploratoria. Si esta usando un modelo de tamizaje de reducción de riesgos, se explica a los sujetos que la entrevista esta dirigida a investigar si su manera de beber tiene un impacto potencial en su salud.

4. Antes de realizar una entrevista exploratoria, obtener muestras de exámenes bioquímicos que son sensibles al consumo de alcohol. Se explica a los pacientes que la información obtenida será para ver el impacto del alcohol en su salud

5. Determinar el contenido de alcohol y la medida de la bebida que el paciente consume cuando se le pregunta acerca de su nivel de consumo de alcohol.

6. Hacer preguntas sensibles para evitar la presencia de conducta indeseables.

7. Proveer a los pacientes de una retro alimentación libre de juicios acerca de las discrepancias entre el reporte auto aplicado y otras fuentes de información.

8. Cuestionarios en lápiz y papel o bien en computadora son menos amenazantes que las entrevistas cara a cara.

Se debe decir que algunos cuestionarios de tamizaje ya han probado su valor en otros escenarios; son varias las ventajas y limitaciones de unos a otros; los que más se recomiendan son:

CAGE

Evalúa 4 áreas relacionadas con el consumo de alcohol.

C (Cut Down / cortar o bajarle) ¿Alguna vez ha sentido la necesidad de dejar de beber?

A (Annoyed / molesto) ¿Alguna vez se ha sentido molesto por que alguien critique su forma de beber?

G (Guilty / culpable) ¿Alguna vez se ha sentido culpable por su forma de beber?

E (Eye opener / ver posibilidad) ¿Alguna vez se ha levantado por la mañana a tomar una bebida que contenga alcohol para quitarse los síntomas de la cruda?

Como muchos de los instrumentos exploratorios, la sensibilidad y especificidad del CAGE reportada en diferentes estudios varia entre un 60 a 95% y entre un 40 a 95% respectivamente (Bush et al., 1987; Beresford, Blow, Hill, Singer & Lucey, 1990)

Un grupo de trabajadores del World Health Organization (La organización Mundial de la Salud) creó el "Alcohol Use Disorders Identification Test" (Test de identificación de los Desordenes del Uso de Alcohol AUDIT; Babor, de la Fuente, Saunders, & Grant, 1992) como una breve herramienta exploratoria multicultural para la identificación temprana de bebedores problemáticos.

Investigadores clínicos desarrollaron el "Health Screening Questionnaire (HSQ; Wallace & Haines, 1985; Cutler, Wallace, & Haines, 1988) y su modificación, el Health Screening Survey (HSS; Fleming & Barry, 1991) basado en cuestionarios de estilo de vida. Estos exámenes exploratorios contienen preguntas paralelas acerca del fumar, ejercicio, peso, y consumo de alcohol.

Harvey Skinner y sus colegas desarrollaron el "Computarized Lifestyle Assesment questionnaires" (Skinner, Allen, McIntosh, & Palmer, 1985) y Graham (1991) desarrollaron el "Life Style Test" . Estos son ejemplos de cuestionarios de exploración que combinan las preguntas de alcohol con otros temas de salud.

Existen también otros nuevos instrumentos de tamizaje como el POSIT ("Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers") es un prometedor examen desarrollado por Ralph Tartar y un panel experto patrocinado por el National Institute on Drug Abuse (Instituto Nacional de Abuso de Drogas, 1990) Desarrollado como parte del "Adolescent Assessment Referral System; el POSIT discrimina entre los adolescentes que se encuentran en tratamiento de los que no. (Klitzner & Radhert, 1991)

El G- MAST (Blow, Young, Hill, Singer & Beresford, 1991) es una modificación del Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) para adultos. Las limitaciones de esta prueba es la ausencia de preguntas referentes a la cantidad y la frecuencia, enfocadas en los síntomas de dependencia y su duración (25 preguntas).

Russell (1984) desarrolló el TWEAK como una exploración de problemas relacionados con alcohol en mujeres.

El TWEAK es una modificación del CAGE. Substituyó una pregunta de tolerancia por una pregunta de culpa, modificó la pregunta acerca de la molestia y aumento una pregunta sobre amnesia.

T ¿Cuántas bebidas puede soportar?

W ¿Ha tenido amigos o parientes que se hayan preocupado por su manera de beber en el transcurso de un año?

E ¿A veces lo primero que hace cuando se despierta es tomar una bebida Alcohólica?

A ¿Algún pariente o familiar le ha contado que usted ha hecho algo mientras estaba borracho que no recuerda?

K ¿Alguna vez ha sentido la necesidad de dejar beber?

Las cuatro P's es otro instrumento desarrollado para mujeres. Los mayores avances de este examen de exploración son:

1. Incluye preguntas con relación al alcohol y las drogas.
2. Existe una orientación hacia los temas de la familia
3. El cuestionario es breve

El cuestionario es usado ampliamente en clínicas de mujeres en California y se esta validando actualmente (Ewing, 1992).

Las cuatro preguntas son las que siguen:

- ¿Tus padres tienen algún problema relacionado con el consumo de alcohol?
- ¿Tu pareja consume alcohol o drogas?
- ¿Has tenido algún problema con el alcohol o con las drogas en el pasado?
- ¿Has consumido alcohol, drogas, o cigarros durante tu embarazo?

Entre estos cuestionarios de tamizaje se cuenta también con La Breve Escala Sobre Dependencia al Alcohol (BEDA) que fue diseñada para medir la dependencia de alcohol en la población adulta que abusa de alcohol.

Algunos estudios psicométricos sugieren que la escala tiene estabilidad y validez como medida de dependencia; tiene confiabilidad test-retest pero no ha sido reportada ninguna medida de consistencia interna. Su mayor fortaleza se encuentra en que refleja todas las dimensiones del Síndrome de dependencia al alcohol. Es probable que esta escala sea sensible para detectar cambios en dependencia, pero se requieren más estudios. (Facultad de psicología, 1998)

La Breve Escala Sobre Dependencia al Alcohol (BEDA) se derivó de un cuestionario más amplio (cuestionario de datos de dependencia al alcohol) desarrollado en 1980. Se buscaba que fuera más sencilla y más rápida para aplicarse que el Edinburgh Alcohol Dependence Schedule, que tomaba 30 minutos para ser contestado.

En la publicación original los autores reportan las siguientes características:

- 1) Idóneo para bebedores problema que buscan ayuda.
- 2) La medida proporciona grado de dependencia.
- 3) Sensible a todo el rango de dependencia.
- 4) Sensible a cambios que se den con el tiempo.
- 5) Relativamente libre de influencia sociocultural.

La escala original fue desarrollada utilizando un proceso de ensayo y error para identificar el mejor conjunto de reactivos que midieran el concepto de dependencia delineado por Edwards y Gross (1976)

Los 34 reactivos originales fueron reducidos a una versión breve de 15 reactivos. La versión breve correlaciona muy alto ($r=0.92$) con la versión más larga en la muestra original de 41 bebedores moderados, 30 pacientes psiquiátricos y 174 bebedores problema que asistían a un tratamiento.

Este instrumento esta dirigido a población adulta de bebedores problema centrado en aquellas personas con una dependencia media a moderada. La BEDA a sido utilizada principalmente con pacientes en programas de tratamiento, pero también ha sido aplicado a sujetos que no están en tratamiento. Las muestras incluyen tanto hombres como mujeres, pero en su mayoría fueron hombres de 35 a 40 años. La Breve escala sobre dependencia al alcohol aplicada a mujeres o grupos de jóvenes o ancianos no ha sido investigada.

Características psicométricas de La Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA)

Confiabilidad: En un estudio en donde se utilizó una conversión brasileña de la breve escala sobre dependencia al alcohol, a 25 pacientes de un programa de tratamiento se les aplicó la BEDA en dos ocasiones. Primero se les dio una versión de auto reporte de esta escala, fueron entrevistados y posteriormente fue aplicada la misma escala; en una segunda ocasión. La confiabilidad test-retest para ambos grupos fue alta (grupo 1, Spearman rho = 0.90; grupo 2, Spearman rho = 0.81) La confiabilidad test- retest para la mayoría de los reactivos en la escala fue muy alta.

No se ha calculado hasta la fecha una medida global de consistencia interna, pero para la muestra original de bebedores moderados, pacientes psiquiátricos y otras personas con problemas de adicción, todos los reactivos de la BEDA muestran una alta correlación con el puntaje final.

Validez: La validez de contenido de la medida es alta. La BEDA fue desarrollada para medir todos los rangos del Síndrome de dependencia al alcohol formulado por Edwards y Gross (1976) *Los reactivos de la escala cubren aspectos subjetivos y conductuales de dependencia, síntomas de retiro, tolerancia, incapacidad de control, grado de dependencia, limitación del repertorio para beber.* Este último tópico, limitación del repertorio, busca reflejar el grado en el cual una persona ha desarrollado un estilo de vida donde la principal actividad es el beber.

Esta escala incluye sólo un reactivo para medir este constructo, pero análisis estadísticos realizados por los autores apoyaron el uso de un único reactivo.

Esta escala se diseñó como un instrumento de auto-reporte, pero también puede ser administrada como parte de una entrevista estructurada. Requiere de cinco minutos aproximadamente para ser aplicada.

Existe certeza de que la BEDA es útil para medir dependencia, sin embargo, sus características psicométricas no han sido evaluadas exhaustivamente. Su vigor radica en el marco teórico del concepto de dependencia; es una herramienta que tiene como meta medir un rango amplio del síndrome de dependencia (incluyendo dependencia media)

En la actualidad se pretende reducir la escala a 14 reactivos, pero no se recomienda pues la validación se obtuvo con 15 reactivos.

Las instrucciones que se le dan al paciente son:

- Las siguientes preguntas cubren una amplia variedad de situaciones relacionadas con su consumo de alcohol. Por favor, lea cuidadosamente cada pregunta, pero no piense mucho en su significado exacto.
- Considerando sus hábitos de beber más recientemente, conteste cada pregunta marcando con una "X" la opción más apropiada. Si tiene alguna duda al contestar, por favor pregunte al entrevistador.
- Los 15 reactivos se califican de la siguiente manera:
 - a) Una respuesta de nunca = "0"
 - b) Una respuesta de algunas veces = "1"
 - c) Una respuesta de frecuentemente = "2"
 - d) Una respuesta de casi siempre = "3"

Se obtiene un solo porcentaje que puede ir de 0 a 45 puntos.

- El puntaje obtenido en la BEDA puede ser interpretado de la siguiente manera:
 - a) De 1 a 09 = Dependencia baja
 - b) De 10 a 19 = Dependencia media
 - c) De 20 o más = Dependencia severa

Finalizando La Breve Escala sobre Dependencia al Alcohol (BEDA); es un instrumento desarrollado por Raistrick, M. D. (1989), traducción y adaptación al español por Echeverría, L., Oviedo, P. et al., diseñada para medir la dependencia en la población adulta que abusa del alcohol; cuestionario que cuenta con 15 reactivos; con formato de lápiz y papel y que requiere de cinco minutos aproximadamente para ser aplicada. (ver anexo 2)

Al hacer una revisión se puede ver que existen instrumentos que proporcionan la identificación de casos potenciales en el consumo de alcohol; sin embargo no todos están adaptados para la población mexicana.

Es por ello que primero se hace la diferencia entre adaptación y traducción de un instrumento. En este entendimiento; la traducción se refiere a la conversión del idioma de origen al idioma requerido; mientras que la adaptación consiste en una traducción que tome en cuenta el contexto cultural de la población a la cual va dirigida; además de proporcionar los datos que sustenten la confiabilidad y validez del instrumento.

Medina y Mora (1994) hacen mención de cinco factores necesarios de tomar en cuenta para la creación o adaptación de un test que pretenda medir algo relacionado al consumo de alcohol, en referencia a la elección de los indicadores que deben basarse en el objeto de estudio; dependerá también la estrategia de identificación del caso.

En la elección de estos indicadores es recomendable tomar en consideración los siguientes aspectos:

- 1- El consumo de alcohol puede estudiarse en sí mismo o como factor de riesgo para la manifestación de otros problemas sociales o de salud.

- 2- Existen diferencias en la formación de conceptos de lo que es el abuso y su historia natural repercute en las definiciones e instrumentos de evaluación.
- 3- No todos los consumidores tendrán problemas y en un momento dado cualquier persona puede sufrir consecuencias adversas, por lo que una concepción biaxial individuo consumidor/consecuencias facilita la tarea de estudiar el fenómeno.
- 4- Las consecuencias del abuso están permeadas por las expectativas culturales y aún más la percepción de problemas y su notificación por parte de la población está influida por la actitud relativamente permisiva o restrictiva de la población en diferentes momentos históricos.
- 5- Los indicadores que funcionan para las poblaciones clínicas no son necesariamente aplicables en poblaciones generales. Aún dentro de las poblaciones clínicas existen variaciones que deben tenerse en cuenta.

Así entonces, es de suma importancia para establecer el uso de un instrumento, ciertas propiedades de medida que cumplir: confiabilidad, validez e interpretabilidad.

La confiabilidad se relaciona con si un test da resultados consistentes. La validez es más compleja, y tiene que ver con si un test mide lo que dice que va a medir. Un test puede ser confiable (consistente) sin haber sido validado (exacto), pero no puede ser válido sin ser confiable. La interpretabilidad por otro lado se refiere a que tanto la información obtenida ayuda al entendimiento de los resultados individuales.

La confiabilidad es el prerrequisito básico para un instrumento de evaluación. Si un test da resultados sustanciales cada vez que se le da a la misma persona, entonces no podemos confiar mucho en esos resultados. Por ejemplo, una regla es una herramienta de medición porque cada vez que se usa para medir el mismo objeto, siempre da el mismo resultado. Una forma de probar la confiabilidad es la consistencia interna, en la medida que los reactivos de un instrumento se interrelacionan y parecen medir la misma cosa. Esta es una cualidad deseable para la mayoría de los instrumentos pero no para todos. La consistencia interna es importante para las escalas diseñadas para medir un solo constructo, tal como dependencia al alcohol. Por otro lado, un instrumento que evalúa una lista de posibles opciones (por ejemplo, las cosas que quiere obtener un paciente del tratamiento) no se espera o no se requiere que todos los reactivos midieran la misma idea.

Otro tipo de confiabilidad es en la medida que un instrumento da el mismo resultado cuando se repite. Esto puede reflejar el grado en el cual 2 o más administraciones del instrumento, espaciadas cercanamente en tiempo, dan el mismo resultado (test- retest confiabilidad), o el grado en que dos o más diferentes evaluadores obtienen el mismo resultado. Dicha confiabilidad es siempre esperada, excepto cuando el estado medido podrían cambiar por sí mismo durante el intervalo del retest. Por ejemplo, los test de inteligencia pretenden medir un constructo sobre la gente que no cambia significativamente a lo largo del tiempo. Por otro lado, una medida sobre el humor deberá arrojar diferentes resultados durante algunas horas, porque lo que mide (humor) cambia rápidamente.

Es de alguna manera sorprendente, que muchos de los instrumentos usados comúnmente en el campo de las adicciones nunca hayan sido sometidos a este nivel de evaluación psicométrica.

La validez se refiere a que un instrumento mida lo que pretende medir. El hecho de que un instrumento sea llamado el test de X no significa que exactamente mida X, nunca más el llamado programa de prevención garantiza que prevenga algo. La validez de un instrumento en este caso, está determinada en la medida que sus resultados coincidan con el estándar.

La exploración o el diagnóstico del test de sensibilidad, por ejemplo, se debe en gran medida a que detecta correctamente los casos positivos (decir “embarazo” cuando una mujer está de hecho embarazada). La especificidad del instrumento se refiere a que éste identifique los casos en los cuales dicha condición no está presente (que diga “no embarazada” cuando la mujer no está embarazada) La pregunta de la validez es particularmente “tramposa” cuando no existe una medida estándar contra las cuales se puedan evaluar los resultados de los tests, y es comúnmente el caso de las adicciones. La exactitud de una regla puede ser corroborada con las medidas estándar, pero si uno desarrolla un test de negación, ¿cuál es la medida estándar contra la cual se puede medir su exactitud? En tales casos, se espera que un instrumento produzca los resultados que concuerdan bastante bien con otras medidas reconocidas que miden el mismo constructo (validez convergente o concurrente), siempre recordando que hasta la técnica más reconocida puede ser una herramienta imperfecta conteniendo errores de medición. Cuando muchas mediciones convergen para dar los mismos resultados, hay una gran confianza en la validez de sus medidas.

Los resultados de un instrumento puede que no reflejen otra cosa más que aquella que pretendía medir (validez divergente). Los resultados de una escala de autoestima no podrán ser correlacionados con medidas de inteligencia o lenguaje, de otro modo, mediría otra cosa.

Si un instrumento pretende predecir eventos futuros (medir la probabilidad de que un adolescente tendrá problemas con el alcohol o con otras drogas de adulto, o que una persona en tratamiento recaerá), es a lo que se llama validez predictiva. Para demostrar la validez predictiva se requiere de estudios longitudinales para determinar si los puntajes de los tests predicen con exactitud la ocurrencia de dicho fenómeno futuro.

Para que un test sea interpretable, deberá obtener resultados que sean tanto confiables como válidos. Además, cierto tipo de información se necesita para ayudar a los usuarios del instrumento para entender los resultados que obtienen. El tipo más común de tal información se encuentra en los estándares normativos que permiten una comparación entre los resultados del individuo con una amplia referencia de grupo. Los manuales bien desarrollados incluyen este tipo de información normativa, la distribución o las tablas de puntajes que proveen un percentil, z , o puntajes similares para el individuo.

Las normas son, por supuesto, específicas para la población en la cual se basan. La interpretación de un puntaje de consumo de alcohol puede ser bastante diferente cuando se compara con normas poblacionales generales, normas de estudiantes o información de una población de personas en tratamiento para problemas de alcohol.

Al comparar puntajes individuales con normas, es importante considerar la comparación de la persona con el grupo de referencia con otros factores tales como edad, educación y entorno étnico. Los manuales de los tests pueden proporcionar otra información útil para la interpretación, tales como la información de la validez convergente y divergente mostrando cómo comparar los resultados del test con otras medidas ya conocidas.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

Los tests también pueden ser contruidos de manera que faciliten la interpretación. Un ejemplo de esto son las subescalas. Algunos tests dan no solo un puntaje total sino significativos subpuntajes que ayudan a entender los resultados del individuo.

Frecuentemente, las subescalas son construidas racionalmente; los autores de los tests las hacen de acuerdo con su propio juicio de cuáles ítem deberían ir juntos. Para otros instrumentos (por ejemplo, el Inventario sobre el uso de alcohol) se utilizan procedimientos estadísticos tales como el análisis factorial para agrupar los reactivos, y no mediante las creencias del autor, sino por la observación empírica de cuales reactivos deben ir juntos.

Ante la necesidad de gozar de este tipo de instrumentos, en este trabajo de tesis se pretende la estandarización de La Breve Escala sobre Dependencia al Alcohol (BEDA) que ha demostrado ser válida y confiable en otras culturas; con el fin de contar con un nuevo instrumento de tamizaje que sea útil, tanto para uso clínico como para la investigación sobre el consumo de alcohol en nuestro país.

CAPITULO IV

NIVELES DE PREVENCIÓN

Prevenir siempre será preferible a tener que adoptar medidas correctivas; por razones humanas de reducir el dolor y el sufrimiento de conductas que afecten la integridad de los individuos. Es anticiparse a la aparición de una conducta, con base a los conocimientos que se tienen a fin de evitar la conducta que puede originar problemas. El bienestar de las personas y sus sociedades es uno de sus efectos; aunque también se refleja en la economía de relaciones de costo-beneficio. Se afirma plenamente la conveniencia de un enfoque preventivo que promueva la salud entendida como el establecimiento de hábitos y estilos de vida que mantengan el cuerpo y la mente sanos, la vida interpersonal fructífera y el ambiente propicio para el desarrollo.

Existen diferentes niveles de prevención; así la prevención primaria son las acciones encaminadas a disminuir la aparición de nuevos casos; aunque es particularmente complicada y costosa cuando se aplica al uso de alcohol; son muchas las actividades a realizarse, así como la valoración de los resultados en términos reales. La prevención secundaria se le llama a la estrategia que consiste en identificar a las personas que están en sus primeras etapas de un padecimiento, a fin de proporcionarles un tratamiento oportuno que impida lleguen a situaciones graves. Un buen programa contra el consumo excesivo de alcohol debe incluir las dos formas de prevención (Velasco, 2001)

Recordando lo escrito anteriormente el bebedor problema, es equivalente al bebedor excesivo; una cantidad excesiva es cuando la ingestión de alcohol representa más del 20 % de la ración calorífica cotidiana. (Marconi citado en Tapia 2001).

También suele manifestarse en alcoholizaciones agudas repetidas, dicho de otra forma, en frecuentes estados de ebriedad; alcoholización repetida que se traduce en estados de ebriedad reconocida; cambios en la vida social familiar con la forma de consumir alcohol y la salud necesariamente empieza a verse afectada. Estos datos brindan información acerca de un individuo que dispensa una detección y atención. También existe otra posibilidad si no se responde a esa información recibida, que acaba por conducir a la dependencia.

Es por ello elemental registrar la división de los llamados bebedores problema que abarcan un mayor número de formas de consumo de alcohol; que los lleva a consecuencias económicas, familiares, laborales, etc. así como el consumo que implica un riesgo para la salud del individuo (consumo peligroso) y lo lleva a un riesgo elevado de producir daños futuros a su salud mental o física.

Se observan también otras señales importantes que revelan la necesidad de atención sin haber visitado a un profesional; conductas que en definitiva indican alto riesgo para el bebedor, estas son:

- A) Beber cantidades de alcohol para alcanzar una ebriedad varias veces a la semana; tomar copas con los amigos, ingerir alcohol frente al televisor, reunirse por la noche con familias amigas para beber alcohol etc.
- B) Beber para alcanzar una estado de ebriedad una vez a la semana. Comportamiento propio de los bebedores de fin de semana.
- C) Beber hasta llegar a la ebriedad completa en una jornada de consumo de alcohol, una vez al mes. Comportamientos que pretenden tomar en 1 o 2 días lo que dejaron de tomar en varias semanas.

Es necesario que coexista el dato subjetivo para que se consideren peligrosas estas formas de beber. (Velasco, 2001)

En consecuencia a los crecientes niveles de consumo se destinan esfuerzos por los expertos para revisar las pruebas y ampliar las recomendaciones que tienden a actuar sobre los patrones individuales de consumo y problemas asociados; sin embargo se reconoce la dificultad de hacer generalizaciones a escala mundial cuando no se conoce la situación particular de ciertas sociedades.

Es necesario conocer que tipo de consumo se asocia a ese problema y en que subgrupos se presenta. Las acciones preventivas que no tienen apoyo de la opinión pública difícilmente podrán mantenerse.

En México las medidas existentes no se hacen cumplir suficientemente. La Ley General de Salud y el Programa de Reformas del Sector Salud 1995-2000 (Diario oficial de la Federación, 11 de Marzo de 1996) señala la necesidad de disminuir la incidencia del alcoholismo, daños físicos, mentales y sociales derivados del abuso de alcohol. (Velasco, 2001)

Se debe mencionar que el verdadero objetivo de la prevención es superar el obstáculo al desarrollo pleno de los individuos; es por ello que si hablamos de prevención, es tarea de toda la población participar.

Así, presentar información actual, oportuna y elocuente dirigida a niños, adolescentes y adultos con énfasis en las poblaciones escolarizadas y en los grupos de riesgo, en donde puedan promoverse la integración y fortalecimiento de la familia, el apego a valores de salud, dignidad y desarrollo, además de impulsar estilos de vida saludable que puedan rescatar el concepto de participación de la sociedad, nos recomienda el Dr. Guido Belsasso en su artículo publicado en Conadic, 2002.

Los programas de prevención exitosos se enfocan en los aspectos sanos y positivos de la vida de las personas que incluyen el desarrollo de habilidades, la promoción de actividades alternativas, la detección e intervención tempranas y educación, persuasión o disuasión del uso. (Conadic, 2002)

La educación intenta ofrecer información orientada a inducir nuevas formas de ver el problema con un elemento de persuasión orientado a influir en las creencias y en la conducta. Se ha encontrado que estos programas, usualmente difundidos a través de medios masivos, tienen un impacto importante en la conciencia de la población, pero poca relevancia en actitudes y conductas (Edwards et al., 1994) por lo que deben de acompañarse de otras medidas.

Los modelos deben ser integrales abarcando todas las esferas relevantes de la vida, dando a cada factor su peso específico, con un enfoque ambiental y comunitario, para tener impacto en todos los agentes del ambiente cercano de los individuos, así como en padres, maestros, vecinos, etc.

Existen programas basados en las investigaciones para la prevención del abuso de alcohol; programas que están clasificados en universales los cuales están dirigidos a la población en general que son estrategias de prevención primaria; los programas selectivos que se dirigen a los grupos en riesgo o subgrupos de la población en general, estas son estrategias de prevención secundaria; y los programas indicativos que están diseñados para personas que ya están experimentando con la sustancia o exhibiendo otro tipo de comportamiento arriesgado y que pertenecen a la prevención terciaria. (Gordon, 1983)

Se menciona un proyecto llamado STAR (Pentz et. al.1995) de prevención universal que alcanza a toda la comunidad por medio de un programa escolar comprensivo, los medios de comunicación, los padres, organizaciones comunitarias y reformas en las políticas de salud; dirigido a la escuela intermedia y enfocado en la influencia social que incluye un plan de estudios a través de dos años con profesores entrenados. Los resultados de este proyecto fueron positivos a largo plazo. Los estudiantes que empezaron con este programa en la escuela intermedia, cuyos resultados fueron medidos en el último año de estudios de la secundaria exhibieron menos tendencia a utilizar alcohol, como un 20% menos comparados con niños de escuelas que no participaron en este programa. El factor más importante afectando el cambio en el patrón del uso de alcohol es la creciente intolerancia por parte de los compañeros contra el uso de alcohol.

Un método que fue aprobado en México bajo los auspicios de la OMS, el cual demostró ser muy valioso y difundido a escala mundial fue el estudiado por los Doctores Juan Ramón de la Fuente y David Kershenobich. Resultados publicados en el artículo titulado "El alcoholismo como problema médico", en Junio de 1992; la transcripción hecha por los autores sostiene:

Como parte de un proyecto multinacional auspiciado por la OMS, se estudiaron más de 1 900 bebedores de alcohol. El estudio incluyó historia clínica completa, exámenes de laboratorio, interrogatorio sobre hábitos y niveles de consumo y consecuencias sociales del consumo de alcohol. Además se diseñó un cuestionario para la identificación temprana de los bebedores que abusan de alcohol. Se encontró que el consumo excesivo de alcohol está asociado con numerosos signos y síntomas relacionados con el aparato cardiovascular, el digestivo y el sistema nervioso central, incluyendo la esfera mental; asimismo, que estas manifestaciones producen con cierta frecuencia, confusión en el médico y son atribuidas a otros procesos patológicos. La aplicación del cuestionario denominado AUDIT (Test para la identificación de los desordenes del uso de alcohol) permitió establecer ciertos indicadores clínicos de las fases tempranas de consumo peligroso de alcohol; de ellos destacan; insomnio y/o ansiedad, temblor distal de miembros superiores, trastornos digestivos vagos, accidentes frecuentes, impuntualidad en el trabajo y/o ausentismo laboral, tensión nerviosa sin causa aparente, elevación de la γ -glutamyl-transferasa, aumento del volumen corpuscular medio, macrocitosis sin anemia y aumento de lipoproteínas de alta densidad. El análisis de los resultados demostró que el AUDIT es un instrumento de tamizaje muy sensible (80%) y específico (89%), con un valor promedio predictivo positivo de 60% y un valor promedio predictivo negativo de 95%. La aplicación sistemática del AUDIT, particularmente en el primer nivel de atención médica, podría ser de gran beneficio para los pacientes y para la comunidad.

En el Séptimo reporte especial de Us Departement of Health and Human Services envió al congreso de los EUA en 1990, con el titulo de Alcohol and Healt, se da atención especial a este tipo de procedimiento de tamizaje para identificar al bebedor excesivo en sus etapas iniciales; se dice, es un instrumento de gran utilidad que lo hace preferible a otros que se utilizan desde años en investigaciones epidemiológicas. (Tapia,2001)

La bibliografía especializada se ha ocupado del tratamiento médico y psicológico del bebedor dependiente del alcohol. Los cuales llegan a constituir el 5% de la población adulta (aquellos que presentan una dependencia física alta, además múltiples problemas biológicos y psicológicos relacionados con el alcohol) Hay otro grupo de bebedores que tienen problemas con el alcohol cuyo grado de dependencia es bajo o mediano; se trata de bebedores excesivos que constituyen la mayoría (hasta un 20% de la población adulta) Los tratamientos convencionales no han producido un gran impacto en la reducción social de los dependientes de alcohol y el objetivo de la abstinencia no es realista para la población en nuestra cultura.

Es por ello que los programas de prevención secundaria se orientan a los bebedores excesivos y tienen como objetivo reducir el consumo de alcohol así como identificar pacientes en etapas tempranas de desarrollo, atraer a terapia y tratarlos de forma eficaz con un costo mínimo (Echeburúa, 1996)

La inquietud ante este problema de salud ha motivado proponer acciones dirigidas al tratamiento como opción para generar un cambio en el patrón de consumo de la población. De igual manera se han venido favorecido la prevención permitiendo la concentración de los recursos para evitar la aparición de nuevos casos por medio de la información y la enseñanza a la población acerca de los riesgos y consecuencias del abuso del consumo de alcohol (Ayala, 1998)

Como parte de dicha prevención es fundamental identificar oportunamente a la población que comienza a inclinarse a un consumo riesgoso para lograr una disminución de este; donde el programa de intervención se derive directamente de un diagnóstico actualizado de la problemática.

Es oportuno mencionar que "Más vale prevenir que remediar", para anticipar; aunque sea vagamente el futuro. Sin embargo, si se viven problemas con la manera de beber, se está, ya en el camino de convertirse en bebedor dependiente y se necesita ayuda profesional para detener el curso natural del proceso patológico. (Tapia, 2001)

Es por ello que se propone un esquema sencillo del procedimiento de detección del bebedor en riesgo en los servicios de atención primaria o universal; ya que se ha destacado la importancia de esta identificación oportuna, pues el consumo excesivo de alcohol constituye un riesgo grave para la salud de un importante sector de la población. (Velasco, 2001) ver anexo 1

4.1 DIAGNÓSTICO

Se desprende entonces la importancia del diagnóstico, el cual, se define como el proceso de determinar si un individuo cumple con los criterios establecidos de una "etiqueta", de un diagnóstico particular, de acuerdo con un sistema específico de taxonomía, un ejemplo es el DSM IV; que puede ir precedido de una filtración; primera discriminación que debe ser práctica, sencilla, rápida y no costosa; a la vez capaz de establecer la presencia- ausencia de abuso de alcohol, y en el mejor de los casos la gravedad del cuadro; sin embargo el diagnóstico es ya la confirmación del caso como lo marca el CIE-10.

De acuerdo al manual CIE-10 el abuso de alcohol se especifica en el apartado F10. Uso peligroso de alcohol mostrando 3 indicadores:

- 1) Pruebas que es el alcohol el causante de los daños psicológicos y físicos.
- 2) Se puede especificar claramente la naturaleza del daño.
- 3) El patrón de abuso ha persistido por lo menos un mes o ha ocurrido repetidamente en los 12 meses previos.

Mientras que el DSM-IV-TR expone que el abuso del alcohol se muestra cuando existe un patrón de consumo de la sustancia que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresados por 3 o más de los reactivos siguientes, en algún momento de un período continuado de 12 meses :

- 1) Tolerancia.- Definida por cualquiera de los siguientes reactivos
 - a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
- 2) Abstinencia.-
 - a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia
 - b) Se toma la misma sustancia(o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- 3) La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.

- 4) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
- 5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
- 6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
- 7) Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

Jacobson (1989) afirma que el diagnóstico "debería llevar a un entendimiento más claro de la etiología, desarrollo, expresión y propósito del alcoholismo. A la formulación de planes y programas de tratamiento adecuados y apropiados; algunas nociones de pronóstico y una respuesta completa sobre la eficacia y resultados de los tratamientos".

Esta visión extensa del diagnóstico abarca el propósito de evaluación, planeación del tratamiento y el seguimiento. Estos objetivos no son satisfechos con las herramientas de diagnóstico utilizadas comúnmente; más de cerca se parecen a los instrumentos de tamizaje.

La diferencia es que la lista de síntomas que tienen en común los instrumentos de diagnóstico son específicamente delimitados a aquellos que definen el trastorno dentro de una taxonomía particular de diagnóstico.

De cualquier forma, el diagnóstico de un trastorno de uso de alcohol, no proporciona un entendimiento total de la situación del cliente (evaluación) y da muy poca ayuda con la motivación y la planeación del tratamiento. Parte de la confusión se deriva del hecho de que ha habido cambios dramáticos en cuanto al entendimiento de los problemas del alcohol y cómo tratarlos. (Miller, Westerberg, Waldron, 1995)

Las investigaciones sobre co-morbilidad o "diagnósticos dobles" indican claramente que las personas con trastornos por uso de sustancias presentan altos índices de otros problemas, tales como depresión, trastornos de ansiedad, psicosis, dificultades sexuales y en las relaciones interpersonales así como trastornos de personalidad (Gold & Slaby, 1991).

Por ejemplo, es importante, explorar los trastornos de depresión y ansiedad entre las personas en tratamiento por problemas de alcohol. Una indicación (del tamizaje) por problemas en esta área puede llevar a un diagnóstico y evaluación posterior, motivación y planeación de tratamiento y una evaluación de seguimiento.

El diagnóstico del alcoholismo y de sus complicaciones es relativamente sencillo para el clínico en las fases avanzadas; no requiere de instrumentos de medida específicos; sin embargo no es fácil diagnosticar precozmente el alcoholismo cuando la persona afectada oculta sus síntomas y/o cuando acude a una consulta no especializada. Por otra parte y dado que el consumo de alcohol en exceso está generalizado en nuestro medio, la detección temprana del alcoholismo permite la puesta en marcha de estrategias de intervención preventiva y es desde esta perspectiva, un punto clave de la política sanitaria. (Echeburúa, 1996)

Por otro lado el procedimiento encaminado a brindar una primera impresión del sujeto es un paso preliminar en el abuso del alcohol; porque cuando se realiza adecuadamente puede ahorrar el esfuerzo confirmatorio posterior.

Los métodos para realizar este tipo de detección incluyen el uso de cuestionarios y entrevistas para la búsqueda de indicadores de problemas relacionados con el consumo de alcohol; en algunos casos se agregan procedimientos de laboratorio en busca de marcadores biológicos de una ingestión excesiva y prolongada.

También son frecuentes los cuestionarios auto-aplicables que no brindan la suficiente información para establecer metas de tratamiento; en otros casos son complementados con entrevistas hechas por especialistas que pueden ser útiles para una valoración más completa del paciente y con miras a un tratamiento oportuno. (Velasco, 2001)

4.2 EVALUACIÓN

Una fotografía más clara de la situación del paciente se obtiene mediante una evaluación, que podrá ser usada también para aumentar la motivación del cliente y planear estrategias de tratamiento. La evaluación no es algo que se hace solamente antes de que el tratamiento empiece. Más bien, la evaluación es una parte integral del proceso terapéutico, y continúa durante y después del tratamiento. Miller W R., Westerberg V. S., Waldron H.B. (1995)

En contraste con el tamizaje y el diagnóstico, la evaluación intenta ayudar en el entendimiento de la situación única de la persona. La evaluación involucra varias áreas importantes, relacionadas entre sí. Entonces, la evaluación da el entendimiento del otro, revelando el tamaño y la naturaleza del problema de cliente, también dice donde se encuentra el cliente a lo largo de un gran número de dimensiones. Es importante que se incluya en la valoración de los trastornos relacionados con el alcohol el funcionamiento psicológico general. (Miller, Westerberg, Waldron, 1995)

Una evaluación adecuada debe incluir la información recogida a partir de distintas fuentes (familia, amigos) Los indicadores clínicos y las medidas fisiológicas contribuyen a su vez a la detección precoz del consumo excesivo de alcohol y a la verificación de auto-informes de los pacientes; los cuales presentan un grado de veracidad relativamente alto, sobre todo en preguntas de tipo verdadero/falso. El índice de concordancia entre los auto-informes, informaciones verificadas por los familiares (Guze, Tuason, Stewart y Picken, 1963) es razonablemente alto entre el 85% , los auto-informes constituyen una fuente de información fidedigna siempre y cuando formen parte de un programa terapéutico, los pacientes no estén bebidos y se les garantice la confidencialidad (Babor, Stephe y Marlatt, 1987; Sobell, 1990)

Otra propuesta de la evaluación es determinar o aumentar la motivación personal al cambio. Aunque hay diferencias de opiniones sobre como entender mejor el abuso de sustancias, un punto de acuerdo es que la falta de motivación para el cambio es un obstáculo significativo cuando se trata de los problemas relacionados con el alcohol. Casi siempre, la gran mayoría de los individuos con abuso de sustancias están en una etapa de "precontemplación", y no están listos para considerar o perseguir el cambio (Snow, Prochaska, & Rossi, 1992).

Dentro de los tests de tratamiento la queja más común por parte de los terapeutas y de otros trabajadores de la salud se refiere a la negación del cliente, a su resistencia y a la falta de motivación (Miller, 1985; Miller & Rollinick, 1991)

El desarrollo de metas y planes claros es una parte importante del tratamiento y es un requerimiento de rutina práctica en los programas de tratamiento acreditados.

El conocimiento de la motivación del cliente y la valoración de distintas dimensiones, puede ser de gran ayuda para escoger las estrategias de tratamiento óptimo. Si el mismo tratamiento se ofrece a todos los clientes sin tomar en cuenta sus características personales y necesidades, por supuesto que el tratamiento individualizado resulta superfluo. Sin embargo si el tratamiento es individualizado tomando en cuenta las diferencias personales y las necesidades, la evaluación comprensiva da una base de información sobre la cual planear el tratamiento. El proceso de evaluación fluye naturalmente hacia el tratamiento. Miller W R., Westerberg V. S., Waldron H.B. (1995)

Por lo tanto, puede ser de gran ayuda el evaluar el presente nivel de motivación al cambio del cliente, y existen instrumentos accesibles para este propósito. Otra información obtenida durante la valoración puede ser usada como retroalimentación para el cliente para aumentar su motivación al cambio.

La intervención terapéutica empieza y termina con la evaluación. Existen buenas razones para extender el proceso de evaluación después del tratamiento formal. Todo esto tiene que ver con la calidad de los servicios de tratamiento. La entrevista de seguimiento es considerada más seguido como una parte del programa de evaluación y del resultado de la investigación, para determinar la efectividad del tratamiento.

El seguimiento sistemático es un aspecto integral del compromiso del cuidado de calidad, y es una parte vital de la solidez del tratamiento. Miller W R., Westerberg V. S., Waldron H.B. (1995)

Es la continuación de la valoración durante y después del tratamiento que esta disponible para los pacientes en un proceso sistemático de evaluación planeada. Da al terapeuta una retroalimentación personal. Cualquier aprendizaje requiere de una retroalimentación confiable, y sin ese conocimiento no hay una mejora en las habilidades.

Se registra que la mayoría de los programas de atención van dirigidos a estados crónicos de consumo, revelando así un déficit en la investigación de consumo moderado, lo que hace necesario el desarrollo de instrumentos válidos y confiables que permitan un adecuado diagnóstico y valoración de este tipo de consumo.

4.3 IDENTIFICACIÓN DE SUJETOS EN RIESGO DE CONSUMO PELIGROSO DE ALCOHOL

La importante cuestión de si el paso de beber "normalmente" a las etapas iniciales del beber en exceso depende de una observación del propio bebedor o de la gente que le rodea, incluido el médico; fue planteada por Robinson (Tapia, 2001) en los siguientes términos:

“El proceso de convertirse en bebedor dependiente, es en parte el de la construcción de un diagnóstico; aunque los mecanismos participantes en el desarrollo de la dependencia aún no están develados completamente; simplemente el médico y otros profesionistas que diagnostican el alcoholismo de un individuo le dan validez a los juicios de la familia del propio paciente o de quien quiera que haya presentado el problema”.

La identificación de muchos otros estados patológicos suele lograrse mediante una recopilación directa e indirecta de datos.

Lo importante es si los datos son relativamente valiosos para el diagnóstico y si puede confiarse en la veracidad de sus fuentes; si la respuesta es afirmativa, no cabe duda que es posible diagnosticar las primeras etapas del síndrome de dependencia al alcohol, a pesar de la variabilidad de la conducta de los bebedores.

Cuando el médico tiene acceso a una información completa y confiable sobre el comportamiento del bebedor, puede darle suficiente valor a ciertos datos; incluso un médico no especializado si dispone de guías que lo orientan en su trabajo de consulta ordinaria. (Velasco, 2001)

Los siguientes datos son los que con mayor frecuencia se consignan en ellas:

- 1) Aumento del consumo de alcohol, sea regular o esporádica, con frecuentes y quizá no intencionadas.
- 2) Ingestión de alcohol para tratar de resolver problemas o aliviar sensaciones desagradables.

- 3) Preocupación evidente por el alcohol y necesidad expresa de tomarse una copa, en especial si esto se repite con regularidad.
- 4) Ingestión subrepticia de bebidas.
- 5) Tendencia a intentar coartadas o pretextos para justificar el hecho de beber.
- 6) Negativa para aceptar que el consumo de alcoholes excesivo cuando esto ya es notorio, y expresiones de disgusto cuando se menciona el asunto.
- 7) Ausentismo laboral frecuente, especialmente si se siguen ciertas pautas, después de días de semana o festivos.
- 8) Cambios frecuentes de empleo, sobre todo cuando la persona pasa a niveles más bajos o el trabajo que desempeña no corresponde a sus aptitudes, educación y antecedentes.
- 9) Descuido en la apariencia personal y falta de higiene. Comportamiento y ajuste social incompatibles con los niveles o aspiraciones anteriores del individuo.
- 10) Persistencia de molestias somáticas vagas y sin causa aparente, insomnio, problemas gastrointestinales, dolores de cabeza o anorexia.
- 11) Problemas maritales y familiares constantes; tal vez antecedentes de más de un matrimonio.
- 12) Problemas legales relacionados con estados de ebriedad.

Por otro lado también puede existir la llegada a servicios de salud (con otros motivos); en los cuales se puede iniciar con la prevención; advirtiéndose que para cada uno de los niveles de atención hay un lugar adecuado para actuar.

Asimismo en la atención primaria de la salud están las clínicas y consultorios en los que personal capacitado puede aplicar un cuestionario como el CAGE o algún otro instrumento de tamizaje que refleje casos potenciales con dificultades en el consumo de alcohol; cuestionarios que pueden ser aplicados por una enfermera o una trabajadora social.

Al segundo nivel de atención al cual pertenecen los hospitales generales, un médico no especializado puede aplicar el AUDIT u otro instrumento de tamizaje; incluso realizar algunas pruebas de laboratorio que permitan verificar sobradamente si hay problemas en el consumo de alcohol; aquí se tienen recursos adicionales con la posibilidad de obtener una historia clínica completa donde se adicionan las pruebas de laboratorio y la aplicación de cuestionarios más especializados.

Finalmente los hospitales donde hay servicio de urgencias y traumatología son puntos clave para la detección de los bebedores problema que presentan complicaciones médicas más frecuentes. Una buena historia clínica, los estudios de detección y la búsqueda intencionada de datos pueden esclarecer el caso y orientar hacia una ulterior atención especializada. (Velasco, 2001)

La preocupación principal radica en lo que se puede hacer en la prevención primaria o universal de atención; en consecuencia, lo que se sigue en ese primer escrutinio.

4.4 TAMIZAJE

Al percibir la importancia de contar con instrumentos confiables para la medición precisa de las diferencias individuales que las personas hacen posible, es fundamental revisar el papel que desempeñan los instrumentos de medición en la investigación sobre el abuso de alcohol; especialmente necesario en los programas de intervención temprana.

Medina-Mora (1994) propone un apartado para la medición que se ha utilizado ampliamente en los últimos años en el estudio de la conducta de consumo de alcohol, el cual trata de instrumentos de tamizaje que pretenden calificar un tipo de consumo problemático o dependiente. (De la Fuente, Ma. y Villalpando, J, Tesis, 2001)

Los programas de tamizaje o identificación de casos relacionados con el alcohol y el beber peligrosamente en los marcos de la salud están justificados porque:

- 1) Los problemas relacionados con el alcohol son comunes
- 2) Están asociados con serias consecuencias sociales y de salud
- 3) El tratamiento efectivo está disponible y
- 4) Existen procedimientos validos para la exploración (Institute of Medicine, 1990; U.S. Department of Health and Human Services, 1994).

El reporte del "Institute of Medicine" recomendó que la comunidad y las agencias de cuidados de la salud identifiquen a los individuos con problemas y que provean una intervención breve o que sean canalizados a un tratamiento especializado.

Es importante entender las diferencias entre valoración y tamizaje. La meta de la valoración es establecer un diagnóstico y desarrollar un plan de tratamiento. Las valoraciones son realizadas por especialistas en el tratamiento del alcoholismo después de varias visitas a un centro de tratamiento. (Miller, Westerberg, Waldron, 1995)

En contraste, la meta del tamizaje es detectar personas con probables problemas relacionados con el consumo de alcohol, o bien, que puedan desarrollar ese problema a futuro. (Cooney, Zweben, Fleming, 1995)

Los procedimientos del tamizaje son breves y pueden ser realizados por personas con poca experiencia clínica. El tamizaje puede ocurrir en cualquier escenario de cuidado de la salud o también como parte de un programa comunitario de salud.

El programa de tamizaje se puede dirigir a individuos asintomático o bien a personas que experimenten problemas relacionados con el consumo de alcohol. (Cooney, Zweben, Fleming, 1995) Ejemplos de esto se pueden encontrar en individuos que busquen un examen médico de rutina. Se ha observado que una gran cantidad de problemas relacionados con alcohol se encuentra en pacientes con traumatismos, hipertensión, depresión, pánico, pancreatitis o enfermedades del hígado.

Existen dos modelos conceptuales de tamizaje (Safer, 1986). La aproximación tradicional, conocida como localización de casos o exploración para la detección de enfermedades, consiste en explorar a individuos aparentemente saludables para encontrar signos de enfermedad.

Una variante de este modelo es identificar individuos que empiezan a mostrar signos de la enfermedad antes de que caigan en una fase mas seria y destructiva de la enfermedad.

Un modelo alternativo es el examinar a individuos que no presentan la enfermedad pero que tienen un riesgo en términos de conducta para caer en la enfermedad y que pueden ser tratados con consejería. A esto se le conoce como exploración para una reducción de riesgos. (Cooney, Zweben, Fleming, 1995)

Estos modelos de tamizaje pueden ser usados para una variedad de desordenes. Cuando se aplican a problemas relacionados con el alcohol; la exploración en busca de la enfermedad se propone encontrar individuos con síntomas tempranos o avanzados de dependencia de alcohol. Este tipo de exploración es importante ya que se estima que existen 18 millones de americanos con problemas relacionados con el consumo de alcohol, y menos del 15% recibe tratamiento (United States General Accounting Office, 1991) En México actualmente se encuentran 32'315,760 personas entre 12 y 65 años que consumen alcohol. Lo anterior muestra un incremento en el índice de consumo de adolescentes del 27 al 35 % entre varones y del 18 al 25 % en las mujeres. (Conadic, 1998-2002).

La mayoría de la investigación de tamizaje en Estados Unidos ha usado hombres blancos con dependencia al alcohol en sus programas de tratamiento. Sin embargo, existe una creciente evidencia de la validez de estas herramientas clínicas en los escenarios de atención primaria. La poca información sobre la efectividad de los instrumentos de tamizaje de alcohol con las mujeres, los ancianos, adolescentes, los discapacitados mentalmente y los de culturas diferentes es una gran limitante. (Cooney, Zweben, Fleming, 1995)

El tamizaje para la reducción de riesgos intenta identificar a individuos que no tienen problemas relacionados con el alcohol actualmente pero que beben de cierta manera que aumenta su susceptibilidad a presentar problemas. La evidencia sugiere que la mayoría de los sujetos que bebe en exceso y de forma peligrosa no necesariamente presenta dependencia al alcohol. Kreitman (1986) llamó a este fenómeno epidemiológico "paradoja preventiva"; ya que sugiere que la mayoría de los problemas de salud, y posiblemente los costos más altos en materia de salud, son resultado de bebedores que no tienen dependencia hacia el alcohol.

El modelo de reducción de riesgos asume que uno puede reducir los riesgos del consumo de alcohol al cambiar la conducta de beber. (Cooney, Zweben, Fleming, 1995)

La literatura de tamizaje en el alcohol se enfoca predominantemente en la detección del padecimiento y casi no menciona el tema de la exploración para la reducción de riesgos. Se cree que el tamizaje puede servir tanto para detectar problemas presentes relacionados con el consumo de alcohol así como con la prevención de riesgos con individuos que no presentan problemas relacionados con el alcohol. (Cooney, Zweben, Fleming, 1995)

Existen, sin embargo, algunas advertencias asociadas con la exploración en bebedores en riesgo. Una exploración positiva podría resultar poco segura en su aplicación.

Por otro lado, los instrumentos de tamizaje se pueden administrar en 4 formas diferentes:

1. En una entrevista cara a cara con un entrevistador no clínico
2. En una entrevista cara a cara con un clínico
3. Con un cuestionario de lápiz papel.
4. Con un cuestionario en computadora.

La pregunta más común en las exploraciones de tamizaje de alcohol hecha por los profesionales de la salud se enfoca en la cantidad y la frecuencia del beber. Aunque existe investigación limitada en cuanto a la efectividad de las preguntas de cantidad y frecuencia, algunas preguntas han sido recomendadas. (Babor, Korner, Wilber, & Good, 1987; Brown, 1992; Skinner, 1990)

Los ejemplos incluyen:

¿Cuántos días por semana bebiste en el último mes?

¿ En un día que bebes alcohol, cuantas copas te tomas?

Para determinar la frecuencia y la cantidad es importante evaluar la frecuencia de las "parrandas". El consumo fuerte de alcohol periódico se puede asociar con accidentes vehiculares, trauma, peleas, y otras consecuencias.

Se determina una exploración positiva usando preguntas de cantidad y frecuencia, al examinar los riesgos de salud y los diferentes niveles de uso (Ver, e.g., Anderson, Cremona, Paton, Turner & Wallace, 1993)

Se han hecho estudios para establecer la comparabilidad de estos métodos; la validez de cualquiera de ellos se mejora al establecer un ambiente de confianza y seguridad. La validez de las respuestas obtenidas en cualquiera de estos métodos es la misma, aunque los pacientes prefieren el método del cuestionario en computadora ya que es el mas novedoso y por que les da una retroalimentación inmediata (Skinner et al., 1985)

Un programa de tamizaje debe alcanzar un alto grado de participación, un alto grado de validez al detectar pacientes que se encuentren en riesgo de presentar problemas relacionados con el alcohol o que ya los presenten, y una alta tasa de seguimiento de pacientes con referencias a programas de tratamiento o evaluación. Algunos programas bien intencionados han fallado al alcanzar estas metas. (ver, e.g., Schmidt & Cooney, 1992; Stephan, Swindle, & Moos, 1992)

Para implementar procedimientos de exploración efectiva se debe evaluar las necesidades, intereses y recursos en el escenario donde desea realizar la exploración. Evaluar el punto de vista de los clínicos y de las instituciones acerca del consumo excesivo de alcohol y que tanto saben del tema. Se debe poner atención en instruirlos acerca del tratamiento de este consumo y su efectividad; además considerar si la clínica cuenta con los recursos necesarios para llevar a cabo una exploración de alcohol y apreciar si existen procedimientos de canalización adecuados en caso de ser detectados casos de consumo excesivo de alcohol. De no haberlos, el programa de exploración no será garantizado. (Cooney, Zweben, Fleming, 1995)

Los médicos dentro de las clínicas como personal externo puede realizar las preguntas de tamizaje. En ambos casos se ha comprobado que es positivo. Es importante contar con el apoyo de la institución, por lo cual se debe poner en contacto con el jefe de la clínica y decirle que su exploración servirá para mejorar el trato que reciben los pacientes de la clínica. (Cooney, Zweben, Fleming, 1995) Existen ciertas preguntas que los administradores de la clínica le pueden hacer:

- ¿La exploración sobre el alcohol será ofensiva o confusa para los pacientes?
- ¿Cuáles son los beneficios de la exploración?
- ¿Qué haremos con la información? ¿Cómo se administraran las canalizaciones?
- ¿Contamos con los recursos necesarios para realizar una exploración sobre el alcohol dentro de las evaluaciones que usamos con los pacientes?

Los médicos a menudo tienen poca información sobre los pacientes y el tamizaje. Algunos opinan que los pacientes se sentirán ofendidos si se les pregunta si beben. Por lo cual los programas educativos en el área de la salud tienen poco entrenamiento sobre el tamizaje (Fleming et al., 1994)

Existen programas de tamizaje que han sido desarrollados especialmente para médicos (Fleming et al., 1992; Dube, Goldstein, & Lewis, 1991) se enfocan en actividades experimentales tales como the role playing y estrategias centradas en el aprendizaje.

El entrenamiento es importante también para los que no son médicos. Por ejemplo, en el caso de personas que han trabajado anteriormente con programas de tratamiento de dependencia al alcohol. Por otro lado la baja tasa de cooperación en cuanto a las Canalizaciones para el Tratamiento del Alcoholismo ha sido un problema recurrente al conducir programas de tamizaje. (Stephan et al., 1992) ya que pocos de los individuos a los que se le canaliza a tratamiento por dependencia al alcohol obedecen; no es raro considerando el hecho de que la mayoría de los pacientes que son canalizados fueron a la clínica originalmente por otro problema y no por el consumo de alcohol. Sin embargo aquellas personas que no están bajo la presión de algún conocido o familiar buscan el tratamiento en centros de atención primaria (Pearlman, Zweben, & Li, 1989).

La baja tasa de cooperación con la canalización ha llevado a los investigadores a revisar sus métodos de canalización. Se ha sugerido que el combinar el tamizaje con una breve intervención puede reducir de un 10 a un 30% el consumo de alcohol en bebedores en riesgo (NIAAA Working Group and Brief Interventions, 1994)

Goldberg, Mullen, Richard, Psaty y Ruch (1991) se dieron cuenta que los pacientes aceptan de mejor manera la canalización después de la exploración cuando las enfermeras preguntan a los pacientes si les gustaría apartar una cita con el consejero que cuando no lo hicieron.

Anderson y Scott (1992) encontraron que realizando el tamizaje con pacientes de consumo riesgoso, por practicantes generales y dando panfletos de auto ayuda y paquetes informativos aumentaba la posibilidad de una canalización y reducía la incidencia de consumo excesivo de alcohol.

Este modelo ha sido tomado de breves técnicas de intervención realizadas por Oxford (1985), Ponchaska y DiClemente (1984), Heather (1989), y Miller y Rollnick (1991)

En este modelo se pone énfasis especial en las técnicas de consejería motivacional en la exploración y canalización de pacientes en riesgo.

Una suposición fundamental del modelo es que la motivación al cambio puede ser mejorada al motivar la participación del cliente en todas las actividades y decisiones con referencia al consumo de alcohol. Se considera significativo incorporar los procedimientos de tamizaje sobre el alcohol en la entrevista estandarizada de hábitos de salud; ya que puede ser menos amenazante para el paciente si se evitan términos como alcoholismo o alcohólico. (Cooney, Zweben, Fleming, 1995)

El objetivo general de la intervención de cooperación en canalización es facilitar la conducta de busca de ayuda de parte del paciente.

Inmediatamente después de llevar a cabo el tamizaje se sugiere compartir los resultados con el paciente de una manera sencilla y amable, no confrontándolo ni juzgándolo, indicando las consecuencias del beber alcohol y canalizarlo dentro o fuera de la clínica; quitar todo obstáculo entre el cliente y la canalización para que esta se lleve a cabo de manera exitosa, adicionar panfletos informativos con el propósito de brindar herramientas al paciente de atenderse, que incluya referencias para el paciente de donde y como encontrar ayuda. (Cooney, Zweben, Fleming, 1995)

La información se brinda de una forma neutral y consultiva, resumiendo la información de una manera objetiva y clarificando el material complicado y preguntar constantemente si la información es lo suficientemente clara (Miller & Rollnick, 1991; Miller, Zweben, DiClemente, & Rychtarik, 1992, Se propone a empezar siempre la oración con " La información indica que..." en lugar de decir "En mi opinión..." Al observar incredulidad con la información escuchar reflexivamente y normalizar la información (Miller & Rollnick, 1991)

Es importante reforzar en el paciente sus decisiones positivas acerca del dejar de beber; si no quiere dejar de beber, advertirle de las consecuencias de esta conducta, y si persiste no intentar negociar con él; es preferible ofrecerle una segunda opinión. Se trata de concertar una cita posterior para su seguimiento y de esta manera darle tiempo al paciente de meditar la información y compartirla con otros miembros de la familia. (Cooney, Zweben, Fleming, 1995)

Al considerar el tamizaje en el estudio del consumo de alcohol se atenderá a la detección de este y de las conductas de riesgo. El tamizaje no solo es necesario en las primeras consultas, es una parte primordial en el cuidado de la salud.

CAPITULO V

MÉTODO

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Debido a la necesidad de atender a tiempo la problemática del consumo de bebidas alcohólicas en niveles cada vez más riesgosos; así como la premura de obtener alternativas de tratamiento para la elaboración de un adecuado plan de intervención que provea una recuperación efectiva. El objetivo primordial de esta investigación es determinar en qué medida La Breve Escala de Dependencia al Alcohol BEDA es una alternativa satisfactoria como elemento de búsqueda y localización de bebedores en riesgo, antes de iniciar un tratamiento.

La importancia de llevar a cabo la estandarización de La Breve Escala de Dependencia al Alcohol BEDA, es útil, en el sentido en que se conocerán los elementos de esta escala; se mostrará de que manera se puede usar o modificar para llegar a resultados más confiables; además de cómo se puede moldear la prueba para que sea útil en la población en la que se desea aplicar, sin tener que cambiar la estructura base del instrumento.

Como se aprecia, este aprendizaje no sólo será útil para los siguientes estudios sobre alcoholismo; lo es también para la práctica psicológica y con ello la obtención de pruebas para la población mexicana; desgraciadamente hasta ahora la mayor parte ellas provienen de otros países. Ocupando entonces instrumentos que no están adecuados para esta población.

Lo anterior manifiesta la necesidad de obtener normas adecuadas para una determinada población que permita identificar y prevenir alguna dificultad en el consumo de alcohol.

Es por ello que en esta investigación se plantearon las siguientes preguntas de investigación:

a) ¿Los reactivos de la Breve Escala sobre Dependencia al alcohol (BEDA), tienen un buen análisis discriminativo?

b) ¿Cuáles son las características de confiabilidad y validez de la Breve Escala sobre Dependencia al Alcohol (BEDA), en la población mexicana?

5.1 OBJETIVOS

Los objetivos del presente estudio son:

- 1.- Realizar un análisis de los reactivos que constituyen la Breve Escala sobre Dependencia al Alcohol (BEDA)
- 2.- Obtener el índice de confiabilidad de la BEDA y su Error Estándar de Medida (EEM)
- 3.- Obtener la Validez Factorial de la BEDA
- 4.- Elaborar datos normativos para ser empleados en personas mexicanas que acuden a recibir tratamiento por problemas de consumo excesivo de alcohol.

VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: El nivel de dependencia de los sujetos que asisten a recibir tratamiento por problemas con el consumo de alcohol.

VARIABLE DEPENDIENTE: Son las puntuaciones obtenidas en la aplicación de la Breve Escala sobre Dependencia al Alcohol (BEDA)

POBLACIÓN:

La población esta constituida por personas mayores de 18 y hasta 65 años de edad, con un nivel educativo mayor a primaria y que asisten a recibir tratamiento por problemas con el consumo de alcohol en el Centro de Servicios Psicológicos Acasulco, ubicado en la Cerrada de Acasulco # 18 Col. Oxtopulco, dependiente de la Facultad de Psicología de la UNAM.

MUESTREO:

El muestreo fue no probabilístico por cuota, en el cual se seleccionaron 152 personas que asistían a recibir servicio de terapia por problemas con el uso del alcohol. De acuerdo con Nunally (1998), para poder analizar un instrumento se pueden utilizar como mínimo a 10 personas por cada uno de los reactivos con que cuenta la prueba. La Breve Escala sobre Dependencia al Alcohol (BEDA) cuenta con 15 reactivos que al multiplicar por 5 da un total de 150 adicionando 2 más dándonos un total de 152 sujetos.

TIPO DE ESTUDIO:

El estudio puede ser denominado como exposfacto evaluativo, descriptivo de campo, ya que no se manipularon variables, Estas ya estaban establecidas, en los sujetos únicamente se procedió a medirlas. Descriptivo, porque se describieron los datos encontrados en la aplicación de Breve Escala sobre Dependencia al Alcohol (BEDA) y de campo porque el estudio se realizó en el escenario natural de las personas examinadas.

DISEÑO:

El diseño utilizado fue de un grupo con una sola medición (una sola aplicación de Breve Escala sobre Dependencia al Alcohol (BEDA))

INSTRUMENTOS Y MATERIALES:

Se empleo la Breve Escala sobre Dependencia al Alcohol (BEDA), desarrollada por Raistrick, M. D. (1989), traducida y adaptada al español por Echeverría L. Oviedo P Et al. Que fue diseñada para medir la dependencia en la población adulta que abusa del alcohol, es un cuestionario de 15 reactivos, es de lápiz-papel y de formato estructurado con 4 opciones de respuesta por cada reactivo.

ESCENARIO:

El lugar donde se llevo a cabo la aplicación de la Breve Escala sobre Dependencia al Alcohol (BEDA) fue el Centro de servicios Psicológicos Acasulco, ubicado en la Cerrada de Acasulco # 18 Col. Oxtopulco, dependiente de la Facultad de Psicología de la UNAM.

PROCEDIMIENTO:

Se inició con una entrevista semiestructurada con formato y custodia del Centro Acasulco; a los usuarios que cumplieron con los requisitos de la población, para llevar cabo una clasificación por edad y sexo.

Posteriormente a la entrevista se les aplicó la Breve Escala sobre Dependencia al Alcohol (BEDA)

Una vez aplicados los cuestionarios se procedió a pasar los datos a un archivo del programa SPSS y se llevó a cabo el análisis estadístico de los datos recolectados.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

En primera instancia se obtuvieron las frecuencias por edades y sexo de la población que participo en la investigación; posteriormente se llevó a cabo el análisis de frecuencias para saber como se distribuyen los sujetos en los reactivos y se obtuvieron las medidas de tendencia central de las puntuaciones totales de la Escala.

A continuación se analizaron los reactivos de la Breve Escala sobre Dependencia al Alcohol (BEDA), utilizando el procedimiento estadístico Reliability Análisis del programa SPSS, con el fin de conocer el índice de discriminación de los reactivos que conforman a la Breve Escala sobre Dependencia al Alcohol (BEDA)

Para obtener la confiabilidad de la Escala se empleó el Alfa de Crombach. La validez de la Breve Escala sobre Dependencia al Alcohol (BEDA) se obtuvo por medio del análisis factorial para reconocer cuantos y cuales son los factores que mide realmente la BEDA; por último, se obtuvieron los rangos percentilares de la Breve Escala sobre Dependencia al Alcohol (BEDA) para la población mexicana.

CAPITULO VI

RESULTADOS

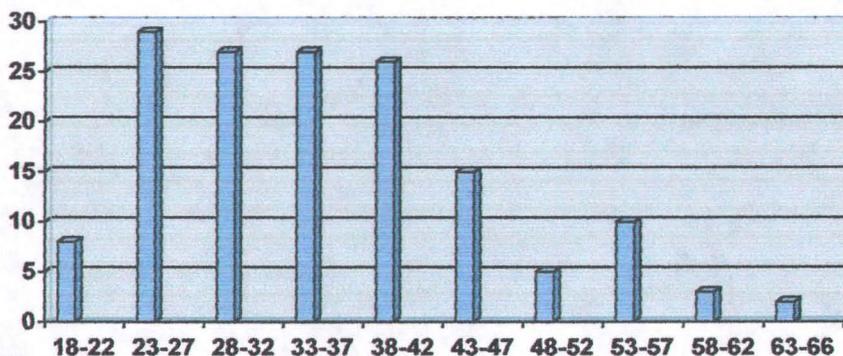
ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para obtener los resultados se codificaron los datos y posteriormente se procedió a llevar a cabo los análisis estadísticos correspondientes.

Inicialmente, se obtuvieron las frecuencias por edades y sexo de la población que participo en la investigación. En su mayoría son hombres con un 85 % de ellos (129) y el 15% mujeres (23). Por otro lado en la gráfica 11 figuran las edades de los participantes notándose que el rango de edad más alto en participación es el que va de 23 a 27 años.

GRÁFICA 11 POR EDADES

FRECUENCIAS



EDADES

EDAD	18-22	23-27	28-32	33-37	38-42	43-47	48-52	53-57	58-62	63-66
FREC.	8	29	27	27	26	15	5	10	3	2

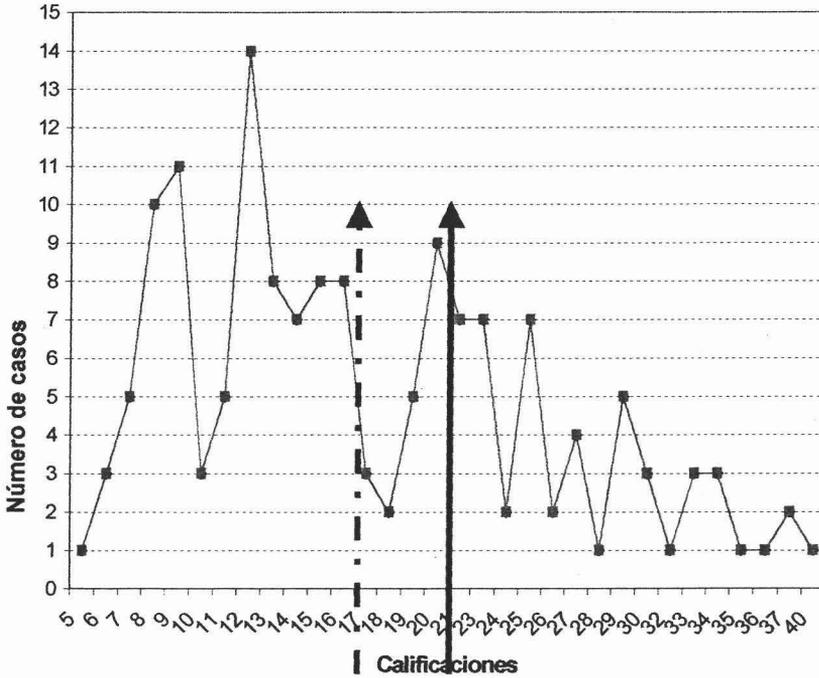
Posteriormente se realizó un análisis de frecuencias con el fin de conocer como se distribuyeron las calificaciones de los sujetos. Estos resultados se muestran en la tabla 1. Como se observa, la calificación mas baja fue 5 puntos y la mas alta fue 40 puntos, la puntuación promedio fue de 17.59 puntos y la desviación Estándar fue de 8.20 puntos.

Considerando que la BEDA es una escala que se califica de 0 a 3 puntos y contiene 15 reactivos, la calificación va de 0 a 45 puntos, con un puntaje medio de 22.5 puntos, se puede decir que la muestra de sujetos a los que se les aplicó la escala puntuaron en promedio 5 puntos por debajo de la calificación media, esto nos indica que la distribución de calificaciones se inclino hacia la izquierda, es decir las calificaciones de la muestra estuvieron en promedio por debajo de la calificación media que se puede obtener. (Ver gráfica 12).

Tabla 1. Distribución de las Calificaciones obtenidas en la Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA)

Calificación	N° de Casos	Porcentaje	Calificación	N° de Casos	Porcentaje	
5.00	1	.7	21.00	7	4.6	
6.00	3	2.0	23.00	7	4.6	
7.00	5	3.3	24.00	2	1.3	
8.00	10	6.6	25.00	7	4.6	
9.00	11	7.2	26.00	2	1.3	
10.00	3	2.0	27.00	4	2.6	
11.00	5	3.3	28.00	1	.7	
12.00	14	9.2	29.00	5	3.3	
13.00	8	5.3	30.00	3	2.0	
14.00	7	4.6	32.00	1	.7	
15.00	8	5.3	33.00	3	2.0	
16.00	8	5.3	34.00	3	2.0	
17.00	3	2.0	35.00	1	.7	
18.00	2	1.3	36.00	1	.7	
19.00	5	3.3	37.00	2	1.3	
20.00	9	5.9	40.00	1	.7	
Total	152	100.0	Media	17.59	Desv. Std.	8.20

Gráfica 12 Distribución de Calificaciones en la BEDA



- > Mitad de calificaciones de la prueba
- - - - -> Promedio de Calificaciones

ANÁLISIS DE REACTIVOS

Con el fin de conocer como están funcionando los reactivos en la población objetivo (personas mayores de 18 años que acuden al centro de rehabilitación por problemas de alcoholismo) se obtuvo el Índice de discriminación de cada uno de los reactivos. Por medio del método REACTIVO/TEST. Los reactivos que obtienen un índice de Discriminación de .20 o mayor son considerados como reactivos discriminativos. Este análisis se obtuvo por medio del programa estadístico SPSS con el subprograma Reliability Análisis.

La tabla 2 muestra el resultado del análisis discriminativo de los reactivos. Como se puede observar, todos los reactivos tuvieron una correlación REACTIVO/TEST mayor a .30 a excepción del reactivo 9 que tuvo una correlación de .21, no obstante, de acuerdo con el criterio de que si un reactivo tiene una correlación mayor a .20 es un reactivo que discrimina, se puede considerar que todos los reactivos de la Breve Escala sobre Dependencia del Alcohol (BEDA) son capaces de diferenciar entre aquellas personas que son dependientes del alcohol y las que no lo son.

**Tabla 2. Análisis de homogeneidad / Discriminación de los reactivos de la Breve Escala sobre Dependencia del Alcoholismo (BEDA)
(índice de discriminación de cada reactivo)**

Item	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
PREG1	.5478	.8272
PREG2	.5562	.8262
PREG3	.3175	.8402
PREG4	.5323	.8280
PREG5	.4277	.8340
PREG6	.5841	.8252
PREG7	.5997	.8240
PREG8	.6289	.8212
PREG9	.2199	.8447
PREG10	.4384	.8341
PREG11	.4831	.8306
PREG12	.4660	.8316
PREG13	.4407	.8336
PREG14	.3005	.8398
PREG15	.4776	.8315

CONFIABILIDAD

La confiabilidad del BEDA se obtuvo por el método de consistencia Interna a través del Alfa de Crombach, para conocer el grado homogeneidad de la Escala. El coeficiente de confiabilidad fue de .8411, esto significa que la escala es altamente Consistente Internamente.(ver tabla 3)

Tabla 3 Confiabilidad y Error Estándar de Medición del BEDA por medio de Alfa de Crombach
Alpha = .8411

VALIDEZ

La validez de la Breve Escala sobre Dependencia del Alcohol se obtuvo por medio del análisis factorial de componentes Principales, con Rotación Varimax. Utilizando el programa SPSS, en el cual se encontraron 4 factores. La tabla 4 muestra los reactivos que cargaron en cada uno de los 4 factores.

El factor 1 lo conforman los reactivos 5, 6, 7 y 8, en el factor 2 se encuentran los reactivos 9, 10, 11, 12, 13 y 15, en el factor 3 están los reactivos 1, 2, y 3 y en el factor 4 se agrupan los reactivos 4 y 14. las comunalidades de los reactivos estuvieron por encima de .50 a excepción del reactivo 15 que fue de .357

Para conocer que es lo que miden esos cuatro factores se llevo a cabo un análisis de contenido de los reactivos que cargan cada factor, el resultado de este análisis fue que el Factor 1 mide incapacidad de control; el factor 2 síntomas de retiro o tolerancia; el factor 3 grado de dependencia y el factor 4 Repertorio limitado.

Tabla 4. Análisis Factorial de la Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA)					
Item	Factor				h ² Comunalidad
	1	2	3	4	
PRE1			.737		.673
PREG2			.609		.637
PREG3			.699		.515
PREG4				.671	.744
PREG5	.773				.639
PREG6	.694				.666
PREG7	.732				.675
PREG8	.507				.588
PREG9		.425			.883
PREG10		.624			.554
PREG11		.641			.650
PREG12		.681			.566
PREG13		.632			.525
PREG14				.841	.770
PREG15		.430			.357
% de la σ^2 Explicada	32.27%	8.58%	8.57%	6.99%	

NORMAS

Los datos normativos son los parámetros que nos permiten comparar las respuestas de una persona con otras personas que tienen las mismas características que él.

Las normas de la BEDA se establecieron convirtiendo las puntuaciones crudas u originales a rangos percentilares, y a partir de ellos establecer los puntos de corte para poder realizar el diagnóstico adecuado. De esta forma, si una persona obtiene una puntuación de 27 puntos, el Rango percentilar que le corresponde es de 85 (Tabla 5), esto nos indica que es una persona que es una persona dependiente del alcohol (ver tabla 6)

Se interpreta entonces de acuerdo a la tabla 6 que aquellos sujetos que obtengan calificaciones en la aplicación de la BEDA, que vayan de 0 a 11 puntos estarán en el rango percentilar que va de 1- 23, colocándose en la clasificación de no dependiente; de 12 a 15 puntos obtenidos se ubicarán entre los rangos percentilares de 30 – 47 como dependiente leve; de 16 a 23 puntos les corresponderán los percentiles 52 – 74 colocándose como dependientes moderados; de 24 – 29 puntos les corresponderán los percentiles 77 – 88 que los ubica como dependientes y de 30 – 45 puntos los percentiles 91 – 99 colocándolos en la clasificación con dependencia alta. (ver tabla 5 y 6)

Tabla 5. Datos normativos de la Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA)

Calificación	Rango Percentilar	Calificación	Rango Percentilar
5	1	21	69
6	2	23	74
7	4	24	77
8	9	25	80
9	16	26	83
10	21	27	85
11	23	28	87
12	30	29	88
13	37	30	91
14	42	31-32	92
15	47	33	94
16	52	34	96
17	56	35	97
18	57	36	98
19	60	37-45	99
20	64		

Tabla 6. Clasificación de la Breve Escala de Dependencia al Alcohol de acuerdo con el Rango Percentilar obtenido

RANGO PERCENTILAR	CLASIFICACIÓN
1 - 23	No Hay Dependencia
30 - 47	Dependencia Leve
52 - 74	Dependencia Moderada
77 - 88	Dependencia
91 - 99	Dependencia Alta

CAPITULO VII

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Debido a la falta de instrumentos de tamizaje en México que estén estandarizados para la población mexicana se hace inevitable recurrir a otros, utilizados para poblaciones diferentes a la nuestra por consiguiente a normas que no corresponden a la población mexicana sobre todo en fenómenos tan complejos como el alcoholismo.

De ahí se deriva la dificultad de dar diagnósticos inadecuados; ya que el individuo es comparado con una población en la que no está representado y por ende correr el riesgo de NO atender a tiempo esta dificultad. Si bien no se han elaborado suficientes pruebas para este país; por lo menos conviniera existir la inquietud por estandarizarlas en las profesiones implicadas.

En razón de La Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA) el punto de apertura fue la estandarización de esta escala en una muestra perteneciente al centro de servicios Acasulco dependiente de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Con la finalidad de denunciar complicaciones tempranas en el consumo de alcohol; así como de reservar tiempo de acción, costos económicos y estar alerta en el apoyo de una intervención efectiva que brinde un tratamiento oportuno y adecuado.

Una vez finalizado el trabajo y basándose en los resultados obtenidos se llegó a las siguientes conclusiones:

La distribución de las calificaciones se sesgo hacia la izquierda (tabla 1); es decir las calificaciones de la muestra estuvieron por debajo de la calificación media que se puede obtener; lo que nos dice que la mayoría de los sujetos implicados en este estudio tienen baja dependencia al consumo de alcohol.

Por otra parte en el análisis discriminativo de los reactivos (Tabla 2) todos los reactivos tuvieron una correlación por arriba de .20; razón por la cual cumplen con el criterio de acuerdo con Nunally de ser reactivos que discriminan entre aquellas personas que son dependientes del alcohol de las que no lo son.

Al obtener un coeficiente de confiabilidad de .8411 nos expresa que esta escala es altamente consistente internamente (tabla 3)

Para su validez se reconocieron los 4 factores que mide (síntomas de retiro o tolerancia, incapacidad de control, grado de dependencia y limitación del repertorio) alcanzando las comunalidades de los reactivos por arriba de .50 a excepción del reactivo 15 que fue de .357; sin embargo esto nos indica el grado en el que se están correlacionando estos factores que mide y que integran toda la prueba, como lo que miden los reactivos. Por lo que se concluye que es un instrumento sensible a la identificación de problemas con el consumo riesgoso de alcohol.

Por último, se obtuvieron los parámetros de medición que permiten llevar a cabo una evaluación y diagnóstico adecuado para población mexicana que asiste a recibir tratamiento en el centro Acasulco (tabla 5); de este modo poder beneficiarse de una clasificación fina y apropiada para esa población (tabla 6)

Así mismo se concluye que La Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA) es una prueba altamente confiable y válida para detectar dependencia al alcohol en la población que acude a recibir tratamiento en el centro Acasulco perteneciente a la facultad de Psicología.

LIMITACIONES :

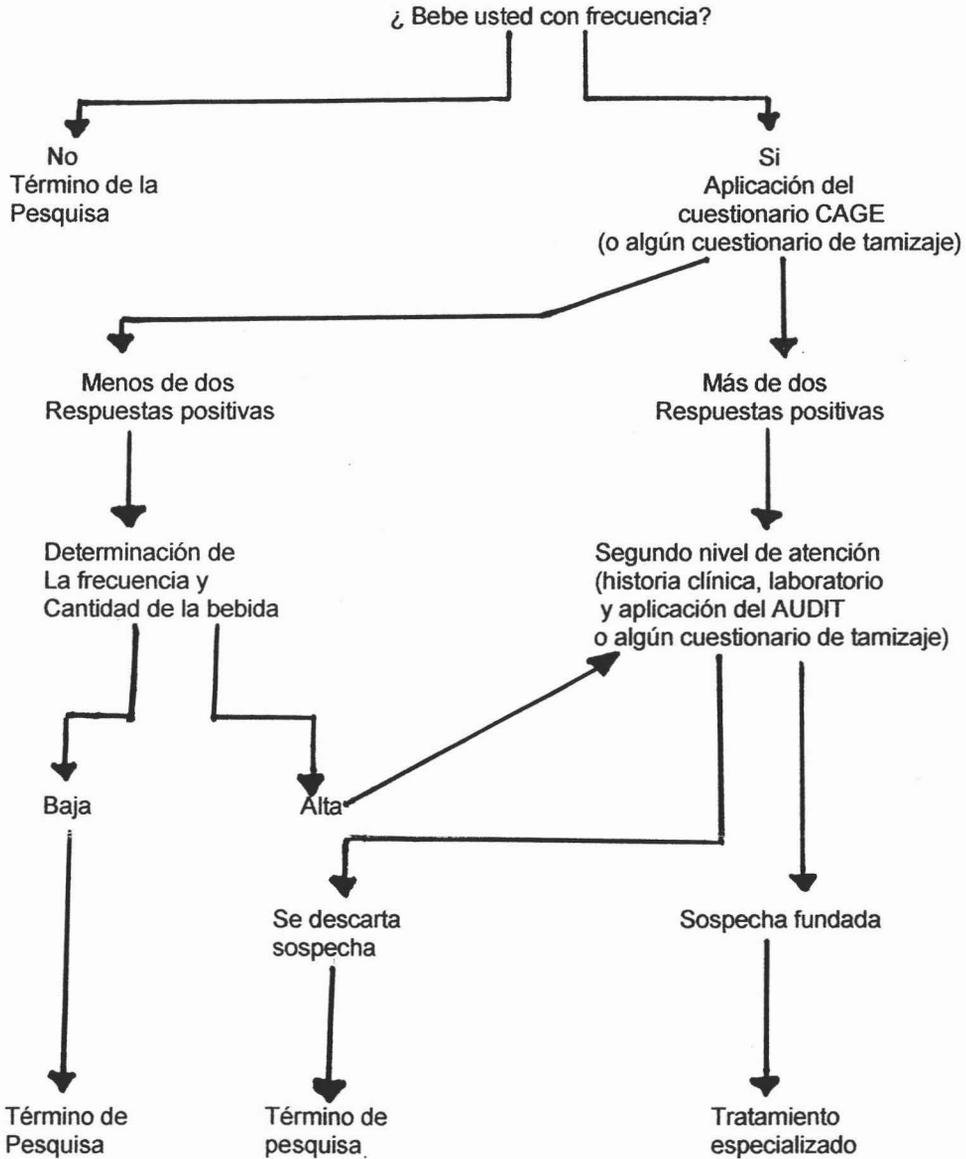
Una de las grandes limitaciones para la realización de esta investigación es la poca información al respecto de tamizaje en México; es una herramienta que se aprovecha en otros países. En México lo más reciente e importante del tema lo abordaron los Doctores Juan Ramón de la Fuente y David Kershenobich en su artículo titulado "El alcoholismo como problema médico", donde concluyeron que la aplicación de un instrumento de tamizaje (en ese caso el AUDIT) en el primer nivel de atención puede ser beneficiosa para establecer fases tempranas de consumo riesgoso de alcohol.

Otra limitación fue debido a la poca población que acudió al centro durante la investigación, por lo que no se alcanzó una población más grande; condición que impide tener una muestra representativa de la población mexicana; pero que no imposibilitó la realización del objetivo del estudio.

SUGERENCIAS

Debido a que esta aplicación se llevo a cabo en una población que ya tiene dependencia al alcohol; será muy enriquecedor compararlo con aquellos individuos que no son dependientes. Por eso se propone la aplicación a poblaciones diferentes que permitan establecer el grado de dependencia al alcohol; como su sensibilidad para identificar riesgos y consecuencias en el consumo.

ANEXO 1



ANEXO 2

BREVE ESCALA SOBRE DEPENDENCIA AL ALCOHOL

FECHA DE LA ENTREVISTA: _____
DÍA/MES/AÑO

NOMBRE: _____

INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas cubren una amplia variedad de situaciones relacionadas con su consumo de alcohol. Por favor, lea cuidadosamente cada pregunta, pero no piense mucho su significado exacto.

Considerado sus hábitos de beber más recientes, conteste cada pregunta marcando con una "X" la opción más adecuada.

	NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECIENTE MENTE	CASI SIEMPRE
1. ¿Tiene dificultad para dejar de pensar en beber?	0	1	2	3
2. ¿Es más importante beber en exceso que su próxima comida?	0	1	2	3
3. ¿Organiza su día de acuerdo a cuándo y dónde puede beber?	0	1	2	3
4. ¿Bebe por la mañana, tarde y noche?	0	1	2	3
5. ¿Bebe por el efecto del alcohol sin importarle que bebida es la que toma?	0	1	2	3
6. ¿Bebe la cantidad que desea independientemente de lo que tenga que hacer al otro día?	0	1	2	3

AUTOR: RAISTRICK, D. / Derechos Reservados: Facultad de Psicología, UNAM

	NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECIENTE MENTE	CASI SIEMPRE
7. ¿Bebe en exceso aún sabiendo que muchos problemas pueden ser causados por el alcohol?	0	1	2	3
8. ¿Sabe que cada vez que empieza a beber no podrá dejar de hacerlo?	0	1	2	3
9. ¿Trata de controlar su forma de beber, dejando de tomar algunos días o semanas?	0	1	2	3
10. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso, siente la necesidad de tomar una copa para poder funcionar?	0	1	2	3
11. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso se despierta con temblor en las manos?	0	1	2	3
12. ¿Después de haber bebido en gran cantidad, se despierta y vomita?	0	1	2	3
13. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso evita a la gente?	0	1	2	3
14. Después de una ocasión de beber en exceso ve cosas que lo asustan, aún cuando después se da cuenta de que eran imaginarias?	0	1	2	3
15. ¿Sale a tomar y al otro día olvida lo que ocurrió la noche anterior?	0	1	2	3

PUNTAJE: _____

REFERENCIAS

- Abrams, D.B., and Niaura, R. (1987)
Social Learning Theory of Alcohol Abuse
En: H.T. Blane and K. E. Leonard (eds)
Psychological Theories of Drinking and Alcoholism,
New York: Guilford Press

- Alvaréz J., Castillo p., Muños A. (1988)
El Alcoholismo y su Relación con los accidentes de Trabajo
México, D.F. Tesis

- Anastasi A. (1967)
Los Test Psicológicos
Editorial Aguilar
México D.F.

- Ayala H., Cárdenas, L. G., Echeverría, S.V.L., Gutiérrez (1998)
Manual de Autoayuda para Personas con Problemas en su Forma de Beber
Facultad de Psicología UNAM
México D.F.

- Bello L. (2001)
Adaptación, Validación y confiabilización del Inventory of Drug Taking Situations
México, D.F.

- Centros de Integración Juvenil, A.C. (1998)
Institución Especializada en la Atención Integral de la farmacodependencia
Farmacoterapia de los Síndromes de Intoxicación y Abstinencia por
Psicotrópicos
México, D.F.

- Cohen, R y Swerdlik, M. (2001)
Pruebas y Evaluación Psicológicas
Editorial McGraw-Hill
México, D.F.

- Consejo Nacional Contra las Adicciones (2002)
Encuesta Nacional de Adicciones
Datos Preliminares
Resultado ejecutivo, México

- Cooney N.L., Zweben A., Fleming M.F. (1995)
Screening for Alcohol Problems and At-Risk Drinking in Health Care Settings
En: R. K. Hester y W.R. Miller (eds)
Handbook of Alcoholism Treatment Approaches Effective Alternatives
Massachussets, Allgn & Bacon

- Cormillot A y Lombardi J. C. (1992)
Beber o no Beber ¿Esa es la cuestión?
Editorial Paidos
Buenos Aires.

- Diccionario Moderno de la Lengua Castellana 10ª Edición
Editorial América, S.A.

- Downie, N.M y Heath r. w. (1971)
Métodos Estadísticos Aplicados
Nueva York: Harper and Row

- Echeburúa, E. (1996)
Evaluación Psicológica del Alcoholismo y del Consumo Excesivo de Alcohol
En: Buela-Casal, G., Caballo V.E., Sierrre, J.C. (eds)
Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud
Siglo XXI de España Editores, S.A.

- Encuesta Nacional de Adicciones (2002)
Revista de Investigación
Consejo Nacional Contra las Adicciones
México D. F.

- El Consumo de Bebidas Alcohólicas.
Epidemiología, boletín mensual.
Vol. 5, Número 1, Enero 1990

- Escotto V. J. (1999)
El Alcohólico y sus enfermedades
Hospital General de México, O.D.
Editorial JGH Editores
México

- Frances A., y Ross R., M. A. (2002)
DSM-IV-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
Barcelona, España

- Gutiérrez S. (1998)
Desarrollo de una Escala de Impulsividad
México D.F., Tesis de la Facultad de Psicología

- Investigación Psicológica (1992)
Revista de la Facultad de Psicología UNAM
Volumen III, Número 1, pág. 5 a 36

- Kerlinger, F.N. (1975)
investigación del Comportamiento
Nueva editorial interamericana
México, D.F.

- Mc Guigan, F. J. (1975)
Psicología Experimental
editorial trillas
México.

- Miller W R., Westerberg V. S., Waldron H.B. (1995)
Evaluating Alcohol Problems in adults and Adolescents
En: R. K., Hester y W. R. Miller (eds)
Handbook of Alcoholism Treatment Approaches Effective Alternatives
Massachussets, Allgn & Bacon

- Nunnally J. (1987)
Teoria Psicométrica
Editorial trillas
México, D.F.

- Oetting E.R. y C. Thornton G. (1972)
Prácticas de Psicometría
editorial Trillas

- Organización Mundial de a Salud Ginebra (1993)
CIE 10 Descripciones Clínicas y Pautas para el diagnostico.
Manual de Trastornos Mentales y del Comportamiento
Madrid

- Procedimiento para la Titulación en la Licenciatura
Facultad de Psicología UNAM
División de Estudios Profesionales
Universidad Nacional Autónoma de México
México, D.F. 1998

- Rodríguez R. Z. y Romero A. F. (1983)
Estudio Comparativo de Deterioro Mental en Alcohólicos
México, D.F., Tesis de la Facultad de Psicología

- Secades R. (1996)
Alcoholismo Juvenil; Prevención y Tratamiento
Ediciones Pirámide, S.A.
Madrid.

- Salomón P. y D. Patch V. (1976)
Manual de Psiquiatría
Editorial Manual Moderno, S.A. de c.v.
México

- Secretaría de Salud (2002)
Conadic Informa
Boletín Especial
México, D.F., Junio.

- Skinner, H (1990)
Spectrum of drinking and Intervention opportunities
Canadian Medical Association Journal
Vol. 143, pp. 1054-1059

- Souza M. y Machorro (1988)
Alcoholismo Conceptos Básicos
Editorial Manual Moderno
México.

- Spoerri T. (1975)
Compendio de Psiquiatría
Ediciones Toray, S.A.
Barcelona

- Tapia R. (2001)
Las Adicciones: Dimensión, Impacto y Perspectivas
Editorial Manual Moderno
México, D.F.

- Thoresen C. E. y Mahoney M. J (1974)
Behavioral Self control
Nueva York

- Velasco R. (1988)
Alcoholismo Visión Integral
Editorial Trillas
México.

- Zinser, O. (1987)
Psicología Experimental
Editorial McGraw-Hill
Bogotá, Colombia.