



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Abuso y Dependencia al alcohol en México.
Una propuesta de intervención.

T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A (N)

Juana Paola Cristino Batalla.

Directora: Dra. Norma Coffin Cabrera.

Dictaminadores: Lic. Constanza Miralrio Medina.

Dra. Benita Cedillo Ildefonso.



Los Reyes Iztacala, Edo de México, Mayo 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

A mi papá.

Porque a pesar del tiempo tus consejos siguen guiando mi camino, por haber sido mi ejemplo de lucha diaria sin importar las dificultades que la vida te presentó, gracias por el amor que me brindaste hasta el último momento.

A mi mamá.

Por ser una mujer extraordinaria a quien amo y admiro, porque me has enseñado con el vivo ejemplo que no existen obstáculos que te puedan detener cuando realmente deseas conseguir algo, por confiar siempre en mí y estar a mi lado, gracias porque simplemente; *me has dado lo mejor.*

A mi hermano.

Por ser mi compañero, cómplice y confidente a quien amo y para quien deseo lo mejor, gracias por todo tu cariño.

A Jairo, Martha, City y Willy.

Porque sin importar la distancia siempre y en todo momento han estado a mi lado, gracias por su cariño y apoyo.

A mi Abuelitos, tíos y primos.

Quienes han sido parte fundamental en mi vida, dado que gracias a su apoyo y compañía he logrado maximizar mis alegrías y minimizar los momentos de melancolía, de corazón, muchísimas gracias.

A Carlos.

Por aceptarme como soy, quererme, apoyarme y compartirme de tu optimismo y alegría, gracias por darle un plus a mi vida al llenarla de amor.

AGRADEZCO...

A la vida.

Por darme todo lo necesario para ser feliz, por los logros que he alcanzado y lo que me falta por vivir...

A mis amigas.

Chio, Ale, Karla, Ana, Liz y Caty, con quienes compartí un sinfín de momentos extraordinarios, gracias a los cuales mi estancia en la universidad fue increíble, muchas gracias por sus consejos, cariño y comprensión.

A Luis.

Por ser mi compañero y amigo, por estar en todo momento, compartir mis locuras, alentarme a terminar mis proyectos y sobre todo por soportar mi “excelente carácter” del cual tantas veces fuiste testigo.

A mis profesores

Hombres y mujeres admirables de quienes no solo aprendí los aspectos académicos, sino también valores, experiencias y aspiraciones que me han hecho crecer tanto en el ámbito profesional como en el personal.

A mis sinodales.

Por darme la oportunidad de trabajar con ustedes, por su tiempo y consejos para el perfeccionamiento de éste trabajo, con él cual no solo concluyo mi etapa como estudiante, sino también abro la puerta a nuevas metas, conocimientos y sueños, muchas gracias.

A la UNAM

Quien me brindó la mejor oportunidad de mi vida al ser mi segunda casa por más de siete años, primero en la ENP 9 y después en la FESI, donde pude formarme como una profesionista en la hermosa disciplina de la Psicología.

A todas las personas que aunque no están nombradas, me ayudaron a que este esfuerzo se volviera realidad. A todos, infinitamente **GRACIAS**.

ÍNDICE

Introducción	1
<i>Antecedentes y Justificación.</i>	4
Capítulo 1. Diferencia entre abuso y dependencia al consumo de alcohol.7	
1.1. <i>¿Qué es el alcoholismo?</i>	9
Capítulo 2. La dependencia al consumo del alcohol en Cifras.	11
2.1 <i>Panorama epidemiológico del consumo del alcohol a nivel mundial.</i>	11
2.1.1 Magnitud del uso del consumo del alcohol en nuestro país.	12
2.2 <i>El alcohol y las bebidas alcohólicas.</i>	13
2.3 <i>Bebidas con mayor consumo en el país.</i>	14
Capítulo 3. Factores asociados a la dependencia del alcohol.	17
3.1. <i>Predisposición genética o biológica.</i>	17
3.2 <i>Características individuales o psicológicas.</i>	19
3.3 <i>Factores sociales y económicos.</i>	21
3.4 <i>Determinantes ambientales.</i>	22
Capítulo 4. Consecuencias asociadas a la dependencia del alcohol.	24
4.1 <i>Físicas.</i>	25
4.2 <i>Psicológicas.</i>	27
4.3 <i>Familiares.</i>	27
4.4 <i>Sociales.</i>	28
4.5 <i>Laborales.</i>	29
Capítulo 5. Teorías para explicar los trastornos por consumo del alcohol.	32
5.1 <i>Teorías para explicar los trastornos por consumo del alcohol.</i>	33
5.1.1 <i>Modelo biomédico.</i>	33

5.1.2 Modelo biopsicosocial.	34
5.2 Tratamientos para contrarrestar la dependencia al consumo del alcohol.	34
5.2.1 Tratamientos farmacológicos.	34
5.2.1.1 Medicamentosos.	35
5.2.1.2 Desintoxicación.	36
5.2.1.3 Supresión.	37
5.2.1.4 Psicopatología asociada.	37
5.2.1.5 Mantenimiento de la abstinencia.	37
5.2.2 Tratamientos psicológicos.	38
5.2.2.1 Conductuales.	38
5.2.2.1.1 Terapia aversiva.	39
5.2.2.1.2 Prevención de respuestas a la exposición a estímulos.	39
5.2.2.1.3 Contrato de contingencias.	39
5.2.2.1.4 Terapias breves.	40
5.2.2.2 Terapias psicodinámicas.	40
5.2.2.3 Cognitivo – conductuales.	41
5.2.2.3.1 Entrenamiento en habilidades de afrontamiento.	41
5.2.2.3.2 Terapia cognitiva-conductual básica.	42
5.2.2.3.3 Técnicas de autocontrol.	42
5.2.2.3.4 Desensibilización sistemática (DS).	42
5.2.2.3.5 Intervenciones motivacionales.	43
5.2.2.3.6 Extensión de los tratamientos cognitivo – conductuales.	43
5.2.2.3.7 Prevención de recaídas.	44
5.2.2.3.8 Terapia de pareja.	44
5.2.2.3.9 Manejo de contingencias y refuerzo comunitario.	45
5.2.2.3.10 Tratamiento escalonado.	45
 Capítulo 6. Aplicación de los principios cognitivos conductuales en el tratamiento del uso y abuso del alcohol.	 48
6.1 Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber.	48
Conclusiones.	50

Bibliografía.

54

Anexos.

59

INTRODUCCIÓN

El consumo excesivo de alcohol, ha sido y es uno de los principales problemas de salud a nivel mundial, por lo que ha sido tema de interés e investigación para diversos profesionales del área de la salud. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004), el término alcoholismo fue utilizado por primera vez en 1849 por Magnus Huss, quien lo usó para explicar los efectos físicos causados por el consumo excesivo y prolongado de esta sustancia, tiempo más tarde Jellinek retomó el concepto para referirse a una ingesta que no solo provoca daño físico, sino también consecuencias psicológicas, individuales y sociales, sin embargo, especialistas en el tema, desecharon el término debido a su complejidad, ambigüedad e imprecisión, años más tarde y tras un estudio realizado por expertos de la OMS, en 1979 se decidió remplazar el término Alcoholismo por Síndrome de Dependencia al Alcohol.

Aunque el término alcoholismo fue desechado desde 1979, actualmente es usado por la sociedad en general e incluso por los miembros del ámbito académico, debido a ello, el Glosario de Términos de Alcohol y Drogas, homologa el significado del Alcoholismo o Síndrome de Dependencia al Alcohol, haciendo referencia al consumo crónico y continuado de dicha sustancia, caracterizado por la falta de control sobre la ingesta de la bebida, períodos de intoxicación y obsesión por la obtención y consumo de alcohol a pesar de sus consecuencias adversas (OMS, 2004).

De acuerdo con la OMS (2012), México es un importante consumidor de alcohol, que aunque lo hace de manera regular y responsable, puede llegar a presentarse de manera excesiva, lo cual provoca una serie de consecuencias que afectan tanto al individuo que lo consume como a la sociedad que lo rodea. Es importante mencionar que, datos de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011) hacen referencia a un aumento de la dependencia al alcohol tanto en la población adulta, como en los jóvenes que inician su consumo, situaciones de alarma, puesto que el abuso y dependencia del alcohol, no solo son problemas de salud, por el contrario sus alcances de deterioro afectan a la sociedad en general.

Un cuestionamiento importante que podría ayudar a comprender el por qué del consumo de alcohol, es responder a la pregunta, si la disponibilidad de la bebida es igual para todas las personas, por qué no todas lo consumen de manera excesiva o dependiente, en base a ello, diversos investigadores han analizado los factores asociados al abuso y dependencia del alcohol, por su parte el International Center for Alcohol Policies (ICAP, 2009), señala que los aspectos que influyen sobre la conducta de consumo de esta bebida se pueden dividir en cuatro grupos; predisposición genética o biológicos (OPS, 2008); características individuales o psicológicas (Chávez, Musayón, Sánchez y Torres, 2005; Montero, 2006; ICAP, 2009); factores sociales y económicos (Pastor, 2002; Magallón y Robazzi, 2005); y determinantes ambientales (ICAP, 2009). Aspectos que si bien no son determinantes, contribuyen a la adopción de patrones de riesgo en el consumo de alcohol. Sin duda, cada persona es diferente por lo que los factores influyentes sobre la conducta jamás serán iguales para alguien, lo mismo que las consecuencias, que si bien, se pueden clasificar por su naturaleza en; físicas (Estruch, 2002; OPS, 2008; ICAP, 2008; CONADIC, s.f), psicológicas (Connors, Maisto, y Ronda, 2008; CONADIC, 2011), sociales (CONADIC, 2008; CONADIC, 2011; ICAP, 2010) y laborales (Kabla, sf), el nivel de daño será único para cada individuo, de acuerdo a la calidad, cantidad y frecuencia de su consumo.

Teniendo en cuenta los factores asociados y las consecuencias del abuso y dependencia del alcohol, diferentes profesionales de la salud, se han encargado de proponer algunas soluciones que puedan finalizar con el problema, de esta manera, podemos encontrar diferentes bases teórica como el modelo biomédico o factor único (León, 2010) y el modelo biopsicosocial, ambos surgidos como respuesta a las exigencias sociales para atender ésta problemática, en relación al último modelo, ha servido como base para la realización de una amplia gama de los tratamientos utilizados actualmente para atender los problemas relacionados con el consumo excesivo, entre los cuales podemos encontrar los farmacológicos (Jiménez, Ponce y Rubio, 2003; Dávila, Dávila, Jurczuk, Melgar y Romero, 2008) y psicológicos (Monasor, Jiménez y Palomo, 2003; Aparicio, Medina, Quiroga y

Sánchez, 2007; OPS, 2008; Connors, Maisto y Ronda, 2008; Arellano y Pereira, 2010).

Entre los tratamientos psicológicos se encuentran; los basados en los fundamentos conductuales, entre los cuales se ubica: la terapia aversiva, la prevención de respuestas a la exposición a estímulos, el contrato de contingencias y la terapia breve; la psicoterapia y los basados en los principios cognitivos-conductuales, dentro de los cuales encontramos: la terapia cognitiva conductual básica, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, las técnicas de autocontrol, la desensibilización sistemática (DS), las intervenciones motivacionales y sus extensiones; terapia de pareja, manejo de contingencias y refuerzo comunitario y prevención de recaídas.

Dentro de las innovaciones para la atención de las adicciones, el tratamiento escalonado es una opción que promete éxito en los resultados de los pacientes con abuso y dependencia al alcohol dado que, es individualizado, reduce las posibles restricciones que obstaculizan la adherencia, además de exigir al terapeuta actualizarse de manera constante con la finalidad de ofrecer la mejor atención al paciente.

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN.

El consumo perjudicial de alcohol, ocupa uno de los principales lugares dentro de los factores que contribuyen a la mortalidad prematura a nivel mundial, reportes de la OMS indican que en el mundo existen cerca de 2 mil millones de personas que consumen ésta bebida, de las cuales 76 millones son dependientes de ella (CONADIC, 2008), según reportes estadísticos durante el 2002, ésta sustancia fue la responsable de más de 2.3 millones de muertes, lo cual implicó un gasto global estimado entre 210 mil y 665 mil millones de dólares para su atención. En el continente americano 5.4% del total de las defunciones anuales son asociadas al consumo del alcohol. México es un fuerte consumidor de esta sustancia, si bien, se hace de manera regular, también se realiza de forma excesiva, teniendo como consecuencia graves deterioros en la calidad de vida, enfermedades y muertes, por lo que en nuestro país, la dependencia al consumo de esta sustancia, se encuentra dentro de las cinco principales causas de defunción y disminución de vida productiva de cientos de miles de mexicanos (OMS, 2012).

Reportes de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011), informa que la prevalencia de consumo ha aumentado considerablemente respecto a lo reportado en 2002, es decir, que mientras en 2002 se encontró que el 64.9% de la población había consumido alcohol en su vida, para el 2011 aumentó al 71.3%, en relación con la prevalencia en los últimos doce meses se elevó en 5.1%, y finalmente con mayor crecimiento se presentó la prevalencia del último mes, con un incremento del 12.4%, cifras alarmantes, al considerar que dichas personas podrían llegar a abusar o ser dependientes de la sustancia. Al analizar los datos por sexo, se puede observar que continua el aumento en la prevalencia de consumo en el género femenino, donde pasó del 53.6% en 2002 a 62.6% en 2011.

En relación con la frecuencia, la ENA (2011), reflejó importantes datos en relación al consumo de alcohol entre el 2002 y el 2011, en primer lugar, la continuidad del porcentaje de bebedores consuetudinarios (5.6% a 5.4%), sucesivamente la disminución del consumo diario (1.4% a .8%) y finalmente el incremento de la dependencia (4.1% a 6.2%). Al analizar los porcentajes de dependencia por edad, se encontró que los jóvenes de entre 12 y 17 años tuvieron

un incremento significativo, que pasó de 2.1% a 4.1%, siendo las mujeres las más afectadas por esta situación (.6% a 2%) quienes triplicaron su frecuencia, mientras que los hombres la duplicaron (3.5% a 6.2%), cifras similares a las reportadas por la población entre 18 y 65 años, donde la dependencia aumentó visiblemente al pasar de 4.6% a 6.6%, donde a diferencia de la población de 12 a 17 años, los más afectados fueron los hombres con un incremento del 2.2% en comparación con las mujeres de 1%.

Es importante aclarar que, como lo muestran los reportes de la OMS, ENA, CONADIC y diferentes instituciones a lo largo de la historia, México es un país con altos índices de abuso de alcohol y actualmente con altas tendencias de dependencia (ENA, 2011), sin embargo, y desafortunadamente, es el país con menor población que pide ayuda para resolver su consumo problemático de alcohol, dado que solo el 0.9% lo hace en el momento de inicio de su problemática y 22.1% espera hasta los 50 años de edad para pedir ayuda, resultados similares a los arrojados por la ENA en 2002, quien menciona que solo el 16.1% de la población con problemas en su forma de beber acude a tratamiento (García, Medina, Real y Rojas, 2011).

Entre las características que influyen para que las personas acudan o no a buscar apoyo terapéutico, parecen estar relacionados algunos aspectos como: el estado civil, edad y recursos económicos, al igual que los factores subjetivos (la negación del problema, ideas de que no existe tratamiento o es ineficaz para su persona, creencias de que su abuso o dependencia desaparecerá de manera espontánea, falta de conocimiento y el estigma) y objetivos (problemas financieros, escasa disponibilidad de los servicios, dificultad de accesibilidad y programas diseñados para poblaciones diferentes) por parte del paciente para explicar la brecha entre el surgimiento del problema y la demora para la búsqueda de los servicios de tratamiento (García, Medina, Real y Rojas, 2011). Considerando lo anterior el presente trabajo tiene por objetivo realizar una investigación teórica sobre los datos más actuales acerca del tema de abuso y dependencia al alcohol, de tal manera que se pueda elaborar una propuesta de

tratamiento que cubra las necesidades de la población, en general ésta investigación tiene por propósito general generar una serie de estrategias de intervención que puedan ayudar a elevar la calidad de vida de pacientes que abusan y dependen del alcohol.

DIFERENCIA ENTRE ABUSO Y DEPENDENCIA AL CONSUMO DE ALCOHOL.

Abuso de alcohol, consumo excesivo o problemático, hace referencia a la ingesta de alcohol por arriba de los estándares aceptados (hasta cuatro copas en el caso de los hombres y tres en el de las mujeres en una misma ocasión), de acuerdo con el Glosario de Términos de Alcohol y Drogas, se pueden clasificar dos tipos de abusos: *episódico* y *habitual*, entendiéndose por consumo excesivo episódico, periodos esporádicos de alta ingesta, mientras que el consumo excesivo habitual, consiste en un consumo regular de altas cantidades, las cuales pueden llegar a alterar la salud de las personas y el orden social (OMS, 2004).

El abuso de consumo de alcohol se diferencia de la dependencia, por la falta de deseo o necesidad compulsiva de beber, por el contrario se mantiene el control sobre la ingesta, no existe dependencia física y por lo tanto no se desarrolla tolerancia¹ (Díaz, 2008), sin embargo, es importante mencionar que la repetición de conductas de abuso de alcohol, son un factor estrechamente asociado con el desarrollo de dependencia al consumo de esta sustancia.

De acuerdo con las definiciones psiquiátricas del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV (DSM IV) y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10), la diferencia entre las personas que abusan del consumo de alcohol y las dependientes, es la aparición del síndrome de abstinencia² (Valdez, 2005), no obstante, Belloch, Sandín y Ramos (1995, citado en Valdez, 2005) mencionan que a pesar de estudiarse como dos patrones de consumo diferentes e independientes, no hay evidencia suficiente para sostener su existencia como categorías separadas, la temporalidad, es uno de los aspectos que podría apoyar el estudio unánime consumo excesivo-dependencia, ya que, no se sabe si los individuos que abusan del alcohol siempre permanecerán en esa

1 Disminución de la respuesta a una dosis concreta de una droga o un medicamento que se produce con el uso continuado, generando una necesidad mayor de consumo para obtener las sensaciones deseadas. (OMS, 2004)

2 Manifestación de un conjunto de síntomas variables al suspender o reducir el consumo de una sustancia psicoactiva que se ha consumido de forma repetida, durante un período prolongado o/y en dosis altas.

categoría o si el abuso abre inevitablemente la puerta de la dependencia, mas, un hecho innegable es que para desarrollar dependencia es necesario abusar del alcohol.

El CIE 10 y DSM IV mencionan que para especificar que una persona presenta problemas con su consumo alcohol (Abuso de alcohol) es necesario que manifieste alguno de los siguientes síntomas;

- CIE 10.
 - Aparición de un daño psicológico o físico (no se especifica el tipo y grado del daño).
- DSM IV
 - La disminución del rendimiento en las actividades de la persona.
 - Consumir alcohol en situaciones y momentos inadecuados.
 - Problemas de tipo legales debido al consumo de alcohol.
 - Problemas de tipo social a consecuencia del consumo de alcohol.

En lo que corresponde a la dependencia, se menciona que, de acuerdo con el CIE 10, la persona diagnosticada como dependiente, debe presentar al menos 3 de los síntomas que a continuación se enlistan.

- CIE 10
 - Necesidad de consumir alcohol.
 - Dificultad para controlar el consumo de alcohol.
 - Aparición del síndrome de abstinencia (síntomas somáticos por la reducción de ingesta), el alcohol se consume para aliviar el dolor causado por la abstinencia.
 - Desarrollo de la tolerancia, por lo que se requiere de cantidades más altas de alcohol para poder obtener los mismos efectos que se lograban al ingerir dosis más bajas.
 - Abandono progresivo de diversas actividades y fuentes de placer a causa del consumo del alcohol.

- Persistencia del consumo a pesar de saber acerca de sus consecuencias físicas, psicológicas y sociales. .

Por su parte, el DSM IV, menciona que presentar tres o más de los siguientes síntomas, indica que una persona se puede diagnosticar como Dependiente.

- DSM IV
 - Aparición de la tolerancia, definida por:
 - Necesidad de aumentar la cantidad de ingesta para obtener los resultados deseados.
 - El efecto del consumo de las mismas cantidades, disminuye debido a la ingesta continua.
 - Abstinencia, definida por:
 - Presencia de un síndrome que causa malestar físico, deterioro en el entorno familiar, social y laboral debido a la reducción o disminución total de una sustancia.
 - Aumento de la ingesta de alcohol.
 - Deseos y esfuerzos constantes para controlar e interrumpir la ingesta.
 - Inversión de tiempo en aspectos relacionados con el consumo de alcohol (obtención, tratamiento y recuperación).
 - Reducción de la vida laboral, social y familiar.
 - Se continua tomando la sustancia a pesar de estar conscientes de los problemas físicos y psicológicos que provocan.

1.1 ¿Qué es el alcoholismo?

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004), el término alcoholismo fue utilizado por primera vez en 1849 por Magnus Huss, quien lo usó para explicar los efectos físicos causados por el consumo excesivo y prolongado del alcohol, tiempo más tarde Jellinek retomó el concepto para referirse a una ingesta que no solo provoca daño físico, sino también consecuencias

psicológicas, individuales y sociales, de acuerdo a ello, lo subdividió en tres categorías:

- *Alcoholismo alfa*, también denominado consumo problemático de alcohol o consumo de evasión, el cual se caracteriza únicamente por dependencia psicológica.
- *Alcoholismo beta*, caracterizado por complicaciones físicas que afectan la salud y calidad de vida.
- *Alcoholismo gamma o anglosajón*, caracterizado por el aumento de la tolerancia, pérdida de control sobre la ingesta y síndrome de abstinencia.

Sin embargo, de acuerdo con especialistas en el tema, esta definición era compleja, imprecisa y ambigua, por lo que para el año de 1979, tras un estudio realizado por expertos de la OMS, se decidió remplazar el término *alcoholismo* por *síndrome de dependencia al alcohol*, no obstante, a pesar de su significado complejo y su cese como término científico, se sigue empleando para denominar y diagnosticar problemas relacionados con el consumo de alcohol, así como en artículos y trabajos de investigación. De acuerdo con el Glosario de Términos de Alcohol y Drogas, el término *alcoholismo* es un concepto mal empleado en la actualidad, sin embargo, debido a su constante uso, el significado del *Alcoholismo* o *Síndrome de Dependencia al Alcohol*, hacen referencia al consumo crónico y continuado de alcohol, caracterizado por la falta de control sobre la ingesta de la bebida, períodos de intoxicación y obsesión por la obtención y consumo de la sustancia a pesar de sus consecuencias adversas (OMS, 2004).

LA DEPENDENCIA AL CONSUMO DEL ALCOHOL EN CIFRAS.

El consumo perjudicial de alcohol, ocupa uno de los principales lugares dentro de los factores que contribuyen a la mortalidad prematura a nivel mundial, reportes de la OMS indican que en el mundo existen cerca de dos mil millones de personas que consumen ésta bebida, de las cuales 76 millones son dependientes de ella (CONADIC, 2008), según reportes estadísticos durante el 2002, ésta sustancia fue la responsable de más de 2.3 millones de muertes, lo cual implicó un gasto global estimado entre 210 mil y 665 mil millones de dólares para su atención (OMS, 2012). De acuerdo con investigaciones de la OMS (2012), algunas de las principales causas por las que las personas ingieren alcohol de manera nociva se encuentran estrechamente ligadas a eventos de tipo social, como; delincuencia, violencia familiar, desempleo y en la actualidad por la carga de tener una enfermedad infecciosa a través de la transmisión sexual.

Estadísticas mencionan que el Continente Americano cada año es testigo de miles de muertes asociadas al consumo del alcohol, 5.4% del total de las defunciones anuales (OMS, 2012). México, es un fuerte consumidor de alcohol, si bien, se hace de manera regular y responsable, también se realiza de forma excesiva, teniendo como consecuencia graves deterioros en la calidad de vida, enfermedades y muertes, por lo que en nuestro país, la dependencia al consumo de alcohol, se encuentra dentro de las cinco principales causas de defunción y disminución de vida productiva de cientos de miles de mexicanos.

2.1. Panorama epidemiológico del consumo del alcohol a nivel mundial.

El consumo nocivo de alcohol es un problema de salud a nivel mundial, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2008), la ingesta de esta sustancia es uno de los principales factores que se relaciona con la aparición de enfermedades, disminución en la calidad de vida y muerte prematura, incluso por encima de los ocasionados a consecuencia del tabaquismo, hipercolesterolemia y problemas de alimentación.

2.1.1. Magnitud del uso del consumo del alcohol en nuestro país.

De acuerdo con la OMS (2012) México es un alto consumidor de alcohol y aunque en general lo hace de manera regular, también se realiza de forma excesiva, teniendo como consecuencia altos deterioros en la calidad de vida, enfermedades y muertes, tendencia que durante los últimos años ha ido en aumento (ENA, 2011), por lo que en nuestro país, la dependencia al consumo de esta sustancia, se encuentra dentro de las cinco principales causas de defunción y disminución de vida productiva de cientos de miles de mexicanos.

El aumento del consumo de alcohol en México en la actualidad es una realidad que se puede observar a través de los reportes de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011), quien informó que la prevalencia de inicio de consumo del 2002 al 2011 aumentó un 6.4%, la prevalencia en los últimos doce meses se elevó en 5.1%, y finalmente con mayor incremento se presentó la prevalencia del último mes con un alza del 12.4%, situaciones preocupantes, ya que dicho consumo esta susceptible a tornarse un peligro para la salud del consumidor al hacerlo de manera excesiva o dependiente. Es importante mencionar que el consumo de alcohol en las mujeres es un comportamiento que continua en aumento ya que del 53.6% en 2002 amentó a 62.6% en 2011.

Fig. 1 Porcentaje de la prevalencia del consumo de alcohol en la población mexicana

En relación con los patrones de consumo, los resultados de la ENA (2011) confirman que el mexicano no es consumidor cotidiano de alcohol, por el contrario lo hace de forma esporádica, sin embargo, el problema radica en que cuando lo hace, lo realiza de manera excesiva, lo cual desafortunadamente termina en problemas relacionados con el abuso y dependencia a esta sustancia, patrones que han aumentado en porcentaje durante el 2002 y 2011 (figura 2) tanto para los jóvenes como para los adultos quienes pasaron del 2.1% al 4.1% y del 4.6% a 6.6% respectivamente, en cuanto al rango de edad los jóvenes de entre 12 y 17, las mujeres fueron las más afectadas al triplicar su frecuencia, mientras que en la

población entre 18 y 65 años, los más afectados son los hombres con un incremento del 2.2% en comparación con las mujeres de 1%.

Fig. 2 Porcentaje del patrón de consumo de alcohol en la población mexicana

2.2 El alcohol y las bebidas alcohólicas.

Dentro de las bebidas alcohólicas podemos encontrar una amplia gama de ellas, las cuales de acuerdo a su origen y componentes básicos se pueden clasificar en; *fermentadas, destiladas, licores y cocteles*. Dependiendo del tipo de bebida y cantidad consumida serán los efectos producidos en el Sistema Nervioso Central y en la conducta de la persona (Valdez, 2005).

- Bebidas fermentadas, obtenidas de la exposición de frutos, cereales, raíces, savia y otros productos naturales a ciertas condiciones de humedad, temperatura y tiempo (fermentación). Las bebidas obtenidas bajo este método son bajas en contenido de alcohol. Dentro de las bebidas fermentadas más consumidas en México encontramos la cerveza, el vino y el pulque.
- Bebidas destiladas, obtenidas mediante la separación del alcohol de otros componentes menos volátiles, eliminando el agua y obteniendo así un producto más concentrado, por lo que a diferencia de las fermentadas, las bebidas destiladas contienen porcentajes de alcohol más elevados. En México las bebidas destiladas con mayor producción y consumo son el brandy, el ron, el tequila y el mezcal; seguidas en importancia los aguardientes, el whisky y el vodka.
- Los licores, los cuales se producen a partir de bebidas destiladas, a las que posteriormente se añaden aroma o sabor con diversos ingredientes y aditivos, resultando por ejemplo, licores de café, de naranja, de cereza, de almendra o de anís.

- Los cocteles, bebidas cuya base puede ser un destilado o un fermentado y que se mezcla con jugos, refrescos o agua mineral (michelada, la cuba libre, la piña colada, las margaritas, etc.).

2.3 Bebidas con mayor consumo en el país.

De acuerdo con la Encuesta Nacional Tracking Poll Roy Campos 2009 sobre el consumo de bebidas alcohólicas en México, la más consumida es la cerveza, seguida por el tequila (fig. 3). Es importante mencionar que la preferencia de una bebida en particular puede variar acorde al sexo, edad y región del consumidor (Consulta Mitofsky, 2009).

Fig. 3 Porcentaje general de la preferencia de bebidas alcohólicas en la población mexicana

“*Cerveceros por excelencia*” como se denominó a la mayoría de la población mexicana por reportar que el 68% inició su consumo al alcohol con esta bebida y el 61% aún la prefieren al momento de elegir algo para tomar, seguida por el Tequila, que ocupa la segunda posición en ambas categorías (17.3% y 21.1% respectivamente), mientras que otros licores como el Ron, Vodka y Whisky se mantiene en el gusto de las personas con una participación menor al 5%.

Al analizar los resultados por sexo edad y región (véase Tabla 1), se puede apreciar que por rangos de edad, los jóvenes son los mayores consumidores de cerveza y vodka, los adultos jóvenes continúan prefiriendo la cerveza como bebida pero aceptan el whisky como segunda bebida de consumo, finalmente el gusto por la cerveza continua en la edad adulta, misma etapa donde el tequila presenta su mayor consumo. En relación a la preferencia por género, los hombres consumen más cerveza mientras que las mujeres tienen preferencia por el tequila. Por su parte, de acuerdo a la región, la cerveza es claramente más aceptada en el sureste, mientras que el tequila tiene mayor presencia en el norte y el bajío del

país, donde de igual forma se consume el vodka y whisky, en lo que respecta al centro de México es el lugar donde el ron alcanza su mayor consumo.

Tabla 1. Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas en relación al sexo, edad y región del consumidor

		<i>Cerveza</i>	<i>Tequila</i>	<i>Vodka</i>	<i>Whisky</i>	<i>Ron</i>
Sexo	Hombre	63.0	20.1	4.3	4.4	2.5
	Mujer	55.2	23.3	5.5	4.1	2.7
Edad	18 - 29 años	63.2	20.5	6.6	3.6	1.8
	30 – 40 años	60.4	20.2	3.5	5.3	2.6
	50 y más años	53.6	25.5	2.2	3.4	4.5
Región	Norte	57.8	25.1	7.8	2.2	2.1
	Bajío	61.0	23.6	3.0	5.7	2.7
	Centro de México	61.0	17.2	2.4	1.9	7.4
	Sureste	62.9	17.9	3.0	5.3	1.3
	Nacional	60.6	21.1	4.6	4.3	2.6

Sumando “otras bebidas” y “Ns/Nc” = 100%

FACTORES ASOCIADOS A LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL.

La disponibilidad del alcohol es igual para todas las personas, no obstante, no todas lo consumen de manera excesiva o dependiente, situación que se puede explicar debido a que existen factores que contribuyen a la adopción de esta conducta, el International Center for Alcohol Policies (2009), señala que los factores que influyen sobre la conducta de consumo de alcohol se pueden dividir en cuatro grupos; *predisposición genética o biológicos; características individuales o psicológicas; factores sociales y económicos; y determinantes ambientales.* Aspectos que si bien no son determinantes, contribuyen a la adquisición de patrones de riesgo en el consumo de alcohol.

3.1. Predisposición genética o biológica.

De acuerdo con la Organización Panamericana de Salud (2008) algunos genes juegan un rol importante en la adopción de patrones de abuso y dependencia al alcohol, de igual forma, el International Center for Alcohol Policies (2008) considera que los factores genéticos contribuyen de manera significativa para determinar la susceptibilidad al alcohol. Algunos de los elementos que elevan el riesgo de consumir alcohol a causa de la predisposición genética son; las *variaciones metabólicas* que modifican la capacidad del cuerpo para absorber el alcohol, así algunos grupos étnicos (particularmente los asiáticos de descendencias chinas, coreanas y japonesas) poseen una amplia capacidad para absorberlo teniendo como consecuencia mayor tolerancia, que en el futuro puede desarrollar dependencia a la sustancia. Otro aspecto de riesgo vinculado a diferencias genéticas, es *la actividad cerebral no característica*, que altera algunos rasgos de personalidad aumentando la tolerancia al alcohol.

Con relación a la genética del alcoholismo, la psicología fisiológica ha realizado diversos estudios con la finalidad de determinar la relación entre predisposición y adopción de patrones de abuso y dependencia a esta sustancia, Rosenwerg y Lerman (2003) indican que existen al menos dos tipos de alcoholismo; el tipo 1 y el tipo 2, cada uno con características propias. Es común

encontrar las características del alcoholismo tipo 1 en las mujeres, mientras que la mayoría de los hombres son tipo 2, la diferencia entre el alcoholismo tipo 1 y 2, se encuentra marcada por el *medio*, es decir, las personas con predisposición genética al alcoholismo de tipo 1, solo desarrollarán su dependencia si ésta se acompaña de exposición ambiental a beber mucho o a otras provocaciones, por el contrario, la carga genética tipo 2, aparenta ser indiferente al contexto ambiental. Los problemas y rasgos de personalidad de cada tipo de alcoholismo se explican a continuación:

Tabla 2. Características propias de los tipos de alcoholismo

Rasgos característicos	Tipo 1	Tipo 2
Problemas relacionados con el alcohol.		
Edad usual de inicio.	Después de los 25.	Antes de los 25.
Búsqueda de alcohol espontánea.	Infrecuente.	Frecuente.
Peleas y arrestos cuando se bebe.	Infrecuente.	Frecuente.
Dependencia psicológica.	Frecuente.	Infrecuente.
Culpabilidad y miedo acerca del alcoholismo.	Frecuente.	Infrecuente.
Rasgos de personalidad.		
Búsqueda de la novedad (impulsivo, explorativo y distraído).	Baja.	Elevada
Evitación del dolor (cuidadoso, tímido, aprensivo, inhibido).	Elevada.	Baja.
Dependencia a la recompensa (deseo de ayudar a otros simpático, sentimental).	Elevada.	Baja.

Algunos estudios mencionan que personas con ciertos problemas de salud mental se encuentran en mayor riesgo de abusar del alcohol así como de sufrir sus consecuencias, en particular los trastornos bipolar, pánico, estados de ansiedad y depresión. Investigaciones sostienen que la hiperactividad en niños puede ser un indicador de un posible futuro de abuso al alcohol y la posterior dependencia a la sustancia (International Center for Alcohol Policies, 2008).

Es importante mencionar que la predisposición genética influye de manera significativa en la adopción de patrones de consumo excesiva de alcohol así como

de dependencia al mismo, no obstante, en ningún momento es un determinante, por lo que los factores psicológicos, sociales y económicos modificarán la adopción o no de dichos patrones en cada una de las personas.

3.2 Características individuales o psicológicas.

En lo que respecta a los factores psicológicos relacionados con el consumo problemático de alcohol, Montero (2006) sugiere averiguar posibles eventos traumáticos del pasado, dado que, al realizar un acercamiento a la etiología del alcoholismo, es común encontrar estrechas relaciones entre haber sido objeto de algún tipo de violencia y el abuso o dependencia al alcohol. Por su parte Chávez, Musayón, Sánchez y Torres (2005) mencionan que algunos factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol son la falta de habilidad para afrontar la presión social, el deterioro en la autoestima, autoconcepto y autoeficacia negativos, desinhibición (también denominada “bajo control”) conducta antisocial, agresión, depresión en el caso de los adolescentes, la necesidad de independencia y la falta de identidad. De igual forma el consumo de alcohol se puede realizar por una tendencia hacia la toma de riesgos, la impulsividad y la búsqueda de nuevas sensaciones, por lo que los patrones de consumo excesivo, se pueden explicar como una estrategia para abordar problemas de personalidad, ansiedad, predisposición al estrés y eventos traumáticos vividos alguna vez (ICAP, 2009).

En relación con la edad, existe divergencia en el estudio de la correlación entre la adopción de patrones de consumo, posibles resultados, grado de riesgo de sufrir daños y edad de inicio de ingesta de alcohol. La evidencia muestra que los jóvenes son los más propensos a abusar de la bebida, por lo que aumenta el riesgo de obtener consecuencias negativas para su salud, así como provocar accidentes y lesiones, observar conductas de consumo de alcohol a temprana edad puede, en algunos casos, predecir los patrones de consumo posteriores (abuso y dependencia). Investigaciones mencionan que la edad de comienzo en la bebida no es predictor de comportamientos de consumo dañino, por lo que no necesariamente se debe correlacionar con problemas de consumo de alcohol en

la adultez, dado que la relación entre inicio y consumo posterior es un tema complicado y mediado por otras influencias (ICAP, 2009).

De igual forma, un aspecto de suma importancia al momento de analizar los posibles antecedentes que influyen en la adquisición de la conducta de beber, es el hecho de que uno o ambos padres abusen o dependan del alcohol (Montero, 2006). En relación con ello, Chávez, Musayón, Sánchez y Torres (2005) hacen hincapié en la importancia de la familia al momento de decidir comenzar o no a ingerir alcohol, de acuerdo con ellos, algunos comportamientos en la familia favorecen el consumo de ésta sustancia, por lo que las familias disfuncionales “incuban” posibles consumidores, esto debido a que suelen surgir sentimientos de inferioridad, lucha entre hermanos, escases de principios, valores y falta de límites.

Otro aspecto no menos importante para explicar el inicio, consumo y mantenimiento del alcohol, está relacionado con las expectativas respecto a su uso, las cuales variarán de persona a persona y dependerán de las creencias que se tienen acerca de los posibles resultados positivos o negativos que se producirán mediante el consumo, en general las expectativas positivas sobre el alcohol se relacionan con el consumo de la bebida, mientras que las negativas conducen a una disminución o abandono del consumo de la sustancia. Por su parte los motivos por los que las personas consumen alcohol, se pueden clasificar en *sociales, mejoramiento, afrontamiento y conformidad*, es decir; para celebrar y participar en interacciones sociales; para sentirse de cierta forma; para alegrarse o calmar el estrés y porque otras personas lo hacen. En relación con los motivos, los de afrontamiento y mejoramiento se relacionan con patrones de consumo problemático, mientras que los sociales y de conformidad se relacionan con un consumo moderado (ICAP, 2009).

En el caso particular de la mujer, diversos estudios mencionan que, el inicio del consumo de alcohol se da, en gran medida a casusa de la culpa y vergüenza que experimentan por haber sido víctimas de abuso sexual, violación y malos tratos. De igual forma, otro aspecto de vulnerabilidad en la mujer para comenzar a beber, es el estar casada con una persona dependiente al alcohol. Investigaciones

recientes reportan que los sentimientos de inadecuación y depresión, son en gran medida dos factores que favorecen el consumo de alcohol (Montero, 2006).

En un estudio realizado por Montero (2006), se encontró que, el 66.6% de las mujeres inició su consumo a consecuencia de un estado depresivo, el 50% recibió maltrato físico durante su infancia, 46.6% convivieron con uno o ambos padres alcohólicos, porcentaje idéntico al de las mujeres con esposos bebedores, 36.6% vivieron con hermanos alcohólicos y 26.6% fueron víctima de abuso sexual.

Es importante mencionar que aunque los factores anteriores influyen en la adquisición de la conducta de beber, no todas las personas que los han experimentado consumen alcohol, esto debido a: los aspectos individuales como la personalidad (habilidades para afrontar situaciones difíciles), economía psicológica (intereses y expectativas) y forma de relacionarse con los demás (habilidades sociales).

3.3 Factores sociales y económicos.

De acuerdo con Pastor (2002), la sociedad es uno de los principales factores que contribuyen a la adopción de patrones de consumo excesivo de alcohol, dado que, muestra gran permisividad al consumo de ésta sustancia (incluso al abuso), sin embargo, al mismo tiempo rechaza todo aquello que suene con alcoholismo. Reconocer que algunas bebidas como el vino y la cerveza contienen propiedades benéficas para la salud, ha sido durante mucho tiempo un factor de riesgo para la adquisición de patrones excesivos de consumo, puesto que, solamente se sobresaltan los aspectos benéficos, sin hacer hincapié en las consecuencias de los excesos, tal como se realiza en los países Europeos, donde el consumo de sustancias alcohólicas se considera como una conducta normal, social, cultural y gastronómica, tanto así, que actualmente se puede observar una amplia tolerancia a consumos excesivos sobre todo cuando el abuso está ligado a situaciones de fiesta o diversión.

Uno de los espacios donde las personas pasan gran parte de su tiempo es el lugar de trabajo, por lo que al igual que los aspectos anteriores, las condiciones y tipo de empleo es uno de los factores primordiales en la adquisición de patrones

riesgosos de consumo, Magallón y Robazzi (2005), mencionan que algunos tipos de empleos aumentan la probabilidad de que una persona pueda llegar a tener problemas con su manera de beber, por ejemplo; los trabajos socialmente desprestigiados; labores de tensiones fuertes y constantes; los percibidos como peligrosos, por sus actividades y condiciones inseguras; tareas de seguridad pública; empleos de altas exigencias cognitivas; trabajo monótono y en aquellos donde el individuo trabaja aislado y apartado durante la jornada laboral.

3.4 Determinantes ambientales

Las determinantes ambientales engloban una amplia gama de aspectos para la adopción de patrones riesgosos de consumo de alcohol, tales como; la cultura, normas, prácticas prevalentes y exposición al alcohol, dado que, ejercen un fuerte influencia en la manera de percibir el consumo de alcohol, de esta manera, algunas culturas y contextos sociales se encuentran más susceptibles de experimentar el abuso y dependencia a esta sustancia (ICAP, 2009).

La cultura de cada región es diferente, tanto en sus costumbres y tradiciones, así como en la aceptación del grado de consumo de alcohol, por ejemplo, las culturas “húmedas” (mediterránea) tienen mayor tolerancia al consumo de alcohol, aceptándolo como parte de su cotidianidad con las comidas y en eventos sociales, no obstante, rechazan el consumo crónico en exceso y la embriaguez. En contraparte, las culturas “secas” (países de Europa Nórdica) no aceptan el consumo regular mas paradójicamente se caracterizan por episodios de consumo excesivo y tolerancia hacia la embriaguez.

En relación con la permisividad del consumo a nivel cultural, podemos encontrar los bares, antros y lugares donde se bebe, ya que, abren la puerta a una ingesta sin control. Otro aspecto que refleja la aceptación del consumo de alcohol, se muestra a través de las medidas normativas: edad establecida para la compra y consumo de alcohol, la restricción de la disponibilidad y los estándares aceptados como consumo “normal” (ICAP, 2009).

Un aspecto relevante e innegable es la importancia de los valores adquiridos durante la infancia a través de la crianza, al igual que las creencias

religiosas que cada persona pueda tener, tal como lo menciona el International Center for Alcohol Policies, (2009), quien a través de un estudio transcultural sobre los motivos para la abstinencia a consumo de alcohol, demostró que la religión y valores bajo los cuales fueron educados, son los dos aspectos más importantes para detenerse ante una situación riesgosa de consumo.

Un determinante cultural importante de analizar en la adopción de consumo de alcohol está estrechamente ligado con los roles relativos al sexo, dado que en la mayoría de las culturas, los hombres beben más que las mujeres (ICAP, 2009), sin embargo, en la actualidad la mujer está alcanzando e incluso superando el consumo de alcohol ingerido por los hombres.

De igual forma un aspecto de suma importancia en la adopción de patrones de riesgos de consumo de alcohol, es el impacto publicitario, de acuerdo con Pastor (2012), los medios de comunicación juegan un papel relevante, puesto que, la publicidad sobre ésta bebida se puede observar desde la prensa escrita, televisión, radio, hasta eventos deportivos, musicales y culturales.

Algunos investigadores en el tema de abuso y dependencia al alcohol, contemplan solo un grupo de factores a la vez (*predisposición genética, características individuales, factores sociales - económicos y determinantes ambientales*) para explicar éste comportamiento, sin embargo, el análisis de dicha conducta es complejo, por lo que se debe tomar en cuenta todo aquello que pueda influir en su adopción, por ello, podemos concluir que, el consumo del alcohol está mediado por cuatro factores, que si bien no son determinantes aumentan la probabilidad de un consumo peligroso, donde la predisposición genética puede facilitar la aparición de ciertos comportamientos personales, los cuales podrán detonar de acuerdo a las situaciones sociales, económicas y ambientales que se estén viviendo (ICAP, 2009).

CONSECUENCIAS ASOCIADAS A LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

Estudios y años de investigación afirman que hay una estrecha relación entre los patrones de consumo de alcohol y diversas consecuencias para la salud, ya sean benéficas o perjudiciales. De acuerdo con el International Center for Alcohol Policies (2008) el consumo excesivo y continuado de alcohol produce una serie de secuelas generales en la salud, las cuales se pueden clasificar en graves (corto plazo) o crónicas (largo plazo). La vulnerabilidad de padecer en mayor o menor grado los efectos del consumo de alcohol varía en cada persona, esto debido a: la edad, sexo, composición genética, salud general, qué, cuánto, frecuencia, dónde y con quién beben.

Para entender el por qué y magnitud de los daños, así como las diferencias entre hombre y mujeres, es preciso conocer el metabolismo por el que pasa el alcohol una vez que ha sido ingerido. Después de haber consumido alcohol hasta el momento de su eliminación, en el organismo se da origen a tres fases, cada una con procesos específicos, los cuales se explican a continuación:

- **Primera Fase, Absorción;** una vez que se ha ingerido alcohol, se absorbe a través del estómago e intestino delgado, alrededor del 20% se absorbe mediante el estómago y cerca del 80% en el intestino delgado, la velocidad de este proceso depende de dos factores; el tipo de bebida y si hay alimento o no en el estómago. Ahí el alcohol es metabolizado mediante la enzima Alcohol Deshidrogenasa (ADH), es importante mencionar, que la actividad de dicha enzima es menor en la mujer, por ello cantidades igual en ambos sexos, alcanzan mayor concentración en la sangre de la mujer.
- **Segunda fase, distribución;** entre los 30 y 90 minutos después de haber tomado una copa, la concentración de alcohol en la sangre alcanza su máximo nivel, una vez absorbido se distribuye por todo el cuerpo y llega al cerebro, quien es sumamente sensible a la acción del etanol. El único tejido por el cual no se distribuye alcohol, es el graso, debido a su imposibilidad de disolución, aspecto que sumado a la falta de actividad de la enzima ADH en la mujer,

contribuyen a que en ellas existan mayores niveles de alcohol en la sangre, debido a su menor contenido de agua y mayor cantidad de grasa.

- **Tercera fase, metabolismo hepático;** posteriormente el hígado es el encargado de convertir el 90% de alcohol consumido en una sustancia inocua para el cuerpo, el resto (10%) se elimina por el aliento, saliva, heces, sudor, leche (en el caso de las mujeres) y orina (la cual puede tardar hasta 18 horas en eliminarse después de haber ingerido la bebida). Una vez metabolizado el alcohol se produce el acetaldehído, causante de la mayor parte de los efectos tóxicos hepáticos, mecanismos de refuerzo, dependencia y resaca. La conversión de alcohol en acetaldehído es responsabilidad de la ADH, por lo que nuevamente la mujer se encuentra en desventaja al tenerla en menor proporción.

Si bien las características corporales afectan la fuerza con la que el alcohol impacta la salud del bebedor, el riesgo a padecer alguna consecuencia negativa es proporcional a la cantidad de alcohol ingerido, en relación con ello, la Organización Panamericana de Salud (2008), menciona que cuanto mayor sea la cantidad de alcohol consumido mayor es el riesgo. Es importante señalar que las consecuencias a causa del consumo excesivo y dependencia al alcohol, no solo afectan a la persona que lo ingiere, por el contrario, las secuelas alcanzan efectos en la familia, amigos, compañeros y sociedad en general.

4.1 Consecuencias físicas.

Dentro de las diversas consecuencias originadas por el consumo excesivo y continuado de alcohol, se ubican las secuelas orgánicas, donde el estado de salud de la persona se encuentra en riesgo, de acuerdo la Organización Panamericana de la Salud (2008), la ingesta excesiva y dependencia al alcohol es la causante de más de sesenta diferentes tipos de enfermedades y lesiones que afectan el bienestar de los individuos, en relación con ello, Estruch (2002) menciona que algunas de las secuelas provocadas a causa de ingestas elevadas de alcohol son; problemas en el proceso digestivo; reflujo gastroesofágico; reducción en la actividad del corazón; arritmias cardiacas; efectos sobre la electrofisiología (disminución visual y auditiva) metabolismo y circulación cerebral; enfermedades

vasculares; diabetes tipo II; cirrosis del hígado; algunos tipos de cáncer; pancreatitis; lesiones nerviosas; disfunción eréctil; síndrome de Wernicke-Korsakoff; presión sanguínea alta; deficiencias nutricionales; deterioro en la función cognitiva y neurológica, (ICAP, 2008).

En lo que corresponde a las enfermedades coronarias y vasculares, estudios de los últimos 30 años indican que, el consumo de alcohol en exceso se relaciona con algunas enfermedades vasculares, como; el accidente cerebro -vascular hemorrágico, la fibrilación auricular y la insuficiencia cardiaca congestiva. De igual forma, las enfermedades hepáticas aumentan su probabilidad de aparición a medida que incrementa el consumo de alcohol, siendo las mujeres las más vulnerables. Por su parte la diabetes tipo II y síndrome metabólico aunado del consumo excesivo de alcohol puede inducir bajos niveles de azúcar en sangre desencadenando graves consecuencias para la salud (ICAP 2008).

Estudios de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer, indican una estrecha relación entre el consumo de alcohol y ciertos tipos de cáncer (5% de todos los cánceres), de acuerdo con el IARC, el etanol se ha clasificado como un factor cancerígeno del Grupo 1, algunos de los cánceres ocasionados por el consumo en exceso de esta sustancia son; de la cavidad oral (laringe, faringe y esófago); de mamas; de hígado, influenciado por la cirrosis; el colorrectal y el cáncer renal. En lo que respecta a la función mental, el consumo de alcohol ha sido asociado con diferentes consecuencias para la función cognitiva y daños cerebrales (ICAP, 2008).

Si clasificamos los efectos del consumo del alcohol en graves (corto plazo) y crónicos (largo plazo), podemos mencionar dentro de los primeros la conocida "cruda", que se experimenta después de haber consumido elevadas cantidades de alcohol y se caracteriza por náusea, vómitos, mareos, etc., de igual manera otros de los efectos que se pueden llegar a percibir son; la pérdida del equilibrio, descoordinación motora, disminución de la visión y la audición, irritación de estómago e intestino, dificultad en el habla y la más fuerte, la intoxicación aguda (muerte). En relación con los daños crónicos encontramos en primer lugar la dependencia al alcohol (tolerancia), gastritis crónica, úlceras, disfunción sexual,

parálisis respiratoria, desnutrición, daño hepático, hepatitis, fallas en corazón y aparato circulatorio, delirio, psicosis y finalmente la muerte (CONADIC, s/f).

4.2 Consecuencias psicológicas.

Pero las consecuencias del consumo de alcohol, no solo afectan la salud física, por el contrario, dañan a la persona en su totalidad, es decir, su bienestar físico y emocional, de acuerdo con el CONADIC (s/f), algunos de los efectos a corto plazo que una persona bebedora llega a experimentar son; cambios repentinos en su estado de ánimo, tristeza, irritabilidad, problemas de atención y concentración, dificultad para realizar tareas complejas y bajo rendimiento en su desempeño cotidiano. Aunado a lo anterior Connors, Maisto y Ronda (2008), mencionan que efectos comunes en las personas que beben son, sentir culpa y vergüenza por su forma de beber, sentimiento de incomodidad con el mismo, angustia por los objetivos que no pudo cumplir, así como malestar por lo que no ha conseguido en la vida a causa de su consumo de alcohol.

Es importante mencionar que al igual que con el daño físico, el aspecto emocional disminuye a medida que pasa el tiempo e incrementa la cantidad de alcohol, por ello, es común encontrar que personas con dependencia alcohólica presenten algunas secuelas como; ansiedad, depresión, aumento en los sentimientos de culpa y vergüenza, miedo, pérdidas totales y parciales de conocimiento, lagunas mentales y problemas de memoria (CONADIC, 2011)

4.3 Consecuencias familiares.

Aunado a las consecuencias físicas y psicológicas generadas por el consumo de alcohol, se agregan las familiares, donde el nivel de daño ha traspasado a la persona que consume y alcanzado a las que lo rodean de manera directa. Convivir con una persona que abusa o depende del alcohol inevitablemente es una situación generadora de problemas, reportes del CONADIC (2011), mencionan la existencia de una estrecha relación entre el consumo de alcohol y algún tipo de conflicto familiar, dado que, 10.8% de las familias con problemas, menciona que sus dificultades se deben al consumo de esta sustancia, siendo la discusión la

manera más frecuente de dichos problemas, sin embargo, con el paso del tiempo y en proporción a la cantidad que se ingiere, los daños físicos y psicológicos que el bebedor ha adquirido, los problemas familiares se pueden convertir en; pérdida de confianza por parte de la pareja e hijos al bebedor, violencia, divorcios, problemas con la familia extensa, entre otros (CONADIC s/f).

4.4 Consecuencias sociales.

Por su parte la Organización Panamericana de Salud (2008), menciona que el abuso o dependencia al alcohol, es un generador de conflictos interpersonales, entre los que podemos encontrar desde los “leves” como: ruidos por la noche y desordenes sociales a causa de una borrachera, hasta consecuencias más “graves” como: el deterioro de las relaciones interpersonales (amistades, noviazgos, matrimonios, familia), abuso de menores, abuso sexual (CONADIC, 2008), violencia, delitos e incluso homicidios. De acuerdo con estadísticas de CONADIC (2011) el abuso y la dependencia del alcohol se asocian con peleas (6%), problemas con la policía (3.7%), detención de personas (41.3 %), problemas laborales (3.7%), pérdida del empleo (1.4%), violencia contra la pareja (24.8%), homicidio (56.74%), suicidios (76.9%), muerte por accidente en el trabajo (10.6 %), accidentes en la vía pública (45%) (CONADIC, 2008)

Los incidentes automovilísticos a causa de la irresponsabilidad de personas que conducen bajo los efectos del alcohol, es uno de los principales factores que contribuyen a lesiones y muertes en todo el mundo, el International Center for Alcohol Policies (2010), reporta que las muertes en accidentes de tránsito representan el 2,3% de todas las muertes del mundo, la mayor parte de esta carga la llevan los países con ingresos bajos y medios. En México el Servicio Médico Forense reportó que durante el año 2000, en una de cada tres muertes relacionadas con accidentes automovilísticos, la víctima había ingerido alcohol (Díaz, 2008).

El hecho de que conducir en estado de ebriedad es un problema social y de salud pública, es una realidad innegable en la que no existe la mínima discrepancia al respecto, no obstante, el punto de controversia es al momento de

establecer el umbral máximo de concentración de alcohol en sangre (BAC) para los conductores, algunos países han determinado que la conducción se debe hacer en estado total de sobriedad (Armenia, Brasil y Rumania), mientras algunos otros permiten solo cantidades mínimas 0,2 mg/ml (Noruega, Mongolia, Polonia y Suecia) y 0,3 mg/ml (India, Japón y Uruguay), por su parte México, Nueva Zelanda, Reino Unido y Estados Unidos tienen un límite BAC de 0,8 mg/ml (International Center for Alcohol Policies, 2010).

4.5 Consecuencias laborales.

De acuerdo con Kabla (sf), México es uno de los países con mayor consumo de bebidas alcohólicas, aspecto reflejado en el ámbito laboral, diversos estudios demuestran que la población masculina y en particular la que comprende edades entre los 25 y 44 años, resultan ser los más afectados. Es importante hacer hincapié en que, a pesar de que los varones son los que reportan tener más incidencia con problemas en el trabajo a causa de su manera de beber, el porcentaje de las mujeres es significativo y se encuentra en aumento.

Las cifras sobre empleados que consumen alcohol, hoy en día es un asunto de preocupación para las organizaciones, dado que reportes de estudios recientes arrojan que, aproximadamente el 95% de la población en edad productiva consume alcohol de manera habitual, de los cuales el 30% lo hacen dentro de las instalaciones laborales y 15 % presentan problemas de abuso de alcohol. Un dato importante es que los trabajos con mayor problemática de seguridad como: actividades desprestigiadas socialmente (Magallón y Robazzi, 2005), la construcción, la industria del metal, siderurgia y transporte, son paradójicamente los que poseen más número de empleados que consumen alcohol, lo cual aumenta de manera significativa el riesgo de sufrir algún tipo de accidente (Kabla, sf).

Pero los incidentes laborales a consecuencia del alcohol, no se limitan a accidentes físicos por el contrario, también afectan las relaciones personales. De acuerdo con el Boletín de Kabla (sf), sobre la importancia de prevenir el uso de alcohol en la empresa, algunas de las consecuencias más comunes que tienen

que enfrentar las personas son; disminución en las habilidades (por ejemplo para manejar), coordinación, acciones reflexivas, razonamiento y sentidos (visión y oído), disminución del rendimiento, exposición a diversos accidentes (Magallón y Robazzi, 2005), dificultad para relacionarse con sus compañeros, conductas de agresividad (verbal o física), problemas de salud a causa de las alteraciones orgánicas del abuso o dependencia al alcohol, que a su vez da lugar al absentismo laboral e incapacidades laborales transitorias y finalmente la pérdida del trabajo.

Si bien las consecuencias a causa de abuso del consumo de alcohol afectan de manera directa a las personas que lo realizan, también lo hacen indirectamente con aquellas que lo rodean y la empresa donde se desarrolla, de tal manera que las repercusiones del alcohol en el mundo laboral se refleja en todas las personas implicadas en la organización (empleados, sindicatos, empresarios, etc.), en relación con ello, el 50% de las empresas han experimentado problemas derivados al consumo excesivo de sus empleados, situación que genera dos escenarios; en primer lugar, la pérdida de las ganancias por la falta de productividad de los trabajadores, la cual desciende del 25% al 40% (Magallón y Robazzi, 2005), hecho altamente relacionado a: los efectos del alcohol sobre el individuo (pérdida de rendimiento, fatiga, paradas repetidas, etc.) o, a las dificultades de las relaciones de los bebedores con el resto del personal (agresividad con compañeros, riñas dentro del trabajo, entre otras); en segundo lugar, el gasto que invierte la empresa para solventar los problemas de salud y absentismo, así como el de las jubilaciones anticipadas (Kabla, sf). Diferentes legislaciones han estandarizado parámetros para reconocer el estado de ebriedad de una persona (véase Tabla 3).

Tabla 3. Estados de ingesta de alcohol

Aliento Alcohólico	Ebriedad Incompleta	Ebriedad Completa
.02 Es la mínima cantidad de alcohol a partir de la cual se sugiere una penalización. Equivale a 1 o hasta 2 cervezas en una hora.	.04 En algunas legislaciones se sanciona hasta con despido definitivo a trabajadores de riesgo que se presentan a laborar.	.08 Se considera estado de ebriedad / Es delito conducir un vehículo en este estado en prácticamente toda legislación.
.06 Equivale al consumo de 3 ó 4 cervezas en una hora o hasta 5 o 6 cervezas en 3 horas.	.15 Equivale consumir 4 ó 5 cervezas en 1 hora ó hasta 8 cervezas en 4 horas.	.30 Intoxicación total. Efectos evidentes en las capacidades de la persona, posible congestión alcohólica

TEORÍAS PARA EXPLICAR LA LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DEL ALCOHOL.

Son muchas las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que provoca la dependencia al consumo de alcohol, sin embargo, en nuestro país el acceso a los tratamientos suele ser reducido y en ocasiones nulo, realidad que se repite en el resto del mundo. De acuerdo con la Encuesta de Epidemiología Psiquiátrica realizada en México, la utilización de los servicios de tratamiento para el abuso y dependencia al alcohol es poco frecuente, siendo las mujeres las que más se acercan a alguna institución para ser apoyadas (53.2%) en comparación con los hombres (28.2%), aunado a esta situación, de las personas que acudieron a tratamiento, el 50% lo hizo ocho años después de que surgió su problemática y el 50% lo hizo después de doce años (García, Medina, Real y Rojas, 2011).

En relación con la búsqueda de ayuda, García, Medina, Real y Rojas (2011), contrastaron los resultados de 15 países respecto a la proporción de las personas que pidieron apoyo para controlar su dependencia al alcohol, encontrando que México fue el país con la puntuación más baja, dado que, tan solo 0.9% lo realizó en el año que surgió su problemática y 22.1% esperó hasta los 50 años de edad para pedir ayuda, resultados similares a los arrojados por la Encuesta Nacional de Adicciones (2011), quien menciona que solo el 16.1% de la población con problemas en su forma de beber acude a tratamiento.

Entre los aspectos que influyen para que las personas acudan o no a buscar apoyo terapéutico, parecen estar relacionados: el estado civil, edad y recursos económicos; además de factores subjetivos y objetivos, dentro de los *aspectos subjetivos* encontramos: la negación del problema, ideas de que no existe tratamiento o es ineficaz para su persona, creencias de que su abuso o dependencia desaparecerá de manera espontánea, falta de conocimiento y el estigma, por su parte los *aspectos objetivos* refieren a: problemas financieros, escasa disponibilidad de servicios, problemas de accesibilidad y programas diseñados para poblaciones diferentes (adaptación culturalmente inadecuada de los servicios) (García, Medina, Real y Rojas, 2011).

Es evidente que el panorama en México sobre las estadísticas de las personas que acuden a recibir algún tipo de tratamiento es desolador no obstante, existe un abanico de posibles técnicas y opciones que prometen solucionar los problemas de dependencia al alcohol, cada uno con fortalezas y debilidades, pero con la intención de disminuir la ingesta y aumentar la calidad de vida. Dentro de la historia de los tratamientos para el abuso, dependencia y trastornos a consecuencia del consumo de alcohol, se han empleado numerosas metodologías basadas en el modelo biomédico y el biopsicosocial, cada una tratando de definir, explicar y solucionar el problema del abuso y dependencia al alcohol y de esa manera mejorar la calidad de vida del individuo y la sociedad en general.

5.1 Teorías para explicar los trastornos por consumo del alcohol.

Existen diversas teorías que pretenden explicar la naturaleza de los trastornos físicos, psicológicos y sociales asociados al abuso del alcohol. El modelo biomédico y el biopsicosocial son dos teorías que han cobrado relevancia, y se presentarán a continuación:

5.1.1 Modelo biomédico

Durante varios años médicos e investigadores utilizaron la explicación de tipo “factor único” para justificar el desarrollo y mantenimiento de los trastornos asociados al consumo del alcohol, ya sea desde el enfoque biológico, psicológico, ambiental, socio ambiental, etiológico ó contextual, y durante mucho tiempo, el modelo biomédico fue la explicación predominante para el estudio de los trastornos ocasionados por el consumo de alcohol en base a ello, Miller y Hester realizaron un análisis de las técnicas realizadas bajo este modelo, encontrando 12 teorías sobre ello (Pereyra y Arellano, 2010).

El modelo biomédico ha realizado grandes aportaciones al campo del tratamiento de la dependencia al alcohol. Dentro de sus principales contribuciones podemos mencionar la prevención en sus tres niveles (primaria, secundaria y terciaria), es decir, brinda apoyo a las personas para evitar que consuman esta sustancia (*prevención primaria*), para aquellas que abusan de la bebida, les brinda

la oportunidad de tratamiento (*prevención secundaria*) y en caso de ser una dependencia severa brinda rehabilitación (*prevención terciaria*) (León, 2010), no obstante, aunque investigaciones recientes han demostrado el mérito de estos aportes, es importante señalar que carecen de fundamentos completos y consistentes para explicar satisfactoriamente los trastornos por consumo de alcohol (Pereyra y Arellano, 2010).

5.1.2 Modelo biopsicosocial

Tras la ineficacia del modelo biomédico y la necesidad de explicar los trastornos ocasionados por la dependencia al alcohol, durante los últimos años del siglo XX surgió una nueva manera de abordar los procesos de salud y enfermedad. Pereyra y Arellano (2010) refieren que en base a la influencia de la Teoría General de los Sistemas de Bertalaný y seguido por los trabajos de Engel, en los que afirmaba que al diagnosticar un paciente bajo una sola dimensión (biológica, psicológica o social), se corre el riesgo de omitir valiosos aspectos que podrían influir para errar el tratamiento y por tanto también el alivio, para finales del siglo XX apareció el *Modelo Biopsicosocial* para atender el abuso, dependencia y trastornos asociados al consumo del alcohol,

5.2 Tratamientos para contrarrestar la dependencia al consumo del alcohol.

Diversos tratamientos se han desarrollado como producto de múltiples investigaciones sobre el consumo del alcohol. Algunos enfocados al tratamiento médico, y otros al psicológico, mas la combinación de ellos es lo que a través del tiempo han demostrado ser la aproximación idónea para el tratamiento integral del abuso de alcohol.

5.2.1 Tratamientos farmacológicos.

Cada persona es diferente, así como su historia de consumo, por lo que las consecuencias de la ingesta, grado de apoyo y recursos psicológicos variarán en cada uno de ellos. En definitiva, la elección de las estrategias aptas para cada paciente consistirá en aquellas que den respuesta sus problemas, con frecuencia

estos tratamientos incluirán; terapia psicológica, sesiones de grupo, ayuda mutua o farmacológica (Jiménez, Ponce y Rubio, 2003). La decisión de emplear el uso de fármacos en los tratamientos para la dependencia al alcohol, se basa en la severidad y contexto en el que se presentan los trastornos por el consumo. El momento de incluir apoyo farmacológico, es cuando el alcohol ha deteriorado en alto grado la calidad de vida del paciente, teniendo como consecuencia una serie de trastornos asociados a la bebida (Pereyra y Arellano, 2010).

Cuatro escenarios que pueden determinar la decisión de someter a un paciente al tratamiento farmacológico son la *desintoxicación*, con la finalidad de eliminar de manera segura y controlada el alcohol en el cuerpo, *el síndrome de supresión*, que aparece cuando se interrumpe el consumo prolongado de alcohol provocando un desequilibrio que conlleva a una serie de dolorosas molestias, las diversas *complicaciones somáticas y psiquiátricas agudas* y finalmente para el *mantenimiento de la abstinencia* y de esta manera controlar el deseo compulsivo de beber (Pereyra y Arellano, 2010).

5.2.1.1 Medicamentosos.

De acuerdo con Jiménez, Ponce y Rubio (2003), los medicamentos deben ser un plus en los tratamientos de dependencia al alcohol y nunca la opción única. Por ello se debe tener un panorama multimodal y contemplar las características individuales y de fragilidad de cada paciente. En lo que corresponde al aspecto farmacológico, el conocimiento y comprensión de los mecanismos neurofisiológicos consecuentes a la dependencia alcohólica, ha permitido el desarrollo de nuevos fármacos eficaces para algunos fenómenos de este problema, como: la ansiedad por el consumo (*craving*), la pérdida de control ante la bebida (*priming*), entre otros. El empleo de nuevos fármacos y el remplazo de algunos otros (*aversivos*), ha logrado reforzar la importancia del ámbito médico en el tratamiento del alcoholismo, obteniendo de esta manera éxitos significativos en los tratamientos terapéuticos

Dentro de las funciones de los medicamentos se encuentran las siguientes (Jiménez, Ponce y Rubio, 2003)

- Que se produzca desagrado al consumo de alcohol, por ejemplo los fármacos antidipsotrópicos o interdictores, quienes inhiben la metabolización del acetaldehído disulfiram, cianamida cálcica.
- Disminuir el refuerzo asociado al consumo alcohólico, bloqueando las acciones opioidérgicas del etanol (naltrexona) y los receptores dopaminérgicos (tiapride).
- Reducir los efectos del síndrome de abstinencia.
- Incrementar la capacidad de control del consumo de la bebida (naltrexona, serotoninérgicos, antipsicóticos).
- Reducir la sintomatología depresiva, que puede preceder a la recaída (antidepresivos).

5.2.1.2 Desintoxicación.

El tratamiento de desintoxicación solamente se puede llevar a cabo de manera ambulatoria, en forma leve o moderada y con estrecha vigilancia diaria. En el caso de que la intoxicación por el alcoholismo sea severa, el paciente permanece en un ambiente tranquilo en el que se evite ruido y luz, se suspende la ingesta de alimentos para evitar aspiración bronquial por vómitos, se controla la glucemia, la reacción pupilar y constantes vitales, se abriga al paciente para mantener la temperatura corporal, dado que, la vasodilatación periférica producida por el alcohol, disminuye el calor interno del cuerpo. En el caso de que la intoxicación no sea severa y el paciente tenga lucidez y colabore, el tratamiento se facilita, se recomienda administrar líquidos vía intravenosa (suero glucosado y complejo B), en caso de que se presente angustia e inquietud se debe administrar benzodiacepina (Pereyra y Arellano, 2010)

De acuerdo con Pereyra y Arellano (2010), las evidencias sobre la eficacia de la desintoxicación en el paciente, no deja buenos resultados respecto al complejo bioquímico en general y en particular cuando existe presencia de alcohol en el cerebro. Los cambios en la bioquímica del cerebro a partir de la desintoxicación, dependerán en gran medida del de la cantidad de consumo de

alcohol, los daños que se han causado (graves o crónicos), la susceptibilidad genética y el contexto en el que se desarrolla la persona.

5.2.1.3 Supresión.

El tratamiento para el síndrome de supresión no es único, por el contrario, este se planea en base a los síntomas predominantes en el paciente, por lo que las estrategias variarán e incluso combinarán en cada uno de los tratamientos. En el caso de que el paciente presente características graves, se sugiere que se le interne para que pueda recibir un régimen de dieta y vitaminas adecuado, así como hidratación, vigilancia, evaluación de episodios febriles y en caso de ser necesario, administración de medicamentos. Algunos de los medicamentos comúnmente usados para el tratamiento de la supresión son (Pereyra y Arellano, 2010)

- Clometiazol: fármaco derivado de la vitamina B, produce efectos anticonvulsivos, sedante, ansiolítico, no es hepatotóxico, aparte de ser un medicamento de fácil empleo.
- Las butirifenas: fármaco empleado para atender en el delirium tremens. Aunque su efecto como medicamento individual es menos efectivo que el clometiazol, logra reducir los efectos de la supresión sin riesgos de que se produzca una depresión respiratoria.
- Carbamazepina: empleada para atender el síndrome de supresión leve y moderada, así como en la prevención de crisis convulsivas en pacientes de riesgo.

5.2.1.4 Psicopatología asociada.

Los tratamientos de psicopatología asociada, encefalopatía alcohólica o alucinación alcohólica, se deben atender por medio del internamiento en un centro médico, donde el paciente recibe la atención adecuada, alimentación necesaria (macro y micronutrientes), vitaminas (complejo B y C, entre otras) así como benzodiacepinas para el sistema nervioso central (Pereyra y Arellano, 2010).

5.2.1.5 Mantenimiento de la abstinencia.

El objetivo de este tipo de tratamientos es, que a través de diversas sustancias se contrarresten los efectos del síndrome de abstinencia, de tal manera que el paciente logre pasar amplios lapsos de tiempo sin consumir sustancias alcohólicas. El etanol es un depresor del sistema nervioso central, (SNC), que, en las personas alcohólicas, se adapta a la exposición crónica del etanol incrementando la actividad neuronal, sin embargo, al suspender la ingesta, la actividad neuronal aumentada se libera, provocando hiperexcitabilidad, evidencia de la dependencia al alcohol, es importante mencionar, que no todos los pacientes que consumen alcohol sufren síndrome de abstinencia, sin embargo, el peligro es un constante (Dávila, Dávila, Jurczuk, Melgar y Romero, 2008)

5.2.2 Tratamientos psicológicos.

A continuación se presentan diversas aproximaciones de terapia psicológica y en qué consisten.

5.2.2.1 Conductuales.

De acuerdo con Monasor, Jiménez y Palomo (2003), el tratamiento conductual tiene por objetivo la modificación de las conductas inadecuadas (consumo de alcohol), por otras más adaptadas, basada en los fundamentos teóricos de Paulov y Skinner. La terapia conductual es una forma de tratar diversos trastornos o sintomatología desde los años veinte, la cual dio un cambio en los años cuarenta, donde después de una serie de investigaciones logro consolidar los principios clásicos del condicionamiento a problemas específicos como el alcoholismo. Dentro de este marco teórico las terapias más empleadas son: la terapia aversiva, el contrato de contingencias y la exposición con prevención de respuesta, entrevistas breves, entrevistas motivacionales y refuerzo motivacional.

Es importante mencionar que a pesar de los aportes de este tipo de terapias al trabajo con el paciente que abusa o depende del alcohol, la principal crítica que reciben es su orientación hacia la conducta observable sin prestar atención al análisis de sus causas (Monasor, Jiménez y Palomo, 2003).

5.2.2.1.1 *Terapia aversiva.*

De acuerdo con Monasor, Jiménez y Palomo (2003), la estrategia de esta terapia consistió en castigar la conducta des-adaptativa (consumo de alcohol) a través de experiencias aversivas para el paciente (choque eléctrico o vómitos por haber tomado interdictores). Debido a su naturaleza y reducidos resultados significativos a la hora de reducir o suprimir la ingesta de alcohol en los pacientes, este es un tratamiento poco usado y recomendado.

5.2.2.1.2 *Prevención de respuestas a la exposición a estímulos.*

En lo que respecta a esta técnica, su objetivo consiste en la reducción de la conducta ante los diversos ambientes, personas o circunstancias que la pudieran provocar. El procedimiento en este tratamiento consiste en reducir el consumo de alcohol mediante la exposición sistemática a los estímulos (ambientes, personas, circunstancias) ligados con el deseo de beber. La estrategia se basa en exponer a la persona a los estímulos previniendo la ejecución de respuestas disfuncionales, es decir, de consumo o recaída. De tres estudios que analizaron la eficacia de este tipo de tratamientos solo se encontró un caso de éxito en el tratamiento de dependencia al alcohol (Monasor, Jiménez y Palomo, 2003).

5.2.2.1.3 *Contrato de contingencias.*

Dentro del marco del tratamiento conductual, el contrato de contingencias, es la técnica más utilizada, consiste en utilizar consecuencias positivas o negativas para recompensar o castigar las conductas del paciente, en este caso, la conducta adaptativa consiste en la abstinencia de alcohol y la des-adaptativa es la ingesta de la sustancia, las consecuencias se deciden entre el terapeuta y el paciente. Desafortunadamente, a pesar de encontrarse con resultados positivos sobre la eficacia de esta técnica en los diversos tratamientos, no es suficiente para atacar los problemas de dependencia de alcohol (Monasor, Jiménez y Palomo, 2003).

5.2.2.1.4 Terapias breves.

La terapia breve, como su nombre lo indica, es un tratamiento de corta duración el cual tiene por objetivo brindar consejos directos y concisos para controlar el consumo del alcohol, de acuerdo con la OPS (2008), la estructura de una intervención breve es en tres etapas; *consejos breves, evaluar y adecuar el consejo a la etapa de cambio y seguimiento*. Los *consejos breves* se refieren a brindar información acerca de los beneficios físicos, psicológicos y sociales que se obtienen al abandonar el consumo de alcohol, posteriormente, *la evaluación y consejo acorde a la etapa en la que se encuentra el paciente*, se realiza en base al modelo transteórico o de cambio, el cual consta de 5 etapas; pre-contemplación, donde el consejo se debe encaminar a retroalimentar y dotar al paciente de información para que se motive a abandonar el consumo; contemplación; es decir, cuando el paciente piensa en emprender alguna acción, por lo que, el consejo va dirigido a enfatizar los beneficios de hacerlo y los riesgos de retrasar el inicio así como consejos sobre el cómo dar los primeros pasos; la etapa de acción corresponde a los pacientes que están convencidos de los riesgos que disminuyen y beneficios que ganan al dejar la bebida, por lo que el trabajo se dirige a asegurar el compromiso del paciente para reducir o eliminar su consumo de alcohol a través de metas alcanzables; finalmente en la última etapa de mantenimiento los consejos serían los realizados durante el *seguimiento*, donde el profesional continua brindando ayuda, restableciendo metas reales y alcanzables. No obstante, es importante mencionar que si durante este lapso de seguimiento, el paciente continua presentando problemas con su manera de beber es necesario considerar algún otro tipo de tratamiento disponible.

5.2.2.2 Terapias psicodinámicas

Otra técnica utilizada en el tratamiento de dependencia al alcohol, es la terapia psicodinámica, quien intenta explicar las posibles motivaciones inconscientes en las conductas del paciente, así como fijaciones y traumas que acontecieron en el desarrollo de su personalidad, de igual manera intentan promover diferentes mecanismos de defensa al consumo del alcohol para hacer frente a las

situaciones que vive. Entre algunos aspectos con los que se trabaja para disminuir el deseo de beber se encuentran los relacionados con la pérdida de control, estados afectivos negativos, eventos traumáticos, rasgos de personalidad, negación persistente, aspectos sexuales, problemas de codependencia y aspectos psicodinámicos de la recaída. De acuerdo con los reportes de investigaciones, la técnica como modalidad única de tratamiento no suele presentar resultados significativos (Monasor, Jiménez y Palomo, 2003).

5.2.2.3 Cognitivo – conductuales.

El enfoque cognitivo conductual se ha insertado como una solución para tratar los problemas de consumo de alcohol, estas intervenciones tienen por objetivo modificar las creencias y conductas actuales de las personas dependientes por otras más adecuadas o adaptativas que le permitan tener una mejor calidad de vida. Entre las más utilizadas podemos encontrar; terapia cognitiva-conductual básica, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, técnicas de autocontrol, desensibilización sistemática, intervenciones motivacionales (Monasor, Jiménez y Palomo, 2003) y sus extensiones; terapia de pareja, manejo de contingencias y reforzamiento comunitario y prevención de recaídas (Pereyra y Arellano, 2010).

5.2.2.3.1 Entrenamiento en habilidades de afrontamiento.

El objetivo de este tipo de técnicas, es que el paciente adquiera o desarrolle una serie de habilidades que le permitan afrontar de manera adecuada las diversas problemáticas relacionadas con su manera de beber. En muchas ocasiones, la dificultad de abstenerse a consumir alcohol está relacionada con determinadas personas y situaciones que disparan una reacción en el individuo para que tenga el deseo de ingerir alcohol, por ello, el trabajo con el paciente consiste en enseñarle a enfrentar estos sucesos de manera correcta, de tal manera que algunos de los temas que se trabajan durante el tratamiento son: asertividad, expresión de sentimientos, técnicas de comunicación positiva, aprender a decir NO, conductas alternativas al consumo de alcohol, entre otras (Monasor, Jiménez y Palomo, 2003).

5.2.2.3.2 *Terapia cognitiva-conductual básica.*

Para la ejecución de esta técnica es necesario la elaboración del análisis funcional del consumo de la sustancia, dado que, éste brinda la información de los antecedentes, la forma de reacción (motora, fisiológica y cognitiva) y las consecuencias del consumo, de tal manera que con él, el terapeuta puede identificar las habilidades a desarrollar, así como los pensamientos a modificar por el paciente para afrontar las situaciones detonantes de la conducta de beber.

La terapia cognitivo conductual se realiza de forma individualizada, mas no por ello, se descuida la evaluación multidimensional del consumo y las áreas de funcionalidad del individuo. La duración de este tipo de técnicas suelen ser de 11 sesiones, sin embargo, actualmente se pueden encontrar más breves (Pereyra y Arellano, 2010).

5.2.2.3.3 *Técnicas de autocontrol.*

Dentro del marco cognitivo conductual, esta técnica tiene por objetivo modificar el comportamiento a través de la implantación de nuevas cogniciones, las cuales se logran mediante las verbalizaciones, es decir, la persona se indica de manera manifiesta o encubierta las conductas a realizar al momento de enfrentarse antes situaciones nuevas o complicadas, en las fases iniciales dicho procedimiento facilita al paciente afrontar de manera adecuada los eventos desconocidos o difíciles, posteriormente las conductas se realizan de manera automática (Caballo, 2008).

5.2.2.3.4 *Desensibilización sistemática (DS).*

Esta técnica tiene por objetivo descondicionar determinadas situaciones o eventos con respuestas de miedo y ansiedad, desarrollada Wolpe en 1958, la DS es una técnica dirigida a reducir las respuestas de ansiedad y a eliminar las conductas motoras de evitación, consiste en; 1) identificar las situaciones generadoras de ansiedad, 2) jerarquizar los miedos de menor a mayor, 3) entrenamiento en relajación profunda o cualquier otro tipo y 4) exponer al paciente a través de la

imaginación a la jerarquía de sus miedos en conjunto con el establecimiento de las respuesta de relajación (Caballo, 2008).

La desensibilización sistemática es una técnica apropiada para el tratamiento de fobias y miedos, así como para temores asociados a trastornos de estrés postraumáticos.

5.2.2.3.5 Intervenciones motivacionales.

Esta técnica tiene por objetivo motivar a los pacientes para reducir o eliminar su consumo de alcohol a través de consejos directos e información sobre las consecuencias negativas del abuso de esta sustancia, el trabajo consiste en que el terapeuta haga entender al paciente sobre la importancia de reducir su consumo. En cuanto a los resultados, los pacientes con patrones de consumo excesivo reflejan una disminución considerable en su ingesta, sin embargo, esto no sucede con aquellos quienes presentan dependencia a la bebida (Martín, 2008).

5.2.2.3.6 Extensión de los tratamientos cognitivo – conductuales.

La terapia cognitivo conductual básica es una aproximación de tratamiento individualizado, es decir, que el foco de atención, recae en la persona a quien se ha catalogado como la del problema, por lo que, el agente de cambio es el mismo individuo, aún cuando se ha identificado que los antecedentes y consecuencias de su abuso/dependencia al alcohol, se relaciona con factores sociales e interpersonales que involucran a familiares y amigos.

En el caso de las extensiones de la terapia cognitivo conductual, se siguen con los principios de la terapia cognitivo conductual básica (terapia de pareja, manejo de contingencias y reforzamiento comunitario y prevención de recaídas), lo que cambia es el enfoque del individuo, donde pasa de ser el único en la solución a una relación diádica, por lo que en este tipo de tratamientos se incluye el apoyo de la pareja, familiares y comunidad (Connors, Maisto y Ronda, 2008).

5.2.2.3.7 Prevención de recaídas.

Los programas de tratamiento en prevención de recaídas, basados las teorías del aprendizaje social y el concepto de autoeficacia de Bandura, tienen por objetivo, la prevención de reincidencias en los tratamientos para la disminución o eliminación del consumo de alcohol. De acuerdo con Monasor, Jiménez y Palomo (2003), en este tipo de procedimiento se enseña al paciente a prevenir recaídas en su problema de alcohol. Dentro de las herramientas claves para el funcionamiento exitoso de esta técnica, se encuentran las *habilidades de afrontamiento* de las personas para las situaciones de riesgo, las intervenciones motivacionales y la desensibilización sistemática.

Algunos de los temas a tratar en este tipo de tratamiento son; discusión de la ambivalencia del paciente, es decir, aclarar los beneficios, ventajas y ganancias de continuar con la abstinencia contra las desventajas y pérdidas de continuar bebiendo; identificación de desencadenantes emocionales y ambientales del deseo y consumo de alcohol, esto es, hablar sobre aquellas sensaciones que el abandono del alcohol puede provocar, entre las cuales se puede encontrar la verdadera razón por la cual la persona comenzó su ingesta; desarrollo de habilidades para afrontar el estrés interno y externo, de tal manera que pueda enfrentar de manera asertiva las diversas situaciones de riesgo; análisis de las consecuencias del consumo, con la finalidad de concientizar al paciente de lo que ha ganado y podría llegar a perder en caso de reincidir; y finalmente el aprendizaje de los episodios breves de recaída para que la prevención sea eficaz (Monasor, Jiménez y Palomo, 2003).

5.2.2.3.8 Terapia de pareja

Basados en la suposición de que las personas que provienen de familias unidas y funcionales tienen menor riesgo de consumir alcohol de manera problemática, el objetivo de esta terapia es que el familiar, amigo o pareja del bebedor, influya de manera positiva al reforzar la abstinencia o moderación del consumo de alcohol. Los mecanismos de acción a trabajar en este tipo de tratamientos es el cambio en

su percepción de autoeficacia, mejoramiento en las habilidades de afrontamiento y la relación de pareja (Connors, Maisto y Ronda, 2008).

La terapia de pareja se da, cuando en la relación se presentan problemas a causa del abuso o dependencia al alcohol en alguno de los cónyuges, aunque también se ha empleado en otras relaciones cercanas, como parejas que conviven sin estar casadas, padre, madre, hermano, familiar o amigo de algún bebedor con el que han convivido por lo menos un año, es importante mencionar que, en general la persona que acompaña al bebedor a terapia, no tiene algún problema respecto a su manera de beber, sin embargo, en la actualidad se han encontrado reportes de trabajos donde ambos pacientes presentan problemas con el uso de alcohol o drogas.

5.2.2.3.9 Manejo de contingencias y refuerzo comunitario

Otra extensión se la terapia cognitivo conductual, es el manejo de contingencias y refuerzo comunitario (CR, por sus siglas en ingles), el cual intenta involucrar en el tratamiento ya no solo al individuo, pareja y familiares de la persona con problemas de alcohol, por el contrario, visualiza incluir un nivel más arriba, un sistema social, entendiendo por sistema, distintos tipos y factores sociales tales como: practicas y normas en cuanto al control de consumo de alcohol.

5.2.2.3.10 Tratamiento escalonado.

Basado en los principios del modelo cognitivo conductual, surge la atención escalonada, que adaptada a los problemas de dependencia al alcohol, es un tratamiento que promete resultados exitosos en relación a la adherencia al tratamiento y la disminución de consumo de alcohol, por ello se debe seleccionar en base a los tres principios fundamentales (Aparicio, Medina, Quiroga y Sánchez, 2007):

- *Tratamiento individualizado*, en este tipo de tratamiento, la atención que se brinda debe ser acorde no solo a la problemática que enfrente la persona, si no, también, se deben considerar al algunos otros factores como las creencias, recursos del cliente y terapéuticos disponibles.

- La *Información actualizada*, requisito indispensable para la práctica de este tratamiento. Es cierto que el conocimiento y disponibilidad varía de acuerdo al lugar, teniendo como consecuencia que algunos países cuentan con información de vanguardia, mientras otros apenas conocen del tema, sin embargo, es obligación del terapeuta informarse y actualizarse, de tal manera que conozca el estado del arte y así pueda apoyar al paciente de forma adecuada.
- El tratamiento deberá tratar de eliminar las restricciones, es decir, se evitarán las prohibiciones en el margen de lo posible, entendiendo por estas restricciones no sólo a los efectos físicos del tratamiento sobre el cliente, sino también, las restricciones sobre el estilo de vida y recursos del paciente. Es importante mencionar que este es uno de los puntos clave del éxito para la adhesión, por lo que los tratamientos más intensos se reservan para los problemas más extremos.

Aparicio, Medina, Quiroga y Sánchez (2007), mencionan la existencia de cinco variables con validez empírica de eficacia en los tratamientos para la dependencia al alcohol, las cuales se sugieren tomar en cuenta al momento de realizar cualquier programa de intervención. A continuación se explica cada una de ellas:

- Entre los múltiples efectos del abuso y dependencia del consumo de alcohol se encuentran el problema de **deterioro neuropsicológico**, el cual se encuentra estrechamente ligado a la respuesta diferencial (éxito-fracaso), a las alternativas de tratamiento. Algunos de los estudios demuestran la relación existente entre el deterioro neuropsicológico y el éxito de los tratamientos, sosteniendo que a mayor deterioro menor es el resultado del tratamiento.
- Otra de las variables que dan resultados diferenciales a los tratamientos, es la **severidad del problema**, dado que, es un factor clave para indicar las necesidades del paciente, estudios sobre tratamientos intensivos v/s tratamientos mínimos en bebedores severos, demuestran que la rigidez del tratamiento debe ser acorde al problema, por lo que se debe poner suma

importancia en identificar y diferenciar la intensidad del programa en base a la estado del problema.

- El papel que juega la **historia familiar de problemas de alcohol** en un individuo.
- Centrarse únicamente en el problema de la dependencia del alcohol al momento del tratamiento, puede resultar poco beneficioso, por el contrario, al considerar **otros problemas asociados**, parece ofrecer mayor y mejores resultados.
- **Las metas de tratamiento** son necesarias al momento de realizar cualquier tipo de procedimiento.

Considerar este conjunto de variables, hace referencia a un mayor éxito en los programas de intervención, dado que, se llevan a cabo tratamientos específicos para problemas determinados, con características propias que se adaptan al paciente, mas no él al tratamiento, para ello, el paciente es evaluado por medio de una entrevista diagnóstica-prescriptiva y acorde a los resultados y el método de atención escalonada, se determina el tratamiento específico a seguir.

APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS COGNITIVOS CONDUCTUALES EN EL TRATAMIENTO DEL USO Y ABUSO DEL ALCOHOL.

6.1 Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber.

Dentro de la amplia gama de programas para el control del abuso y dependencia al consumo de alcohol, se encuentra ***“El manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber”*** el cual, es una guía de tratamiento para consumidores problema (abuso), que no dependen del alcohol, pero desean modificar su manera de beber, su aplicación se ofrece para consulta externa, ya sea de manera individual o grupal y se denomina de autocontrol, porque, aunque está orientado por el terapeuta, el paciente es quien establece sus propias metas de tratamiento.

Con base en los fundamentos de la terapia cognitiva-conductual, ***El manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber***, es una aproximación de intervención motivacional para personas con dificultad para controlar su manera de beber y desean responsabilizarse de su vida y su consumo de alcohol.

El tratamiento está constituido por:

Sesión de inicio

Objetivos:

1. Que el paciente realice la evaluación de su patrón de consumo por medio del llenado de los instrumentos correspondientes. (ANEXO 1), (ANEXO 2), (ANEXO 3), (ANEXO 4), (ANEXO 5), (ANEXO 6), (ANEXO 7).
2. Que el paciente conozca su estado de salud, mediante la realización de una evaluación médica.
3. Que el paciente realice el compromiso con el terapeuta para participar en el programa, por medio de la firma de la carta de consentimiento.

Sesión 1.

Objetivos:

- Que el paciente conozca el panorama general del programa de tratamiento.
- Que el paciente realice el primer establecimiento de metas.
- Que el paciente identifique las razones por las que solicito ingresar al servicio terapéutico.
- Que el paciente realice un balance decisional sobre los costos y los beneficios de continuar con su consumo problemático o de cambiarlo por uno moderado, o bien, votar por la abstinencia.

Sesión 2.

- Que el paciente identifique situaciones y consecuencias de alto riesgo del consumo excesivo de alcohol.
- Que el paciente identifique sus fuerzas y sus recursos.

Sesión 3.

- Que el paciente realice su propio plan de acción por medio de conductas alternativas a un consumo excesivo.

Sesión 4.

- Que el paciente identifique situaciones probables de alto riesgo que se le pueden presentar en el futuro.
- Que el paciente establezca su segundo establecimiento de y solicite sesiones adicionales si lo considera necesario.
- Que el paciente realice un resumen del programa proporcionando una opinión de él mismo.

CONCLUSIONES

Querer es poder, es una frase que con frecuencia podemos escuchar, sin embargo, esto no siempre es posible y menos cuando se habla de una adicción, de dependencia a alguna sustancia como lo es el alcohol. La conducta de beber no es una actividad nueva, por el contrario es tan antigua como el hombre mismo, en la actualidad el alcohol se puede encontrar en diferentes presentaciones, así como en una amplia variedad de escenarios, el bombardeo publicitario y la “aceptación” social lo hacen una sustancia totalmente disponible. Es verdad que consumir alcohol no produce algún problema en lo absoluto, mas, esto cambia cuando la persona lo hace de manera peligrosa (abuso) o sin control (dependencia) y es en ese momento cuando la frase *querer es poder*, pierde su sentido y entra el *querer no es poder*, tal como lo menciona el título de un libro, él cual trata precisamente dicha problemática.

Hablar de abuso o dependencia al alcohol es hablar de enfermedad, con síntomas y secuelas específicas, de tal forma que no basta con que la persona “quiera cambiar”, se necesita de un equipo multidisciplinario que trabaje de forma interdisciplinaria para el beneficio del paciente. Existe una serie de tratamientos para la atención al abuso y dependencia del alcohol, sin embargo, los resultados no siempre son los esperados, la recuperación no se logra y cuando se alcanza, la recaída aparece y no solo eso, el problema se agrava.

Si bien es cierto que uno de los factores para que un tratamiento alcance sus mejores resultados, es la completa disponibilidad de cambio por parte del paciente, también es verdad, que cada paciente es único, por lo que su problema con el consumo de alcohol también lo será, de tal manera que es imposible ajustar a una persona a un tratamiento estructurado, donde lo más probable es que sus necesidades difieran a las del tratamiento aún cuando la meta final sea la misma, la abstinencia.

Dentro de los métodos más actuales y con éxito en algunas áreas como hipertensión y nutrición, se encuentra el modelo de atención escalonada, quien promete ser una útil alternativa en el campo de las adicciones, dado que su

metodología es individualizada, exige al terapeuta estar actualizado e intenta eliminar el mayor número de restricciones que pudiesen obstaculizar la recuperación (Aparicio, Medina, Quiroga y Sánchez, 2007). El manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber, es un programa que, aunque no se rige bajo los lineamientos de la atención escalonada, es un tratamiento motivacional que permite al paciente establecer sus propias metas acorde a sus necesidades, situación que hace único a cada programa y elimina un alto porcentaje de variables que pudiesen dificultar la adherencia, de igual manera, obliga al terapeuta a tener un amplio conocimiento sobre el tema del uso y abuso del alcohol, así como de trabajar de forma conjunta con otros profesionales de la salud (médicos) para atender la problemática.

Expertos en la teoría y práctica en el campo del abuso y dependencia al alcohol, afirman que para obtener mejores resultados en la disminución del consumo de la bebida y aumento en la sobriedad, es necesaria la utilización de toda una gama de herramientas de tratamiento, no solo de aquellas que pertenecen al marco bajo el cual se trabaja, si no todas aquellas que permitan al paciente alcanzar sus metas, por lo que el eclecticismo es una opción recomendada, no obstante, la terapia cognitivo-conductual es un modelo que posee técnicas para trabajar no solo con la persona problemática “abusador”, “dependiente” o “alcohólico”, sino también con la pareja, familia y personas más allegadas.

Es importante tener en cuenta que aunque a lo largo del tiempo se ha considerado a la persona que abusa o depende del alcohol como la única enferma, también la familia y el entorno lo es, dado que permite el mantenimiento de la conducta, por lo que modificar tan solo el comportamiento del alcohólico podría no ser suficiente al momento de evaluar la permanencia de los cambios.

El presente trabajo tuvo por objetivo recolectar la información más actualizada sobre el tema del abuso y dependencia del alcohol y una vez con ella, realizar una propuesta de intervención para la dependencia del alcohol. Tomando como referencia *El manual de autoayuda para personas con problemas en su*

forma de beber y con base en la información encontrada, es importante considerar que:

- 1) El trabajo con el paciente que abusa o depende del alcohol es una tarea necesaria e indiscutible, no se puede obtener resultado alguno sin tratar al paciente, sin embargo, extender el trabajo con las personas que lo rodean como: pareja, familia y amigos, indudablemente podría ayudar a una mayor adherencia y permanencia en los cambios, el refuerzo comunitario como estrategia, facilita los cambios en la conducta de beber así como para su subsistencia (Connors, Maisto y Ronda, 2008).
- 2) Si tomamos en cuenta a la familia como parte importante para ayudar en el proceso de cambio de la conducta del consumo de alcohol, también es necesario considerarla como parte del problema, de tal manera que no solo se necesita su apoyo, sino también un tratamiento que los ayude a acabar con su codependencia. El tratamiento de la codependencia es un importante aspecto a considerar, tanto para la adherencia al programa como permanencia de los cambios.
- 3) Si bien, algunos programas de tratamiento incluyen dentro de sus alternativas el internamiento, el uso de El manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber como herramienta no permite dicha opción al ser una programa ambulatorio, sin embargo, una sesión de inicio y cuatro de tratamiento, parecen no alcanzar a cubrir los aspectos deseados, por lo que se sugiere un incremento de sesiones, en las cuales se pueda entrenar constantemente al paciente a afrontar de manera asertiva posibles situaciones peligrosas, de tal manera que se logren desensibilizar algunas conductas y se fortalezca el autocontrol.
- 4) Intentar abordar el problema de abuso o dependencia al alcohol desde una sola perspectiva, es una opción que no promete resultados exitosos, por el contrario, disminuye la velocidad y calidad de los cambios, aumenta posibles restricciones y afecta directamente al paciente al dejarlo padecer los efectos de su consumo de alcohol. Es importante que los profesionales de la salud, médicos, psicólogos y

consejeros, trabajen de manera multi e interdisciplinaria, aceptando cada uno sus debilidades y fortalezas en el tema en pro del paciente.

- 5) El comportamiento del consumo de alcohol no es una conducta sencilla, por el contrario, es una conducta compleja que exige la utilización de diversas técnicas y estrategias, por lo que el eclecticismo es una opción siempre y cuando se conozca cuales son los fundamentos, manejo, alcances y limitaciones de dichas técnicas.
- 6) Es importante hacer hincapié en el existente debate sobre si la dependencia al alcohol es curable o no, dado que, aunque la conducta observable “consumo” disminuya temporalmente, el deseo es una amenaza latente y que como cualquier otra puede regresar en cualquier momento, por lo que, la creación de redes de apoyo, son una buena opción para el mantenimiento de los cambios, donde entre los mismos miembros se brinden apoyo, compartan experiencias y desarrollen e impulsen habilidades.

Aunque el avance en la información sobre el tema de abuso y dependencia al alcohol ha y es estudiado por diversos especialistas del área de la salud, se ha establecido como una enfermedad con síntomas claros, especificados en el DESM IV y CIE 10, el trabajo en esta área tiene mucho camino por recorrer, es necesario comunicar a las personas que la dependencia a esta sustancia como a otras drogas, tiene tratamiento, que no es tarea fácil, pero existen alternativas y una vez que el paciente haya dado el primer paso, es responsabilidad del equipo de trabajo guiarlo, auxiliarlo y brindarle la mejor atención para lograr su cambio y mejorar su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA.

- Aparicio. C., Medina. M., Quiroga. H y Sánchez. J. (2007), Desarrollo de un Modelo Cognitivo-Conductual Motivacional de Atención Escalonada para Estudiantes Universitarios con Problemas de Alcohol [Versión electrónica], Rev. Latinoam. Psicol., 39 (3), 563 – 577.
- Ayala, V., Cárdenas, L., Echeverría, S. y Gutiérrez, L. Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber, México, UNAM, Facultad de psicología, 1998.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (1995, citado en Valdez, J. 2005). El consumo de alcohol en estudiantes del Distrito Federal y su relación con la autoestima y la percepción de riesgo. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Caballo, V. (2008). Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta. Madrid: Siglo XXI.
- Chávez, E., Musayón, Y., Sánchez, E. y Torres, C. (2005) Factores de riesgo del consumo de bebidas alcohólicas en escolares de educación secundaria. [Versión electrónica], Investigación y Educación en Enfermería, 23 (1), 54- 67.
- Connors, G., Maisto, S. y Ronda, D. (2008). Trastornos por consumo de alcohol. México: Manual Moderno.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones (2011) Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas: Actualización 2011-2012. Recuperado el 28 de mayo de 2012, de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/abuso_de_bebidas.pdf

Consejo Nacional Contra las Adicciones (2008). Prevención de adicciones. Guía para el comunicador. Recuperado el 23 de abril del 2012, de: http://www.conadic.salud.gob.mx/interior/cirt_alcohol.html

Consejo Nacional Contra las Adicciones (s.f). Adicciones: Consecuencias a corto y largo plazo asociadas al consumo de sustancias adictivas. Recuperada el 28 de mayo de 2012, de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/nv1e_folletosecuencias.pdf

Consulta Mitofsky (2009). Consumo de bebidas alcohólicas en México. Recuperada el 28 de mayo de 2012, de: http://www.vanguardia.com.mx/diario/archivo/20091201_na_alcohol.pdf

Dávila, E., Dávila, E., Jurczuk, I., Melgar, E. y Romero, A. (2008). Protocolo de tratamiento del Síndrome de Abstinencia Alcohólica [Versión electrónica], Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, 14 (3), 20 -29.

Díaz. G (2008). Prevención de adicciones. Guía para el comunicador. Recuperado el 23 de abril del 2012, de: http://www.conadic.salud.gob.mx/interior/cirt_alcohol.html

Encuesta Nacional de Adicciones (2011). Alcohol, Recuperada el 27 de Noviembre de 2012, de: http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/ENA_2011_ALCOHOL.pdf

Estruch, R. (2002). Efectos del alcohol en la fisiología humana. [Versión electrónica], Adicciones, 14(1) 43-61.

García. S., Medina. M., Real. T. y Rojas. E. (2011). Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México [Versión electrónica], Salud Mental, 34, 351-365.

International Center for Alcohol Policies (2008). Patrones del consumo de alcohol y consecuencias para la salud: panorama general. Recuperado el 22 de mayo de 2012, de: http://www.icap.org/Portals/0/download/all_pdfs/Policy%20Tools/Spanish%20-%20Overview%20-%20Drinking%20Patterns%20and%20Health%20Outcomes.pdf

International Center for Alcohol Policies (2009). Factores determinantes del consumo de alcohol. Recuperada el 4 de octubre de 2012, de: <http://www.icap.org/LinkClick.aspx?fileticket=AG3p0J34i0E%3D&tabid=101>

International Center for Alcohol Policies (2010). Conducción bajo los efectos del alcohol. Recuperada el 4 de octubre de 2012, de: <http://www.icap.org/LinkClick.aspx?fileticket=Mqq4Wq391LM%3d&tabid=101>

Jiménez, M., Ponce, G. y Rubio, G. (2003). Tratamiento farmacológico de la dependencia alcohólica, [Versión electrónica], Trastornos Adictivos, 5 (1), 27 – 32.

Kabla Comercial (s.f). La importancia de prevenir el uso de alcohol en la empresa. Recuperado el 15 de octubre de 2012, de: <http://www.empresasindrogas.com/descargas/recursos/alcoholimetro-boletin-med.pdf>

León, B. (2010). La alcoholización como proceso biosociocultural en comunidades mazahuas del Estado de México. Tesis de doctorado, Escuela Nacional de Antropología e Historia. México.

Magallón, T. y Robazzi, M. (2005). Consumo de alcohol en trabajadores de una industria en Monterrey, México [Versión electrónica], Revista Latino-Americana de Enfermagem, 13, 819-826.

Martin, L. (2002). Tratamientos Psicológicos. Adicciones [versión electrónica]: 14 (1).

Monasor, R., Jiménez, M. y Palomo, T. (2003). Intervenciones psicosociales en alcoholismo. [Versión electrónica], *Trastornos Adictivos*, 5 (1), 22-26.

Montero, F. (2006). Aspectos psicosociales de la dependencia del alcohol en la mujer. Estudio comparativo entre hombres y mujeres. [Versión electrónica], *Salud y drogas*, 6 (2), 197-214.

Organización Mundial de la Salud (2004). *Glosario de Términos de Alcohol y Drogas*. Recuperado el 5 de marzo de 2012, de: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud (2012). *Celebración del Día Mundial de la Salud 2012*. Recuperado el 15 de abril de 2012, de: http://new.paho.org/mex/index.php?option=com_content&task=category§ionid=96&id

Organización Panamericana de Salud (2008). *Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas*. Recuperada el 24 de junio de 2012, de: http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf

Pastor, P. (2002). Imagen social de las bebidas alcohólicas. [Versión electrónica], *Adicciones*, 14 (1), 115-122.

Pereyra, H. y Arellano, V. (2010). *Tratamientos exitosos para el abuso y dependencia al alcohol*. En Moreno, K. y Cuevas, J. (Ed.), *los jóvenes y el alcohol en México. Un problema emergente en las mujeres* (pp.157-190) Mexico, D.F: Centros de Integración Juvenil.

Rosenberg, M. y Lerman, A. (2003). *Psicología Fisiológica*. Madrid: Mc Graw Hill

Valdez. J (2005) El consumo de alcohol en estudiantes del Distrito Federal y su relación con la autoestima y la percepción de riesgo. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.

ANEXOS.

Lectura 1:

Balance decisional.

Usted está iniciando un programa de tratamiento el cual requiere que tome algunas decisiones y que las lleve a cabo. Nosotros le ayudaremos a lo largo del programa, pero depende de usted elegir, con base en el diagrama que le presentamos en la tarea 1, su propio camino y responsabilizarse de sus decisiones.



Ambivalencia

Los negativos al ingerir alcohol pesan más.

Los positivos al ingerir alcohol
pesan más que los positivos.

Es tiempo para cambiar

No es tiempo para cambiar

Estas lecturas lo ayudaran a:

1. Identificar situaciones que lo puedan conducir a abusar del alcohol.
2. Tener consciencia de las decisiones que tome y de las consecuencias que estas tendrán.
3. Pesara acerca de los pros y contras que tienen para usted el uso del alcohol.
4. Pensar en lo que significa para usted su decisión de cambiar su consumo problemático de alcohol.

Antes de continuar sería conveniente que conociera dos términos que se usarán en este programa: valorar las decisiones y las consecuencias.

- Valorando las decisiones: cuando usted va tomar una decisión considera los pros y los contras de lo que va a hacer, ya sea decidir ir al trabajo, casarse o cesar el consumo excesivo de alcohol. Usted podría estar abusando del alcohol porque cree que los beneficios son más que al dejarlo o reducirlo. Es importante señalar que lo que pueda ser un pro o contra para usted, puede ser diferente para alguien más. Valorar decisiones involucra elecciones personales, por lo que es normal tener sentimientos ambivalentes.
- Consecuencias: Éstas son el resultado de su consumo de alcohol, las consecuencias pueden ser tanto negativas como positivas, por ejemplo, a corto plazo, el uso de alcohol puede ayudarlo a relajarse, pero a largo plazo esta conducta podría arruinar sus relaciones o afectar su trabajo.

Sorprendentemente, muchas personas son capaces de solucionar su problema de consumo excesivo de alcohol sin tratamiento. Cuando a estas personas se les pregunta cómo lograron este cambio, responden que “simplemente lo decidieron”. Las siguientes son descripciones de usuarios que tomaron la decisión de cambiar y tuvieron éxito.

Usuario 1.- Evaluó los pros y contras de su forma de beber e hizo un listado de todos ellos. Cuando terminó su evaluación, se dio cuenta de que los problemas en su trabajo, familia y salud habían aumentado. El motivo que lo impulsó a dejar de beber fue que su hijo lo llamará “borrachin”

Usuario 2.- Se dio cuenta de que los eventos negativos, sentía que su vida se destrozaba; salud, trabajo y vida personal. El año anterior a que se resolviera su problema de alcohol, observó que la bebida le estaba quitando lo mejor de su persona.

Usuario 3.- Una mujer se miraba al espejo mientras tomaba unas copas en un bar. Evaluó los efectos negativos que tenía el alcohol sobre su vida; problemas de autoestima, económicos y de inseguridad laboral. Además consideró que ya no era una mujer muy joven, estaba por cumplir los 50 años.

Estos fueron algunos elementos que le permitieron decidir renunciar a la bebida de manera intempestiva. Durante las siguientes semanas observe las balanzas, la que esta en medio está equilibrada, los pros y los contras de tomar alcohol son iguales. Lo que indica que nada presiona a la persona a cambiar su actual comportamiento. Si añadimos peso a cualquier lado de la balanza ocurrirá un desequilibrio.

- Para cambiar, se necesita inclinar la balanza. Evalué personalmente su problema, de manera que los aspectos negativos sobrepase a los positivos.
- Este proceso es llamado balance decisional, lo hacemos todo el tiempo: valoramos aspectos positivos y negativos del comportamiento que queremos cambiar.
- Tomar la decisión de beber o no y en qué cantidades, es lo mismo que tomar cualquier otra decisión.

El beber ha llegado a ser la parte más importante en su vida y usted podría pensar que dejarlo podría ser como dejar a un buena amigo. Tiene que valorar el costo y beneficio real de continuar haciéndolo.

Cuando realice un balance decisional pregúntese: ¿Qué puedo perder o ganar al seguir bebiendo?, recuerde que lo que puede ser un beneficio para usted, puede no serlo para otros, también lo que antes era un beneficio puede no serlo ahora. En algún momento al consumir alcohol pudo haber recibido un beneficio real (relajación, diversión, reducción del estrés), sin embargo, al estar leyendo esta lectura, está reconsiderando esos beneficios y está considerando los costos de su conducta.

Considere estos tres puntos:

- Usted es el único que puede decidir cuál es el costo que la bebida deja sobre su persona.
- El cambio es elección personal.
- Tiene que decidir cuándo es suficiente.

Pregúntese

¿Qué tendrá que hacer para inclinar la balanza y cambiar su problema?

Durante el balance decisional, es común sentir ambivalencia, el sentimiento de indecisión es normal, su recuperación debe pensarla como una meta a largo plazo, en su camino hacia la meta (por ejemplo, dejar de consumir alcohol en exceso) encontrará encrucijadas donde tendrá que tomar decisiones, todas las personas que se aventuran a hacer cambios, encuentran retos en el camino. Algunos retos serán difíciles, otros no, lo importante es su grado de compromiso.

Practicando el cambio

- Ahora usted debe estar listo para identificar los costos y beneficios de su consumo de alcohol.
- Los siguientes dos días dedique algunas horas a examinar cuidadosamente los aspectos positivos y negativos de su consumo.
- Escoja un momento en que no esté alterado o distraído y enliste seria y honestamente las consecuencias de su consumo.
- Si tiene algún sentimiento ambivalente ahora, recuerde que es normal. Relájese, tome su tiempo y no se apresure a realizar este ejercicio.
- Su problema de alcohol no se desarrolla de la noche a la mañana, le tomará tiempo examinar los beneficios y costos.
- Cuando decida que está listo, complete las tareas asignadas y llévelas la siguiente sesión.

ANEXO 2

TAREA 1.

Antes de realizar la tarea usted debe leer “balance decisional” (lectura 1). La tarea consta de dos partes, es importante llenarla completamente y traer las formas en la primera sesión. Si usted olvida llenar estas formas o traerlas, tendrá que hacerlo antes de la sesión para que ésta pueda iniciar. Al inicio de cada ejercicio, por favor anote sus datos tal como se indica.

Por favor pase a la primera tarea.

Tarea 1. Parte 1

Razones para cambiar

Nombre del paciente _____

Estudio _____ Número de expediente _____

Sesión _____ Fecha _____

Las razones más importantes por las que quiero cambiar mi problema de consumo de alcohol son:

1. _____

2. _____

3. _____

Tarea 1. Parte 2

Decisiones para cambiar

Una de las actividades que pueden ayudarlo a realizar un cambio en su consumo, es hacer una lista de todos los beneficios y los costos que se relacionan con

cambios en el consumo, así como también los beneficios y los costos en caso de continuar bebiendo. Debido a que en la siguiente sesión se discutirán los pros y contras del consumo de alcohol, es importante que realice la tarea y la traiga con usted la próxima sesión.

Use las hojas anexas para hacer una lista de los pros y contras para cambiar su consumo, así como los pros y contras de continuarlo. El siguiente es un ejemplo de cómo completar el ejercicio.

	Cambiar mi consumo	Continuar consumiendo
B	Sentir que tengo control sobre mi vida.	Ayudar a relajarme.
e		Sin síndrome de abstinencia.
n	Apoyo para mis familiares y amigos.	Sentirme bien al beber.
e		Placer por beber.
f	Disminuir mis problemas en el trabajo.	
i		
c	Mejorar mi presupuesto.	
i		
o	Mejorar mi salud.	
s		
s	Mayor control sobre mi comportamiento.	
d		
e		
:		

C o s t o s d e :	No tener una manera de relajarme. Sentirme más deprimido. Pérdida de excitación Disminuir el placer que obtengo al tomar alcohol.	Desaprobación de amigos y compañeros de trabajo. Problemas económicos. Problemas familiares. Podría perder mi trabajo. Rompimiento de relaciones.
---	---	--

Hoja de cambio decisional.

Nombre del paciente _____

Estudio _____ Número de expediente _____

Sesión _____ Fecha _____

	Cambiar mi consumo	Continuar consumiendo
--	---------------------------	------------------------------

B e n e f i c i o s d e :		
C o s t o s d e :		

ANEXO 3

Explicación del establecimiento de metas.

El objetivo de este programa está dirigido a que usted aprenda a controlar su consumo de alcohol, para este propósito necesita establecer cuantas copas puede tomar sin que tenga problemas por su consumo y evaluar semana tras semana cual es el resultado de ese “tope” que se propuso.

1. En el momento de establecer sus metas es importante considerar los siguientes puntos:

La meta debe ser establecida, es decir, usted mismo debe determinar cuántas copas tomará (cada semana usted evaluará y decidirá cambiar el número de copas que ingerirá, considerando que el objetivo final es un consumo moderado).

La meta debe ser realista (¿También considera la abstinencia?, ¿Especifica las condiciones y los límites?).

Se deben relacionar los datos del auto monitoreo con el establecimiento de límites con el fin de modificarlo si es necesario, para ello es importante realizar su registro de auto monitoreo diariamente y llevarlo a cada sesión.

Los límites de consumo recomendados deben ser bajos, tres o menos copas por día y no más de cuatro días por semana. Máximo una copa por hora, hay que evitar tomar en situaciones de alto riesgo.

Se recomienda dejar pasar 20 minutos entre copa y copa consumida (procedimiento de parar y pensar). El cambio de meta nunca debe hacerse cuando se está tomando o preparándose para tomar, por el contrario, debe hacerse tras una consideración cuidadosa y en situaciones de sobriedad.

2. Para evaluar la posibilidad de la meta de abstinencia se debe preguntar:

- a) ¿Ha sido capaz de tomar menos y sin problemas, especialmente durante el último año? (véase pregunta de la tarea 1), si no, ¿Por qué cree que esto se puede lograr ahora?
- b) ¿Ha sido fácil para usted no tomar o tomar una o dos copas y luego parar?

3. Para reconocer que las personas que han tenido problema con el alcohol han adquirido tolerancia considerable hacia este, pregúntese:

- a) ¿Ha sido afectado al ingerir pequeñas cantidades de alcohol? Si es así, debe considerar una meta que le permita tomar sin sentirse intoxicado.
- b) Desear intoxicarse con frecuencia es una señal de alto riesgo en donde el alcohol debe ser evitado.

Establecimiento de metas

Nombre del paciente _____

Estudio _____ Número de expediente _____

Sesión _____ Fecha _____

En esta forma se describe la meta sobre su consumo de alcohol para las siguientes tres semanas, intente no tomar o hacerlo solo de cierta manera y bajo ciertas condiciones, no se sienta atado a ninguna meta que anteriormente haya logrado como parte del programa

¿Cuál es su meta ahora? _____.

Si en su meta está considerado tomar, describa la cantidad de alcohol y las circunstancias en que lo hará.

Para las siguientes tres semanas es: (marcar solo una).

- a) ____ No tomar nada. (codificar 1) Si marcó esta meta pase a la pregunta 2.
- b) ____ Solo tomaré de cierta manera (codificar 2) Continúe con las preguntas.
 - I. En un día normal, yo tomaré ____ copas estándar durante el curso del día.
 - II. Yo planeo no tomar más de ____ copas estándar durante el curso de cualquier día. Este será mi límite.
 - III. En el curso de una semana promedio (7 días) yo planeo tomar no más de ____ días.

Si planea tomar menos de una vez a la semana, anótelo aquí _____ (codificar 8)

Yo planeo tomar bajo las siguientes condiciones.

Yo no tomaré bajo las siguientes condiciones

La gente generalmente tiene muchas cosas que le gustaría cambiar en sus vidas. Cambiar la conducta de beber puede ser una de estas cosas. Usted ya ha descrito su meta para beber en los siguientes seis meses, de acuerdo con esa meta, conteste lo siguiente:

1.- en este momento. ¿Qué tan importante es que logre la meta establecida?
Conteste esta pregunta escribiendo un número del 0 al 100 en el espacio diseñado abajo, usando la siguiente escala como guía:

0 Nada importante.	25 Menos importante que la mayoría de las otras cosas que me gustaría cambiar	50 Tan importante como la mayoría de cosas que me gustaría cambiar.	75 Más importante que la mayoría de cosas que me gustaría lograr.	100 La más importante de todas las cosas en mi vida.
--------------------------	---	--	--	---

Escriba el puntaje de su meta aquí _____

2.- en este momento ¿Qué tan confiado se siente en lograr la meta establecida?
Conteste esta pregunta escribiendo un número del 0 al 100 en el espacio diseñado abajo, usando la siguiente escala como guía:

0 Nada importante.	25 Menos importante que la mayoría de las otras cosas que me gustaría cambiar	50 Tan importante como la mayoría de cosas que me gustaría cambiar.	75 Más importante que la mayoría de cosas que me gustaría lograr.	100 La más importante de todas las cosas en mi vida.
--------------------------	---	--	--	---

Escriba su puntaje de confianza _____

ANEXO 4

Explicación del talonario de auto registro

El objetivo de este talonario es que usted anote su consumo de alcohol diariamente para que tenga un control sobre la cantidad y el tipo de bebidas alcohólicas que acostumbra tomar.

De este modo, al iniciar el proceso de autocontrol para reducir la ingesta, es posible evaluar si se está teniendo éxito o no, observando los registros diarios durante un tiempo determinado. Es por esto que los registros deben llenarse diariamente y si es posible inmediatamente después de haber tomado alguna bebida con alcohol.

La manera de llenarlo es la siguiente.

En la parte superior izquierda se anota cual es el límite de copas que decidió tomar durante esa semana y cuantos días de dicho intervalo. En la parte izquierda se anota el día y mes que se está registrando, después se anota la cantidad de latas, copas o vasos de cada uno de los tipos de bebidas alcohólicas, en la

siguiente columna se escribe el número total de copas estándar consumidas ese día y, finalmente el número de copas que se consumieron antes de las doce del día.

Para asegurar que usted comprende cómo cubrir este componente es necesario que usted tenga el registro debidamente llenado y lo revise junto con el terapeuta señalando la parte que se está revisando.

A manera de ejemplo es importante que llene un registro con los datos que le proporciona el terapeuta. Éste debe revisarlo y corregirlo si es necesario.

Núm. copas máximas a tomar durante la semana _____					
Días máximos para tomar semanalmente _____					
Día	Mes	Cantidad de copas estándar consumidas	Tipo de bebida alcohólica	Cantidad total de copas consumidas en el día	Cantidad total de copas consumidas antes de las doce de día.

ANEXO 5

Inventario de Situaciones de Consumo (ISCA)

Fecha de entrevista: _____ Nombre: _____

INSTRUCCIONES: A continuación se le presenta una lista de situaciones o eventos en las cuales algunas personas consumen bebidas alcohólicas en exceso.

Lea cuidadosamente cada reactivo, y responda de acuerdo a su consumo durante el año pasado.

Marque:

0. Si usted **“NUNCA”** bebió en exceso en esa situación.
1. Si usted **“OCASIONALMENTE”** bebió en exceso en esa situación.
2. Si usted **“FRECUENTEMENTE”** bebió en exceso en esa situación.
3. Si usted **“CASI SIEMPRE”** bebió en exceso en esa situación.

Preguntas	Bebía en
exceso	
1. Cuando tuve una discusión con un amigo.	0 1 2 3
2. Cuando estaba deprimido.	0 1 2 3
3. Cuando sentía que finalmente todo iba por buen camino.	0 1 2 3
4. Cuando me sentía nervioso y mal de salud.	0 1 2 3
5. Cuando decidí demostrar mi fuerza de voluntad dejando de beber después de tomar 1 o 2 copas.	0 1 2 3
6. Cuando mis amigos llegaban de visita y me sentía emocionado.	0 1 2 3
7. Cuando veía un anuncio de mi bebida favorita.	0 1 2 3
8. Cuando me sentía a disgusto en la presencia de alguien.	0 1 2 3
9. Cuando alguien me criticaba.	0 1 2 3
10. Cuando alguien me invitaba a su casa y me ofrecía una copa.	0 1 2 3
11. Cuando no podía dormir.	0 1 2 3
12. Cuando quería aumentar mi placer sexual.	0 1 2 3
13. Cuando me daban como regalo una botella de mi bebida favorita.	0 1 2 3
14. Cuando me sentía muy contento.	0 1 2 3
15. Cuando volvía a estar en reuniones en donde siempre bebía.	0 1 2 3
16. Cuando me entristecía al recordar algo que me había sucedido.	0 1 2 3
17. Cuando pensaba que el alcohol ya no era un problema para mí.	0 1 2 3
18. Cuando algunas personas a mi alrededor me ponían tenso.	0 1 2 3
19. Cuando al salir con amigos éstos entraban a un bar a beber.	0 1 2 3
20. Cuando pensaba que fresca y sabrosa podía ser la bebida.	0 1 2 3
21. Cuando quería estar más cerca de alguien que me gustaba.	0 1 2 3
22. Cuando alguien en la misma habitación estaba bebiendo.	0 1 2 3
23. Cuando sentía que no tenía a quién acudir.	0 1 2 3
24. Cuando sentía que me estaba deprimiendo.	0 1 2 3
25. Cuando me sentía rechazado sexualmente.	0 1 2 3
26. Cuando estaba aburrido.	0 1 2 3
27. Cuando no era capaz de expresar mis sentimientos.	0 1 2 3
28. Cuando la gente era injusta conmigo.	0 1 2 3

29. Cuando me acordaba lo bien que sabe mi bebida favorita. 0 1 2 3
30. Cuando me sentía rechazado por mis amigos. 0 1 2 3
31. Cuando me sentía seguro y relajado. 0 1 2 3
32. Cuando veía algo que me recordaba la bebida. 0 1 2 3
33. Cuando me empezaba a sentir harto de la vida. 0 1 2 3
34. Cuando estaba confundido y necesitaba pensar más claramente. 0 1 2 3
35. Cuando me sentía solo. 0 1 2 3
36. Cuando me podía convencer que era una nueva persona que
podía tomar unas cuantas copas. 0 1 2 3
37. Cuando me estaba sintiendo el “dueño” del mundo. 0 1 2 3
38. Cuando pensaba por donde venden bebidas. 0 1 2 3
39. Cuando estaba en una situación en la que siempre bebía. 0 1 2 3
40. Cuando me sentía soñoliento y quería estar alerta. 0 1 2 3
41. Cuando estaba cansado. 0 1 2 3
42. Cuando tenía dolor físico. 0 1 2 3
43. Cuando me sentía seguro de que podía beber sólo unas
cuantas copas. 0 1 2 3
44. Cuando alguien cercano a mí estaba sufriendo. 0 1 2 3
45. Cuando comencé a pensar que nunca conocería mis límites.
respecto a la bebida a menos que los probara. 0 1 2 3
46. Cuando salí con mis amigos a divertirme y quise disfrutar más. 0 1 2 3
47. Cuando de repente me encontraba una botella de mi bebida favorita. 0 1 2 3
48. Cuando estaba platicando a gusto y quise contar una “anécdota”. 0 1 2 3
49. Cuando me ofrecían una copa y me sentía incómodo de rechazarla. 0 1 2 3
50. Cuando no le simpatizaba a algunas personas. 0 1 2 3
51. Cuando me sentía mareado o con náuseas. 0 1 2 3
52. Cuando me sentía inseguro de poder lograr lo que esperaban de mí. 0 1 2 3
53. Cuando me sentía muy presionado. 0 1 2 3
54. Cuando dudaba de mi auto-control respecto al alcohol y quería
probarlo tomando una copa. 0 1 2 3
55. Cuando parecía que nada de lo que hago me estaba saliendo bien. 0 1 2 3

- | | |
|--|---------|
| 56. Cuando otras personas interferían con mis planes. | 0 1 2 3 |
| 57. Cuando pensaba que finalmente me había curado y que podía controlar la bebida. | 0 1 2 3 |
| 58. Cuando todo estaba saliendo bien. | 0 1 2 3 |
| 59. Cuando sentía que a nadie le importaba realmente lo que me pasaba | 0 1 2 3 |
| 60. Cuando en una fiesta otras personas estaban bebiendo. | 0 1 2 3 |
| 61. Cuando me sentía inseguro y quería funcionar mejor. | 0 1 2 3 |
| 62. Cuando me sentía presionado por las exigencias de mi jefe debido a la calidad de mi trabajo. | 0 1 2 3 |
| 63. Cuando me parecía que no podía hacer las cosas que intentaba. | 0 1 2 3 |
| 64. Cuando tenía miedo de que las cosas no me iban a salir bien. | 0 1 2 3 |
| 65. Cuando me sentía satisfecho por algo que había hecho. | 0 1 2 3 |
| 66. Cuando sentía envidia por algo que había hecho otra persona. | 0 1 2 3 |
| 67. Cuando pasaba frente a un bar. | 0 1 2 3 |
| 68. Cuando me sentía vacío interiormente. | 0 1 2 3 |
| 69. Cuando estaba en un restaurante y las personas junto a mi ordenaban unas copas. | 0 1 2 3 |
| 70. Cuando me sentía muy cansado. | 0 1 2 3 |
| 71. Cuando todo me estaba saliendo mal. | 0 1 2 3 |
| 72. Cuando quería celebrar con un amigo. | 0 1 2 3 |
| 73. Cuando alguien me presionaba a demostrar que podía tomar una copa. | 0 1 2 3 |
| 74. Cuando me sentía culpable de algo. | 0 1 2 3 |
| 75. Cuando me sentía nervioso y tenso. | 0 1 2 3 |
| 76. Cuando estaba enojado respecto al curso que habían tomado las cosas. | 0 1 2 3 |
| 77. Cuando me sentí muy presionado por mi familia. | 0 1 2 3 |
| 78. Cuando algo bueno sucedía y quería celebrarlo. | 0 1 2 3 |
| 79. Cuando me sentía contento con mi vida. | 0 1 2 3 |
| 80. Cuando pensaba que realmente no dependía de la bebida. | 0 1 2 3 |

- | | |
|---|---------|
| 81. Cuando pensaba que una copa no podía hacerme daño. | 0 1 2 3 |
| 82. Cuando me divertía con mis amigos y quería que ésta aumentara. | 0 1 2 3 |
| 83. Cuando me sentía confundido respecto a lo que debía de ser. | 0 1 2 3 |
| 84. Cuando me reunía con un(a) amigo(a) y sugería tomar una copa juntos. | 0 1 2 3 |
| 85. Cuando quería celebrar ocasiones especiales como navidad o cumpleaños. | 0 1 2 3 |
| 86. Cuando tenía dolor de cabeza. | 0 1 2 3 |
| 87. Cuando no me llevaba bien con mis compañeros de trabajo. | 0 1 2 3 |
| 88. Cuando me estaba divirtiendo en una fiesta y quería sentirme mejor. | 0 1 2 3 |
| 89. Cuando de repente tenía urgencia de beber una copa. | 0 1 2 3 |
| 90. Cuando necesitaba valor para enfrentarme a alguien. | 0 1 2 3 |
| 91. Cuando quería probarme a mí mismo que podía beber pocas copas sin emborracharme. | 0 1 2 3 |
| 92. Cuando había problemas (pleitos) en mi hogar. | 0 1 2 3 |
| 93. Cuando disfrutando de una comida con amigos pensaba que una copa lo haría más agradable. | 0 1 2 3 |
| 94. Cuando tenía problemas en el trabajo. | 0 1 2 3 |
| 95. Cuando estaba a gusto con un(a) amigo (a) y quería tener mayor intimidad. | 0 1 2 3 |
| 96. Cuando mi jefe me ofrecía una copa. | 0 1 2 3 |
| 97. Cuando sentía el estómago "hecho nudo" | 0 1 2 3 |
| 98. Cuando me sentía feliz al recordar algo que me había pasado. | 0 1 2 3 |
| 99. Cuando necesitaba valor para enfrentarme a alguien. | 0 1 2 3 |
| 100. Cuando sentía que alguien estaba tratando de controlarme y quería sentirme más independiente y poderoso. | 0 1 2 3 |

ANEXO 6

Cuestionario de Confianza Situacional (CCS)

Nombre del usuario: _____ Fecha: _____

Instrucciones: A continuación se presentan ocho diferentes situaciones o eventos ante los que algunas personas tienen problemas por su forma de beber o consumir alguna droga.

Imagine que está en este momento en cada una de estas situaciones e indique en la escala, que tan seguro se siente de poder resistir la necesidad de beber en exceso o consumir alguna droga, marcando con una "X" a lo largo de la línea 0% si está INSEGURO ante esa situación o 100% si está TOTALMENTE SEGURO de poder resistir beber en exceso.

- En este momento sería capaz de resistir la necesidad de beber en exceso o consumir alguna droga en aquellas situaciones que involucran...

1. EMOCIONES DESAGRADABLES:(Por ejemplo: si estuviera deprimido en general, si las cosas estuvieran saliendo mal).

Me siento...

0%
Inseguro

100%
Inseguro

2. MALESTAR FÍSICO: (Por ejemplo: si no pudiera dormir; si me sintiera nervioso y tenso).

Me siento...

0%
Inseguro

100%
Inseguro

3. EMOCIONES AGRADABLES:(Por ejemplo: si me sintiera muy contento, si quisiera celebrar, si todo fuera por buen camino).

Me siento...

0%
Inseguro

100%
Inseguro

4. PROBANDO MI CONTROL SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS (Por ejemplo: si pensara que ya no tengo problemas con el alcohol o con drogas; si me sintiera que puedo fumar sólo pocos cigarros o que puedo controlar mi consumo de cigarros).

Me siento...

0%
Inseguro

100%
Inseguro

5. NECESIDAD FÍSICA (Por ejemplo: si tuviera urgencia de beber o usar drogas, si pensara que rico es beber alcohol).

Me siento...

0%
Inseguro

100%
Inseguro

6. CONFLICTO CON OTROS (Por ejemplo: si tuviera una pelea con un amigo; si no me llevara bien con mis compañeros de trabajo).

Me siento...

0%
Inseguro

100%
Inseguro

7. PRESIÓN SOCIAL (Por ejemplo: si alguien me presionara a fumar o utilizar drogas; si alguien me invitara a su casa y me ofreciera una copa o droga).

Me siento...

0%
Inseguro

100%
Inseguro

8. MOMENTOS AGRADABLES CON OTROS (Por ejemplo: si quisiera celebrar con un amigo, si me estuviera divirtiendo con un(a) amigo(a) y quisiera sentirme mejor).

Me siento...

0%
Inseguro

100%
Inseguro

ANEXO 7

Cuestionario de Consecuencias de Consumo.

Esta escala tiene como propósito analizar las consecuencias de su cambio en el consumo de alcohol, es importante que conteste este cuestionario y que lo traiga en su próxima sesión. Este cuestionario no será discutido durante el tratamiento, pero podrá ayudarle a tomar la decisión de cambio y de su forma de beber.

Puede haber buenas o malas consecuencias para cualquier cambio, estas consecuencias no son las mismas para todos. Al pensar acerca de su decisión para cambiar, quisiéramos saber qué consecuencias son importantes para usted. Esta no es una prueba no hay respuestas correctas o incorrectas, solamente deseamos conocer lo que usted piensa.

Instrucciones: cuando considero cesar o disminuir mi consumo de alcohol, las siguientes razones son importantes para mí:

No importante 1	Poco importante 2	Mas o menos importante 3	Importante 4	Muy Importante 5	No aplicable 0
----------------------------------	------------------------------------	---	-------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

Encierre el número que le corresponda.

- | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 1. Me sentiré mejor físicamente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 2. Tendré dificultades para relajarme. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 3. Tendré una mejor relación con mis hijos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 4. Cambiaré mi estilo de vida, el cual disfruto. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 5. Tendré menos problemas con mi familia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 6. Me sentiré frustrado y ansioso. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 7. Tendré más dinero para hacer otras cosas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 8. Estaré más atractivo y alerta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 9. Estaré apenado explicando porque no bebo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 10. Estaré deprimido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 11. Tendré menos problemas con mis amigos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 12. Me sentiré mejor acerca de mi mismo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 13. Recuperaré el autorespeto a mí mismo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 14. Lograre otras cosas que deseaba hacer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 15. Tendré una mejor relación con mi familia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 16. Tendré dificultades para afrontar mis problemas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 17. Tendré menos problemas en el trabajo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 18. Tendré dificultades para controlar mi enojo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 19. Me sentiré con deseos de beber. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 20. Tendré mucho tiempo libre. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 21. Tendré dificultad para abstenerme de beber. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 22. Perderé contacto con algunos de mis amigos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 23. Mi salud mejorará. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 24. Tendré menos problemas con mi esposa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |

25. Viviré más tiempo. 1 2 3 4 5 0
26. Tendré mayor control sobre mi salud. 1 2 3 4 5 0
27. Me sentiré aburrido. 1 2 3 4 5 0
28. Me sentiré irritado. 1 2 3 4 5 0
29. Me sentiré incomodo cuando este cerca de bebedores. 1 2 3 4 5 0
30. Tendré una situación económica más estable. 1 2 3 4 5 0
31. Perderé mi sentido del gusto. 1 2 3 4 5 0
32. Tendré dificultad para pasar buenos ratos. 1 2 3 4 5 0
33. Tendré una mejor relación con mis amigos. 1 2 3 4 5 0
34. Me sentiré menos tenso. 1 2 3 4 5 0
35. Tendré menos problemas con la ley. 1 2 3 4 5 0
36. Ahorrare más dinero. 1 2 3 4 5 0
37. Perderé la sensación de estar alegre. 1 2 3 4 5 0
38. Tendré una mejor relación con mi pareja. 1 2 3 4 5 0
39. No lograre tanto como he hecho. 1 2 3 4 5 0

Si continúo consumiendo de la misma manera.

No importante 1	Poco importante 2	Mas o menos importante 3	Importante 4	Muy Importante 5	No aplicable 0
----------------------------------	------------------------------------	---	-------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

Encierra el número que le corresponda.

1. Tendré problemas con la ley. 1 2 3 4 5 0
2. Seré capaz de continuar con mi actual estado de vida. 1 2 3 4 5 0
3. Gastaré mucho dinero. 1 2 3 4 5 0
4. Estaré capacitado para afrontar mis problemas. 1 2 3 4 5 0

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 5. Me sentiré mal conmigo mismo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 6. Tendré algo que hacer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 7. Tendré problemas de salud. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 8. Perderé mi trabajo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 9. Tendré problemas con mi familia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 10. Perderé el respeto de otros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 11. Me sentiré enfermo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 12. No seré tan eficiente en lo que hago. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 13. Disfrutaré pasar más tiempo con mis amigos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 14. Me sentiré bien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 15. No tendré suficiente dinero. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 16. Tendré crudas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 17. Tendré problemas con mis amigos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 18. Tendré algo en que apoyarme cuando este triste. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 19. Seré capaz de celebrar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 20. Tendré algo en que ocupar mi tiempo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 21. Me sentiré a gusto con las personas que beben. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 22. Descubriré que no cambiar es más fácil que cambiar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 23. Alejare a mi familia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 24. Desperdiare mi tiempo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 25. Tendré buenos ratos con mis amigos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 26. Estaré fuera de onda. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 27. Disfrutaré el consumo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 28. Perderé mi autoestima. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 29. Tendré más diversión. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 30. Me sentiré más relajado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 31. Me rendiré. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 32. Estaré menos presionado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 33. Tendré buenos ratos con mi familia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 34. Tendré problemas con mi trabajo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 35. Disfrutare la sensación de estar en onda. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 36. Estaré en una muy mala situación económica. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 37. No perderé a mis amigos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 38. Disfrutare el sabor de la bebida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 39. Tendré problemas con mi pareja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |