

140  
2 es.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA

"EL PAPEL DE LAS COMPETENCIAS EN SUJETOS  
VALORADOS COMO ALCOHOLICOS".

**T E S I S**

PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A N :  
**MARTINEZ CORDERO MARIA TERESA  
SANCHEZ GALICIA MARIA LUISA**

ASESORES: MARIA DE LOURDES RODRIGUEZ CAMPUZANO,  
EUGENIO DIAZ GONZALEZ Y ANAYA.  
PATRICIA LANDA DURAN.



MEXICO,

1998

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

263798.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## A NUESTROS ASESORES:

MARIA DE LOURDES RODRIGUEZ CAMPUZANO.

*Por compañía en experiencia y conocimientos,  
por su dedicada ayuda, incondicional apoyo y  
por todo por su paciencia durante este proyecto.*

*Gracias.*

EUGENIO DIAZ GONZALEZ Y ANAYA.

*Por brindarnos su valioso tiempo en la revisión  
de este trabajo, por su orientación y disponibilidad.*

*Gracias.*

PATRICIA LANDA DURAN.

*Por su confianza en el proyecto.*

*Gracias.*

CARLOS NAVA.

*Por ayudarnos en la etapa más complicada  
y por su tiempo inestimable.*

*Gracias.*

## A NUESTROS AMIGOS:

### CHELO:

*Por haber estado con nosotros este largo camino,  
impulsándonos día con día, además de hacer de  
nuestra época de estudiantes algo inolvidable, por  
tu maravillosa amistad y comprensión.*

### OSCAR:

*Por los momentos agradables que compartimos juntos  
y tu participación en nuestro proyecto.*

**ANITA, ZEFE, LAURA, GINA, NICOLAS,  
ISABEL, NORMA, FERNANDO, LILIANA,  
ALEJANDRA.**

*Por compartir momentos inolvidables en el salón  
de clases, pasillos, fiestas, cumpleaños, etc., compartiendo  
experiencias que lo recordaremos en el camino.*

*Y finalmente a todos aquellos que colaboraron con nos  
otros en la realización de este proyecto.*

**GRACIAS.  
LUISA Y ZEFE**

Este trabajo es sólo parte de un sueño que debo agradecer sobre todo a mi más grande amor, mi papá. A mi mamá por soportarme con mi pandilla. A Crispis por jocosa y hostigosa. A Miguel por su ejemplo. A Alberto por ser principio y fin de la idea original. A Chuy por su presencia y ausencia. Al Clan por no caerse de la balsa, sobre todo a Coco por los elefantes que contamos en el camino y los que faltaron. A Vero mi amiga imprescindible en el tiempo pasado y futuro. A A.Y.J por dejarme entrar en su vida y compartirme de sus tesoros. A mi prima Sandra por estar siempre y finalmente a Luisa por la confianza e ilusiones que compartimos y disculpar mis errores.

A TODOS USJEMES GRACIAS.

J E R E .

## A MIS PADRES:

*Porque gracias a ellos he podido concluir una meta más de mi vida tanto profesional como personal y que con su ejemplo me han apoyado siempre para salir adelante, y principalmente a ti mamá que siempre me has enseñado que después de una caída hay que levantarse y sobre todo por que esas experiencias las hemos compartido juntas.*

*LOS QUERO.*

## A MIS HERMANOS:

*Por todos los momentos inolvidables de alegrías, tristezas, enojos, etc; que hemos compartido juntos, por el amigo que encontré en cada uno de ustedes, brindándome así la oportunidad de crecer a su lado. A mi cuñado por los valiosos comentarios que enriquecieron mi vida profesional.*

## A MI SOBRINA:

*Por ser la luz que enciende los corazones de la familia, a quien le doy todo mi cariño y con ello el apoyo para que se siga superando en las diferentes etapas de su vida.*

## A ERENDIRA:

*P*or la amistad incondicional que hasta el momento nos ha mantenido juntas, sobre todo por la palabra que muchas veces me ha regulado, las cuales me ayudaron a ver las cosas desde otro punto de vista.

## A TERE:

*G*racias por haber compartido momentos difíciles de mi vida, porque a pesar de las limitaciones que surgieron a lo largo del proyecto nos mantuvimos juntas y gracias por hacer de un momento difícil un momento fácil.

LUSA

## RESUMEN

**El presente trabajo tuvo como objetivo conñabilizar instrumentos que evaluan competencias y la conducta de beber, basandose en el modelo de salud de Ribes**

**Fue requerida la participación voluntaria de 26 sujetos valorados como alcohólicos, 23 hombres y 3 mujeres, sus edades comprenden entre los 17 y 36 años.**

**Se elaboraron dos tipos de instrumentos: un cuestionario dedicado a evaluar la conducta de beber alcohol que aborda el área familiar, laboral, académica, social, macrocontingencial y genesis; y otro que evalua competencias en los ámbitos familiar, académico, laboral y social. Ambos fueron aplicados al total de la población.**

**Los resultados fueron evaluados mediante la prueba estadística de alfa de Crombach, la cual mostro un alto índice de confiabilidad para ambos instrumentos, esto en mas de un 90%.**

**Este trabajo constituye un punto de partida para el perfeccionamiento de instrumentos de evaluación perfilados hacia el modelo de salud de Ribes.**



# INDICE

<b>INTRODUCCION .....</b>	<b>1</b>
---------------------------	----------

## **CAPITULO I**

<b>ALCOHOLISMO .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1 Definición y Etiología .....</b>	<b>6</b>
<b>1.2 Tratamientos .....</b>	<b>18</b>
<b>1.3 Limitaciones en el Análisis y Tratamiento del Alcoholismo .....</b>	<b>35</b>

## **CAPITULO II**

<b>MODELOS DE SALUD .....</b>	<b>46</b>
<b>2.1 Enfoque Psicológico Referente a la Salud .....</b>	<b>46</b>
<b>2.2 Un Modelo Psicológico de la Salud .....</b>	<b>52</b>
<b>2.3 Proceso Psicológico de la Salud .....</b>	<b>57</b>
<b>2.4 Resultantes del Proceso Psicológico de la Salud .....</b>	<b>67</b>

## **CAPITULO III**

### **CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS DE EVALUACION .....77**

**3.1 Método .....81**

**3.2 Resultados .....86**

**3.3 Análisis de Resultados .....89**

**CONCLUSIONES .....92**

**BIBLIOGRAFIA .....95**

**ANEXOS**

## I N T R O D U C C I O N

El alcoholismo es un fenómeno que atañe no sólo a los involucrados profesionalmente con la salud pública sino también a diferentes sectores de la población debido a las consecuencias que esta situación tiene en los ámbitos familiares laborales y sociales ya que no distingue raza, nacionalidad, color, sexo o estatus económico.

Autores como Medina (1980), Souza y Machorro (1989), afirman que los efectos dañinos del abuso de bebidas alcohólicas en México son de clara evidencia. La magnitud del problema de abuso de alcohol en nuestro país se pone de manifiesto con el resultado de algunas estimaciones que señalan que existen seis millones y medio de alcohólicos, el 50% de ellos se encuentran entre edades de 12 a 28 años. La conducta de estos sujetos afectan en promedio a cinco personas más. Se estima que 75 mil adolescentes se agregan anualmente en las primeras etapas de alcoholismo y que en los

mexicanos de 15 a 60 años de edad, uno de cada 10 es alcohólico. (En Flores, 1992).

Aquellos que conciben al alcoholismo como enfermedad, ya se heredada o adquirida, parten de la premisa de que el alcoholismo es una enfermedad de tipo incurable, por lo que sus tratamientos están orientados fundamentalmente a su control y no a su erradicación; en cambio quienes lo consideran como enfermedad curable dirigen sus estrategias y tratamientos hacia su eliminación.

Dentro del área biomédica se menciona que el alcoholismo es una enfermedad ya se heredada o adquirida, en ambos casos presupone la existencia de una predisposición que se transmite genéricamente.

En los modelos sociales, se considera que el fenómeno del alcoholismo se debe, no necesariamente a una predisposición, virus o deficiencia orgánica, sino a factores o entidades sociales.

La psicología ha abordado el tema del alcoholismo a través de diferentes modelos teóricos, uno de ellos es el psicoanalítico que plantea que se debe a la asimetría en la coordinación de las fuerzas psíquicas internas del individuo. El psicoanálisis considera que la conducta desajustada, en este caso la de beber alcohol sin control, es el efecto o manifestación externa de un desarreglo entre factores mentalistas y neuronales. Por otro lado encontramos las aproximaciones psicológicas que se adhieren a la filosofía conductista y que de alguna manera han intentado superar la concepción dualista acerca del hombre, dando explicaciones objetivas sin necesidad de recurrir a constructos o entidades inferidas. (Díaz y Rodríguez, 1995).

En este trabajo, se abordarán ampliamente las distintas concepciones que se tienen sobre el alcoholismo, tomando en cuenta las investigaciones que se han realizado en las áreas biomédica, social y psicológica.

Es importante ubicar el que hacer del psicólogo en relación al alcoholismo considerando que cualquier disciplina lo concibe como problema de salud y lo aborda como propio. Pero la tecnología psicológica ubica al alcoholismo como un comportamiento anormal, enfermo, etc, y de esta forma se apropian del problema explicándolo con base en categorías psicológicas que pretenden dar cuenta de factores sociales, orgánicos y propiamente psicológicos. Sin embargo el psicólogo aborda los problemas del área de salud en general, y del alcoholismo en particular, de un modo reduccionista.

Es por tales razones que una alternativa a esta aproximación la constituye el modelo psicológico de la salud propuesto por Ribes (1990), el cuál se encuentra descrito en el capítulo II, en el se delimitan las dimensiones psicológicas en el área de la salud. Plantea que el comportamiento es el eje que permite vincular el modelo médico-biológico de la salud, con el modelo sociocultural. En el modelo se concibe que

la salud tiene una dimensión psicológica, y ésta es analizada en términos de un proceso y sus resultados.

A través de este modelo se puede concebir a la conducta de beber como una conducta instrumental de riesgo en la aparición de enfermedades. Las conductas instrumentales dependen tanto de las competencias funcionales efectivas, como de factores de naturaleza histórica.

Por otro lado, es necesario contar con instrumentos que permitan explorar el terreno de la salud en los términos antes descritos, por lo cuál el objetivo de la presente investigación es confiabilizar un instrumento que permita evaluar la conducta de beber, y otro que evalúe competencias implicadas. Esto será tratado en el capítulo III, así como la metodología empleada y los resultados obtenidos.

## CAPITULO I.

### A L C O H O L I S M O

Definición, explicaciones al problema y tratamientos.

#### *1.1 Definición y etiología.*

El alcoholismo es un problema que atañe no solo a aquellos involucrados profesionalmente con la salud pública sino también a diferentes sectores de la población debido a que provoca grandes consecuencias directas sobre el individuo, como perturbaciones físicas, psicológicas y consecuencias secundarias al afectar a la familia y la sociedad. Dentro de la sociedad se ha tratado de controlar la costumbre de beber mediante argumentos de tipo religioso, legal, moral y médico. (Sarason, 1983).

Pero hay que entender por que algunas personas abusan de la bebida, por eso es



necesario aclarar que el alcohol es una droga que actúa como depresor del sistema nervioso central en general y el cerebro en particular. (CESSAL, 1991).

Gran parte del problema del alcoholismo es que hasta la fecha no se ha llegado a ningún acuerdo sobre una definición suficientemente amplia y adecuada de este trastorno. La Organización Mundial de la Salud (OMS), establece que "Las personas alcohólicas, son aquellos bebedores excesivos cuya dependencia del alcohol ha alcanzado tal grado que muestra una grave perturbación mental o una interferencia con su salud corporal, con sus relaciones interpersonales y con su normal funcionamiento social y económico o muestran signos preliminares de dicho desarrollo". (Cormillot, 1992).

Por otra parte existen diferentes aproximaciones teóricas que han intentado definir este fenómeno, entre los más importantes se encuentran: el modelo médico, el modelo socio-cultural y el modelo psicológico.

El modelo médico tiene como principio que el abuso del alcohol es sólo un síntoma de algún trastorno del organismo que puede ser de origen genético, endocrinológico, cerebral o neurobioquímico. Según este modelo el abuso del alcohol da lugar a un conjunto de síntomas clínicos, clasificables e identificables, que permitan predecir la conducta del alcohólico. (Velasco, 1988).

El primero en definir al alcoholismo como una enfermedad fue el doctor E.M Jellinek, cuando en 1960 publicó su artículo "El concepto del alcoholismo como enfermedad". Define al alcoholismo como: cualquier empleo de bebidas alcohólicas que causan daño al individuo, a la sociedad o a ambos, a si mismo establece que el abuso del alcohol está dada como un desorden progresivo e incurable, y sobre todo que se presenta en aquellos que pierden el control cuando beben.

De esto se desprende su hipótesis de que algunas personas nacen vulnerables físicamente a los efectos del alcohol, y por ello su reacción a las bebidas alcohólicas es mucho más intensa que la que experimentan otras. Su necesidad de beber puede llegar a convertirse en una adicción (Cormillot, 1992).

Por su parte Hernán (1981), señala que el alcoholismo es una enfermedad crónica. El alcoholismo agudo es una intoxicación producida por el consumo excesivo y mantenido del alcohol. Mark Keller (1958), explica al alcoholismo como una enfermedad crónica, un desorden de la conducta caracterizado por la ingestión de bebidas alcohólicas hasta el punto de que excede, de lo socialmente aceptado y que interfiere con la salud del bebedor, así como en sus relaciones interpersonales o con su capacidad de trabajo. (En Fernández, 1988).

Otra de las características del modelo médico es el definir al alcoholismo como un síndrome: SDA "Síndrome de Dependencia al

Alcohol". Según Velasco (1988), este se fundamenta en 10 síntomas cardinales que se agrupan en tres tipos de cambios; subjetivos, conductuales y psicobiológicos. El SDA permite diferenciar perfectamente las alteraciones que provocan el consumo de alcohol en individuos que aún no lo presentan.

Pero desde el punto de vista del modelo sociocultural, Fernández (1988), señala que el alcoholismo es sólo una consecuencia del medio en que se mueve el individuo, independientemente de sus problemas psicológicos o de su predisposición biológica hacia la bebida. A este respecto, Bilow encontró que la interacción social sirve como instigador para beber en exceso. Velasco (1983), menciona cuatro criterios de causalidad social, la disponibilidad de las bebidas alcohólicas y aspectos socioculturales.

Madden (1986), señala cuatro factores por los cuales un individuo miembro de la sociedad puede recurrir a tomar una sustancia como el alcohol. Una es obtener el valor real o supuesto

de la sustancia como medicamento, esto se atribuye a la existencia de mitos que le asignan propiedades curativas a algunas sustancias, entre ellas el alcohol. El segundo factor es que distintos preparados alcohólicos se toman porque consideran que posee valor nutritivo. El tercer factor lo constituye la importancia de los aspectos simbólicos de tomar alcohol, ya que, según Madden, el acto de ofrecer y aceptar alcohol, simboliza amistad, unión, aceptación, etc. El cuarto y último factor para ingerir alcohol se refiere a la utilidad que tiene esta sustancia en la producción de efectos placenteros sobre la mente.

Pasando al campo de la psicología, el alcoholismo no se ha considerado como una enfermedad, sino como un síntoma que revela la presencia de conflictos psicológicos no resueltos, trastornos de personalidad, o como resultado de una conducta aprendida. Este modelo define al alcoholismo como un problema individual. Existen varias corrientes que ofrecen

diferentes puntos de vista sobre el problema. Entre ellas se encuentra la teoría psicodinámica que sostiene que el impulso básico hacia el consumo excesivo de alcohol es la homosexualidad latente, cuya represión se logra mediante la intoxicación sostenida. Dentro de este enfoque se tiene la hipótesis de que la ingestión excesiva de alcohol protege al individuo contra un sentimiento de minusvalía, o bien le permite alcanzar una sensación de mayor poder. (Souza y Machorro, 1988).

La posición de los psicoanalistas señala que el alcoholismo no es más que un síntoma de la perturbación emocional adyacente y que además concierne a la categoría de las neurosis obsesivas, en cuanto a la resistencia de su interpretación y tratamiento. La teoría psicoanalítica afirma que el alcoholismo es resultado de perturbaciones y carencias emocionales durante la infancia que a su vez ocasiona una inmadurez emocional. (Velasco, 1988).

Otros autores han tratado de clasificar a los sujetos alcohólicos según su personalidad. Para Madden (1986), los problemas emocionales que se manifiestan desde dentro de la constitución propia y que tienen sus raíces en los genes o en las influencias de la niñez temprana, juegan un papel importante en las causas de la tendencia personal a consumir sustancias dañinas. A este respecto Velasco (1986), menciona que las teorías de la personalidad consideran al alcoholismo como un trastorno de personalidad caracterizado por inmadurez en las relaciones interpersonales, poca tolerancia a la frustración, incapacidad de expresar adecuadamente hostilidad, baja autoestima, compulsividad, aislamiento y conflictos sexuales.

Desde el punto de vista conductual se encara el abuso del alcohol como patrones de conducta socialmente adquiridos y aprendidos. Para Craighead (1984), estos patrones son mantenidos por numerosas incitaciones anteriores y por reforzadores posteriores de naturaleza

psicológica, sociológica o fisiológica. Factores tales como la reducción de ansiedad, mayor reconocimiento social, la mayor capacidad de mostrar una conducta social espontánea, o la evitación de los síntomas de retraimiento fisiológico pueden mantener el abuso de la sustancia. A partir de lo anterior el autor considera que el abuso del alcohol se da por dos diferentes tipos de causas: precipitantes y de mantenimiento. Las precipitantes son las que establecen un patrón según el cual la bebida excesiva se vuelve contingente respecto a cualquier suceso emocionalmente angustiante. Una vez que el beber ha alcanzado una frecuencia cotidiana, la afición a la bebida continúa por otras razones de mantenimiento, como aprobación, reconocimiento, aliento y evitación de los síntomas de retraimiento.

Por su parte Herрман (1972), encontró que sólo el hecho de nombrar una bebida como etílica daba por resultado un relajamiento en las personas, asimismo el efecto del alcohol está relacionado con el ambiente o con el contexto en



que es ingerido. También existen evidencias de que los patrones de abuso de alcohol, son transmitidos dentro del grupo familiar por medio de los modelos que ejecutan roles sociales.

Por otra parte se ha sugerido que, a través de procesos de condicionamiento clásico y de condicionamiento operante se puede producir dependencia alcohólica. Masserman y Yum en 1946 (En Madden, 1986) realizaron un experimento con gatos en los cuales se estableció un patrón de ingestión alcohólica mediante un proceso de condicionamiento operante.

También basado en este proceso, Staats (1979), hace mención del conflicto de aproximación evitación; esto ocurre cuando una situación estímulo tiene propiedades emotivo-evocadoras positivas y negativas. En un experimento realizado por J.J. Conger en 1951 (En Staats, 1979), se observó la forma en que el alcohol puede tener efecto para disminuir el conflicto. Un grupo de ratas fueron entrenadas para que se aproximaran el estímulo meta, después de que alternativamente se les había dado un

choque eléctrico y comida al final del pasillo. Conger (1951), encontró que cuando se les inyectaba alcohol a las ratas iban hacia el alimento. De esto se infirió el efecto que el alcohol tiene en el debilitamiento de las inhibiciones humanas.

En cuanto al condicionamiento pavloviano se dice que los estímulos neutros relacionados con el alcohol pueden llegar a evocar el deseo de beber. Al respecto Ulrich (1983), hace mención de que la conducta de beber, en los alcohólicos, tiene consecuencias recompensantes relativamente inmediatas en contraposición con consecuencias de castigo demoradas. Por lo general se considera que el efecto recompensante es el de ser sedante, sin embargo, después de haber bebido, por lo común se presentan consecuencias de castigo, por ejemplo, en forma de enfermedad, prisión, lesiones corporales, pérdida de trabajo o remordimiento. Se piensa que estos castigos tienen poco valor educativo o no tienen ninguno porque pueden presentarse durante la ebriedad o pueden demorarse tanto que dejan de estar

asociados efectivamente con la conducta de beber.

Otro hecho importante sobre el condicionamiento clásico es que la terapia aversiva se encuentra basada en él. La terapia consiste en aplicar al paciente una inyección de emetina y después en proporcionar una bebida alcohólica antes de que se inicie la náusea inducida químicamente. Este procedimiento tiene como objetivo final fijar la náusea como una respuesta condicionada a la bebida. Pero existen pocas pruebas de que la aversión química de este tipo establezca efectivamente una respuesta condicionada clásica.

Son diversas las corrientes que han tratado de definir y aclarar los factores que provocan el abuso del alcohol pero por desgracia no se ha llegado a un consenso, esto trae como consecuencia, que dependiendo del enfoque teórico con el cual se aborda el alcoholismo es como se va a definir la forma de diagnóstico y tratamiento que se va aplicar.

## **1.2. Tratamientos.**

Entre los diversos tratamientos se encuentran los de orientación médica. En el tratamiento farmacológico el médico hace uso de sustancias químicas para tratar de solucionar los problemas emocionales de sus pacientes, o utilizan sustancias que al entrar en contacto con el alcohol dentro del organismo producen sensaciones muy desagradables.

Por otra parte continuando con el campo de la medicina, Griffith (1990), menciona que un elemento importante en el tratamiento incluye los cuidados hospitalarios. Estos pueden ser de diferentes tipos que van desde el tratamiento de pacientes alcohólicos en las salas de psiquiatría general, pasando por la unidad de psicoterapia especializada en alcoholismo, hasta llegar a salas que admiten pacientes alcohólicos que presentan trastornos mentales. Algunos de los problemas que presentan estos tratamientos es que no existen criterios universales sobre lo que

debe observarse para hospitalizar o no a un paciente, la falta de apoyo social y económico y de resultados alentadores.

Tomando como punto de partida que el alcoholismo es un problema de Salud Mental, el Doctor Humberto Rico (En Molina, 1983), plantea un modelo médico asistencial de carácter interdisciplinario para dar atención a este problema. El modelo consta de tres niveles, en el primero se incluyen el módulo de medicina familiar general, psiquiátrica y salud mental ubicados en centros de salud. El segundo nivel lo integran los servicios de salud mental ubicados en hospitales generales. El tercer nivel de atención está representado por los hospitales psiquiátricos. Este modelo presenta fallas debido al hecho de que no se ha aplicado el programa de manera total, por la falta de recursos económicos, técnicos y por la baja incidencia.

Por su parte dentro del campo de la psicología existen diversos tratamientos para el alcoholismo, cada uno de éstos va a depender de

la corriente psicológica en la que se base. Así tenemos que dentro del psicoanálisis el tratamiento radica en atender los problemas emocionales del alcohólico y posteriormente se trata de moderar su consumo de alcohol. Los resultados de este tratamiento han mostrado que no es efectivo.

En psicoterapia el terapeuta tomo conciencia de la problemática de los hábitos de beber del paciente y lo guía para que tome conciencia de su situación personal. Madden (1986), señala que el tratamiento se enfoca a reforzar la capacidad del individuo para controlar el consumo de las bebidas. En la psicoterapia individual tiene mayor importancia el aumentar la autoestima del bebedor a la vez que descargar sentimientos dolorosos a través del proceso de catarsis. En este tipo de terapia se persigue, tanto el encontrar soluciones prácticas para el problema de la bebida como un reajuste en la personalidad del individuo. Otro tipo de terapia es familiar, en ésta se toman en cuenta a otros miembros de la familia y no sólo al que presenta problemas con

la bebida, esto tiene como base que con frecuencia ellos también necesitan ayuda y que su actuación puede influir en la recuperación del alcohólico.

Por otra parte, también se han empleado diferentes técnicas conductuales para el tratamiento de alcohólicos. Madden (1986), menciona que una de las primeras en usarse fue el condicionamiento aversivo. Este método consiste en el acoplamiento a la bebida de los pensamientos o las preparaciones para disponerse a beber con consecuencias desagradables para el bebedor. Basándose en el modelo de condicionamiento clásico se crearon otras técnicas de condicionamiento aversivo, en las que se utilizan estímulos desagradables asociados a la ingestión de bebidas alcohólicas.

Al respecto Ulrich (1983), llevó a cabo un experimento en el cual se aplicó un tratamiento aversivo en pacientes alcohólicos. Este consistió en preparar a los pacientes para el condicionamiento de evitación dándoles choque, al

mismo tiempo que ingerían una bebida alcohólica. Este enfoque se basó en la suposición de que este estrecho apareamiento temporal se asemejaría al condicionamiento clásico y haría que los estímulos sensoriales asociados a la ingestión del alcohol adquirieran propiedades aversivas.

El tratamiento se realizó semanalmente, cada sesión semanal se compuso de dos tipos de ensayo. En el primero al que se denominó ensayo apareado, se le dieron instrucciones al paciente para que tomara bebidas alcohólicas y no alcohólicas. El choque se administraba cuando el paciente ingería una bebida alcohólica, pero no se daba cuando tomaba bebida no alcohólica. En el segundo tipo de ensayo se permitió que el paciente no tomara ninguna porción de las bebidas de manera que podía evitar los choques con éxito. Los resultados mostraron que disminuyó la ingestión total de alcohol. Uno de los pacientes logro la abstinencia de bebidas alcohólicas que se usaron durante el tratamiento, mientras que los otros dos pacientes estuvieron cerca de la abstinencia pero no la lograron completamente.



Para los autores el tratamiento fue efectivo, ya que a pesar de no lograr una abstinencia total se llegó un criterio de bebida controlada.

El condicionamiento operante es empleado también como terapia aversiva, en donde las sanciones acordadas con el terapeuta tienen la finalidad de inducir al bebedor aversión al alcohol. Para Skinner (1986), la droga más comúnmente utilizada en el control personal es el alcohol, se utiliza con frecuencia para predisponer favorablemente a un individuo hacia una acción. Se utiliza también como reforzador positivo, como droga que crea un hábito, hace posible una forma especial de privación en la que la conducta que ha sido reforzada con alcohol puede hacerse tan fuerte que el individuo haría cualquier cosa por obtener un trago.

Mediante un procedimiento operante Bigelow, Cohen, Libson y Faillace en 1972 (En Hoing, 1983), estudiaron el establecimiento de ingestión controlada en alcohólicos crónicos. A los voluntarios se les permitió el acceso a

cantidades substanciales de alcohol en situaciones donde ganaban la oportunidad de participar en un ambiente enriquecido contingente de ingestión controlada. Los sujetos eligieron beber de forma moderada. En otro experimento analizado por Hoing (1983), se estudiaron los efectos sobre el consumo de alcohol del tiempo fuera y el

establecimiento de control de estímulos sobre la conducta de beber en alcohólicos durante un período de un año. Mediante este procedimiento se redujo la cantidad de alcohol consumido de 1.5 onzas por minuto a 0.2 onzas por minuto. Basándose, también en el paradigma operante se han diseñado tratamientos para alcohólicos. Uno de ellos consiste en una combinación de reforzamiento positivo para una conducta no relacionada con drogas y tiempo fuera de reforzamiento positivo contingente con la conducta de beber, así, se logro establecer control extensivo sobre el consumo de alcohol. Los autores reportan que los pacientes mantuvieron un grado alto de empleo y una vida hogareña casi normal.

Otra de las terapias utilizadas en el alcoholismo es una terapia de condicionamiento encubierto: la sensibilización encubierta. Este procedimiento consiste en las repeticiones imaginadas de un conducta problema que son apareadas con eventos simbólicos aversivos. Miller (En Mahoney, 1974), encontró que 24 alcohólicos se mostraron abstemios durante un seguimiento de nueve meses, después de un procedimiento de aversión hipnótica. Utilizando esta misma terapia Donner (1970), incluyó un grupo control no sometido a tratamiento en la evaluación de los efectos de los procedimientos de sensibilización encubierta anterógrada y retrógrada. Los resultados mostraron que no existían diferencias en cuanto a la efectividad, entre los dos grupos experimentales. Después de seis meses, el 40% de los sujetos experimentales continuaban siendo abstemios, mientras todos los del grupo control continuaban bebiendo. Sin embargo, para Mehoney (1974), no existe una evidencia contundente acerca de la efectividad de la sensibilización encubierta en el tratamiento

de sujetos alcohólicos, pero destaca el hecho de que al menos algunos alcohólicos pudieron beneficiarse con ésta técnica, por lo que debería realizarse un examen más detallado.

En 1977 Hay, Hay y Nelson utilizaron un procedimiento de moldeamiento encubierto en el tratamiento de un alcohólico crónico de 48 años de edad con una historia de 30 años de alcoholismo. Mediante una entrevista se obtuvieron antecedentes, parámetros de respuestas y consecuencias de la forma de beber del paciente. A partir de esta información se formularon las escenas de tratamiento, que incluían las situaciones clave en las cuales era más probable que el sujeto bebiera. Durante cada sesión de tratamiento el terapeuta describió una escena al paciente; a éste se le entrenó para que imaginara estas escenas y señalara cuando los detalles de la escena fueran más intensos, en este punto el terapeuta continuó hablando de la escena por un tiempo adicional. En los resultados se encontró que al finalizar los primeros ocho meses de seguimiento el sujeto reportó total

abstinencia, seguido de tres días de consumo excesivo de alcohol, posteriormente mantuvo un empleo de jornada completa y una abstinencia casi total.

Otros métodos de modificación de conducta se centran, ya no en lo aversivo sino en reconocer las situaciones y eventos que precipitan la conducta de beber y se orientan a buscar reacciones alternativas que no impliquen el beber en exceso haciendo uso de técnicas como reforzamiento positivo, desensibilización sistemática, moldeamiento e imitación. Una de estas técnicas es el manejo de contingencias, en el que se dan ciertas clases de recompensas que dependen de la abstinencia o de la modificación del consumo de alcohol, o de la cooperación en el tratamiento o, por el contrario, alguna clase de consecuencia negativa se hace contingente sobre el beber; sin embargo no es seguro que se pueda extender este aprendizaje situacional al mundo cotidiano. De esto surge el reforzamiento comunitario, que es una variante del manejo de contingencias, con un énfasis en el manejo de

recompensas reales en el ambiente del paciente (Griffin, 1990).

Una técnica más es el automonitoreo de nivel de alcohol en la sangre, en ésta se enseña a los pacientes a reconocer cuando han llegado a un determinado nivel de alcohol en la sangre y no exceder de dicho nivel.

Entre otras técnicas muy populares con pacientes alcohólicos que no pueden conducirse con confianza en situaciones sociales se encuentra el entrenamiento asertivo. Acerca de esta técnica Miller y Eisler (1977), realizaron una investigación en la cual bebedores sociales y alcohólicos fueron expuestos a encuentros interpersonales que requerían de respuestas asertivas, ambos grupos se encontraban igualmente estresados. En los resultados se encontró que los alcohólicos aumentaban significativamente su manera de beber tras estas situaciones, mientras que los bebedores sociales no lo hicieron. En otro estudio realizado por estos mismo autores se evaluó la relación entre la respuesta asertiva de

los alcohólicos y su conducta de beber y la conducta asertiva de pacientes alcohólicos comparada con pacientes psiquiátricos que presentan otros desórdenes.

En los resultados se encontró que los pacientes alcohólicos percibieron ellos mismos ser más asertivos que los otros pacientes. La conducta, sin embargo, fue igualmente tímida entre ambos grupos cuando expresaban sentimientos de enojo o irritación. En pacientes alcohólicos la incapacidad para expresar estos sentimientos fue demostrada por estar contundentemente relacionada con el aumento de ingestión de alcohol. Los alcohólicos mejoran significativamente su ejecución en situaciones que requerían la habilidad de expresar sentimientos positivos y complementarios. Con base en estos resultados los autores sugieren que el entrenamiento de alcohólicos para expresar sentimientos negativos puede ser más importante para el éxito terapéutico que el entrenamiento de conducta asertiva positiva. En general, acentúan la importancia del entrenamiento apropiado de

habilidades asertivas para un programa total de tratamiento de alcoholismo.

Por otra parte, cabe señalar que para algunos conductistas, el beber es sociedad en forma controlada es un objetivo legítimo. Sobell ( En Craighead, 1984), describió los aspectos específicos del tratamiento en este sentido. Un programa modelo de tratamiento conductual para el abuso del alcohol tiene tres objetivos principales. Primero disminuir las propiedades reforzantes inmediatas a la droga. Segundo, enseñar al individuo nuevas conductas que son incompatibles con el abuso de sustancias. Tercero, reorganizar al ambiente social y profesional del individuo de modo que reciba un refuerzo máximo por actividades que no impliquen el abuso de drogas

Finalmente existe otros tratamientos alternativos, en ellos se incluyen los programas para el lugar de trabajo y los grupos de autoayuda. Como ejemplo de los primeros se encuentra el programa para toxicómanos en el



lugar de trabajo, denominado Programa de Asistencia a Empleados, o Programas de Recuperación en Empleados, su finalidad consiste en llegar a personas adictas lo más pronto posible para impedir el deterioro en su rendimiento de trabajo hasta alcanzar un grado en el que el despido se hace inevitable.

Este programa consiste en varios puntos:

A) En el caso de un alcohólico, lo más importante es determinar si su rendimiento o las relaciones con sus compañeros se han visto afectadas;

B) En este caso, el empleado no se ve confrontado con su situación anómala sino más bien con sus efectos. Con tal confrontación el empleado queda sobre aviso que si su rendimiento no mejora, esto podría conducirlo al despido. La estrategia permite al empleado buscar asistencia personal;

C) La previsión, ya en el interior de la empresa, en forma de asistencia médica, psicológica y/o social para ayudar al empleado;

D) Dondequiera que sea pertinente, la situación laboral conflictiva de un empleado puede ajustarse o reorganizarse de tal forma que se subsanen aquellas condiciones que hayan influido en el empeoramiento del problema;

E) Es fundamental garantizar el carácter confidencial de la posición de asistencia de un empleado, y deben ofrecerse garantías al empleado dispuesto a someterse a rehabilitación para no poner en peligro su empleo.

Los resultados de este programa en General Motors, muestran que durante el primer año se registró una disminución del 40% de las horas de trabajo perdidas que correspondían a los empleados participantes del programa. En el mismo grupo se registró una reducción el 60% de los casos de enfermedad y accidentes de trabajo. Los motivos de queja disminuyeron en un 50% y las acciones disciplinarias adoptadas por la dirección también disminuyeron a la mitad. (Behrouz y Shahahdeh, 1988).

En cuanto a los grupos de autoayuda, uno de los que destaca es Alcohólicos Anónimos. En este grupo se tiene por objetivo la abstinencia total, siguiendo un programa mental de Doce Puntos o los Doce Pasos:

1. Admitir que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables;

2. Llegamos al convencimiento de que un poder superior podría devolvernos el sano juicio;

3. Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos;

4. Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos;

5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos, y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos;

6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos de

carácter;

7. Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos;

8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos;

9. Reparamos directamente cuanto nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros;

10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocamos lo admitimos inmediatamente;

11. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consiente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla;

12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y a practicar estos principios en todos nuestros asuntos. (Alcoholics Anonnymous World Service, 1955). Sobre esta agrupación, Griffith (1990), señala que a pesar de sus limitaciones los grupos de Alcohólicos Anónimos han demostrado ser una alternativa eficaz en la rehabilitación de alcohólicos.

### ***1.3 Limitaciones en el análisis y tratamiento del alcoholismo.***

Tras la revisión de algunos de los tratamientos más difundidos es posible darse cuenta que éstos no han sido totalmente exitosos. Posiblemente se deba a la conceptualización que se tiene del alcoholismo, ya que como se ha visto, la idea más generalizada es que se trata de una enfermedad.

Un problema derivado del concepto de alcoholismo como enfermedad, es que la medicina asume este problema como propio sin llegar a tomar en

cuenta a otras disciplinas. Velasco (1988), señala que el alcoholismo al ser una enfermedad se coloca como un problema de salud susceptibles de estudio desde los ángulos que son característicamente médicos. De esta forma la medicina reclama para sí el derecho de incluir al alcoholismo dentro de la patología humana. Así mismo, el autor considera que si no se enfoca al alcoholismo como enfermedad aunque se ajuste a un modelo diferente, no tendrían razón de ser los abordajes terapéuticos.

Esto tiene consecuencias dentro del campo de la psicología, ya que el heredar el modelo médico, heredó también sus deficiencias limitaciones y conceptuales y metodológicas (Ribes, Díaz González, Rodríguez y Landa, 1996). Como se ha mencionado anteriormente, las llamadas teorías tradicionales han considerado a la conducta como una manifestación de un problema mental o como síntoma de una enfermedad mental. Por consiguiente el alcohólico es etiquetado como enfermo mental o como un sujeto que presenta una conducta anormal.

Para algunos autores la enfermedad es considerada como la ausencia de salud, por ejemplo para Alvaréz (1991), la salud y la enfermedad son el resultado de un proceso de interacción permanente del hombre con el medio en que vive tratando de adaptarse a éste. La ecología humana estudia dicho proceso, la salud y la enfermedad obedecen a los mismos factores "externos" e "internos". Por lo tanto la salud es adaptación y equilibrio entre ambos, enfermedad es desadaptación.

Para el modelo médico, la enfermedad es un problema de tipo orgánico, (San Martín, 1984): "La enfermedad se define como un desequilibrio biológico, ecológico o como una falta de los mecanismos de adaptación del organismo y una falta de reacción a los estímulos exteriores a los que esta expuesto. Este proceso también termina por producir una perturbación de la fisiología y la anatomía del individuo". (13 p).

Partiendo de estas definiciones el fenómeno del alcoholismo desde la perspectiva psicológica, no puede ser considerado como enfermedad porque a

esta disciplina no le corresponde abordar el campo biológico, y por lo tanto la salud como un problema propio. Esta limitante ha sido heredada a partir de la adopción en psicología del modelo médico, aunque de una manera tácita. A partir de 1800 se inició el interés médico por el tratamiento de las enfermedades físicas que se consideraban la causa de los patrones anormales de comportamiento. Posteriormente éstos fueron clasificados como enfermedad mental y por consecuencia el tratamiento fue modificado. Esto permitió el desarrollo de lo que hoy se llama psiquiatría, la cual tuvo un efecto importante en los comienzos de la psicología clínica. El contenido de la psiquiatría y la psicología clínica provino de la tradición médica. (Witting, 1994).

Así partiendo de la influencia del modelo Médico los problemas de conducta son considerados en sí mismos como anormales, por lo que el esfuerzo de la practica clínica va encaminado a "normalizar", lo más posible a la conducta, desapareciendo o reduciendo las características "anormales". Al respecto Ribes (1990), menciona



que "Todo cambio individual representa una valoración social de la adecuación o corrección de comportamiento a modificar. El problema central consiste en definir cuáles deben ser los criterios de valor que lo determinan, los clínicos obran sobre la suposición de que la anormalidad o desviación tiene una existencia individual al margen de juicios de valor que constituyen expresiones de formas prácticas de ideología. Sin embargo esta neutralidad de la anormalidad es falsa. No solo el comportamiento denominado anormal es determinado en lo esencial socialmente, sino que también lo son los criterios que definen normalidad o anormalidad" (p.114).

La psicología como disciplina no esta facultada para decidir cuál es una conducta anormal, ya que esto está dado por el medio social y los juicios de valor que dan contexto a la conducta individual. A este respecto el autor señala que: "la conducta como tal ni es normal, ni es patológica; tampoco es correcta o buena o incorrecta o mala. Es susceptible de dicha adjetivación en la medida en que su ocurrencia se

da como parte de un sistema de relaciones sociales cuya valoración representa, en lo esencial, la expresión ideológico moral de un complejo proceso social de regulación de las relaciones de poder". (p. 116).

Otra consecuencia derivada de la adopción del modelo médico es la tendencia a analizar los fenómenos psicológicos de manera reduccionista, esto es, que han querido explicar y resolver los problemas considerando fundamentalmente las morfologías o formas de conducta. Como se mencionó anteriormente, existen conductas consideradas por ciertos grupos sociales como anormales, a éstas la psicología y particularmente la conductual, al tratar de ser más objetiva y menos dualista, las ha analizado únicamente como morfologías de respuesta dejando de lado el contexto y otros elementos de la interacción. Así, en el caso del alcoholismo se dejan fuera del análisis diversas circunstancias personales y situaciones para enfocarse solamente a la forma de beber y procede, a tratar de disminuir o eliminar su frecuencia.

De lo antes mencionado se deriva la tendencia a crear técnicas específicas para eliminar ó disminuir formas de conducta, de acuerdo al problema que se presente. Esto ocasiona que los psicólogos clínicos no analicen el problema de manera integral sino en función de las técnicas disponibles para resolver esas formas de conducta. Es decir el tratamiento radica en la identificación de los problemas en términos de la morfología del comportamiento; por ejemplo beber, fumar, sentirse ansioso, deprimido, etc., y en la creación de técnicas cuya finalidad es eliminar dichas morfologías por lo que en el procedimiento existente para resolver el problema es el que determina como el terapeuta analiza el problema. Es lo que Ribes (1990), llama tecnológización de la intervención y que se da, según él, en términos de una supuesta correspondencia de la morfología identificada con un procedimiento específico.

Por otro lado, tras la revisión anterior es posible afirmar que si nos ajustamos a las definiciones dadas sobre enfermedad por la biología y la medicina, el alcoholismo puede ser considerado

así. Sin embargo, desde el ámbito psicológico, incluir el concepto de enfermedad para categorizar conductas, equivale a repetirían los errores señalados.

De esto se desprende que al no hablar de enfermedades psicológicas o mentales se transforma el concepto al de "problemas psicológicos", lo cual también es incorrecto, por que no todo problema humano es un problema psicológico, más bien, todo problema humano posee una dimensión psicológica y sólo ésta es susceptible de ser abordada por los psicólogos.

Tal problemática, se debe a que aún existe un mal entendimiento sobre el concepto de conducta. Por ejemplo, Kantor (1980), menciona que "el conductista objeta el factor espiritual, pero sigue considerando al organismo como el mismo tipo de entidad con el que trata el dualista. Pero esto no tuvo éxito en hacer a la psicología más científica por hablar de cerebro en vez de mente...En general los conductistas piensan en el organismo como un todo o sus estructuras

específicas, consiste en una serie de actos o funciones localizables". (p.26).

Por lo tanto las teorías conductistas entienden a la conducta como la actividad del organismo, lo cuál lleva a una concepción organocéntrica de la conducta. Sobre el tema Ribes y López (1985), opinan que la conducta está reducida por definición al análisis del organismo como centro de interés y por consiguiente concibe al comportamiento como un evento estrictamente biológico.

Pero este problema viene a raíz de que a lo largo de la historia de la psicología han existido diversas teorías y corrientes que han tratado de explicar los fenómenos psicológicos, sin llegar a un acuerdo sobre cuál debe ser el objeto de estudio. Unos estudian la mente; otros la personalidad ó el aparato intrapsíquico, otros más la conducta, etc.

El no tener un objeto de estudio definido, también ha causado confusión en cuanto a

establecer los límites entre la psicología y otras ciencias, sociales o biológicas. Es por ello que para abordar adecuadamente la dimensión psicológica de los problemas humanos, es fundamental basarse en una teoría que, en principio, precise los límites de nuestra disciplina con respecto de otras. Ello se logra definiendo claramente el objeto de estudio.

Un esfuerzo para superar todas estas limitaciones y deficiencias de los modelos tradicionales en psicología, lo constituye el Interconductismo, y especialmente la Teoría de Campo propuesta por Kantor (1926; 1959). En esta teoría detecta el concepto de interconducta, el cuál constituye el objeto de estudio de la psicología.

Kantor (1959), define interconducta como la interacción organismo-ambiente construido en la historia individual. Por su parte Ribes y López (1985), siguiendo esta línea, define el comportamiento como la interacción del organismo total con su medio ambiente físico, biológico y social. Estos autores mencionan que a partir de la

categoría de conducta se hace hincapié en la interacción como objeto analítico, la interacción comprende, la inseparabilidad de la actividad del organismo y los eventos del ambiente.

Este trabajo se inscribe en el interconductismo, y aunque no se tiene por objetivo describir la teoría y la filosofía que lo fundamentan, vale la pena aclarar que siguiendo la lógica general de este modelo, el alcoholismo no se concibe como enfermedad, sino como un problema de comportamiento humano, que al igual que cualquier otro es susceptible de ser analizado por la psicología, sin llevar a cabo análisis reduccionistas de aspectos biológicos y sociales que no le corresponden.

## **CAPITULO II.**

### **MODELOS DE SALUD**

#### **2.1. Enfoque psicológico referente a la salud.**

Para abordar el tema de salud desde la perspectiva psicológica, se hace necesario en primera instancia describir el concepto que se tiene de salud y las formas en que ha sido abordado por diferentes modelos interesados en la materia.

A pesar de que el tema de salud ha sido objeto de innumerables estudios, aún no se cuenta con un criterio universalmente aceptado acerca de su definición, por lo que todavía se discute en qué consiste el estado de salud; una de las definiciones más aceptadas es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cuál menciona "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades"



(Bayes, 1978; 57p.).

El modelo médico biológico se ha referido a la salud como ausencia de enfermedad, para este modelo la salud es un estado propio del organismo que resiste a los agentes nocivos externos. En tanto que para el punto de vista sociocultural la salud, se constituye además de la ausencia de enfermedad en su relación con el entorno físico y las prácticas sociales, que en un momento determinado podrían auspiciar la aparición de laguna enfermedad. (Ribes, 1990).

En cuanto a la psicología de la salud ha sido asociada a términos como conducta enferma, mente enferma o enfermedades mentales, de esto se deriva el intento por definir lo que es la Salud Mental.

Fernández (1989), hace mención de algunos autores que han dado diversas definiciones de salud mental como "La adaptación del individuo a un medio material humano con la mayor eficacia y bienestar"; la equipara a la aptitud para ocupar

un empleo, educar una familia, seguir los placeres normalmente ofrecidos por la vida. Para Fromm (1962) la salud mental se caracteriza por la posibilidad de amar y crecer. Finalmente Fernández (1989), define salud mental como el grado de armonía o equilibrio alcanzado por la personalidad, cuanto mayor sea la armonía psicológica del hombre, mayor será su íntima satisfacción y su disposición, para producir satisfacciones a los demás.

"El criterio para la evaluación de la salud mental no se refiere únicamente a una adaptación individual, a un criterio de orden social determinado, sino, que esta ligado a un esquema universal valido para todos los hombres en tanto el mismo da una respuesta satisfactoria a los problemas de la existencia del hombre" (Fernández 1989, 114p).

Por otra parte María Jahoda (En Sauza y Machorro, 1988), menciona seis categorías esenciales que definen la salud mental: 1) grado de conocimiento, 2) desarrollo y actualización de potencialidades, 3) actitudes hacia uno mismo,

4) integración de la personalidad, 5) autonomía, y 6) percepción de la realidad y dominio del ambiente personal.

Para Muñoz Alonso (1962), la salud mental es condición que permite al hombre interesarse en el mundo como realidad inteligente, con sustantividad y dotar de sentido al mundo, convirtiéndola en su mundo.

A este respecto en CESAAL, (Centro de estudios sobre alcohol y alcoholismo, 1991), definen a la salud mental como un estado relativo y no absoluto, el la que la persona ha logrado una integración razonable de las tendencias instintivas, integración que resulta aceptable para sí misma y para su medio social, esto se refleja en sus relaciones interpersonales, en su nivel de satisfacción vital, en su felicidad, en su adaptabilidad y en el grado de madurez alcanzado. De esta forma la salud mental tiene dos componentes esenciales: la visión positiva de sí mismo y la autoaceptación o autoestima.

Otro punto de vista referente a la salud es el que maneja la psicología médica, al respecto Penzo (1990), señala que la psicología médica es aquella parte de la psicología que estudia el comportamiento o las interacciones del individuo en relación con la salud y con la enfermedad. Recoge datos de tres disciplinas: la psicología, la medicina y la educación para la salud. Según esta autora los principales temas que estudia la psicología médica son:

1) Los hábitos y estilos de vida, su influencia en la salud, su adquisición y modificación.

2) Las influencias recíprocas de la enfermedad con el comportamiento y estilo de vida,

3) El paciente como generador de información,

4) El profesional como investigador; para obtener una válida información del paciente,

5) El razonamiento médico: diagnóstico,

6) El profesional como comunicador, y

7) El profesional como educador o modificador de hábitos de comportamiento.

Sin embargo, para De La Fuente (1992), la psicología médica es un campo de la psicología aplicada que reúne conocimientos y provee conceptos explicativos y criterios clínicos en relación con los aspectos psicológicos de los problemas médicos. Para este autor la psicología médica tiene estrechas relaciones con la medicina general y con las especialidades médicas porque se ocupa de problemas que le son comunes a todas ellas.

Para Schneider (1986), la psicología médica es una disciplina que debe enseñarse al médico, dándole informaciones y conocimientos suficientes para que pueda comprender a su enfermo como ser humano que padece una enfermedad y asimismo tratarlo mejor según los datos científicos habituales, pero teniendo en cuenta los datos psicológicos. Kretschmer (1966), afirma que los médicos necesitan una psicología nacida de la práctica médica y capaz de satisfacer las exigencias propias del ejercicio de su profesión.

## **2.2.- Un modelo psicológico de la salud.**

Ahora bien con base en las definiciones anteriores, es posible afirmar que algunos enfoques psicológicos han abarcado el término de salud sin darse cuenta que se trata de una categoría que no puede considerarse como un concepto psicológico.

Al tratar de apropiarse en psicología del término "salud" se creó el concepto de "Salud Mental". Sin embargo este concepto esta mal planteado ya que en principio retoma aspectos propios del campo médico desde el diagnóstico hasta el tratamiento. Además no rebasa las concepciones dualistas que sugieren que las acciones del hombre son reguladas por fuerzas internas y abstractas. (Ribes, 1990).

Otra situación que se presenta es que la psicología, para explicarse, utiliza conceptos de la medicina o del lenguaje ordinario, por lo tanto no cuenta con un lenguaje propio para definir un problema en términos psicológicos. Así como

también reduce problemas biomédicos y sociales a conceptos exclusivamente psicológicos. Ejemplo de ello es la teoría de la adicción psicológica, la noción de estrés, así como el hecho de considerar al alcoholismo como conducta anormal o enfermedad mental.

La salud es demasiado compleja para ser abordada con éxito por una sola disciplina, por lo que debe tratarse de una manera multidisciplinaria, es decir cada una de las áreas biomédicas y sociales deben apoyarse sin interferir una con la otra. De esta forma se lograría un visión más amplia del problema, sin excluir los aspectos biológicos y sociales. La salud como categoría es ajena a la psicología, por ello no hay necesidad de definirla o explicarla como tal, pero como todo problema social, la salud tiene una dimensión psicológica.

Partiendo de que, como se señaló, se carece de un campo bien delimitado de aplicación de la psicología, Ribes (1990), propone un modelo que pretende delimitar la dimensión psicológica de la

salud y con ello el campo de incidencia del psicólogo, su modelo es una propuesta que, además permite romper con los mitos de la interacción mente-cuerpo, para describir un proceso psicológico que da como resultado, ya sea la salud o la enfermedad.

El proceso de salud-enfermedad contempla todos los factores que intervienen en la interacción del organismo con su medio sociocultural, en relación con la salud. Los factores biológicos sociales y culturales, se toman en cuenta como factores participantes de este proceso, pero se analizan en tanto su influencia psicológica.

En este modelo se afirma que cada individuo tiene diversas características dependiendo del medio sociocultural en que se desarrolla, para lo cual, entre otras cosas, se considera su historia personal. En cuanto a los factores biológicos, aparecen solamente como aquellos aspectos generales que afectan y pueden afectarse por ciertos factores psicológicos. El concepto de salud, desde el punto de vista psicológico, queda así, integrado por dos modelos: el social que



entiende a la salud como bienestar y el biológico que lo entiende como ausencia de enfermedad.

No se puede afirmar que toda alteración del organismo depende de la forma de comportarse del individuo en su medio social. Pero las formas de conducta sí intervienen directamente en la curación, rehabilitación o producción de alguna enfermedad. Esta es propiamente la dimensión psicológica de la salud y puede dividirse en tres factores:

1) El comportamiento de cada individuo que modula su estado biológico en la medida en que regula el contacto del organismo con el ambiente.

2) Las competencias que definen la efectividad del individuo, en su interacción con diversas situaciones que efectúan su estado de salud.

3) Las maneras en que se comporta consistentemente un individuo en su contacto inicial con diversas situaciones, lo que puede afectar su condición biológica.

Este modelo psicológico de la salud no excluye a los modelos biológicos o socio culturales, sino, más bien los vincula a través del estudio del comportamiento individual.

- Entra figura 1 -

Como se muestra en la figura 1, Ribes (1989), divide su modelo de salud en dos categorías generales: la primera se refiere a los procesos psicológicos que determinan la relación entre el organismo y la conducta del individuo dentro de un medio social, la segunda abarca las consecuencias o los resultados de dichos procesos en términos del comportamiento, la vulnerabilidad del organismo y sus efectos en la producción y prevención de enfermedad y conductas asociadas a la alteración biológica. El hacer o no hacer, el hacer de cierta manera las cosas y el hacerlo frente a ciertas condiciones constituyen los elementos que definen psicológicamente un procesos cuya resultante es la presencia o ausencia de una enfermedad biológica. (Ribes, 1989).

### *2.3 Proceso psicológico de la salud.*

El proceso psicológico que influye en la salud biológica comprende la interacción de tres factores: La historia interactiva del sujeto, las competencias funcionales presentes y la modulación de los estados biológicos. Estos tres elementos serán analizados a continuación.

1) La historia interactiva del sujeto. Comprende la disposición que tiene el individuo para interactuar con una situación en el presente. Esto basándose en formas de interacción previas. La historia interactiva a su vez se divide en dos dimensiones: a) Los estilos interactivos y b) La disponibilidad de competencias funcionales.

a) los estilos interactivos es lo que otras teorías psicológicas consideran como la personalidad, aunque implica una concepción diferente.

Se consideran modos consistentes con base en los cuales el sujeto interactúa en su contacto inicial con cierto tipo de situaciones.

Los estilos interactivos a diferencia de lo que han estudiado las teorías de la personalidad, no pueden tipificarse, ya que justamente se refieren a los modos indiosincráticos en que cada persona va aprendiendo a entrar en contacto con una situación específica. Lo que puede tipificarse son las situaciones, ello se hace con base en la funcionalidad que presentan como arreglos contingenciales específicos.

Los estilos interactivos pueden ser susceptibles de evaluación en situaciones contingenciales que requieren de formas de interacción no específicas; y que son socialmente neutras, en la medida en que la condición con que se interactúa no implique la conducta de otro individuo. (Ribes, 1990).

Ribes (1989), prevé doce diferentes tipos de situaciones, o arreglos contingenciales en los que es posible identificar estilos interactivos individuales:

- 1) Toma de decisiones. Cuando el individuo se enfrenta ante dos o más situaciones en las que:

- a) no es posible elegir más de una opción al mismo tiempo;
- b) no se tiene la certeza de lo que puede suceder y;
- c) que demandan una opción y el individuo puede o no percibir la demanda, o bien el individuo percibe una demanda que no existe.

2) Tolerancia a la ambigüedad. Cuando el individuo actúa respondiendo a una demanda de la situación sin tener claro el por qué de esta acción, ya que no hay una correspondencia entre lo demandado y las consecuencias de su conducta, porque éstas pueden ser independientes, cambiantes, antagónicas o imprevisibles.

3) Tolerancia a la frustración. Cuando las consecuencias de la conducta del individuo no son las que esperaba, porque pueden ser menores a sus expectativas, se demoran, no se otorgan, puede ser retirados sin razón, requieren de una ejecución mayor para obtenerlos, se le impide desarrollar la conducta.

4) Persistencia o logro. Es cuando existe una situación en la cual el individuo debe esforzarse cada vez más para obtener una consecuencia y en donde:

- a) Sabe que se le exige más para obtener lo mismo.
- b) Sabe que le exige más y obtendrá más.
- c) Esta advertido que va a obtener más sin esfuerzo adicional.

5) Flexibilidad al cambio. Al individuo se le presentan situaciones de cambios, frecuentes y variados tanto en lo que exige la situación como en las consecuencias, además las consecuencias pueden ser múltiples e independientes entre sí.

6) Tendencia a la transgresión. Es cuando el individuo se encuentra en una situación en la que debe responder a dos opciones una permitida y otra no: la respuesta puede ser a) responder ante ambas, b) responder ante la permitida, y c) responder ante la no permitida.

7) Curiosidad: el individuo se encuentra en una situación en la cual no son necesarios cambios por

su parte, sin embargo el cambia sus respuestas o las condiciones en las que se encuentra o elige las condiciones de mayor variedad.

8) Tendencia al riesgo. El individuo se encuentra con condiciones en las que son estables las consecuencias de su respuesta y con condiciones en las que las consecuencias de sus actos son variables e impredecibles pero aparentan ser más atractivas.

9) Dependencia de señales. En esta situación al individuo se le indican de alguna manera las exigencias y consecuencias de la situación, pero puede haber cambios posteriores en las indicaciones: agregando otras, eliminando algunas que en otras situaciones ya han sido utilizadas o variando sus condiciones de presentación.

10) Responsividad. Es cuando el comportamiento del individuo se altera ante una situación donde: Cambian las indicaciones cuando las condiciones de demanda varían, aunque se mantengan las mismas consecuencias; y cambian las consecuencias aunque se mantenga la misma demanda.

11) Impulsividad-no impulsividad. Esta se da cuando el individuo recibe la indicación de cómo responder ante una situación, pero además se le induce propiciando disposiciones que tal vez no sean correspondidas por las indicaciones. Si obedece a esto se considera al individuo como impulsivo.

12) Reducción del conflicto. El individuo necesariamente debe responder ante la situación.

Basándose en estos estilos interactivos es posible predecir la manera en que un individuo se enfrentará a una situación que presente riesgo, además permitirá conocer qué tanto se ajusta a una situación en la que se requiere efectividad, tomando en cuenta sus competencias disponibles.

Además de los estilos interactivos, la historia interactiva del sujeto se conforma por la disponibilidad de competencias funcionales. Aquí se debe entender primero como competencia al comportamiento de un individuo ante situaciones y requerimientos de éstas, incluyendo los resultados



del comportamiento en relación a lo demandado. La disponibilidad de estas competencias, se refiere a la capacidad conductual de un individuo, para cumplir con efectividad los requerimientos que establece una situación. Estos comportamientos pueden ser de diversa complejidad e incluyen movimientos, reacciones sensoriales y acciones lingüísticas de diferente índole. Las formas de acción van a depender del desarrollo social y de las características de los objetos, acontecimientos y personas con las que se relaciona en una situación determinada. (Ver Ribes y López, 1985, Ribes 1990).

2) Aparte de la historia interactiva, en el proceso psicológico de la salud intervienen las competencias funcionales presentes. Estas se refieren a las interacciones del individuo en situaciones presentes, en relación con los requerimientos de ésta. Las competencias funcionales presentes están determinadas probabilísticamente por la disponibilidad de competencias funcionales, esto es, las capacidades del individuo en el pasado, pueden facilitar,

impedir o entorpecer, sus capacidades en el presente. El cómo enfrenta un individuo las diversas situaciones que se le presentan, es un factor primordial en el proceso de salud.

Para analizar, tanto la historia de competencias, como las competencias funcionales presentes, de acuerdo a Ribes (1990), deben tomarse en cuenta los siguientes elementos:

- 1) Características de las conductas efectivas.
- 2) Situaciones.
- 3) Personas.
- 4) Efectos.

Hay que señalar también que, de acuerdo a la lógica general del modelo de campo, las competencias funcionales presentes, pueden presentar cuatro niveles funcionales. Es decir, el modelo de campo y en especial la taxonomía funcional de Ribes y López (1985), describen la

existencia de distintos procesos de comportamientos en una jerarquía evolutiva con distintos niveles de complejidad en lo cualitativo. De ahí que el modelo de salud mantiene la misma lógica de análisis y contempla el término de aptitud o nivel funcional para referirse a diferentes grados de complejidad cualitativa en competencias que pueden tener las mismas morfologías.

Así el primer nivel, se define como: interacciones situacionales no instrumentales, que son aquéllas en las cuales el individuo actúa diferenciando objetos, personas y acontecimientos de una situación, sin llegar a alterarla.

Segundo nivel. Interacciones situacionales Instrumentales. Estas son formas de comportamiento exclusivas de una situación particular, pero en estas la conducta del individuo causa un cambio en el ambiente, y este a su vez le trae consecuencias.

Tercer nivel. Interacciones extrasituacionales. En estas el individuo actúa frente a los elementos y contingencias presentes como si tuvieran las propiedades de otros elementos o contingencias, ello implica una participación fundamental del comportamiento lingüístico del individuo.

Cuarto nivel. Interacciones transituacionales. Aquí el individuo no se enfrenta a la situación con base en lo que ocurre en ella o en lo que percibe, sino en términos de como conceptualiza la situación. Es el comportamiento lingüístico que regula y determina las propiedades y eventos que serán funcionales para el individuo.

3) La modulación de los estados biológicos, como el componente biológico que participa en él proceso psicológico de la salud, se refiere a que las condiciones biológicas del organismo pueden ser afectadas dependiendo de la manera en que el individuo actúa frente a las contingencias de una situación determinada.

#### **2.4 Resultados del proceso psicológico de la salud.**

La relación de los tres factores antes descritos constituyen el proceso de salud que tiene como resultados: 1) El grado de vulnerabilidad biológica del organismo a la enfermedad,

2) La disponibilidad y ocurrencia de conductas instrumentales preventivas y de riesgo y

3) Patología biológica y comportamientos asociados.

El primero se refiere a la interacción de una serie de condiciones orgánicas que aumentan el riesgo de que una persona desarrolle una enfermedad. Algunas de estas condiciones resultan de carencias o prácticas inadecuadas y se manifiestan como reacciones biológicas. Otras son de naturaleza puramente orgánica, como alteraciones genéticas o congénitas. Las segundas concernientes a las conductas instrumentales preventivas y/o de riesgo son precisamente, el componente psicológico

resultante que tiene como efecto, tanto el aumentar los riesgos de contraer una enfermedad o de empeorar un estado patológico existente, como el efecto contrario de reducir el riesgo de enfermedad o ayudar a detener su progreso e incluso su curación total.

Las conductas instrumentales de riesgo pueden clasificarse como directas e indirectas. Las directas son las que producen contacto con un agente patógeno, ya sea un agente causante de lesiones o un agente infeccioso; por ejemplo accidentes como caídas, golpes, quemaduras; porque con su conducta el individuo se expone a sufrir un daño en forma inmediata.

Las conductas instrumentales indirectas son las que sin producir contactos con agentes patógenos aumentan la vulnerabilidad del organismo ante dichos agentes. Como ejemplo se encuentra el alcoholismo, tabaquismo, farmacodependencia, relaciones sexuales sin protección, prostitución, etc; porque al presentarse este tipo de conductas se aumenta el riesgo de contraer una enfermedad.

A partir de lo anterior pueden darse 4 posibles combinaciones:

a) Conductas que son instrumentales de alto riesgo y alta vulnerabilidad biológica, que resultarán en el desarrollo de una enfermedad.

b) Conductas que son instrumentales de alto riesgo y baja vulnerabilidad biológica, que resultarán en probabilidades variables de aparición de enfermedades.

c) Conductas que son instrumentales de bajo riesgo y alta vulnerabilidad biológica, que tendrán efectos similares a los del caso anterior.

d) Conductas que son instrumentales de bajo riesgo y baja vulnerabilidad biológica que resulta en la baja posibilidad de desarrollar enfermedades.

Las conductas instrumentales, deben entenderse como, todas aquellas conductas que posee el individuo en su vida cotidiana y que reflejan un determinado nivel de competencia. Esta

capacidad instrumental del individuo esta integrada por cuatro diferentes factores:

1) La disposición de conductas requeridas, entendiéndose éstas únicamente como morfologías o formas de conducta.

2) La disposición de información necesaria sobre el porqué se debe realizar o no una conducta.

3) La disposición de información sobre en que situaciones debe darse una conducta y con qué.

4) La disposición de conductas alternativas a las que tienen ciertos efectos instrumentales.

Por otra parte existen 3 diferentes tipos de instrumentalidad del comportamiento que constituyen un factor de riesgo para la salud:

1) Cuando la conducta del individuo lo expone gradualmente al medio, y esto ocasiona que ocurran cambios de tipo patológico en el organismo.



2) Cuando la conducta pone al individuo en contacto directo con agentes patógenos, lo que propicia la aparición de enfermedades.

3) Cuando la conducta del individuo es responsable directa de daño biológico, como ocurre en accidentes.

Podemos añadir que estos tipos de conducta producen efectos sobre la salud que pueden ser inmediatos o pueden ser demorados es más difícil su prevención sobre todo si se les combina con efectos inmediatos que se consideran agradables.

Las conductas preventivas y de riesgo no solo influyen en el estado de salud del individuo, sino también, puede ser que las conductas de riesgo sean producto de carecer de conductas preventivas. Por ello es fundamental analizar a las conductas instrumentales preventivas con base en sus efectos sobre las conductas de riesgo.

Las conductas instrumentales preventivas se definen como tipos de saber hacer, por ejemplo:

- 1) Saber qué se tiene que hacer, en qué circunstancia se tiene que hacer, cómo decirlo y cómo reconocerlo.
- 2) Saber cómo hacerlo, haberlo hecho antes o haberlo practicado.
- 3) Saber por qué se tiene que hacer o no y reconocer si se tiende o no a hacerlo.
- 4) Saber como reconocer la oportunidad de hacerlo o no hacerlo.
- 5) Saber hacer otras cosas en dicha circunstancia o saber hacer lo mismo de otra manera.

Y el tercer resultante del proceso de salud es la patología biológica y comportamientos asociados a ella. Aunque el tratamiento de la patología biológica es un problema biomédico, existen factores relacionados al comportamiento. Entre ellos el seguimiento y adherencia terapéuticas; el comportamiento requerido en aspectos rehabilitativos de enfermedades crónico

degenerativas o impedimentos físicos terminales; y los comportamientos asociados a la patología biológica como pueden ser: ansiedad, dolor, trastornos neurológicos, etc.

Como influencia, tanto de las conductas instrumentales, como del grado de vulnerabilidad biológica, se presentan las patologías o enfermedades, así como conductas asociadas a éste.

Después de describir brevemente el modelo de salud, propuesto por Ribes, se hace necesario aclarar sus principales aportaciones. La primera de ellas se refiere a que permite diferenciar y establecer las diferentes funciones que tiene el psicólogo en el campo de la salud. En cuanto al proceso psicológico de la salud, se abre el terreno de la investigación. Los temas susceptibles de ser investigados son diversos, entre ellos destaca el papel de aquellos estilos interactivos que pueden ser potencialmente riesgosos para la salud; las competencias o incompetencias funcionales que se encuentran vinculadas a conductas instrumentales de riesgo; los estilos interactivos potencialmente

favorables; y las competencias funcionales vinculadas a conductas instrumentales de prevención.

La segunda aportación es que al obtener datos sobre los puntos anteriores, aparece otra importante función: la detección, es decir, es necesario diseñar instrumentos o procedimientos que permitan detectar con eficacia: las competencias funcionales vinculadas a conductas instrumentales de prevención y riesgo y los estilos interactivos potencialmente favorables y desfavorables para la salud.

La tercera función del psicólogo radica en la parte de resultados del modelo donde lo básico es la prevención. Ribes(1990), menciona que desde el punto de vista médico asistencial existen tres niveles de atención a la salud, los cuales pueden ser analizados desde la perspectiva del modelo psicológico propuesto. Las acciones preventivas primarias se pueden ubicar en los factores que corresponden a la etapa de proceso de la salud; la historia interactiva, las competencias situaciona-

les efectivas y la modulación contingencial de reacciones biológicas, también participan las conductas instrumentales preventivas. En la prevención secundaria figuran las conductas instrumentales de riesgo y parcialmente las conductas asociadas a la enfermedad. La prevención terciaria incluye a las conductas asociadas a la enfermedad y a las conductas instrumentales preventivas.

La cuarta función que tiene el psicólogo es el entrenamiento de otros profesionales, paraprofesionales y no profesionales en torno al proceso psicológico de la salud y sus resultados.

Para finalizar se puede añadir que este modelo de salud planteado por Ribes (1989), pone en claro el campo perteneciente a la psicología, donde la salud, como problema social es analizable desde los modelos biológicos y sociales, pero donde el modelo psicológico es un eje vinculator, que además permite delimitar lo que le compete a cada disciplina.

El modelo de salud ofrece la oportunidad de analizar los procesos psicológicos a partir de un lenguaje propio. Además permite analizar los problemas de una forma individualizada, tomando en cuenta la capacidad que tiene el individuo para enfrentarse a situaciones cotidianas que pueden llegar a modular favorable o desfavorablemente su interacción con el medio en que se desenvuelve.

Hay que agregar que el modelo prevé como un sistema para el análisis y cambio del comportamiento individual al Análisis contingencial. Este sistema se propone como la metodología que puede proporcionar las categorías analíticas de las posibles investigaciones, así como de los instrumentos de detección y, a su vez conforma la metodología a emplearse en la prevención. Este sistema se ha propuesto como alternativa a otras metodologías psicológicas.

### CAPITULO. III.

#### CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS DE EVALUACION

En el capitulo anterior se abordó el modelo de salud de Ribes, este modelo puede ser aplicado en cualquier problema vinculado con la salud, uno de ellos puede ser el alcoholismo. El análisis contingencial da la posibilidad de evaluar las conductas de los sujetos valorados como alcohólicos. Al conocerlas es factible determinar las competencias de cada sujeto.

Por ello es importante aplicar el modelo de salud propuesto por Ribes ya que permite observar procesos psicológicos en la interacción del sujeto con su medio sociocultural. Además se arrojan una serie de resultantes que permiten predecir conductas para prevenir enfermedad.

Como se menciona en el capitulo anterior, son conductas instrumentales todas aquellas que posee el individuo en su vida cotidiana y que reflejan un determinado nivel de competencia; las

conductas instrumentales de riesgo son aquellas que aumentan la probabilidad de contraer una enfermedad o empeorarla. De esta manera el problema del alcoholismo se concibe como una conducta instrumental de riesgo de tipo indirecto, ya que aumenta la vulnerabilidad del organismo.

Las conductas instrumentales dependen en gran medida de las competencias funcionales, es por ello que debe considerarse de interés explorar la relación de estas últimas con la conducta de beber alcohol.

La presente investigación tuvo por objetivo confiabilizar un instrumento usado para evaluar la conducta de beber y otro para evaluar las competencias de sujetos alcohólicos.

Kerlinger (1986), define confiabilidad del instrumento como la dependencia del grado en que se produzcan errores de medición, dicho de otro modo, la confiabilidad se puede definir como la carencia relativa de errores de medición de un instrumento. Esto es, la exactitud o precisión de



un instrumento de evaluación. Partiendo de que la confiabilidad se define por medio del error, se llega a la siguiente conclusión: confiabilidad es la proporción entre la varianza verdadera y la varianza total obtenida por un instrumento de medición. la cual se resta a 1.00, índice que denota una confiabilidad perfecta.

Por otra parte existen diferentes formas de interpretar el coeficiente de confiabilidad. Para Nunnally (1987), el coeficiente alfa es la formula básica para determinar la confiabilidad. El coeficiente alfa establece el limite superior de la confiabilidad de las pruebas constituidas según el modelo dominio-muestra.

Para determinar la confiabilidad entre observadores se ha utilizado el porcentaje de acuerdo y los coeficientes de correlación. En los porcentajes de acuerdo por ensayo, la sesión se divide en intervalos y se computa en base a los acuerdos y desacuerdos. La  $\chi^2$  cuadrada, es utilizada para probar los datos de un observador con un conjunto de valores estándar esperados.

Otro coeficiente utilizado para estimar la confiabilidad entre observadores es el coeficiente de phi, el cual mide la asociación entre los registros de los observadores. El coeficiente de Kappa es otro estadístico utilizado para calcular el acuerdo entre observadores. Cuando se utilizan más de dos observadores y se registra una sola categoría conductual se puede confiabilizar con el coeficiente de correlación intra clase. (Silva y Nava, 1992).

Para Nunnally (1987), otros métodos aceptables de confiabilización son la división en mitades y el método de retest. El primero consiste en dividir los reactivos de una prueba en mitades y correlacionar los resultados de ambas. El segundo consiste en administrar a una misma persona la misma prueba después de un período determinado.

Una de las pruebas más novedosa y que mejores resultados ha arrojado es el Alfa de Cronbach, por lo que precisamente se utiliza en esta investigación, como método para confiabilizar

el instrumento. El cuál consiste en una aplicación.

De tal manera que como primera aproximación, en este trabajo se confiabilizaron instrumentos que evalúan competencias y conducta de beber para que en posteriores estudios sea investigado el papel que juegan las competencias y su correlación con la conducta de beber alcohol.

### **3.1 Método.**

#### **SUJETOS:**

26 sujetos valorados como bebedores, 23 hombres y 3 mujeres, entre 17 y 36 años.

#### **CRITERIOS DE SELECCION:**

La participación de los sujetos fue voluntaria, y sólo se solicitaron las siguientes características:

1. Que supieran leer y escribir, ya que estas habilidades se requerían para este estudio.

2. Que tuvieran un rango de edad de 14 a 60 años, por considerarse que esta población es la que presenta una mayor incidencia en el consumo de bebidas.

3. No existió restricción de sexo.

**ESCENARIO EXPERIMENTAL:**

Las sesiones de trabajo se llevaron a cabo en un espacio cerrado con ventilación e iluminación propicias.

**APARATOS:**

Se empleó, una computadora PC para el análisis estadístico, la descripción de resultados y la elaboración de tablas.

**MATERIAL:**

Hojas, lápices y los instrumentos a evaluar. Estos consistieron en dos cuestionarios que se describen a continuación.

**DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO:**

Se diseñaron diferentes cuestionarios con preguntas abiertas. El cuestionario "A" se diseñó para evaluar la conducta de beber alcohol (ver anexo), consta de 112 preguntas clasificadas de la siguiente forma:

- 1) Datos demográficos, (9 items); los items de este apartado permitieron ubicar edades, sexo, ocupación, nivel académico y nivel socioeconómico.
- 2) Morfologías (14 items);
- 3) Situaciones (13 items);
- 4) Personas (15 items);
- 5) Efectos (25 items);
- 6) Dimensión Macrocontingencial (26 items); y
- 7) Génesis del problema (10 items).

Estas categorías enlistadas en los incisos del 2 al 7 corresponden a aquellas prepuestas por el análisis contingencial, que como se señaló, es la metodología propuesta por el propio modelo psicológico de la salud. Las preguntas se clasificaron así con el fin de categorizar las distintas formas de beber, es decir, entender las distintas conductas instrumentales de riesgo y los juicios de valor relacionados con ellas.

El cuestionario "B", (ver anexo) se diseñó para evaluar distintas competencias genéricas de los sujetos. Incluye 64 preguntas abiertas diseñadas con base en dos criterios: La propia definición de competencias propuesta por Ribes (1990) que incluye la demanda social, la interacción y la efectividad en situaciones específicas; y una clasificación global tal que permite evaluar el desempeño general de cada sujeto. La clasificación fue la siguiente:

- 1) Desempeño familiar (6 items);

- 2) Desempeño laboral (13 items);
- 3) Desempeño académico (8 items); y
- 4) Desempeño social (33 items).

Estas categorías se incluyeron con la finalidad de obtener información con respecto a cada sujeto, que permitiera entender si éste era o no competente al enfrentarse con las distintas demandas que enfrenta en su vida cotidiana.

En ambos cuestionarios los items fueron elaborados como preguntas abiertas con el fin de analizar el comportamiento específico de cada sujeto, aunque se diseñaron de modo tal que fuera posible categorizar cada respuesta.

Para esto último se utilizaron plantillas que permitieran calificar cada cuestionario (ver anexo). Se empleó una plantilla para cada cuestionario, las categorías empleadas se jerarquizaron de modo tal que permitieran evaluar distintos grados en la conducta de beber, así como distintas

competencias.

### ***P r o c e d i m i e n t o :***

Fase 1. Se aplicó el cuestionario "A". Esto se realizó de manera individual, en una habitación cerrada y en una sola sesión. Al sujeto se le dio el cuestionario y hojas en blanco para que respondiera de manera abierta, se le instruyó para que contestara verídicamente. El investigador permaneció en la habitación para aclarar dudas.

Fase 2. El cuestionario "B", (referente a competencias) se aplicó igual que en la fase anterior. Esto se llevó a cabo de manera individual y en una sola sesión. Las instrucciones que recibieron los sujetos fueron las mismas que en el caso anterior con la diferencia que se les pedía a los sujetos que por un momento olvidaran que tenían problemas con su manera de beber.

### ***3.2 R E S U L T A D O S .***



Una vez aplicados los instrumentos de evaluación, se analizaron los datos demográficos. Se obtuvo que la muestra de estudio estaba constituida por 23 hombres y 3 mujeres. Para 18 de ellos la edad oscilaba entre los 17 y 36 años. La mayoría de ellos tenía una profesión o se encontraba estudiándola, mientras que solamente 7 sujetos sólo habían concluido la educación elemental. En cuanto a la frecuencia en la que bebían, ocho sujetos reportaron beber en promedio 4 veces por semana; siete, 3 veces por semana; cuatro, 2 veces por semana; cuatro, una vez por semana y tres bebían en promedio 5 días a la semana.

Posteriormente se procedió a la confiabilización de los instrumentos "A" y "B" mediante la codificación y análisis de las preguntas por medio de método Alfa de Cronbach.

-Entra tabla 1-

La tabla 1 muestra en sus columnas 2 y 4, los coeficientes de confiabilidad del instrumento

empleado para evaluar la conducta de beber ó cuestionario "A". Dicho instrumento contienen 102 items, excluyendo los referentes a datos demográficos, sin embargo , como producto del análisis el número se redujo a 33: uno para la dimensión Macrocontingencial (DM), 4 para morfologías de conducta (M), 4 para categorías de personas (P), 5 para la de situaciones (S), 19 para efectos (E) y finalmente el área de génesis fue eliminada.

El alfa de Cronbach mínimo que se registro fue de .9064, el máximo fue .9163. El alfa estandarizado fue de .9221, lo cual indica un nivel muy aceptable de confiabilidad.

-Entra tabla 2-

La tabla 2 resume los resultados obtenidos en la confiabilización del instrumento para evaluar competencias ó cuestionario "B". El instrumento está constituido por 60 preguntas excluyendo las referentes a datos demográficos. Tras realizar el análisis se desecharon varios

items, de los cuales quedaron 22, 14 de ellos pertenecientes al área de desempeño social (DS) y 8 al área laboral (L). Las áreas académica y familiar fueron eliminadas.

En las columnas 2 y 4 de la tabla 2 se pueden observar los coeficientes de confiabilidad. El alfa de Cronbach mínimo fue de .8926 y el máximo fue de .9064. El alfa de Cronbach estandarizado que se reporta fue de .9049, lo cual también indica un nivel muy aceptable de confiabilidad del instrumento.

Cabe señalar que después del análisis de datos en ambos cuestionarios, los items que presentaron una varianza baja, esto es menor de 20 ó negativa fueron eliminados. Lo anterior se debe a que según el análisis de resultados resultaban de poco interés para la investigación.

### **3.3 ANALISIS DE RESULTADOS.**

Se encontró que para el cuestionario "A", existe una confiabilidad del 92 %, lo cual indica que existe un margen de error del 8%. Esto demues-

tra que en términos generales el índice de confiabilidad es bastante aceptable, ya que según Nunally (1987), el 8% no representa una cantidad considerable de error en la medición.

En cuanto al cuestionario "B", se encontró en un caso similar, ya que el índice de confiabilidad que presenta es de 90% con un nivel de error del 10%. Esto indica que los items formulados arrojan la información pertinente.

En promedio general para los dos cuestionarios el margen de error fue inferior al 10%. Esto puede deberse a errores en la aplicación del cuestionario y codificación de las respuestas.

Por último podemos añadir que los items que fueron eliminados no aportaban datos importantes. Tal vez esto se debe a que en algunos casos requerían de respuestas amplias, lo que provocaba que las respuestas de los sujetos fueran confusas. Además algunos reactivos fueron similares y finalmente hubo algunos que no fueron lo suficientemente claros.

A pesar de estos errores, el presente trabajo constituye una primera aproximación en la elaboración de instrumentos de evaluación de la conducta de beber y competencias presentes, basado en la perspectiva teórica que ofrece el modelo psicológico de la salud propuesto por Ribes (1990).

## C O N C L U S I O N E S .

En la investigación realizada se confiabilizaron dos instrumentos. El cuestionario "A" que evalúa la conducta de beber y el "B" que evalúa las competencias funcionales. Los resultados muestran que ambos son estadísticamente confiables. Lo cual marca un camino a seguir en el perfeccionamiento de los instrumentos; formulando un mayor número de items que deberán ser aplicados a poblaciones mayores y más heterogéneas.

Sin embargo, se presentaron algunas limitaciones en la investigación, entre ellas el hecho de omitir la mayor parte de los items formulados ya que no arrojaron los datos esperados. Por otra parte la muestra debe ser mayor para obtener mejores resultados. Aunque cabe señalar que esta investigación no pretende generalizar resultados ya que no es epidemiológica, sino más bien aborda una forma alternativa de concebir la salud.

El presente trabajo fue basado en el modelo de salud de Ribes (1990), siendo éste un modelo heurístico es fundamental lograr un primer acercamiento en su exploración.

El modelo pone en claro la dimensión psicológica de la salud, lo que permite concebir de manera diferente a todos los problemas de tipo social relacionados con la salud. El alcoholismo deja de ser catalogado como conducta anormal o enferma, para ser entendido como una conducta instrumental de riesgo en la aparición de enfermedades y que además es susceptible de ser analizado desde distintos ángulos.

El modelo permite diferenciar y establecer las diferentes funciones que tiene el psicólogo en el campo de la salud. Así como, abordar el campo de la prevención y dar apoyo a profesionales y no profesionales en torno al proceso de salud y sus resultados.

Por otro lado debe considerarse que a pesar de las numerosas investigaciones de que ha sido

objeto el alcoholismo, no se cuenta con un consenso general acerca de su naturaleza, lo que produce confusión en su explicación y tratamiento. Es por ello que debe ser analizada la correlación existente entre la conducta de ingerir alcohol, las competencias funcionales y la historia del sujeto, para lo cual debe contarse con los instrumentos de evaluación adecuados.

Finalmente cabe resaltar que para el modelo de salud es muy importante el contar con formas de detección apropiadas. Para lo cual es necesario construir instrumentos que permitan evaluar competencias funcionales, conductas de riesgo y prevención así como estilos interactivos asociados. De tal manera que este trabajo puede ser de gran ayuda en investigaciones futuras.



## B I B L I O G R A F I A.

Alcohólicos anónimos. (1986). *Alcohólicos anónimos y la profesión médica*. México: Alcoholisc Anonmous. World Services, Inc.

Alcohólicos anónimos (1990), *Los doce pasos*. México: Alcoholics Anonymous. World Service, Inc.

Álvarez A. R. (1991). *Salud pública y medicina preventiva*. México: Manual Moderno.

Bayes R. (1978). *Una introducción Al método científico en psicología*. Barcelona: Fotanella.

Caparros A. (1990). *Historia de la psicología*. Barcelona: CEAC.

Centro de estudios sobre el alcohol y el alcoholismo. CESAAL (1991). *Las bebidas alcohólicas y la salud*. México: Trillas.

Cormillot A. (1992). *Beber o no beber, esa es la cuestión*. Argentina: Paidós.

Craighead E y Kazdin A. (1984). *Modificación de conducta. Principales técnicas y aplicaciones*. Barcelona: Ediciones Omega.

De La Fuente M. (1959). *Psicología médica*. México: Fondo de Cultura Económica.

Flores J. (1992). *Alcohólicos anónimos: una alternativa de tratamiento del alcoholismo*. Tesis, México. ENEP Iztacala.

Fromm E. (1962). *El miedo a la libertad*. Buenos Aires: Paidós.

Griffith E. (1990). *Tratamientos de alcohólicos*. México: Trillas.

Hay M W, Hay R.L y O Nelson. (1977). "La adaptación de procesos de moldeamiento encubierto en el tratamiento del alcoholismo crónico y conducta obsesivo compulsiva: reporte de dos

casos" Behavior Therapy Vol. 8, No. 1, 70-77 p.

Hoing W y Staddon. (1983). *Manual de conducta operante*. México: Trillas

Kantor J.R (1978). *Psicología Interconductual*. México: Trillas.

Kerlinger (1986). *Investigación del comportamiento*. México: Ed. Interamericana.

Kretschmer E. (1996). *Psicología médica*. Barcelona: Labor.

Madden J.S. (1993). *Alcoholismo y farmacodependencia*. México: Manual Moderno.

Miller P y Eisler R. (1990). "Conducta asertiva en alcohólicos. Descripción y análisis". Behavior Therapy Vol 8, No. 1. 146-149p.

Molina. (1982). *El alcoholismo en México*. México: Fundación de Investigaciones Sociales.

Nunnally C.J. (1987). *Teoría psicométrica*. México: Trillas.

Penzo W. (1990). *Psicología Médica*. España: Salvat Editores.

Ribes y López. (1985). *Teoría de la conducta*. México: Trillas.

Ribes E. (1989). *Psicología y salud. Un análisis conceptual*. México.

Ribes E. (1990). *Problemas conceptuales en el análisis del comportamiento humano*. México: Trillas.

Rigol y Ugalde. (1991). *Problemas conceptuales en el análisis del comportamiento humano*. Barcelona: Salvat Editores.

San Martín H. (1984). *Enfermería de la salud mental y psiquiátrica*. México: La Prensa Médica Mexicana.

Sarason I. (1983). *Psicología anormal*. México: Trillas.

Schneider P. (1986). *Psicología aplicada a la práctica médica*. Barcelona: Paidós.

Silva R. y Nava C. (1992). *Métodos cuantitativos en psicología*. México: Trillas.

Skinner B.F (1986). *Ciencia y conducta humana*. Barcelona: Editorial Martínez Roca.

Souza y Machorro. (1988). *Alcoholismo. Conceptos básicos*. México: Manual Moderno.

Staats A. (1979). *Conductismo social*. México: Manual Moderno.

Ulrich. (1983). *Control de la conducta humana*. México: Trillas.

Valasco F.R. (1988). *Esa enfermedad llamada alcoholismo*. México: Trillas.

Wittig A. (1994). *Introducción a la psicología*.  
México: Latinoamericana.

**ANEXOS.**

TABLA 1  
CUESTIONARIO "A"  
INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA CONDUCTA DE BEBER

(M)Morfologías, (S)Situaciones, (P)Personas,(E)Efectos,  
(DM)Dimensión Macrocontingencial.

M1	.9145.	E5	.9163.
M8	.9119.	E8	.9120.
P5	.9084.	E9	.9100.
P9	.9104.	E10	.9088.
P10	.9115.	E12	.9137.
P14	.9147.	E15	.9114.
S1	.9132.	E16	.9134.
S4	.9106.	E17	.9064.
S5	.9130.	E18	.9116.
S8	.9140.	E22	.9118.
S11	.9131.	E23	.9139.
E1	.9145.	E24	.9104.
E2	.9121.	E25	.9102.
E4	.9143.		

Coefficiente de confiabilidad de 33 items

Alfa estandarizado = .9221.

Alfa = .9145.



**TABLA 2**  
**CUESTIONARIO "B"**

**INSTRUMENTO PARA EVALUAR COMPETENCIAS**

(L) Competencias Laborales, (DS) Desempeño social

L7	.8936.	DS14	.9045.
L8	.8979.	DS15	.9004.
L9	.8926.	DS16	.8936.
L10	.8967.	DS17	.9002.
L11	.8989.	DS19	.8931.
L12	.9005.	DS21	.8928.
L13	.8941.	DS25	.9039.
DS1	.9054.	DS26	.9039.
DS11	.9046.	DS30	.9021.
DS12	.9037.	DS31	.9013.

Coefficiente de confiabilidad de 22 ítems

Alpha estandarizado= .9049.

## CUESTIONARIO "A".

### ANALISIS CONTINGENCIAL

Las respuestas deberán escribirlas en hojas en blanco, anotando los números correspondientes.

#### **I. DATOS DEMOGRAFICOS.**

1. EDAD.
2. OCUPACION.
3. SEXO.
4. OCUPACION. (Estudia, trabaja o ambas, en que estudia en qué trabaja).
5. ¿Hasta qué año estudió o estudia?
6. ¿Con quiénes vive?
7. ¿Contribuye a la economía familiar?
8. Si trabaja ¿Cuánto gana al mes?
9. ¿Cómo distribuye su dinero?

#### **II. MORFOLOGIAS DE CONDUCTA.**

1. ¿Con que frecuencia bebe? Explique diario, por temporadas, varias veces a la semana, etc.?
2. ¿Cuándo bebe, se embriaga, pierde el equilibrio, pierde el conocimiento, se le olvidan cosas, etc.?
3. ¿Qué tipo de bebida acostumbra?

4. ¿Mezcla bebidas?

5. ¿Hay bebidas o combinaciones de ellas que le afecten más?

6. ¿Considera usted y/u otras personas que bebe rápido y en grandes cantidades?

7. ¿Cuándo bebe se transforma, es decir, agrade, golpea, llora, se deprime, se desinhibe, etc?

8. ¿Qué piensa usted cuando decide beber?

9. ¿Cree usted que tiene control sobre su beber, esto es, que puede parar de beber cuando lo decida, o siente que esto le cuesta trabajo?

10. ¿Usted fuma?

11. ¿Consume usted alguna droga o algún tipo de medicamento sin prescripción, cuáles y con qué frecuencia?

12. ¿Combina usted la bebida con alguna droga o medicamentos?

13. ¿Práctica usted algún deporte, cuál y con qué frecuencia?

14. ¿Tiene usted algún entretenimiento, lo practica y con qué frecuencia?

### **III. SITUACIONES.**

1. ¿En qué situaciones acostumbra beber, por ejemplo: fiestas, reuniones con amigos, en cantinas, al jugar dominó, en el trabajo, etc?

2. ¿Por regla general que lo incita a beber? Especifique por ejemplo si decide beber por que es viernes, o porque cobró, o porque tiene visitas, etc?
3. ¿Hace usted cosas cuando está bebido que no se atrave o no acostumbra hacer cuando no ha bebido?
4. ¿Hay ocasiones en las que necesita beber para afrontar alguna situación?
5. ¿Acostumbra beber sólo, con familiares, con compañeros de trabajo, o con quiénes? Aclare.
6. ¿Hay lugares o situaciones en los que nunca bebe o bebería?
7. ¿Ha jurado o prometido dejar de beber y lo ha cumplido? Especifique y por cuánto tiempo.
8. ¿Hubo alguna circunstancia en especial que lo haya obligado o inducido a dejar de beber por alguna temporada?
9. ¿Le gusta el sabor de lo que bebe, el efecto que la bebida produce en usted o ambos?
10. ¿Hay estados emocionales (alegrías, corajes, frustraciones, penas, etc.) que lo inciten a beber?
11. ¿Hay algún estado biológico (frío, dolor, cruda, etc.) que lo lleve a beber?
12. ¿Se ha percatado (usted u otros) de que está bebiendo y que no se había dado cuenta?

13. ¿Si ningún motivo aparente se le antoja beber?

#### IV. PERSONAS.

1. ¿Tiene algún amigo o familiar con el cual es más probable que beba?

2. ¿Hay alguna persona o personas que lo inviten o lo inciten a beber? Comente,

3. ¿Acostumbra ser usted el que invita o incita a beber?

4. Le ha sucedido que le prohíban beber y usted en respuesta beba? Especifique y diga quién ha hecho la prohibición.

5. ¿Hay alguna persona o personas con las que no se puede relacionar si no ha bebido? Especifique con quienes y por qué?

6. ¿Hay personas con las que bebiendo se arreglan mejor las cosas? Especifique con quienes y por qué.

7. ¿Habiendo mujeres o niños en una situación, se altera su forma de beber?

8. ¿Hay alguna persona o personas frente a las cuales nunca bebería? Especifique quiénes y por qué.

9. ¿Cuándo alguien lo incita a beber y usted no quiere le dice o no se atreve?

10. ¿Con algunas personas si puede decir que no y con otras no puede? Especifique con quienes.

11. ¿Usted paga generalmente las bebidas, otras personas, se turnan o cada quién paga lo suyo? Explique.

12. ¿Busca usted, generalmente, que lo inviten a beber?

13. ¿Busca usted, generalmente, compañía para beber?

14. ¿Por alguna razón se le ha prohibido beber y sigue usted las instrucciones? (por ejemplo, el doctor).

15. ¿Ha dejado de beber temporalmente porque alguien se lo haya solicitado o lo haya convencido? Aclare.

#### **V. EFECTOS**

1. ¿El beber le provoca cruda?

2. ¿El beber lo marea?

3. ¿Tiene usted arrepentimiento, remordimiento, vergüenza, o sentimiento de culpa por haber bebido o por lo que hizo mientras bebía? Aclare.

4. ¿Se le olvida lo que hace cuando está bebido?

5. Al día siguiente para evitar o curarse las molestias vuelve a beber?

6. ¿Aguanta usted bebiendo o se emborracha rápidamente?

7. ¿Tiene algún tipo de problemas biológicos (gastritis, úlceras, dolores de estómago, de cabeza,

- musculares u otros) como consecuencia de beber?
8. ¿Ha tenido algún accidente como consecuencia de beber?
9. ¿Ha tenido problemas con algún familiar como consecuencia de beber?
10. ¿Ha tenido problemas en su trabajo como consecuencia de beber?
11. ¿Ha tenido problemas con amigos, compañeros u otras personas como consecuencia de beber?
12. ¿Ha estado detenido o preso, o ha tenido algún problema con las autoridades como consecuencia de beber?
13. ¿Ha despertado en algún lugar sin saber porque esta ahí, como consecuencia de beber?
14. ¿Ha llegado a perder el conocimiento como consecuencia de beber?
15. ¿Pierde la compostura (equilibrio, entonación, la figura, la ropa, el dinero, etc. ) como consecuencia de beber?
16. ¿Perder la compostura ha provocado que lo hayan asaltado, golpeado, insultado, o se hayan burlado de usted?
17. ¿Ha sentido que la gente lo evita por beber?
18. ¿Le da por hacer cosas riesgosas como correr en automóvil, robar, apostar, agredir a otros, incitar a otros a realizar tal tipo de actividades

cuando está bebido?

19. ¿Ha intentado dejar de beber por iniciativa propia?

20. Si lo ha hecho ¿cuáles han sido los resultados?

21. ¿Pertenece o ha pertenecido a algún grupo para ayudarse a dejar de beber? Si lo ha hecho cuáles han sido los resultados.

22. ¿Ha estado internado en algún hospital o clínica con objeto de desintoxicarse?

23. ¿Ha atentado contra su vida en estado de ebriedad?

24. ¿Ha perdido oportunidades en su vida (de empleo, de noviazgo, matrimonio, etc. ) por beber? Especifique.

25. ¿Se siente más seguro cuando está bebido?

#### **VI. SISTEMA MACROCONTINGENCIAL.**

1. ¿Tiene alguna religión o creencia religiosa,

2. Si tiene alguna religión o creencia, como la práctica? Comente.

3. ¿Su religión o creencias lo han ayudado, aunque sea temporalmente, a dejar de beber? Aclare.

4. ¿En su núcleo familiar se acostumbra beber?

5. ¿Su grupo de amistades o compañeros acostumbran beber?

6. ¿Qué piensan sus familiares de la gente que bebe?



7. ¿Qué piensan sus amistades o compañeros de la gente que bebe?
8. ¿Qué opina usted de la gente que bebe?
9. ¿Cree usted que la bebida hace daño?
10. ¿Cree usted que la bebida es un problema?
11. ¿Qué piensa usted de las drogas?
12. ¿Hay algún miembro de su familia que consuma drogas?
13. ¿Qué piensan en su familia de las drogas?
14. ¿Entre sus amistades o compañeros hay quiénes consuman drogas?
15. ¿Qué piensan sus amistades o compañeros de la gente que se droga?
16. ¿Cree usted que bebiendo se quita el frío?
17. ¿Cree usted que beber le reporta algún beneficio?
18. ¿Piensa usted que practicar algún deporte anula o disminuye los efectos del alcohol?
19. ¿Cree usted que el alcoholismo se quita?
20. ¿Piensa usted que el alcoholismo se hereda?
21. ¿En su familia se cree que el alcoholismo es una enfermedad?
22. ¿Usted considera al alcoholismo como una enfermedad?
23. ¿Sus amistades o compañeros piensan que el alcoholismo es una enfermedad?

24. ¿Cómo lo tratan sus familiares porque usted bebe: lo consideran, lo regañan, lo amenazan, lo ayudan, lo agreden, se preocupan, se enojan, lo critican.? Aclare y comente quién o quiénes específicamente.

25. ¿Cómo lo tratan sus amistades y compañeros cuándo está bebido?

26. ¿Piensa usted que el beber ayuda a hacer mejor las cosas?

#### **VII. GENESIS.**

1. ¿A qué edad comenzó a beber?

2. ¿Cómo fue que empezó a beber: en una fiesta, en una reunión con amigos, sólo, etc? Comenten lo que hacían y cómo se inicio bebiendo?

3. ¿A partir de cuándo Usted u otras personas empezaron a considerar que su forma de beber era un problema?

4. ¿Cuándo empezó a beber, fue por invitación o usted así lo decidió?

5. ¿A que se dedicaba usted cuándo empezó a beber?

6. ¿Cuándo empezó a beber tenía algún problema y creyó que el alcohol podría ayudar a resolverlo? Aclare.

7. Si contestó afirmativamente la pregunta anterior, explique como solucionó el problema, si lo

empeoró o no lo resolvió?

8. ¿Desde que usted empezó a beber, por algún tiempo esto lo ayudó o apoyó para enfrentar algunas situaciones (penas, problemas, etc).  
Comente.

9. ¿Ha venido empleado la bebida como un medio para enfrentar la vida? por qué.

10. ¿Considera que han sido otros los que han influido para que usted beba?

## **CUESTIONARIO "B".**

### **COMPETENCIAS PRESENTES.**

Las respuestas deberán anotarse en hojas en blanco con los números correspondientes a cada pregunta. El investigador debe explicar o verificar que cada pregunta sea clara para cada sujeto.

#### **I. DATOS DEMOGRAFICOS.**

1. EDAD.
2. OCUPACION.
3. SEXO.
4. No. DE SUJETO.

Para contestar debe olvidar por un momento que bebe y de los problemas que le genera o ha generado el beber, piense en cómo sería si usted no bebiera.

#### **II. FAMILIA.**

1. ¿Qué papel o papeles juega en su familia? (padre, madre, hijo o hija, hermano o hermana, esposo, esposa abuelo, etc.)

2. En el papel o papeles que juega, qué se espera de usted: que estudie, que tenga buenas calificaciones, que trabaje, que sea hábil en algo, que sea obediente, que sea cooperativo, que lleve dinero a casa, que esté más tiempo en casa,

que solucione problemas domésticos, que cuide a los hijos, que sea divertido, que sea comunicativo, que sea comprensivo. etc.

Si juega más de un papel explique que se espera en cada uno y quién lo espera.

3 De esto que se espera de usted, con qué cumple. Especifique para cada rol que juega en la familia. Por ejemplo, como hijo con que cumple y a quién le cumple, como hermano con qué cumple y a quién le cumple, etc.

4. De esto que esperan de usted, con qué no cumple y por qué (no sabe, no puede, no quiere, no está de acuerdo, no le interesa, etc.) Especifique para cada rol.

5 ¿Cómo lo califican los demás miembros de la familia en cada uno de los papeles que desempeña?. Por ejemplo creen que es un buen hijo, quién o quiénes y por qué?

6 ¿Cómo se califica usted en cada uno de los roles que juega?. Usted, por ejemplo cree que es un buen padre y por qué, etc.

### **III. ESCUELA.**

1. Como estudiante, qué se espera de usted (que cumpla con tareas, que participe en las clases, que domine ciertos temas, que apruebe los

exámenes, que exponga en clase, que sea puntual, que asista regularmente, que sea claro al hablar, que tenga habilidades para comprender la lectura y para escribir con claridad, que obtenga calificaciones superiores a 8, etc.) Enliste.

2. ¿Con cuál de estas demandas cumple? Explique.

3. ¿Con cual de estas demandas no cumple y por qué? (no sabe, se le dificulta, no le interesa, no tiene tiempo para cumplir, etc.)

4. ¿Qué piensan de usted sus profesores? (Que es buen estudiante, que tiene talento, no se interesan, no le comentan nada pero lo aprueban, le recomiendan que estudie, etc.)

5. ¿Qué opinan sus compañeros de escuela de su desempeño como estudiante?

6. ¿Qué opina usted de su desempeño como estudiante? Explique.

7. ¿Qué cree usted que podría hacer para mejorar en esta área?

8. ¿Ha hecho algo de esto para mejorar? (si, no por qué).

#### **IV. TRABAJO.**

1. ¿En qué trabaja?.

2. ¿Cuáles son sus actividades dentro del trabajo?

3. ¿Tiene jefes, clientes, etc. con los cuales debe cumplir? o Quien evalúa su desempeño laboral.

Explique.

4. De lo que debe llevar a cabo en el trabajo con qué cumple satisfactoriamente? Explique.

5. ¿Hay cosas con las que no cumpla o no cumpla de manera satisfactoria en el trabajo, cuales son?

6. ¿Por que no cumple o no lo hace de manera satisfactoria?.

7. ¿Cómo lo considera su jefe, patrón, clientes, etc. en su desempeño laboral (Como bueno, malo, regular, cumplido, eficiente, excelente, etc.)

8. ¿Cómo lo consideran sus compañeros de trabajo en relación a su desempeño laboral? Explique.

9. ¿Cómo se considera usted en cuanto a su desempeño laboral?. Explique.

10. Hay modos de mejorar en su trabajo: ascender de categoría, cambiar de puesto, ganar más dinero, conseguir más horas, etc. Explique.

11. ¿Ha mejorado en su trabajo, consiguiendo algo de lo señalado en la pregunta anterior? Explique.

12. Sino ha logrado mejorar, ¿Cuál o cuáles son las razones para ello?.

13. ¿Está satisfecho con su trabajo? Comente.

#### **V. DESEMPEÑO SOCIAL.**

1. ¿Tiene usted muchos amigos? Comente.

2. ¿Sus amigos son de distintos círculos? (de la colonia, del trabajo, de la escuela, de la infan-

cia, etc.)

3. En sus distintos círculos de amistades que esperan de usted como persona (que sea divertido, que los vea con frecuencia, que lo ayude económicamente, que los ayude a solucionar problemas, que los visite, que organice fiestas, que sea comprensivo, que sea pacífico, que se comporte con más soltura, que vista bien, que los lleve en su carro, que les preste cosas, etc.) Comente.

4. ¿De esto que esperan de usted sus distintos amigos con qué cumple?

5. ¿Hay cosas con las que no cumpla?

6. Si no cumple con cosas que se esperan de usted, por qué no cumple (porque no sabe como, por que no le interesa, porque no puede, porque le resulta difícil, por que no está de acuerdo, etc.) Explique.

7. ¿Qué opinan de usted sus diferentes círculos de amistades? Explique con detalle.

8. ¿Cómo se califica usted como amigo y por qué?

9. ¿Cómo son sus relaciones con el sexo opuesto? Explique: le cuesta trabajo iniciar una relación, lo buscan, cuando usted inicia la relación lo rechazan, aceptan sus invitaciones, se enamoran de usted, lo dominan, lo acosan, se burlan, etc.



10. ¿Qué cree que opinen de usted las personas del sexo opuesto (no lo sabe, que es atractivo, que no es atractivo, que es divertido, que es aburrido, que es brillante en algo, que es insignificante, . etc.)

11. ¿Tiene usted relaciones sexuales? Explique.

12. ¿Cómo son estas relaciones: a escondidas, en situaciones de peligro, con privacidad, placenteras, temerosas, inseguras, rápidas, etc?

13. ¿Tiene usted algún problema sexual? (impotencia, frigidez, eyaculación precoz, dolor, etc.)

14. ¿Tiene relaciones sexuales cuando esta bebido?

***Si es usted casado.***

15. ¿Cuánto tiene de casado?

16. ¿Cómo son sus relaciones con su cónyuge: aburridas, estable, con pleitos, se golpean, se quejan mucho el uno del otro, se reclaman, son cooperativos, etc?.

17. ¿Participan ambos en la económica familiar?

18. ¿Participan ambos en las actividades del hogar?

19. ¿Cómo son sus relaciones sexuales en el matrimonio: frecuentes, infrecuentes, placenteras, no placenteras, aburridas, por cumplir, etc?

20. ¿Tiene usted algún problema sexual?

21. ¿Qué opina su cónyuge de usted en el plano sexual?
22. ¿Tiene usted relaciones extramaritales: si, no por qué?
23. ¿Cómo son estas relaciones?
24. ¿Tiene relaciones sexuales estando bebido?
25. ¿Le resulta fácil relacionarse con gente que no conoce o que conoce superficialmente? Explique por qué.
26. ¿Le resulta fácil defender sus derechos?
27. ¿Hay situaciones que lo pongan violento, cuáles y por qué?
28. En tales situaciones ¿Adrede a las personas, quiénes y por qué?
29. ¿Hay situaciones sociales en las que se sienta inseguro, cuáles y por qué?
30. ¿Le resulta fácil expresar sus sentimientos con la gente?. Explique (no con todas las personas, me pongo agresivo, en general soy reservado, sólo cierto tipo de sentimientos, etc.)
31. ¿Es usted capaz de arreglar problemas con la gente? (si, no, no con todos, a veces, depende del problema, etc.) Profundice.
32. ¿En qué aspectos de su vida se considera hábil o bueno? Explique.

33. ¿Si pudiera mejorar aspectos de su persona,  
que mejoraría y por qué?

PLANTILLA PARA CALIFICAR CUESTIONARIO I ANALISIS CONTINGENCIAL  
 DATOS DEMOGRAFICOS

1	entre 12 y 16	entre 17 y 25	entre 25 y 36	entre 36 y 45	entre 45 y 60
3	masc.	fem.			
5	primaria	secundaria	media	superior	otros
7	si	no			
8	menos del minimo	el minimo	de 1 a 3 minimos	de 3 a 6 minimos	más de 6

II. MORFOLOGIAS DE CONDUCTA

1.	varios días sin parar	diario	entre 3 y 5 días a la semana	los fines de semana	ocasionalmente
2	se pierde	se le olvidan las cosas	se marea		
7	agrede física y verbalmente	agrede verbalmente	se deprime	se desinhibe	
9	no	a veces	no lo sé	si	

III. SITUACIONES.

1	en cualquier situación	bares o cantinas	fiestas y reuniones	situaciones especiales	
3	siempre	a veces	casi nunca	nunca	
4	siempre	a veces	casi nunca	nunca	
5	solo	con desconocidos	con conocidos	con amigos	con familiares
6	ninguna	algunas	muchas		
7	nunca	una vez	algunas veces	muchas veces	
10	ninguno en particular	muchos	algunos		
11	síndrome de abstinencia	cruda	otros		

IV. PERSONAS.

1	no	si			
2	no	si			
4	no	a veces	si		
5	casi todas	muchas	algunas	ninguna	
6	casi todas	muchas	algunas	ninguna	
7	nunca	algunas veces	siempre		
8	ninguna	algunas	muchas		
9	siempre quiero	a veces digo que no	cuando no frecequiero digo no		
10	con ninguna	con algunas	con todas		
13	casi nunca	algunas veces	siempre		
14	casi nunca	algunas veces	siempre	otros	
15	casi nunca	algunas veces	muchas veces		

V. EFECTOS.

1	si	no			
2	no me doy cuenta	si	no		
3	casi nunca	a veces	frecuentemente	siempre	
4	siempre	a veces	casi nunca	nunca	
5	siempre	frecuentemente	a veces	casi nunca	nunca
6	aguaito mucho	poco	casi nada		
7	muchos	algunos	ninguno		
8	muchas veces	pocas veces	nunca		
9-18	muchas veces	algunas veces	casi nunca	nunca	
19	nunca	algunas veces	muchas veces		
21	nunca	alguna vez			
22	muchas veces	algunas veces	nunca		
23	si	no			
24 y	muchas veces	algunas veces	casi nunca	nunca	
25					

PLANTILLA PARA EVALUAR  
CUESTIONARIO "B". COMPETENCIAS PRESENTES

II. FAMILIA

1	padre	hijo	hermano	esposo	nieto	otros
5	pésimo	malo	regular	bueno	excelente	
6	pésimo	malo	regular	bueno	excelente	

III. ESCUELA.

4-6	pésimo	malo	regular	bueno	excelente
-----	--------	------	---------	-------	-----------

IV. TRABAJO.

3	si	no			
7-9	pésimo	malo	regular	bueno	excelente
10-13	no	si			

V. DESEPERO SOCIAL.

1 y 2	no	si			
1-9	pésimo	malo	regular	bueno	excelente
10	indiferente	insignificante	común	con cualidades	valioso
11	no	si			
13-14	si	no			
15	entre 1 y 3 años	entre 4 y 7	entre 7 y 10	entre 10 y 14	más de 14
16	pésimas	malas	regulares	buenas	excelentes
17	no	si			
19,21	pésimas	malas	regulares	buenas	excelentes
25,26	no	a veces	si		
27-29	si	a veces	no		
30-31	no	a veces	si		
12	pésimas	malas	regulares	buenas	excelentes

# MODELO PSICOLOGICO DE LA SALUD BIOLÓGICA

## PROCESOS

## RESULTADOS

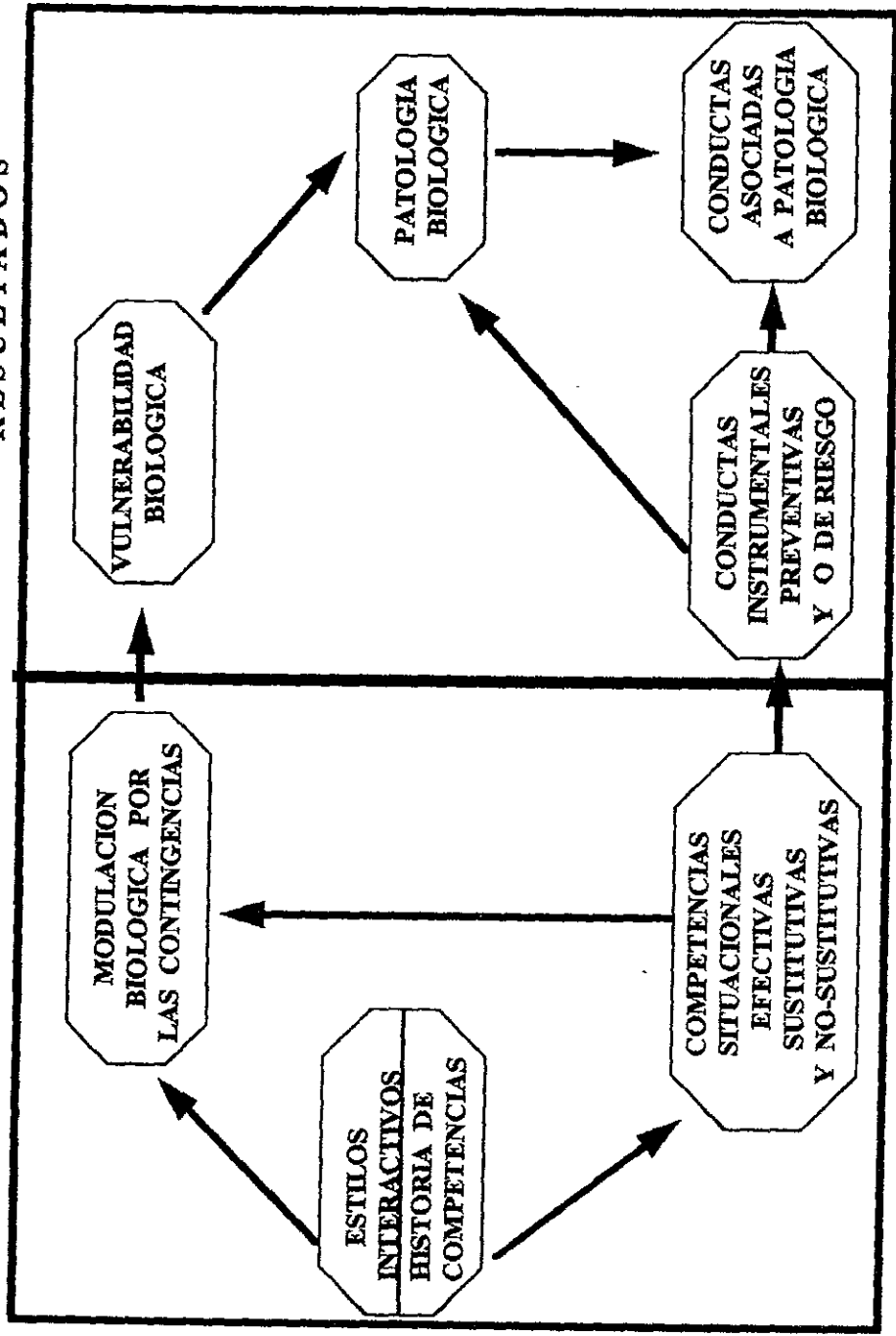


FIGURA 1