



**UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL**  
**ESCUELA DE PSICOLOGIA**  
**CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL**  
**AUTONOMA DE MEXICO**

**PREDISPOSICION AL ALCOHOLISMO EN JOVENES**  
**UNIVERSITARIOS**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE**  
**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

**P R E S E N T A :**

**MONICA PATRICIA DEL CAMPO GONZALEZ**

**MEXICO, D. F.**

**1987**

**TESIS CON**  
**FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

## I N D I C E

	Página
INTRODUCCION	1
CAPITULO I MARCO TEORICO	
1.1. PERSONALIDAD	
1.1.1. Posturas Teóricas	4
1.1.2. Desarrollo de la Personalidad desde el punto de vista Psicoanalítico	9
1.2. JUVENTUD	
1.2.1. Definición	19
1.2.2. Aspectos Psicológicos	22
1.2.3. Aspectos Vocacionales	26
1.3. ALCOHOLISMO	
1.3.1. Antecedentes Históricos	29
1.3.2. Definición	34
1.3.3. Clasificación	
1.3.3.1. Como sustancia	40
1.3.3.2. Por grados de ingestión	43
1.3.3.3. Por entidades nosológicas	44
1.3.4. Etiología	48
1.3.5. Aspectos Fisiológicos	51
1.3.6. Aspectos Psicológicos	63
1.3.7. Aspectos Sociales	70
1.3.8. Prevención	73
1.3.9. Diagnóstico	78
1.3.10. Tratamiento	82

1.4.	ALCOHOLISMO EN LA JUVENTUD	90
1.4.1.	Epidemiología	100
1.4.2.	Producción, Distribución y Disponibilidad	104
1.4.3.	Publicidad	108
CAPITULO II METODOLOGIA		
2.1.	PROBLEMA	110
2.2.	OBJETIVO	111
2.3.	VARIABLES	111
2.4.	HIPOTESIS	112
2.5.	DISEÑO DE INVESTIGACION	116
2.6.	TIPO DE MUESTREO	117
2.7.	ZONA DE ESTUDIO	119
2.8.	INSTRUMENTO	120
2.9.	PROCEDIMIENTO	131
2.10.	ANALISIS ESTADISTICO	133
CAPITULO III RESULTADOS		
3.1.	RESULTADOS	135
3.2.	ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	141
3.3.	CONCLUSIONES	147
GLOSARIO		149
ANEXO		151
BIBLIOGRAFIA		166

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

No cabe duda que el consumo de alcohol existe en nuestro país como una situación importante y seria, desde el punto de vista de salud comunitaria. Así, el alcoholismo, o mejor aún, el síndrome de dependencia de alcohol, no afecta sólo a quien la padece sino se enlaza en forma constante a una triple problemática de carácter individual, familiar y social, siendo la gravedad equiparable con el padecimiento, por lo que hay que tomar en cuenta que una intervención especializada, lo más temprano posible, constituye una de las claves para la limitación y la superación de los múltiples riesgos y complicaciones generados por esta grave farmacodependencia. Uno de los requisitos para el logro de este objetivo, es el diagnóstico precoz del paciente alcohólico.

Por lo anterior, Barba (1983), menciona que el incremento de la ingesta de bebidas alcohólicas enfocado hacia la salud pública, motiva que se realicen un sinnúmero de investigaciones que obedecen a condiciones predominantes de la sociedad, donde su atención requiere de constantes estudios

epidemiológicos para conocer sus diferentes modalidades de presentación.

Así, como comenta Casillas (1983) el hábito de consumir alcohol se adquiere en la juventud y ya presentado, es difícil de eliminar por lo que entre más se conozca sobre las características que tiene su consumo entre los jóvenes, mayor es la posibilidad de plantear acciones concretas que permitan su control.

La juventud es el período donde existe mayor preocupación social respecto al consumo de alcohol. En todo el mundo hay una tendencia a que los jóvenes beban más, por lo que la Organización Mundial de la Salud en 1980, destacó que cada día beben más los jóvenes y entre ellos, el incremento mayor se encuentra en las mujeres, aunque en un estudio citado más adelante se nota lo contrario.

Y ya que las fiestas juveniles son vistas como una buena ocasión para consumir alcohol, su uso hace que se facilite el establecimiento de relaciones sociales y fomenta la expresión de sentimientos que de otra manera permanecerían ocultos, al mismo tiempo que el fácil acceso de adquirir las bebidas alcohólicas, se incrementa por la gran publicidad que actualmente se proyecta y que motiva principalmente a la población juvenil.

En un estudio epidemiológico realizado en el Distrito Federal por Medina y cols. (1980) se encontró que las bebidas más consumidas son cerveza, vino y pulque, la proporción de hombres es doce veces mayor que la de mujeres y que conforme aumenta la edad, se incrementa la frecuencia con que se bebe.

Debido a lo anterior, se hace indispensable enfocar

la atención al problema del consumo de alcohol en los jóvenes.

Por lo que el fin de la presente investigación será descubrir si hay diferencias significativas en cuanto a la predisposición al alcoholismo en hombres y mujeres universitarios que acuden a una escuela particular de enseñanza superior.

La necesidad de esta investigación es obtener más datos acerca de este problema de salud pública, para así entender el fenómeno que afecta en varias formas la conducta y la salud de los jóvenes y por otra parte, plantear en el futuro programas de prevención y tratamiento para las futuras generaciones que presentan este problema, ya que se considera en México un problema prioritario de salud pública.

CAPITULO I

MARCO TEORICO



## 1.1. PERSONALIDAD

### 1.1.1. POSTURAS TEORICAS.

Para empezar a aclarar el tema que nos ocupa, que es el de Predisposición al Alcoholismo, este apartado dará una visión de los conceptos mas importantes de lo que es la personalidad, ya que éste es un término básico como se verá adelante, donde se establece que hay una personalidad previa, como en todo trastorno mental, que favorece la aparición de ésta enfermedad.

De este modo, se propone mostrar un panorama de lo que es la personalidad y cómo se forma, para que en base a esto se pueda tomar un parámetro y partir de ahí a lo que puede llevar a una personalidad alcohólica o como se manejará el término, predisposición al alcoholismo.

Una explicación clara de lo que es la personalidad y cómo está constituida, es la que propone Guarnier (1984) donde dice que la personalidad del individuo esta constituida por características y formas de conducta con las que funciona. Incluye,

sus rasgos, intereses, valores, imágenes, emociones o dicho en otras palabras, la estructura que el ser humano integra dentro de él.

Para entender el concepto, cabe mencionar que la mayoría de las definiciones hacen referencia a que no sólo es un factor el que influye para su formación, sino que son varios, al igual que la personalidad está formada por varias entidades que se dan desde el nacimiento, que van interactuando unas con otras, donde influyen de manera distinta en cada individuo debido a que cada uno tiene diferentes experiencias, determinadas algunas biológicamente y otras dadas por el medio ambiente y su interacción.

Allport (1973), al respecto menciona que la personalidad es definida como la organización distintiva de tipos de adaptación, no está formada al nacer el niño, pero puede decirse que empieza en el nacimiento. Este concepto aclara en algo el hecho de que la personalidad no está determinada genéticamente en su totalidad, sino que en el momento de nacer empiezan a interactuar una serie de factores que darán como resultado un tipo único de personalidad.

De ésta forma se puede decir, en lo que se refiere al desarrollo, que en todas las experiencias anteriores, desde que el niño nace, hasta la juventud, han moldeado en una forma definitiva el carácter, de tal modo, que a todo lo largo de éste proceso se han formado los rasgos que le darán su estilo de vida al adulto (Guarner, 1984).

En éste punto se hace necesario hacer una diferencia en cuanto a lo que se toma como personalidad, carácter y temperamento. La primera se refiere a los elementos en que un individuo difiere de otro, es decir, aquello que lo hace original. El carácter, se definirá de acuerdo con Fenichel (1952) como la forma habitual en que el Yo se ajusta frente al mundo externo,

el ello y el superyó combinados los modelos de uno y otro, por lo que no es innato, sino se aprende. Temperamento es una función del ello, por lo que es innato, son los fenómenos característicos de la naturaleza emocional de un individuo entre los cuales se encuentra su susceptibilidad a la estimulación emocional, la cualidad de su estado de ánimo predominante, valoradas por una base hereditaria.

Así la personalidad debe estudiarse siempre, como se ha dicho, como el producto de la interacción entre el organismo humano y el ambiente en el cual convive, ya que todo ésto crea, en forma definitiva una forma de ser única, No debe separarse lo biológico de lo cultural ni del medio ambiente, ya que todos los investigadores han reconocido la importancia de ésta combinación.

De tal forma que la personalidad se ha definido en múltiples formas; algunas se refieren a las manifestaciones externas de la conducta, mientras que otras hacen referencia a las experiencias subjetivas del hombre. Para los psiquiatras, dicho fenómeno incluye ambos aspectos de la experiencia individual, por lo que Henry Ey (1978) menciona que las relaciones entre el organismo y la historia del individuo son siempre problemáticas; de la misma manera se puede admitir que la historia personal, tal como se entiende, es decir, como la construcción de la personalidad y de su mundo, no puede estar tan sólo contenida en las moléculas materiales del cuerpo o en los circuitos funcionales del aparato neurónico cerebral, es una "autoconstrucción" que aún dependiendo en su base del cuerpo y tomando sus fuentes en sus datos empíricos, añade al organismo la organización del yo. Así, la historia previa del individuo ayuda a formar la personalidad en base, como todas las funciones, en el organismo.

Freedman y cols. (1984) afirman que la personalidad es la configuración habitual de la conducta de un individuo que

refleja sus actividades físicas y mentales, sus actitudes e intereses, resultando una adaptación a la vida. Ellos, completan la idea, donde introducen el término adaptación, donde todas estas características que interactúan para configurar la personalidad, tienen como fin, por así decirlo, dicha adaptación.

No debe perderse de vista otro factor que es igualmente importante para la formación de la personalidad como lo es la cultura, la cuál la vá moldeando, dando soluciones ya preparadas y ensayadas para muchos de los problemas de la vida. Sería difícil que un individuo, basándose solamente en su propia experiencia inventase un lenguaje o un esquema de tratamiento médico; no podría elaborar una ciencia, una moral o un sistema religioso, le es preciso basarse en experiencias de su propia raza. La cultura le ofrece soluciones ya preparadas, no siempre precisas, pero disponibles en todo momento (Allport, 1973).

Teniendo éste panorama, es posible tener, en la estructura de la personalidad un cierto margen de variabilidad, ya que para que se forme ésta plenamente desarrollada, deben figurar la constitución física, el temperamento y la inteligencia, lo que lo hace diferente de otros seres.

Una definición que incluye claramente éste concepto es la que propone Alexander (1979), donde explica que la personalidad es la capacidad de la totalidad del organismo de funcionar como un todo, como un individuo único, discernible, diferente de los demás miembros de la especie y de otros miembros del mismo grupo social. La personalidad es una función continua, resultante de innumerables acciones recíprocas entre el individuo y su sociedad. En consecuencia, los seres humanos son hábiles para soportar y mejorar el medio ambiente, además poseen el talento para relacionar el presente con el pasado, proyectándose hacia el futuro a través del pensamiento causal, lo que lleva a una condición predecible.

La personalidad, dice Stagner (1961), es un modo de vida individual, único de percibir el ambiente, con inclusión del propio sujeto, lo que lleva a la conclusión de que en última instancia, cada persona es única en la forma en la que funciona la veracidad, la cultura y su propia experiencia personal.

Así, teniendo una visión general de lo que es la personalidad, se puede decir que está formada tanto por características biológicas como medioambientales, para dar como resultado un individuo único de forma de ser, de pensar, de sentir, de manejar los estímulos que le dá el medio ambiente, etc. Esta capacidad se vá desarrollando a lo largo de la infancia, donde el tipo de relación con los padres es importante, hasta establecerse en la juventud, donde éstos rasgos se proyectarán para la vida adulta futura.

### 1.1.2. DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICOANALITICO.

Para este apartado, se tomará una de las teorías más importantes y relevantes que explican el desarrollo de la personalidad, que es la teoría psicoanalítica, ya que como menciona Guarner (1984), la forma más adecuada de estudiarla es seguirla en el continuo de su desarrollo, identificando las experiencias pasadas y las diferentes situaciones que han dado lugar a lo que somos en el presente.

De esta manera, se dará un breve esbozo de lo que la teoría psicoanalítica explica en relación a su funcionamiento psíquico, cómo está formado éste, al igual que sus conocidas etapas del desarrollo, donde cada una de las cuales, como se verá posteriormente, si no tienen un adecuado manejo, presentarán diversas patologías en la vida futura. Así, se podrá entender el anclaje en determinada etapa del desarrollo de la enfermedad que nos ocupa, el alcoholismo.

Para comenzar, se describirá una breve biografía del autor de esta teoría. Sigmund Freud, nació el 6 de mayo de 1856 en Freiberg, Moravia, pueblecito situado en lo que hoy es Checoslovaquia, hijo de padres judíos. Estudió medicina, hasta recibir su título en 1881. Entró como investigador al Instituto de Anatomía Cerebral y comenzó a interesarse en la naturaleza de la mente humana. La amistad de Freud con Joseph Breuer, el año que pasó en Francia con Charcot estudiando técnicas de hipnotismo, las cuales le parecieron muy limitadas, y su regreso al lado de Breuer, con quien desarrolló conjuntamente una técnica catártica, basada en "confesarse", fueron pasos previos a su obra psicoanalítica. La práctica privada le dio autonomía

de espíritu, lo que le permitió apartarse del modo de pensar de su época y crear su propia posición teórica.

Entre los primeros colaboradores de Freud estuvieron: Carl Jung, asistente de Breuler y Burghlzli en Zurich; Alfred Adler, de Viena; Brill de Nueva York; Jones de Inglaterra y Ferenczi, de Budapest. Más tarde, Freud hubo de enfrentarse a las deserciones de Adler, Jung, Rank y Stekel. Pero mas que nada, el rechazo de Jung fué un duro golpe.

Al surgir la política hitleriana en Alemania, Freud se vió obligado a reducir sus actividades y con el tiempo, a escapar de Alemania. Jones se movilizó para llevarlo a Londres, donde pasó sus años restantes. A mediados de los años veinte, Freud empezó a sufrir de un cáncer progresivo en la garganta, hasta que finalmente murió el 23 de septiembre de 1939.

La teoría psicoanalítica de la personalidad está integrada por conceptos relativos a la personalidad como organización del aparato mental en general, y por conceptos relativos a los procesos que conducen a las diferencias específicas del individuo particular, como ya se vió anteriormente.

De esta forma, Freud suponía que la mente está dividida esencialmente en dos partes: consciente e inconsciente. En la parte consciente están las ideas y sentimientos que pueden ser expresados verbalmente con libertad. Cuando los pensamientos o los sentimientos hacen sentir incómoda o ansiosa a la persona, sin embargo, se hacen inconscientes a través del mecanismo de la represión; por lo tanto, a pesar de que estos sentimientos son inconscientes, Freud suponía que desempeñaban un papel muy importante en la vida mental.

Así, comenzó a entretener sus ideas acerca de la na-

turalidad de lo inconsciente y su papel en la enfermedad mental, hasta formular su teoría de la personalidad. La estructura de la personalidad, decía como hipótesis, consta de 3 partes: ello, yo y superyó. La diferenciación de la personalidad en estas tres partes, es solo parte del proceso total del desarrollo de la personalidad, ya que, como se verá, consta de mas estructuras y procesos.

El ello es la estación de energía del aparato mental, contiene las tendencias instintivas heredadas que al nacer aún no están organizadas en un sistema coordinado, es la representación mental de las necesidades, todos sus sectores son inconscientes. El yo se concibe como un producto del desarrollo, el que consiste en la adaptación de los impulsos instintivos heredados entre sí y el medio ambiente. El superyó es igualmente un precipitado de la adaptación; representa la incorporación de las actitudes paternas determinadas por los estándares culturales en vigencia.

La función del yo, principalmente, es llevar a cabo lo que ordinariamente se considera una conducta racional coordinada y está dirigida a mantener una condición constante dentro del organismo. Es una función homeostática. El equilibrio homeostático se ve constantemente perturbado por el proceso vital mismo, por las necesidades biológicas que se presentan dentro del organismo y por los estímulos externos. Otras funciones que tiene el yo, son entre otras, la relación con el mundo externo, el mecanismo del pensamiento, el lenguaje, la percepción y expresión de los afectos, la identidad en su tiempo y el espacio, la inhibición o demora de las descargas, los mecanismos de defensa, el carácter, la denominada función sintética del yo y la adaptación del hombre a su medio.

Al cumplir el yo la función de homeostasis, tiene que luchar continuamente contra la primitiva corriente dinámi-



ca existente dentro del organismo, a saber, la tendencia de todo impulso psicológico a buscar gratificación inmediata. Esa tendencia característica del infante, es lo que Freud ha llamado "Principio del Placer". Suponía que la gratificación de cada necesidad subjetiva está relacionada con el placer, su frustración con el dolor, aliviar inmediatamente toda tensión penosa y obtener el placer inmediato, es la primitiva fuerza motivadora fundamental del organismo, donde la actividad psíquica se retrae de aquellos actos susceptibles de engendrar displacer (represión).

Así, Freud en su artículo "Los dos Principios del Funcionamiento Mental" (1911), comenta que la decepción ante la ausencia de satisfacción esperada, motiva luego, el abandono de esta tentativa de satisfacción por medio de alucinaciones y para sustituirla, el aparato psíquico se tuvo que decidir a representar las circunstancias reales del mundo externo y tender a su modificación real. Con esto quedó introducido un nuevo principio de la actividad psíquica, donde no se representaba ya lo agradable, sino lo real, aunque fuese desagradable, por lo que le llamó "Principio de la Realidad".

Por lo que el yo, ante situaciones adversas, gradualmente desarrolla la capacidad de coordinar los impulsos entre sí y de adaptarlos a las condiciones externas, en forma de asegurar el mejor resultado posible en una situación dada. El yo sabe posponer ciertos deseos cuando una satisfacción puede poner en peligro exigencias más importantes, aprende, en otras palabras, a diferenciar a la conducta que se considera racional.

Aquí, otra cualidad de funcionamiento psíquico juega un papel muy importante: el preconscious. Está ubicado entre lo consciente y lo inconsciente. Su contenido está formado por los elementos que pasan de uno a otro. Es una vaga línea en donde la memoria busca un fragmento de conocimientos adquiridos en el pa-

sado, pero que no se encuentran inmediatamente listos para ser usados. Almacena poco, pero impide que el inconsciente interfiera con el trabajo que debe hacer el consciente para mantener la atención alerta y pendiente de las actividades diarias. Todo contenido mental que pasa del consciente al inconsciente, deberá atravesar el preconscious.

Ya se tienen los conceptos básicos, a grandes rasgos, en los cuales Freud formuló su teoría pero, todo lo ya visto no aparece de repente sino que hay estructuras que son innatas (ello) y otras que se van aprendiendo en el transcurso del desarrollo, por lo que ahora, se verá el desarrollo de cada una de las etapas psicosexuales que planteó Freud, para que de esta manera, se pueda tener un concepto claro del desarrollo de la personalidad.

Para tal fin, es útil distinguir en este momento dos procesos: maduración y desarrollo. Maduración, se refiere a los procesos de crecimiento que ocurren con relativa independencia del ambiente; desarrollo, atañe a la interacción entre los procesos de maduración y las influencias ambientales que lleven a la más alta estructuración y a las variaciones individuales del aparato psíquico.

El desarrollo de la personalidad es el despliegue de una predisposición innata bajo el influjo del medio ambiente. La interacción madre e hijo comienza en el momento de la concepción, posteriormente, cuando el bebé nace, ya revela acentuadas diferencias individuales. La alimentación, especialmente en el pecho de la madre, no solo satisface el hambre, sino que también comunica al infante sensaciones táctiles y cinestésicas de estar protegido; preserva la seguridad de la simbiosis. Si el proceso del desarrollo no es perturbado, el infante conserva el sentimiento de seguridad de que todas sus necesidades son y serán satisfechas.

Este sentimiento de expectante confianza en la madre es el contenido de la relación afectiva mas temprana. La confianza es el correlato intrapsíquico del estado pasivo, receptivo y dependiente del infante. La confianza mantiene la unidad madre-hijo, protegiendo al infante de la intensidad de los estímulos externos, actuando como una protección emocional.

La situación se torna diferente cuando la posición afectiva de la confianza primaria no puede desarrollarse. Las condiciones que conducen a la perturbación de la relación primaria entre la madre y el niño, mantienen al infante en un estado de tensión. De otra forma, al avanzar la maduración, el niño sano manifiesta signos de reconocimiento y una buena disposición para esperar.

La organización psíquica en la cual el ello se distingue del yo, emerge sólo gradualmente, como resultado del crecimiento, desde el punto de vista de la organización de la personalidad el período neonatal representa una fase indiferenciada, puesto que toda la fisiología del recién nacido está al servicio de la supervivencia.

De esta forma, la teoría de la libido era originalmente un concepto anatómico. Los órganos productores de libido son las llamadas "zonas erógenas", donde se estimula y gratifica la necesidad instintiva. "Autoerotismo" es la gratificación lograda por la automanipulación de la "zona" en donde se percibe la necesidad. Los labios, la boca, la piel, la membrana de la mucosa anal, el pene, el clítoris, son considerados zonas erógenas. En el centro de la organización del desarrollo se halla la zona erógena dominante de una edad específica, en tal sentido, se puede hablar de fase "oral", "anal", "genital" del desarrollo.

La primera etapa de la organización de la libido es

la fase "oral", donde la boca es la zona erógena que experimenta la libido oral y sus gratificaciones. La finalidad de la libido oral es la incorporación y el proceso está al servicio de la identificación. La capacidad del infante para adaptarse al ambiente (crecimiento del yo) coincide con el desarrollo de la relación objetal con la madre. Esta fase comprende por lo general, el primer año de vida.

La presentación de los procesos evolutivos ha delineado la estructuración de la personalidad durante la fase oral de la organización de la libido. A causa de la fisiología de los procesos metabólicos y de las necesidades emocionales concomitantes, esta fase puede describirse como el período pasivo-receptivo, dependiente de la infancia. En este período el yo y el ello comienzan a diferenciarse de acuerdo con el desarrollo de las relaciones objetales primarias. Si las necesidades del organismo en crecimiento no son adecuadamente satisfechas, surgen la inseguridad, la angustia y el conflicto. Al respecto, Fenichel (1966) destacó que el primer regulador de la autoestima (sentimiento de uno mismo como un todo) es el sentimiento de seguridad adquirido por medio de todas las satisfacciones relacionadas con la alimentación, afirmando que las primeras desilusiones y la angustia que algunos infantes experimentan en relación con la alimentación y la digestión, pueden causar un sentimiento de desvalidez, inferioridad e indignidad.

Cuando el principio de la realidad comienza a asumir el control de la conducta, que coincide con el momento en que el niño entra en la segunda fase: sádico-anal del desarrollo, lo que significa que el ano se convierte en la zona erógena principal, donde su doble función que es la de retención y eliminación, se convierte en el centro de interés y la fuente del placer. El entrenamiento de los hábitos de higiene es el primer esfuerzo consciente del yo para dominar el impulso del ello.

El método por el cual se ha logrado ese resultado, paga ahora sus dividendos: si el entrenamiento fué proseguido con severidad y castigo, las prohibiciones incorporadas parecen tener una cualidad tan estrictamente punitiva que el niño se rebela contra ellas y trata de devolver la hostilidad a la madre. El desaffo y la autoafirmación hostil durante el aprendizaje de los hábitos higiénicos constituyen un intento para externalizar el conflicto que hace poco fué introducido en el individuo. La ambivalencia amor-odio así expresada hacia la madre crea un círculo vicioso: aumenta no solo el conflicto del niño con su ambiente, sino también el conflicto dentro de él mismo. Esta etapa ocurre por lo general durante el segundo y tercer año de vida.

Al introyectarse las prohibiciones, el niño debe protegerse no sólo contra el temor del progenitor, sino contra la angustia producida por el conflicto estructural. El super-yó primario se manifiesta en las medidas defensivas del yo, a esta edad el niño es capaz de sentir aversión y vergüenza.

La fase fálica es la tercera fase pregenital de desarrollo, psicoanalíticamente es llamada "fase edípica". La expresión fase fálica se origina en el concepto de que a cierta edad, los niños de ambos sexos suponen la existencia de genitales masculinos en todas las personas. La expresión fase edípica indica que el niño ha llegado a este nivel del desarrollo: sus demandas coloreadas de erotismo se intensifican y para su gratificación se dirigen hacia el padre del sexo opuesto, el cual se convierte en el objeto de la libido del niño.

La sexualidad infantil es en esta etapa autoerótica y se expresa en manifestaciones difusas de instintos parciales. La fase edípica representa la primera concentración de los impulsos eróticos sobre los genitales. Sin embargo, las manifes-

taciones de esta organización genital infantil permanecen autoeróticas, aunque la necesidad instintiva tiene un objeto fuera del yo, en el padre del sexo opuesto. Fuera de la manifestación directa de los impulsos sexuales, hay actividades psicosexuales, características de este período, que revelan no solo las tendencias sexuales, sino también las defensas del yo contra ellas. Indican los procesos psicodinámicos por medio de los cuales el complejo de Edipo es finalmente reprimido y aniquilado.

La siguiente fase del desarrollo, genital, comienza con la maduración fisiológica del aparato sexual, cabe mencionar a la adolescencia como una nueva oportunidad para la reorganización de la personalidad. Si ninguna fase evolutiva es enteramente superada, y si cada nueva etapa del desarrollo bien lograda, o su malogro, posee características derivadas de la primitiva historia de la personalidad, ha de esperarse que la pubertad vuelva a hacer manifiestos los conflictos que estaban latentes. La adolescencia, en realidad, impone al yo una ardua tarea; el yo aprovechando el resurgimiento de la energía psicosexual, debe dominar los antiguos conflictos e integrarlos dentro de las funciones de la personalidad adulta. No es de extrañarse, pues que este proceso fuertemente superdeterminado por factores sociológicos y culturales, sea tortuoso y lleve mas tiempo para alcanzar su fin que la misma maduración fisiológica.

De esta forma se dió un panorama general del desarrollo de la personalidad desde el punto de vista psicoanalítico, donde se ven los diferentes estados del desarrollo en cada una de las etapas, donde, si no hay un logro óptimo del transcurso de una etapa a la otra, se presentarán manifestaciones perturbadas en la edad adulta, dando una oportunidad en la adolescencia, pero muchas veces esto no se logra, ya que con los cambios tan rápidos de este período tanto psicoló-

gicos como fisiológicos, a veces es difícil que se pueda dar este recuento de lo no superado.

Así, la enfermedad que nos ocupa, dadas las características que presenta, tiene sus raíces en la etapa oral del desarrollo, ya que como se explica, las personas ancladas en esta etapa son descritas como extremadamente dependientes de los demás y necesitadas de un grado extremo de reconocimiento y estimación, ya que no lograron introyectar la suficiente confianza. Para éstos caracteres, la cavidad oral es la que aporta mayores satisfacciones, cuando en la vida adulta surge un período de depresión, se alimentan o beben en exceso para escapar de él (Guarner, 1984).

Por lo tanto, como se explicará más adelante, para el desarrollo del alcoholismo, se necesitará tener, en cuanto a características de personalidad, rasgos de esta fase.

## 1.2. JUVENTUD

### 1.2.1. DEFINICION.

A pesar de que el término "juventud" es conocido universalmente, no se encontró algún autor que diferenciara esta etapa de la adolescencia y de la madurez.

Algunos autores sitúan las características de la juventud dentro de la adolescencia tardía, de la adultez joven o en ambas. Es por esto que para los fines de la presente investigación se tomará a la juventud como una etapa de la vida humana que vá de la adolescencia a la madurez. Es decir, no se le tomará dentro del período que abarca de la pubertad a la adolescencia tardía, ni dentro de la adultez que implica ser una persona madura, sino en un continuo.

Aunque la juventud tiene límites muy distintos para las diferentes culturas, suele entenderse por lo común, aquella época de maduración humana, tanto biológica como cultural a partir de la adolescencia (cuyas repercusiones tardías a veces



también incluye).

Blos (1980) la denomina postadolescencia, definiéndola como una transición de la adolescencia a la edad adulta, pudiendo ser reclamada por derecho por ambas, y que, desde luego, puede ser vista desde cualquiera de estas dos etapas. Lo anterior señala que no hay una edad específica para determinar donde comienza la juventud y donde termina, tomándose, por lo tanto, como un período que incluye la adolescencia propiamente dicha hasta el comienzo de lo que se conoce como edad adulta.

Por otra parte, Cameron (1982) al tocar el tema de "La Búsqueda de Individualidad e Identidad" en el adolescente, no hace distinción al explicar el tema entre adolescente o joven, tomándola como sinónimos, utilizando a veces, el término "adulto joven".

Es por esto que no se tomarán en cuenta para los fines de este estudio los factores que intervienen, y que son por demás conocidos en la adolescencia, como son las crisis que aparecen tanto en el plano fisiológico (aparición de caracteres sexuales secundarios), ni psicológicos ya que al parecer, éstos han sido superados en parte en la etapa juvenil, ya que al final de la adolescencia el carácter adquiere su aspecto final (Blos, 1980).

Al respecto, Erickson (1977) comenta que el sentimiento de una identidad, se hace mas necesario toda vez que se contempla un amplio campo de identidades posibles. Por lo que en base a las experiencias infantiles y la confianza básica que se adquirió o no durante esta etapa, se buscará un tipo de identidad de acuerdo a las experiencias previas adecuado a las necesidades presentes del individuo, por lo que es fácil identificarse con personajes importantes y poderosos que presentan las compañías productoras de dos terribles productos que son: las bebidas alcohólicas y los cigarros, por lo que hay que poner especial cui-

dado en caer en alguno de éstos riesgos, teniendo conciencia de que hay una gama muy variada de otros productos.

Resumiendo, "juventud" se tomará como la etapa donde el individuo empieza a contemplar la realidad que se le presenta, estableciendo metas mediatas e inmediatas y que servirán como base para su conducta adulta, donde ya dejó atrás, al parecer, el sentimiento que se presenta al principio de la adolescencia que es la búsqueda de identidad pero que puede prevalecer hasta llegar a etapas posteriores donde se pueden tomar caminos distorsionados para encontrar ésta búsqueda, siendo uno de ellos el alcohol.

Pero, para que esto se convierta en una adicción, se necesita, como ya se explicó con anterioridad, un tipo característico de personalidad donde se den rasgos de inmadurez de la personalidad, conductas impulsivas, sentimientos de minusvalía, poca tolerancia a la frustración, dependencia afectiva, inseguridad, sentimientos de culpa, una inadaptación social, infertilidad afectiva, labilidad emocional, pensamientos compulsivos, soledad existencial, problemas con la autoridad, homosexualidad latente, mitomanía, depresión, tendencia a la fuga y egocentrismo, que aunados con las crisis típicas que se presentan en esta etapa, pueden converger y convertirse en un problema grave de farmacodependencia.

### 1. 2.2. ASPECTOS PSICOLÓGICOS.

Como ya se dijo, al final de la adolescencia algunos de los conflictos no han sido resueltos, pero se tornan más específicos y algunos de estos se integran dentro del reino del yo como tareas de la vida (logro de la adolescencia tardía), por lo que es responsabilidad de la etapa juvenil el crear vías específicas a través de las cuales, estas tareas sean llevadas a cabo en el mundo exterior.

Aún después de que los conflictos de bisexualidad (principio de la adolescencia) y del desembarazo de tempranas ligas de objeto (los padres) que son propias de la adolescencia han encontrado bases estables y después de que las tareas selectivas de la vida han adquirido forma, definición y articulación a través de la consolidación de roles sociales e identificaciones irreversibles (adolescencia tardía); aún después de que estas fases del desarrollo han sido atravesadas exitosamente, todavía le falta armonización a la realización total.

En términos de desarrollo del yo y de la organización de impulsos, la estructura psíquica ha adquirido al final de la adolescencia tardía una fijación que permite al joven volver al problema de armonizar las partes componentes de la personalidad, siendo esta integración en forma gradual que generalmente ocurre como una preparación para o coincidencia con la selección ocupacional, siempre que las circunstancias permitan al sujeto hacer la selección (Blos, 1980).

Del mismo modo, Erickson (1977) dice que el primer plano durante la juventud es la necesidad de combinar el orgullo tecnológico con un sentimiento de identidad. Así, explica que lo

que se encuentra en el centro del más apasionado y errático esfuerzo del joven, es que la fidelidad es la fuerza vital que necesita para tener una oportunidad de desarrollar, emplear y evocar. Es por esto, que en las vidas jóvenes la prueba de la búsqueda de algo y de alguien a quien ser fiel pueden verse en una variedad de actitudes mas o menos aceptadas por la sociedad.

Dicho autor comenta también que la juventud, siempre se inclina a ver la diversidad en el principio y el principio en la diversidad, por lo que a menudo experimenta con situaciones extremas antes de estabilizarse en una condición previamente meditada. Estos extremos, si se dan dentro de una confusión ideológica o de una marginalidad de identidad extendida, pueden influir no solamente tendencias rebeldes sino también desviadas, delictivas y autodestructivas.

Se ha descrito el peligro fundamental de esta edad como una confusión de la identidad. La cuestión principal de este estado, es la seguridad de que el yo activo, selectivo, está a cargo de una estructura social que lo capacita para ello y le concede a un determinado grupo de edad el lugar que necesita (y donde lo necesita). La juventud es sensible a cualquier sugerencia de que pueda estar irremediablemente determinada por lo que ocurrió antes en las historias de vida o en la historia. Desde el punto de vista psicosocial, esto significaría que las identificaciones irreversibles de la infancia privarían al individuo de una identidad propia; históricamente, esos poderes conferidos impedirían que un grupo realizara su identidad histórica completa.

La edad escolar, que se interpone entre la infancia y la juventud, encuentra al niño que antes se hallaba dominado por el juego, preparado, dispuesto y capaz de aplicarse a esas habilidades rudimentarias que forman la preparación necesaria para usar los instrumentos y las armas, los simbolismos y los con-

ceptos de su cultura, dan al joven la facilidad para integrarse a su sociedad. De tal forma, que en la juventud, la fuerza del yo emerge de la confirmación mutua del individuo y de la comunidad, en el sentido de que la sociedad reconoce al individuo joven como al portador de energía nueva y que el individuo así confirmado reconoce a la sociedad como un proceso viviente que inspira lealtad a la vez que la recibe, guarda fidelidad así como la trae y respeta la confianza del mismo modo que la exige (Erickson, 1977).

Por estas razones, la juventud rechaza con frecuencia a los padres y a las autoridades y desea darles escasa importancia considerándolos inconscientes.

Para la teoría psicoanalítica, la formación de la personalidad se verifica durante la crisis de la pubertad y como producto de su resolución, dando las pautas y estableciendo los criterios que regirán la vida del adulto.

Asimismo, la madurez empieza cuando la identidad ha sido establecida y ha surgido un individuo integrado e independiente, parado sobre sus propios pies, que no necesita utilizar a otros y que no repudia su pasado; cuando ya no tiene que poner en tela de juicio en todo momento, la propia identidad. La identidad del yo implica la integración total de ambiciones y aspiraciones vocacionales, junto con todas las cualidades adquiridas a través de las identificaciones anteriores: imitación de los padres, enamoramientos, admiración de héroes, etc. Únicamente el logro de todos estos aspectos de la identidad del yo permitirán entregarse sin el temor de perder la identidad del yo en la etapa evolutiva siguiente.

De esta manera, se puede decir que la juventud, es la etapa crítica donde se debe establecer el sentimiento de identidad para formar una personalidad adulta, donde se deja atrás la

dependencia y dándose la última oportunidad de poder resolver conflictos antes no superados para que de esta manera no aparezca una personalidad desviada.

Otro aspecto importante en relación a éste establecimiento de pautas es que antes que se den, definitivamente se pasa por situaciones extremas donde hay que tener una visión de lo que es para no caer en tendencias desviadas, por lo que hay que darle al joven una confirmación auténtica de su identidad.

### 1.2.3. ASPECTOS VOCACIONALES.

La entrada del joven en la "vida" sea entre nosotros sinónimo de su entrada en una profesión, o al menos, de la elección de un camino determinado de formación profesional (Spranger, 1965). Ya que de esta forma, el joven vá centrando sus metas hacia objetivos que le permiten evaluar de manera realista su desarrollo.

Mussen y cols. (1982), comentan al respecto que el problema de decidirse acerca de una vocación y prepararse para la misma, constituye una de las principales tareas de desarrollo durante la juventud. La elección acerca de lo que se deba hacer en materia de trabajo, es algo decisivo para la satisfacción y la madurez a largo plazo de los jóvenes. La elección de una carrera y la preparación necesaria para conseguir el objetivo perseguido, satisfacen muchas necesidades, además de la del dinero. Figuran principalmente entre éstas: la satisfacción personal, el amor propio, la independencia, la seguridad y el desarrollo de un concepto de sí mismo.

De tal modo que la profesión es un factor decisivo para la formación del joven. Esta decisión no se toma de un día para el otro sino que lleva un largo proceso que empieza durante la niñez. Así Spranger (1965) expresa que la evolución hacia la profesión consiste en un camino que va desde la fantasía hasta el realismo. Por lo que desde este punto de vista, comenta que se pueden distinguir tres estadios de la evolución:

- a) los sueños profesionales del niño, que están bajo el signo del juego y de la imitación,
- b) los planes profesionales del adolescente, donde en la juventud se presenta una íntima fusión de fanta-

- sía soñadora y voluntad realista y,  
 c) las primeras experiencias profesionales concretas que son las que fundan la inmediata y verdadera relación del joven con su profesión.

La verdadera virtud profesional del joven y todo pronóstico acerca de la evolución, debería de atender ante todo, a su existencia ya que ésta aún cuando haya sido elegida libremente, se convierte en un destino. El término profesión implica el dedicarse a una función especial.

Por consiguiente, los intereses vocacionales de la persona joven por lo común se desarrollan de manera más bien asistemática, guiándose por influencias tales como los deseos de los padres, las relaciones con los mismos, las sugerencias de consejeros escolares, los contactos ocasionales con diversas ocupaciones y la clase de empleos que los amigos están consiguiendo. La membresía en una clase social influye de diversas maneras en las metas vocacionales. Por un lado, ayuda al joven a determinar las clases de ocupaciones con las que estará familiarizado; además desempeña un papel importante en la determinación de la aceptabilidad social de una ocupación determinada para personas jóvenes. Por lo que algunos tipos de ocupaciones se consideran adecuados para los miembros de una clase social en particular; otras se consideran impropias (Mussen y cols., 1982).

Pero como menciona Musinger (1978), independientemente de la clase social, las elecciones de la carrera se hacen más realistas y estables con la edad. Existe, además una relación firme entre la clase social, la inteligencia y la elección vocacional.

Se puede concluir, que la entrada del joven a la universidad, implica ya una determinación en relación a lo que será en el futuro por lo que se establece un concepto de sí mismo



basado en sus experiencias infantiles. Desde este punto de vista, es un logro para el joven poder responsabilizarse con una profesión y abandonar las actividades difusas que había estado llevando desde la infancia.

Por otro lado, esta entrada implica un compromiso con la sociedad, principalmente con los padres en donde, si la confusión sigue, puede tener el joven una elección vocacional errónea, lo cual traería complicaciones entre lo que debe hacer y lo que quiere hacer, al igual que las nuevas relaciones con los compañeros que no siempre son óptimas, lo que lo puede llevar a tener un escape de estas presiones que se hacen más fuertes en la universidad que en los períodos de educación previas, donde todavía no hay una responsabilidad de lo que él, como individuo, quiere ser en el futuro.

Esto se complica con el hecho de querer tener más libertad y tener la aceptación del grupo que en la mayoría de los casos es por medio de eventos sociales, donde es indispensable, en primer término, desinhibirse para poder socializarse con mayor facilidad, lo cual logra por medio de la ingestión de alcohol.

De esta manera, el joven debe estar consciente de estos peligros y de haber realizado una adecuada elección vocacional para que su identidad quede establecida y pueda dedicarse con mayor satisfacción a su profesión.

### 1.3. ALCOHOLISMO

#### 1.3.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

Desde las historias bíblicas se hace referencia al consumo de bebidas fermentadas y a los efectos que éstas provocaron en quienes las ingerían. Las civilizaciones prehispánicas de Mesoamérica no fueron una excepción al igual que las culturas Tolteca y Maya.

Así tal parece, que el hombre al volverse sedentario extrajo de la tierra los instrumentos fundamentales para su supervivencia y se encontró en diversas formas el fenómeno químico de la fermentación de los azúcares, probando en sí mismo los efectos farmacológicos del alcohol sobre su Sistema Nervioso.

De esta manera fué sujeto de experiencias gratas y desagradables que prevalecieron en sus juicios, lo incorporó a su cultura, la mayoría de las veces con tendencias rituales y religiosas, admirándose de los cambios que se operaban en su

conducta, sin poder explicarlos, pero sí tratando de utilizarlos para su beneficio en diferentes ocasiones y situaciones (Fernández, 1983).

Ingerir bebidas alcohólicas ha sido un hábito que ha acompañado al hombre en su transcurso por los siglos y que no lo ha abandonado a pesar de las convulsiones históricas y que la razón y la práctica le han demostrado los riesgos, los inconvenientes y los peligros de su consumo.

Desde tiempo inmemorial, el hombre reconoce que su uso es perjudicial para el bebedor y para la comunidad en la que se desenvuelve, pero no ha podido resistir la atracción por la euforia temporal, la sensación de autosuficiencia y el supuesto alivio de su angustia.

Así, el concepto del alcoholismo se gestó en la primera mitad de este siglo. El definirlo así, supuso un importante paso sobre las consideraciones que se tenían en cuanto al uso del alcohol como adicción, como una debilidad moral o religiosa.

Parece pues, que el hombre ha bebido alcohol desde hace por lo menos cinco mil años y no hay ninguna razón para suponer que lo ingería solo para degustarlo. Tal vez el más viejo producto vegetal que se hizo fermentar fué la miel, e igualmente existen datos que inducen a creer que el aguamiel de algunas plantas sirvió para hacer los destilados.

En el México prehispánico, el alcohol, representado por el octli o pulque, dejó su huella en el aspecto social. La importancia del pulque se vé sobre todo en el papel que desempeñaba en la religión, los dioses de la bebida y de la embriaguez. También es verdad que desde aquella época, al pulque se le han atribuido virtudes curativas (Velasco, 1983).

De tal manera, el hombre antiguo descubrió las bebidas alcohólicas debido al proceso de fermentación, el cual se obtenía por medio de diferentes fuentes de azúcar. De esta forma, el alcohol etílico o etanol ( $C_2 H_2 OH$ ) pasó a ser el denominador común de las bebidas alcohólicas el cual se encuentra en un 50% como máximo en la mayoría de éstas (Freedman y cols., 1984).

Por lo tanto, tenemos que el alcohol es el ingrediente químico de las bebidas destiladas y del vino y la cerveza, es un sustrato natural que se forma, como ya se dijo, por la fermentación del azúcar producida por diversas levaduras. Es una sustancia incolora, inflamable, que tiene un efecto tóxico y ciertas cualidades como antiséptico por su acción germicida. En otro contexto, se le puede clasificar como alimento, ya que contiene calorías, pero no contiene ningún valor nutritivo.

La cerveza, por ejemplo, proviene de la malta o cebada germinada, el vino de las uvas, el whisky de ciertos granos y el ron de la melaza de la caña de azúcar. Los licores sufren un proceso ulterior, el de la destilación que produce una mayor concentración de alcohol por lo que las bebidas como el vodka, ginebra, whisky, brandy, tequila y otras son llamadas bebidas "destiladas", las cuales carecen por completo de valor alimenticio. Las que se producen solo de la fermentación poseen valor nutritivo que les dan sus otros ingredientes, como la cerveza, el vino y el pulque.

Para ilustrar mejor, enseguida se presenta el siguiente cuadro que incluye los tipos principales de bebidas alcohólicas, su graduación alcohólica y el método de producción. (1)

Grupo	Ejemplo de bebida específica	Graduación alcohólica % GL	Producción
Cervezas	Añeja Espesa amarga Fuerte	3-6 3-6 4-8	El mosto se hace fermentar con levadura, y se le da sabor con lúpulo
Vino de mesa	Tinto, blanco y rosado	8-14	Fermentación de uvas trituradas o jugo de uva
	Espumosos; champaña	12	Segunda fermentación, con retención de bióxido de carbono
Aperitivos pluscafés	Jerez, Oporto, Madeira Vermouth	15-20	Vinos corrientes a los que se agregan brandy o algún licor de alta graduación, y extractos vegetales para dar sabor
Licores destilados	Brandy	40	Destilación directa del mosto fermentado de uvas
	Whisky	37-40	Doble destilación del mosto fermentado de centeno o maíz
	Ron	40	Destilación de melaza fermentada
	Ginebra	37-40	Destilado insípido al que se agrega sabor por una segunda destilación con bayas de enebro y otras plantas
	Vodka	37.5	Destilación de granos
Licores	Benedictine, chartreuse, kirsch	20-55	Licor neutro, al que se han añadido sustancias odoríferas y de diverso sabor

(1) Jaffe, J. et. al. (1980). "Vicios y Drogas". Colección La Psicología y Tú. Editorial Harla. México. p. 98.

Así se concluye que las bebidas fermentadas se absorben menos rápido en el organismo, por lo que la intoxicación alcohólica es más lenta y las bebidas destiladas se absorben más rápido produciendo los efectos en menor tiempo. Pero, se deben tener en cuenta otras características para la aceleración o disminución del grado de intoxicación, como:

- a) la velocidad con la que se bebe
- b) estado del estómago (si hay o no alimento)
- c) peso corporal del bebedor, y
- d) circunstancias en las que se bebe (estado emocional).

### 1.3.2. DEFINICION.

Desde que el fenómeno médico-social catalogado como alcoholismo existe, diferentes estudiosos han tratado de definirlo, dando como conclusión un sinnúmero de postulados desde diversos puntos de vista, por lo que, al parecer el concepto no ha quedado lo suficientemente claro.

En vista de lo anterior, se presentarán varias definiciones que al parecer, son las más relevantes, para que de este modo haya una visión general y así poder tomar la más completa para que sirva de punto de referencia.

En primer lugar y para tener un parámetro de partida, se debe aclarar lo que NO es alcoholismo, porque se tiende a tomar por tal, a otras entidades patológicas, por lo que la confusión se hace mayor. Para este efecto, se tomará la descripción que propone Velasco (1984): "No se debe identificar el cuadro clínico del alcoholismo, en tanto que es un padecimiento directamente relacionado con el consumo excesivo de alcohol, con las complicaciones a las que suele conducir: problemas neurológicos, trastornos psiquiátricos, cuadros digestivos, etc.". (2)

Dado lo anterior, el alcoholismo no es la etapa de intoxicación aguda que es provocada por la ingestión excesiva de bebidas alcohólicas en el curso de unas cuantas horas. En éstas condiciones, el sujeto es un "alcoholizado" y no se le puede catalogar como alcohólico; en otras palabras el alcoholismo no es lo mismo que "borrachera". Así también Platón, que en su famoso diálogo "Las Leyes", escribió: "El beber vino no es, en realidad, lo mismo que tantos otros llamados bienes de la vida, ni bueno ni malo es en sí". Traduciendo el concepto, lo que im-

(2) Velasco Fernández R. (1984). "Esa Enfermedad llamada Alcoholismo". Ed. Trillas. México. p. 23.

porta no es si el individuo bebe, sino si lo hace o nó de manera responsable, de tal forma que no afecte ni a su salud ni a sus relaciones interpersonales.

Quedando aclarado esto, ahora se expondrán varias definiciones de lo que se toma como alcoholismo.

El estudio del alcoholismo comienza verdaderamente a mediados del siglo XIX. Magnus Huss (1852), médico sueco, fué el primero que al parecer acuñó el término alcoholismo y denunció al alcohol como un factor de degeneración. En su definición incluía: "todos los problemas triviales o clínicamente reconocibles, debidos al consumo excesivo de bebidas alcohólicas". Aquí ya se vislumbra que el alcoholismo interviene tanto en la salud como en el adecuado desenvolvimiento de la vida diaria.

La Organización Mundial de la Salud (1950) definió este término como que alcoholismo es toda forma de ingestión de alcohol que excede al consumo alimentario tradicional y a los hábitos sociales propios de la comunidad considerada, cualquiera que sea el origen de esos factores como la herencia, la constitución física o las influencias psicopatológicas y metabólicas adquiridas. Este concepto incluye algunos de los factores etiológicos que pueden provocar la enfermedad.

Otras definiciones hacen énfasis en los trastornos de conducta que necesariamente conlleva el exceso de ingesta de bebidas embriagantes, como la que expone Duchené, donde comenta que el alcoholismo es esencialmente un problema de comportamiento que se manifiesta por la ingestión excesiva de bebidas alcohólicas, con la característica de ser irreductible o casi irreductible por medio de los argumentos que generalmente influyen en la conducta humana: los problemas con la salud, las nefastas consecuencias económicas, familiares, profesionales, etc.



En el Seminario Latinoamericano sobre Alcoholismo, que tuvo lugar en Villa del Mar (Chile) en 1960, la Organización Panamericana de la Salud expuso una definición donde se explicó que el alcoholismo es un trastorno crónico de la conducta caracterizado por la dependencia hacia el alcohol, expresado a través de dos síntomas fundamentales: la incapacidad de detener la ingestión del alcohólico una vez iniciada y la incapacidad de abstenerse del alcohol. La importancia de esta definición es que cataloga al alcoholismo como una enfermedad crónica e introduce el término de dependencia, el cual es característico de este padecimiento.

Por otro lado, la American Medical Association (1973) definió al alcoholismo como una enfermedad caracterizada por la preocupación constante por el alcohol y la pérdida del control sobre su consumo, lo que habitualmente conduce a la intoxicación en cuanto se empieza a beber, por su cronicidad, su proceso y su tendencia a reincidir. Se le asocia típicamente con impedimentos físicos y deterioro emocional y persistente del alcohol. Aquí se reafirma en forma implícita la dependencia, y a su vez la tendencia a que se reincida nuevamente dando como resultado trastornos tanto físicos como de la personalidad.

Completando la idea anterior, Guerra (1977) propone que alcoholismo es un desorden conductual, crónico, manifestado por el consumo repetitivo de bebidas alcohólicas, excediendo el uso dietético y social de la comunidad en una medida que interfiere con la salud del bebedor o con su funcionamiento social o económico.

Kolb (1983) describe que algunos autores definen el alcoholismo como un estado en el que el individuo muestra uno de los siguientes rasgos:

- a) efectos psicológicos o médicos graves debidos a

los episodios repetidos de intoxicación.

- b) incapacidad para controlar el deseo de beber,
- c) conducta socialmente inapropiada mientras que el individuo está intoxicado,
- d) insatisfacción de la familia, la sociedad o del individuo mismo ante el patrón de ingestión alcohólica anormal.

De la misma forma, el DSM III propone los siguientes criterios para diagnosticar al alcoholismo:

- a) necesidad diaria de alcohol para el desarrollo de la actividad adecuada,
- b) incapacidad para disminuir o detener el consumo de alcohol,
- c) repetidos esfuerzos para evitar, controlar o reducir el exceso de la bebida a través de largas andanzas o ausencias,
- d) restricción de la bebida durante determinadas horas del día,
- e) consumo ocasional para animarse,
- f) períodos de amnesia durante la intoxicación,
- g) continuación del consumo de alcohol a pesar de que el sujeto sabe lo perjudicial que es para su salud.

Otra definición, que al parecer completa las ideas de las anteriores, es la que dá Freedman y cols. (1984) que dicen, desde un punto de vista psiquiátrico: "El alcoholismo es un trastorno de conducta crónico manifestado por una preocupación desmedida por el alcohol y su utilización, un detrimento de la salud física y mental por pérdida del control cuando se empieza a beber y por una actitud autodestructiva en las relaciones personales y situaciones vitales". (3)

(3) Freedman, et. al. (1984). "Compendio de Psiquiatría". Ed. Salvat, México. p. 427.

Se revisaron ya varias definiciones de alcoholismo, las cuales incluyen cada una, un término que identifica a esta enfermedad, pero la definición que parece ser la mejor y que es la más aceptada por los destacados especialistas, es la que el Dr. Mark Keller del Centro de Estudios sobre el Alcohol de la Universidad de Rutgers expresó en 1958: "El alcoholismo es una enfermedad crónica, un desorden de la conducta caracterizada por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas hasta el punto de que excede a lo que está socialmente aceptado y que interfiere con la salud del bebedor, así como con sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el trabajo". (4)

Se debe analizar cada elemento de esta definición, ya que se consideran importantes. En primer lugar, señala que el alcoholismo es una enfermedad y como tal se clasifica entre los problemas de salud, donde se toma en cuenta la etiología, sintomatología, diagnóstico, rehabilitación y tratamiento. Otro punto es que se destaca su cronicidad, o sea, de larga duración donde es imperante introducir la dependencia que esta droga provoca, donde es importante valorar adecuadamente los síntomas para hacer diagnósticos precoces ya que el alcoholismo inicial es más susceptible al tratamiento. Hace también referencia a la imposibilidad de dejar de beber, o sea, al verdadero estado de farmacodependencia. Se señala un daño físico o mental que es una condición para el diagnóstico, los daños que el alcohol acarrea son fáciles de detectar, en cambio los aspectos mentales son más difíciles de reconocer.

De todo lo anteriormente señalado, se puede concluir que el alcoholismo es una enfermedad crónica, o sea, de larga duración, como ya se dijo invalidante y progresiva, con carácter de incurable, ya que sólo se puede controlar donde los efectos secundarios perduran por toda la vida y que en casos

(4) Velasco Fernández R., (1984) ob. cit., p. 25.

extremos lleva a la muerte. Hay una incapacidad para abstenerse de reiniciar la ingesta alcohólica o de suspenderla una vez que se ha iniciado, lo cual se traduce por dependencia por el alcohol o sea, la necesidad de ingerir bebidas alcohólicas en forma compulsiva que se caracteriza por la dependencia psíquica y física al etanol (alcohol etílico) que va a producir a la larga problemas en su vida familiar, laboral y social, con las complicaciones físicas y psíquicas que produce.

Así, por todas las características que presenta, el alcoholismo es una farmacodependencia.

### 1.3.3. CLASIFICACION.

#### 1.3.3.1. Clasificación del Alcohol como sustancia.

En lo que se refiere al alcohol como sustancia en sí, se tienen algunas sospechas del por qué se clasifica como una droga. Para aclarar esta cuestión, se tratará en primer término de lo que es en sí farmacodependencia, para después ubicarlo dentro de la clasificación de todas las drogas.

Una droga, para ser considerada como tal, debe tener varias características específicas que de una u otra manera, por su composición, al ser introducida al organismo crea cambios físicos y/o psíquicos, los cuales pueden ser algunos con fines médicos y otros que no lo son.

Para tener una idea más clara al respecto, es imperativo describir antes que todo el término farmacodependencia. Este se refiere a un estado psíquico y a veces también físico resultante de la interacción entre un organismo y un fármaco que ocasiona modificaciones del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre una impulsión a procurarse el fármaco o la droga en forma continua para experimentar nuevamente sus efectos psíquicos y algunas veces para evitar el sufrimiento que suscita la privación de este fármaco.

Lo anterior se traduce en que una droga crea una dependencia en el organismo, para lo cual el Diagnostic and Statistical of Mental Disorders, de la American Psychiatry Association's, indica que un diagnóstico de dependencia de drogas requiere pruebas de que su uso es habitual, o de que hay una clara sensación de necesidad de la droga.

El alcohol se considera una droga, ya que cuenta con los elementos necesarios para serlo y con las características

que cualquiera de las drogas más potentes tienen. Para dar un panorama general de esto, se expone el siguiente cuadro donde se pueden observar los efectos de las drogas:

DROGA	DEPEND. PSICOL.	DEPEND. FISICA	SINDROME ABSTINEN.	TOLERANCIA
alcohol	intensa	sí	importante	si
cocaína	intensa	no	no	poca
anfetaminas	intensa	no	no	sí
morfina	intensa	sí	importante	sí
marihuana	moderada	no	no	poca
LSD	intensa	no	no	sí
cafeína	leve	no	no	poca
nicotina	intensa	sí	sí	sí

De esta forma, se puede observar cómo algunas drogas crean dependencia, síndrome de abstinencia y tolerancia. El alcohol produce todos estos efectos.

Por otro lado, y para evitar confusiones, se puede decir que los fármacos se dividen en medicamentos (ya que son fármacos de uso y tienen efectos terapéuticos) y drogas propiamente dicho (que son fármacos de abuso y no producen efectos terapéuticos) aunque, en última instancia droga y fármaco se toman como sinónimos.

Así tenemos que hay dos tipos de drogas:

1. PSICOTROPICAS.- Producen cambios en la psique y se dividen en:

- 1) drogas que tienen importantes efectos psicoterapéuticos pero que no producen dependencia, ni son drogas de abuso.
- 2) drogas que tienen una acción terapéutica importante y que producen dependencia psicológica y física y son drogas de abuso.

- 3) drogas que no tienen aplicación médica pero que son drogas de abuso y que producen dependencia. (en este tipo entra el alcohol).

2. NO PSICOTROPICAS.- No producen cambios en la psique.

Ya dada la clasificación general de las drogas, tenemos que el alcohol se considera como una droga propiamente dicha y que es psicotrópica, ya que produce cambios en la psique y que es de abuso, siendo inhibidor de funciones importantes del organismo.

En esta línea, Jaffe y cols. (1980) explican que hay tóxicos más fuertes que el alcohol pero lo importante es que éste origina dependencia en quienes lo consumen y conjuntamente con su carácter lesivo, es lo que lo convierte en un tóxico peligroso.

De tal forma, la persona que depende en forma importante del alcohol muestra una dependencia fisiológica (ya que la sustancia pasa a ser parte del metabolismo del cuerpo) y psicológica, sufriendo el llamado síndrome de dependencia de alcohol. Esta dependencia aparece en grados progresivos que lo convierte en un continuo que vá desde lo mínimo a muy grave y nada se gana con aceptar un "punto final" o límite por arriba del cual el gran tomador se convierte en alcohólico y debajo del cual es simplemente un "bebedor problema".

Tampoco se debe descuidar el síndrome de abstinencia ya que en algunos casos graves de alcoholismo, al suprimirse éste pueden aparecer cuadros clínicos mucho más severos como se verá posteriormente.

Por lo ya dicho, se saca en conclusión de que el alcoholismo está considerado como una verdadera farmacodependencia.

### 1.3.3.2. Clasificación del Alcohol por grados de ingestión.

Ahora bien, el alcoholismo tiene, como ya se vió, niveles de gravedad, siendo diferente en las primeras etapas que en las últimas, donde ya se tiene una ruina física y mental como consecuencia de utilizar la sustancia durante muchos años.

Al igual que en cuanto al problema que se tiene para definir el alcoholismo, hay otras muchas clasificaciones pero en este trabajo se referirá la que es considerada como la más aceptada que es la del Dr. Jellinek, donde para su clasificación se basa principalmente en el nivel de gravedad, así como en las complicaciones físicas y la dependencia psicológica y/o física del alcohol, llegando a 5 formas distintas de alcoholismo, a las que les dió nombres de letras griegas:

**ALFA.** - Es una dependencia exclusivamente psicológica ya que el alcohol dá al individuo un alivio a sus molestias físicas o a sus conflictos emocionales. Aquí no aparece pérdida del control, ni la incapacidad de abstenerse, es una forma neurótica de consumo de alcohol.

**BETA.** - Es caracterizada por las complicaciones que produce una ingestión excesiva y prolongada de alcohol como gastritis, polineuritis, etc. No hay dependencia física ni síndrome de abstinencia.

**GAMA.** - Aquí ya hay dependencia física y psicológica con pérdida del control o pérdida de la libertad para moderarse en la bebida, presentándose el síndrome de abstinencia.

**DELTA.** - Hay dependencia psicológica y física y a diferencia del anterior, el individuo no puede abstenerse de la bebida ni aún por solo unos cuantos días. Hay síndrome de abstinencia.



- Es el alcoholismo periódico, también llamado dipsomanía. No debe confundirse con el tipo Gama que también tiene períodos de abstinencia.

Estos son los tipos de alcoholismo, dentro de los que caben prácticamente todos los sujetos alcohólicos.

### 1.3.3.3. Clasificación del Alcohol por Entidades Nosológicas.

En la mayoría de los casos el alcohol es el medio por el cual problemas graves y antiguos de la personalidad salen a flote. En otras circunstancias, la interacción entre factores psicológicos y fisiológicos es más compleja y se dan una variedad de psicosis alcohólicas como consecuencia a la intoxicación por el alcohol.

La mayoría de estos padecimientos son una serie de trastornos que se dan, como se dijo, por la ingesta prolongada y en grandes cantidades de alcohol y/o en tiempo de evolución, siendo algunos crónicos (de larga duración y por lo regular incurables) y otros agudos (de corto tiempo).

Estos padecimientos se presentan en alcohólicos crónicos, caracterizándose el cuadro clínico y síntomas demenciales que afectan al intelecto (funciones intelectuales superiores) que provocan patologías de tipo somático. Todas estas patologías se deben básicamente más que a la ingesta a problemas de nutrición y avitaminosis.

Algunas de las entidades nosológicas que más se presentan son:

**INTOXICACION ALCOHOLICA AGUDA.**- En este diagnóstico se incluyen los síndromes agudos cerebrales de dimensiones psicóticas. Es el típico borracho que como su nombre

lo indica, es una intoxicación pasajera.

**DETERIORO ALCOHOLICO.-** Es un síndrome cerebral crónico con disminución de la memoria, disminución del juicio y desorientación y alude al estado de amnesia total que puede desarrollar a la larga el alcohólico crónico.

**INTOXICACION PATOLOGICA.-** Es una psicosis alcohólica aguda que se produce con la ingesta de pequeñas cantidades de alcohol. Se dá en individuos con daño cerebral subyacente y también en personas con rasgos histéricos o epileptoides, con bajo coeficiente intelectual. El comienzo es brusco y espectacular donde hay una disminución del nivel de conciencia, hay confusión y desorientación, se sufren alucinaciones visuales y auditivas, hay una gran agitación, son impulsivos y agresivos, incluso destructivos. Los componentes emocionales son rabia, ansiedad y depresión y son frecuentes los intentos de suicidio. Este trastorno puede durar unas horas o un día, terminando en un período prolongado de sueño, con amnesia para el episodio tras el despertar.

**DELIRIUM TREMENS.-** Es una psicosis aguda que dura poco tiempo, producida por el uso excesivo y prolongado del alcohol y por la privación brusca de esta sustancia. Se caracteriza por temblor, irritabilidad, aversión a la comida, trastornos de sueño con pesadillas aterradoras. Son frecuentes las ilusiones o alucinaciones (ya sean visuales, táctiles y olfatorias, pero no auditivas). Hay confusión con desorientación temporoespacial, actividad motriz acentuada y el sueño es imposible. Pueden sobrevenir crisis epilépticas. Dura varias horas.

**ALUCINOSIS ALCOHOLICA.-** Representa la liberación de un trastor-

no de la personalidad subyacente como consecuencia de la ingesta alcohólica. Psicosis alcohólica que puede ser aguda o crónica. En contraste con las alucinaciones visuales y la disminución del nivel de conciencia del delirium tremens, aquí hay delirios elaborados y alucinaciones visuales importantes, son por lo general muy vivas en un sensorio y afecto conservado; sólo se afectan cuando hay alucinaciones generalmente auditivas; voces, amenazas muy claras, son frecuentes las ideas de referencia y a menudo el individuo responde a sus ideas. Aprensión y temor se acompañan a menudo de ira o depresión. Generalmente dura de una semana a un mes y desaparece.

**ESTADO PARANOIDE ALCOHOLICO.-** (Paranoia Alcohólica) Psicosis crónica que se presenta después de varios años de abstinencia, es de remisión y exacerbación (habitualmente en varones) y está marcado por ideas delirantes de infidelidad o celos. Se caracteriza, aparte de cierta demencia de impotencia sexual y surgen impulsos homosexuales prohibidos contra los que el individuo se defiende con un sistema delirante paranoide.

**SINDROME DE WERNIKE.-** Se debe a una carencia de vitaminas y otros principios nutritivos. Comienza con delirio, pérdida de la memoria, fabulación, apatía, aprensión, bajo nivel de conciencia y a veces, coma.

**SINDROME DE KORSAKOV.-** Psicosis crónica, puede ir precedido por un episodio de delirium tremens. Consiste en amnesia, falsificación del recuerdo o fabulación, desorientación temporoespacial y neuropatía periférica. Es consecuencia de una carencia nutricional. La pérdida de memoria es progresiva y el individuo responde a la amnesia con una actitud de despreocupación y fabulación basada en la ficción (para suplir los episodios

de amnesia). Hay identificación incorrecta de las personas y un estado de ánimo superficialmente jovial. El individuo está fuera de la realidad, con síntomas de tipo demencial por degeneración neuronal, presentándose un daño cerebral irreversible. Los estados de abstinencia prolongados provocan más fácilmente este cuadro aunque no es necesaria para este síndrome la abstinencia.

#### 1.3.4. ETIOLOGIA.

La palabra Etiología se deriva del griego *aition-causa* y *logos-tratado*, por lo que es el estudio de la causa de las cosas. En medicina, es la parte que estudia las causas de las enfermedades.

Para la mejor comprensión del alcoholismo y de sus problemas asociados, se debe hacer hincapié en que los investigadores en la materia están de acuerdo en que no existe una causa simple, sino una interacción complicada de factores fisiológicos, psicológicos y sociales que originan y desarrollan esta grave farmacodependencia. Así también Velasco (1983), afirma que todo defecto genético, funcional, metabólico o nutricional, necesitan interacción de otros factores como los psicopatológicos y los socioculturales, para que se adquiriera una relevancia para la precipitación del alcoholismo.

Dado lo anterior, todo lo que hasta ahora se sabe acerca de la etiología de esta enfermedad lleva a considerar que hay diversos factores que son predisponentes y desencadenantes. No hay, por lo tanto, una causa sino varias.

De acuerdo con el Dr. Plaut, (Velasco, 1984), los individuos que mayores posibilidades tienen de convertirse en alcohólicos, son aquellos que:

- a) Responden a las bebidas alcohólicas en una cierta forma (quizá determinada fisiológicamente), que les hace experimentar intenso alivio y relajación.
- b) Poseen ciertas características de la personalidad que les impide enfrentar con éxito los estados depresivos, la ansiedad y la frustración.

- c) Pertenecen a culturas a las que se provoca culpabilidad y confusión en torno a la conducta del bebedor.

Por otro lado, ciertas condiciones socioeconómicas importantes llevan al consumo excesivo de alcohol: aumento del desempleo, estilos de vida que exigen competencia y provocan angustia, dificultad de adaptación al ambiente urbano de la población migratoria, depresión económica, etc. (Benavides, 1983).

Velasco, (1984) y otros autores han señalado que las investigaciones más dignas de crédito demuestran que los grupos sociales con menor número de alcohólicos tienen las siguientes características:

- Los niños ingieren bebidas alcohólicas desde pequeños, pero siempre dentro de un grupo familiar unido, en poca cantidad y muy diluidas.
- Generalmente las bebidas más consumidas son las de alto contenido de componentes no alcohólicos.
- Las bebidas se consideran principalmente como alimentos y se consumen generalmente en las comidas.
- Los padres son ejemplo de consumidores moderados.
- No se dá a las bebidas alcohólicas ningún valor subjetivo. Así, el ingerirlas no es virtuoso ni vergonzoso, ni prueba que el bebedor sea más viril.
- La abstinencia es una actitud socialmente aceptable.
- En cambio no es socialmente aceptable el exceso en el beber, que conduce a la intoxicación.
- Finalmente, existe un acuerdo completo respecto a lo que puede llamarse las "reglas del juego" en el "beber".

Por otro lado los factores denominados psicopatológicos también se han analizado con frecuencia, por lo que se han establecido hipótesis sobre la existencia de una "personalidad prealcohólica", sobre la "homosexualidad latente", privaciones emocionales de la infancia, etc. (Velasco, 1983). Por lo tanto los estudios que han sido realizados en este campo han reafirmado la idea de que aún cuando el alcoholismo no es resultado invariable de un tipo de personalidad único, ciertos tipos de personalidades, sometidos a determinadas tensiones circunstanciales, están particularmente predisuestas al alcoholismo como un medio de ajuste.

Es por esto que, aunque existen gran variedad de teorías que tratan de explicar la etiología del alcoholismo, desde el punto de vista médico hasta el psicológico, en definitiva mientras más estudios se realicen, más claramente se verá que hay una gran cantidad de circunstancias significativas en torno a la bebida y que existen muchas "razones" para empezar a beber y continuar bebiendo hasta alcanzar un nivel peligroso.

Finalmente, Velasco comenta: "En general, los estudiosos coinciden en señalar la existencia de factores orgánicos o fisiológicos, psicológicos y socioculturales vinculados al consumo excesivo de bebidas alcohólicas, y todos ellos deben ser tomados en consideración si deseamos comprender la problemática que nos ocupa". (5)

(5) Velasco, M.P. (1983). "Variables Sociales que Influyen en el Consumo de Licores en México". En Molina, et. al. "El Alcoholismo en México". Tomo II. p. 246.

### 1.3.5. ASPECTOS FISIOLÓGICOS.

A través de la historia, se ha venido estudiando el desarrollo tanto de plantas como de animales, llegándose a la conclusión de que, al necesitar éstos de sustancias externas para su crecimiento las extraen del medio ambiente, metabolizándolas y eliminando todo aquello que no les sirva para este fin.

El hombre no es una excepción en el uso de este sistema. Así tenemos que ingiere sustancias distribuyéndolas a todo su cuerpo por medio del torrente sanguíneo, donde la sustancia tiene oportunidad de llegar al órgano u órganos donde tiene su mayor efecto, sin olvidar que puede tener mayor o menor influencia en otras partes del cuerpo humano y, una vez logrado éste, la sustancia es metabolizada y eliminada a través de diversos conductos del organismo.

Es por esto importante conocer, tanto el recorrido, como los efectos que el alcohol tiene en el ser humano.

Así, el alcohol no es considerado como medicina pero, como se explicó, es una droga ya que provoca efectos en el Sistema Nervioso Central en relación con su dosis y origina cambios fisiológicos en el cerebro que causan dependencia orgánica (Jaffe y cols., 1980).

Como droga, el alcohol se clasifica entre otras como un depresor del Sistema Nervioso Central (ya que deprime la formación reticular y deja pasar más estímulos del medio ambiente y depresor del Sistema Respiratorio, volviéndose la respiración más lenta), deprimiéndose en primer término, los cen-



tros nerviosos que controlan la conducta por medio de la inhibición de los impulsos y la adecuación de las respuestas ante estímulos del medio ambiente. De este modo, la conducta se "libera" y se escapan los controles del juicio crítico y la racionalidad.

Del mismo modo, el alcohol es una droga hacia la que el Sistema Nervioso Central desarrolla tolerancia, esto se debe probablemente a cambios en la sinapsis provocados por un ajuste homeostático y una tolerancia metabólica.

A continuación se explicará detalladamente el recorrido que hace el alcohol por el organismo, desde que se ingiere hasta su eliminación, resaltando los efectos que tiene en los órganos principales.

**MECANISMO DE ABSORCION.**- Tenemos que el alcohol es considerado un tóxico e irritante de los tejidos orgánicos, que desde el punto de vista fisiológico, al ser ingerido, causa una ligera irritación tanto en la boca como en el esófago. Al llegar al estómago, es absorbido el 20% de lo ingerido por las paredes de éste en forma directa pasando a la sangre en menos de una hora y media. El otro 80% es "procesado" un poco más lentamente y se absorbe por el intestino delgado, difundiéndose a continuación en la sangre y en los líquidos extracelulares. La velocidad con que el alcohol abandona el estómago y el intestino delgado para ser absorbido depende de muchos factores: la cantidad y tipo de comida presente en el estómago, tipo de bebida ingerida y su concentración, circunstancias en las que fué ingerida, estado emocional del sujeto y de su constitución física.

El alcohol puede pasar al torrente sanguíneo directamente del estómago a través del Sistema Porta (Sistema venoso que recolecta toda la circulación de retorno de la cavi-

dad abdominal y que forma una vena de gran calibre que pasa por el hígado en su trayecto al corazón) para distribuirse por todos los tejidos del cuerpo. Pero, si la concentración de alcohol en el estómago es excesiva se secreta moco y se cierra el píloro. Este cierre retarda la absorción y evita que el alcohol pase al intestino delgado, donde no hay un freno importante a la absorción. Por lo tanto, una gran cantidad de alcohol puede permanecer sin absorberse durante horas. El espasmo del píloro dá lugar comúnmente a náuseas y vómitos.

Ya absorbido, se distribuye ya disuelto en forma uniforme en el agua del organismo, por lo que aquellos tejidos que contienen una proporción elevada de agua, reciben una elevada concentración de alcohol (Freedman y cols., 1984).

**EFFECTOS EN LA SANGRE.**- El nivel de alcohol en la sangre se cuantifica en miligramos de etanol (alcohol etílico) por 100 mililitros de sangre, o en forma porcentual. Al respecto, Kolb (1983) indica que en general, se acepta que una persona está intoxicada cuando muestra una concentración de 150 mgs. o más en 100 ml. de sangre. El proceso de alcoholización es inmediato y cuando el alcohol en la sangre alcanza los 200 mgs. por cada 100 ml., aparecen los primeros síntomas leves de intoxicación. Estos síntomas se vuelven graves cuando en la sangre existen de 250 a 450 mgs. por cada 100 ml. y casi mortales de 500 a 700 mgs.

En el caso de los alcohólicos, estas cifras aumentan, ya que se tolera hasta 1 000 y 1 200 mgs. por cada 100 ml., debido a la habituación de las células del organismo (de manera especial en el Sistema Nervioso) a la sustancia.

En grados más avanzados de alcoholismo, el proceso es a la inversa, ya que se vé el caso de que la mayoría de los alcohólicos llegan a un grado de tolerancia tal que con una

mínima cantidad (1 ó 2 copas), están completamente ebrios.

La repartición de la sustancia en los órganos es variable. En las vísceras, el hígado y riñones que queman el alcohol en sus tejidos contienen poca cantidad de alcohol, mientras que en el cerebro que no lo quema, contiene una cantidad importante (Ey, H., 1978).

Los órganos más afectados por el alcohol son: Sistema Nervioso (formado por el cerebro, cerebelo, médula espinal y nervios raquídeos y periféricos), el hígado, el estómago (en general el aparato digestivo), riñones y el corazón.

Los efectos sobre el Sistema Nervioso son particularmente importantes: polineuritis (inflamación de los nervios periféricos, principalmente de los miembros inferiores. El paciente sufre parálisis parciales, dolores y otros trastornos importantes. Para distinción con otros trastornos se le llama también polineuropatía alcohólica), psicosis, ambliopía (cierta forma de pérdida parcial de la visión), degeneración del cerebelo, etc.

Por otro lado, cuando llega al estómago, aumenta la secreción del moco gástrico y ácido clorhídrico, los cuales producen una irritación potente en la mucosa gástrica con la consecuente producción de síntomas y signos como la gastritis irritativa, náuseas, vómitos matutinos, distensión abdominal, síntomas típicos de úlcera péptica con presencia de sangrados y la complicación más temible del paciente alcohólico que es la hematemesis (vómito de sangre fresca) que es causada por las várices esofágicas, en las que se dice que en el primer sangrado mueren el 30% de los pacientes (con atención médica o sin ella), en el segundo sangrado mueren el 40% de los pacientes que habían sobrevivido y por último, en el tercer sangrado mueren el resto. En el intestino delgado, el alco-

hol causa ulceraciones e irritación crónica.

En lo que respecta a los efectos directos de la sustancia en la sangre, Kolb (1983) explica que cuando se ingiere alcohol, se reducen en la sangre tres compuestos:

- a) una sustancia del tipo de la noradrenalina que se eleva cuando el individuo experimenta angustia,
- b) una sustancia del tipo de la noradrena-colinérgicos que se encuentra elevada cuando se provoca tensión en el sujeto, y
- c) una sustancia que se encuentra en forma regular cuando el individuo experimenta resentimiento.

Algunos individuos tienen más sustancia de las ya mencionadas que otros, por lo que el alcohol les es efectivo para producir la acción de estas tres sustancias en la sangre, por lo que el alcohólico reduce su angustia, tensión y resentimiento a través del tóxico y por lo tanto, trata de usarlo con mayor frecuencia.

**EFFECTOS SOBRE EL CEREBRO.**- Los signos de intoxicación comienzan a apreciarse tan pronto como el alcohol ha entrado al cerebro. Una vez aquí actúa primero sobre el área de la corteza cerebral, donde ejerce una acción restrictiva sobre los impulsos más primitivos, el sensorio y restringiendo la entidad crítica.

Como ya se vió, el alcohol es un depresor del Sistema Nervioso Central, por lo que a nivel del 0.05% de este en la sangre, deprime las respuestas aprendidas recientemente, disminuye las inhibiciones y restricciones sociales afectando el juicio, dando una sensación de libertad. Cuando la concentración de alcohol en la sangre se eleva hasta cerca de 0.10%, se narcotizan los centros cerebrales más antiguos, como son aquellos que regulan los movimientos y la locución. A

un nivel de 0.20% de alcohol en la sangre, se afecta toda el área motora del cerebro y el efecto es depresor, de igual forma, ya que se propaga a aquellos centros del cerebro medio que controlan las manifestaciones emocionales del hombre. Cuando llega a un 0.30% de concentración de alcohol, se afecta gravemente la sensopercepción y aunque se encuentra más o menos consciente, está estuproso y tiene escasa comprensión de lo que vé y escucha. A un nivel de 0.40% ó 0.50%, el alcohol deprime toda el área de percepción del cerebro, la persona se encuentra narcotizada y cae en un estado de coma. Al 0.60% ó 0.70% se afectan los centros cerebrales primitivos que controlan la respiración y la frecuencia cardíaca, los cuales interrumpen su función, sobreviniendo la muerte.

Todos estos efectos, se deben al hecho de que el alcohol etílico interviene en la función nerviosa y hasta la última etapa, el efecto es irreversible (Jaffe y cols., 1980).

De los efectos inmediatos que se manifiestan a partir de una copiosa ingestión de bebidas embriagantes, se pueden describir de acuerdo con la gravedad y el progreso de intoxicación, por lo que algunos autores mencionan las siguientes etapas:

- a) PRIMERA ETAPA.- el sujeto se vé relajado, comunicativo, sociable, desinhibido. Parece exltado.
- b) SEGUNDA ETAPA.- conducta esencialmente emocional, errática. Pobreza del juicio y del pensamiento. Problemas sensorio-motrices (cierto grado de anestesia cutánea, incoordinación muscular, trastornos de la visión y del equilibrio).
- c) TERCERA ETAPA.- confusión mental, tambaleo importante al caminar, visión doble, reacciones variables de comportamiento: miedo grave, agresividad, llanto, etc. Serias dificultades para pronunciar adecuada-

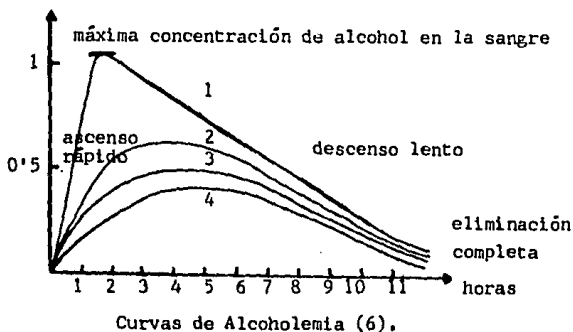
mente las palabras y para comprender lo que se dice.

- d) CUARTA ETAPA.- incapacidad para sostenerse de pie, vómitos, incontinencia de la orina, estupor, aproximación a la total inconsciencia.
- e) QUINTA ETAPA.- inconsciencia, ausencia de reflejos. Verdadero estado de coma que puede llevar a la muerte por parálisis respiratoria.

En lo referente a los efectos del alcohol a largo plazo, las enfermedades que comúnmente se presentan como complicaciones de la ingestión prolongada de alcohol son las siguientes: cirrosis hepática, esofagitis, cardiopatía alcohólica (trastornos del corazón que produce debilidad y crecimiento del órgano, ocurre a veces en alcohólicos crónicos desnutridos), dermatosis específicas (trastornos en la piel), malnutrición y otras.

MECANISMO DE ELIMINACION.- Inmediatamente después de la absorción, empieza la destrucción y eliminación, lo cuál se realiza en forma más lenta que el mecanismo anterior.

El 70% del alcohol, se elimina después de 12 horas, y después de 24, el 100%. Esta evolución se ilustra por la curva teórica de la alcoholemia, que propone Henry Ey (1978), después de la ingestión de una sola dosis. Esta curva es variable, según las condiciones físicas, psicológicas y sociales en las que se encuentre el sujeto.



- 1) Curva teórica después de la ingestión de alcohol puro en ayunas.
- 2) Curva después de la ingestión de la misma cantidad de alcohol pero diluída (cerveza).
- 3) Curva después de la ingestión de la misma cantidad de alcohol que en los casos 1 y 2, pero en el curso de una comida
- 4) Mismas condiciones que en el caso 3, pero después de una comida rica en glúcidos.

El proceso de eliminación del alcohol es del 2 al 10% de la cantidad ingerida y se realiza a través de los pulmones al expeler aire (de ahí el aliento alcohólico); por los riñones a través de la orina; por el sudor; el jugo gástrico; saliva; semen y otras secreciones; el restante es metabolizado por el hígado (entendiéndose como metabolismo, el proceso que sigue dentro del cuerpo cualquier sustancia, desde que ingresa al organismo que es generalmente por la boca hasta que es eliminada to-

(6) Ey, Henry, et. al. (1980). "Tratado de Psiquiatría". Ed. Toray-Masson. Barcelona, p. 722.

talmente o modificada en forma química para transformarse en otras sustancias).

Lo anterior indica que en las grandes cantidades de orina durante una intoxicación aguda, no es eliminado todo el alcohol que se ingiere, sino cuando más, el 10%. El mecanismo que explica esto, es la acción del alcohol de "inhibir" la liberación de la hormona antidiurética, sustancia que se está liberando a la sangre constantemente por la Hipófisis (glándula localizada en la base del cráneo) y que funciona haciendo que el riñón ahorre agua. Esto explica también la deshidratación característica del día siguiente.

El otro 90%, el organismo lo tiene que destruir por oxidación. La oxidación producida por el oxígeno contenido en la sangre es un proceso químico que cumple la función de transformar los alimentos en energía y calor. El alcohol etílico, como el azúcar y las grasas, se oxida en el cuerpo y se transforma en bióxido de carbono y agua. Este proceso oxidativo tiene lugar sólo en el hígado, donde el alcohol es transformado en una sustancia llamada acetaldehído (responsable del metabolismo del alcohol, da la sensación de malestar y confusión del día siguiente, "cruda") que, aunque tiene efectos intensos, no alcanza a producir un envenenamiento porque a su vez se oxida muy rápidamente para formar acetato, el que a su vez se convierte en bióxido de carbono y agua, y por lo tanto no se acumula. Lo demás se utiliza para formar ácidos grasos y colesterol, con sus efectos conocidos como son la obesidad y arterioesclerosis (placas de grasa en las arterias, que las vuelven duras y entorpecen la corriente sanguínea).

En cuanto al acetaldehído, varios autores están de acuerdo en que es la sustancia responsable que crea dependencia, ya que en investigaciones recientes, se desarrolló una hipótesis donde se postula que los alcohólicos tienen un de-



fecto en el metabolismo del acetaldehído, sustancia que constituye el primer paso de la cadena metabólica del alcohol, lo que sustentaría que el cuerpo produce sus propias sustancias adictivas por lo que habría bases biológicas comunes a todas las formas de farmacodependencia; lo que explicaría también por qué los alcohólicos desarrollan con frecuencia otras adicciones (Armendariz, 1984).

Del mismo modo, Kolb (1983) explica que además de los efectos directos del alcohol sobre el funcionamiento hepático, el acetaldehído, tiene efectos intensos sobre la función cerebral, diciendo se ha sugerido que es ésta sustancia y no el alcohol la responsable de que se desarrolle la dependencia que aparece con la tolerancia. Esta hipótesis propone que el acetaldehído compite con el cerebro con los neurotransmisores y que los aldehídos no metabolizados de los neurotransmisores se acumulan y se combinan con los principales neurotransmisores para formar compuestos similares a algunos derivados de la morfina.

Ya que el alcohol afecta también la Hipófisis, los estados de intoxicación crónica, pueden dar lugar a trastornos del crecimiento y desarrollo, de los ciclos sexuales y del equilibrio hidroeléctrico.

Por otro lado, siendo el hígado el centro principal de desintoxicación del alcohol, se cree que con la ingestión de éste, tiene lugar una infiltración de grasa reversible en dicho órgano. A este respecto, De Roop (1980) comenta que después de una severa intoxicación alcohólica, el hígado se encuentra con frecuencia inflamado y amarillo por la presencia de grasa. Es probable que este trastorno del manejo de grasa por el hígado sea responsable del desarrollo de cirrosis hepática, grave enfermedad que ocurre con una incidencia muy alta entre los alcohólicos.

Contrario a lo que se piensa, grandes cantidades de alcohol tienden a disminuir la temperatura corporal por su acción en el mecanismo termorregulador del cerebro. El calor en la garganta y el estómago, la tibieza en la piel, hizo suponer que el alcohol era una sustancia productora de calor. Lejos de esto, el alcohol disipa el calor que le ha quedado, enviando un flujo de sangre a los vasos sanguíneos de la superficie previamente contraídos, con el propósito de conservar calor en los órganos vitales. En realidad, es poco el calor que puede obtenerse del brandy o de cualquier otra forma de alcohol, concentrado o nó.

Por lo tanto, Ey Henry (1978) al respecto dice: que a débil dosis, el alcohol es un excitante de la célula nerviosa y un vasoconstrictor a fuerte dosis es anestésico y vasodilatador.

Siendo que el alcohol contiene un alto valor calórico (7.1 calorías por gramo), al ingerirlo en grandes cantidades, el individuo no siente la necesidad de otros alimentos, dando como resultado una disminución en el apetito. De igual forma, así como el alcohol produce inflamación en el estómago, páncreas e intestinos, cuando se usa en exceso, puede alterar los procesos de la digestión y absorción de los nutrientes corporales, sobreviniendo la desnutrición ya que la absorción de otros alimentos disminuye. Del mismo modo, es la falta de vitaminas en la dieta, más que el efecto directo del alcohol sobre los tejidos lo que causa las afecciones más peligrosas que abruma al alcohólico (De Roop, 1980).

El prolongado trastorno de los mecanismos homeostáticos en la intoxicación crónica, puede dar lugar a una lesión persistente de tejidos y órganos del cuerpo.

Como ya se vió, aunque el alcohol afecta a todas las células del cuerpo, su efecto más notable se aprecia en las cé-

lulas del cerebro (neuronas) y se manifiesta en la conducta.

De este modo, Himwich (1971) dice al respecto que el alcohólico proviene de aberraciones fisiológicas estructurales donde las células del cuerpo y del cerebro funcionan más eficazmente bajo la presencia del alcohol, por lo que se va creando un deseo anormal por la sustancia.

Lo anterior se traduce en términos fisiológicos como una dependencia que crea una tolerancia, por lo que con el paso del tiempo se necesita una mayor cantidad de la sustancia para producir los mismos efectos.

### 1.3.6. ASPECTOS PSICOLÓGICOS.

En lo que se refiere a este aspecto, la teoría psicoanalítica, postula que el alcoholismo se debe a intensas influencias orales en la infancia. El alcohol produce una alteración en el estado de ánimo y una reorientación consecuente de los procesos del pensamiento, permitiendo niveles de pensamiento regresivos, obteniéndose una gratificación, por lo que el alcohol proporciona una huida de la realidad (Freedman y cols., 1983).

En "Tres Ensayos sobre la Teoría de la Sexualidad" (1905), Freud explica que en los niños, la zona erógena de los labios adquiere una gran significación y si ésta región permanece activa en su significado, varias de estas personas fumarán o beberán en la vida adulta, por lo que el uso de drogas implica una regresión oral profunda, que conduce a poseer componentes compulsivos, utilizándolos para combatir el estado depresivo.

Al respecto, Fenichel (1966), ubica el síndrome de dependencia del alcohol en un lugar intermedio entre las neurosis obsesivas y las perversiones, denominándolo neurosis impulsiva; de este modo, los dependientes a las drogas, sienten el impulso a utilizarlas e igualmente sienten la compulsión de llevar a cabo de nuevo la acción. En cuanto a ésta impulsividad, los alcohólicos delatan la irresistibilidad característica, diferente a la que presenta una pulsión normal. Esta irresistibilidad se refiere a que éstas personas no son capaces de tolerar tensiones. Cualquier cosa que necesiten, deben conseguirla inmediatamente.

Este mismo autor, afirma que el origen y la naturaleza de la farmacodependencia no reside en el efecto químico de la droga, sino en la estructura psicológica del individuo. El factor decisivo, es una personalidad pre-mórbida, y para las personas dependientes del alcohol, esto tiene un significado específico. Significa para ellos la realización, de un deseo profundo y primitivo que sienten de una manera apremiante, más de lo que es el caso para los anhelos instintivos (ya sean sexuales o de otra índole) en las personas "normales". Inicialmente, la persona dependiente pudo haber buscado nada más consuelo, pero termina por usar o tratar de usar el efecto de la droga, para la satisfacción de otra necesidad, que es interior. La persona se hace dependiente de este efecto, y esta dependencia, en cierto momento, se hace tan abrumadora como para anular todo otro interés.

Se quiebra la organización genital y se inicia una extraordinaria regresión. Los diversos puntos de fijación determinan cuales sectores de la sexualidad infantil (Complejo de Edipo, conflictos de masturbación, y en especial, impulsos pregenitales) pasarán a primer plano y finalmente la libido queda transformada en una energía "amorfa de tensión erótica" sin características diferenciales o formas de organización. Se hallan fijados a una finalidad narcisista-pasiva y sólo muestran interés en el logro de su gratificación. Desde el punto de vista erógeno, en la elación por las drogas, es, con mucho, el extraordinario incremento de la autoestima. Durante este estado de elación por las drogas, nuevamente coinciden, visiblemente, las satisfacciones eróticas con las narcisísticas. Y ésto es lo decisivo.

Freud menciona sobre el tema: "Se me ha ocurrido que la masturbación es el primero y único de los grandes hábitos (adicción), y que todas las demás adicciones, como las del alcohol, la morfina, el tabaco, etc., sólo aparecen en la vida como

sustitutos y reemplazantes de aquella" (7).

Del mismo modo, Sillman (1959) también afirma que, el uso de drogas representa primeramente la masturbación genital, acompañada de fantasías y contenidos apropiados. Igualmente enfatizó la oralidad de los adictos, los cuales reemplazan las relaciones objetales por el odio, expresado en términos de devorar y destruir al objeto. Considera todas las adicciones como una protección contra la depresión que es el resultado de la introyección de un objeto amado frustrante. El adicto solo tiene relaciones objetales seudolibidinales, y su único objeto externo real pasa a ser el alcohol, en caso del dependiente de esta sustancia. La adicción del alcohólico es un asesinato y un suicidio crónico. En este carácter autodestructivo que conlleva el alcoholismo, se encuentra una manifestación de la pulsión de muerte. Como ya se vió, lo decisivo es la personalidad premórbida, ya que a partir del encuentro con la droga, el sujeto no puede "desligarse" de ella, lo que lo vá llevando a su autodestrucción.

Por otro lado, existe en el farmacodependiente una disfunción del superyó y de otras identificaciones, lo que concuerda con el mismo punto de varios autores, ya que la identificación (incorporación e introyección) es la modalidad de relación objetal en la etapa oral.

Fenichel (1966) señala que la complicación decisiva en la psicología de los dependientes del alcohol está representada por la creciente insuficiencia en la elación alcanzada. Circunstancias fisiológicas y psicológicas, aún no investigadas, se oponen a la suficiencia y aún a la aparición de la elación. La persona se vé obligada a recurrir a dosis más elevadas a in-

(7) Freud, S. (1902). "Los Orígenes del Psicoanálisis", Obras Completas. Ed. Biblioteca Nueva, Tomo III, carta 79, p.3594.

tervalos cortos. La falta de efecto intensifica el anhelo.

La elación específica del alcohol se caracteriza por el hecho de que la inhibición y las consideraciones sobre la realidad que tienden a refrenar al individuo, desaparecen de la conciencia antes que los impulsos instintivos, de modo que la persona que no tiene el atrevimiento de realizar actos pulsionales consigue a la vez, con la ayuda del alcohol, satisfacción y alivio. El superyó ha sido definido como aquella parte de la psique que se "diluye" en el alcohol. El alcohol, por ello fué siempre enlazado por su poder de ahuyentar la inquietud. Los obstáculos parecen menores y la satisfacción de deseos más cerca, en algunas personas por la disminución de las inhibiciones, y en otras, por el abandono de la realidad y su sustitución placentera de sueños diurnos.

Es así que se ha dilucidado, que entre las razones que hacen volver al alcohol, son, o bien la existencia de frustraciones externas, es decir, situaciones de desdicha que uno quisiera olvidar y reemplazar por fantasías placenteras o inhibiciones internas, es decir, cuando la persona no se atreve a actuar contra el superyó sin dicha ayuda artificial. Entre dichas inhibiciones, las inclinaciones depresivas son de la mayor importancia.

En los alcohólicos crónicos, constelaciones familiares difíciles han creado frustraciones orales específicas en la infancia. Este tipo de frustraciones da origen a fijaciones orales, con todas las consecuencias que dichas frustraciones tienen para la estructura de la personalidad. En los varones, estas frustraciones dan lugar a tendencias homosexuales, más o menos reprimidas. Los impulsos inconscientes en los alcohólicos son típicamente también homosexuales.

Al respecto, Knight (1937) apunta que los padres de los

alcohólicos presentan determinadas características comunes: un padre inconsecuente, frío e inafectivo, que casi siempre actúa en forma dominante, enviando a su hijo dobles mensajes que varían de la severidad a la condescendencia. Continuamente el hijo reacciona con resentimiento y la bebida puede significar una vuelta a la adolescencia en contra de la figura paterna, por lo que trata de recuperar la autoestima que se encuentra disminuída debido a las actitudes del progenitor a través de la bebida; una madre excesivamente indulgente y sobreprotectora que trata de calmar al niño a través de pautas repetitivas de gratificación oral, lo que provoca a lo largo de la vida que busque pasividad en las personas que lo rodean. Como consecuencia de ésto, el niño no puede desarrollar el autocontrol, por lo que reacciona con rabia cuando se frustra, al igual que el individuo que se embriaga se siente frustrado y reacciona del mismo modo. Este conflicto emocional provoca una respuesta impulsiva a la frustración que lo lleva a tener rabia y por consiguiente culpabilidad, necesitando de una reparación masoquista que se obtiene de los efectos farmacológicos del alcohol que favorece la conducta irresponsable.

Así, éste autor piensa que el deseo de beber es una búsqueda del pecho materno, pero al mismo tiempo constituye un desafío en contra de la sociedad, la moral y los padres. Después de que ha pasado la intoxicación, el sujeto se encuentra disgustado y deprimido consigo mismo, pero no obstante la confianza en el efecto mágico del alcohol no se ha perdido y los adictos piensan que las personas que lo rodean, serán igualmente indulgentes hacia él, como lo fué su madre.

Otra característica notable entre los bebedores es la que explica Sillman (1959) donde dice que la necesidad de quebrar todo acoplamiento de dependencia con los objetos amados es la más importante, ya que según dice en los años tempranos esto se manifiesta muy a menudo en actitudes de desvío frente



a los padres. Después esta misma situación vuelve a aparecer en el deseo de no depender de los lazos maritales. Para aclarar ésto, este autor resume la tríada alcohólica con tres características esenciales:

- 1.- Búsqueda de la fusión con los objetos.
- 2.- Desarrollo de la agresión no resuelta.
- 3.- Actitudes independientes hacia las personas queridas.

Así, el psicoanálisis subrayó la importancia de una personalidad premórbida oral narcisista donde varios autores, basándose en observaciones clínicas se refieren a la pasividad, autodestrucción, culpabilidad, rasgos infantiles, ansiedad y regresión oral del alcohólico (Armendariz, 1984).

De esta manera, los adictos son personas que tienen una predisposición a reaccionar a los efectos del alcohol de una manera específica, es decir, de una manera tal, que tratan de usar estos efectos para satisfacer el arcaico anhelo oral que es un tipo de anhelo sexual, una necesidad de seguridad y una necesidad de conservar la autoestima, o para decirlo en otros términos, sustituyen la realidad tal cual es, por las perentoriedades inconscientes que lo determinan, creándose metas y apetencias que tienden al equilibrio de ansiedades intensas, por lo que se presentan de manera narcisista y omnipotente.

Así, el alcohol es buscado por ser fuente y suministro de sensaciones que corresponden a contenidos internos del individuo que no fueron o no han sido satisfechos de otra manera, por lo que hay una complementariedad de factores, objeto y sujeto se corresponden.

Sin embargo, en esta correspondencia debe existir una predominancia de alguno de los dos factores. Mucha gente puede

probar al alcohol e inclusive embriagarse, pero no toda vuelve a ingerirlo, solamente algunos se "convierten" en alcohólicos, por lo tanto, resumidamente se considera que es la estructura psíquica donde reside una predisposición (la predominancia) a reaccionar de manera tan particular a la sustancia etílica.

### 1.3.7. ASPECTOS SOCIALES.

Las teorías sociales establecen que no solo se necesita conocer las tensiones y frustraciones individuales del alcohólico, sino también la actitud social hacia el alcohol en el grupo social en que se desenvuelve. La costumbre de ingerir bebidas alcohólicas para simbolizar un sentimiento comunitario y de unidad es común en la cultura moderna. Por lo tanto, en el medio urbano las costumbres sociales hacen que se facilite cada día más el desarrollo del alcoholismo. Casi siempre se bebe dentro de grupos sociales determinados por la clase social, ocupación y status, lo que hace que se vayan desarrollando las normas de bebida (Armendariz, 1984).

Se afirma que los patrones de ingestión se basan, varían y están influenciados por las normas culturales y los valores de las diferencias sociales. En este contexto, debe ser analizado el papel del alcohol como factor de cohesión e integración social, así como su participación como elemento de prestigio.

En esta línea, Avila (1983) apunta que las actitudes sociales, por otra parte, favorecen la tendencia hacia la ingestión de alcohol, ya que se sabe que es el único agente farmacológico con el que la intoxicación autoinducida es social y legalmente aceptable en el mundo occidental y se encuentra profundamente arraigada dentro de la estructura social contemporánea, consumiéndose de manera natural, como se ha dicho, en toda clase de celebraciones familiares y sociales, por lo que el bebedor se vuelve un símbolo de status que se imita.

De esta forma, Calderón (1980) explica que en la so-

ciudad mexicana el alcohol es indispensable para todos los niveles económicos de todas las regiones del país. Gran parte de la vida social gira alrededor del alcohol: bautizos, graduaciones, recepciones, ascensos, días de pago, etc. En otras palabras, el alcohol ha llegado a ser de tal manera importante en la vida del mexicano: el recibir una visita y no ofrecerle una "copa" se considera como una falta de educación.

En algunas de éstas teorías sociológicas se encuentran algunas que aluden al supuesto de que la función primaria de las bebidas alcohólicas, en todas las sociedades, consiste en reducir la ansiedad. Una de ellas es la que expone Horton (1943) donde afirma que el consumo de alcohol tiende a ir acompañado de la liberación de impulsos agresivos y sexuales; todas las sociedades deben inhibir en alguna medida la expresión de éstos impulsos y reducir la tensión mediante el alcohol es, efectivamente, relajar la inhibición.

Otros autores han completado este punto, y señalan la importancia central que tiene el conflicto de dependencia en la problemática del alcoholismo, y han propuesto que el alcohol provee la reducción de la ansiedad y la tensión, permitiendo la satisfacción de los deseos de dependencia.

Bacon (1965) describe a la sociedad grande muy especializada como "Anómica", caracterizada por rápidos cambios, controles sociales compartimentados, individualismo exaltado junto a la interdependencia funcional, intensa competencia, movilidad e impersonalidad, en la cual el valor social de alcohol se realiza no solo porque proporciona alivio a los individuos sometidos a tensión, sino porque también ofrece un mecanismo necesario de integración social. La "anomia", que es definitiva como un estado psicológico especial en el que los individuos se sienten alienados en su propia sociedad (de la cual no aceptan ni asimilan sus valores éticos), facilita

la compulsión a ingerir bebidas alcohólicas y, en general, a usar drogas que provocan dependencia.

Por otro lado, el desarrollo de esta enfermedad entre la población es un grave problema, ya que trae severas repercusiones, aparte de las ya vistas, como son las fisiológicas y las psicológicas, para la sociedad, entre las que se encuentran el ausentismo laboral, los actos de violencia, los suicidios, homicidios, violaciones, accidentes de tránsito y laborales y los altos costos que implica atender los problemas ocasionados por el alcohol a nivel de servicios legales y sobre todo de los servicios de salud.

### 1.3.8. PREVENCIÓN.

Tal y como lo explica el Dr. Calderón (1983); el término prevenir, se deriva de la palabra latina praevenire, que significa prever un daño o peligro, equivalente a lo que en medicina se llama profilaxis y que se ha usado para referirse a las medidas que se deben tomar para evitar que se presenten las enfermedades.

Y ya que, como el alcoholismo es una enfermedad, se debe en lo posible tratar de prevenirla, aunque dada la persistencia y popularidad del alcohol en múltiples formas, ni advertencias médicas, ni conferencias, ni leyes, lograrán apartar de él a los hombres ni a las mujeres. Es quizá más efectiva la educación con miras al uso moderado y los métodos para el alivio de las secuelas derivadas de su abuso.

Enfrentar este tremendo problema no es fácil, se requiere de la participación de todos los sectores, de cada grupo organizado, de cada familia y en suma, de todos los individuos, por lo que para lograr esto es necesario que todos estén informados de la magnitud del problema, de su trascendencia y de su costo social. Al respecto, Fernández (1983) comenta que es indudable que es la sociedad la que puede lograr un cambio si acepta la responsabilidad que le toca en el desarrollo sano de México y en la consolidación de su destino.

En relación a la prevención, hay que identificar lo más temprano posible el trastorno para mejorar así las posibilidades de control o curación y evitar sus graves consecuencias. Es necesario que se establezcan medidas preventivas, no solo en lo referente a los aspectos de tratamiento y reha-

bilitación sino también en un nivel primario cuyo objetivo es reducir la incidencia de nuevos problemas relacionados con el alcohol, previniendo su ocurrencia en primera instancia. Otro hecho importante es el que menciona Panniza (1983), donde por lo general el paciente no acude espontáneamente a solicitar tratamiento del alcoholismo, esta tarea la asume un familiar o un amigo.

Dado lo anterior, las perspectivas en relación con este problema no pueden ser más sombrías, sin embargo algo puede hacerse, si existiera la voluntad política y se amalgamaran convenientemente medidas de distinta índole que pueden resumirse en las siguientes:

- 1.- Educación desde el principio en el medio familiar, escuela y en todos los sitios, en relación con el alcohol y los daños que éste produce como una enfermedad en todo el mundo y en todos los niveles.
- 2.- Difusión por todos los medios a la población de información esencial sobre el alcohol y sus efectos en el organismo desde los riesgos mayores hasta los menores y sobre los problemas a que puede dar lugar una dependencia severa hacia el alcohol.
- 3.- Ejecución de efectivos programas de higiene mental que promuevan el desarrollo adecuado de la personalidad, por lo que se debe crear un medio ambiente que excluya hasta donde sea posible las tensiones y penalidades de los niños.
- 4.- Promoción de acciones constantes y coordinadas en relación con los factores que intervienen en la enfermedad (agente, huésped y medio ambiente), recordando que el alcohol por sí mismo no hace al alcohólico, sino que se necesita una personalidad

susceptible o vulnerable.

- 5.- Establecimiento de políticas generales en donde se controlen tanto la disponibilidad como la facilidad para la adquisición de bebidas alcohólicas, ya que esto promueve y da grandes oportunidades de caer en la adicción.
- 6.- Necesidad de implantar medidas reglamentarias que limiten su anuncio indiscriminadamente en radio, prensa y televisión, sobre todo con la constante insinuación hacia los jóvenes que recalcan constantemente sobre los aspectos que tienden a asociarlo como componente de masculinidad, de estado adulto, con las relaciones sexuales, estereotipo fabricado y mantenido en mensajes abiertos u ocultos y disfrazados, y en la inmensa publicidad que en la actualidad se despliega.
- 7.- Debe enseñarse al individuo "a beber responsablemente" más que a preconizar la abstinencia desarrollando una atmósfera en el que la bebida sea aceptada como una función social que se debe practicar con moderación más que prohibirse totalmente como un mal, ya que forma parte del comportamiento humano y casi al mismo tiempo de la alimentación.
- 8.- En cuanto al tratamiento en sus diferentes modalidades, la psicoterapia de grupo preconizada por las asociaciones de Alcohólicos Anónimos dan hasta el momento los resultados mas estimulantes en personas que ya experimentan problemas con el alcohol.

Díaz Leal (1983) propone que cualquier programa preventivo en materia de alcoholismo, debe contemplar, entre otras cosas, que debe estar comprendido dentro del programa integral de educación para la salud; que debe estar dirigido a una población



específica que involucre la participación de la comunidad en la elaboración, aplicación y evaluación de las acciones, objetivos y metas del programa; que exista una política general de salud que establezca y norme los lineamientos generales en este sentido y apoye la labor realizada por las distintas instituciones; y que se adecúen los mecanismos necesarios para lograr el cumplimiento de la legislación relativa al consumo de alcohol.

La Organización Mundial de la Salud (1980), en base a las investigaciones en diferentes países, expuso que las medidas y políticas preventivas que han sido útiles en relación a este problema, se dividen en cuatro áreas:

- 1.- Regulación de la disponibilidad de bebidas alcohólicas.
- 2.- Regulación del consumo.
- 3.- Información, educación y motivación.
- 4.- Limitación de las incapacidades y consecuencias.

En vista de lo anterior, en México se han creado varios organismos que intentan prevenir esta enfermedad, como por ejemplo el Consejo Nacional Antialcohólico, que está encabezado por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el cual debe facilitar la coordinación con organismos afines para llevar a cabo acciones educativas a todos los niveles, proponer reglamentaciones a la venta y al consumo, restricciones de publicidad, contribuir a la prestación de servicios preventivos y curativos. Otro elemento primordial, por su número y por estar en contacto directo con la población juvenil de nuestro país, está en Magisterio Nacional, al que a través de sus cursos de actualización y capacitación, recibirá la información necesaria para que a su vez transmitan estos programas a los educandos. Otra institución es el Consejo Nacional de Recursos para la Atención de la Juventud (CREA) donde se han capa-

citado pasantes para promover y realizar actividades en las diferentes Delegaciones del país.

Todas estas medidas preventivas intentan reducir la incidencia y la prevalencia de la enfermedad, por lo que para que tengan éxito, deben estar apoyadas en la investigación, estudiando por un lado las causas que originan la enfermedad y por el otro, los aspectos socioculturales y económicos de los habitantes de la zona donde se van a trabajar, empezando en primer término con una investigación diagnóstica.

En conclusión, con todo lo anteriormente mencionado, los programas de salud pública deben encaminarse a tareas de tipo educativo y de información; acciones de salud mental que favorezcan el desarrollo de personalidades maduras; despliegue de esfuerzos organizados para evitar la disponibilidad a través de medidas legislativas y reglamentarias; establecimiento de políticas definidas, reducir de alguna manera la aceptación social del alcohol y limitar y contrarrestar los efectos de una propaganda millonaria y destructivamente insistente, al tiempo que se refuercen y amplíen las acciones dirigidas al tratamiento y la rehabilitación de los enfermos.

### 1.3.9. DIAGNOSTICO.

En medicina, se le llama sintomatología al conjunto de síntomas (datos que el enfermo aporta al examinador como queja que lo lleva a consulta) y signos (datos que el examinador obtiene mediante la exploración que realiza en el paciente) que caracterizan una enfermedad. Estos se deben tomar en cuenta para un acertado diagnóstico.

Panizza (1983) menciona que diagnosticar precozmente el alcoholismo significa detectar signos sutiles con los que se presenta la enfermedad, incluso, muchos años antes de cualesquiera de las complicaciones físicas severas. En efecto, el diagnóstico temprano de esta enfermedad es de suma importancia, ya que de esta forma se pueden preveer muchas de las complicaciones que se presentarán en las etapas posteriores.

Pero, por desgracia, el conjunto de acontecimientos físicos, psíquicos o sociales que son consecuencia del alcoholismo y que jalonan la vida de este tipo de individuos y que son motivo frecuente de quejas familiares o de amigos, van asociados a una negación del antecedente alcohólico o a su minimización.

Así, el diagnóstico temprano de este padecimiento puede ser a veces confuso o ser relacionado con otras entidades nosológicas, para lo cual se deben tomar en cuenta una serie de factores, sobre todo de observación de la conducta del individuo así como conocer sus antecedentes. De este modo, Velasco (1984) recomienda que un procedimiento técnicamente inobjetable que nos dé elementos para el diagnóstico de un alcoholismo inicial, comprende la elaboración de una completa histo-

ria clínica del paciente.

De igual forma, para diagnosticar el alcoholismo, se debe tomar en cuenta la observación e interpretación de sus consecuencias, ya que éstas consecuencias de la ingesta tanto excesiva como crónica del alcohol no surgen tempranamente con claridad, por el contrario, esta enfermedad progresiva se presenta generalmente mimetizada bajo la forma de molestias de poco significado aparente o preocupante.

Por otro lado, los alcohólicos presentan ciertos rasgos que son comunes de presentación frecuente como la tendencia a evadirse, no asumir y aplazar la resolución de problemas físicos o psíquicos cuando éstos problemas se identifican con la ingesta excesiva del alcohol. Otro hecho que es importante considerar es que por lo general éstos individuos no ocurren espontáneamente a solicitar tratamiento del alcoholismo.

Los signos de probable alcoholismo en su etapa inicial abarcan las áreas física, psíquica, familiar, laboral, vida social y legal del individuo.

Para Velasco (1984), se debe sospechar de alcoholismo inicial, si existen estos antecedentes:

- 1.- Aumento en el consumo de alcohol, ya sea regular o esporádicamente, con frecuentes y quizá no intencionados episodios de intoxicación.
- 2.- Ingestión de alcohol para tratar de resolver problemas o aliviar síntomas desagradables.
- 3.- Preocupación obvia por el alcohol y necesidad expresa de tomarse una copa, que se repite habitualmente.
- 4.- Ingestión de alcohol "a escondidas".

- 5.- Tendencia a inventar "coartadas" o pretextos débiles para justificar la bebida.
- 6.- Negativa a aceptar que su consumo de alcohol es excesivo (cuando ésto ya es obvio) y expresar disgusto cuando se menciona el punto.
- 7.- Ausentismo laboral frecuente, especialmente si se siguen ciertas pautas, como por ejemplo, después de los fines de semana y de los días festivos.
- 8.- Cambios de empleo frecuentes, sobre todo cuando la persona pasa a niveles más bajos, o el trabajo que desempeña no corresponde a sus aptitudes, educación y antecedentes.
- 9.- Descuido en la apariencia personal y falta de higiene. Comportamiento y ajuste social inconsistente con los niveles o aspiraciones anteriores del individuo.
- 10.- Persistencia de quejas corporales vagas sin causa aparente, especialmente insomnio, problemas gastrointestinales, dolores de cabeza, falta de apetito (anorexia).
- 11.- Problemas maritales y familiares constantes.
- 12.- Arrestos por embriaguez o por conducir en estado de ebriedad.
- 13.- Beber las copas "de un solo trago".

Un hecho importante que también debe tomarse en cuenta, es la "tolerancia", ya que como se sabe, el alcohol es una de las drogas que la provoca, sobre todo durante las primeras etapas, de tal manera que el bebedor puede ingerir notables cantidades de licor sin que se le "suba" fácilmente, por lo que puede pasar inadvertido ante sus amigos o familiares el padecimiento.

Por otro lado, debe sospecharse del abuso de esta droga en los jóvenes si se ha deteriorado el rendimiento escolar, si falta a clases, si ha perdido interés en los deportes u otras actividades que generalmente realizaba. Estos jóvenes parecen preocupados y reservados, evitan la conversación con sus padres. Se apartan de sus amigos anteriores y hacen otros que generalmente no llevan a su casa. Presentan de igual forma incoordinación motora (dificultad para realizar movimientos corporales), lenguaje farfuleo y confuso, con juicio menoscabado (Bakwin, 1974).

En realidad, cada alcohólico tiene sus propios caminos, pero todos participan de este hecho; el hábito de beber alcohol se les ha vuelto incontrolable.

### 1.3.10. TRATAMIENTO.

Durante mucho tiempo, el alcoholismo era considerado como un problema de índole moral, lo que daba como consecuencia que los factores empleados que contribuían a su producción no recibían la atención científica pertinente, dando por resultado una pobre atención a estos pacientes; por fortuna, en la actualidad, se está haciendo conciencia de la verdadera realidad del enfermo alcohólico, lo cual se hace evidente en los programas de atención médico-psicológica del alcohólico (González, 1983).

Existen diversas formas de clasificar los tratamientos contra la farmacodependencia. Uno de ellos es como lo señala Jaffe (1980), dividiéndolos en dos grandes categorías:

- 1.- Los que intentan separar al individuo y alejarlo de la droga específica que causa la dependencia, con la mayor rapidez posible y también ayudarlo a preservar su abstinencia.
- 2.- Se reserva para quienes no han tenido éxito con el tratamiento anterior.

Pero, en el caso de los alcohólicos, el primer paso consiste en investigar a fondo la historia y estado presente del enfermo. Aunque importante, dicho estudio no debe monopolizar la atención hasta el punto de pasar por alto otros trastornos físicos y mentales primarios subyacentes.

El tratamiento del alcohólico es esencialmente el tratamiento de la dependencia, por lo que el alcohólico y sus parientes no deben esperar curas milagrosas, sino la posibili-

dad de que las cosas mejoren en una forma razonablemente satisfactoria.

Se debe lograr, de igual manera, la percepción de la personalidad total del enfermo, el curso de su vida pasada, las causas que lo condujeron al alcoholismo y sus problemas presentes. El plan de tratamiento se debe adaptar a cada caso individual tras la cuidadosa evaluación de estos factores y requerirá en general, la aplicación de diversos métodos terapéuticos. Tan equivocado es tratar en forma exclusiva el alcoholismo del paciente como una "enfermedad" independiente de las alteraciones subyacentes sociales y de la personalidad, como hacer lo contrario.

Otra condición de éxito para el tratamiento es, como lo explica Velasco (1984) de que no se recurra a los argumentos de contenido emocional que sólo incrementan los sentimientos de culpa y paradójicamente, también aumentan la compulsión a seguir bebiendo, por lo que se debe tomar en cuenta la necesidad de considerar a cada alcohólico en su situación vital completa, teniendo en cuenta su trabajo, el círculo de amistades y la familia.

En los programas para combatir el alcoholismo, los psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales, por lo regular brindan fármacos, orientación y apoyo y casi todos cuentan con medios para que el alcohólico se hospitalice en caso de ser necesario. Así, como lo comenta González (1983) por lo general se acepta que hay tres pasos en el tratamiento del alcoholismo:

- 1.- El manejo médico de la intoxicación aguda (borrachea) a veces para salvar la vida del sujeto. Ocurre principalmente en los hospitales.
- 2.- La corrección de los problemas crónicos de la salud asociados al alcoholismo (aquí está la acción



médica de todos los días en hospitales, consultorios y clínicas).

- 3.- El intento terapéutico por cambiar la conducta del alcohólico a largo plazo, de tal manera que no continúen sus actitudes autodestructivas frente al alcohol. Esta es la acción psiquiátrica propiamente dicha, que utiliza las técnicas psicoterapéuticas y los medicamentos adecuados.

En cuanto al profesional que directamente se encarga del tratamiento, tendrá en cuenta las necesidades existenciales del paciente y la totalidad de su circunstancia vital, lo que se dá con un autoconocimiento, que significa el tomar conciencia de las propias capacidades y debilidades, relacionándolas con la opinión que los demás tienen de uno mismo; con la aceptación en el seno de la comunidad a la que pertenece, por el valor intrínseco que se tiene como ser humano, como individuo capaz de dar y recibir afecto; teniendo confianza en sí mismo, por la fé en las propias habilidades. Esto dá la libertad suficiente para expresarse con seguridad como individuo autónomo en la relación con los demás; y por último con dignidad, necesidad que se satisface cuando se tiene la certeza de que uno es respetado por los demás y se respeta a sí mismo.

Si tenemos en cuenta la etiología del alcoholismo, la práctica de concentrar los esfuerzos terapéuticos es uno solo de éstos factores (el psicológico, el orgánico o el social), es casi una garantía de que fallará el intento de alcanzar los objetivos del tratamiento original. Si por el contrario, se toma en cuenta la complejidad de esta etiología y se estructuran planes terapéuticos acordes con la situación personal de cada sujeto alcohólico, podremos ayudarlo mejor (Velasco, 1984).

Para el cumplimiento efectivo de un plan de trata-

miento para atacar esta enfermedad, González (1983), recomienda seguir las siguientes tres etapas:

I. Esta etapa es de desintoxicación y tiene tres objetivos:

- 1) Normalizar los cambios metabólicos inducidos por el alcohol.
- 2) Tratar el síndrome de abstinencia o prevenirlo.
- 3) Tratar las complicaciones intercurrentes del alcoholismo.

En forma inicial, se debe rehidratar al paciente, sedarlo para evitar el síndrome de abstinencia, restituir factores vitamínicos y desde luego iniciar el manejo de las complicaciones efectuando las interconsultas necesarias, así como los estudios pertinentes de laboratorio y de gabinete.

II. Esta etapa es llamada de motivación y es la más importante del tratamiento después de que el paciente está desintoxicado, teniendo como objetivos:

- 1) Crear conciencia de su enfermedad.
- 2) Informar al paciente y su familia sobre la naturaleza, características y consecuencias de la enfermedad.
- 3) Confrontar los mecanismos de defensa que impiden la aceptación de la enfermedad.
- 4) Generar responsabilidades.
- 5) Autoafirmar la personalidad.
- 6) Hacer del conocimiento del paciente factores de neurosis o depresión previos.
- 7) Dar apoyo, mediante el manejo de sus sentimientos de culpa y su devaluación personal.
- 8) Efectuar el manejo de la familia, manejo conjunto y orientación de ella.

Para lograr los pasos anteriores, están varios métodos que logran tales objetivos, los cuales son:

1. PSICOTERAPIA INDIVIDUAL. Este es tal vez el factor más importante del tratamiento. El éxito depende en gran medida de la personalidad del terapeuta y de las relaciones que éste sea capaz de establecer con el paciente. Marcará su meta terapéutica a un nivel práctico y realista. Las sesiones de psicoterapia han de ser reguladas y planificadas para dar al paciente el insight de los rasgos de su personalidad, relaciones y modo de vida que contribuyeron a la formación de la dependencia. Su meta es capacitar al paciente, para que se cure el alcoholismo. Si se requiere que el tratamiento tenga éxito, hay que advertirle que la enfermedad de la que sufre excluye la posibilidad de retornar a la bebida normal.
2. TERAPIA DE GRUPO. En la vida de grupo, el paciente se beneficia de la experiencia de sus compañeros, perdiendo su sensación de aislamiento y se fortifica con la compañía de otros que son capaces de efectuar la abstinencia que él consideraba imposible. Al examinar los modos en que reacciona él y otros miembros y al explorar las causas de tales modos, puede modificar a tiempo sus modelos autodestructivos de conducta.
3. ALCOHOLICOS ANONIMOS. Es una institución no lucrativa que se integra con individuos alcohólicos que tienen el propósito común de ayudarse a sí mismos y a toda persona que sufra de alcoholismo. La meta inmediata es que cada uno esté sobrio y permanezca sobrio. El manejo de estos grupos se basa en algunas premisas: a) cada grupo debe mantenerse autónomo; b) no se aceptan ninguna clase de contribución ajena al grupo; c) AA no opina como organismo sobre cuestiones diferen-

tes a su única finalidad; d) el anonimato es el fundamento espiritual de toda la tradición de AA; e) "solo un alcohólico puede comprender a otro alcohólico". Muchos alcohólicos encuentran en esta participación un apoyo efectivo para mantenerse sobrios e incluso para superar la enfermedad. Es muy importante para esta forma de terapia de grupo que el alcohólico admita de principio su impotencia ante el alcohol. Debe aceptar también que su vida resulta inmanejable y su situación intolerable si continúa bebiendo y que la única salida que le queda es la sobriedad. Para alcanzarla, necesita apoyarse en el grupo que lo comprende y que le ofrece además la posibilidad de ayudar a otros como él.

III. Esta etapa es llamada de rehabilitación, aunque es difícil poner un límite que marque el momento de terminación del tratamiento específicamente y lo que sería el principio de la rehabilitación. Esta fase tiene como objetivo el reincorporar al individuo a la comunidad, ya sea a su actividad anterior o a otra en la que pueda desempeñarse lo más satisfactoriamente posible. El enfermo sometido a tratamiento debe aceptar su condición de tal, o sea que no puede volver a ingerir nunca más bebidas alcohólicas, reintegrándose al mismo tiempo a una vida normal, tanto en el plano familiar, como social y laboral, de acuerdo a sus capacidades. Esto requiere, en el plano familiar, que ésta tenga clara conciencia del cambio que significa el regreso del sujeto en condiciones diferentes al del período previo al tratamiento. Es muy importante la comprensión y apoyo que le brinden los suyos para mantener la abstinencia. En el plano social, surge la necesidad de proporcionar al recuperado un nuevo grupo de amigos, donde no sea el alcohol el factor de unión. En el plano laboral, es importante tener en cuenta que los sujetos que han ingerido durante

muchos años alcohol ya no tienen las mismas capacidades, por lo que muchas veces no pueden desempeñar su antiguo oficio y habrá que reubicarlos o enseñarles una nueva profesión.

El estado emocional de algunos alcohólicos amerita la reducción de su angustia y depresión, mediante el uso de medicamentos. El tratamiento psiquiátrico intenta ayudar al paciente a encontrar una forma de vida, pero una meta parcial será siempre la de proveerlo de apoyo emocional, comprensión, aceptación y estímulo. En lo que se refiere al uso de medicamentos se deben tomar en cuenta algunas indicaciones como que sólo deben ser administrados por el médico, la automedicación es definitivamente peligrosa y otro hecho de mayor importancia es que no existe sustancia alguna que cure el alcoholismo. Lo único que verdaderamente puede llevar a la recuperación total es el tratamiento integral, pero nunca una sustancia o medicamento ni una acción aislada.

Pero, desgraciadamente, el camino hacia la recuperación total de esta grave enfermedad es muy largo y doloroso, porque como ya se explicó a lo largo de este capítulo, es una sustancia hacia la que el cuerpo se habitúa y erradicarla constituye hacer nuevos cambios en toda la personalidad y funcionamiento orgánico del sujeto por lo que, ¿no es mejor prevenirla y darnos cuenta de que se puede desencadenar esta farmacodependencia mucho antes de que se presente?

#### 1.4. ALCOHOLISMO EN LA JUVENTUD

A lo largo del presente apartado, se tomará en cuenta cómo influye el consumo del alcohol en la gente joven, algunas razones del porqué los jóvenes beben, cuáles son sus inquietudes hacia esta sustancia, algunas diferencias en cuanto a sexo, nivel socioeconómico y por último la epidemiología de la enfermedad, donde se verán también aspectos importantes de disponibilidad y la gran publicidad que le hacen a esta sustancia y sus efectos sobre los jóvenes, así como algunas investigaciones hechas al respecto.

Para empezar, Aberastury (1971) comenta que se estima a la adolescencia como un período en el cual es importante para los jóvenes dejar establecidas sus convicciones acerca de su origen y dotes personales, así como su ubicación dentro de una sociedad. De tal forma que podrán elegir el camino correcto porque, al contrario, se verán envueltos en constante confusión de sí mismos y de lo que los rodea, tomando una de las rutas más peligrosas: el alcoholismo.

De acuerdo a los valores de la etapa juvenil, se requiere medir y prever las consecuencias, tanto de la inges-

tión de un medicamento, de un fármaco, de una aventura arriesgada, sin control, y debe hallar el joven oportunamente las soluciones posibles de una dependencia, de una curiosa experiencia, o de haber cedido a una investigación peligrosa.

Hay muchas teorías que explican el porqué beben los jóvenes; se tratará de dar los más importantes y que aspiran a tocar todos los puntos de vista como el psicológico y el social, que son los más frecuentes. Al respecto, Addeo (1978), autor de "Why our children drink", considera que algunas de las razones por las que los jóvenes beben es debido a que los padres se consuelen de que sus hijos no están usando otra droga y dice que existen cuatro principales razones; encabezando la lista tenemos la influencia paternal y los experimentos puntualizan a las familias con hábitos de beber o actitudes totalmente de abstinencia, lo cual produce un alto porcentaje de jóvenes alcohólicos. En segundo lugar, tenemos la presión que ejerce el grupo de iguales, siendo ésta menos importante que la anterior. Una tercera razón es la necesidad de rebelarse contra la autoridad, aunque sea temporalmente. El cuarto factor es la perturbación emocional con sentimientos de ansiedad, inseguridad, extrema conciencia de sí mismo y la carencia de una sólida autoimagen, lo que lo conduce a tener una baja en su autoestima.

Muchos autores están de acuerdo en que los padres son los que dan el modelo de identificación para que el joven desarrolle esta dependencia. Hay muchos reportes que concuerdan en que el padre alcohólico es un modelo de rol inadecuado para el hijo en su desarrollo, por lo que Barnes (1977) expone que el padre alcohólico parece no vivir bajo las leyes de la sociedad y la disciplina que imparte en su hogar es contradictoria, lo que implica enviar un doble mensaje al joven que lo llevan a una confusión que se puede manifestar, como ya se vió, en agresión u otro tipo de conductas desviadas.

Por otro lado, Bosma (1976) señala que cuando la ma-

dre es la alcohólica, la situación es aún más desesperada, pues los niños dependen de sus madres y es obvio que esta madre no puede cubrir las necesidades físicas ni emocionales de sus hijos. Los hijos de este tipo de madres reaccionan hacia ésta con intensos sentimientos de rechazo, desconfianza y enojo reprimido, y es entonces, cuando la vida del hogar no provee el sentido de seguridad usual que se tiene de la frustración del mundo externo.

Así, resulta muy difícil para los hijos identificarse en una forma positiva con padres alcohólicos, ya que conscientemente éstos rechazan el comportamiento de sus padres, pero inconscientemente lo adoptan. Esto crea una confusión en el comportamiento de los jóvenes, debido al conflicto entre la imagen consciente y la inconsciente que se les ha formado. Esta confusión se manifiesta entonces, en su comportamiento en la escuela y en otras áreas, siendo incapaces de concentrarse en los deberes escolares, llevan con ellos muchas agresiones y les gusta antagonizar con sus maestros y compañeros.

Del mismo modo, North (1985) señala al respecto que muchos de los jóvenes que beben en abundancia tienen padres que decididamente desaprueban su comportamiento aunque no prediquen con el ejemplo. En otros tiempos el que los jóvenes bebieran, constituía una forma de rebelión y era casi siempre disimulada u ocultada.

En general, el que los jóvenes beban no está autorizado por los adultos, pero hay ocasiones en que éstos pueden disimular o incluso aprobar que beban, pero tales circunstancias se producen en ambientes sociales tradicionales y bajo cierto control. No obstante, cuando los jóvenes beben, usualmente lo hacen a escondidas. Pero hay padres que cuando confrontan la realidad de que su hijo o hija tienen problemas con el alcohol responden "no me preocupa demasiado que beba, al me-



nos no usa otra droga". Pero, como se vió, el alcohol es una droga y se sabe lo peligroso que es cuando se usa sin medida.

Pero, contrario a lo anterior, la bebida entre los jóvenes tiene sus "consecuencias negativas", ya que la gravedad del problema se exagera a veces, debido a que los adultos desaprueban que éstos beban, por lo que la ingestión del alcohol entre los jóvenes, aunque se trate sólo de un "experimento", se confunde a menudo con el abuso.

Otro factor, es que el tiempo que los padres tienen para interactuar con sus hijos se reduce significativamente. Ya no les enseñan las capacidades y valores que pudieran prepararlos adecuadamente para la vida, de modo que los jóvenes se ven obligados a aprenderlos en la escuela y en otros lugares para sobrevivir, como son los amigos que generalmente no son los óptimos y por no haber tenido claros estos valores, son fácilmente influenciados y si estas influencias son negativas, pueden caer en la farmacodependencia.

Para muchos jóvenes el beber o fumar representan símbolos de acercamiento a la edad adulta, por lo que el tener padres que no beben o que enseñan a sus hijos cómo ser bebedores responsables, probablemente reducirá mucho las posibilidades de que dichos jóvenes abusen del alcohol.

Otro punto que se debe tomar en cuenta acerca del porqué beben los jóvenes, es la introducción a la bebida debido a la "presión de los compañeros". El ser aceptados por el grupo es de máxima importancia y en consecuencia muchos jóvenes son presionados o inducidos a la bebida. A este respecto, North (1985) apunta que la excesiva ingestión de bebidas alcohólicas entre jóvenes empieza como algo para demostrar su masculinidad a sus compañeros, luego, para algunos, esa inclinación se convierte en escapismo, en un intento de disminuir las presiones

de las dificultades cotidianas. Así pues, no estamos precisamente hablando sobre el abuso del alcohol, sino sobre abuso de la propia persona.

Otro motivo por el que los adolescentes beben, es tan sólo por la curiosidad de los efectos que produce el alcohol. Pero hay que considerar que un joven que tiene que tomarse una cerveza antes de ir a una fiesta, utiliza el alcohol estrictamente por sus efectos. El que insiste en jugar arrancones después de beber, la muchacha que utiliza el alcohol para ser promiscua, el muchacho que lo utiliza para expresar su conducta agresiva y destructiva; éstos son los que tenemos que tomar en cuenta y ayudar, los cuales tienen una patología reprimida, o traducido, una personalidad previa que los lleva a ser sensibles para adoptar un tipo de farmacodependencia.

El joven tiende a ser introvertido y tímido, necesita afirmar su personalidad ante sí mismo y ante el mundo. El alcohol le brinda un camino para lograrlo, ya que es un producto socialmente aceptado, recomendado y cuyo uso es considerado normal. Tiene también la ventaja de encontrarse con facilidad y a precio accesible.

Así, Grinder (1986) comenta que los jóvenes beben principalmente por gusto, para ser como los demás y para celebrar ocasiones importantes. Suelen ver al alcohol como bebida social y piensan más en lo que hace por ellos que lo que les hace a ellos. Suelen creer que los adultos beben en primer lugar para descargar la tensión y la ansiedad, pero no lo ven como causa por la que ellos también beben.

Bakwin (1974), añade que aunque los peligros de tomar drogas son mayores que los placeres ilusorios a corto plazo, es difícil convencer de esto a los estudiantes de univer-

sidad.

¿Por qué las personas jóvenes, inteligentes, continúan arriesgándose de este modo? Al respecto, Blaine (1966) divide a los usuarios de drogas en tres grupos:

1. BUSCADOR DE EXPERIENCIAS.- Es el que constituye la mayoría. Saciado por padres ricos y excesivamente indulgentes, aburrido y sediento de nuevas experiencias y excitación, desafiar a la autoridad es un medio de demostrar valor y fuerza. En muchos jóvenes la drogadicción se usa para expresar hostilidad hacia los padres, a causa de indiferencia o rechazo real o imaginario.
2. BUSCADOR DE OLVIDO.- Toma drogas para obtener un estado placentero de ánimo, libre de tensiones de la vida cotidiana. Es probable que sea un usuario crónico. Muchos de estos usuarios se sienten trastornados por sentimientos de insuficiencia y baja estimación propia. En este grupo se encuentran los jóvenes que van a la universidad porque sus padres insisten en ello y pueden permitirselo. La depresión es la base para el uso de drogas en algunos jóvenes.
3. BUSCADOR DE CAMBIOS EN LA PERSONALIDAD.- Según Blaine, este tipo merece mayor atención porque es más probable que se convierta en adicto y se incapacite en el uso de la droga. Algunos jóvenes toman drogas porque sienten confusión en cuanto a su papel sexual.

Como se mencionó, un factor común en muchos casos, para que los jóvenes beban en exceso es el aburrimiento. En particular en las grandes urbes, hay cada vez más mediocres realizaciones en la universidad, situaciones fragmentarias familiares, relaciones interpersonales pasajeras y desilusión general res-

pecto a la sociedad. Algunos jóvenes cuando confrontan esas ásperas realidades, encuentran en la bebida una forma rápida y económica de animarse y escapar de cualesquiera que sean sus problemas (North, 1985).

Pueden beber para sentirse más confiados o para vencer la timidez, otros lo harán para sentirse más dispuestos a trabajar, menos solos o para liberarse de pensar en responsabilidades agobiantes.

Los jóvenes que beben en exceso tienden a ser más arrebatados: entran en peleas, son destructores y pierden más amistades que los que beben moderadamente o son abstemios. Madox (1964) sostiene que es raro el joven que no ha probado alguna bebida alcohólica antes de salir de la escuela media.

Como explica North (1985) algunos de los patrones con arreglo a los cuales un joven se entrega al alcoholismo y deja que éste le destruya suelen ser los siguientes:

1. empieza a beber más que los demás miembros del grupo,
2. empieza a beber más a menudo que sus compañeros,
3. se comporta cuando bebe, en una forma que sobrepasa lo que el grupo de compañeros considera normal,
4. empieza a experimentar desvanecimientos o amnesias temporales mientras bebe y después de hacerlo,
5. bebe más rápido que los demás,
6. bebe a escondidas.
7. bebe para superar los efectos de cruda o malestar de haber bebido antes,
8. ensaya nuevos patrones de beber en términos de hora, lugar, cantidades y tipos de bebidas,
9. se convierte en un solitario en sus sesiones de bebida,
10. desarrolla un elaborado sistema de mentiras, coar-

tadas, excusas y racionalizaciones para disimular o explicar su afición a la bebida.

El alcoholismo es una enfermedad que ataca lo mismo a hombres que a mujeres, ya que ellas se ven afligidas por ello al igual que los hombres y tienen sus propios problemas y circunstancias específicas. Siempre se había observado el consumo preponderante en el sexo masculino en proporción de 1 a 10, pero con los cambios que se registran en el status económico y social de la mujer, empieza a observarse creciente consumo de bebidas alcohólicas en el sexo femenino (Avila, 1983).

La mujer se ha visto marginada durante muchos años, de la educación y del mercado laboral, y se observa una clara relación entre la vinculación de ésta a las actividades remuneradas, la instrucción y la cultura en general, con el incremento del consumo, cada vez más la brecha entre alcohólicos del sexo masculino y femenino se acorta, y la proporción de mujeres que sufren este padecimiento, se eleva.

Las consecuencias psicológicas y sociales del alcoholismo femenino son extremadamente graves. En primer término, la mujer no reacciona ante su propio hábito al igual que el hombre. La mujer tiende a asumir una culpabilidad extrema y se condena por sus hábitos de bebida, interioriza el desprecio de la sociedad y con frecuencia se detesta a sí misma. Esta pérdida dá a su vez una pérdida de identidad y a una actitud auto-destructora que conduce a agravar el problema (Benavides, 1983).

Si una mujer tiene una personalidad predisponente al alcoholismo debido a sus antecedentes familiares, sociales y ambientales, unidos a la angustia, depresión y stress, es grande la posibilidad de que se vuelva alcohólica. La mujer es más sensible fisiológicamente al alcohol que el hombre; esta sensi-

bilidad se acentúa sobre todo en la fase premenstrual, durante la cual, por desgracia, es cuando bebe más para atenuar la depresión.

Otra cosa que llama la atención, como lo describe Casillas (1983), es que en los bebedores habituales, es mayor la frecuencia de mujeres que beben hasta perder el sentido. Esto parece confirmar que las bebedoras habituales lo hacen con mayor intensidad que los hombres.

Se han realizado algunos estudios y se ha llegado a la conclusión de que las mujeres alcohólicas, a diferencia de los hombres, tienden a beber en la soledad, y un número muy pequeño de mujeres jóvenes lo hacen en público. Ellos opinan que es muy fácil distinguir a una bebedora social que a una alcohólica, ya que ésta se resiste a divulgar su problema de alcoholismo.

Las alcohólicas ofrecen ángulos diferentes al de los alcohólicos: hábitos de bebida distintos, reacción diferente de la sociedad ante ellas, un proceso de rehabilitación con medidas específicas y daños orgánicos específicos para ellas y sus hijos.

Las mujeres alcohólicas no buscan ayuda terapéutica, si alguna vez tuvieran que ir al médico por algún padecimiento físico no le dirían a nadie de su alcoholismo. En muchos casos, la mujer acude a tratamiento obligada por sus parientes, rara vez acude por sí misma y cuando lo hace tiene pocas motivaciones para seguir adelante y no permanece estable en el mismo.

En otra investigación, Belfer y cols. (1971) encontraron que entre mujeres alcohólicas, la incapacidad de aceptar su papel femenino tradicional, así como el stress y el cam-

bio fisiológico premenstrual, precipitaron el alcoholismo como un medio de aliviar la angustia psicológica.

Por otro lado, con respecto al nivel socio-económico, en realidad no se ha encontrado una clase social específica donde indique que hay un mayor consumo de la bebida, ya que ésta se encuentra a la venta a todos precios y el público consumidor no tiene problema en adquirirlo, aunque algunos investigadores como Weathers, Howard y La Breque (1979) reportan que la mayor proporción de bebedores son jóvenes y de familias de alto nivel socio-económico.

En la misma línea, Kolb (1983), ha encontrado que las variantes en el estado de la economía se relacionan con el grado de consumo de alcohol. Cuando se ha aumentado el ingreso personal per cápita, aumenta también el consumo de alcohol por individuo. El consumo de bebidas destiladas tiende a aumentar conforme aumenta el ingreso a lo largo de lapsos prolongados.

En conclusión, la juventud es la época de la vida en que existe más preocupación social respecto al consumo de alcohol, ya que es sabido que éste hábito se instala en la juventud y que una vez presente, es difícil eliminarlo (Casillas, 1983).

También la Organización Mundial de la Salud (1980) ha destacado que cada día beben más jóvenes y que en ellos el incremento mayor se encuentra entre las mujeres. Además, viendo que las fiestas juveniles son percibidas como la mejor ocasión para consumir alcohol, el joven lo usa para facilitar el establecimiento de relaciones sociales, ya que permite que individuos de sexos opuestos se comuniquen, fomentando la expresión de sentimientos que de otra manera permanecerían ocultos.

Por consiguiente, se considera que para que el joven pueda presentar problemas en relación al alcohol necesita poseer determinadas características de la personalidad, que serán el factor predisponente para su aparición. Como factor precipitante se puede presentar, como ya se vió, un mal funcionamiento familiar, el alcoholismo en alguno de los padres, problemas con o entre los padres, la pérdida de un miembro familiar o un cambio brusco económico (Serrano, 1985).

El hábito de ingestión alcohólica en éstos años, implica varios riesgos. Puede propiciar el establecimiento de un síndrome de dependencia al alcohol o puede ser el precursor de una farmacodependencia posterior.

En resumen, la ingesta de alcohol entre los jóvenes cada día aumenta más, los motivos y las causas son variadas, ya que van desde un desaffo ante la autoridad hasta por simple curiosidad, pero es evidente que la mayoría de los autores están de acuerdo en que hay una predisposición o personalidad previa que lleva a padecer ésta enfermedad, ya que la persona puede beber hasta embriagarse y no volver a caer en el vicio.

Aunado a ésto, se encuentran las influencias de los amigos, los cuales ejercen una presión hacia el consumo de esta droga, y por el otro lado el problema de los padres que ante tal situación no saben como afrontarlo, por lo que el joven se vé cada día más confuso en cuanto a lo que es su identidad y lo que quisiera ser, por lo que la entrada a la universidad que, como se vió, marca una etapa importante en la vida, llega a ser un compromiso tal, que el joven se vé incapaz de afrontarlo realmente usando como escape el consumo de alcohol, favorecido por el medio ambiente que lo rodea, ya que socialmente es una droga aceptada.



#### 1.4.1. EPIDEMIOLOGIA.

La epidemiología es definida como el estudio de la distribución y frecuencia de las enfermedades en los grupos humanos, así como los factores que la determinan. La salud pública, por medio de la epidemiología, es la disciplina encargada de estudiar la frecuencia y distribución de las condiciones de salud y enfermedad de la población. Por lo tanto, es un instrumento de suma importancia para poder así cuantificar el problema, así como la implantación de medidas correctivas.

En cuanto a la relación de los problemas de salud, los componentes de la tríada epidemiológica clásica son:

- a) el agente (que en éste caso es el alcohol);
- b) el huésped (que son los individuos afectados, siendo los jóvenes) y
- c) el medio ambiente en el que se desenvuelven.

Teniendo esto en cuenta y, para ir de lo general a lo particular, cabe mencionar que el alcoholismo se ha considerado como el problema de salud pública más grande que la humanidad enfrenta, después del hambre, con sus graves complicaciones patológicas y sus graves repercusiones en relación con hospitalizaciones, accidentes, suicidios, muertes prematuras y tantas otras asociadas.

Dado lo anterior, México juega un papel muy importante ya que ocupa uno de los principales lugares en Latinoamérica. Al respecto, Avila (1983) menciona que uno de cada diez mexicanos entre los 15 y 16 años, presentan problemas de varias naturalezas y distinto grado acerca del consumo de bebidas

alcohólicas. Por otra parte, se afirma que 75,000 jóvenes se suman anualmente a la fase crítica de la enfermedad.

En vista de lo anterior, el abuso de drogas entre los jóvenes en nuestros días ha adquirido características de una epidemia, aunado a ésto que nuestro país tiene características especiales que influyen de una manera determinante en este problema.

La farmacodependencia es un problema que México debe afrontar, ya que gran parte de su población está compuesta por jóvenes entre los 16 y 25 años de edad, por lo que aceptar la existencia del problema cada vez mas extendido entre los jóvenes es hacer algo mas que condenar la inclinación al consumo temprano del alcohol y el problema de la bebida en general. Diversos factores coadyuvan a este incremento, como ya se vió, (presión de los compañeros, patrones de comportamiento de los padres y familiares, hábitos socioculturales, etc.) ya que todos ellos propician una compleja interacción con la personalidad del individuo.

En la misma línea, la edad en que es socialmente aceptable que el individuo beba es aproximadamente a los 18 años, pero últimamente se ha encontrado que suelen hacerlo con mayor frecuencia a edades menores: 14 y 15 años. Al respecto, North (1985) reporta que durante los últimos años ha habido un incremento de 50% en el número de personas de 15 años que tomaron su primera copa antes de los 14 años, así como que los jóvenes que beben en exceso son personas de todas clases sociales, hombres y mujeres.

Refiriéndose al sexo femenino, varios autores exponen que el consumo en este sexo se ha elevado considerablemente ya que anteriormente se había observado el consumo preponderante en el sexo masculino en proporción de 10 a 1, pero con los cam-

bios que se registran en el status económico y social de la mujer, empieza a observarse creciente consumo de las bebidas.

La Organización Mundial de la Salud (1980), describe que en ciertos países en donde el uso del alcohol ha sido tradicional, nuevos segmentos de la población, principalmente las mujeres y los jóvenes se han venido involucrando cada vez más en el uso y abuso de bebidas alcohólicas, tomando en cuenta que en México, el 40% de la población está formada por jóvenes.

Por otra parte, el Dr. Pucheu puso de manifiesto en 1982 que entre la población joven consume alcohol en forma regular el 35% entre los 14 y 17 años, el 38% entre los 18 y 24 años y el 37% entre los 25 y los 34 años de edad.

Teniendo así una visión general de lo que es el problema del alcoholismo entre los jóvenes, se determina que es algo muy grave, ya que tiene efectos patológicos directos sobre el individuo, efectos indirectos como los derivados de los accidentes, causados por ebriedad y finalmente tiene ya, un alto costo social.

Así también, siendo México un país poblado en gran parte por jóvenes, esta enfermedad, tan vulnerable para muchos es fácil de contraer, aumentando ahora el problema con la participación tan activa que está teniendo la mujer en este problema.

La complejidad del estudio, como menciona Calderón (1980) deriva de la carencia de instrumentos adecuados para su registro, así como de los factores que impiden la detección temprana o tardía de los casos ocultos en forma voluntaria o involuntaria. Tales razones ponen abiertamente en duda las investigaciones que sobre el alcoholismo se tienen en el medio;

no obstante, la aportación que se haga es importante, ya que permite la obtención de índices que dan una impresión aproximada de la magnitud del problema.

Dicho de esta manera y ante tan grave situación, la presente investigación tiene por objeto dar una aportación de lo que es este problema entre los jóvenes, entendiendo el uso tan extenso que tiene y el lugar que la mujer está ocupando en forma tan activa en el problema.

#### 1.4.2. PRODUCCION, DISTRIBUCION Y DISPONIBILIDAD.

Los señalamientos anteriores se pueden apoyar a partir de los resultados que arrojan algunos estudios sobre la producción de bebidas, la distribución de las mismas y su fácil disponibilidad.

La producción y consumo per cápita de bebidas alcohólicas en poblaciones enteras ha venido aumentando en la mayor parte del mundo durante los últimos 20 años. Por ejemplo, entre 1960 y 1972 la producción registrada de vino aumentó 19%, la de cerveza 68% y la de bebidas destiladas 61% (O.M.S., 1980).

En México, cada minuto se producen 4,885 litros de cerveza. En 1979, se fabricaron 2,565 millones 562,200 litros de cerveza, que permitieron clasificar a esta industria como la más fuerte después de la automotriz siderúrgica. Se ha calculado que esta industria valía antes de la crisis económica 24 mil 422 millones de pesos.

Muro (1982) apunta que el comercio internacional de bebidas alcohólicas, hoy en día, es uno de los más importantes en el mundo: sus ventas ascienden a 9 mil millones de dólares al año. México no es la excepción. Existen 168 empresas dedicadas a la vitivinicultura que controla aproximadamente 70,000 hectáreas sembradas en viñedos y su inversión acumulada aumentó 19.6% en la década pasada, alcanzando la cifra de 5 mil 828 millones de pesos en 1980.

Márquez, en 1983, señala que mientras la producción de pulque, prácticamente estancada, pasa de 244 a 282 millones de pesos, los vinos y los licores pasan de 1,183 millones de

pesos y la cerveza de 2,255 a 4,818 millones de pesos, entre 1970 y 1980 respectivamente, lo que ha repercutido en el consumo de bebidas de alta graduación. Por ejemplo, el consumo per cápita de brandy pasó de 0.9 a 2.1 litros y el de cerveza de 30 a 40 litros de 1970 a 1981.

En este año y también en este sentido, Bernal (1983) apunta el crecimiento desproporcionado de bebidas como la cerveza, que desplaza al pulque, y cuyo consumo avanza de 3.5 a 40.0 litros por persona entre 1925 y 1982, la introducción de aguardientes de diferentes materias primas, como la uva, algunos cereales y tubérculos, originarios de otros países y en manos de empresas transnacionales.

El incremento en la producción se vislumbra así, como una respuesta al mayor consumo de una población creciente que constituye un mercado cada vez mas amplio al que hay que incorporar, fundamentalmente a través de la publicidad.

En lo referente a su distribución, se hace de manera profusa en niveles de lugares y no existe, a la fecha, ninguna traba ni dificultad para adquirirlo ni para consumirlo; es mas en muchas tiendas sindicales y de autoservicios se favorece su adquisición, ofreciendo los diversos tipos de bebidas alcohólicas disponibles con descuentos substanciales y sin el pago de impuestos y éste tipo de tiendas incluye a las de la Universidad Autónoma de México, lo mismo que de otras universidades y los destinados a los grupos de trabajadores sociales.

Medina (1983) recalca que el modelo de distribución del consumo, sostiene que la población de usuarios de alcohol es una sola, que no existe diferencia entre bebedores, por lo tanto, cualquier medida encaminada a la disminución del consumo per cápita conllevará una reducción de los problemas asociados. Recomendando así, la restricción de la disponibilidad.

En cuanto a su disponibilidad, para las sociedades modernas es más importante donde los beneficios económicos pueden tener prioridad sobre los intereses de la salud: No hay política general que limite su disponibilidad, ni su consumo (sitios autorizados para su venta, horarios para su expendio, edad límite para adquirirlo, etc).

Un factor importante en el alcoholismo es la facilidad para adquirir bebidas alcohólicas (aún para menores de edad) por la abundancia de los establecimientos dedicados para su venta, su diversidad para satisfacer el gusto de los bebedores y los incentivos para beber en el hogar, con los compañeros y en los lugares de recreación, aún en el deporte.

Existen algunas leyes y disposiciones como el caso del Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos y algunos reglamentos derivados del mismo que por desgracia no se cumplen y esfuerzos estimables de educación higiénica se pierden ante la extraordinaria propaganda comercial que se le dedica.

La disponibilidad ha tenido serias repercusiones en el incremento del consumo y de los índices de alcoholismo. Entre otros, el incremento del número de expendios de ésta sustancia ha sido considerado como un elemento que contribuye a la aparición de este desorden de la conducta, debido al monto de los impuestos que son recabados anualmente por este concepto y a la gran cantidad de intereses económicos y políticos que se encuentran involucrados (Velasco, 1983).

Mientras mayor disponibilidad y mayores facilidades se den para su obtención y consumo, y mientras no existan cortapisas para adquirirlo, se ofrecerán mayores oportunidades para experimentar primero, repetir después y poco a poco, crear el hábito y caer en la adicción.

Por lo tanto y dado lo anterior, donde se menciona que se tiene una personalidad predisponente, conjuntamente con estos problemas de tan elevada producción, extendida distribución y facilidad de disponibilidad, la juventud, se encuentra sumamente vulnerable en todos los aspectos a caer en esta farmacodependencia ya que todos los factores interactúan conformando un estilo de comportamiento con todas las implicaciones fisiológicas, psicológicas y sociales que el consumo excesivo de alcohol propicia.



### 1.4.3. PUBLICIDAD.

El problema del alcoholismo es muy grande en nuestro país y este factor, aunado a la cercanía con los Estados Unidos de América y su problema de las drogas, así como los medios masivos de comunicación están determinando un incremento en la utilización de las drogas por los jóvenes. Es evidente que no ha alcanzado la magnitud de los Estados Unidos o Canadá (Guido, 1970).

Parece haber un patrón característico de diseminación del problema debido primordialmente a la influencia de la comunicación instantánea mundial, particularmente a través de la televisión. La contribución de estos medios masivos de difusión, cuyos mensajes publicitarios influyen poderosamente en las formas de conducirse de las personas.

No se puede dejar a un lado el impacto de los medios de comunicación. Puesto que casi todos queremos ser tan atractivos como los modelos que aparecen en la televisión, podemos ser manipulados haciéndonos fantasear acerca de beber las mismas cosas que ellos, no es difícil comprender porqué los jóvenes se ven tentados a imitarlos.

Ya que se habla de la televisión, cabe mencionar el despliegue de la enorme publicidad que se hace, al igual que en carteles, revistas, periódicos, radios y enormes anuncios en los caminos carreteros, lo cual, no cabe duda que constituye un factor importante para que se incremente el número de personas consumidoras de alcohol, sobre todo entre los jóvenes, tan sensibles a éste tipo de impactos (Avila, 1983).

La publicidad que se hace es francamente desorbitada, informándose que en los primeros meses del año de 1982, se gastó en publicidad en México, por medio de la televisión la suma de mil millones de pesos solamente por brandys, cervezas, tequilas, vinos, faltando por computar los roncs, ginebras, aperitivos, sidras y otros similares. En 1980, la industria de bebidas alcohólicas invirtió 1,500 millones para anunciar sus productos, en televisión y radio, lo que significa muchas horas de impacto consciente y preconsciente sobre millones de radioescuchas y televidentes.

Pero también es claro, y como se ha hecho énfasis, en que no todas las personas expuestas al riesgo implícito en las condiciones descritas del medio ambiente se vuelven alcohólicas; es indispensable la condición del individuo susceptible o vulnerable, a propósito de los trastornos de la personalidad que existen en todo alcohólico.

En lo que se refiere a la influencia que ejercen las campañas de publicidad sobre los consumidores de bebidas alcohólicas son abrumadores. Es evidente y alarmante la facilidad con que dichos medios moldean las actitudes y los hábitos de los habitantes de todas las edades, pero fundamentalmente de los jóvenes, variando el tipo de bebidas que consumen (Fernández, 1983).

Parece impostergable tomar medidas drásticas sobre la asfixiante cantidad de anuncios proyectados para promover, sin importar el costo social, consumos indeseables tales como el de las bebidas alcohólicas, sobre todo entre los jóvenes. La amplitud de esta propaganda contrasta con la tremenda presencia de otros anuncios, muy aislados que ponen de manifiesto que el alcoholismo es una enfermedad mortal.

## CAPITULO II

### METODOLOGIA

## 2.1. PROBLEMA.

A todo lo largo de este trabajo, se ha descrito cómo el hombre siempre ha tenido la inquietud por conocer cada día más acerca de los efectos que el alcohol produce en su organismo y en su conducta tanto a corto como a largo plazo.

Esto ha sido estudiado desde diferentes puntos de vista y desde los más variados aspectos, llegando a aclarar las lagunas que se van presentando en lo que se refiere a este fenómeno.

Así, se han realizado estudios que tienen como objetivo estudiar los efectos del alcohol o el desarrollo de la enfermedad que esta sustancia produce, enfocando su atención a la población masculina adulta, la más de las veces.

Estas investigaciones han dado a conocer resultados que amplían el conocimiento sobre esta enfermedad y gracias a ellas, el estudio de ésta ha tomado nuevos caminos; se conocen los efectos del alcohol en el organismo como ente físico y social, se sabe que es una enfermedad crónica, cuáles son los factores que la promueven y que se manifiesta, en la mayoría de los casos en la edad adulta, así como el tener una personalidad previa que la facilita.

Todos estos hechos han desviado la atención de los investigadores hacia la diferencia entre sexos sobre el consumo de alcohol y la posibilidad de una profilaxis para evitar el alcoholismo.

Es por esto que se han tomado estos tres puntos, con-

jugándolos en una pregunta que a la fecha se tiene en la investigación de este tema, siendo ésta ¿Existen diferencias en la predisposición al alcoholismo en hombres y mujeres universitarios?

Se escogió esta pregunta en particular, ya que, a pesar de que restringe su muestra a la población universitaria de clase media alta, sirve para medir la diferencia en cuanto a la predisposición al alcoholismo entre sexos, y al ser una población culturalmente conciente del problema del alcoholismo y socialmente expuesta a las circunstancias que lo provocan, sirve por esto y por tratarse de jóvenes que pudieran llegar a ser adultos alcohólicos, para medir si existe entre ellos una predisposición a contraer dicha enfermedad.

## 2.2. OBJETIVO.

Como objetivo general para este estudio está el buscar si existe diferencia en cuanto a la predisposición al alcoholismo en hombres y mujeres universitarios de una Universidad particular, así como si hay diferencias en cuanto a carreras: Ciencias de la Comunicación, Derecho y Odontología.

## 2.3. VARIABLES.

Para los fines del presente estudio, serán tomadas las siguientes variables:

Como variables Independientes, se encuentran el sexo de los participantes, así como los estudios a nivel Licenciatura que estén realizando, los cuales fueron verificados por medio de su inscripción a las carreras de Ciencias de la Comunicación, Derecho y Odontología, así como que se encuentren entre una edad de 20 a 24 años.

Como variable Dependiente se tomará la Predisposición al Alcoholismo que presentan dichos jóvenes, la cual se definirá como la actitud que facilita la adopción de la enfermedad cróni-

ca de carácter físico, psíquico o psicossomático que se manifiesta como un desorden de la conducta y que se caracteriza por la ingesta repetida de bebidas alcohólicas, hasta el punto de que excede a lo que se acepta socialmente y que interfiere con la salud del bebedor, con sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el trabajo, y que fué medida con el Inventario que fué utilizado en la investigación (ver anexo).

#### 2.4. HIPOTESIS.

Las hipótesis que surgen en la investigación son:

##### a) Para la Variable Independiente "sexo" ( $V_I$ ):

Ho No existe diferencia estadísticamente significativa en la predisposición al alcoholismo en hombres y mujeres, estudiantes en una universidad particular.

Ha Existe diferencia estadísticamente significativa en la predisposición al alcoholismo en hombres y mujeres, estudiantes en una universidad particular.

##### b) Para la Variable Independiente "carrera" ( $V_{II}$ ):

Ho No existe diferencia estadísticamente significativa en la predisposición al alcoholismo entre los estudiantes de una universidad particular si se agrupan de acuerdo a las carreras de Ciencias de la Comunicación, Derecho y Odontología.

Ha Existe diferencia estadísticamente significativa en la predisposición al alcoholismo entre los estudiantes de una universidad particular si se agrupan de acuerdo a las carreras de Ciencias de la Comunicación, Derecho y Odontología.

##### c) Para la Interacción de las Variables Independientes "sexo" y "carrera" ( $V_I \times V_{II}$ ):

Ho No existe diferencia estadísticamente significativa entre cada uno de los grupos del diseño de la investigación.

Ha Existe diferencia estadísticamente significativa entre cada uno de los grupos del diseño de la investigación.

d) Para la comparación de cada grupo del diseño respecto a los demás:

Ho<sub>1</sub> No existe diferencia significativa entre hombres y mujeres de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación en relación con su predisposición al alcoholismo.

Ha<sub>1</sub> Existe diferencia significativa entre hombres y mujeres de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación en relación con su predisposición al alcoholismo.

Ho<sub>2</sub> No existe diferencia significativa entre hombres de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación y los hombres de la Licenciatura en Derecho en relación a su predisposición al alcoholismo.

Ha<sub>2</sub> Existe diferencia significativa entre hombres de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación y los hombres de la Licenciatura en Derecho en relación con su predisposición al alcoholismo.

Ho<sub>3</sub> No existe diferencia significativa entre los hombres de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación y las mujeres de la Licenciatura en Derecho en relación con su predisposición al alcoholismo.

Ha<sub>3</sub> Existe diferencia significativa entre los hombres de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación y las mujeres de la Licenciatura en Derecho en relación a su predisposición al alcoholismo.

Ho<sub>4</sub> No existe diferencia significativa entre los hombres de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación y los hombres de la Licenciatura en Odontología en relación con su predisposición al alcoholismo.

- Ha<sub>4</sub> Existe diferencia significativa entre los hombres de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación y los hombres de la Licenciatura en Odontología en relación con su predisposición al alcoholismo.
- Ho<sub>5</sub> No existe diferencia significativa entre los hombres de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación y las mujeres de la Licenciatura en Odontología en relación con su predisposición al alcoholismo.
- Ha<sub>5</sub> Existe diferencia significativa entre los hombres de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación y las mujeres de la Licenciatura en Odontología en relación con su predisposición al alcoholismo.
- Ho<sub>6</sub> No existe diferencia significativa entre las mujeres de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación y los hombres de la Licenciatura en Derecho en relación con su predisposición al alcoholismo.
- Ha<sub>6</sub> Existe diferencia significativa entre las mujeres de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación y los hombres de la Licenciatura en Derecho en relación con su predisposición al alcoholismo.
- Ho<sub>7</sub> No existe diferencia significativa entre las mujeres de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación y las de la Licenciatura en Derecho en relación con su predisposición al alcoholismo.
- Ha<sub>7</sub> Existe diferencia significativa entre las mujeres de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación y las de la Licenciatura en Derecho en relación con su predisposición al alcoholismo.
- Ho<sub>8</sub> No existe diferencia significativa entre las mujeres de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación y los hombres de la Licenciatura en Odontología en relación con su predisposición al alcoholismo.
- Ha<sub>8</sub> Existe diferencia significativa entre las mujeres de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación y los hombres de la Licenciatura en Odontología en relación



- con su predisposición al alcoholismo.
- Ho<sub>9</sub> No existe diferencia significativa entre las mujeres de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación y las de la Licenciatura en Odontología en relación con su predisposición al alcoholismo.
- Ha<sub>9</sub> Existe diferencia significativa entre las mujeres de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación y las de la Licenciatura en Odontología en relación con su predisposición al alcoholismo.
- Ho<sub>10</sub> No existe diferencia significativa entre los hombres y mujeres de la Licenciatura en Derecho en relación con su predisposición al alcoholismo.
- Ha<sub>10</sub> Existe diferencia significativa entre los hombres y mujeres de la Licenciatura en Derecho en relación con su predisposición al alcoholismo.
- Ho<sub>11</sub> No existe diferencia significativa entre los hombres de la Licenciatura en Derecho y los de la Licenciatura en Odontología en relación con su predisposición al alcoholismo.
- Ha<sub>11</sub> Existe diferencia significativa entre los hombres de la Licenciatura en Derecho y los de la Licenciatura en Odontología en relación con su predisposición al alcoholismo.
- Ho<sub>12</sub> No existe diferencia significativa entre los hombres de la Licenciatura en Derecho y las mujeres de la Licenciatura en Odontología en relación con su predisposición al alcoholismo.
- Ha<sub>12</sub> Existe diferencia significativa entre los hombres de la Licenciatura en Derecho y las mujeres de la Licenciatura en Odontología en relación con su predisposición al alcoholismo.
- Ho<sub>13</sub> No existe diferencia significativa entre las mujeres de la Licenciatura en Derecho y los hombres de la Licenciatura en Odontología en relación con su predisposición al alcoholismo.

- Ha<sub>13</sub> Existe diferencia significativa entre las mujeres de la Licenciatura en Derecho y los hombres de la Licenciatura en Odontología en relación con su predisposición al alcoholismo.
- Ho<sub>14</sub> No existe diferencia significativa entre las mujeres de la Licenciatura en Derecho y las de la Licenciatura en Odontología en relación con su predisposición al alcoholismo.
- Ha<sub>14</sub> Existe diferencia significativa entre las mujeres de la Licenciatura en Derecho y las de la Licenciatura en Odontología en relación con su predisposición al alcoholismo.
- Ho<sub>15</sub> No existe diferencia significativa entre los hombres y mujeres de la Licenciatura en Odontología en relación con su predisposición al alcoholismo.
- Ha<sub>15</sub> Existe diferencia significativa entre los hombres y mujeres de la Licenciatura en Odontología en relación con su predisposición al alcoholismo.

## 2.5. DISEÑO DE INVESTIGACION.

Esta investigación es un estudio de campo ya que fué realizada en un medio natural que rodea al individuo, siendo posible la generalización de los resultados a la población, pero careciendo de una manipulación de variables.

Respecto al tiempo, es un estudio transversal ya que fué elaborado en un momento determinado, no importando las experiencias previas ni posteriores de los sujetos en cuanto a la investigación.

En cuanto a la estrategia a seguir para apreciar u observar el efecto de las Variables Independientes sobre la Variable Independiente, se utilizó un diseño factorial del tipo "2 x 3" y que puede diagramarse de la siguiente manera:

V<sub>I</sub> SEXOV<sub>II</sub>  
CARRERA

	HOMBRES	MUJERES
CIENCIAS DE LA COMUNICACION	1	2
DERECHO	3	4
ODONTOLOGIA	5	6

## 2.6. TIPO DE MUESTREO.

La muestra que fué tomada para la realización de este estudio es de tipo no probabilístico ya que no todos los estudiantes de las tres licenciaturas mencionadas tuvieron la probabilidad de quedar incluidos en ella, dadas las características que se requirieron, además fué hecha en forma accidental, ya que se tomaron los casos que se fueron encontrando en la población y que llenaran los requisitos que interesan a la investigación. Dado lo anterior, la representatividad y la adecuación a la muestra no permiten una generalización de los datos, ya que las características de la misma no coinciden con las de la población en general, por lo que esto representa una limitación en el estudio.

La muestra se tomó de los estudiantes de una universidad particular, ubicada en la Delegación de Tlalpan, en México, D.F., donde acuden jóvenes de ambos sexos, de clase económica media alta y alta, ya que cuentan con los recursos económicos necesarios para cubrir el costo de los estudios con el fin de cursar alguna carrera universitaria. Esta universidad cuenta con 12 carreras universitarias, las cuales tienen un solo horario matutino o vespertino,

con un salón por cada semestre de 30 a 45 alumnos cada uno. Los semestres son pares o nones de acuerdo a la época del año: de invierno a primavera son semestres nones y de verano a otoño son pares. De aquí se tomaron las carreras de Ciencias de la Comunicación (turno matutino), Derecho (turno vespertino) y Odontología (turno matutino), de semestres nones.

Los estudiantes de dicha universidad particular, en general tienen como mínimo una edad de 17 años, y con un máximo aproximado de edad de 25. La gran mayoría de los estudiantes tienen una escolaridad mínima de enseñanza media superior, aunque hay casos en los que ya cuentan con alguna otra Licenciatura o especialización anterior. No hay un estado civil general, aunque es predominante la población soltera, ni una ocupación específica ya que pueden o no estar trabajando.

Ya que se requiere formar grupos de comparación, los sujetos fueron escogidos de acuerdo a las siguientes características:

- 1.- Que tuvieran una edad entre 20 y 24 años, ya que es esta etapa cuando se solidifica el carácter y, ya que no sufrirá modificaciones significativas a lo largo de la vida, se puede predecir la personalidad alcohólica. Por otro lado, es ésta la edad más expuesta a los efectos de la publicidad y donde el contacto con el medio ambiente se agudiza buscando relacionarse socialmente, habiéndose visto que hay mayor posibilidad de empezar en la ingesta de bebidas alcohólicas, al mismo tiempo que se establece aquí el patrón para su consumo.
- 2.- Que fueran estudiantes de nivel Licenciatura, porque de esta forma, se espera que cuenten con un bagaje de conocimientos más amplio sobre las complicaciones del alcoholismo.
- 3.- Que pertenecieran a las carreras de Licenciatura en Ciencias de la Comunicación (perteneciente al área Económico-Administrativo), Derecho (del área de Disciplinas Socia-

les) y de Odontología (dentro del área de Ciencias Químico-Biológicas), ya que en estas disciplinas hay homogeneidad en cuanto al sexo de los estudiantes porque la cantidad de hombres y mujeres es similar (Guía de Carreras, UNAM, 1983). Por otro lado, Osipow (1981), al explicar la teoría de Holland, dice que la elección vocacional se dá por la interacción de la personalidad dominante del individuo y por el patrón de su escala de valores, siendo ésta interacción diferente en cada persona y teniendo características similares en los estudiantes de un área Disciplinaria específica. Sin embargo ésta dinámica, dependiendo de su estabilidad, puede o no ser influenciada por las presiones del medio ambiente y ya que algunos de los factores predisponentes al alcoholismo están dados por dicha presión, se han escogido como método de comparación Licenciaturas de diferentes áreas.

Con éstos sujetos se formaron 6 grupos que fueron 3 de hombres, uno de cada carrera y 3 de mujeres uno de cada carrera también. Cada grupo fué integrado por 35 participantes que finalmente quedó en 30, ya que se dejó un margen de 5 participantes más previniendo la mortalidad experimental.

## 2.7. ZONA DE ESTUDIO.

La muestra fué tomada de una universidad particular, mixta, que brinda formación profesional en diferentes disciplinas, cuya orientación principal es la social, sin que por esto excluya otras áreas de estudio. Cuanta, además con diferentes departamentos de apoyo tanto para el alumno como para el personal docente. La muestra fué tomada, como se dijo, de las Licenciaturas en Ciencias de la Comunicación, Derecho y Odontología.

A este plantel educativo asisten jóvenes no menores de 17 años de edad, la mayoría de ellos solteros, y que son pertenecien

tes a familias relativamente estructuradas y funcionales, con un nivel socio-económico medio alto. Estos jóvenes poseen una vida social activa donde se acostumbra la ingesta de bebidas alcohólicas.

## 2.8. INSTRUMENTO.

El instrumento que fué utilizado para la realización de la presente investigación es un Inventario para medir la Predisposición al Alcoholismo, el cual fué diseñado por Gabriela Armendariz López (1984).

Este Inventario consta de una serie de items, los cuales fueron tomados al hacerse una revisión de diferentes autores al respecto, encontrándose un acuerdo entre ellos al proponer diversos rasgos que caracterizan la personalidad alcohólica o predisposición al alcoholismo, concluyéndose que existen 18 rasgos que definen la personalidad alcohólica, los cuales son:

- 1) Inmadurez de la personalidad
- 2) Inseguridad
- 3) Sentimientos de minusvalía
- 4) Conducta impulsiva
- 5) Poca tolerancia a la frustración
- 6) Tendencia a crear dependencia
- 7) Sentimiento de culpa
- 8) Problemas con la autoridad
- 9) Inadaptación social
- 10) Infertilidad afectiva
- 11) Labilidad emocional
- 12) Soledad existencial
- 13) Pensamiento compulsivo
- 14) Homosexualidad latente
- 15) Mitomanía

- 16) Depresión
- 17) Tendencia a la fuga
- 18) Egocentrismo

La definición de cada uno de los términos se dará a continuación:

- INMADUREZ DE LA PERSONALIDAD.**- Yo débil. Proceso de desarrollo en un individuo que provoca cambios no ordenados de conducta y cuya duración y modalidad son dependientes del ejercicio o experiencia.
- INSEGURIDAD.**- Yo débil. Carencia de seguridad por lo que se hace o piensa.
- SENTIMIENTOS DE MINUSVALIA.**- Yo débil. Baja autoestima, auto-culpa, sentimiento de incomodidad e inferioridad.
- CONDUCTA IMPULSIVA.**- Yo débil. Tendencia para actuar sin pensar o sin hacer planes.
- POCA TOLERANCIA A LA FRUSTRACION.**- Yo débil. Necesidad de satisfacción inmediata de sus impulsos, impaciencia.
- TENDENCIA A CREAR DEPENDENCIA.**- Yo débil. Necesidad infantil de seguridad y en las relaciones interpersonales.
- SENTIMIENTO DE CULPA.**- Yo débil. Experiencia en la que se siente culpable y surge como resultado de un conflicto entre el superyó y los deseos agresivos y sexuales.
- PROBLEMAS CON LA AUTORIDAD.**- Yo débil. Dificultad de relacionarse con la gente que le impone, que le ordena o manda.
- INADAPTACION SOCIAL.**- Incapacidad para integrarse a un grupo. Yo débil. Dificultad para establecer relaciones interpersonales, evitando la intimidad, insociabilidad.
- INFERTILIDAD AFECTIVA.**- Reacción exagerada ante las cosas. No se sienten queridos, ni se dan a querer, evitan la intimidad.
- LABILIDAD EMOCIONAL.**- Fácil alteración del estado de ánimo. Inestabilidad emocional.

- SOLEDAD EXISTENCIAL.**- Sentimiento de soledad, carencia de una percepción interior de la vida.
- PENSAMIENTO COMPULSIVO.**- Ideas fijas, ideas hipocondríacas.
- HOMOSEXUALIDAD LATENTE.**- Sentimiento de impotencia sexual, búsqueda de afirmación de su problema sexual.
- MITOMANIA.**- Yo débil, mentirosos, negación de la conducta.
- DEPRESION.**- Sentimiento de profunda tristeza, decaimiento de ánimo o voluntad, descenso de la actividad productiva, desgano, desaliento por la vida.
- TENDENCIA A LA FUGA.**- Yo débil. Evasión de la realidad.
- EGOCENTRISMO.**- Exagerada exaltación de la propia personalidad hasta considerarla como centro de atención y actividad general. Exhibicionismo. Sentimiento de poderío.

Se hicieron 10 ítems para cada uno de estos rasgos, los cuales fueron hechos de acuerdo a la bibliografía revisada, donde los autores proponen diversos rasgos que caracterizan a la personalidad alcohólica, escogidos de acuerdo al criterio personal del autor (Armendáriz).

Para la elección, se utilizó el "Método de Evaluaciones de Likert" (Method of Sumated Ratings), (Likert, 1932). Dicho método consiste en la elaboración de un gran número de reactivos para aplicarse a la muestra piloto que represente la expresión de estudios. Cada reactivo estará representado por el siguiente tipo de escala:

- |     |                              |
|-----|------------------------------|
| ( ) | Completamente de acuerdo     |
| ( ) | De acuerdo                   |
| ( ) | Indiferente                  |
| ( ) | En desacuerdo                |
| ( ) | Completamente en desacuerdo. |



El sujeto debe indicar con una X en cualquiera de los 5 paréntesis su posición respecto del reactivo. Cada uno de éstos recibe una calificación de 1 a 5 según la posición indicada por la X.

Así, el autor hizo un estudio piloto con 70 personas que se encontraran en un rango de edad entre 20 y 45 años de los diferentes grupos de Alcohólicos Anónimos. Cada reactivo fué analizado de acuerdo a las calificaciones obtenidas por éste grupo y fueron seleccionadas entre éste por medio de la prueba de t de Student, para discriminar los ítems en base a puntuaciones bajas y altas, y el análisis estadístico de confiabilidad de Crombach.

Para el Inventario final, se utilizó una muestra de 200 personas, las cuales formaron 4 grupos de 50 personas cada uno:

PRIMERA MUESTRA.- Fué escogida al azar entre un grupo de 50 personas alcohólicas en sobriedad ("que hacen algo por resolver su problema") en forma aleatoria, obtenida por medio de los 10 grupos de Alcohólicos Anónimos 24 horas existentes en México, D.F., de ambos sexos y que tuvieran una edad entre 20 y 45 años.

SEGUNDA MUESTRA.- Fué un grupo de 50 personas alcohólicas activas ("que no hacen nada por resolver su enfermedad"). Esta muestra fué obtenida de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, donde se hizo una investigación que dió como resultado un porcentaje representativo de la población de personas alcohólicas, escogidas al azar, todos del sexo masculino y con una edad entre los 20 y 45 años.

TERCERA MUESTRA.- Fué de 50 sujetos de la población "normal", escogiéndose al azar 5 Delegaciones de las existentes en la

Ciudad de México, que sirvieron como punto de ubicación para aplicar los inventarios. Se escogieron de cada Delegación a 10 sujetos, "de los que pasaban por ahí", que tuvieran una edad entre 20 y 45 años, de ambos sexos y que quisieran colaborar.

CUARTA MUESTRA.- Fué un grupo de 50 personas alcohólicas en sobriedad, "que llevan por lo menos 5 años en sobriedad", escogidas al azar en los grupos de Alcohólicos Anónimos 24 Horas en México, D.F. que tuvieran una edad entre 20 y 45 años, de ambos sexos.

Este instrumento fué diseñado para, en base a los aspectos de personalidad ya mencionados, poder detectar si hay una predisposición al alcoholismo en los sujetos que se encuentran en un rango de edad entre los 20 y 45 años, en México, D.F., de ambos sexos y de esta manera poder prevenir la enfermedad antes de que sea demasiado tarde.

Como se hizo en el estudio piloto, cada reactivo fué analizado de acuerdo con las calificaciones obtenidas por los 4 grupos, seleccionándose por medio de la prueba de *t* de Student y el análisis de confiabilidad de Crombach. De esta manera, se obtuvieron los ítems mas significativos del inventario final, eliminando los no significativos, quedando así 76 ítems que medirán la predisposición al alcoholismo con una confiabilidad total de .9469.

También se hizo el análisis de confiabilidad de Spearman Brown, para darle mayor confiabilidad al instrumento. Así mismo, se aplicó también la prueba de mitades de Guttman para ver si el instrumento podía aplicarse 2 veces (test-retest), dando como resultado que el instrumento se puede dividir en dos partes.

Por último, se hizo el análisis de varianza de un factor para contrastar los 4 grupos (por escalas y total). Todo ésto dió como resultado que sí existe un nivel óptimo de confiabilidad del instrumento que mide la predisposición al alcoholismo.

Esta investigación fué un estudio de campo, ya que se acudió al lugar de los hechos en donde fué aplicada la variable Dependiente (los inventarios) y, utilizándose el inventario final para el diseño ex post facto ya que sirvió de esta manera el efecto que tuvo el inventario para las variables Independientes que fueron los 4 grupos, lo cual se realizó para darle validez al instrumento.

**APLICACION.-** El Inventario para medir la Predisposición al Alcoholismo, se aplica bajo las siguientes condiciones:

- 1.- A personas que se encuentren entre los 20 y 45 años de edad,
- 2.- a personas de ambos sexos,
- 3.- en forma individual o grupal
- 4.- que tengan una escolaridad mínima de Enseñanza Media Superior,
- 5.- No hay límite de tiempo.

Las instrucciones son: "Marque con una X en cualquiera de las 5 casillas su posición respecto del reactivo. Por ejemplo: si en algunos de los reactivos estoy completamente de acuerdo, marco con una X en ésa casilla.

Trate de ser sincero consigo mismo y use su propio criterio. No deje de contestar ninguna pregunta si puede evitarlo.

Sea tan amable de contestar tan rápido como le sea posible, ya que su primera impresión es la mas importante, pero a la vez procure hacerlo cuidadosamente, ya que requiere de sus

verdaderas impresiones.

Gracias por su colaboración".

**CALIFICACION.-** Para la calificación del Inventario para medir la Predisposición al Alcoholismo, se siguen los siguientes pasos:

- 1.- Se calificará con una puntuación de 1 a 5 cada reactivo de acuerdo a la posición de la X, tomando en cuenta que hay ítems favorables y desfavorables.

Los favorables tendrán una calificación progresiva de 1 a 5 (el Inventario original es manejado por medio de plantillas).

( ) completamente de acuerdo	( ) de acuerdo	( ) indeciso	( ) en desacuerdo	( ) completamente en desacuerdo
1	2	3	4	5

Los desfavorables tendrán una calificación regresiva de 5 a 1.

( ) completamente de acuerdo	( ) de acuerdo	( ) indeciso	( ) en desacuerdo	( ) completamente en desacuerdo
5	4	3	2	1

Ambos ítems, tanto favorables como desfavorables se enumerarán a continuación, para poder obtener una calificación:

## PREGUNTAS FAVORABLES

(de 1 a 5)

1	27	51
3	29	54
5	31	56
7	34	59
9	35	60
11	37	62
13	39	63
15	41	65
17	42	67
19	43	68
21	45	69
23	47	71
25	49	72

## PREGUNTAS DESFAVORABLES

(de 5 a 1)

2	28	55
4	30	57
6	32	58
8	33	61
10	36	64
12	38	66
14	40	70
16	44	73
18	46	74
20	48	75
22	50	76
24	52	
26	53	

- 2.- Los resultados que se vayan obteniendo se vaciarán en la hoja de calificación, por escalas en sus ítems correspondientes, de acuerdo al número de reactivo (primera hoja de calificación).

Para los ítems que queden en blanco (respuestas sin contestar), se calificarán con 3 puntos.

- 3.- Se sumarán las calificaciones de los ítems por escalas.
- 4.- Se vaciarán las calificaciones totales por escalas en las hojas de calificación correspondientes a esto (segunda hoja de calificaciones).
- 5.- Se sumarán las calificaciones totales de todas las escalas.
- 6.- Se usará la tabla de puntuación de "individuos alcohólicos activos", con intervalos de confianza de 95% de confiabilidad, para que sirva como marco de referencia. De esta manera se podrá determinar si el individuo a quien se le aplicó el Inventario tiene una predisposición al alcoholismo, o es alcohólico ya.

Si el individuo tiene una puntuación por abajo del rango mostrado en la tabla, también se considera alcohólico, ya que entre menor puntuación, mayor aceptación del alcoholismo.

A continuación se dará la tabla de calificación.

## TABLA DE CALIFICACION

Tabla de puntuaciones de Individuos Alcohólicos Activos con Intervalos de confianza de 95% de confiabilidad, total de las escalas. (Para detectar a los potencialmente alcohólicos o alcohólicos en general).

TOTAL DE LAS ESCALAS	M E D I A	Intervalo de confianza para la Media con un 95% de confiabilidad.
(Suma de todas las puntuaciones de las 18 escalas).	263.3400	252.9043 a 273.7757



## 2.9. PROCEDIMIENTO.

Para realizar la aplicación del Inventario para medir la Predisposición al Alcoholismo a la muestra, se acudió a la universidad particular, que se encuentra en la Delegación de Tlalpan, en México, D.F., donde se solicitaron los permisos correspondientes para la aplicación a cada uno de los Directores de las siguientes carreras: Ciencias de la Comunicación, Derecho y Odontología. A cada uno de ellos se les explicó de qué constaba el Inventario, aceptando cada uno para que se llevara a cabo la aplicación.

Una vez obtenido el permiso, se procedió a la aplicación de los Inventarios. En primer lugar se acudió a la escuela de Ciencias de la Comunicación en la mañana, al segundo semestre donde se preguntó a los alumnos quienes tenían una edad entre 20 y 24 años, y los que contestaron afirmativamente se les pidió que contestaran el Inventario, habiendo una cooperación total. Después se procedió a hacer lo mismo con los alumnos de 4o., 6o. y 8o. semestre hasta completar un total de 70 Inventarios contestados: 35 de hombres y 35 de mujeres, aplicándose todos en un sólo día.

Después se acudió a la escuela de Derecho, turno vespertino donde se procedió a hacer lo mismo en cuanto a la aplicación de los Inventarios a los semestres 2o., 4o., 6o., 8o. y 10o.

Por último se llegó a la escuela de Odontología a hacer la aplicación del mismo modo del anterior, en la mañana a los semestres 2o., 4o., 6o. y 8o.

Una vez terminada la aplicación, se reunieron los Inventarios y se acomodaron por semestres, como se muestra en la siguiente tabla:

TABLA DE FRECUENCIA

SEMESTRE		CIENCIAS DE LA COMUNICACION				DERECHO					ODONTOLOGIA			
		2o.	4o.	6o.	8o.	2o.	4o.	6o.	8o.	10o.	2o.	4o.	6o.	8o.
SEXO	FEMENINO	9	7	14	0	0	2	17	5	6	1	17	9	3
	MASCULINO	5	10	6	9	2	10	12	2	4	3	12	11	4

## 2.10. ANALISIS ESTADISTICO.

Para determinar la significancia estadística de las variaciones de puntajes observados entre los grupos considerados según la  $V_I$  sexo,  $V_{II}$  carrera y la interacción entre ambas, se aplicó el Análisis de Varianza cuyas fórmulas son las siguientes:

Para computar la Suma de cuadrados (SC) Total:

$$SCT = \frac{(\sum X_1^2 + \sum X_2^2 + \sum X_3^2 + \sum X_4^2 + \sum X_5^2 + \sum X_6^2) - (\sum X_1 + \sum X_2 + \sum X_3 + \sum X_4 + \sum X_5 + \sum X_6)^2}{N}$$

Para computar la Suma de Cuadrados Intergrupos:

$$SC = \frac{(\sum X_1)^2}{n_1} + \frac{(\sum X_2)^2}{n_2} + \frac{(\sum X_3)^2}{n_3} + \frac{(\sum X_4)^2}{n_4} + \frac{(\sum X_5)^2}{n_5} + \frac{(\sum X_6)^2}{n_6} - \frac{(\sum X_1 + \sum X_2 + \sum X_3 + \sum X_4 + \sum X_5 + \sum X_6)^2}{N}$$

Para computar la Suma de Cuadrados Intragrupos:

$$SC = SC \text{ Total} - SC \text{ Intergrupos}$$

Para calcular los grados de libertad (gl), se emplearon las siguientes fórmulas:

$$\text{Total gl} = N - 1$$

$$\text{Inter gl} = r - 1$$

$$\text{Intra gl} = N - r$$

Para el cómputo de la prueba F:

$$F = \frac{\text{Media Cuadrada Intergrupos}}{\text{Media Cuadrada Intragrupos}}$$

Para la comparación de cada grupo del diseño respecto a los demás se utilizó la prueba denominada t de Student tomando el tipo de dos grupos aleatorizados, cuya fórmula es la siguiente:

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\left( \frac{SC_1}{n_1 - 1} + \frac{SC_2}{n_2 - 1} \right) \left( \frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}}$$

Para los grados de libertad (gl) se empleó:

$$gl = N - 2$$

El nivel de significancia para ambos procedimientos fué de 0.05, ya que es el más utilizado en Psicología.

### CAPITULO III

### RESULTADOS

### 3.1. RESULTADOS

Se realizó el Análisis de Varianza para calcular las Variables Independientes que fueron:  $V_I$  sexo,  $V_{II}$  carrera y la Interacción entre ambas en relación con la Variable Dependiente que fué el Inventario para medir la Predisposición al Alcoholismo, donde se obtuvieron las siguientes puntuaciones:

Tabla No. 2

	$X_1$	$X_2$	$X_3$	$X_4$	$X_5$	$X_6$
n	30	30	30	30	30	30
$\Sigma X$	8547	8811	8231	8809	8423	8333
$(\Sigma X)^2$	73051209	77633721	67749361	77598481	70946929	69438889
$\Sigma X^2$	2457563	3458147	2281173	2614687	2389859	2348731
$\bar{X}$	284.9	293.7	274.3	293.6	280.7	277.7
SC	22522.7	870356.3	22861	28071	24961.4	34101.4

De esta manera se realizó el Análisis de Varianza, cuyas puntuaciones obtenidas se muestran a continuación:

Tabla No. 3  
Análisis de Varianza Completo de Puntuaciones

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrada	Fc	Ft
- Entre sexo	3141.68	1	3141.68	.54717	3.84
- Entre carreras	3023.24	2	1511.62	.26226	2.99
- Interacción S X C	3722.86	2	1861.43	.32296	2.99
- Intragrupos	1002873.8	174	5763.64		
<b>T O T A L</b>	<b>1012761.58</b>	<b>179</b>			

Finalmente para la comparación de cada uno de los grupos del diseño, se aplicó la prueba t de Student cuyos resultados fueron los siguientes:



Tabla No. 4

Resultados de la Prueba t de Student

H <sub>1</sub>	tc =	.2895
H <sub>2</sub>	tc =	1.547
H <sub>3</sub>	tc =	1.203
H <sub>4</sub>	tc =	.6
H <sub>5</sub>	tc =	.941
H <sub>6</sub>	tc =	.6383
H <sub>7</sub>	tc =	.000078
H <sub>8</sub>	tc =	.00427
H <sub>9</sub>	tc =	.5232
H <sub>10</sub>	tc =	.6332
H <sub>11</sub>	tc =	.2103
H <sub>12</sub>	tc =	.111
H <sub>13</sub>	tc =	7.20
H <sub>14</sub>	tc =	15.63
H <sub>15</sub>	tc =	.3841

Slendo:

$$t_c = 0.67449 \text{ a } 0.05$$

Tabla No. 5

Cuadro Completo de Puntuaciones de la Prueba t de Student

	1	2	3	4	5	6
1		—	—	—	—	—
2	.2895		—	—	—	—
3	1.547*	.6383		—	—	—
4	1.203*	.000078	.6332		—	—
5	.6	.00427	.2103	7.20*		—
6	.941	.5232	.111	15.63*	.3841	

\* Significativo al nivel de  $p \geq 0.05$

### 3.2. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Los datos arrojados por el Análisis de Varianza en cuanto a la Predisposición al Alcoholismo, muestran que:

- 1) Para la  $V_I$  sexo, se obtuvo una  $F_c$  de .54717, siendo menor que la  $F_t$  que fué de 3.84, al 0.05, lo que significa que se acepta la  $H_0$ , que dice que no existe diferencia estadísticamente significativa en la predisposición al alcoholismo en hombres y mujeres, estudiantes de una universidad particular.
- 2) Para la  $V_{II}$  carrera, se obtuvo una  $F_c$  de .26226 siendo menor que la  $F_t$  que fué de 2.99, al 0.05, por lo que se acepta la  $H_0$ , mencionando que no existe diferencia estadísticamente significativa en la predisposición al alcoholismo entre los estudiantes de una universidad particular si se agrupan de

acuerdo a las carreras de Ciencias de la Comunicación, Derecho y Odontología.

- 3) Para la interacción de  $V_I$  sexo y  $V_{II}$  carrera se obtuvo una  $F_c$  de .32296 con una  $F_t$  de 2.99 al 0.05, aceptándose la  $H_0$  que dice que no existe diferencia estadísticamente significativa entre cada uno de los grupos del diseño de la investigación.

Los resultados obtenidos por la prueba  $t$  de Student para la comparación de cada uno de los grupos del diseño respecto a los demás, de acuerdo a cada una de las hipótesis ya planteadas indican que:

- 1) Para la primera hipótesis, se obtuvo una  $t_c$  de .2895 con una  $t_c$  de 0.67449 al 0.05 lo que indica que se acepta la  $H_0$  donde menciona que no existe diferencia significativa entre hombres y mujeres de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación en relación con su predisposición al alcoholismo.
- 2) Para la segunda hipótesis, se obtuvo una  $t_c$  de 1.547 con una  $t_c$  de 0.67449 al 0.05 indicando que se rechaza la  $H_0$  y se acepta la  $H_a$  que menciona que existe diferencia significativa entre hombres de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación y los hombres de la Licenciatura en Derecho en relación con su predisposición al alcoholismo.
- 3) Para la tercera hipótesis, se obtuvo una  $t_c$  de 1.203 con una  $t_c$  de 0.67449 al 0.05 indicando que se rechaza la  $H_0$  y se acepta la  $H_a$  que menciona que existe diferencia estadísticamente significativa entre los hombres de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación y las mujeres de la Licen-

- ciatura en Derecho en relación con su predisposición al alcoholismo.
- 4) Para la cuarta hipótesis, se obtuvo una  $t_c$  de .6 con una  $t_c$  de 0.67449 al 0.05 indicando que se acepta la  $H_0$  que menciona que no existe diferencia significativa entre los hombres de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación y los hombres de la Licenciatura en Odontología en relación con su predisposición al alcoholismo.
  - 5) Para la quinta hipótesis, se obtuvo una  $t_c$  de .941 con una  $t_c$  de 0.67449 al 0.05 indicando que se acepta la  $H_0$  que menciona que no existe diferencia significativa entre los hombres de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación y las mujeres de la Licenciatura en Odontología en relación con su predisposición al alcoholismo.
  - 6) Para la sexta hipótesis, se obtuvo una  $t_c$  de .6383 con una  $t_c$  de 0.67449 al 0.05, indicando que se acepta la  $H_0$  que dice que no existe diferencia significativa entre las mujeres de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación y los hombres de la Licenciatura en Derecho en relación con su predisposición al alcoholismo.
  - 7) Para la séptima hipótesis, se obtuvo una  $t_c$  de .000078 con una  $t_c$  de 0.67449 al 0.05 lo que indica que se acepta la  $H_0$  que menciona que no existe diferencia significativa entre las mujeres de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación y las de la Licenciatura en Derecho en relación con su predisposición al alcoholismo.
  - 8) Para la octava hipótesis, se obtuvo una  $t_c$  de .00427 con una  $t_c$  de 0.67449 al 0.05 indicando que se acepta la  $H_0$  que menciona que no existe diferencia significativa entre las mujeres de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación y los hombres de la Licenciatura en Odontología en re-

- lación con su predisposición al alcoholismo.
- 9) Para la novena hipótesis, se obtuvo una  $t_c$  de .5232 con una  $t_c$  de 0.67449 al 0.05 indicando que se acepta la  $H_0$  que menciona que no existe diferencia significativa entre las mujeres de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación y las de la Licenciatura en Odontología en relación con su predisposición al alcoholismo.
  - 10) Para la décima hipótesis, se obtuvo una  $t_c$  de .6332 con una  $t_c$  de 0.67449 al 0.05 indicando que se acepta la  $H_0$  que menciona que no existe diferencia significativa entre los hombres y mujeres de la Licenciatura en Derecho en relación con su predisposición al alcoholismo.
  - 11) Para la décima primera hipótesis, se obtuvo una  $t_c$  de .2103 con una  $t_c$  de 0.67449 al 0.05 indicando que se acepta la  $H_0$  que menciona que no existe diferencia significativa entre los hombres de la Licenciatura en Derecho y los de la Licenciatura en Odontología en relación con su predisposición al alcoholismo.
  - 12) Para la décima segunda hipótesis, se obtuvo una  $t_c$  de .111 con una  $t_c$  de 0.67449 al 0.05 indicando que se acepta la  $H_0$  que menciona que no existe diferencia significativa entre los hombres de la Licenciatura en Derecho y las mujeres de la Licenciatura en Odontología en relación con su predisposición al alcoholismo.
  - 13) Para la décima tercera hipótesis, se obtuvo una  $t_c$  de 7.20 con una  $t_c$  de 0.67449 al 0.05 indicando que se rechaza la  $H_0$  y se acepta la  $H_a$  que dice que existe diferencia significativa entre las mujeres de la Licenciatura en Derecho y los hombres de la Licenciatura en Odontología en relación con su predisposición al alcoholismo.

- 14) Para la décima cuarta hipótesis, se obtuvo una  $t_c$  de 15.63 con una  $t_c$  de 0.67449 al 0.05 indicando que se rechaza la  $H_0$  y se acepta la  $H_a$  que menciona que existe diferencia significativa entre las mujeres de la Licenciatura en Derecho y las de la Licenciatura en Odontología en relación con su predisposición al alcoholismo.
- 15) Para la décima quinta hipótesis, se obtuvo una  $t_c$  de .3841 con una  $t_c$  de 0.67449 al 0.05 indicando que se acepta la  $H_0$  que menciona que no existe diferencia significativa entre los hombres y mujeres de la Licenciatura en Odontología en relación con su predisposición al alcoholismo.

Así, se puede observar, que no hay diferencia significativa en cuanto a la predisposición al alcoholismo en hombres y mujeres universitarios, dado que, como menciona Casillas (1983) la mujer está teniendo participación activa en este grave problema, notándose un incremento en el consumo de bebidas alcohólicas entre este sexo. Al igual, la O.M.S. (1980), expuso que esta enfermedad está atacando a nuevos segmentos de la población, que son las mujeres y los jóvenes.

Por consiguiente, se debe tomar en cuenta que dados los cambios que se registran en el status económico y social de la mujer, hay una tendencia a escapar de las presiones cotidianas por medio del alcohol.

Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas agrupando a las tres carreras ya mencionadas en lo referente a la predisposición al alcoholismo, si bien, se está de acuerdo en que se tienen ciertas características de personalidad para la elección de una carrera, esto no influye con las características que se tienen en la predisposición. Más bien, como menciona Spranger (1965), la entrada a la vida es sinóni-

mo de la entrada a una profesión, lo que conlleva una serie de presiones que favorecen que la predisposición se convierta en esta enfermedad.

Se encontraron algunas diferencias significativas en cuanto a predisposición al alcoholismo en las siguientes carreras:

- 1) entre los hombres de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación ( $\bar{X} = 284.9$ ) y los hombres de la Licenciatura en Derecho ( $\bar{X} = 274.3$ ).
- 2) entre los hombres de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación ( $\bar{X} = 284.9$ ) y las mujeres de la Licenciatura en Derecho ( $\bar{X} = 293.6$ ).
- 3) entre las mujeres de la Licenciatura en Derecho ( $\bar{X} = 293.6$ ) y los hombres de la Licenciatura en Odontología ( $\bar{X} = 280.7$ ).
- 4) entre las mujeres de la Licenciatura en Derecho ( $\bar{X} = 293.6$ ) y las mujeres de la Licenciatura en Odontología ( $\bar{X} = 277.7$ ).



### 3.3. CONCLUSIONES

Para concluir, se expone un breve resumen de los resultados que se obtuvieron en la muestra que fué estudiada:

- 1.- No hay diferencia en la predisposición al alcoholismo en hombres y mujeres universitarios.
- 2.- No hay diferencia en cuanto a predisposición al alcoholismo si se agrupan las tres carreras: Ciencias de la Comunicación, Derecho y Odontología.
- 3.- No hay diferencia en la predisposición al alcoholismo en la interacción entre sexo y carrera.
- 4.- Se observa mayor predisposición al alcoholismo en los hombres de la Licenciatura en Derecho que en los hombres de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación.

- 5.- Se observa mayor predisposición al alcoholismo en los hombres de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación que en las mujeres de la Licenciatura en Derecho.
- 6.- Se observa mayor predisposición al alcoholismo en los hombres de la Licenciatura en Odontología que en las mujeres de la Licenciatura en Derecho.
- 7.- Se observa mayor predisposición al alcoholismo en las mujeres de la Licenciatura en Odontología que en las mujeres de la Licenciatura en Derecho.
- 8.- El grupo que obtuvo mayor predisposición al alcoholismo fué el de los hombres de la Licenciatura en Derecho.
- 9.- El grupo que obtuvo menor predisposición al alcoholismo fué el de las mujeres de la Licenciatura en Derecho.

## G L O S A R I O

- ABUSO.-** Uso de drogas por una persona, prescritas por ella misma y con fines no médicos.
- ALCOHOL.-** Líquido incoloro que se obtiene por fermentación de materias ricas en azúcares.
- ALCOHOLICO.-** Es todo aquel que tiene problemas con su manera de beber alcohol.
- ALCOHOLISMO.-** "Enfermedad crónica de carácter físico, psíquico o psicosomático que se manifiesta como un desorden de la conducta y que se caracteriza por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas, hasta el punto de que excede a lo que se acepta socialmente y que interfiere con la salud del bebedor, con sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el trabajo" (Keller, 1960).
- DEPENDENCIA FISICA.-** Se refiere a los síntomas físicos que aparecen cuando se suprime la droga.
- DEPENDENCIA PSICOLOGICA.-** Es la necesidad reiterada de tomar una droga a pesar de sus consecuencias.
- DIAGNOSTICO.-** Procedimiento por el cual se determina la naturaleza de un trastorno o enfermedad, estudiando su origen, evolución y los signos y los síntomas manifestados por ellos.
- ENFERMEDAD.-** Estado anormal del cuerpo o de la psique con un desequilibrio de una o más funciones.
- EPIDEMIOLOGIA.-** "Estudio de la distribución de una enfermedad o condición en una población y de los factores que influ-

yen en su distribución (Lilienfeld, 1980).

**IMITACION.-** Cosa hecha a semejanza de otra que se toma como modelo.

**INGESTION.-** Introducción por la boca de comida, bebida o alimentos.

**JUVENTUD.-** Período de la adolescencia en el ser humano, entre la pubertad y la adultez.

**PERSONALIDAD.-** Organización integrada por todas las características cognitivas, afectivas, volitivas y físicas del individuo tal y como se manifiesta a diferencia de otros.

**PERSONALIDAD ALCOHOLICA.-** Trastorno de la personalidad caracterizada por ciertos patrones de rasgos, necesidades y motivos individuales que forman una configuración relativamente estable y duradera.

**POBLACION DE ALTO RIESGO.-** Es aquel rango de la población en la que se destaca mayor índice de alcoholismo.

**PREDISPOSICION.-** Actitud previa que facilita la adopción de ciertas líneas de conducta.

**PREVENCION.-** Precaución que se toma para evitar un riesgo.

**SINDROME.-** Conjunto de signos y síntomas que existen al mismo tiempo y que definen clínicamente un estado morboso.

**TOLERANCIA.-** Efecto disminuido de una misma dosis de una droga tomada repetidamente por la necesidad de aumento de dicha dosis progresivamente a fin de conseguir el efecto deseado.

**A N E X O**

Lic. Gabriela Armendáriz López

INVENTARIO PARA MEDIR  
PREDISPOSICION AL ALCOHOLISMO

Universidad Iberoamericana

1984

## INVENTARIO

EDAD: \_\_\_\_\_

CARRERA: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_

SEMESTRE: \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES

Marque con una X en cualquiera de las cinco casillas su posición respecto del reactivo.

Por ejemplo: si en alguno de los reactivos estoy completamente de acuerdo, marco con una X en esa casilla.

Trate de ser sincero consigo mismo y use su propio criterio. No deje de contestar ninguna pregunta si puede evitarlo.

Sea tan amable de contestar tan rápido como le sea posible, ya que su primera impresión es la más importante. Pero a la vez procure hacerlo cuidadosamente, ya que se requiere sus verdaderas impresiones.

Gracias por su colaboración.

NO ABRA ESTE FOLLETO HASTA QUE SE LE INDIQUE

1.- Los que se conocen critican su falta de perseverancia:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en desacuerdo

2.- Estoy consciente de mis capacidades tanto de mis logros:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en desacuerdo

3.- Acepto con dificultad mis defectos y mis carencias:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en desacuerdo

4.- Mis relaciones afectivas son tranquilas y duraderas:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en desacuerdo

5.- Cuando realizo algo, dado haberlo hecho bien:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en desacuerdo

6.- Mi vida emocional y afectiva ha sido plena de satisfacciones:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en desacuerdo

7.- Muchas veces he ido contra de toda norma o principio:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en desacuerdo



8.- Casi siempre he tenido la sensación de que los demás me quieren:

( )	( )	( )	( )	( )
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en desacuerdo

9.- Me resulta fácil pasar de la alegría a la tristeza:

( )	( )	( )	( )	( )
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en desacuerdo

10.- Tengo ideas fijas que puedo cambiar a voluntad:

( )	( )	( )	( )	( )
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en desacuerdo

11.- Me incomoda la compañía de otras personas:

( )	( )	( )	( )	( )
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en desacuerdo

12.- Agradezco que me digan lo que tengo que hacer cuando estoy en un error:

( )	( )	( )	( )	( )
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en desacuerdo

13.- Mis relaciones con el sexo opuesto son pasajeras:

( )	( )	( )	( )	( )
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en desacuerdo

14.- Me siento satisfecho de mi sinceridad ante cualquier circunstancia:

( )	( )	( )	( )	( )
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en desacuerdo

15.- Tengo poca capacidad para atender y concentrarme en mis ocupaciones:

( )	( )	( )	( )	( )
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en desacuerdo

16.- Aceptar la realidad es algo que me llena de orgullo:

( )	( )	( )	( )	( )
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en desacuerdo

17.- Los deus, casi nunca respetan mis necesidades y mi tiempos:

( )	( )	( )	( )	( )
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en desacuerdo

18.- Frecuentemente aseguro saber que quiero:

( )	( )	( )	( )	( )
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en desacuerdo

19.- Pienso en mis intereses personales antes de pensar en los deus:

( )	( )	( )	( )	( )
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en desacuerdo

20.- Con frecuencia me entero que soy respetado y admirado:

( )	( )	( )	( )	( )
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en desacuerdo

21.- Pocas veces estoy satisfecho con lo que soy y con lo que tengo:

( )	( )	( )	( )	( )
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

22.- Me basta a mi mismo, tanto en lo emocional como en lo afectivo:

( )	( )	( )	( )	( )
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

23.- Titubeo para tomar una decisi3n:

( )	( )	( )	( )	( )
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

24.- Estoy orgulloso de muchos de mis logros familiares y laborales:

( )	( )	( )	( )	( )
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

25.- Los demás reprobaban mis actividades cívicas y morales:

( )	( )	( )	( )	( )
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

26.- Me sobra mi capacidad de amar:

( )	( )	( )	( )	( )
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

27.- Mis estados de ánimo son inestables:

( )	( )	( )	( )	( )
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

28.- Me detengo a reflexionar, antes de actuar precipitadamente:

( )	( )	( )	( )	( )
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

29.- Se me dificulta hacer amistades:

( )	( )	( )	( )	( )
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

30.- Creo que soy muy buen jefe porque sé ser un buen subordinado:

( )	( )	( )	( )	( )
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

31.- Me cansa una relación prolongada con el sexo opuesto:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

32.- Me gusta sentir como disfruto la vida:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

33.- Los demás admiran mi realismo para enfrentarme a la vida:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

34.- Los demás no respetan mi tiempo:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

35.- Soy muy incumplido:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

36.- Los demás se sorprenden de mi tranquilidad:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

37.- Me disgusta la opinión que tengo de mi mismo:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

38.- Creo que me es muy difícil resentirse con los demás:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

39.- Mis recuerdos están llenos de tristeza y frustración:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

40.- Las personas que me rodean tienen confianza en mí:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

41.- Los demás opinan que soy irresponsable:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

42.- Me sorprende mi incapacidad para sentir amor:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

43.- La mayor parte del tiempo me siento tenso:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

44.- En muy raras ocasiones me siento solo:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

45.- Me gusta tener poder para imponer mi voluntad a los demás:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

46.- Tengo un hábito exagerado con las personas del sexo opuesto:

( )	( )	( )	( )	( )
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

47.- Decir siempre la verdad es signo de falta de inteligencia:

( )	( )	( )	( )	( )
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

48.- Por las sabanas me siento ágil, fuerte y capaz de conquistar al mundo:

( )	( )	( )	( )	( )
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

49.- Mis conocidos saben de mi falta de seriedad y sensatez:

( )	( )	( )	( )	( )
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

50.- Disfruto enormemente de mis actividades y mi vida doméstica:

( )	( )	( )	( )	( )
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

51.- Me llena de insatisfacción mi trato hacia los demás:

( )	( )	( )	( )	( )
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

52.- Los demás saben que soy paciente si las cosas no resultan:

( )	( )	( )	( )	( )
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

53.- A pesar de tomar decisiones importantes con frecuencia puedo dormir tranquilo:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

54.- Dudo que el hombre sea arquitecto de su propio destino:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

55.- Me sobra el gran capacidad para integrarme a los grupos:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

56.- Soy irrespetuoso e irresponsable con la personas que quiero:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

57.- Hace mucho tiempo que no me deprimi:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

58.- Jamás me siento solo:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

59.- Se me dificulta descansar tranquilamente:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en desacuerdo

60.- Es difícil para mí, aceptar la realidad de las cosas:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

61.- Respeto absolutamente la idea de ser y de pensar en los demás:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

62.- Me guío por mis impulsos e instintos:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

63.- Los demás saben que me impaciento si las cosas salen mal:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

64.- Casi siempre son duraderas mis relaciones afectivas:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

65.- Soy un sujeto muy incapaz para tomar decisiones:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

66.- Creo que los demás aprecian todo el esfuerzo que hago por ellos:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo



67.- Tengo una gran dificultad para hacerme de amigos permanentes:

( )	( )	( )	( )	( )
Completamente	De	Indeciso	En	Completamente
de acuerdo	Acuerdo		Desacuerdo	en Desacuerdo

68.- Me disgustan los puntos vista diferentes a los míos:

( )	( )	( )	( )	( )
Completamente	De	Indeciso	En	Completamente
de acuerdo	Acuerdo		Desacuerdo	en Desacuerdo

69.- Los demás no cambian de humor tan frecuentemente como yo:

( )	( )	( )	( )	( )
Completamente	De	Indeciso	En	Completamente
de acuerdo	Acuerdo		Desacuerdo	en Desacuerdo

70.- Tomo las cosas con calma:

( )	( )	( )	( )	( )
Completamente	De	Indeciso	En	Completamente
de acuerdo	Acuerdo		Desacuerdo	en Desacuerdo

71.- Casi siempre me siento solo:

( )	( )	( )	( )	( )
Completamente	De	Indeciso	En	Completamente
de acuerdo	Acuerdo		Desacuerdo	en Desacuerdo

72.- Es difícil que entienda porque algunas gentes tienen problemas con la autoridad:

( )	( )	( )	( )	( )
Completamente	De	Indeciso	En	Completamente
de acuerdo	Acuerdo		Desacuerdo	en Desacuerdo

73.- Me siento seguro al entablar relaciones con personas del sexo opuesto:

( )	( )	( )	( )	( )
Completamente	De	Indeciso	En	Completamente
de acuerdo	Acuerdo		Desacuerdo	en Desacuerdo

74.- Estoy satisfecho por lo sincero que soy ante cualquier circunstancia:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

75.- Buena perfectamente bien, y despierto sintiendome lleno de salud y contentamiento:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

76.- Casi nunca apetezco un trago cuando estoy tenso:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completamente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Completamente en Desacuerdo

Hojas de Calificación del Inventario para Medirla PredisposiciónInadurez de la personalidad

P-2 18 =  
 P-1 35 =  
 P-1 49 =  
 P-2 61 =

-----

Conducta Impulsiva

P-1 1 =  
 P-1 19 =  
 P-2 36 =  
 P-1 50 =  
 P-1 62 =

-----

Sentimientos de Injusticia

P-2 2 =  
 P-2 20 =  
 P-1 37 =  
 P-1 51 =

-----

Poca Toler. a la frustración

P-1 3 =  
 P-1 21 =  
 P-2 38 =  
 P-2 52 =  
 P-1 63 =

-----

Dependencia Afectiva

P-2 4 =  
 P-2 22 =  
 P-1 39 =  
 P-2 64 =

-----

Inseguridad

P-1 5 =  
 P-1 23 =  
 P-2 40 =  
 P-2 53 =  
 P-1 65 =

-----

Sentimiento de Culpa

P-2 6 =  
 P-2 24 =  
 P-1 41 =  
 P-1 54 =  
 P-2 66 =

-----

Inadaptación Social

P-1 7 =  
 P-1 25 =  
 P-2 55 =  
 P-1 67 =

-----

Inferilidad Afectiva

P-2 8 =  
 P-2 26 =  
 P-1 42 =  
 P-1 56 =  
 P-1 68 =

-----

Labilidad emocional

P-1 9 =  
 P-1 27 =  
 P-2 57 =  
 P-1 69 =

-----

Pensamiento Compulsivo

P-2 10 =  
 P-2 28 =  
 P-1 43 =  
 P-2 58 =  
 P-2 70 =

-----

Soledad Existencial

P-1 11 =  
 P-1 29 =  
 P-2 44 =  
 P-1 59 =  
 P-1 71 =

-----

Prob. con autoridad

P-2 12 =  
 P-2 30 =  
 P-1 45 =  
 P-1 72 =

-----

Homosexualidad latente

P-1 13 =  
 P-1 31 =  
 P-2 46 =  
 P-2 73 =

-----

Mitomania

P-2 14 =  
 P-2 32 =  
 P-1 47 =  
 P-2 74 =

-----

Depresión

P-1 15 =  
 P-2 48 =  
 P-2 75 =

-----

Tendencia a la fuga

P-2 16 =  
 P-2 33 =  
 P-1 60 =  
 P-2 76 =

-----

Egocentrismo

P-1 17 =  
 P-1 34 =

-----

SEGUNDA HOJA DE CALIFICACIONES

1. Inmadurez de la Personalidad .....	-----
2. Conducta Impulsiva .....	-----
3. Sentimiento de Insuperabilidad .....	-----
4. Poca Tolerancia a la Frustración .....	-----
5. Dependencia Afectiva .....	-----
6. Inseguridad .....	-----
7. Sentimiento de Culpa .....	-----
8. Inadaptación Social .....	-----
9. Infertilidad Afectiva .....	-----
10. Labilidad Emocional .....	-----
11. Pensamiento Compulsivo .....	-----
12. Soledad Existencial .....	-----
13. Problemas con la Autoridad .....	-----
14. Homosexualidad Latente .....	-----
15. Mitomanía .....	-----
16. Depresión .....	-----
17. Tendencia a la Fuga .....	-----
18. Egocentrismo .....	-----

## BIBLIOGRAFIA

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

1. ABERASTURY, A.  
1971 "Adolescencia".  
Ed. Kargeman, Buenos Aires.
2. ADDEO, G.E.  
1978 "A Bussines week Supplement".  
March, 6. San Francisco.
3. ALEXANDER, Franz y Ross Helen.  
1979 "Psiquiatría Dinámica".  
Ed. Paidós, Buenos Aires.
4. ALLPORT, G.W.  
1973 "La Personalidad. Su Configuración y Desarrollo".  
Ed. Herder, Barcelona.
5. AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION.  
1968 "Diagnostic and Statistical Manual of  
Mental Disorders".  
Ed. 2, Washington, D.C.
6. ARMENDARIZ, Gabriela.  
1984 "Inventario para medir la Predisposición  
al Alcoholismo".  
Tesis, Universidad Iberoamericana. México.
7. AVILA, I.  
1983 "Aspectos de Salud Pública en los Problemas  
del Consumo de Alcohol".  
En Molina, et. al. "El Alcoholismo en México". Tomo III. México.
8. BACON, M.K.  
1965 "Alcohol and Complex Society".  
Laboratory of Applied Psychology. Yale  
University.

9. BAKWIN, H. y Morris, B.R.  
1974 "Desarrollo Psicológico del Niño. Normal y Patológico".  
Ed. Interamericana, México.
10. BARBA, Chacón.  
1983 "Perspectivas de Investigación del Alcoholismo en México".  
En Molina et. al. "El Alcoholismo en México". Tomo III. México.
11. BARNES, M. Grace.  
1977 "The Development of Adolescent drinking behavior: An evaluate review of the impact of the socialization process within the family".  
Adolescence, Vol. XII, No. 48. Winter.
12. BELFER, M. L.; Shader, R. J.; Carroll, M. y Harmatz, J.S.  
1971 "Alcoholism in women".  
Arch. Gen. Psychiatry.
13. BENAVIDES, L.  
1983 "El Consumo del Alcohol como problema de Salud Pública".  
En Molina et. al. "El Alcoholismo en México". Tomo III. México.
14. BERNAL, Sahagún, V. M.  
1983 "La Industria de Bebidas Alcohólicas: Ganancias monopolísticas, problemas sociales" Ponencia presentada en el Seminario sobre Alcohol: Mito y Realidad. Ciudad Universitaria, México.
15. BLAINE, G. B.  
1966 "Youth and the Hazards of Affluence".  
Harper and Row, New York.
16. BLOS, Peter.  
1980 "Psicoanálisis de la Adolescencia".  
Editorial Joaquín Mortiz, México.
17. BOSMA, G. A. Willem.  
1976 "Alcoholism and teenagers".  
Grassroots, Vol. 1 (7). March Supplement.

18. CALDERON N. Guillermo.  
1980 "Salud Mental Comunitaria. Un nuevo enfoque de la Psiquiatría".  
Ed. Trillas, 2a. Edición, México.
19. CALDERON N. Guillermo.  
1983 "Aspectos Preventivos".  
En Molina et. al. "El Alcoholismo en México", Tomo III, México.
20. CAMERON, Norman.  
1982 "Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad. Un enfoque dinámico".  
Ed. Trillas, 1a. Edición, México.
21. CAMPBELL, D. y Stanley, J.  
1982 "Diseños Experimentales y Cuasiexperimentales en la Investigación Social".  
Ed. Amorrortu, Buenos Aires.
22. CASILLAS, L.  
1983 "La Ingestión de Bebidas Alcohólicas en una muestra de Estudiantes Universitarios".  
En Molina et. al. "El Alcoholismo en México", Tomo III, México.
23. DE ROPP, R. S.  
1980 "Las Drogas y la Mente".  
Ed. C.E.C.S.A. 2a. Impresión, México.
24. DIAZ LEAL, A. L.  
1983 "Aspectos Preventivos del Alcoholismo".  
En Molina et. al. "El Alcoholismo en México", Tomo III, México.
25. DSM III.  
1984 "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales".  
Ed. Masson, México.
26. ERICKSON, E.H.  
1977 "Identidad, Juventud y Crisis".  
Psicología Social y Sociología.  
Ed. Paidós, Buenos Aires.
27. EY, Henry; Bernard, P. y Brisset, Ch.  
1978 "Tratado de Psiquiatría".  
Ed. Toray-Masson, 8a. Edición, Barcelona.



28. FENICHEL, Otto.  
1952 "The Psychoanalytic Theory of the Neurosis".  
Ed. Norton, New York.
29. FENICHEL, Otto.  
1966 "Teoría Psicoanalítica de las Neurosis"  
Ed. Paidós, Buenos Aires.
30. FERNANDEZ H.  
1983 "El Alcoholismo en México, Aspectos de Salud Pública".  
En Molina et. al. "El Alcoholismo en México". Tomo III, México.
31. FREEDMAN, A.; Kaplan, H. y Sadok, B.  
1984 "Compendio de Psiquiatría".  
Ed. Salvat, Barcelona.
32. FREUD, Sigmund.  
1902 "Los Orígenes del Psicoanálisis".  
Obras Completas. Ed. Biblioteca Nueva, México.
33. FREUD, Sigmund.  
1905 "Tres Ensayos sobre la Teoría de la Sexualidad".  
Ob. cit.
34. FREUD, Sigmund.  
1911 "Dos Principios del Funcionamiento Mental".  
Ob. cit.
35. GONZALEZ, G. S.  
1983 "Algunos Aspectos del Tratamiento y la Rehabilitación del Paciente Alcohólico".  
En Molina et. al. "El Alcoholismo en México". Tomo III, México.
36. GUARNER, Enrique.  
1984 "Psicopatología Clínica y Tratamiento Analítico".  
Ed. Porrúa, México.
37. GUERRA, A. J.  
1977 "El Alcoholismo en México".  
Ed. Fondo de Cultura Económica, México.

38. 1983 "Gufa de Carreras".  
U.N.A.M., México.
39. GUIDO, Belsasso.  
1970 "El Problema de las Drogas en México".  
Neurología, Neurocirugía. Vol. II No. 4,  
México.
40. GRINDER, E. Robert.  
1986 "Adolescencia".  
Ed. Limusa, México.
41. HIMWICH.  
1971  
En Freedman (1984). Ob. cit.
42. HORTON, D.  
1943 "The Functions of Alcohol in Primitive  
Societies: Across cultural study of drink-  
ing; relations to other features of cul-  
ture".  
Quar J. Stud. Alc 8; U.S.A.
43. HUSS, Magnus.  
1852  
En Ey Henry (1978). Ob. cit.
44. JAFFE, J.; Petersen, R. y Hodgson, R.  
1980 "Vicios y Drogas. Problemas y Soluciones".  
Colección La Psicología y Tú. Ed. Harla,  
México.
45. JELLINEK, E.  
1980 "Recent trend in alcoholism and in alcohol  
consumption".  
Quar J. Study Alc 8. U.S.A.
46. KELLER, M.  
1960 "The Definition of Alcoholism".  
Quar J. Stud Alc. 21. U.S.A.
47. KNIGHT, R.  
1937 "The Psychodynamics of chronic Alcoholism"  
J. New Ment. Dis. 86.

48. KOLB, C. Lawrence.  
1983 "Psiquiatría Clínica Moderna".  
Ed. La Prensa Médica Mexicana, S.A.  
6a. Edición.
49. LEVIN, Jack.  
1985 "Fundamentos de Estadística en la Investigación Social".  
Ed. Harla, México.
50. LILIENFELD, A.N. y Lilienfeld, D.E.  
1980 "Foundations of epidemiology".  
2a. Ed. Oxford University Press. New York.
51. MARQUEZ, A.  
1983 "Importancia Económica de las Bebidas Alcohólicas en México".  
Ponencia presentada en el Seminario sobre Alcohol: Mito y Realidad. Ciudad Universitaria, México.
52. McGUIGAN, F. J.  
1984 "Psicología Experimental".  
Biblioteca Técnica de Psicología. Ed. Trillas, 3a. Edición, México.
53. MEDINA, M. E.  
1983 "Estrategias Preventivas ante los Problemas relacionados con el Alcohol: Aspectos Generales".  
En Molina et. al. "El Alcoholismo en México", Tomo III, México.
54. MOLINA, V., Berruecos, L. y Sánchez, L.  
1983 "El Alcoholismo en México".  
Tomo III. "Memorias del Seminario de Análisis". Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística y Fundación de Investigaciones Sociales, A.C., México.
55. MUÑOZ, R.  
1982 "185 Millones de litros de vinos y brandys se consumen anualmente en México".  
Uno mas Uno, Lunes 21 de junio, México.

56. MUSINGER, H.  
1978 "Desarrollo del Niño".  
Ed. Interamericana. 2a. Edición, México.
57. MUSSEN, P., Conger, J. y Kagan, J.  
1982 "Desarrollo de la Personalidad en el Niño".  
Ed. Trillas, 2a. Edición, México.
58. NORTH, R. y Orange, R.  
1985 "El Alcoholismo en la Juventud".  
Ed. Pax, México.
59. OSIPOW, S. H.  
1981 "Teorías sobre la elección de carreras".  
Ed. Trillas, México.
60. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD.  
1980 "Problemas relacionados con el consumo de alcohol".  
Informe de un Comité de Expertos de la OMS Ginebra. Serie de informes técnicos numero 650.
61. PANIZZA, M. Rodolfo.  
1983 "Aspectos básicos para la detección temprana del alcoholismo en la comunidad".  
En Molina et. al. Ob. cit.
62. PICK, Susan y López, A. L.  
1986 "Cómo investigar en Ciencias Sociales".  
Ed. Trillas, 3a. Edición, México.
63. PUCHEU, C.  
1982 "Panorama actual de la Psiquiatría y la Salud Mental en México".  
En Vida y Muerte del Mexicano, Ediciones Folios, Tomo I.
64. SERRANO, C. G.  
1985 "Factores Discriminantes en la Aparición de los Problemas con el Alcohol en Adolescentes en México".  
Tesis, Universidad Iberoamericana. México.

65. SILLMAN, L.  
1959  
"Alcoholismo Crónico".  
Enciclopedia de las Aberraciones. Editorial Podolsky, Psique, Buenos Aires.
66. SPRANGER, E.  
1965  
"Psicología de la Edad Juvenil".  
Ed. Selecta de Revista de Occidente. Barbara de Braganza. 12, 7a. Ed. Madrid.
67. STAGNER, R.  
1961  
"Psychology of Personality".  
Ed. McGraw-Hill, New York.
68. VELASCO, M. Maria del Pilar.  
1983  
"Variables Sociales que influyen en el consumo de licores en México".  
En Molina et. al. Ob. cit.
69. VELASCO, F. Rafael.  
1984  
"Esa Enfermedad llamada Alcoholismo".  
Ed. Trillas, México.