

I- INTRODUCCIÓN.

El consumo de sustancias adictivas es una enfermedad crónica, que se manifiesta por la búsqueda del tóxico, uso compulsivo y frecuentes recaídas, y está relacionada con una predisposición biológica, por los efectos prolongados de su acción sobre el cerebro y por graves afectaciones en el entorno social del consumidor.

En la actualidad el alcohol es considerado una droga legal y su abuso representa en muchos países, la causa principal de problemas de salud así como conflictos en el área familiar y laboral. La peligrosidad del tóxico no depende solamente de sus efectos fisiológicos, sino también de su repercusión sobre los aspectos económicos, políticos e ideológicos, de la expansión masiva sobre el uso que haya tenido y de las crisis sociales y familiares ocurridas como resultado de su consumo.

Estudios realizados en países desarrollados evidencian el notable incremento de su consumo a nivel mundial, siendo una de las drogas con las que el ser humano más interactúa. El alcohol reduce aproximadamente diez años la expectativa de vida y produce más fallecimientos que el abuso de cualquier otra sustancia

Conocer sobre los factores que propician la recaída en los alcohólicos, constituye una investigación de enorme significación práctica, ya que posibilita orientar el tratamiento para la prevención de estos factores o para la adquisición de habilidades y recursos para enfrentarlos. Desde el punto de vista teórico permite conformar un modelo explicativo sobre el proceso de recaída. Se valorará críticamente la validez del modelo cognitivo comportamental, que resulta ser el modelo más utilizado para explicar, prevenir y tratar las recaídas.

Desde el punto de vista metodológico se pretende validar en la práctica un sistema de técnicas que permiten abordar de una forma profunda el estudio de los factores que favorecen la recaída, que sirva para futuras investigaciones en esta área.

En la fundamentación teórica se exponen las posiciones del autor acerca de la caracterización general del alcoholismo, el proceso de recaída en alcohólicos, el tratamiento a ellos junto con la prevención de recaídas.

En vista de que nos interesa analizar los factores que condicionan la recaída en los alcohólicos, debido a que la tasa de recaída es muy alta cuando no se realiza un tratamiento de acompañamiento en la abstinencia, un 90% de los sujetos vuelven a beber a los dos años siguientes del tratamiento, es por lo mismo la importancia de un seguimiento terapéutico a largo plazo. (www.researver.combr./saude/alcoolismo). También se persigue caracterizar el desarrollo y la historia del alcoholismo en los sujetos basándonos en los resultados de la entrevista realizada, conociendo los factores específicos que condicionan la recaída en el grupo y en cada sujeto; encaminándome a elaborar una propuesta de tratamiento para la prevención de recaídas.

Para realizar este estudio se indagó en 25 sujetos residentes de Ciudad de La Habana, de sexo masculino, con un 9^{no} grado la mayoría de los mismos; utilizando determinadas técnicas que estuvieron determinadas por el objetivo general y específicos de la investigación prevista.

Un estudio sobre los factores que favorecen la recaída en alcohólicos nos conduce a que, por lo general, las investigaciones que se han llevado a cabo, han adolecido de la profundización en la tendencia del crecimiento de recaídas, en que el problema se hace aún más complejo, cuando al analizar investigaciones realizadas sobre el alcoholismo en el país, se puede valorar, que estudios acerca del mismo no han profundizado en los factores que favorecen la recaída.

Como resulta relevante, tener un conocimiento tanto de los factores que favorecen la recaída y las razones por las cuales los sujetos beben; los programas de tratamiento y de prevención de recaídas pueden contar con indicadores efectivos que orienten a un programa que disminuya la alta tasa y tendencia de recaída. Se realiza finalmente una propuesta de tratamiento en la prevención de recaídas en alcohólicos.

Esta investigación consta además, de un Capítulo Teórico, uno Metodológico, Conclusiones, Recomendaciones, Referencias bibliográficas y Anexos.

Es de gran relevancia esta investigación ya que hasta el momento solo se han estudiado algunos factores que condicionan la recaída en individuos con problemas de alcohol, pero no se ha llevado a cabo una propuesta para la prevención de las mismas, siendo este uno de los principales objetivos de este estudio.

II- OBJETIVOS.

Objetivo General:

Analizar los factores de riesgo que condicionan la recaída en los alcohólicos, con el fin de elaborar una propuesta de tratamiento.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar el desarrollo y la historia del alcoholismo de los sujetos estudiados.

- Conocer los factores específicos que condicionan la recaída en el grupo y en cada sujeto.

- Elaborar una propuesta de tratamiento en la prevención de recaídas.

III- FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

3.1- Caracterización General del Alcoholismo.

La influencia del alcohol ha tenido gran peso como factor problemático en la conformación y funcionamiento de la familia, individuo y por ende de la sociedad, reflejándose en las diferentes esferas de la historia de la humanidad desde tiempos muy remotos. Las conductas adictivas se han convertido en estos años en un grupo de trastornos de gran relevancia, tal relevancia viene motivada por su alta prevalencia en las personas, tanto sean adultas, como adolescentes (Becoña, 2001).

El alcoholismo, es la más significativa toxicomanía de nuestros tiempos que se encuentra entre las problemáticas médico - sociales de mayor relevancia mundial, por sus efectos extraordinariamente nocivos sobre la salud y la sociedad derivado de su nefasta repercusión biológica, psicológica y socio - económica.

El término alcoholismo, desde que fuera introducido en 1849 por Magnus Huss, ha evolucionado hasta la actualidad cambiando no solo en cuanto a su significado, consumo y uso perjudicial, sino también en las estrategias para prevenirlo, hasta introducirlo en el grupo de las drogas, de las que sólo le separan las diferencias de instrumentalización legal.

Las definiciones más conocidas internacionalmente acerca del alcoholismo, son:

La primera definición hecha por Jellinek (1960): “el alcoholismo es cualquier ingestión de alcohol que produce daño al individuo, a la sociedad, o a ambos”. Más tarde denominó como alcohólicos a todas aquellas personas que se incluían dentro de las formas clínicas que categorizó con las primeras letras del alfabeto griego. “Llama alcoholismo alfa a la dependencia psicológica continua para el efecto del alcohol, con el objetivo de neutralizar el dolor emocional o corporal originado por una afección subyacente. El alcoholismo beta comprende a aquellos en que las complicaciones alcohólicas como polineuropatías, gastritis, cirrosis hepáticas y otras, ocurren sin existir dependencia física o psicológica del alcohol. El gamma reúne estas cuatro características: adquisición de una tolerancia tisular progresiva, adaptación del

metabolismo celular, dependencia física registrada en forma de síntomas de abstinencia y la falta de control. En el alcoholismo delta existen estas cuatro características, aunque la última es bastante atenuada y se opaca por la presencia de la incapacidad para abstenerse.

En 1976 expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) reunidos en Ginebra, elaboraron el siguiente concepto: “El alcoholismo es un trastorno conductual crónico manifestado por repetidas ingesta de alcohol, excesivas respecto a las normas dietéticas y sociales de la comunidad y que acaban interfiriendo la salud o las funciones económicas y sociales del bebedor” (OMS, 1976).

El criterio tóxico del autor español Alonso Fernández se refiere al daño biológico, psicológico o social inherente a la ingestión inadecuada del tóxico. (OMS; 1976). Sin embargo, a mi juicio el concepto de alcoholismo más completo lo definió González y se completa al incluir el criterio determinista que se refiere a los mecanismos básicos de la ingestión nociva del alcohol, la incapacidad del paciente para tomar la decisión de no beber, y su ineptitud para decidir hasta cuándo tomar. Este criterio está relacionado con la pérdida de libertad ante el alcohol, es decir, la incapacidad del individuo para decidir hasta cuando beber. (González 2004).

“La pérdida de libertad se expresa en la práctica por los patrones siguientes de consumo:

- ✓ No poder mantenerse dos días seguidos sin beber.
- ✓ No poder controlarse cuando se comienza a beber.
- ✓ Necesitar el alcohol para satisfacer las exigencias de la vida” (González 2004).

Por tanto, la valoración de un individuo como alcohólico dependerá del cumplimiento de los criterios tóxico y determinista, conformando lo que se conoce como: “alcoholismo primario”, que es la entidad clínica que se caracteriza por la incapacidad del sujeto de evitar esta conducta nociva. Sin embargo, existen otras modalidades de alcoholismo que son manifestaciones secundarias de afecciones subyacentes que anteceden a la adicción y las cuales juegan un papel importante en su etiopatogenia; incluyéndose en esta categoría, el alcoholismo secundario a: esquizofrenia, demencia,

personalidad antisocial u otras manifestaciones psicopatológicas. (Freedman A, Kaplan H, Sadock; 1977).

El alcohol, además de los numerosos problemas médicos que produce, es también una fuente de problemas sociales. El peligro del alcoholismo está presente por igual en todas las personas. El estrés, los factores psicológicos y ambientales influyen significativamente en el alcoholismo en general y en la recaída alcohólica.

3.2- Epidemiología

Estadísticas mundiales sobre el alcoholismo: 70% de la población mundial consume alcohol en alguna medida, por encima de los 15 años. (Cortes, 2006), 10% de los antes mencionados se convertirán en alcohólicos, 3 al 5 % son dependientes 10% de la población española sufre del Síndrome de dependencia del alcohol (Alcaraz, 2005) 60% de los accidentes de tránsito son provocados por personas alcoholizadas

El alcohol produce una tasa de suicidio de entre el 5% y el 27% en comparación con el 1% de la población normal, 20 a 25% de los hijos de alcohólicos, tiene problemas para controlar el consumo. El consumo y los problemas derivados del alcohol están aumentando en todo Occidente desde 1980, incluyendo Estados Unidos, la Unión Europea y la Europa oriental, así como en los países en vías de desarrollo (Sánchez, 2004).

El consumo de alcohol varía notablemente según las áreas geográficas, es más común en las zonas urbanas que en las rurales, aparece entre personas de cualquier nivel socioeconómico, con prevalencia muy elevada entre personas de clase social alta. Internacionalmente se señala que más del 50% de los alcohólicos tienen edades que oscilan entre los 15- 28 años y más del 65% de ellos están en edad productiva; la conducta de estos enfermos afecta emocionalmente a cinco personas como promedio, entre los que se incluyen a los padres, hermanos, cónyuges e hijos, y el 80% de los divorcios tienen su origen en el alcoholismo (Velazco, R.1994).

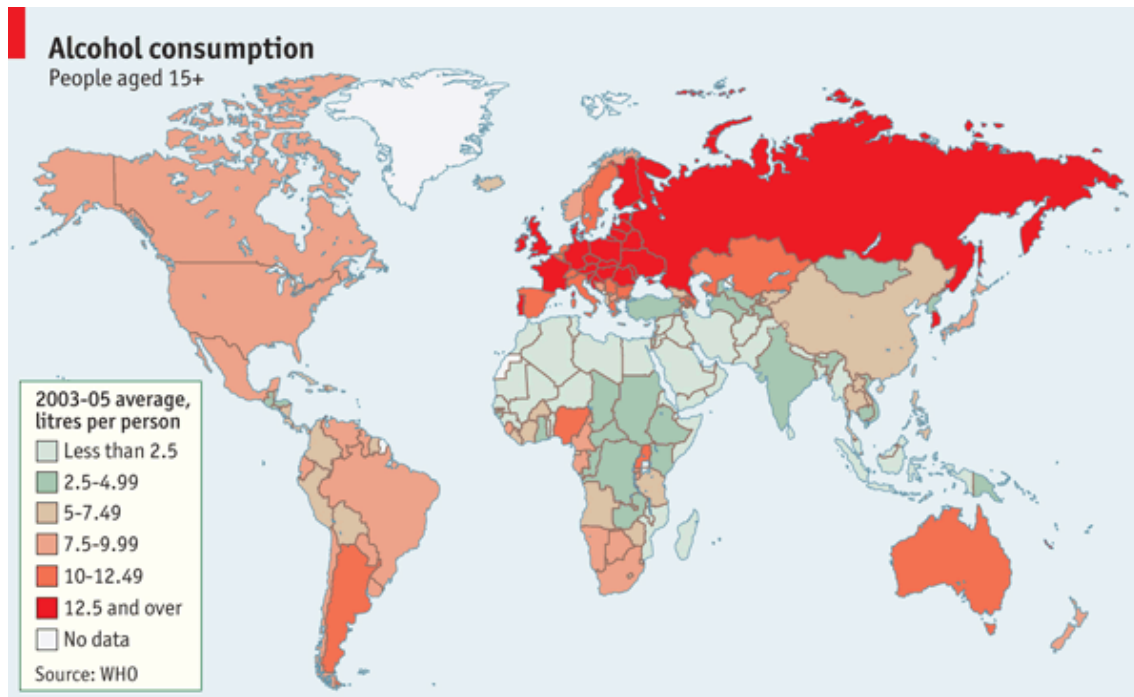


Figura1: Prevalencia del alcoholismo según datos de la OMS; 2011.

Según datos de la OMS los habitantes de Moldavia son los que consumen mayor cantidad de alcohol a nivel mundial. Un moldavo en promedio bebe 18,22 litros de alcohol al año, cifra tres veces mayor que la tasa media global (6,1 litros anuales).

En el 'ranking' de las naciones que más alcohol consumen además figuran: la República Checa (16,45 litros por una persona al año), Hungría (16,27), Rusia (15,76), Ucrania (15,6), Estonia (15,57), Andorra (15,48), Rumania (15,30), Eslovenia (15,19), Bielorrusia (15,13) y el Reino Unido (13,37).

Según los datos de la OMS, en el mundo mueren anualmente 320.000 personas de entre 15 y 29 años por el consumo de alcohol. Al mismo tiempo, el alcohol es la razón del fallecimiento de 2,5 millones de personas al año en todo el mundo. “A nivel global, el 6,2% de todas las muertes masculinas están relacionadas con el alcohol, contra el 1,1% para las mujeres”, señala la OMS. “El perjudicial consumo de alcohol es especialmente fatal para los grupos más jóvenes y el alcohol es el principal factor de riesgo en el mundo en las muertes de varones de entre 15 y 59 años”, dice el informe. La Organización destaca que el consumo de alcohol se diferencia mucho dependiendo del país, es decir, en los países del Oeste se bebe más que en los países del Norte de África, los países más al sur del Sahara y en Asia del Sur, donde reside población mayoritariamente musulmana.

En cuanto a América Latina, el consumo de alcohol por cabeza supera en un 40% al promedio mundial. En esta región, el consumo de bebidas alcohólicas (sobre todo cerveza), se elevó (<http://actualidad.rt.com/ciencias/view/23803-La-OMS-determina-qu%C3%A9-pa%C3%ADs-consume-mas-alcohol-en-mundo>)

3.3-Trastornos asociados al alcoholismo. Dependencia, Abstinencia y Tolerancia.

La persona alcohólica se torna irresponsable, agresiva, repugnante; desarrolla problemas de salud física y mental a causa de los elevados niveles tóxicos de alcohol que frecuentemente presenta. La ingesta de alcohol y su incapacidad de controlar la manera de beber, trae consigo trastornos de la conducta, los cuales dan lugar a la transformación de la personalidad del alcohólico cuando se embriaga, trayendo como resultado problemas a nivel familiar, laboral, así como también problemas de tipo legal o de desprestigio social.

El alcohol afecta el sistema nervioso central y actúa como depresor del mismo. Su ingesta desencadena una disminución de la actividad cerebral, así como también ansiedad, tensión e inhibiciones.

Se producen cambios en la conducta, lentitud en el desempeño motriz y una disminución de la capacidad de pensar con claridad. La concentración y el juicio del individuo se deteriora inclusive con unos pocos tragos de alcohol y si se consume en cantidades excesivas el individuo puede sufrir una intoxicación etílica que puede ser muchas veces fatal.

La creación de dependencia al tóxico, el desarrollo de la tolerancia y la aparición del Síndrome de Abstinencia, son otras consecuencias de la ingestión excesiva de alcohol.

La dependencia al alcohol fue descrita originalmente por Edwards y Gross (1976), incluyendo en ella siete características diferenciales:

- Incremento de la tolerancia.
- Aparición de síntomas de abstinencia.
- Reconocimiento de un deseo compulsivo por consumir la sustancia.

- Predominio de la conducta de búsqueda de la sustancia sobre otros aspectos de la vida personal.
- Alivio y /o evitación del síndrome de abstinencia.
- Conducta adictiva cada vez más estereotipada.
- Restablecimiento rápido de la dependencia después de un período de abstinencia.

Es necesario destacar que existen varios tipos de dependencia:

- Dependencia sociocultural: Derivada de la influencia de las costumbres de un grupo que en diferente grado, presiona al sujeto para que consuma hasta el punto de rechazar a quien no lo haga.
- Dependencia psicológica: Vinculada a la búsqueda errónea de estados de bienestar artificial.
- Dependencia psicopatológica: Se aprecia en algunos sujetos con enfermedades psiquiátricas que pretenden atenuar momentáneamente algún síntoma mediante el abuso del tóxico.
- Dependencia fisiopatológica: Consiste en la incorporación del tóxico al metabolismo del organismo del sujeto, de forma tal que éste llegue a requerirlo temporalmente para equilibrar alguna función corporal o psíquica, y si llega a faltar, aparecen disturbios en la misma. (Sandoval, 2004).

El uso continuado del alcohol da lugar al desarrollo de la tolerancia, caracterizada por una adaptación biológica del organismo al alcohol, por lo que el bebedor necesita mayor cantidad para obtener los mismos efectos que antes obtenía con menor cantidad. Los individuos con tolerancia al alcohol pueden mostrar alcoholemias increíblemente altas. Este es un punto muy peligroso, pues la persona cree que ya “aprendió” a beber y como consecuencia de esto, se confía y cada vez bebe en mayor cantidad, con mayor velocidad y con mayor frecuencia; su organismo continúa adaptándose biológicamente al alcohol, hasta que se desarrolla una franca tolerancia que lo hace cruzar la frontera entre el bebedor excesivo y el alcohólico. No se debe olvidar que una vez que se cruza esta frontera, la enfermedad se torna irreversible, es decir, incurable.

El Síndrome de abstinencia se caracteriza por un conjunto de síntomas físicos y psíquicos (temblores, sudoración, angustia, miedos inmotivados, trastornos del sueño como insomnio y pesadillas, calambres, escalofríos, malestar gástrico, etc.), que acompañan la retirada del alcohol, comenzando generalmente entre las 12 y 48 horas posteriores al cese de la ingesta. En otras palabras, cuando una persona ha bebido excesivamente durante varias horas o incluso días, el alcohol alcanza concentraciones muy altas en la sangre, lo que da lugar a una adaptación biológica del organismo al alcohol. Cuando la persona deja de beber, los niveles de alcohol en la sangre empiezan a bajar. Como el organismo ya está adaptado al alcohol, al bajar los niveles sanguíneos se produce una reacción de desadaptación con la presencia de síntomas muy molestos.

El alcoholismo se considera una enfermedad progresiva, incurable y en casos extremos mortal, pero al igual que muchas otras enfermedades, se puede detener.

De acuerdo con García Rama (1998), consideramos que es una enfermedad en tanto reúne los requisitos que la medicina exige para considerarlo como tal:

Tiene una historia natural.

Hay un cuadro clínico perfectamente identificado y similar a todos los individuos que lo padecen.

Hay etiología (causas).

Existe una fisiopatogenia (desarrollo de los factores fisiológicos y patológicos subyacentes a la enfermedad).

Presenta un pronóstico.

Un esquema terapeuta integral.

Una serie de estrategias para su prevención.

El alcoholismo es una enfermedad crónica e irreversible que se caracteriza por la adicción al alcohol (dependencia psíquica y física a esa sustancia). La enfermedad crónica se refiere a un estado patológico que el sujeto tendrá a lo largo de su vida, aunque la persona deje de beber seguirá siendo alcohólica.

Una enfermedad crónica se controla, pero no se cura, en el paciente alcohólico mientras no consuma alcohol su padecimiento estará controlado, pero una vez que vuelva a beber los síntomas se volverán a manifestar, lo cual pone en riesgo su salud e incluso su vida.

El término “incurable” se refiere a la irreversibilidad de la enfermedad, es decir, la permanencia de un estado patológico que la persona tendrá toda su vida. Este estado puede tener etapas de control con ausencia de síntomas, pero la enfermedad se mantiene potencialmente dentro del enfermo, porque cuando éste desarrolla la dependencia psíquica y física al alcohol, se producen una serie de cambios neuroquímicos en su sistema neurobiológico. Estas alteraciones microneuronales son irreversibles; por lo tanto, aunque el alcohólico deje de beber por muchos años, persiste está lesión química de su cerebro y por tal razón, en caso de volver a beber, se reproducirán todos los síntomas de la enfermedad que provocarán que vuelva a beber descontroladamente.

3.4- Etiopatogenia del alcoholismo.

Las causas por las que las personas inician la ingestión de bebidas alcohólicas y se habitúan a ella, es un tema que ha sido seriamente estudiado en nuestra comunidad científica. Aunque no se ha llegado a una causa claramente definida, se ha demostrado que existen factores que pueden jugar un papel fundamental en su desarrollo, destacando la prevalencia de lo ambiental sobre lo genético, aunque se acepta la influencia genética indirecta representada por la transmisión hereditaria de afecciones psíquicas.

Factores ambientales se encuentran:

- ✓ **Macrosociales:** Incluyen el nivel de tensiones relativas a la vida social entre el hábito de beber, la posibilidad social de satisfacer las necesidades de recreación y el nivel de propaganda sobre el consumo de alcohol.
- ✓ **Microsociales:** Se refiere al micromedio y se relaciona con los pequeños grupos representados por la familia y los colectivos escolares, laborales y recreativos.

De manera general sabemos que existen investigadores que le atribuyen a la habituación alcohólica, causas relacionadas con el estrés, que generan alteraciones en la relación social, familiar y económica de los sujetos expuestos a este. Otros, en cambio, le han atribuido su causa a trastornos de la personalidad, rechazo al medio y micromedio, evasión de conflictos, inmadurez emocional y condiciones del medio vinculadas a las costumbres y la cultura. Además otro autor ha sugerido que resultan factores de riesgo

del alcoholismo los conflictos emocionales, factores de aprendizaje, y otros relacionados con el medio social (Martínez, 2005).

Resulta importante destacar que el tedio, la monotonía, el aburrimiento, la decepción así como otros sentimientos que pueden desencadenarse cuando no se cuenta con alternativas adecuadas para la utilización del tiempo libre, facilitan el consumo de alcohol por dos motivos, primero porque: se resuelve la principal opción de utilización del tiempo debido a que “ no había nada más que hacer” y en segundo lugar porque es un alivio a esa situación en tanto transforma en euforia lo que se vivencia con tan poco dinamismo, sobre todo en adolescentes y jóvenes, que son los más propensos al aburrimiento por falta de entretenimiento.

En estudios realizados se ha encontrado que el alcoholismo está altamente relacionado con determinados rasgos de la personalidad, como son la impulsividad, excitación y búsqueda de nuevas experiencias. También entre los factores psicológicos se incluyen la necesidad de consuelo para la ansiedad, conflictos en las relaciones interpersonales, así como baja autoestima personal (Boza, Quiñones; 2001). Los factores sociales, por su parte, incluyen la facilidad de consumo de alcohol, la aceptación social de su consumo y estilos de vida estresantes.

Vías básicas para beber (González, 2004):

- ✓ Vía sociocultural: Esta es producto de las costumbres, tradiciones y convenciones de las diferentes culturas; se relaciona íntimamente con la presión ejercida por los grupos humanos grandes o pequeños. Se ejemplifica por el adolescente que dice sí a la droga para demostrar “audacia” ante sus congéneres.
- ✓ Vía hedónica: Aunque estrechamente vinculada a la primera, se caracteriza por ser la búsqueda de placer la motivación más importante para el consumo reiterado, sin valorar que esos minutos de “placer” artificial se convertirán en décadas de sufrimiento para el adicto y sus seres queridos. Esta vía es la más importante en pacientes con rasgos disociales previos a la adicción.
- ✓ Vía asertiva: Su esencia es la utilización del tóxico como muleta para enfrentar situaciones en algún grado temidas o determinantes de inseguridad o ansiedad.

- ✓ Vía evasiva: Es considerada como la más relevante. Se refiere a la pretensión de “ahogar” penas presentes o pasadas y de carácter consciente o inconsciente.
- ✓ Vía sintomática: Donde existe una afección subyacente, generalmente psiquiátrica como la depresión, la manía, obsesiones, fobias y otras.
- ✓ Vía constitucional: Es la más cuestionada y debe ser tomada en cuenta cautelosamente en sujetos que combinan una gran carga familiar de toxicómanos con un inicio temprano, ausencia de otros mecanismos patogénicos hegemónicos y tendencias disociales.

3.5- Proceso de la recaída en alcohólicos. Factores Condicionantes.

A pesar de que el alcoholismo es una enfermedad tratable, todavía no existe una cura. Esto significa que un alcohólico que ha estado sobrio por un período largo de tiempo y que ha recuperado su salud, es susceptible a sufrir una recaída y tiene que continuar evitando todo tipo de bebida alcohólica (www.revistaadicciones.com.mx/portada/portada_3).

¿Por qué recaen las personas que sufren de alcoholismo? Entre un 80% y un 90% de las personas que sufren de alcoholismo recaen inclusive después de años de abstinencia.

La recaída es un aspecto esencial a ser entendido cuando se habla de cambio de hábito en las dependencias. En términos médicos, la recaída sería la recurrencia de los síntomas de la enfermedad, después de un período de mejoría. Adaptando este concepto a las dependencias, la recaída sería entonces un retorno a niveles de consumo, después de una tentativa de parar o disminuir el mismo, o bien el fracaso al intentar alcanzar objetivos establecidos por el individuo después de un período definido de tiempo (Jungerman, Laranjeira, 1999).

La recaída es un regreso al uso de alcohol u otra droga, de la misma manera que la persona usaba antes de iniciar un programa de tratamiento o recuperación. Esto es, la persona que se había convertido en dependiente y había eliminado el uso de alcohol, retorna a él. Es una vuelta a un patrón de conducta y/o hacer un proceso de rehabilitación.

Es decir, un paciente se puede considerar en recaída, porque retornó a presentar algunos de los comportamientos y actitudes disfuncionales que tenía previamente al tratamiento.

La recaída se define como cualquier retorno al comportamiento adictivo o problemático o al estilo de vida anterior, después de un periodo inicial de abstinencia y de cambio en el estilo de vida. Es un proceso consistente en una serie de eventos que pueden o no desembocar en un retorno a los niveles de conducta previos al tratamiento (Marlatt y Gordon, 1985), además no es definida como un evento puntual que suceda de manera imprevista, por el contrario se utiliza la noción de proceso, es decir una cadena sucesiva de eventos que pueden o no llevar al consumo de la sustancia.

Se hace necesario detenerse en esta definición de la recaída como proceso, precisamente como un suceso imprevisto, repentino e inevitable refleja la percepción que la persona tiene de la misma y suele ser aceptado sin cuestionamientos por los terapeutas, convalidando la visión de la misma y, por ende, el sentimiento de frustración y fracaso asociados a la misma. La recaída es una contingencia que forma parte del proceso de recuperación, en el cual un aspecto importante es la influencia del contexto sociocultural.

Las recaídas puede ser desconsolador o penoso, cuando existe se debe repasar sinceramente el comportamiento y los pensamientos que precedieron a la misma, de hecho, una recaída puede ser una buena lección para los alcohólicos que consideran estar sanados del alcoholismo solo por haber estado sobrios durante un rato.

El primer consumo del tóxico o de la sustancia después de dejarlo no tiene por qué representar una recaída, puede ser solo un desliz puntual; es un retorno breve a la conducta adictiva en un momento concreto del tiempo, es decir, una pérdida de control puntual sobre la conducta, que puede llevar al sujeto a realizar algún consumo esporádico. Diferenciar el primer desliz de la recaída y aprender a reaccionar a tiempo, aceptar que la recaída es una contingencia esperable en el proceso de recuperación no son tareas sencillas para la persona y mucho menos para la familia.

Hay que entender que las recaídas de alcoholismo son similares a las erupciones recurrentes de las enfermedades físicas crónicas. Un estudio encontró que tres factores

ponían a una persona en un riesgo alto de recaída: frustración e ira, presión social y tentación interna (www.cptin-arq.org/modules).

La utilización de “mapas de recaídas” (Marlatt; 1985) ha sido de gran utilidad como modo de ejemplificar la noción de proceso y la posibilidad de efectuar cambios a tiempo a fin de evitar el consumo.

Una recaída no es un fracaso en dicho proceso de recuperación, es una oportunidad para aprender y corregir si se analiza en forma detallada el proceso por el cual se retornó al uso del alcohol. Hay que enfrentarla con realismo y serenidad sin sobredimensionarlas, pues pueden ayudar al propio alcohólico a concientizar una verdad que a menudo se resiste a reconocer: Su incapacidad crónica para reiniciar un consumo de alcohol con control. (Sandoval, 2004).

3.5.1-Tasas de recaída

La tasa de recaída es muy alta cuando no se realiza ningún tratamiento de acompañamiento a la abstinencia, pues el 90% de los pacientes vuelven a beber en los 4 años siguientes a la interrupción, de ahí la importancia de un seguimiento terapéutico a largo plazo.

(www.senad.gov.br/publicacoes/aspectos/aspec_a4htm) 2008.

Estudios muestran que del 54% de todos los alcohólicos se puede esperar la recaída y que el 61% de ese número tendrán múltiples recaída. No es raro que los adictos recaigan dentro del mes que sigue el tratamiento, ni es poco común recaer 12 meses después del tratamiento; el 47% recae dentro del primer año después del tratamiento.

(www.monografias.com/trabajos/alcoholismo/alcoholismo.shtml) 2008.

Los estudios de seguimiento (recuperación y recaída) indican que aproximadamente un tercio de los pacientes consiguen la abstinencia permanente con su primera tentativa seria en la recuperación. Otro tercio tiene episodios breves de recaída, que resulta eventualmente en abstinencia a largo plazo. Un tercio adicional tiene recaídas crónicas, con recuperaciones transitorias (Gorski, Kelley, Havens, 1993).

Marlatt y Rose dentro del método convencional refieren un porcentaje del 70 al 90% de recaída dentro de tres meses; Armor, Polich y Stambulk refieren una incidencia del 90% de recaídas después de los 18 meses. (Reinecker, 1988).

El 26% de los alcohólicos tratados aún permanecen abstinentes pasado un año, en contraste con la tasa de remisión espontánea del 19% (Gabbard, 1992). Hay razones para estimar que del 10 al 30 % de los alcohólicos aprenden a abstenerse o a limitar seriamente el consumo de bebida, sin recaer y sin cualquier exposición a un régimen de tratamiento formal (Schuckit, 1991).

3.5.2- Causas y factores de riesgos en las recaídas:

Según Marlatt y Gordon las causas principales de la recaída en las adicciones son los estados emocionales negativos, conflicto interpersonal y presión social. Los estados emocionales negativos son situaciones en las que los sujetos experimentan un estado emocional, estado de ánimo o sentimientos negativos, como frustración, ira, ansiedad, depresión o aburrimiento, antes o al mismo tiempo que la ocurrencia del primer desliz. Los conflictos interpersonales son situaciones que incluyen un conflicto actual o relativamente reciente, asociado con cualquier relación interpersonal, como el matrimonio, los miembros de la familia, relaciones en el trabajo, etc. La presión social se refiere a situaciones en las que el paciente responde a la influencia de otra u otras personas que ejercen presión para involucrarlo de nuevo en el consumo de sustancias (Marlatt y Gordon, 1985).

Para Peters los factores de recaída incluyen: habilidades inadecuadas para enfrentar la presión social para el uso de la sustancia; exposición frecuente a las situaciones que lo llevaron al consumo de alcohol en el pasado; recuerdos fisiológicos o psicológicos del uso anterior del alcohol; intento de probar el control personal sobre el consumo; falta de habilidad para enfrentar conflictos interpersonales o emociones negativas (Peters, 1993).

Un aspecto central de este modelo son los factores de riesgo que pueden precipitar una recaída y las respuestas que el sujeto da a estas situaciones. Las personas con respuestas ineficaces a estas situaciones experimentarán falta de confianza que junto con las

expectativas positivas por el consumo de alcohol pueden provocar un consumo del mismo, generando sentimientos de culpa que con el efecto positivo del alcohol le inducirá a seguir bebiendo.

Estos factores son de dos clases:

- ✓ Determinantes inmediatos. Se refiere a las situaciones de alto riesgo como estados emocionales negativos, que pueden ser causados por percepciones intrapersonales ante ciertas situaciones o como respuestas al ambiente; situaciones de conflicto interpersonal; situaciones de presión social y estados afectivos positivos, como celebraciones. Después sucede el desliz que es el consumo ocasional de alcohol que puede no conducir a una recaída, pero es un riesgo muy grande.
- ✓ Antecedentes ocultos: El estilo de vida que lleva el paciente o el nivel de estrés al que está sometido pueden conducir a que el sujeto se ponga en situación de riesgo. Otros antecedentes ocultos son determinados factores cognitivos como racionalización, negación y deseo de gratificación inmediata, que pueden provocar mayor vulnerabilidad ante el alcohol.

Frecuentemente después del desliz como se menciona en los factores determinantes inmediatos, suelen aparecer sentimientos de culpa que junto a las expectativas positivas del alcohol inducen al consumo del tóxico que finaliza en la recaída. Han descrito una reacción que llaman el efecto de la violación de la abstinencia; esta reacción se centra en la respuesta emocional que el sujeto tiene ante el desliz. Las personas que atribuyen el desliz a un fracaso personal experimentan ansiedad, depresión, sentimientos de culpa que les puede inducir al consumo de alcohol; los sujetos que atribuyen el desliz a una incapacidad de controlarse recaerán con más frecuencia que los que piensan que ha sido por ser ineficaces en el manejo de las situaciones; estos piensan que de los errores se puede aprender (Marlatt – Gordon, 1985).

Un concepto fundamental para comprender el proceso de recaída es el llamado efecto de violación de la abstinencia. Este efecto se compone de dos elementos cognitivos claves: la disonancia cognitiva (conflicto y culpa) y un efecto de atribución personal (culparse a

uno mismo como causa de la recaída), así como algunas veces la anticipación de los efectos positivos en relación al tóxico. La combinación de estos tres componentes predispone al sujeto a una recaída total. (Marlatt- Gordon, 1985).

Un factor de riesgo es algo que hace que sus probabilidades de contraer una enfermedad o condición aumenten. Los alcohólicos se enfrentan en su cotidianidad a situaciones, conductas o elementos que incrementan o favorecen la recaída. (<http://www.alcoholics-anonymous.org/>).

Por lo tanto, existen factores protectores que son elementos en constante interacción pueden contribuir a reducir razonablemente, las posibilidades que aparezcan problemas asociados con el consumo, apoyando el desarrollo del individuo, dado que sirven como amortiguadores o moderadores de los factores de riesgo.

Según (González, 2004) señala los siguientes factores de riesgos que condicionan la recaída, entre ellos:

- Problemas familiares graves, en que existe una falta de vinculación afectiva con la familia y en que los miembros de la familia hacen abuso del alcohol especialmente en cuyos padres y hermanos son alcohólicos, que trae como consecuencia la desintegración familiar, en la cual la inadecuada comunicación y la excesiva presión entre los miembros de la familia favorecen a la recaída y donde no ha existido reconocimiento, aceptación, identificación, comprensión y orientación familiar. Los problemas más frecuentes relacionados con el consumo de alcohol en las recientes investigaciones son referidos a alteraciones de los problemas de la familia la cual no se involucra en la vida de sus miembros, donde a la vez existen modelos e historia familiar de consumo, con un clima familiar que ha estado en presencia de disfuncionalidad familiar, violencia intrafamiliar y en que el sistema disciplinario ha sido permisividad- autoritarismo.

- Problemas individuales: Podemos mencionar: baja autoestima, escasa capacidad para tomar decisiones, dificultad para expresar emociones, pocas alternativas para usar positivamente su tiempo libre, la

impulsividad, la necesidad de aceptación, el sentido de invulnerabilidad, la inseguridad, el no tener un sentido de pertenencia, la no auto aceptación, la forma de enfrentar los problemas personales y de manejar la tristeza, la frustración, la soledad, las críticas, los duelos y los retos, falta de metas personales y de un proyecto de vida, falta de habilidades comunicativas y sociales, como la asertividad y la empatía, percepción del consumo de alcohol como algo no dañino y / o creencias positivas sobre el mismo, alienación y rebeldía.

- Sociales: El tipo de amistades, la influencia perjudicial de amigos bebedores que ejercen presión hacia el consumo en que las actitudes y valores grupales son favorables al consumo, el impacto de los medios de comunicación, la aceptación del alcohol como droga legal, los patrones socioculturales de consumo, la influencia de micro grupos, las ocupaciones solitarias, o aquellas que impliquen alejamiento de la familia.

Existe una clasificación de situaciones de riesgo que pueden provocar las recaídas: (Knapp, Bertolote y cols, 1994)

Grupo I- Manejo de emociones difíciles: depresión, ansiedad, preocupación, culpa, soledad, vergüenza, timidez, inhibición, humillación, confusión, frustración, etc.

Grupo II- Manejo de situaciones difíciles: compromisos en reuniones sociales, enfrentar una mala noticia, iniciar o terminar una relación de pareja, enfrentar el hecho de que los amigos consumen, discusiones en el seno familiar, etc.

Grupo III - Manejo de diversión o placer: Conmemoraciones de fiestas y celebraciones, sentirse eufórico, cuando algo bueno sucede, cuando sale de paseo, recibir dinero, estar con los amigos o pareja bebiendo, etc.

Grupo IV- Manejo de problemas físicos y psicológicos: insomnio, dolores físicos, problemas sexuales, enfermedades propias, muerte de familiares, pensamientos desagradables, miedos diversos, sentimientos de soledad, etc.

Grupo V- Manejo de consumo de alcohol: cuando termina el trabajo, cuando tiene la bebida cerca, cuando ve a las personas bebiendo, cuando los amigos le ofrecen bebida, cuando visita a ciertas personas o las recibe en la casa, cuando siente deseos de consumir en situaciones en las que bebía, etc.

Grupo VI- Manejo de tratamiento: considerar que el camino es largo para recuperación, creer que progresa poco o que es más difícil de lo que imaginaba, creer que no va a ser capaz de vivir sin alcohol, ausencia de metas y objetivos en la vida, intentar de nuevo beber, beber para valorar el autocontrol, creer que la familia o el terapeuta no está ayudando, etc.

Aunque no esten aquí todas las situaciones de riesgo posibles para una recaída, el manejo de estas situaciones contribuirá al manejo de otras. La auto-eficacia es la habilidad que la persona tiene para enfrentar situaciones de riesgo, sin usar el uso de alcohol.

Según (www.cptin-ar.org/modules) los síntomas que indican una recaída incluyen: agotamiento, falta de honradez, impaciencia, discusiones, depresión, frustración, lástima por si mismo, descuido de la disciplina, uso de sustancias químicas para alterar el humor. La persona debe también hacer importantes modificaciones en su estilo de vida para conseguir su recuperación (Knapp, Bertolote y cols. ; 1994).

Algunas orientaciones (www.drcomillot.com/vicios) que pueden ayudar a prevenir una recaída son:

Evitar las situaciones que se asocian con el alcohol; no pasar tiempo con amigos que beben demasiado; explicar a la familia que va a dejar de beber y solicitar su ayuda; substituir la dependencia de alcohol por otras actividades más placenteras y saludables; realizar una revisión y pedir al médico consejos para la alimentación y los suplementos necesarios para una recuperación física; si se tiene una recaída, no usar como escape para abandonar todos los progresos. Pensar con cuidado e identificar que es lo que e provoca la recaída y como se puede reagrir en forma diferente la próxima vez.

En www.prodigyweb.net.mx/galaxis/risco, se propone que una recaída está siempre presente debido a diferentes factores como son: Sostener una conducta deshonesto y de ocultamiento emocional, disfunción familiar, falta de un programa de contenido espiritual, el llamado síndrome dos días de descanso (¿qué hacer?); la confianza excesiva no cura, el arrepentimiento y vergüenza por la conducta pasada; incapacidades de sustentar el tratamiento psiquiátrico, dificultades para relacionarse en la nueva vida aceptando la condición anterior; dificultades laborales y legales, posibilidades de retornar a la bebida.

Los factores que precipitan la recaída pueden agruparse en tres grupos: (Chama y colbs.; 2003)

1. Emociones negativas, siendo éstas el factor predominante y antecedendo al primer consumo.
2. Presión social con atribuciones negativas.
3. Síntomas de abstinencia unida a estímulos e incitaciones como precipitante.

3.5.3 - Síntomas de recaídas

Existe una lista de síntomas de recaída, relatados por algunos miles de alcohólicos, observados antes del primer trago y que van de los más perturbadores. Es probable que ninguna recaída presente todos los síntomas, pero es frecuente la presencia de muchos, en una sucesión de gravedad.

Gorski e Miller, en su libro *Conselling for Relapse Prevention* (citado por Duringer en planeta.terra.com.br/arte/cordel/alcoolismo07.htm) lista una serie de síntomas de recaída. Es probable que en una recaída no se presenten todos estos síntomas, pero sí la presencia de varios: Estos síntomas se presentan en un proceso o fases descritos por Gorski y Miller:

Fase 1- Señales internas de aviso de recaída: dificultades para pensar, en lidiar con sentimientos y emociones, en enfrentar el estrés, en dormir tranquilamente, sentimientos de vergüenza. , culpa, desesperanza, etc.

Fase 2- Regreso a la negación. Los síntomas más comunes son: preocupación sobre el bienestar, negación de preocupación.

Fase 3- Impedimentos y comportamientos defensivos. Los síntomas más comunes son: considerar que nunca más beberá, preocuparse por los demás en vez de por sí mismo, estar a la defensiva, tendencia a la soledad, impulsividad.

Fase 4- Construyendo la crisis. Las señales de aviso más comunes que ocurren en este período son: visión de túnel, depresión secundaria (leve), dejar de planificar de forma constructiva, los planes comienzan a fallar.

Fase 5- Inmovilización. Los síntomas más comunes son: devaneos e ilusiones, sentimientos de que nada puede ser solucionado, deseo inmaduro de ser feliz.

Fase 6- Confusión y super- reacción. Las señales de aviso más comunes son: período de confusión, irritación con los amigos.

Fase 7- Depresión. Las señales más comunes son: hábitos alimentarios irregulares, falta de iniciativa, sueño irregular, pérdida de la rutina diaria, período de profunda depresión.

Fase 8- Pérdida del control del comportamiento. Las señales de aviso más comunes en esta fase son: participación irregular en las reuniones de tratamiento y en Alcohólicos Anónimos, desarrollo de una actitud de no tener nada que ver con la situación, rechazo abierto a la ayuda, falta de satisfacción con la vida, sentimientos de impotencia, etc.

Fase 9- Reconocimiento de pérdida de control. Las señales son: autocompasión, pensamientos de beber socialmente, mentiras conscientes, pérdida completa de la autoconfianza.

Fase 10- Reducción de opciones. Las señales de aviso más comunes son: resentimientos insensatos, marcada soledad, frustración, ira y tensión, pérdida del control del comportamiento.

Fase 11- Vuelta al uso de la sustancia o colapso físico y emocional, vergüenza.y culpa, pérdida del control, problemas en la vida y de salud.

En el mismo sentido, Jungerman y Laranjeira destacan que es importante encarar la recaída no como un hecho aislado. La recaída debe ser considerada como um estado de transición, que puede o no ser seguido de una mejoría. La recaída es parte del proceso de cambio, y muchas veces, ésta es hasta esencial para que la persona pueda aprender con la experiencia y recomenzar de una forma más consciente.

3.6-Tratamiento al alcoholismo. Prevención de Recaídas (PR)

El tratamiento de las adicciones ha cobrado una enorme relevancia en las últimas décadas y la demanda de tratamiento no ha dejado de crecer por los problemas causados.

La prevención de la recaída fue creada en los años 80 por G. Alan Marlatt y colaboradores, basándose en principios de la Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura y ha tenido desarrollos posteriores a cargo de otros autores como Washton y Gorski. (Suárez P. Programa Cambio. Roma 650, 1999)

El problema está en que la situación se mantiene en un nivel estable, o en fase de crecimiento y cada vez se habla de un trastorno crónico o caracterizado por las frecuentes recaídas, lo que lleva a tener que plantear programas de tratamientos complejos y a largo plazo (Becoña y Vázquez, 2001)

El éxito del abordaje psicológico de las adicciones ha estado en que el mecanismo explicativo es primeramente social, en segundo lugar psicológico y en menor grado biológico (Becoña, 1999). Esto no significa que unos elementos sean menos relevantes que otros, pero si que esta es su graduación. Como sobre el elemento social es difícil intervenir, porque corresponde al desarrollo natural de las sociedades, modulado por su sistema cultural previo, económico y político actual, la intervención sobre la conducta, sobre el comportamiento del individuo en su contexto más cercano, se ha convertido en el campo de trabajo más relevante para ayudar especialmente a las personas que tienen problemas de adicción a sustancias.

Además, en el caso de las adicciones, la mejor explicación es la psicológica. Sin embargo, desde una explicación macro, el entorno social, la cultura y el tipo de vida actual en muchas ocasiones está en la base del trastorno. La evolución del individuo a lo largo de la historia evolutiva y genética, nos permite a la mayoría de los individuos tener la capacidad de afrontar adecuadamente las distintas adicciones, y superarlas.

En los últimos años se han hecho grandes esfuerzos y un buen número de investigaciones para conocer mejor este tipo de conducta adictiva. Ello ha favorecido el campo del tratamiento lo que ha permitido y favorecido el que hayan surgido, o se hayan aplicado, distintos tratamientos psicológicos y / o farmacológicos, muchos de ellos con una buena evaluación y eficacia (Labrador, Echeburua y Becoña, 2000). Dentro de los tratamientos psicológicos han destacado los tratamientos cognitivos - conductuales, que son el tratamiento de elección para las distintas conductas adictivas y su eficacia del tratamiento psicológico de tipo cognitivo - conductual como por su racionalidad y escaso tiempo de intervención, en comparación con otros abordajes terapéuticos. Pero aun así, hay que saber que en ocasiones el tratamiento puede ser largo y lleno de avatares, porque la recaída es una de sus características definitorias.

Según una investigación que aparece en la última edición de Alcoholismo (2005), señala que la recuperación de la enfermedad de toxicomanía frecuentemente es un proceso a largo plazo que implica recaídas múltiples antes que un sujeto logre la abstinencia prolongada. Se ha demostrado que muchas terapias de conducta ayudan al sujeto a lograr la abstinencia inicial y a mantener una abstinencia prolongada.

(www.directomed.com/articulo/art/alcoholismo/conducta, 2004).

En los últimos años, se entiende y se trata el alcoholismo desde un enfoque biopsicosocial; por tanto, es necesario abordar todos los aspectos implicados en esta enfermedad (Ventura; 2000). La propuesta de PR es fundamentalmente comunitaria y se ubica en la perspectiva biopsicosocial, proporcionando al sujeto una asistencia interdisciplinar, tanto a nivel individual, como de grupo y familiar.

3.6.1- Enfoques, conductas y estrategias en la PR

El enfoque psicológico actual es Cognitivo - Conductual y Socio - Educativo, contribuyendo al cambio y aportando técnicas concretas; operativas y susceptibles de ser medidas bajo parámetros científicos. Este modelo favorece la modificación de creencias, hábitos y actitudes de las personas dependientes del alcohol y de su entorno social, pasando incluso de actitudes pasivo - punitivas a la adopción de roles mucho más participativos, constituyéndose en agentes activos de su propio proceso de curación y mantenimiento de hábitos más saludables (Ewan M, Rollnick S y Saunders S. Routledge, 1992).

En la actualidad existen varios ejemplos de diferentes enfoques y componentes de los tratamientos que han sido desarrollados y examinados para medir su eficacia a través de investigaciones (<http://www.nida.nih.gov> 2005). Cada uno de estos enfoques está diseñado para tratar ciertos aspectos de la adicción y sus consecuencias para el individuo, la familia, y la sociedad.

La prevención de recaídas (PR) es una herramienta que ha demostrado ser muy eficaz en el tratamiento de personas que intentan poner fin a una conducta adictiva. Inicialmente desarrollada en el trabajo con alcohólicos y otros abusadores de sustancias.

Una terapia que se usa con frecuencia es la PR por medio de la conducta cognoscitiva, en la que se le enseña al sujeto nuevas formas de actuar y de pensar que lo ayudarán a mantenerse distanciado del alcohol.

Lo que aquí se sostiene es que, más allá de las características de personalidad que sin duda determinan la conducta, es posible aprender estrategias de evitación y enfrentamiento que pongan en juego nuevas habilidades a fin de prevenir con éxito las recaídas.

El enfoque de PR para el tratamiento de la adicción al alcohol consiste de una serie de estrategias que sirven para realzar el auto control. Entre las técnicas específicas están la exploración de las consecuencias positivas y negativas del uso continuado de alcohol, la auto vigilancia para reconocer los deseos por consumir lo más pronto posible y poder

identificar las situaciones de alto riesgo causadas por el uso de alcohol y el desarrollo de estrategias para que el individuo se pueda enfrentar y evitar las situaciones de alto riesgo. Un elemento céntrico de este enfoque es poder anticipar las dificultades que los sujetos puedan encontrar y ayudarles a desarrollar estrategias efectivas para hacerle frente a estos problemas.

El modelo de PR, se fundamentan, en su gran mayoría, en las teorías del aprendizaje social y el concepto de autoeficacia de A. Bandura. Hay que destacar el modelo desarrollado por Marlatt y Gordon en 1985, siendo utilizado ampliamente en los últimos años en el tratamiento del alcoholismo. (Cuadrado 1998). “La teoría del aprendizaje social se fundamenta en el sistema de roles, la identificación y la interacción humana. Una persona puede aprender imitando a otra, pero hay también involucrados factores personales. Es poco probable que se produzca un comportamiento imitativo hacia una persona que, por algún motivo, desagrada al sujeto. Los teóricos del aprendizaje social combinan las teorías de condicionamiento clásico y del condicionamiento operante. Por ejemplo, aunque la observación de modelos sea un factor esencial en el proceso de aprendizaje, esta imitación se puede ver reforzada o recompensada si dichos comportamientos llegan a incorporarse al repertorio personal”.

“El aprendizaje perceptual, social, por imitación u observacional, es un proceso por el cual un individuo logra realizar una conducta nueva o alterar la frecuencia de una previamente aprendida, por la observación de modelos. Si bien este fenómeno fue conocido desde los comienzos de la psicología del aprendizaje (por ejemplo, Miller y Dollard, 1941), es Bandura quien, a partir de los '60, establece algunas de las condiciones necesarias y suficientes para el aprendizaje imitativo. Entre ellas están que el modelo debe recibir reforzamiento por lo que realiza, que haya similitud entre modelo y observador, que el modelo tenga prestigio ante el observador, que el observador tenga los componentes de la respuesta a ejecutar y que el imitador reciba también reforzamiento por la imitación”. (Mustaca A, 1997. Pág. 81).

El modelo de PR considera a las adicciones como un hábito adquirido que puede cambiarse aplicando los principios del condicionamiento clásico, operante y vicario. Además da una gran importancia a los factores cognitivos implicados en la recaída. Las estrategias de PR prevención de la recaída se orientan a anticipar y prevenir la

ocurrencia de recaídas después del tratamiento y a como ayudar a los sujetos a afrontar la recaída si se produce.

Si la persona es capaz de ejecutar una respuesta de afrontamiento eficaz en una situación de alto riesgo, la probabilidad de recaída disminuye. Al afrontar exitosamente una situación de alto riesgo es probable que la persona experimente una sensación de dominio y percepción de control, generándose una expectativa de ser capaz de afrontar eficazmente otras situaciones de riesgo que se le van presentando (autoeficacia). Si esto se repite adquirirá una mayor percepción de control y disminuirá la probabilidad de recaída. Si, en cambio, no es capaz de afrontar con eficacia una situación de alto riesgo, y si tiene una expectativa positiva de volver a consumir el tóxico o de volver a realizar la conducta adictiva, aumenta la probabilidad de recaída.

Hay tres principales estrategias para utilizar en los procesos PR: la aproximación de apoyo social; la aproximación de cambio de estilo de vida y la aproximación cognitiva conductual. Las técnicas cognitivo - conductuales para la prevención de la recaída son las más eficaces. Se orientan a aumentar la autoeficacia, mejorar el control de impulsos, favorecer la reestructuración cognitiva y mejorar las estrategias de toma de decisiones. Las estrategias dirigidas al cambio en el estilo de vida están dirigidas a fortalecer la capacidad global de afrontamiento del sujeto y a reducir la frecuencia e intensidad de los impulsos y deseos irresistibles de beber que a menudo son el producto de un estilo de vida desequilibrado.

Las principales estrategias utilizadas son: discusión de la ambivalencia del paciente, identificación de desencadenantes emocionales y ambientales del deseo y consumo de alcohol, desarrollo de habilidades para afrontar el estrés interno y externo, análisis de las consecuencias del consumo y aprendizaje de los episodios breves de recidiva para que la prevención sea capaz. (Larimer M, Palmer S, Marlatt G. 1999).

En esencia, la PR consiste en un programa diseñado para ser implementado por el paciente con el fin de fortalecer la etapa de mantenimiento en el proceso de cambio de una conducta específica. Su objetivo principal consiste en enseñar al sujeto como anticipar y enfrentar el problema de la recaída.

A diferencia de otros modelos de conceptualización de las adicciones, los teóricos del modelo de prevención de recaídas consideran a éstas como el resultado final de un complejo proceso de aprendizaje. Una conducta adictiva es definida como un patrón de hábitos sobre aprendidos que apuntan a la gratificación inmediata y que conllevan consecuencias negativas a largo plazo.

Habitualmente estas consecuencias negativas tienden a ser subestimadas o negadas mientras que la perspectiva de la gratificación se destaca en primer plano. El considerar a la adicción como algo aprendido implica que la persona no está condenada a soportar pasivamente un mal congénito sino que puede activamente desarrollar estrategias eficaces para no incurrir en dichas conductas.

En la conceptualización de Marlatt, es importante destacar algunas definiciones de la conducta adictiva:

En realidad lo que sucede es que la persona ha ido tomando toda una serie de pequeñas decisiones, cada una de las cuales la ha acercado más a ese último suceso donde la recaída es casi inevitable. La negación y la racionalización de lo sucedido sumadas a que por ser pautas de conducta aprendidas y sostenidas durante mucho tiempo presentan hoy una apariencia de “automáticas”, hacen que se refuerce la idea de la adicción como algo inherente al sujeto, imposible de ser cambiado.

Marlatt diferencia entre un modelo blanco / negro y un modelo de “Zona Gris” a la hora de enfrentar el problema de las recaídas en el proceso de recuperación y rehabilitación. El modelo blanco / negro, distingue únicamente entre la abstinencia, definida como ningún consumo de sustancia, y la recaída, definida como cualquier consumo de sustancia. De acuerdo a este modelo cualquier acto que implique la más mínima violación al sistema de reglas auto impuesto con el objetivo de sostener la abstinencia, implica una recaída. Así la línea que separa al éxito del fracaso es muy angosta y esta siempre al alcance de la mano. De esta manera la persona está a cada momento enfrentada a una situación de todo o nada.

El autor propone un modelo alternativo que consiste en incorporar a este modelo una “zona de transición”, entre la abstinencia y la recaída, a la que nombra como “caída”,

“error” o “desliz” y la define como el momento de la primera trasgresión de las reglas que puede o no llevar a la recaída. La recaída será entonces los efectos posteriores a esta primera “caída”, en los cuales la conducta puede incrementarse hasta el nivel de base previo al tratamiento. Lo que la persona haga o deje de hacer y su forma de entender este proceso influirá sobremanera en que la recaída se evite o tenga lugar.

3.6.2- El efecto de violación de la abstinencia (EVA).

En este proceso de recaída entra en juego lo que Marlatt ha conceptualizado como el Efecto de Violación de la Abstinencia (EVA), caracterizado por la aparición de culpa, conflicto, sentimientos de auto atribución del fracaso y una crisis en la motivación para el cambio. Como requisito previo para el desarrollo del EVA la persona debe haber estado seriamente comprometida a sostener la abstinencia.

La intensidad del EVA será proporcional al grado de compromiso y / o esfuerzo desplegados en pos de la abstinencia, a la duración de la misma y al valor subjetivo de la conducta en cuestión.

En otras palabras, la persona que cree en el modelo blanco / negro para la recuperación de una adicción tendrá la tendencia a vivir como un fracaso absoluto cualquier error que cometa.

En casi todos los casos, las primeras semanas o meses de sobriedad son un período de cambios y progresos rápidos. La persona rehabilitada debe aprender a vivir; uno de los mitos más dañinos que rodean la adicción es la creencia de que si el alcohólico deja de beber, todos los problemas desaparecerán. Debido a la rapidez con que la adicción progresa después de la recaída, es importante que la familia actúe rápidamente (<http://www.ncadd.org>).

La capacidad de afrontamiento de las situaciones de riesgo es un factor muy importante en la prevención de la recaída y junto al cambio de estilo de vida y a la concienciación constituyen la triada de PR. (Jiménez M, Monasor R, Jiménez - Arriero MA, Ponce G, Rubio G. 2003).

Las técnicas psicoterapéuticas son esenciales actualmente en la PR en alcohólicos. Las investigaciones indican que los sujetos logran mantener las habilidades que aprenden a través de la terapia de PR aún después de haber completado el tratamiento. En uno de los estudios, la mayoría de los sujetos que recibieron este método de tratamiento de comportamiento cognitivo mantuvieron los éxitos que habían conseguido en el tratamiento durante el año siguiente al mismo (Carroll, K.; Rounsaville, B.; Nich, C.; Gordon, L.; Wirtz, P.; and Gawin, F.1994).

3.7- Modelos análogos de tratamientos.

En el campo del tratamiento de adultos con problemas de adicción al alcohol, suele considerarse la motivación del cliente para el cambio. El modelo transteórico enfatiza las principales razones por las que la motivación para el cambio es fundamental para un tratamiento exitoso y que cada etapa de disponibilidad para el cambio es asociada a distintas estrategias de consejería adecuadas para el tratamiento.

Actualmente se aplican varios modelos de tratamiento para personas que abusan del alcohol y de otras sustancias, existiendo consenso sobre algunas líneas generales que deben seguir estos programas, como son, la adscripción a un enfoque biopsicosocial, el desarrollo de un equipo de trabajo interdisciplinario, la inserción del sujeto en la comunidad y la participación de la familia en el tratamiento. Estos modelos de intervención suelen ser prolongados y estructurados, incluyendo las siguientes etapas (Florenzano R, Pérez V & Carrasco E.1999)

- A) *Contacto y motivación.*
- B) *Admisión y supresión del alcohol.*
- C) *Adhesión al tratamiento y mantención de la abstinencia.*
- D) *Reinserción social y prevención de recaídas.*

3.8- Etapas en el mecanismo de cambio según Prochaska, Di Clemente y Norcross.

Inicialmente, nos parece apropiado explicar el modelo teórico de Prochaska y Di Clemente, bastante utilizado en la actualidad. Este modelo considera que el cambio se realiza a través de un proceso, y para ello, la persona pasa por diferentes estadios.

Criterios basados en mecanismos de cambio (Prochaska, Di Clemente y Norcross,1992), llaman la atención sobre el proceso inevitable para ayudar a un paciente adicto en cualesquiera de sus modalidades, e insisten en que no se trata de un mecanismo súbito de cambio del consumo de abstinencia, sino de una transformación gradual que se manifiesta clínicamente por las etapas siguientes:

Etapa Precontemplativa: Los sujetos no consideran necesario el cambio, pues no ven un problema que lo haga necesario. Generalmente esto se observa en sujetos traídos por familiares contra su voluntad o que consultan por otra razón y se les diagnostica un problema de dependencia de alcohol. La fase precontemplativa, la cual coincide con lo que otros autores denominan la luna de miel con el tóxico; durante dicha etapa el sujeto es un toxicómano egosintónico y existe una notable resistencia a reconocer el problema y a tratar de modificarlo.

Etapa Contemplativa: En ocasiones, factores como muerte de un familiar, riesgo de pérdida de trabajo, pareja o familiar inician la motivación al cambio. Si bien los sujetos contemplan la necesidad del cambio y puede que aún se digan a sí mismos “debería dejar de beber...” Estos sujetos pueden ser ayudados a modificar y aumentar su motivación por el cambio intentando lograr una colaboración o alianza terapéutica desde las primeras sesiones. En esta fase, en la cual se ha logrado la egodistonia, se considera el problema y se esboza el interés por su solución (empieza la llamada luna de hiel, según otros autores).

Etapa de Decisión y acción: En esta etapa nos encontramos con personas que se proponen firmemente el cambio y toman acciones específicas que lo indican, por ejemplo, botan el alcohol, consultan solicitando ayuda o inician una desintoxicación. Esta fase es de relevante significación, donde el sujeto logra modificaciones notables en su estilo de vida.

Etapa de Mantenimiento: El cambio inicial ya se produjo y se encuentran manteniendo la conducta de abstinencia y evitando las recaídas.

Etapa de Recaída: Esta etapa fue considerada durante muchos años como el fracaso del tratamiento, otorgándole un estigma a la terapia de las adicciones que no poseen otras enfermedades crónicas que presentan recaídas en su evolución. El resultado del tratamiento depende de que se haga con las recaídas, por lo que resulta de gran importancia considerarlas como una etapa más del proceso. Si bien intentamos evitarlas al máximo, cuando ellas suceden, debe aprovecharse la ocasión para reevaluar y aprender en que falló la estrategia propuesta.

El aporte más práctico del trabajo de Prochaska y Di Clemente es que lograron identificar los enfoques terapéuticos que son más efectivos en cada etapa. Para el estadio precontemplación y contemplación, la terapia puede ser psicodinámica, experimental y cognitiva. En cambio para las fases de preparación y acción, sugieren terapia de comportamiento o existencial.

La abstinencia del alcohol no es la finalidad del tratamiento alcohólico, es el objetivo inmediato e imprescindible que facilita el reaprendizaje para conocer y adaptarse al disfrute de un nuevo estilo de vida. Es conveniente comprender que, para el alcohólico, dejar de beber y plantearse un nuevo estilo de vida, significa pasar profundas crisis de identidad; la condición de ser alcohólico acompaña al individuo en sus ideas, en sus sentimientos, en su autovaloración y en sus conductas; tiene que modificar su jerarquía de motivaciones e intereses, desarrollar habilidades sociales en la comunicación consigo mismo, con la familia, con las amistades nuevas y antiguas, cambiar comportamientos, replantearse las perspectivas del tiempo, rompiendo con su pasado angustioso, enfrentando su presente incierto y novedoso, así como un futuro que aún no sabe como construir, pues ha de buscar un nuevo sentido a su vida. (González R, 2004).

Todo el proceso puede durar de 3 a 6 meses. La gran prueba para comprobar la efectividad del cambio es la estabilidad de este nuevo estado por años, y que en el proceso de cambio, se llama mantenimiento. Pero no todas las personas se mantienen en este estadio, ya que muchas acaban recayendo y teniendo que recomenzar el proceso nuevamente. No siempre este recomienza por el estadio inicial. De cierto modo, la recaída es parte del proceso de cambio, y muchas veces es esencial para recomenzar.

Los sujetos deben ser entrenados en desarrollar respuestas de manejo de situaciones de alto riesgo, autoconocimiento y cambio a un estilo de vida sin alcohol, hechos centrales para este proceso. Deben entrenarse también en conocer las consecuencias de una recaída al violar la abstinencia, ya que esta genera culpa, la que los lleva a seguir usando la sustancia para olvidar. Debido a esto, los sujetos deben ser preparados para afrontar estas situaciones, para decidir adecuadamente que hacer en el momento preciso. También es importante reconocer el camino que lleva una recaída y como practicar técnicas alternativas que ayuden a evitarla.

El tratamiento de los problemas ocasionados por el consumo es siempre un proceso interdisciplinar que evoluciona y que debe ser abordado de forma globalizada. Las intervenciones terapéuticas se dirigen a la consecución de una perfecta adaptación de la persona a un estado físico y psicológico sin consumo de alcohol, abandonando los hábitos asociados al consumo y sustituyéndolos por otros incompatibles con el consumo.

El programa de intervención psicológica de la Asociación de Alcohólicos Rehabilitados de L'Horta Nord (AHNAR) ([http: www.ahnar.org/atencion.php-inicio](http://www.ahnar.org/atencion.php-inicio)) se ha organizado en varias fases que abarcan desde la acogida hasta la reinserción, pasando por la desintoxicación y la deshabitación psicológica.

3.9- Fases del tratamiento en la prevención de recaídas.

Fase motivacional: Esta fase comprende un periodo, más o menos dilatado, que se extiende desde que se establece el primer contacto hasta la consolidación de la abstinencia. Dentro de esta fase se incluye: La “Evaluación Psicológica”, las “Entrevistas Clínicas y Motivacionales” para lograr la abstinencia. Las entrevistas se caracterizan por las intervenciones en crisis y cuyo objetivo primordial es el de concienciar y fomentar la motivación del recién llegado al tratamiento de desintoxicación y deshabitación, y paralelamente proporcionar los primeros datos sobre la conciencia de enfermedad y motivaciones previas al tratamiento, apoyo familiar y situación socio - laboral.

La desintoxicación es el cese temporal del ciclo de la adicción. Es el mantenimiento de una vida abstemia y el restablecimiento completo de la salud que requiere una asistencia continuada y un apoyo a largo plazo, entendiéndose que va dirigida a ayudar al sujeto ajustando las demandas psicológicas que este presenta; el apoyo psicológico no solo al sujeto, sino también a la familia ya que es necesario informar y orientar a las personas sobre las conductas apropiadas y el establecimiento de estrategias para lograr el mantenimiento de dichas conductas.

Fase de deshabitación psicológica; Esta fase comienza cuando se ha consolidado la abstinencia; desde el modelo teórico escogido las estrategias se centran en técnicas cognitivo - conductuales.

Es aquí en que se pretende proporcionar al sujeto los conceptos necesarios para que comprenda y asuma “su” problema con el alcohol y también la modificación de hábitos inapropiados por otros más saludables, consiguiendo así tanto la abstinencia deseada como, el aprendizaje de habilidades y estrategias que mantengan al sujeto alejado del consumo; reestructuración de su entorno, manejo de ansiedad, habilidades personales, afrontamiento de situaciones de riesgo, etc.

Fase de Reinserción Social y Mantenimiento: Esta fase comienza una vez finalizada la deshabitación. Generalmente es una fase que se incluyen los grupos de autoayuda, la participación en actividades socioculturales, el apoyo a las actividades comunitarias organizadas por otros recursos de reinserción socio - laboral.

Desde los estudios de (Miller y colaboradores) realizados entre 1984 y 1992, podemos afirmar que en este campo ha habido un avance considerable, que se puede concretar en los siguientes puntos:

- 1) Es muy importante la motivación del paciente y terapeuta para conseguir la abstinencia. En el caso del paciente no hay que desdeñar las medidas de coerción (familiares, sociales, legales, laborales) que se pueden ejercer sobre éste para iniciar el tratamiento; algunos autores buscan y manejan adecuadamente este tipo de situaciones. En el caso del terapeuta su escasa motivación le impide ver la enfermedad, o desconfía de la capacidad del paciente, o le reprocha las oscilaciones propias de esta enfermedad o siente desmoralización ante este tipo de patología.

- 2) Hay unos elementos comunes en todo tipo de intervención psicoterapéutica. Estos tienen como finalidad establecer y mantener una buena relación terapéutica.
- 3) La duración del tratamiento y / o seguimiento está en la relación directa con el resultado terapéutico.

Tratamiento Aversivo: En esta técnica se castiga la conducta desadaptativa y consiste en presentar consecutivamente el consumo de alcohol con experiencias aversivas con el objetivo del mantenimiento de la abstinencia; (choque eléctrico y fármacos); los estudios sobre su eficacia no arrojan resultados contundentes a la hora de reducir o suprimir el consumo de alcohol en los sujetos, (Monasor, Jiménez, Rubio, 2000).

Contratos de Contingencias: Es una estrategia destinada a estimular el cambio de conducta mediante la concesión de recompensas si el paciente cumple los objetivos del tratamiento o por el contrario se emplean medidas punitivas si el paciente desarrolla una conducta no deseada.

Terapia de Refuerzo Comunitario (Cra): Consiste en dar incentivos a los sujetos alcohólicos para que dejen el alcohol y conseguir su recuperación, mediante el aprovechamiento de los recursos sociales, familiares, de empleo y diversión; como hace mucho hincapié en los aspectos sociales, es muy útil en pacientes con el mayor grado de exclusión social, minorías étnicas, etc. Es un programa terapéutico de amplio espectro y además es compatible con cualquier otro tipo de intervención.

Terapia de Pareja/ Familia: Es común comprobar que la dependencia del alcohol provoca conflictos de pareja y situaciones familiares complicadas como discusiones, aparición de celos, separación, divorcio, violencia y agresividad. Por otra parte la familia juega un papel importante en el inicio y mantenimiento de esta enfermedad; las relaciones deterioradas de pareja pueden mantener el consumo de alcohol pues éste puede tener funciones adaptativas, como facilitar la expresión de sentimientos o el contacto interpersonal; en la abstinencia, los conflictos pueden persistir y pueden precipitar una recaída.

Grupos de autoayuda: Los grupos de alcohólicos anónimos fueron fundados en 1935 en Akron (Ohio) por William (Bill) Wilson y Robert Smith, con el objetivo de ayudar en la recuperación de las personas con esta enfermedad.

Todos organizan reuniones con diferentes modelos o formatos; el desarrollo y dirección de la reunión varía ampliamente entre los diferentes grupos, además todos editan publicaciones periódicas. Una parte muy importante de los grupos es la ayuda del compañero o padrino; éste más veterano ayuda y comparte su experiencia con las personas más noveles.

Terapia de Grupo: Para muchos autores la terapia de grupo es el método de elección en el tratamiento del alcoholismo; sin embargo, no existe una técnica específicamente diseñada para el tratamiento de esta enfermedad, más bien existen múltiples orientaciones teóricas, de manera que podemos afirmar que cada autor dispone de su propia técnica (Monras, 2000); así hay terapias de grupo de orientación dinámica, psicodrama, terapia emocional correctiva de Ellis, psicodrama; cognitiva-conductual.

IV-PARTE ESPECIAL.

4.1- Problema:

¿Cuáles son los factores que favorecen la recaída en los alcohólicos?

4.2- Definiciones operacionales:

Alcohólico: Es la persona que tiene un trastorno de conducta crónico manifestado por repetidas ingestas de alcohol sin control, que produce daño en la salud, en la psique y en el comportamiento social.

Alcoholismo primario: La valoración de un individuo como alcohólico dependerá del cumplimiento de los criterios tóxico y determinista, sin tener una enfermedad psiquiátrica de base.

Recaída: Es un retorno a los niveles de conducta previos al tratamiento.

Factores de riesgo: Es cualquier situación de la vida que coloca en peligro el mantenimiento de la abstinencia ante el alcohol y hace que sus probabilidades de contraer una enfermedad o condición aumenten.

Individuo con problemas de alcoholismo (en recaída): Persona que después de tres meses sin beber alcohol (como resultado de un tratamiento o no) vuelve al consumo anterior.

4.3- Criterios de inclusión para obtener muestra:

Para la conformación de la muestra se tuvieron en cuenta las siguientes variables a controlar:

Edad: Los sujetos deben tener más de 18 años de edad; para que exista una relativa estabilidad de los mecanismos autorreguladores de la personalidad.

Lugar de residencia: Los sujetos deben residir en Ciudad de la Habana.

Escolaridad: Los sujetos deben tener una escolaridad no menor de 9° grado para garantizar la comprensión de las consignas, y de las técnicas en general.

Alcohólicos: Los sujetos tuvieron que cumplir las pautas diagnósticas de alcoholismo, detalladas en el CIE-10.

Persona alcohólica: Todos los sujetos estudiados son alcohólicos y han recibido tratamiento por la enfermedad.

Consentimiento informado del paciente.

Teniendo en cuenta que la vinculación del alcoholismo con otro tipo de droga o conducta adictiva (marihuana, cocaína) constituye un factor importante en el abordaje del proceso de recaída, no fue evaluada esta variable de policonsumo por parte de los individuos ya que lo que se medirá serán los factores que hacen que vuelva a consumir alcohol y por lo tanto tengan como consecuencia una recaída.

4.4- Muestra:

Para la conformación de la muestra se tuvieron en cuenta los criterios de inclusión quedando conformada por 25 sujetos alcohólicas con previo tratamiento de abstinencia que han tenido recaídas y son atendidos en diferentes áreas de salud. Del total 8 sujetos pertenecientes al Centro de Salud Mental del Municipio Centro Habana; 9 sujetos del Municipio Habana del Este (Alamar); 6 sujetos pertenecientes al Municipio Plaza de la Revolución, y 2 sujetos del Municipio 10 de Octubre, todos residentes en Ciudad de la Habana.

Los sujetos concernientes al Municipio de Centro Habana fueron tomados por el especialista que atiende prevención y tratamiento en el centro de salud mental. Los sujetos pertenecientes al Municipio Habana del Este fueron tomados por indicaciones de los médicos de la familia que hacen parte del Policlínico 13 de Marzo. Los sujetos residentes en el Municipio Plaza de la Revolución fueron tomados por recomendaciones

de conocidos y familiares. Los sujetos del Municipio 10 de Octubre a través del médico de familia, a criterio del especialista del centro de salud mental, el cual fue corroborado por nosotros en la entrevista inicial

4.5- Metodología:

Como ya hemos mencionado con anterioridad, nos encontramos ante enormes posibilidades metodológicas para el estudio de la categoría Factores de Riesgo que condicionan la recaída en los alcohólicos. En este caso la metodología utilizada responde a los objetivos de la investigación. Y es fundamentalmente mixta; aunque predomina la metodología cualitativa pues pensamos que es la mejor forma de llegar a los contenidos y procesos que realmente subyacen tras el fenómeno y se obtienen los resultados expresados en porciento (%).

La muestra se dividió por grupos de la forma siguiente:

Grupo de 13 a 20 años (1 sujeto).

Grupo de 21 a 40 años (13 sujetos)

Grupo de 41 a 60 años (11 sujetos)

El sexo: es masculino.

Refiriéndonos a la escolaridad de la muestra, la misma se comportó de la manera siguiente: 9no Grado (8 sujetos), 12mo Grado (15 sujetos), Nivel Superior (2 sujetos).

4.6- Técnicas utilizadas:

En esta investigación utilizamos el enfoque metodológico que predomina en la generalidad de las investigaciones cubanas sobre el tema. El mismo se caracteriza por el empleo, en su mayoría, de técnicas abiertas en busca de informaciones cualitativas que les permita llegar a la esencia del fenómeno. Todas las técnicas se usaron con el propósito de obtener la mayor información posible para determinar cuál o cuáles son los factores determinantes por el cual las personas recaían una vez de haber tenido un tiempo de abstinencia. Esta información nos serviría para después hacer una propuesta de prevención de recaídas nunca antes estudiada en nuestro país.

Así, aplicamos la:

Entrevista: Es de carácter semi- estructurada y consta de 24 preguntas comunes y 5 específicas respectivamente. Las comunes indagan causas y consecuencias del alcoholismo, edades de comienzo, tipo de tratamiento recibido, etc. Las específicas van dirigidas a indagar la historia de las recaídas y conocer los factores que influyen para evitar las mismas.

Cuestionario de Recaída: Elaborado por el autor a partir fundamentalmente de un listado de factores presentados por González (2003), Alonso (1995).

Consta de 50 ítems donde se recogen los factores que pueden dar lugar a recaídas. Los sujetos deben responder verdadero o falso a dichas preguntas. Se les pide que señale los cinco más importantes al final del cuestionario.

Cuestionario Razones para Beber: Elaborado por González (2003) y modificado por el autor con el objetivo de conocer las explicaciones que da el sujeto de su conducta adictiva. Consta de 12 razones con la posibilidad de agregar otras.

Las técnicas (entrevistas, cuestionarios) fueron validados por 3 expertos.

La aplicación de las técnicas con el sujeto se producirá luego de superadas las alteraciones de la conciencia u otras manifestaciones psicopatológicas típicas del síndrome de abstinencia que afecta la comunicación.

La exploración de los factores de riesgo se llevara a cabo en forma abierta como primer paso y después se procederá a mostrar la relación para que el entrevistado seleccione el evento o los eventos que considere relacionados con el origen, factor y la determinación de la recaída. La proposición básica es que los instrumentos se vinculen con los estudios de factores de riesgo psicosociales en la recaída. La idea

El acápite de observaciones recogerá cualquier incidencia destacable.

4.7- Procedimiento de la investigación:

Para la selección de los sujetos, esperar de 15 a 21 días, donde estén eliminados los síntomas propios del síndrome de abstinencia, de manera que existan condiciones adecuadas para realizar la investigación.

Se les solicita su consentimiento y cooperación.

Aplicación de las técnicas en el siguiente orden:

- Entrevista.
- Cuestionario de factores de la recaída.
- Cuestionario de razones para beber.

Antes de comenzar la aplicación de las técnicas, tuvimos un encuentro con el especialista del centro de salud mental encargado de atender a la población estudiada, con el fin de conocer el total de personas que pertenecen a su área, el lugar de ubicación de las viviendas que pertenecen al mismo, así como otras particularidades de interés sobre la población estudiada.

Se utilizó la siguiente consigna: “Soy estudiante de 5° año de Psicología de la Universidad de la Habana, en estos momentos estoy realizando una investigación en esta zona sobre el Alcoholismo, por lo que necesito de su cooperación para conocer su opinión sobre este tema. Esta investigación ayudará en el tratamiento y prevención del alcoholismo. ¿Me ayudaría UD.?”.

Una vez obtenida la aprobación de los sujetos se procederá a la aplicación de las técnicas.

Se realizó la aplicación de las técnicas a través de encuentros individuales con cada sujeto, y en adecuadas condiciones de privacidad tanto en el centro de salud mental como en las casas de los mismos. Esto se llevó a cabo en un periodo de tres meses (octubre a diciembre del 2005)

Estas se aplicaron en el orden siguiente: - Entrevista, - Cuestionario de Factores, y - Cuestionario “Razones para beber”.

Se estudiaron variables como la edad, estado civil, escolaridad salario, años de consumo, diferencia en años entre inicio de consumo y beber en exceso, diferencia en años entre beber en exceso y perder el control, edad de inicio del consumo, edad en la que los sujetos beben en exceso, edad en que se bebe sin control, personas con las que bebe con frecuencia, lugar donde consume.

V- ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

El análisis de los resultados se presentará primero por las técnicas aplicadas y después se realizará una integración de los mismos.

Para dar cumplimiento al primer objetivo pasamos a analizar la Técnica de la entrevista.

Resultados de la técnica de la entrevista.

Cabe señalar que esta técnica de la entrevista es de carácter semiestructurado. La misma indagan causas y consecuencias del alcoholismo, edad de comienzo, tipo de tratamiento recibido, historias de las recaídas; así como los factores que influyen o evitan las mismas.

La edad de los sujetos se ubica entre los 21 – 40 años, que constituye un 52% de la muestra. (Anexos, ver tabla 1 y gráfico 1).

Edad	Sujetos	%
0-20	1	4%
21-40	13	52%
41-60	11	44%

Tabla1: Porcentaje según edades.

En cuanto al estado civil, se evidencia dificultad en las relaciones de pareja; rompimiento de la misma; es importante destacar que la mayoría de estos matrimonios, se encuentran dañados por causas del alcoholismo e incluso en varios de ellos se ha llegado a la agresión física, el factor desencadenante de los divorcios y deterioro en los matrimonios ha sido por causas del alcohol.

Las consecuencias de beber han tenido como resultado problemas con la pareja, en que ha existido violencia y por la incapacidad para dejar de beber, de igual manera problemas jurídicos, estar detenido por la policía por beber en exceso y pérdida de amistades por causa de la bebida. (Anexos, ver tabla 2).

Caracterización	Sujetos	%
Soltero.	11	44%
Casado.	5	20%
Divorciado.	6	24%
Viudo.	1	4%
Unión Consensual.	2	8%

Tabla 2: Estado civil.

El grado de escolaridad refleja que todos los sujetos tienen más de 9° noveno grado de escolaridad. (Anexos, ver tabla 3 y gráfico 3).

Caracterización.	Sujetos.	%
9° Grado.	8	32%
12° Grado.	15	60%
Nivel Superior	2	8%

Tabla 3: Nivel de escolaridad.

En los sujetos más del 70 % trabaja principalmente de custodios y obreros, un 16 % con la ocupación de estudiante, la mayoría de los sujetos ha tenido problemas en el trabajo por causa de su ingestión excesiva de alcohol, incluyendo sanciones, despidos y cambios de puesto. La situación laboral de los sujetos es inestable por la cantidad de ausencias y tardanzas, la cual se manifiesta el día posterior a la ingesta, en que ocurre una desaparición al puesto sin justificación previa, al igual que un cambio progresivo de actitud del sujeto considerado hasta entonces como buen trabajador; comienzan a aparecer discusiones, críticas, pequeñas faltas de las que busca justificarse, variaciones marcadas de humor, cóleras, pérdidas del interés por el trabajo. (Anexos, Ver tabla 4 y gráfico 4).

Los ingresos salariales mensuales en los sujetos pasan los \$240. (Anexos, Ver tabla 5 y gráfico 5). A su vez se destaca que la mayoría viven en apartamento, (Anexos, Ver tabla 6 y gráfico 6). El tipo de familia representa un 40 % en sujetos de familia nuclear, un 32% en sujetos que viven solos y un 28 % en sujetos de familia excesiva. (Anexos, Ver tabla 7 y gráfico 7).

En la historia familiar de los alcohólicos de la muestra estudiada el 76% de los sujetos han existido antecedentes de alcoholismo fundamentalmente de los padres, un 48% en hermanos y tíos, un 44% en primos, un 36% en abuelos y un 4% en madres e hijos; lo que es vivenciado con mucha angustia por dos de ellos, pues ambos perdieron al padre por cirrosis hepática. Este es un aspecto muy importante a tener en cuenta, porque sabemos cuán predispuesto está la persona que convive con una persona alcohólica, a la ingestión de alcohol y consecutivo alcoholismo. (Anexos, Ver tabla 8 y gráfico 8).

A su vez se destaca que el 84% de estos sujetos tienen hijos, los que están vivenciando la disfuncionalidad de la familia y el ejemplo de su padre, que los hace más vulnerable al desarrollo de la enfermedad. (Anexos, Ver tabla 9 y gráfico 9).

Precisamente la adolescencia es una de las etapas más susceptibles en la cual numerosos individuos se inician en el consumo de alcohol; un 32 % comenzó entre las edades de 8 a 13 años. El 68% de los sujetos comenzó a beber entre las edades de 14 y 19 años, lo que evidencia un comienzo temprano en el consumo de bebidas alcohólicas. (Anexos, Ver tabla 12 y gráfico 12).

Edad	Sujetos	%
8 a 13 años.	8	32%
14 a 19 años.	17	68%

Tabla 12: Edad de inicio del consumo.

Un 48% de los sujetos beben en exceso en las edades entre 15 y 20 años y un 20% en sujetos en edades entre 21 a 32 años. (Anexos, Ver tabla 13 y gráfico 13).

Edad	Sujetos	%
15 a 20 años.	12	48%
21 a 26 años.	5	20%
27 a 32 años.	5	20%
33 a 38 años.	1	4%
39 a 44 años.	2	8%

Tabla 13: Edad en la que los sujetos beben en exceso.

Los sujetos que beben sin controlar la ingestión representa un 24 % en las edades entre 18 y 23 años y un 36 % en las edades entre 30 y 35 años, (Anexos, Ver tabla 14 y gráfico 14).

Edad	Sujetos	%
18 a 23 años.	6	24%
24 a 29 años.	4	16%
30 a 35 años.	9	36%
36 a 41 años.	3	12%
42 a 47 años.	1	4%
48 a 53 años.	1	4%
54 a 60 años.	1	4%

Tabla 14: Edad en que se bebe sin control.

La bebida alcohólica que consume con más frecuencia es el ron. (Anexos, Ver tabla 15). La bebida que prefieren los sujetos es la cerveza. (Anexos, Ver tabla 16 y gráfico 16).

La mayoría de los sujetos consumen el tóxico con amistades y conocidos; y en menor medida con familiares (Anexos, Ver tabla 17 y gráfico 17). También la mayoría bebe en el bar y en la casa; en menor medida en la calle y en otras casas. (Anexos, Ver tabla 18 y gráfico 18). La mayoría de las amistades son bebedoras. (Anexos, ver tabla 19 y gráfico 19).

Caracterización	Sujetos	%
Desconocidos.	1	4%
Conocidos.	19	76%
Amigos.	21	84%
Familiares.	11	44%
Sólo.	9	36%
Pareja.	1	4%

Tabla 17: Personas con las que bebe con frecuencia.

Caracterización	Sujetos	%
Bar.	23	92%
Restaurante.	1	4%
Trabajo.	0	0%
Calle.	12	48%
Casa.	19	76%
Otras casas.	17	68%

Tabla 18: Lugar donde consume.

Los intentos de beber menos representan un 68 % y un 32 % en que han tenido éxitos en beber menos. (Anexos, Ver tabla 20 y gráfico 20).

La bebida le ha creado problemas con la pareja, con la familia, siendo ambas el grupo más importante para los alcohólicos, ya que es donde se tejen estrechos vínculos afectivos que repercuten en el bienestar emocional de sus miembros. La pareja es la persona que más tiempo pasa con ellos y por tanto, la que más ha vivenciado los efectos negativos del alcoholismo. También el beber le ha creado problemas con la Justicia y en las relaciones interpersonales.

Un 48% de los sujetos ha estado hospitalizado a causa de la ingestión excesiva de bebidas alcohólicas. Sin embargo, ningún sujeto puede dejar de beber después de tomar uno o dos tragos.

Un 76 % ha limitado su ingestión de bebidas alcohólicas a ciertas horas del día o en ciertos lugares; ni es capaz de dejar de beber cuando quiere.

En la mayoría de los sujetos ha sido tratado su alcoholismo por especialistas y han recibido psicoterapia de grupo la cual consideran efectiva. El tiempo que más han durado en abstinencia han sido tres meses.

La perspectiva futura en los sujetos con relación al consumo de alcohol se refleja en un 40 % distanciados de las bebidas alcohólicas; otro 24% en la misma situación actual, bebiendo y parando de beber, un 20% controlado en el consumo, un 8% desean someterse a un tratamiento, al igual que un 8% en constantes crisis con la bebida.

La familia ante esta situación desesperada de un familiar alcohólico ha desempeñado un papel fundamental. En primer lugar lo encontramos en la pareja, expresando fundamentalmente inestabilidad en el matrimonio por causa del alcoholismo, llegando incluso a la agresión física.

Ante la pregunta: ¿Le ha creado la bebida problemas con su pareja, padres u otro familiar cercano?

Sujeto 1: “La separación de mi esposa”.

Sujeto 4: “Cuando agredí a mi esposa”.

Sujeto 19: “Golpeé a mi esposa bajo los efectos del alcohol”.

Sujeto 17: “Los problemas con mi mujer por mi forma de beber”

En la familia se destacan hechos traumáticos con la madre y los hijos.

Sujeto 6: “Disgustos con mi familia”.

Sujeto 10: “Problemas con mi mamá”.

Sujeto 20: “El sufrimiento de mi hija”.

Sujeto 22: “Mi hija me pidió un día llorando, que no tomará más”.

También encontramos situaciones referidas a desajustes personales e incapacidades personales.

Sujeto 20: “Discusiones con mis vecinos”.

Sujeto 18: “Tuve problemas con amistades”.

Sujeto 23: “Problemas en las relaciones con los compañeros”.

A continuación encontramos problemas relacionados en el área laboral y jurídica a causa del alcohol.

Sujeto 5: “Me quedé sin trabajo”.

Sujeto 7: “Perdí mi trabajo y confiabilidad”.

Sujeto 8: “Problemas serios en el trabajo”.

Sujeto 21: “Tuve problemas con la policía”.

Sujeto 15: “Me ha detenido la policía por riñas en la calle”.

Como podemos apreciar, la categoría familia, expresada a través de la intranquilidad y el sufrimiento de la madre, de la inestabilidad en el hogar, el rechazo de los hijos y el empeoramiento de las relaciones interpersonales ocupan un lugar considerable en esta

escala. Esto nos permite presumir que los sistemas de familia de origen, relaciones interpersonales, y familia creada (hijos) han sido los más seriamente afectados por la enfermedad de un familiar alcohólico, al saber que son grupos importantes en los que el sujeto enfermo afecta a todo el sistema familiar y que al existir un enfermo marcan considerablemente a sus miembros, quizás de manera irreversible.

Dicha idea se confirma al analizar esta área familiar donde se encuentran los conflictos con la familia de origen, esencialmente con la madre y los conflictos con la familia creada, especialmente con la pareja, así como la relación con los hijos. Podemos decir, que sale a relucir que los problemas que le ha creado la bebida están relacionados con el sufrimiento de las personas más cercanas a ellos: pareja, padres e hijos.

En primer lugar los problemas con la pareja es alto, donde se incluyen agresiones físicas, discusiones, separaciones y divorcios, aceptando por los sujetos la culpabilidad por la bebida. En segundo lugar se ubica el sufrimiento y disgusto por parte de la familia de procedencia, responsabilizando únicamente al alcohol.

Seguidamente se aprecia la presencia de desórdenes vinculados al área laboral, donde el 42 % de los mismos se encuentra relacionado con la pérdida de trabajo, justificando esto en su mayoría por su abuso a las bebidas alcohólicas. Donde varios sujetos dejaron de trabajar por su propia culpa, porque tomaban demasiado, porque fueron sancionados en el trabajo por tomar.

También se aprecian problemas con la justicia (20%), los cuales han sido presentados bajo los efectos del alcohol existiendo, inclusive personas lesionadas.

En menor escala se presentan algunas experiencias vinculadas a las relaciones padre-hijo (10%), en las que se incluyen conductas rechazantes por parte de estos últimos.

Un (70%) de los sujetos refieren la presencia de conflictos y la mayoría de estos reconocen aún la existencia de conflictos, causados por su abuso al alcohol. Los principales conflictos se relacionan con la familia de origen (fundamentalmente los padres), así como con la pareja.

Seguidamente encontramos conflictos ambivalentes con relación al consumo de alcohol, es decir, los sujetos reconocen haber dañado tanto su entorno como su estabilidad emocional, sin embargo, algunos aún sienten el deseo de beber y esto les crea inseguridad y angustia.

De manera general se puede apreciar que el pasado de estos sujetos está invadido de experiencias negativas, consecuencias todas del alcohol. Sin embargo, en aquel momento no las vivenciaban de manera conflictiva, pues era el consumo de alcohol la vía de escape a su realidad, sin percatarse que lejos de solucionar sus problemas, los reforzaban aún más.

En la actualidad los sujetos han concientizado la enfermedad, facilitando así el reconocimiento de los conflictos que la misma le ha causado fundamentalmente con la familia de origen, la pareja y los hijos, quienes son precisamente su soporte emocional en esta difícil tarea de mantenerse en abstinencia.

Por otra parte se aprecia una constante intranquilidad vinculada con la familia creada(hijos), pues aunque plantean pocas experiencias negativas relacionadas con la misma, en la actualidad sus conflictos aún no han sido resueltos, no obstante, sus principales aspiraciones se encuentran dirigidas a la resolución de los mismos.

Se expresa, de manera consciente, el reconocimiento de los problemas que les ha causado la enfermedad alcohólica; y la apremiante necesidad de superarla, generando fuertes vivencias negativas, no se observan claramente las vías a través de las cuales estos sujetos, haciendo uso de su intencionalidad, lograrán superar la adicción.

También consideran la terapia de grupo efectiva, por brindarle la posibilidad de aceptar y conocer su enfermedad, además de compartir su experiencia con otros alcohólicos; y los amigos, por constituir un grupo informal, donde se valoran criterios decisivos con relación a la situación conflictiva de los sujetos.

Lo que los llevó al tratamiento, vemos que están relacionados esencialmente con la familia. Con respecto al principal motivo para iniciar el tratamiento, el (70%) de los sujetos lo relaciona con su recuperación personal, pues han llegado a un estado donde

está afectado, tanto su sistema de relaciones con el medio, como su equilibrio físico y psicológico.

Los sujetos manifiestan la armonía familiar, como otro motivo para iniciar el tratamiento, pues estaba vivenciando un ambiente completamente disfuncional que influía negativamente en todos los miembros, con mayor medida en los niños. Las personas que más influyeron en su decisión de iniciar tratamiento se encuentran la familia (padres) y la pareja. Los amigos y los hijos también resultaron significativos en la toma de decisión de los sujetos.

El 76% de estos sujetos ha tenido que realizar ajustes en su vida para el logro de la abstinencia incipiente, relacionados fundamentalmente con la evitación de situaciones y lugares en los que esté presente el alcohol, y realización de diversas actividades con el objetivo de ocupar el tiempo que antes se ocupaba en el consumo del tóxico.

Realizado de manera general, el análisis del alcoholismo de estos sujetos, pasamos a dar cumplimiento al segundo objetivo, referido a los factores que han favorecido la recaída.

Ante la pregunta: ¿Qué factores han influido en que haya recaído en cada caso?, tenemos:

10 sujetos (40%) por malas influencias y por la presión del medio social.

4 sujetos (16%) conflictos con la pareja.

3 sujetos (12%) por la soledad.

3 sujetos (12%) por estar lejos de la familia.

2 sujetos (8%) por conflictos que no ha sabido resolver.

2 sujetos (8%) por depresión.

1 sujeto (4%) por no tener un programa de Alcohólicos Anónimos.

Los factores que han influido en la recaída de los sujetos han sido la presencia perjudicial de amistades bebedoras, quienes ejercen una influencia a que consuman; en que las actitudes y valores grupales son favorables a la ingestión. (Anexos 21, Ver, tabla 21).

Así vemos lo que plantean:

Sujeto 9: “Las amistades que tengo en su mayoría son bebedores”

Sujeto 11: “Han sido las amistades y malas influencias”.

Sujeto 12: “La presión de beber por amistades

Ante la pregunta: ¿Cómo ha valorado esas recaídas? vemos que un 36% valora las recaídas como una enseñanza, un 24% con vergüenza, un 20% con pena, un 12% como una experiencia, un 8% en forma negativa.

Las respuestas a la pregunta ¿Cómo ha valorado esas recaídas? se agrupan en:

9 sujetos (36%) como una enseñanza.

6 sujetos (24%) con vergüenza.

5 sujetos (20%) con pena.

2 sujetos (8%) en forma negativa.

3 sujetos (12%) como una experiencia.

Los sujetos valoran las recaídas como una enseñanza, ya que saben los efectos que trae consigo volver a los patrones de consumo anteriores. Los sujetos aprenden de las recaídas en la medida en que ya saben como enfrentar una situación de riesgo y de peligro, a la vez comprenden que los problemas no tienen solución bebiendo. Los sujetos tratan de que no se vuelva a repetir la recaída por las consecuencias que trae consigo, las mismas le han permitido reflexionar acerca del abuso del alcohol, ya que en la mayoría de ellos no saben y no tienen recursos para enfrentar la misma.

Las recaídas han servido para el autocontrol, como una etapa de la enfermedad para no beber en exceso. Consideran que las recaídas deben ocurrir para saber que no deben beber. La muestra estudiada valora en un 24% las recaídas con vergüenza por beber en exceso, por los efectos que le produjo la bebida frente a si mismo, ante la familia, con las amistades, lo que los lleva a un estado depresivo en que se niegan a tener relaciones con las personas que los rodean, encerrándose en si mismos, como un mecanismo de evitación por lo hecho, ya que las personas más cercanos a ellos han perdido la confianza en ellos.

También encontramos en la muestra a un nivel inferior que valoran las recaídas en forma negativa porque consideran que es difícil lograr mantener la abstinencia ante el alcohol, lo cual despierta en los sujetos sentimientos de frustración, desesperación,

impotencia, desengaño, desilusión, decepción frente a ellos mismos. (Anexos 22, Ver, tabla 22).

Sujeto 3: “La valoro como una enseñanza, porque he aprendido de las consecuencias que implica”.

Sujeto 4: “Son una enseñanza porque uno sabe la manera de evitarlas”.

Sujeto 2: “Valoro las recaídas de una manera negativa porque la persona bebe cuando hay problemas”.

Sujeto 9: “Valoro las recaídas como una experiencia en la vida, de las que se aprende”.

Sujeto 18: “Las valoro como una experiencia”.

Ante la pregunta: ¿Por qué valora que ha recaído ahora? Un 36% de los sujetos considera que ha recaído por falta de voluntad, un 32% por malas influencias, un 16% por conflictos familiares, un 12 % por no saber enfrentar ciertas situaciones, un 4 % por la muerte de un familiar.

Las recaídas actuales las justifican expresando que les ha faltado voluntad para no beber, que una vez comienzan a beber no pueden controlar y al siguiente día siguen bebiendo para aliviar los síntomas de la ingesta, a la vez se agregan conflictos familiares y de pareja que los sujetos no han resuelto; como la influencia de personas cercanos a ellos que son bebedores. (Anexos 23, Ver, tabla 23). Así tenemos:

Sujeto 6: “Ha sido por falta de voluntad”.

Sujeto 8: “Por falta de voluntad y por dejarme influenciar”.

Sujeto 14: “Lo que ha influido para que recaiga ha sido la soledad y no tener una pareja estable”.

Sujeto 15 “Ha sido la depresión por la muerte de mi madre”.

Sujeto 18: “El hecho de encontrarme lejos de mi familia”.

Sujeto 19: “Serios conflictos con la pareja”.

Ante la pregunta: ¿Por qué considera que no ha podido dejar de beber? Un 44% de los sujetos (11) considera que no ha podido dejar de beber por falta de voluntad, otro 36% (9) por la influencia perjudicial del medio social, un 20% (5 sujetos) por no saber como evitar la recaída.

Sujeto 8: “No he podido dejar de beber por falta de voluntad”.

Sujeto 23: “No he dejado de beber porque todas mis amistades beben y no tengo más relaciones”.

Sujeto 13: “Porque me ocurre una cosa y entro en crisis, me da por beber”.

El ¿Por qué considera que no ha podido dejar de beber? se puede agrupar en:

11 sujetos por falta de voluntad.

9 sujetos por la influencia perjudicial de amistades.

5 sujetos porque no saben como evitar la recaída.

Los sujetos son de la idea de que para detener la enfermedad se requiere de una gran voluntad, le otorgan una gran trascendencia a esta categoría y también a las malas amistades. (Anexos 24, Ver, tabla 24).

Ante la pregunta: ¿La imposibilidad para dejar de beber ha dependido de usted, de otras personas o de ambos? refieren: Un 72% de los sujetos (18) consideran que la imposibilidad para dejar de ver ha dependido ellos mismos, en cambio un 28% (7 sujetos) ha dependido tanto de ellos mismos como de otras personas. (Anexos 25, Ver, tabla 25).

Sujeto 18: “Ha dependido de mí”.

Sujeto 11: “Ha dependido de ambos, mis amistades me incitan a beber y yo no tengo fuerza de voluntad”.

Pregunta 17

Pregunta: ¿La imposibilidad para dejar de beber ha dependido de usted, de otras personas o de ambos? Explican que 18 sujetos ha dependido directamente de él y 7 sujetos que ha dependido de ambos.

Analizando de forma más detallada en la técnica del Cuestionario, los factores más frecuentes que propician las recaídas tenemos:

Nº de Factores	Caracterización	Sujetos	%
2	Influencia perjudicial de amigos bebedores.	18	72%
31	Asistencia a fiestas.	12	48%
11	Pérdida de pareja.	12	48%
3	Asistir a lugares donde consumía.	9	36%

Encontramos por parte de los sujetos factores más frecuentes que favorecen la recaída, con un 72% el factor N°2 “Influencia perjudicial de amigos bebedores” el cual refiere la presión social ante situaciones en las que el sujeto responde a la influencia de otra u otras personas que ejercen imposición para involucrarlo de nuevo en el consumo del tóxico; la presencia perjudicial de amistades bebedoras ejercen una notable coacción hacia el consumo en que las actitudes y valores grupales son favorables a la ingestión. La aceptación del alcohol del micro grupo y los patrones socioculturales de consumo.

También un 48% de los sujetos refleja que los factores que desencadenan la recaída son los factores N° 31 “Asistencia a fiestas” y N°11 “Pérdida de pareja”.

Son evidentes los conflictos interpersonales en los sujetos, en los cuales el conflicto actual o relativamente reciente tiene relación interpersonal en el matrimonio o pareja, (terminar una relación de matrimonio) que implican ocupaciones solitarias y alejamiento de la familia llevan a la recaída. La falta de vinculación afectiva con la pareja, la inadecuada comunicación y la violencia intrafamiliar trae como consecuencia la desintegración familiar. La pérdida de pareja en los sujetos es significativa y es un factor importante en la recaída porque no encuentran la forma de enfrentar los problemas personales y de manejar la tristeza, la frustración, la soledad, los duelos y los retos, llevan a que tengan una escasa capacidad para tomar decisiones en el manejo de situaciones difíciles, hacen que expresen las emociones y sentimientos bajo el efecto del alcohol.

También existe en los sujetos como factores determinantes de la recaída, antecedentes ocultos, que es la respuesta a estados afectivos positivos, que se expresa en el factor N° 31 “Asistencia a fiestas”, tanto las fiestas, como las celebraciones son situaciones de alto riesgo que tienen los alcohólicos en su cotidianidad.

Para ver la frecuencia de cada factor ver Anexo 26, tabla 26.

La cantidad de factores que favorecen la recaída en la muestra es significativa, son bastantes los factores que señalan los sujetos. Como se puede apreciar, el 100% de los sujetos marcan más de 5 factores de riesgo, y el 56% de los sujetos marcan más de 10 factores, lo cual nos indica que los sujetos en su cotidianidad se enfrentan a situaciones,

conductas o elementos que incrementan o favorecen la recaída, y lo cual hace difícil la rehabilitación del alcohólico. (Ver Anexo, 27, Ver tabla 27).

Finalmente, para ver la cantidad y frecuencia de los factores; ver, (Anexos 28, tabla 28). A continuación se analizará las razones por las cuales beben los sujetos, lo cual se vincula con los factores que desencadenan en la recaída.

Razones para beber:

Consta de 12 ítems donde se recogen las razones para beber.

Tabla 29: Razones más frecuentes para beber según los sujetos.

Nº de Razones	Caracterización	Sujetos.	%
2	Celebrar.	25	100%
3	Alegrarse.	18	72%
4	Olvidar preocupaciones.	16	64%
11	Vencer temores.	15	60%

La razón “Celebrar” y “Alegrarse” reflejan que los sujetos tienen dicha actitud para evitar los estados psíquicos desagradables; sin embargo, la razón “Olvidar preocupaciones” y “Vencer temores” los sujetos beben para tener estados psíquicos agradables. (Anexo 29, Ver, tabla 29).

Las anteriores razones manifiestan características muy peculiares de los sujetos alcohólicos en que predomina una baja autoestima, serias dificultades para expresar emociones, un alto sentido de invulnerabilidad e inseguridad, escasa capacidad para la toma de decisiones. Las razones por las cuales los sujetos consideran para beber tienen una relación directa con la recaída, en que los estados psíquicos desagradables se evitan por medio del consumo y los estados psíquicos agradables de igual manera.

En cuanto a la cantidad de razones que plantean los sujetos para beber tenemos la siguiente tabla:

Cantidad de Razones	Sujetos	%
7 a 9	9	36%
4 a 6	15	60%
1 a 3	1	4%

El 96% de los sujetos considera más de cuatro razones para beber, lo cual es notable la degradación paulatina de la personalidad de los sujetos; encontrando que las motivaciones e intereses hacia la familia, la pareja, las amistades, el trabajo y la adaptación al medio van desapareciendo. Por lo tanto, al existir tantas razones para beber indica que no hay proyección de futuro, ni sentido ante la vida y sí es evidente la tendencia a mantener el consumo. (Anexos 30, Ver, tabla 30).

La actitud de consumo ante el alcohol, desencadena distintos estilos de afrontamiento ante los eventos de la vida diaria, la inestabilidad emocional y la poca tolerancia ante las frustraciones, son factores predisponentes y de vulnerabilidad que agravan la enfermedad y favorecen las continuas recaídas. (Anexos 31, Ver tabla 31).

VI-DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Los resultados obtenidos en cuanto al grupo de edades (Tabla 1) podemos decir que se relaciona con otros estudios realizados en Cuba por Sarmiento. Al estudiar los patrones de consumo de alcohol en una población masculina de El Caney en Santiago de Cuba, asegura que el alcoholismo fue más frecuente en el grupo etáreo de 21 a 45 años con el 56,2% del total de casos por él investigados, seguido por el 29,3% de adictos en el grupo de 46 a 59 años (Sarmiento 2011).

Otros estudios coinciden en señalar que en la población cubana los grupos de edades más afectados por el consumo de alcohol son los representados entre los 20 y 39 años (Sandoval 2000).

Resultados muy similares en cuanto a la historia familiar (Tabla 8) los identificados por la presente investigación los obtuvo Mesa Pérez al asegurar que la influencia de los parientes más cercanos puede ejercer mayor fuerza en la ingestión de la sustancia. González Menéndez señala la presencia del padre alcohólico en el 34,6% de los enfermos por él estudiados.

La Tabla 8 muestra la relación familiar existente entre el alcohólico y la familia. Alderete Ethel refiere desde Argentina haber encontrado dificultades entre el sujeto alcohólico y la familia en el 7,1% de los casos. Los padres y la familia en general pueden ejercer una influencia negativa aportando estilos de vida inadecuados durante el desarrollo del individuo.

Coincidiendo con Marlatt- Gordon (1985) las causas principales de la recaída son los estados emocionales negativos, conflicto interpersonal y presión social, en la cual los estados emocionales en las que los sujetos experimentan un estado emocional, estado de ánimo o sentimientos negativos, como frustración, ira, depresión o aburrimiento. Así también, (www.cptin-arq.org./modules) en un estudio encontró que los factores anteriores ponen a una persona en un riesgo alto de recaída. Los factores que han influido en la recaída encontrados en la investigación en su mayoría han sido las malas influencias y la presión social del medio; los cuales ejercen una influencia a que consuman, lo cual refiere que la presión social ante situaciones en las que el sujeto responde a la influencia de otra u otras personas que ejercen imposición para involucrarlo de nuevo en el consumo del tóxico; la presencia perjudicial de amistades bebedoras ejercen una notable coacción hacía el consumo en que las actitudes y valores

grupales son favorables a la ingestión. La aceptación del alcohol del micro grupo y los patrones socioculturales de consumo.

Siguiendo a Marlatt – Gordon (1985), los conflictos interpersonales son situaciones que incluyen un conflicto actual o relativamente reciente, como el matrimonio, los miembros de la familia, relaciones de trabajo; en que los factores de la recaída son de dos clases: determinantes inmediatos y antecedentes ocultos, en que los primeros están relacionados con las situaciones de alto riesgo como estados emocionales negativos, que pueden ser causados por percepciones intrapersonales ante ciertas situaciones o como respuesta al ambiente y estados afectivos positivos como celebraciones o fiestas. Por lo tanto, tienen una directa relación con la investigación realizada encontrando en el área familiar de los sujetos un ambiente familiar disfuncional, produciéndose relaciones inadecuadas, pérdidas de parejas y rompimientos matrimoniales. Los antecedentes ocultos como el estilo de vida que llevan los sujetos y el nivel de estrés al que están sometidos nos indica que, existen una serie de antecedentes ocultos que llevan a los mismos a que se ponga en situación de riesgo, provocando mayor vulnerabilidad ante el consumo, lo cual nos indica que los sujetos en su cotidianidad se enfrentan a situaciones, conductas o elementos que incrementan o favorecen la recaída.

El profesor Sandoval en su libro “Alcohol, Mito y Realidad”, publicado por la Editorial Científico Técnica en el año 2004 plantea que la presencia de un alcohólico en la familia desencadena con frecuencia crisis familiares de carácter no transitorio; en estas familias se va produciendo cada vez más un funcionamiento anómalo al afectarse la comunicación entre sus miembros.

La familia suele verse involucrada en diferentes eventos de violencia física y psicológica intrafamiliar que en algunos casos repercuten fuera del núcleo familiar: conflictos entre vecinos, riñas callejeras y problemas judiciales que ocasiona el familiar alcohólico. Junto a las dificultades económicas por la pérdida de empleo se suma la cantidad de eventos negativos que vive la familia, que es consecuente al grado de severidad del mal funcionamiento familiar.

Los resultados del presente estudio no difieren de otros ya que en la entrevista, se reflejaron conflictos en el área familiar, como no sentirse apoyado por la misma,

insatisfacción de afecto familiar, dificultades en la comunicación y cohesión de sus miembros; por lo que resulta evidente un deterioro en el funcionamiento familiar de estos pacientes. Es importante tener en cuenta que la familia de un alcohólico puede ser causa y consecuencia de la afección.

El alcoholismo no sólo afecta al individuo que lo consume, sino que deteriora la estructura de su familia y la interacción con la sociedad. Muchos autores han estudiado la dinámica familiar en el hogar de procedencia del alcohólico y señalan su coincidencia con las llamadas "crisis familiares no transitorias. Estableciendo comparaciones con otros estudios se encuentra que Cicua, Méndez y Muñoz destacan que los principales conflictos personales y familiares por ellos encontrados como antecedentes entre los alcohólicos están representados por problemas laborales (46,6%) y divorcios (38,6%), mientras que Gómez-Talegón al estudiar los problemas laborales en pacientes dependientes del alcohol identificó que el 57% de los casos por él investigados presentaron conflictos laborales de alguna índole, siendo los más frecuentes el ausentismo y las llamadas de atención (Gómez 2009).

Otros autores (Muracén 2009) y (Bolet 2006) refieren similares resultados al situar los problemas laborales, los accidentes y las malas relaciones familiares entre las principales consecuencias del alcoholismo. Mientras, Brito Sosa asegura que el alcoholismo está vinculado a casi la tercera parte de los reportes de violencia familiar (Brito 2011).

Esto nos lleva a atender a Knapp, Bertolote y colaboradores (1984) que existe una clasificación de situaciones de riesgo que provocan la recaída, como el manejo de emociones y situaciones difíciles; lo que se corrobora y relaciona con los autores Chama, Vázquez, Piñera, Cañizares (2003) quienes plantean que los factores que precipitan la recaída pueden agruparse en tres grupos: las emociones negativas, presión social con atribuciones negativas y los síntomas de abstinencia unida a estímulos e incitaciones como precipitantes.

Podemos hacer una valoración de las recaídas en su mayoría como una enseñanza, ya que saben los efectos que trae consigo volver a los patrones de consumo anteriores. Debido a que aprenden de las recaídas en la medida en que ya saben como enfrentar una

situación de riesgo y de peligro. Por consiguiente, tratan de que no se vuelva a repetir la recaída por las consecuencias que trae consigo, y las mismas han permitido reflexionar y evaluar lo que implica abusar del alcohol.

Sin embargo, las recaídas han servido para el autocontrol, como una etapa de la enfermedad para no beber en exceso. Considerando que las recaídas deben ocurrir para saber el daño del tóxico y de las consecuencias que deja: por los efectos que le produjo la bebida frente a si mismos, ante la familia, con las amistades, lo que los lleva a un estado depresivo profundo.

También señalar que la actitud de consumo ante el alcohol, desencadena distintos estilos de afrontamiento ante los eventos de la vida diaria, la inestabilidad emocional y la poca tolerancia ante las frustraciones, son factores predisponentes y de vulnerabilidad que agravan la enfermedad y favorecen las continuas recaídas.

VII- Propuesta de Tratamiento en la Prevención de Recaídas en Alcohólicos.

Analizados los dos objetivos anteriores relacionados con la historia del alcoholismo en los sujetos y más profundamente con los factores de riesgo que contribuyen a las recaídas, y basado en ellos, realizamos una propuesta de tratamiento encaminada a prevenir las mismas. Las dos metas principales del tratamiento consisten en la abstinencia y el reemplazo total de los modelos adictivos a través de comportamientos satisfactorios, que requieren de tiempo y que pueden llenar el vacío que sucede cuando se ha cesado de beber.

La propuesta ofrece un modelo de atención diseñado para ajustarse a las necesidades individuales, abordando de forma simultánea o sucesivamente varios trastornos relacionados con la dependencia y consecuencias del abuso de alcohol, entre ellos conflictos de pareja, carencia de habilidades sociales y / o personales, resolución de problemas, u otras conductas de competencia social asociadas al abuso de alcohol.

El procedimiento a realizar sería a través de una entrevista con la persona alcohólica que ha sufrido una recaída y la misma favorezca la conciencia de enfermedad e instaurar la motivación suficiente que lleva al individuo al deseo de mantenerse abstinentes; la transmisión de información veraz sobre los beneficios que puede obtener con la supresión de la ingestión de alcohol, constituyen armas eficaces para iniciar la aceptación del tratamiento y por consiguiente el proceso de cambio. Es conveniente comprender que, para el individuo alcohólico, dejar de beber y proponerse un nuevo estilo de vida, significa pasar profundas crisis de identidad; la condición de ser alcohólico acompaña al sujeto en sus ideas, en sus sentimientos, en sus conductas; tiene que modificar su jerarquía de motivaciones e intereses, desenvolverse en habilidades sociales, mejorar estilos de comunicación y relación interpersonal, con la familia, cambiar comportamientos, reformularse las perspectivas del tiempo, rompiendo con su pasado angustiante, enfrentando su presente de manera innovadora, procurando un nuevo sentido a su vida.

Nos proponemos las siguientes fases del tratamiento:

Fase 1: La desintoxicación que tiene como objetivo superar el síndrome de abstinencia, durante la cual se persigue la eliminación total de la dependencia biológica. En esta fase el sujeto debe romper cualquier contacto que guarde relación con el mundo del alcohol y entrenar a la familia a prevenir el consumo de alcohol. Esta fase, se extiende desde siete hasta veintiún días, es aprovechable para incrementar de forma progresiva las influencias psicoterapéuticas individuales y de grupo.

Fase 2: Deshabitación y readaptación; La misma es la más importante en el tratamiento, debido a que enmarca los objetivos más trascendentes en la atención del sujeto. Se caracteriza en plantear y fortalecer el proceso de cambio, la modificación del estilo de vida y comienza desde el primer al tercer mes.

La terapia utilizada para evitar las recaídas puede estar basada en la terapia cognitiva comportamental, desarrollada por Marlatt y Gordon (1985), basada en: 1) La identificación de situaciones de riesgo; 2) aprender a ensayar estrategias de enfrentamiento ; 3) reconocer y enfrentar estados de intensa necesidad por la bebida..

De este modo, los propósitos de intervención son aumentar en el sujeto la capacidad de control sobre la situación y asimismo las atribuciones personales, pueden redundar en un aumento de su auto-eficacia percibida y un sentimiento de seguridad personal, para de este modo ir determinando los progresos del tratamiento, y corroborar si su nivel de seguridad ante una situación de riesgo va incrementándose y si precisa seguir profundizando más en esa línea.

Es necesario en la propuesta de prevención de recaídas, por las características de la muestra estudiada y por los resultados obtenidos encontrando varios factores y razones para beber en los sujetos, modelos psico-educativos en que se brinda información sobre los riesgos y problemas relacionados con el alcohol, enfatizando la responsabilidad del sujeto en su proceso de cambio, brindando alternativas y estrategias que aumenten su expectativas de auto-eficacia. También modelos psicoterapéuticos en que la psicoterapia se debe incluir en todo paciente, adaptada a sus necesidades y la misma puede ser individual, de grupo, con familiares, pareja; recomendar la psicoterapia de grupo siendo una de las más utilizadas y efectivas. Los

resultados obtenidos en la utilización de recursos psicoterapéuticos refuerza la responsabilidad individual y el compromiso consciente y voluntario del sujeto, una elevación de su autoestima, sus expectativas de logros y la auto-eficacia, saber como autocontrolarse para mejorar sus relaciones interpersonales, desenvolverse en nuevas habilidades y un estilo de vida saludable, lo cual facilita la prevención de recaídas y una mejor reinserción familiar, social y laboral.

Fase 3: Seguimiento y organización de un nuevo estilo de vida; Su duración promedio es desde el tercer al noveno mes de tratamiento, los resultados se valorarán como excelentes al lograr el sujeto una interacción social total y definitivamente alejado del alcohol. Se recomienda que el sujeto se vincule en una asociación de alcohólicos rehabilitados, en la cual, mediante la inversión progresiva de su papel, el sujeto habrá pasado de receptor de ayuda a ofertador de ayuda en materia de lucha contra el alcoholismo, situación que refuerza de forma notable su decisión de abstinencia.

Fase 4: Prevención de la recaída; Es una fase permanente, pues la cautela para evitar recaídas es una tarea constante ; debido a que el mantenimiento de una vida abstemia y el restablecimiento completo de la salud requiere un apoyo a largo plazo y va dirigida a ayudar al sujeto a ajustar las demandas psicológicas que este presenta; el apoyo psicológico no solo al sujeto, sino también a la familia ya que es necesario informar y orientar a las personas sobre las conductas apropiadas y el establecimiento de estrategias para lograr el mantenimiento de dichos comportamientos.

En esta fase de prevención de recaídas el sujeto va aprendiendo estrategias para evitar y contrarrestar situaciones y circunstancias que, habitualmente asociaba con la ingestión de alcohol, desenvolviéndose en nuevas habilidades para enfrentar dichas situaciones y comenzar a tener un crecimiento personal que le permite trabajar en la prevención de las mismas.

Es importante en los sujetos de la muestra entrenarlos en recursos sociales como otro pilar del tratamiento, en varios de ellos han decidido distanciarse de la bebida y reconstruir sus vidas; lo cual es fundamental que conformen una red de apoyo social con familiares, vecinos y amigos que los ayuden en la etapa de reinserción con la tarea de aprender a iniciar y estabilizar su actividad laboral, su funcionamiento familiar en el

núcleo de origen con un nuevo tipo de convivencia, a organizar su tiempo libre y desenvolver su fortaleza personal, ante las situaciones de estrés que pueden llevar a la recaída.

Concluyendo, son diversos los tipos de tratamiento en la dependencia al alcohol y en la prevención de recaídas, existiendo una amplia variedad de tratamientos y que los sujetos responden de diferente forma a los diferentes abordajes. La intervención psicológica está mediatizada por variables relativas al tratamiento (contexto, componentes, duración del mismo, etc.) y por variables individuales de los propios sujetos (motivaciones, expectativas de sucesos, ideas de los sujetos, etc.) y por variables ambientales (contingencias familiares y sociales).

VIII- CONCLUSIONES.

El alcoholismo constituye una problemática médico-social ya que tiene un impacto negativo en las vidas de un segmento considerable de la población; lo cual se demuestra en el estudio que es más intenso entre los 20 y 35 años.

Es de señalar que más del 50% de los alcohólicos estudiados tiene edades entre los 18 y 30 años y la mayoría tienen antecedentes de alcoholismo en sus familiares, con una alta prevalencia paterna lo que produce un inicio más temprano de abuso de alcohol, por lo tanto la disminución de la edad de inicio en el consumo y los episodios de embriaguez recurrentes entre los jóvenes y adolescentes permite que se encuentren con una gran tolerancia social y una amplia disponibilidad de acceso a las bebidas alcohólicas.

Laboralmente los problemas se expresan en el ausentismo, la incapacidad laboral transitoria o permanente que han acarreado una separación temporal o definitiva del puesto laboral y en el área familiar, los conflictos van acompañados de escándalos, denuncias, agresividad verbal y física, con gran afectación a la pareja por una vivencia llena de desajustes y degradación que llevan comúnmente al divorcio.

La diferencia promedio entre el inicio del consumo y el beber en exceso es de 9 años y la diferencia promedio entre beber en exceso y el no poder controlar la ingestión es menor, siendo de 7 años.

Los factores más frecuentes que determinan la recaída son: La influencia perjudicial de amigos bebedores, la asistencia a fiestas y lugares donde consumía, como también la pérdida de la pareja.

Los factores de la recaída referidos por los sujetos están relacionados con causas externas, dichos factores sociales inciden en el predominio del alcoholismo, los cuales se expresan por un medio social desfavorable en el lugar que se desenvuelven y por las tradiciones socioculturales favorables al consumo.

Se ha producido un proceso de automarginación social, como un fenómeno mediante el cual los sujetos se marginan del grupo social al que pertenecen, incorporándose a grupos informales de personas con condiciones iguales a las suyas (bebedores).

El 92% de los sujetos plantean que hay más de 6 a 16 factores que favorecen la recaída. Siendo producto de antecedentes ocultos expresados en los desequilibrios en el estilo de vida, que los lleva al impulso y deseos por el consumo, sumado a la negación y decisiones irrelevantes que ponen al sujeto en situaciones de alto riesgo.

Las razones fundamentales en los sujetos para beber son: consumir para alegrarse y relajarse (procurando estados emocionales agradables) celebrar, vencer los temores y eliminar la ansiedad (evitando estados emocionales desagradables). Aproximadamente el 76% de los sujetos que recayeron escogieron más de siete razones para ingerir alcohol. La alta cantidad de razones y de factores que favorecen la recaída indica la dificultad de considerar todas estas variables en el tratamiento y lo difícil que resulta la rehabilitación.

La propuesta de prevención de recaídas debe enfocar el estudio desde el punto de vista de los mecanismos internos individuales, buscando causas dinámicas de la relación del sujeto con el tóxico e investigando además el comportamiento ante el consumo y trabajando directamente con el sujeto en su tratamiento y rehabilitación.

El tratamiento contará de 4 fases, las cuales son las siguientes: Desintoxicación, Deshabitación y Readaptación, Seguimiento y organización de un nuevo estilo de vida y Prevención de recaídas.

La terapia utilizada para evitar las recaídas será la terapia cognitiva comportamental desarrollada por Marlatt y Gordon.

La psicoterapia será individual, de grupo, con familiares y pareja; utilizando la psicoterapia de grupo como la más efectiva.

IX- RECOMENDACIONES.

- Dar a conocer los resultados de la presente investigación de manera que sean incorporados a la práctica profesional del personal interesado en la materia.
- Ampliación de la muestra en futuros estudios con el objetivo de generalizar los resultados obtenidos en la presente investigación.
- Desempeñar una labor educativa a pacientes y familiares; en cuanto a la enseñanza de los efectos dañinos del alcohol y sus consecuencias, para evitar recaídas.
- Profundizar en las investigaciones dirigidas a evaluar la relación entre los factores que condicionan la recaída en los alcohólicos y las razones que consideran los sujetos para beber.
- Aplicación de las técnicas a algún familiar para comparar con los factores referidos por los sujetos.
- Aplicación de las técnicas a sujetos con abstinencia por más de dos años, para conocer los factores que favorecen la abstinencia y compararlos con los sujetos que recaen.
- Recomendar a la dirección del MINSAP que tengan en cuenta las investigaciones sobre el alcoholismo y las propuestas sobre prevención de recaídas.
- Realizar estudios similares en individuos con policonsumo de sustancias.

X- BIBLIOGRAFIA.

1. Becoña y Vázquez.; Tratamiento del juego patológico. En J.M. Buceta y A.M.Bueno (Eds); Madrid, 2001.
2. Becoña, E.: Bases teóricas que sustentan los programas de prevención. Madrid: Plan Nacional Sobre Prevención, 2001.
3. Boza Y, Quiñones, G “Factores psicosociales que determinan la inserción del alcohólico joven en el proceso de rehabilitación”. Trabajo de Diploma. Universidad de la Habana, 2001.
4. Carroll, K.; Rounsaville,B, Nich,C.; Gordon,L.; Wirtz,P.; and Gawin, F. One-years followup of psychotherapy and pharmacotherapy for dependence; Archives of General Psychiatry 51, 1994.
5. Cuadrado P. Originales y revisiones; viejos y nuevos tratamientos en la dependencia alcohólica. Psiquiatría Pública, Madrid, 1998.
6. Edwards, G., M. Gross:”Alcohol dependence. Provisional description of a Clinical Syndrome”, Br.Med. J., 1976.
7. Fernández, A.: “Bases psicosociales del alcoholismo”, Trabajo de inscripción en la Real Academia Nacional de Medicina, Madrid, 1979.
8. Freedman A, Kaplan H, Sadock; B. Eighth edition, Modern synopsis of comprehensive text book of psychiatry. Ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1998.
9. García Rama, Yoselin: “Representación social del alcoholismo (en una muestra de personas no alcohólicas)”. Trabajo de Diploma. Universidad de la Habana, 1998.
10. Gabbard, G. Psiquiatria Psicodinámica na práctica clínica. Porto Alegre, Ed. Artes Médicas,1992.
11. González Menéndez, Ricardo: “Alcoholismo: un abordaje integral” editorial oriente, 2004.
12. Gorski,T., Kelley, J.M., Havens,L. An overview of addiction relapse and relapse prevention. In: Relapse prevention and the substance- abusing criminal offender (An executive briefing). Technical Assistance Publication Series 8). Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, 1993.

13. Jiménez M, Monasor R, Jiménez- Arriero, Ponce G, Rubio G. Programas psicológicos de intervención en los trastornos por uso de alcohol. En curso de especialización en alcoholismo. Madrid: FAD 2003.
14. Jungerman, F., Laranjeira,R. Entrevista motivacional: bases teóricas prácticas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 1999,48 (5): 197-207.
15. Knapp, P.; Bertolote; J.M. y colbs. Prevención de recaída: un manual para personas con problemas por el uso de alcohol y otras drogas. Ed. Artes, Porto Alegre, Brasil, 1994.
16. Labrador.F.J., Echeburua. E y Becoña, E; Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. *Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid, 2001.
17. Larimer M, Palmer S, Marlatt G. Relapse Prevention. An Overview of Marlatt cognitive- behavioral model. *Alcohol research health*, 1999.
18. Litman, G.K: Alcoholism survival: the prevention of relapse. En: W. R. Miller and M. Heather, Eds. *Treating addictive behaviours: processes of change*. 391-405, Ed. Plenum Press, New York, 1986.
19. Marlatt, G.; Gordon. J. Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours. Ed. Guilford Press, New York, 1985.
20. Martínez, M.: *Cuando el camino no se ve*. Ed. Oriente; Santiago de Cuba, 2005.
21. Miller WR et al. What Works? A Methodological Analysis of the Alcohol Treatment Outcome Literature. En: Hester RK, Miller WR, eds.: *Handbook of the Alcoholism Treatment Approaches*, 2ª ed. Massachusetts: Allyn and Bacon 1995.
22. Monasor R, Jiménez M, Rubio G. *Reducción de daño en alcoholismo*, Madrid, 2003.
23. Monras M: *Indicaciones de terapia grupal para alcohólicos*. *Actas especiales de Psiquiatría*, Madrid, 2000.
24. Mustaca, A: Rol de la imitación en la ejecución de una tarea que provoca miedo, incluido en la revista *investigaciones en psicología*, año 2 N° 3, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1997.

25. Organización Mundial de la Salud: Glosario de trastornos mentales y guía para su clasificación. Ginebra. OMS, 1976.
26. Prochaska, J., C. Di Clemente and J. Norcross,: “In search of how people change: Applications to addictive behaviours”, American Psychologist, 1992.
27. Peters,R.H. Relapse prevention approaches in the criminal justice system. In: Relapse prevention and the substance-abusing criminal offender (An executive briefing) Technical Assistance Publication Series 8) . Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, 1993.
28. Revista Alcoholism, HealthDay News/ HispaniCare) 26 de enero 2005.
29. Reinecker,H. Alcoholismo. En: Harald W. Lettner e Bernard D. Range. Manual de Psicoterapia Comportamental. Sao Paulo, Ed. Manole Ltda., 94-103, 1998.
30. Sandoval, J.: Alcohol Mito y Realidad Ed. Científico – Técnica, Cuba. 2004.
31. Velazco, R.: Las adicciones, impactos y perspectivas, Secretaria de Salud, México D.F., 1994.
32. Cortés D, Gorrita R, Hernández L. Patrones de consumo relacionados con el alcohol en una población masculina de un consultorio, Revista de Ciencias Médicas La Habana 2006;12(1)
33. Alcaraz F, Dorakis P, Salinas T. Estudio comparativo U.I.D. 1992-2005 Consumo de alcohol y otras drogas en Bolivia. Centro Latinoamericano de Investigación Científica Celin-Bolivia – 2005.
34. Sánchez M. Alcoholismo. Medicina Interna Farreras Rozman. Decimoquinta Edición. Vol. II. 2004. Pp 1809-1811.
30. Sarmiento R, Carbonell IC, Plasencia C, Ducónger R. Patrones de consumo de alcohol en una población masculina de El Caney. MEDISAN. 2011 Abr; 15 (4):495-502
- 31 Sandoval JE, Lanigan ME, Gutiérrez L. Conocimientos y actitudes de la población acerca del alcohol y el alcoholismo. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000;16(1):13-7.
- 32 Schuckit,M. Abuso de Álcool e Drogas. Uma orientacao clínica ao diagnóstico e tratamento. Porto Alegre, Ed. Artes Médicas,1991.
- 33 Mesa D. Alcoholismo y factores de riesgo, área urbana, Municipio Cumanayagua. Cuba, 2010.

- 34 Brito G, Iraizoz AM, Alburquerque F. Pesquisa de alcoholismo y análisis bioético del daño que representa en una población cubana. Rev Cubana Med Gen Integr. 2011 Sep; 27(3):355-370. |
- 35 Mesa D. Alcoholismo y factores de riesgo, área urbana, Municipio Cumanayagua. Cuba, 2010.
- 36 Alderete E, Kaplan CP, Nah G, Pérez-Stable EJ. Problemas relacionados con el consumo de alcohol en jóvenes de la provincia de Jujuy, Argentina. Salud Pública Méx. 2008 Ago; 50(4):300-307.
- 37 Sandoval JE, Hernández AE. Alcohol: mito y realidad. La Habana: Científico Técnica, 2004.
- 38 Cicua D, Méndez M, Muñoz L. Factores Asociados al Consumo de Alcohol en Adolescentes de Bogotá entre 12 y 17 años, pertenecientes a estratos 4 y 5. [Trabajo de grado]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 2007.
- 39 Muracén I, Martínez A, Aguilar JM, González MR. Pesquisaje de alcoholismo en un Área de Salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001 Ene-Feb; 17(1):62-7.
- 40 Bolet M. La prevención del alcoholismo en los adolescentes. Rev Cubana Med Gen Integr. 2006; 16(4):406-9.
- 41 Brito G, Iraizoz AM, Alburquerque F. Pesquisa de alcoholismo y análisis bioético del daño que representa en una población cubana. Rev Cubana Med Gen Integr. 2011 Sep;27(3):355-370
- 42 Gómez MT, Álvarez FJ. Problemas laborales en pacientes dependientes del alcohol: Evolución en un año de tratamiento. Med Segur Trab. 2009 Jul-Sep;55(216):20-25.

Sitios Visitados en Internet:

Bolstad, R.; Hamblett, M. Transformando a recaída: A dependencia e a PNL _ II. En: www.metas.com.br/drogas/drogas2.htm

Llama, B. de; Jubete, M.; Piñera, M.; Cañizares, P. (2003). Monografía Adicción al alcohol: diagnóstico y tratamiento en atención primaria. www.smmlyc.es/revistas/2003.
www.drcomillot.com/adicciones

www.researver.com.br/saude/alcoolismo

www.prodigyweb.net.mx/galaxis/riesgo

www.esecarisma.gov.co/paginas/publicaciones/articulo/recaida

www.feranet21.com.br/acontecimientos/saude/alcoolismo)

www.aperturas.org/15diasbenjumea

www.conductasadictivas.mx

www.psiquiatria24x7.com/bgdisplay

www.nih.gov/faq

www.cptin-ar.org/modules

www.directomed.com/articulo/art/alcoholismo/conducta, 2004

www.nida.nih.gov 2005

www.revistaadicciones.com.mx/portada/portada3

www.ncadd.org

www.contusalud.com 2004

www.alcoholics-anonymous.org/

www.directomed.com/art/alcoholismo7conducta

www.al-anon.alateen.org

www.epasa.com/critica/081698/comuni.html

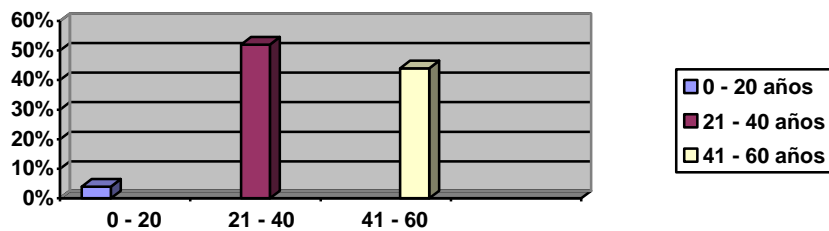
www.members.tripod.com.mx/html/abalcoholismo

www.diariomedico.com/sanidad/san290200comtris.html

XI-ANEXOS.

TABLA 1: EDADES DE LOS SUJETOS.

Sujetos/edad	0-20	21- 40	41-60
1		36 años	
2		23 años	
3		31 años	
4		37 años	
5			52 años
6			42 años
7		28 años	
8			43 años
9		34 años	
10	20 años		
11		35 años	
12			44 años
13			47 años
14		21 años	
15			54 años
16		24 años	
17			42 años
18		24 años	
19		32 años	
20			57 años
21			41 años
22			58 años
23			42 años
24		37 años	
25		24 años	



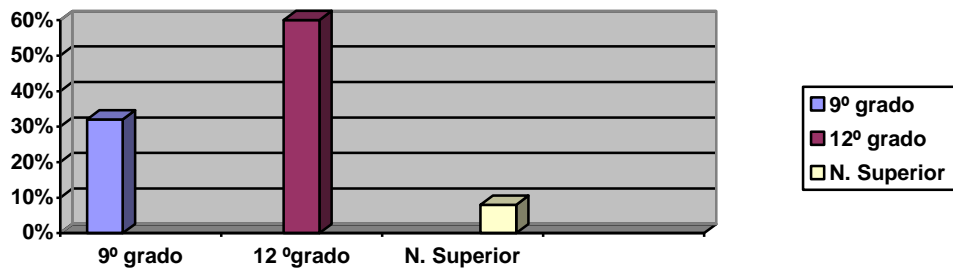
Edad	Sujetos	%
0-20	1	4%
21-40	13	52%
41-60	11	44%

TABLA 2: ESTADO CIVIL.

Caracterización	Sujetos	%
Soltero.	11	44%
Casado.	5	20%
Divorciado.	6	24%
Viudo.	1	4%
Unión Consensual.	2	8%

TABLA 3: ESCOLARIDAD.

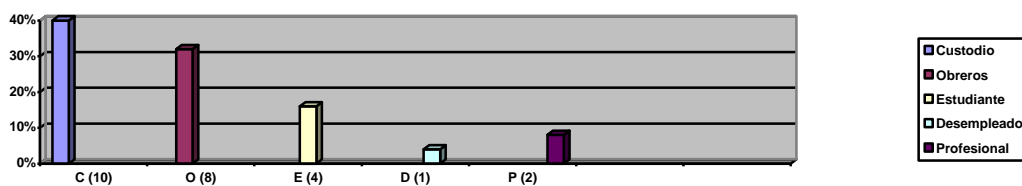
Sujetos	9° grado	12° grado	Nivel superior
1		X	
2		X	
3			X
4		X	
5	X		
6	X		
7	X		
8		X	
9		X	
10		X	
11		X	
12	X		
13	X		
14		X	
15	X		
16		X	
17		X	
18		X	
19		X	
20	X		
21			X
22		X	
23	X		
24		X	
25		X	



Escolaridad.	Sujetos.	%
9° Grado.	8	32%
12° Grado.	15	60%
Nivel Superior	2	8%

TABLA 4: OCUPACIÓN DE LOS SUJETOS.

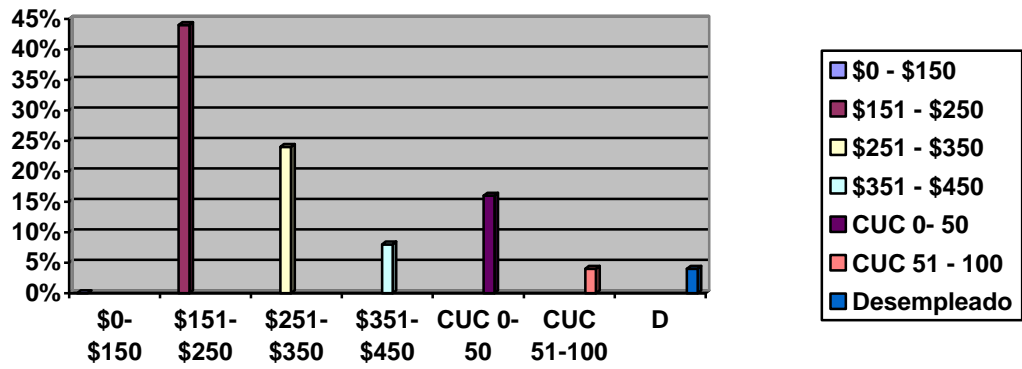
Sujetos	Custodio	Obrero	Estudiante	Desempleado	Profesional
1	X				
2			X		
3			X		
4					X
5	X				
6	X				
7				X	
8		X			
9	X				
10			X		
11	X				
12		X			
13	X				
14	X				
15		X			
16		X			
17		X			
18	X				
19		X			
20	X				
21					X
22	X				
23		X			
24		X			
25			X		



Caracterización	Sujetos	%
Custodio	10	40%
Obrero	8	32%
Estudiante	4	16%
Desempleado	1	4%
Profesional	2	8%

TABLA 5: INGRESOS DE LOS SUJETOS.

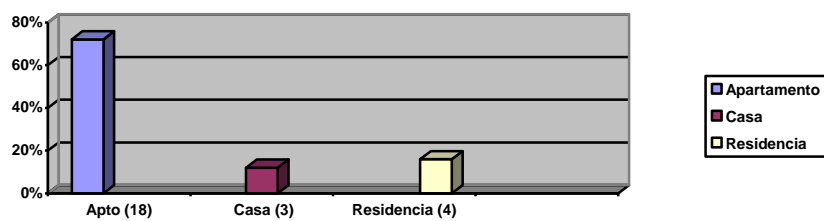
Sujetos	\$0- \$150	\$151- \$250	\$251- \$350	\$351- \$450	0-50 CUC	51-100 CUC	Desempleado
1			\$320				
2					50		
3						100	
4				\$380			
5		\$240					
6		\$240					
7							0
8			\$340				
9		\$240					
10			\$290				
11		\$240					
12		\$240					
13		\$240					
14					30		
15			\$280				
16		\$240					
17			\$300				
18					50		
19		\$240					
20		\$240					
21				\$380			
22		\$240					
23		\$240					
24			\$300				
25					50		



Caracterización	Sujetos	%
\$0- \$150.	0	0%
\$151- \$250.	11	44%
\$251- \$350.	6	24%
\$351- \$450.	2	8%
0- 50 CUC.	4	16%
51- 100 CUC	1	4%
Desempleado.	1	4%

TABLA 6: TIPO DE VIVIENDA.

Sujetos	Apartamento	Casa	Residencia Estudiantil.
1	X		
2			X
3	X		
4		X	
5		X	
6		X	
7	X		
8	X		
9	X		
10			X
11	X		
12	X		
13	X		
14			X
15	X		
16	X		
17	X		
18			X
19	X		
20	X		
21	X		
22	X		
23	X		
24	X		
25	X		

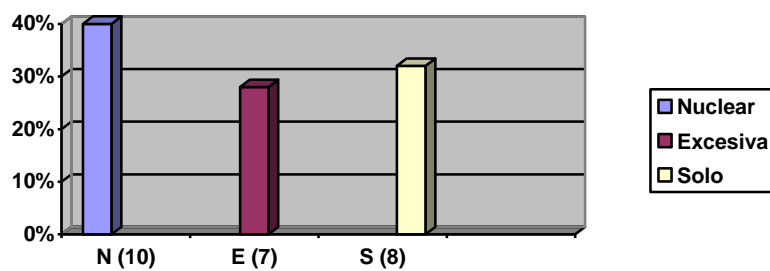


Caracterización	Sujetos	%
Apartamento.	18	72%

Casa.	3	12%
Residencia Estudiantil.	4	16%

TABLA 7. TIPO DE FAMILIA.

Sujetos	Nuclear	Excesiva	Solo
1	X		
2			X
3			X
4		x	
5	X		
6		x	
7		x	
8			X
9	X		
10	X		
11	X		
12	X		
13		x	
14			X
15			X
16	X		
17			X
18			X
19	X		
20		x	
21			X
22		x	
23	X		
24	X		
25		x	

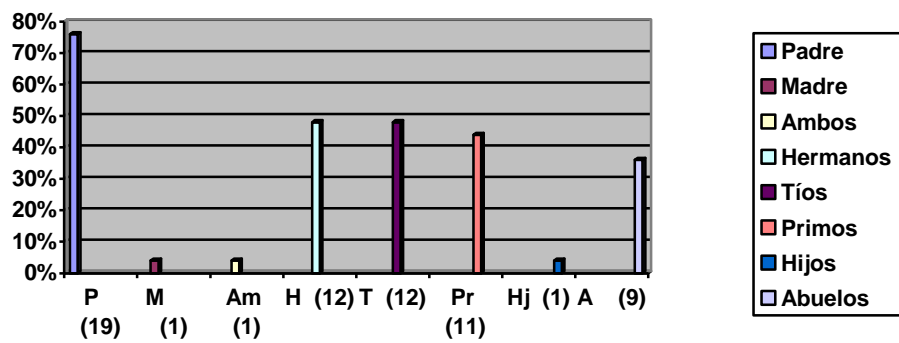


Caracterización	Sujetos	%
-----------------	---------	---

Nuclear.	10	40%
Excesiva.	8	32%
Solo.	7	28%

TABLA 8. HISTORIA FAMILIAR EN ALCOHOLICOS.

Sujetos	Padre	Madre	Ambos	Hermanos	Tíos	Primos	Hijos	Abuelos
1				X				
2	X	x	X					x
3	X			X				x
4					x	x		
5				X	x	x		
6					x	x		
7	X			X	x			x
8	X			X	x	x		x
9	X			X	x			x
10					x			
11	X					x		
12	X			X	x			x
13	X			X	x	x		x
14	X			X				
15								
16	X							
17	X					x		
18	X							x
19	X			X		x		
20	X							
21	X							
22	X			X	x	x	x	x
23	X			X				
24	X				x	x		
25	X				x	x		



Caracterización.	Sujetos.	%
Padre.	19	76%
Madre.	1	4%
Ambos.	1	4%
Hermanos.	12	48%
Tíos.	12	48%
Primos.	11	44%
Hijos.	1	4%
Abuelos.	9	36%

TABLA 9.- HIJOS DE LOS SUJETOS.

Sujetos	Hijos
1	2
2	
3	
4	1
5	1
6	
7	
8	1
9	
10	
11	2
12	
13	2
14	
15	1
16	2
17	
18	1
19	2
20	2
21	2
22	2
23	
24	
25	

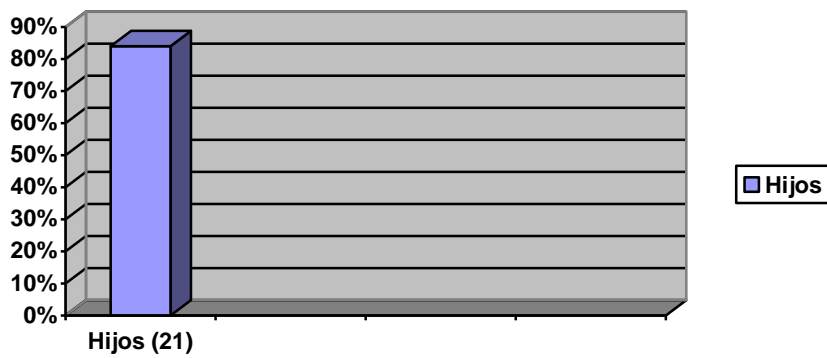
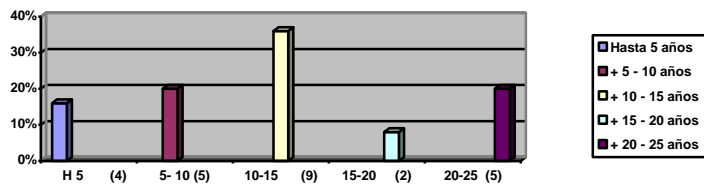


TABLA 10.- AÑOS DE CONSUMO DE ALCOHOL.

Sujeto	Hasta 5 años	Más 5 - 10	Más 10 - 15	Más 15 - 20	Más 20 a 25
1			X		
2	X				
3			X		
4				x	
5					x
6			X		
7		X			
8				x	
9			X		
10	X				
11		X			
12					x
13					x
14	X				
15					x
16		X			
17			X		
18	X				
19		X			
20					x
21			X		
22			X		
23			X		
24			X		
25		X			



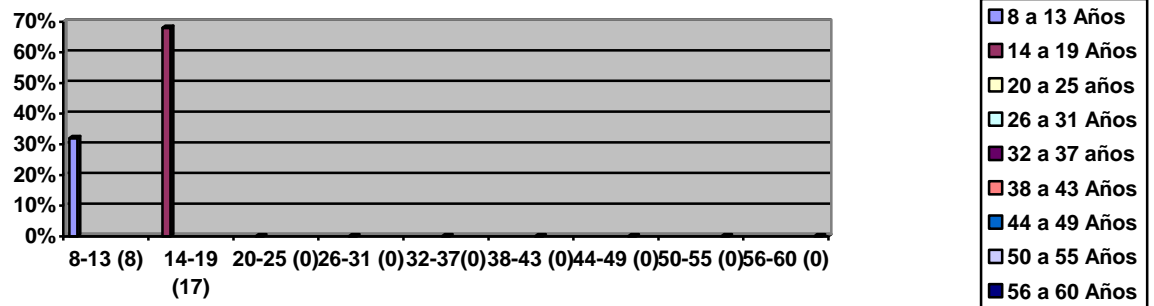
Caracterización	Sujetos	%
Hasta 5 años.	4	16%
De 5 a 10 años.	5	20%
De 10 a 15 años.	9	36%
De 15 a 20 años.	2	8%
De 20 a 25 años.	5	20%

TABLA 11.- DIFERENCIA CRONOLOGICA DE CONSUMO POR PRIMERA VEZ Y EN EXCESO

Sujetos	Beber x 1 vez	beber en exceso	Diferencia		beber en exceso	No controlar	Diferencia
1	15	30	15		30	32	2
2	18	19	1		19	21	2
3	15	22	7		22	28	6
4	12	18	6		18	36	18
5	9	40	31		40	50	10
6	15	30	15		30	36	6
7	13	20	7		20	25	5
8	15	27	12		27	35	8
9	16	21	5		21	30	9
10	14	18	4		18	19	1
11	14	30	16		30	32	2
12	13	33	20		33	38	5
13	15	22	7		22	35	13
14	13	18	5		18	19	1
15	15	18	3		18	30	12
16	13	15	2		15	20	5
17	14	22	8		22	35	13
18	15	18	3		18	22	4
19	14	18	4		18	26	8
20	15	30	15		30	42	12
21	14	25	11		25	35	10
22	10	40	30		40	55	15
23	13	20	7		20	30	10
24	16	20	4		20	26	6
25	14	19	5		19	22	3
	13.2	23.1	8.92		23.1	29.1	7.44

TABLA 12 . EDAD DE INICIO DEL CONSUMO POR PRIMERA VEZ

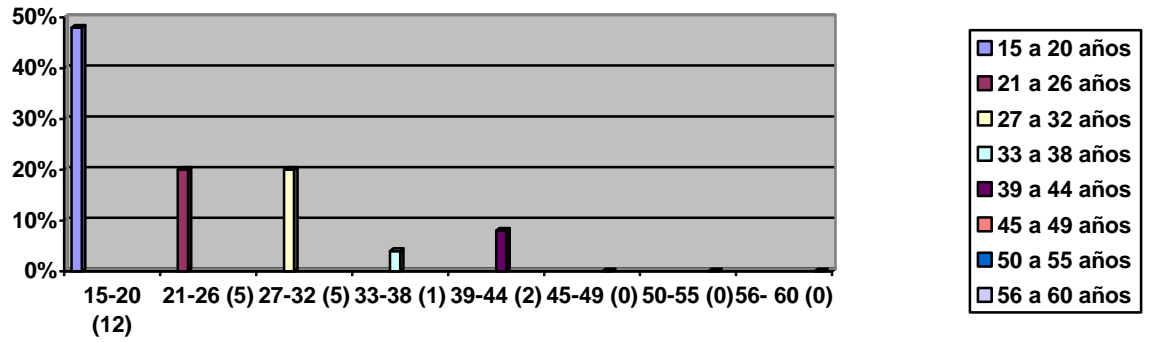
Sujetos/ Años	8 - 13	14 - 19	20 - 25	26 - 31	32 - 37	38 - 43	44 - 49	50 - 55	56 - 60
X 1 vez	8	17	0	0	0	0	0	0	0



Edad de inicio del consumo.		
Edad	Sujetos	%
8 a 13 años.	8	32%
14 a 19 años.	17	68%

TABLA 13. EDAD EN LA QUE LOS SUJETOS BEBEN EN EXCESO

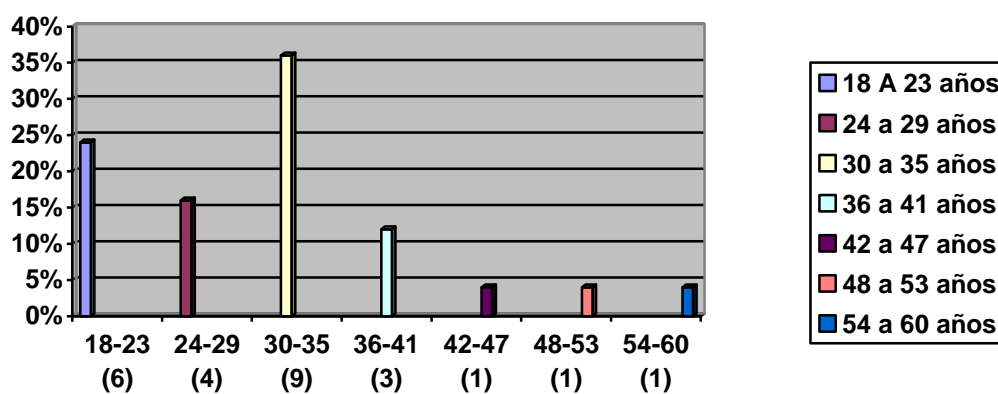
Sujetos/ Años	15 - 20	21 - 26	27 - 32	33 - 38	39 - 44	45 - 49	50 - 55	56 - 60
Exceso	12	5	5	1	2	0	0	0



Edad en la que los sujetos beben en exceso.		
Edad	Sujetos	%
15 a 20 años.	12	48%
21 a 26 años.	5	20%
27 a 32 años.	5	20%
33 a 38 años.	1	4%
39 a 44 años.	2	8%

TABLA 14. EDAD EN LA QUE LOS SUJETOS BEBEN SIN CONTROL

	NO CONTROLAR						
Sujetos/ Años	18 - 23	24 - 29	30 - 35	36 - 41	42 - 47	48 - 53	54 - 60
	6	4	9	3	1	1	1



Edad	Sujetos	%
18 a 23 años.	6	24%
24 a 29 años.	4	16%
30 a 35 años.	9	36%
36 a 41 años.	3	12%
42 a 47 años.	1	4%
48 a 53 años.	1	4%
54 a 60 años.	1	4%

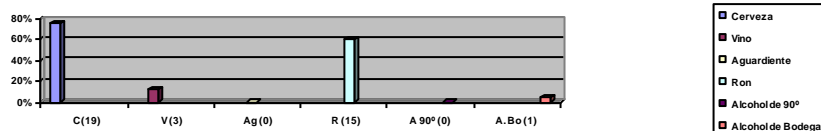
TABLA 15. BEBIDAS QUE CONSUME CON MAS FRECUENCIA

Sujetos	Cerveza	Vino	Aguardiente	Ron	90°	Bodega
1	X					
2	X	x		X		
3	X	x		X		
4	X			X		
5				X	X	X
6			x	X	X	
7	X			X	X	X
8	X			X	X	
9				X		
10	X			X	X	
11				X		
12				X	X	
13	X			X	X	
14	X			X		
15	X			X	X	X
16	X	x		X		
17	X	x		X	X	
18	X			X	X	
19	X			X	X	
20	X			X	X	
21	X			X	X	
22				X	X	
23	X			X	X	
24	X			X	X	
25	X	x		X	X	

Caracterización	Sujetos	%
Cerveza.	19	76%
Vino.	5	20%
Aguardiente.	1	4%
Ron.	24	96%
90o.	17	68%
Bodega.	3	12%

TABLA 16. BEBIDAS ALCOHÓLICAS QUE PREFIEREN.

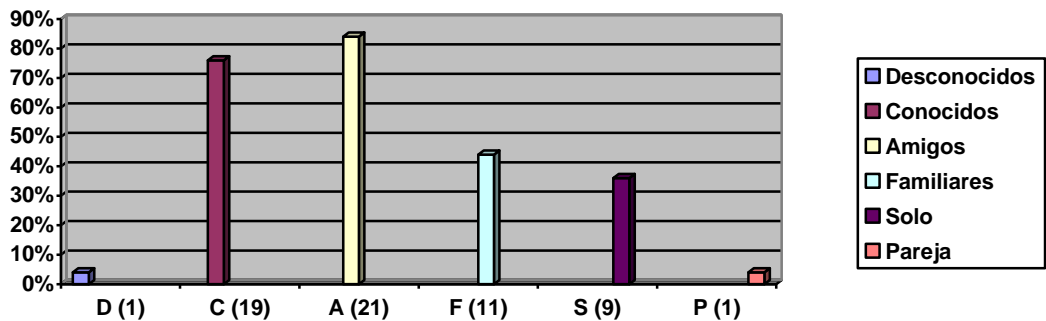
Sujetos	Cerveza	Vino	Aguardiente	Ron	90°	Bodega	Otras
1	X						
2		x					
3	X			X			
4	X						
5						x	
6	X						
7	X			X			
8				X			
9	X			X			
10	X						
11	X						
12				X			
13	X						
14	X			X			
15				X			
16	X	x					
17	X			X			
18	X			X			
19	X			X			
20	X			X			
21	X			X			
22	X						
23	X			X			
24	X			X			
25	X	x		X			



Caracterización.	Sujetos	%
Cerveza.	19	76%
Vino.	3	12%
Aguardiente.	0	0%
Ron.	15	60%
90°.	0	0%
Bodega.	1	4%

TABLA 17. PERSONAS CON LAS QUE BEBE CON FRECUENCIA.

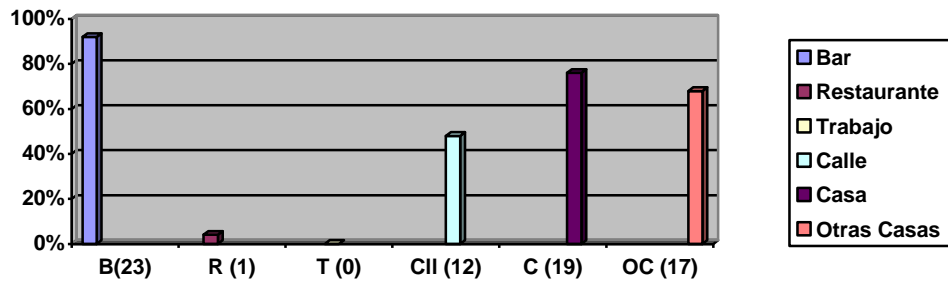
Sujetos	Desconocidos	Conocidos	Amigos	Familiares	Solo	Pareja
1		x	X			
2			X	x		
3		x	X	x		
4		x	X		x	
5		x			x	
6		x	X		x	
7		x	X	x		
8		x	X	x	x	
9	x	x	X			
10		x	X	x		
11			X			
12					x	x
13		x	X	x		
14		x	X	x		
15		x				
16			X			
17		x	X		x	
18		x	X	x		
19		x	X		x	
20		x	X		x	
21		x	X			
22			X	x	x	
23		x	X	x		
24		x	X	x		
25		x	X	x		



Caracterización	Sujetos	%
Desconocidos.	1	4%
Conocidos.	19	76%
Amigos.	21	84%
Familiares.	11	44%
Sólo.	9	36%
Pareja.	1	4%

TABLA 18. SITIO EN QUE CONSUME ALCOHOL

Sujetos	Bar	Restaurante	Trabajo	Calle	Casa	Otras Casas
1	X	x				
2	X				x	X
3	X				x	X
4	X				x	
5				X		
6	X					X
7	X			X	x	X
8	X			X	x	X
9	X			X		
10	X			X	x	
11	X					X
12	X			X	x	
13	X			X	x	
14	X				x	X
15	X			X	x	
16	X			X	x	X
17	X				x	X
18	X				x	X
19	X			X	x	X
20	X				x	X
21	X				x	X
22					x	X
23	X			X	x	X
24	X			X	x	X
25	X					X



Caracterización	Sujetos	%
Bar.	23	92%
Restaurante.	1	4%
Trabajo.	0	0%
Calle.	12	48%
Casa.	19	76%
Otras casas.	17	68%

TABLA 19. TIENE MUCHOS AMIGOS BEBEDORES

Sujetos	Si	No
1	x	
2	x	
3	x	
4	x	
5	x	
6	x	
7	x	
8	x	
9	x	
10	x	
11	x	
12	x	
13	x	
14	x	
15	x	
16	x	
17	x	
18	x	
19	x	
20	x	
21	x	
22	x	
23	x	
24	x	
25	x	

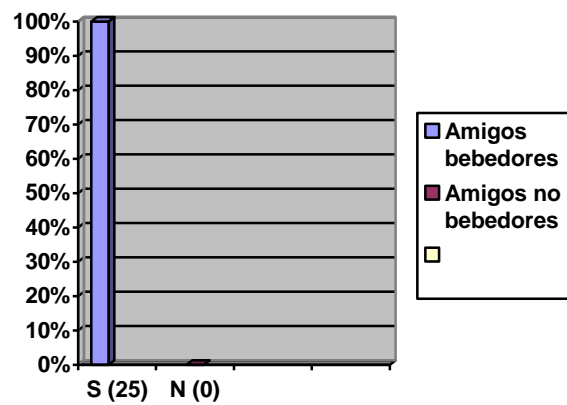
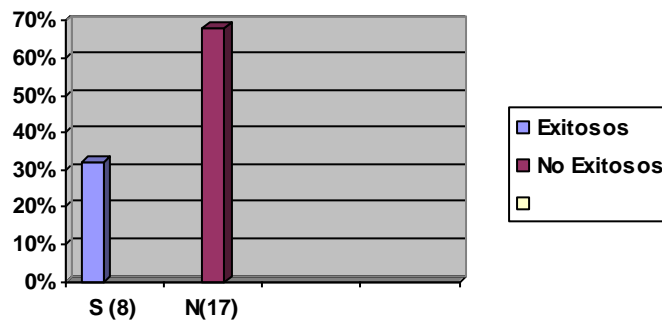


TABLA 20. INTENTOS DE BEBER MENOS.

Sujetos	Si	No
1	X	
2	x	
3		X
4		X
5	x	
6		X
7		X
8		X
9		X
10		X
11		X
12		X
13		X
14		X
15		X
16		X
17		X
18	x	
19		X
20		X
21	x	
22	x	
23		X
24	x	
25	x	



Caracterización	Sujetos	%
Exitosos.	8	32%
No exitosos.	17	68%

TABLA 21. FACTORES QUE HAN INFLUIDO EN LA RECAÍDA.

Caracterización	Sujetos	%
Malas Influencias	12	48%
Conflictos con la pareja.	4	16%
Lejos de la familia.	3	12%
Soledad	3	12%
Depresión	2	8%
No tener un programa en A.A.	1	4%

TABLA 22. VALORACIÓN DE LAS RECAÍDAS ANTERIORES.

Caracterización	Sujetos	%
Enseñanza.	9	36%
Vergüenza.	6	24%
Pena	5	20%
Experiencia.	3	12%
Algo negativo.	2	8%

TABLA 23. VALORACIÓN DE LA RECAÍDA ACTUAL.

Caracterización	Sujetos	%
Falta de voluntad	9	36%
Malas Influencias.	8	32%
Conflictos Familiares.	4	16%
No saber enfrentar situaciones.	3	12%
Muerte de familiar.	1	4%

TABLA 24. CONSIDERACIÓN DEL PORQUE NO HA PODIDO DEJAR DE BEBER.

Caracterización	Sujetos	%
Por falta de Voluntad.	11	44%
Influencia perjudicial.	9	36%
No saber evitar la recaída.	5	20%

TABLA 25. IMPOSIBILIDAD PARA DEJAR DE BEBER HA DEPENDIDO DE:

Caracterización	Sujetos	%
De usted.	18	72%
De otras personas.	0	0%
O de ambos.	7	28%

TABLA 26. FACTORES MÁS FRECUENTES QUE FAVORECEN LA RECAÍDA.

N° de Factores	Caracterización	Sujetos	%
2	Influencia perjudicial de amigos bebedores.	18	72%
31	Asistencia a fiestas.	12	48%
11	Pérdida de pareja.	12	48%
3	Asistir a lugares donde consumía.	9	36%

TABLA 27. CANTIDAD DE FACTORES QUE INFLUYEN SEGÚN LOS SUJETOS.

Factores	Sujetos	%
15 a 20	4	16%
10 a 14	10	40%
5 a 9	11	44%
1 a 4	0	0%

TABLA 28. CANTIDAD Y FRECUENCIA DE FACTORES QUE PROVOCAN LA RECAÍDAS SEGÚN LOS SUJETOS.

Caracterización			Frecuencia de factores.	
Ausencia de apoyo familiar.			10	
Influencia perjudicial de amigos bebedores.			21	
Asistir a lugares donde consumía.			17	
Creer que podía tomar sin control.			11	
Problemas familiares graves.			7	
Conflictos con vecinos u otras personas.			5	
Existencia de ansiedad.			12	
Existencia de depresión.			12	
Falta de voluntad para dejar de beber.			10	
Pérdida de ocupaciones.			2	
Pérdida de pareja.			16	
Muerte de familiares.			3	
Falta de sentido para vivir.			1	
Rechazo social.			3	
No reconocer las consecuencias dañinas del alcohol.			4	
No asistir o continuar el tratamiento.			6	
No asistir a grupo de A.A. u otro.			2	
Ausencia de conocimientos sobre el alcoholismo.			2	
Necesidad de beber.			7	
Reconocer que el alcoholismo no es una enfermedad.			1	
Estar en situación difícil (deuda, prisión, etc.)			4	
Necesidad de huir de la realidad o situación actual.			7	
Discusiones frecuentes con la pareja.			11	
Fracaso en el trabajo o profesión.			3	
Disgustos con familiares (excluye pareja).			6	
Dificultades con el jefe o compañeros de trabajo.			1	
Miedo a tener que enfrentar una situación difícil.			1	
Asistencia a fiestas.			20	
Conflicto o alteración sexual.			6	
Empleo vinculado al alcohol.			6	
Dificultad para tener pareja.			9	
Dificultad para conseguir trabajo.			1	
Se bebe en exceso en la casa.			7	
Ser testigo de violencia o accidente.			2	
Dificultades económicas.			6	
Diversas preocupaciones.			3	

Falta de recreación.			5	
Autoestima baja.			10	
Culpa, vergüenza.			3	
No obtener placer sin la bebida.			9	
Éxitos, buenos acontecimientos.			4	

TABLA 29. RAZONES MÁS FRECUENTES PARA BEBER SEGÚN LOS SUJETOS.

Nº de Razones	Caracterización	Sujetos.	%
2	Celebrar.	25	100%
3	Alegrarse.	18	72%
4	Olvidar preocupaciones.	16	64%
11	Vencer temores.	15	60%

TABLA 30. CANTIDAD DE RAZONES QUE INFLUYEN SEGÚN LOS SUJETOS.

Cantidad de Razones	Sujetos	%
7 a 9	9	36%
4 a 6	15	60%
1 a 3	1	4%

TABLA 31. CANTIDAD Y FRECUENCIA DE RAZONES PARA BEBER SEGÚN LOS SUJETOS.

Caracterización.	Frecuencia de razones.
Acompañar las comidas.	3
Celebrar.	25
Alegrarse.	20
Olvidar preocupaciones.	17
Sentirse más seguro.	9
Sentirse sociable.	10
Relajarse.	14
Ser aceptado en el grupo de amistad.	14
Ser audaz.	5
Acompañar la actividad sexual.	11
Vencer temores.	15
Otros, especifique.	0

Anexo 32.

Entrevista: Es de carácter semiestructurado y consta de 25 preguntas, las cuales indagan causas y consecuencias del alcoholismo, edad de comienzo, tipo de tratamiento recibido, etc. Como también la historia de las recaídas, así como los factores que influyen o evitan las mismas.

I.- Datos generales:

Nombre y apellidos:

Dirección

Sexo

Edad

Estado civil

Escolaridad

Ocupación

Salario Percápita familiar

Tipo de Residencia

¿Con quien vive?

Historia familiar de alcohólicos:

Padre, madre, ambos, hermanos, tíos, hijos, abuelos, primos, otros.

Consumo de alcohol:

Hasta 5 años

Más de 5 a 10

Más de 10 a 15.

Más de 15 a 20.

Más de 20 a 25.

Edad en que bebió por primera vez:

Edad en que comenzó a beber más de la cuenta:

Edad en que apreció que no podía controlar la ingestión:

Tipo de bebida consumida con más frecuencia en los últimos años:

Cerveza, vino, aguardiente, ron, alcohol de 90 ° grado preparado, alcohol doméstico preparado, etc.

Tipo de bebida que prefiere:

¿Con quien bebe (o bebió) frecuentemente?:

Desconocidos, conocidos, amigos, familiares, solo.

Sitio donde preferentemente bebe (bebía):

Bar, restaurante, trabajo, calle, casa, otras casas.

¿Tiene muchos amigos bebedores?: sí, no

¿Los intentos de beber menos han sido o fueron exitosos?: sí, no.

¿Le ha creado la bebida problemas con su pareja, padres u otro familiar cercano?

Explique:

¿Le ha creado problemas laborales? Sí, no, ¿cuál?

¿Ha estado hospitalizado a causa de la ingestión excesiva de bebidas alcohólicas?

¿Qué otras consecuencias ha tenido o tuvo para usted beber en exceso?

¿Puede usted (o pudo) dejar de beber sin grandes esfuerzos después de tomar 1 o dos tragos?

¿Ha tratado usted de limitar su ingestión de bebidas alcohólicas a ciertas horas del día o en ciertos lugares?

¿Es usted capaz de dejar de beber cuando quiere?

¿Ha sido tratado su alcoholismo por médicos, psicólogos o psiquiatras?: Sí, hospitalizado, sí en consulta y hospitalizado, no ha sido tratado.

¿Qué tratamiento ha recibido?: psicoterapia de grupo, individual, medicamentos (disulfiram, ipecacuana).

¿Ha participado en Alcohólicos Anónimos? ¿Cuántas veces?

¿Cuál considera que ha sido o es el o los tratamientos más efectivo(s) para usted?

¿Ha dejado de beber completamente? ¿Cuántas veces?, ¿por qué tiempo?

¿Qué factores han influido en que haya recaído en cada caso?

¿Cómo ha valorado esas recaídas?

¿Por qué valora que ha recaído ahora?

¿Por qué considera que no ha podido dejar de beber?

¿La imposibilidad para dejar de beber ha dependido de usted, de otras personas o de ambos? Explique.

¿Cómo se percibe dentro de 5 años con relación al consumo de bebidas alcohólicas?

Anexo 33. CUESTIONARIO RAZONES PARA BEBER.

Marque con una “X” la razón que usted considera para beber.

Nombre:

Edad:

Ocupación:

Estado civil:

Dirección:

RAZONES PARA BEBER.

1. Acompañar las comidas.
2. Celebrar.
3. Alegrarse.
4. Olvidar preocupaciones.
5. Sentirse más seguro.
6. Sentirse sociable.
7. Relajarse.
8. Ser aceptado en el grupo de amistad.
9. Ser audaz.
10. Acompañar la actividad sexual.
11. Vencer temores.
12. Otros, especifique.

ANEXO 34.

CUESTIONARIO DE FACTORES DE RECAÍDA.

Cuestionario de Recaída. Elaborado por el autor a partir fundamentalmente de listados de eventos o sucesos vitales presentados por González (2003), Alonso (1995).

Consta de 50 ítems donde se recogen los factores que pueden dar lugar a recaídas. Los sujetos deben responder verdadero o falso a dichas preguntas. Se les pedirá que señale los cinco más importantes.

Factores que favorecen la recaída.

1. Ausencia de apoyo familiar.
2. Influencia perjudicial de amigos bebedores.
3. Asistir a lugares donde consumía.
4. Creer que podía tomar con control.
5. Problemas familiares graves.
6. Conflictos con vecinos u otras personas.
7. Existencia de ansiedad.
8. Existencia de depresión.
9. Falta de voluntad para dejar de beber.
10. Pérdida de ocupaciones (trabajo u otras tareas)
11. Pérdida de pareja.
12. Muerte de familiares.
13. Falta de sentido para vivir.
14. Rechazo social.
15. No reconocer las consecuencias dañinas del alcohol.
16. No asistir o continuar el tratamiento.
17. No asistir a grupo de Alcohólicos Anónimos u otro.
18. Ausencia de conocimientos sobre el alcoholismo.
19. Necesidad de beber.
20. Reconocer que el alcoholismo no es una enfermedad.
21. Estar en situación difícil (deuda, prisión, etc.).
22. Necesidad de huir de la realidad o situación actual.
23. Problemas importantes de salud propia.
24. Enfermedad importante de familiar.
25. Discusiones frecuentes con la pareja.
26. Fracaso en el trabajo o profesión.
27. Disgustos con familiares (excluye pareja).
28. Dificultades con el jefe o compañeros de trabajo.
29. Pérdida de algún objeto o propiedad valiosa.
30. Miedo a tener que enfrentar una situación difícil.
31. Asistencia a fiestas.
32. Conflicto o alteración sexual.
33. Empleo vinculado al alcohol.
34. Cambio de domicilio.
35. Dificultad para tener amigos.
36. Dificultad para tener pareja.
37. Dificultad para conseguir trabajo.

38. Se bebe en exceso en la casa.
39. Ser testigo de violencia o accidente.
40. Dificultades económicas.
41. Exceso de responsabilidades.
42. Diversas preocupaciones.
43. Falta de recreación.
44. Autoestima baja.
45. Culpa, vergüenza.
46. Creer que falta mucho para recuperarse.
47. Creer que es tarde para parar.
48. No obtener placer sin la bebida.
49. Perder confianza en el tratamiento.
50. Éxitos, buenos acontecimientos.

ANEXO 35.

Análisis de Preguntas.

Pregunta 1.

¿Le ha creado la bebida problemas con su pareja, padres u otro familiar cercano?

Explique:

16 sujetos le ha creado problemas con la pareja, con la familia

5 sujetos con la justicia (policía).

4 sujetos le crea problemas en las relaciones interpersonales.

Pregunta 2

¿Le ha creado problemas laborales?

20 sujetos le ha creado problemas laborales.

a 5 sujetos no le he creado porque no trabajan su ocupación es de estudiante.

Ha sido por ausentismo, llegadas tardes, descenso del cargo y puesto, despedidos.

Pregunta 3

¿Ha estado hospitalizado a causa de la ingestión excesiva de las bebidas alcohólicas?

12 sujetos han estado ingresados.

13 sujetos no han estado ingresados.

Pregunta 4

¿Qué otras consecuencias ha tenido o tuvo para usted beber en exceso?

Todos los sujetos han tenido consecuencias en beber en exceso.

3 problemas con la pareja.

7 problemas con la justicia (policía)

6 agresividades.

4 sujetos han tenido accidentes.

2 sujetos con problemas de salud.

3 sujetos perder amistades.

Pregunta 5

¿Puede usted o pudo dejar de beber sin grandes esfuerzos después de tomar 1 o dos tragos?

Los 25 sujetos respondieron no.

Pregunta 6

¿Ha tratado usted de limitar su ingestión de bebidas alcohólicas a ciertas horas del día o en ciertos lugares?

6 sujetos responden No.

19 sujetos responden Si.

Pregunta 7

¿Es usted capaz de dejar de beber cuando quiere?

7 sujetos responden Si.

18 sujetos responden No.

Pregunta 8

¿Ha sido tratado su alcoholismo por médicos, psicólogos o psiquiatras?

19 sujetos respondieron Si.

6 sujetos respondieron No.

Pregunta 9

¿Qué tratamiento ha recibido? : Psicoterapia de grupo, individual, medicamentos (disulfirám, ipecacuana).

19 sujetos han recibido psicoterapia de grupo (9 de ellos con medicamentos)

6 sujetos no han recibido.

Pregunta 10

¿Ha participado en Alcohólicos Anónimos? ¿Cuántas veces?

9 sujetos han ido a Alcohólicos Anónimos.

16 sujetos no han ido a Alcohólicos Anónimos. (1 sujeto asistió 10 meses, otro a 70 reuniones y otro a 20 reuniones).

Pregunta 11

¿Cuál considera que ha sido o es el o los tratamientos más efectivo (s) para usted?

15 sujetos consideran efectiva la psicoterapia de grupo.

5 sujetos ir a Alcohólicos Anónimos.

3 sujetos la psicoterapia con medicamentos.

2 sujetos no consideran nada.

Pregunta 12

¿Ha dejado de beber completamente? ¿Cuántas veces?, ¿Por qué tiempo?

25 sujetos han dejado de beber completamente.

18 sujetos durante 3 meses.

5 sujetos durante 4 meses.

2 sujetos durante 6 meses.

Pregunta 13

¿Qué factores han influido en que haya recaído en cada caso?

4 sujetos conflictos con la pareja.

2 sujetos por conflictos que no ha sabido resolver.

10 sujetos por malas influencias y por la presión del medio social.

3 sujetos por la soledad.

2 sujetos por depresión.

1 sujeto por no tener un programa de Alcohólicos Anónimos.

3 sujetos por estar lejos de la familia.

Pregunta 14

¿Cómo ha valorado esas recaídas?

9 sujetos como una enseñanza.

6 sujetos con vergüenza.

5 sujetos con pena.

2 sujetos en forma negativa.

3 sujetos como una experiencia.

Pregunta 15

¿Por qué valora que ha recaído ahora?

3 sujetos por no saber enfrentar ciertas situaciones.

9 sujetos por falta de voluntad.

8 sujetos por malas influencias.

4 por problemas familiares.

1 por la muerte de la madre.

Pregunta 16

¿Por qué considera que no ha podido dejar de beber?

11 sujetos por falta de voluntad.

5 sujetos porque no saben como evitar la recaída.

9 sujetos por la influencia perjudicial de amistades.

Pregunta 17

¿La imposibilidad para dejar de beber ha dependido de usted, de otras personas o de ambos? Explique:

18 sujetos ha dependido directamente de él.

7 sujetos que ha dependido de ambos.

Pregunta 18

¿Cómo se percibe dentro de 5 años con relación al consumo de bebidas alcohólicas?

6 sujetos distanciados del alcohol.

5 sujetos controlados del consumo.

2 sujetos desean someterse a un tratamiento.

1 sujeto se percibe loco o muerto.

3 sujetos con deseos de formar una familia.

6 sujetos se perciben en la situación actual, bebiendo y parando.

2 sujetos en constantes crisis con la bebida.

ANEXO 36.

**¿Le ha creado la bebida problemas con su pareja, padres u otro familiar cercano?
Explique: Si.**

Sujeto 1

La separación de mi esposa, con la familia y dificultades en las relaciones personales. Si le ha creado problemas laborales; ausentismo y llegadas tardes.

Nunca ha estado hospitalizado. Consecuencias que ha tenido beber en exceso: problemas con la policía, un divorcio. No puede dejar de beber después de darse un trago. No ha podido limitar la ingestión de bebidas en ciertos lugares y a ciertas horas. Considera que es capaz de dejar de beber cuando quiere. En la actualidad ha sido tratado su alcoholismo, recibiendo psicoterapia de grupo. Participo durante un año en A.A. considerando que el tratamiento más efectivo es ir a A.A. la psicoterapia de grupo y la ayuda médica. Durando seis meses sin beber nada de alcohol. Factores que han influido en la recaída: los conflictos con la pareja. Valora las recaídas como muy peligrosas. Ha recaído en la actualidad por cualquier cosa, él mismo se inventa la recaída. No tiene una idea clara del porque no ha dejado de beber, plantea que bebe para festejar, en que la imposibilidad para dejar de beber ha dependido directamente de él. Se percibe dentro de 5 años con relación al consumo de alcohol de una mejor manera.

Sujeto 2

La bebida me ha creado problemas con la pareja, me pone agresivo, me transforma por completo y me trae dificultades serios problemas. No le ha creado problemas laborales porque no trabaja, (estudiante) no ha estado nunca hospitalizado, las consecuencias de beber en exceso han sido fracasos en los estudios, después de un trago no puede dejar de beber, dependiendo de la ocasión, limitando la ingestión a ciertas horas y en ciertos lugares, es capaz de dejar cuando él quiere. No ha sido tratado su alcoholismo, No ha recibido tratamiento, no ha participado en A.A., dejando de beber por un período de 4 meses. Valora las recaídas de una manera mala porque dice que la persona bebe cuando hay problemas. Valora que ha recaído ahora porque no ha sabido enfrentar ciertas situaciones. Considera que no ha dejado de beber porque no ha querido y considera que es una adicción (un vicio). La imposibilidad para dejar de beber ha dependido de él. Se considera dentro de 5 años con relación al consumo de alcohol en abstinencia y alejado del alcohol.

Sujeto 3

La bebida le ha creado problemas con la pareja, y con la madre. También le ha creado problemas laborales, descenso del cargo y después quedar despedido. Si, ha estado hospitalizado a causa del consumo de alcohol. El consumo de bebidas alcohólicas le ha creado problemas con la autoridad (policía). No puede dejar de beber después de un trago. Ha tratado de limitar su ingestión de alcohol en ciertas horas y lugares. Dice que no es capaz de dejar de beber después de darse un trago y que no puede parar. Su alcoholismo ha sido tratado hospitalizado y en consulta. Ha recibido psicoterapia de grupo, individual y medicamentos para sedarse y no deprimirse. Ha participado en A. A. pero no recuerda cuantas veces. Considera que la psicoterapia ha sido efectiva porque lo ha puesto a pensar sobre la enfermedad. Ha dejado de beber varias veces, una vez duro 6 meses, otra vez duro 3 meses y la otra vez un mes. Considera que los factores que han influido en la recaída han sido varios, de todo tipo, problemas sin resolver. Valora las recaídas como una enseñanza, antes la consideraba con mucha pena y vergüenza. Valora

que ha recaído ahora por no saber ciertas situaciones. Dice que hace 4 meses que no recaído. La imposibilidad para dejar de beber ha dependido de él. Se percibe dentro de 5 años con relación a consumo de alcohol de una manera bien, porque ahora ha logrado poner fin con el alcohol, cree que formará una familia, un hogar y el alcohol no podrá hacer que se destruya.

Sujeto 4

La bebida le ha creado problemas con la pareja, (Cuando agredí a mi esposa), con la madre y muy serios problemas; existiendo agresividad y violencia domestica. Dice que no le ha creado problemas laborales, en la actualidad se desempeña como profesor. Nunca ha estado hospitalizado. Las consecuencias en beber en exceso han sido discusiones, pérdida de memoria, lagunas mentales, problemas de salud. No puede dejar de beber después de tomarse un trago. Ha limitado de beber en ciertas horas y lugares, pero después terminada la jornada laboral consume alcohol. No es capaz de dejar de beber cuando quiere. En la actualidad su alcoholismo ha sido tratado en consulta, ha recibido psicoterapia, medicamentos. Nunca ha participado en A. A. Lo máximo que ha dejado de beber han sido tres meses, no ha podido durar más tiempo. Los factores que han influido en sus recaídas han sido; el tener dinero le da posibilidad de volver a consumir y la facilidad de conseguir la bebida. Valora las recaídas en que discute mucho, se pone violento, agresivo y quiere que no se vuelva a repetir, pero a la vez expresa que son una enseñanza: “Son una enseñanza porque uno sabe la manera de evitarlas”. Valora que ha recaído ahora porque le gusta la bebida y al verse con dinero consume. Considera que no ha podido dejar de beber porque se considera un alcohólico y porque no sabe como evitar la recaída. La imposibilidad de dejar de beber ha dependido de él, porque le gusta la bebida. Se percibe dentro de 5 años con relación al consumo de bebidas bastante desastroso, un infierno, es por lo mismo que desea hacer un tratamiento para no volver a beber porque el alcohol se le fue de las manos.

Sujeto 5

La bebida le ha creado problemas con la pérdida de la familia, amistades y hogar. Le ha creado problemas laborales, despidos permanentes. “Me quedé sin trabajo”. Un ingreso que duro un mes. Las consecuencias dice que le daba por beber, no tenía otra motivación. Después de tomar un trago no puede dejar de beber. Dice que en la época de consumo, se levantaba bebiendo. No es capaz de dejar de beber cuando quiere. Fue hospitalizado en Hospital hnos. Amejeiras. Recibió medicamentos y psicoterapia de grupo. Nunca ha participado en A. A. La terapia ayuda mucho. Ha dejado de beber completamente. Los factores que influían eran problemas de todo tipo. Valora las recaídas como una enseñanza. Se ha mantenido sin recaídas. Dice que ha tenido valor para enfrentar la enfermedad, se percibe mucho mejor.

Sujeto 6

La bebida le ha creado problemas con la separación de la esposa y el rechazo de la familia. “Disgustos con mi familia”. Le ha creado problemas laborales por las ausencias injustificadas producto del mal estado que se encontraba. Nunca ha estado hospitalizado. Las consecuencias del alcohol ha sido una lesión en el tobillo que le operaron. No puede dejar de beber después de tomarse un trago. No ha tratado de limitar su ingestión en horas y lugares. No es capaz de dejar de beber cuando quiere. Su alcoholismo ha sido tratado por psiquiatras en consulta en Higiene Mental. Ha recibido psicoterapia de grupo. En A. A. ha participado en 70 juntas. Considera que A. A. es de los tratamientos más efectivos. Ha dejado de beber una vez por un período de 3 meses.

Los factores que han influido en que haya recaído es el no tener un programa como el de A.A. Las recaídas las ha valorado como fatales ya que termino en un salón de operaciones. Dice que ha recaído por falta de voluntad. Dice que no ha podido dejar de beber porque las preocupaciones son muchas. La imposibilidad de dejar de beber ha dependido de ambos, el grupo de amistades y porque no sabe como dejar de beber. Se percibe dentro de 5 años loco o muerto.

Sujeto 7

La bebida le ha creado bastantes problemas, en su casa hay problemas serios con la bebida y se consume a diario. La bebida le ha creado problemas laborales, fue despedido porque lo sorprendieron conduciendo bebido y le suspendieron la licencia de conducción. :“Perdí mi trabajo y confiabilidad”. Nunca ha estado hospitalizado. La bebida le ha creado problemas con vecinos y riñas, broncas. No puede dejar de beber después de tomarse un trago. Ha limitado beber en lugares y en ciertas horas del día. No es capaz de dejar de beber cuando quiere. Su alcoholismo ha sido tratado en consulta por el psicólogo del policlínico. Ha recibido psicoterapia de grupo e individual. Ha participado en A. A. y es por temporadas. Considera la psicoterapia efectiva. Una vez dejo de beber por 4 meses y otra vez por 2 meses. Desconoce los factores que han influido en que haya recaído. Valora las recaídas con pena y vergüenza, con ganas de no salir a la calle. Valora que ha recaído por falta de voluntad y por llevarse por malas influencias de amistades. Considera que no ha podido dejar de beber porque no sabe, a veces quiere y cree no tener voluntad, que no escucha consejos. La imposibilidad de dejar de beber ha dependido de él, en su hogar cualquier cosa da lo mismo. Se percibe dentro de 5 años normal, desea tener una pareja para no estar solo, también con un empleo y con buenos amigos.

Sujeto 8

La bebida le ha creado problemas con la pareja, se divorciaron, con la familia, y con la hija, también con la policía. Le ha creado problemas laborales, al perder un buen puesto de trabajo, por ausentismo y llegadas tardes. “Problemas serios en el trabajo”. Ha estado una vez hospitalizado. Las consecuencias de la bebida ha sido que ha tenido varios problemas, hasta accidentes. Después de tomar un trago no puede dejar de beber. A veces limita, siempre bebe por la tarde y bastante el fin de semana. No es capaz de dejar de beber cuando quiere. Ha sido tratado por psiquiatría y tuvo un ingreso por alcoholismo. Ha recibido psicoterapia y medicamentos. Participo en A. A. pero lo dejo porque le aburrió. El tratamiento más efectivo es tener voluntad y tener buenas amistades. Una vez duro sin beber 7 meses y el otro 1 mes. Los factores que han influido han sido diferentes problemas. Valora las recaídas como una caída y hay que pararse, a uno lo ayuda a pensar y tratar de no beber tanto. Dice que ha recaído porque su ambiente es de bebedores. : “Por falta de voluntad y por dejarme influenciar”. Dice que no ha podido dejar de beber por falta de voluntad. La imposibilidad de dejar de beber ha dependido de él. Se percibe dentro de 5 años en la misma situación actual, bebiendo y parando de vez en cuando.

Sujeto 9

La bebida le ha creado problemas, pérdidas de parejas, empleo y amistades. “Las amistades que tengo en su mayoría son bebedores”. También le ha creado problemas laborales. Nunca ha estado hospitalizado. Las onsecuencias del alcohol han sido accidentes, caídas en la calle. Después de un trago no puede dejar de beber. A veces trata de limitar lugares y horarios para beber. No es capaz dejar de beber. Una vez fue a

2 consultas con un psicólogo. Recibió terapia individual y grupal y la abandono. Participo en 3 juntas de A. A. Una vez dejo de beber por 3 meses y después siguió bebiendo. Los factores que han influido en la recaída han sido las preocupaciones y amistades. Valora las recaídas como una experiencia en la vida, de las que se aprende. No sabe porque ha recaído ahora. Considera que no ha dejado de beber por falta de voluntad. La imposibilidad de dejar de beber ha dependido de él. Se percibe dentro de 5 años con relación al consumo de manera normal, manejando el consumo y controlándolo.

Sujeto 10

La bebida le ha creado problemas con la pareja y con la madre. “Problemas con mi mamá”. No ha estado hospitalizado. Las consecuencias de beber son problemas con la policía. Después de un trago no puede controlar. Ha limitado la ingesta de alcohol a ciertas horas y en lugares. No es capaz de dejar de beber cuando quiere. Ha sido tratado por psicólogos. Ha recibido psicoterapia de grupo. No ha ido a A.A. Considera la psicoterapia muy efectiva. Una vez dejo de beber por un período de tres meses y otra por 2 meses. Han influido varios factores en la recaída, tanto personales como sociales. Las recaídas las valora como enseñanza. Ha recaído porque tiene problemas. Considera que no ha podido dejar de beber, porque no lo sabe, lo desconoce. La imposibilidad de beber depende de él. Se percibe dentro de 5 años, si sigue bebiendo cree que va a estar muy mal y si lo deja definitivamente se va a sentir mejor.

Sujeto 11

La bebida le ha creado problemas con su anterior esposa, las relaciones se empeoraron a causa del alcohol, cuando quería arreglar la situación era muy tarde. Con las amistades, “Han sido las amistades y malas influencias”. Le ha creado problemas laborales, ha llegado tarde y se ha quedado dormido en el turno de la noche. No ha estado hospitalizado. Consecuencias como pérdida de amistades por comportamientos agresivos. Después de un trago no puede parar. Ha limitado en horas y lugares la ingesta. A veces es capaz de dejar de beber. Ha sido tratado en consulta con un especialista en psiquiatría, en un centro comunitario de salud mental. Ha recibido terapia ocupacional. No ha participado en A. A. El tratamiento más eficaz es ocuparse de otras cosas. Ha dejado de beber como 2 veces, una por 4 meses y la otra por un mes. Los factores que han influido en las recaídas han sido los amigos y ciertas malas influencias. Valora las recaídas con gran pena y culpa, que han sido de gran enseñanza personal. Valora que ha recaído por no pensar en su salud y por la mala influencia de ciertos amigos del barrio y trabajo. Considera que no ha podido dejar de beber porque es culpa de él, el ambiente en que se desenvuelve atenta contra su persona. La imposibilidad para dejar de beber ha dependido de ambos, mis amigos me incitan a beber y él no tiene fuerza de voluntad. “yo quiero, pero no puedo”. Se percibe dentro 5 años, no sabe, deseo y espero dejar de beber, aunque sea beber en reuniones sociales.

Sujeto 12

La bebida le ha creado problemas laborales, lo descendieron de cargo, de custodio a auxiliar de sala, con las amistades y compañeros, “La presión de beber por amistades”. Ha estado hospitalizado en Hospital Calixto García, 22 días ingresado por intoxicación alcohólica. La ingesta de alcohol le ha traído como consecuencia daños orgánicos, cirrosis hepática. Después de un trago no puede dejar de beber. Se limito de beber, bebía por la tarde y noche. Solamente pasaba 4 días sin beber. Ha sido hospitalizado, ha recibido medicamentos. Nunca ha participado en A. A. Tratamientos más efectivos la

psicoterapia con medicamentos. Una vez dejo de beber por tres meses. Factores que han influido en la recaída, han sido la presión social y amistades. Valora las recaídas porque no tenía herramientas para enfrentar situaciones de riesgo. Valora que ha recaído porque ha tenido problemas y por no saber controlarme con la bebida. Considera que no ha podido dejar de beber porque estaba habituado y dice que no es por los nervios. Tomo conciencia y dejo de consumir. Dentro de 5 años se percibe mucho mejor, con mayores posibilidades.

Sujeto 13

La bebida le ha creado con la pareja, con vecinos y en el trabajo. Le ha creado problemas laborales, ha sido despedido varias veces y tiene antecedentes en el expediente laboral. Ha estado hospitalizado en el Hospital psiquiátrico de la Habana. Ha tenido problemas con la justicia. Después de un trago no puede controlar la bebida. Si ha limitado beber en ciertos lugares y a ciertas horas. No es capaz de dejar de beber cuando quiere. Su alcoholismo ha sido tratado en consulta y hospitalizado. El tratamiento ha sido psicoterapia de grupo y medicamentos, fue implantado por disulfiram. Ha participado en A. A. si varias veces. El tratamiento más efectivo ha sido la terapia de alcohólicos. Una vez dejo de beber durante 6 meses y la otra vez por tres meses. Que factores han influido en la recaída, problemas que no tenía resueltos. Valora las recaídas como un aprendizaje.

Ha recaído ahora porque no sabía como enfrentar los problemas de la vida. No ha podido dejar de beber, porque le ocurre una cosa y entra en crisis. La imposibilidad de dejar de beber, ha dependido de la esposa y de él. Se percibe dentro de 5 años controlado, con paz con los míos, y estaré más sano.

Sujeto 14

La bebida le ha creado todo tipo de problemas personales y con la justicia.

No le ha creado problemas laborales. Ha estado hospitalizado por un mes en una clínica. Otras consecuencias le han dejado la bebida, perder oportunidades y algunas amistades. No puede dejar de beber después de un trago. Ha limitado la ingestión en ciertos lugares y horas del día.

No es capaz de dejar de beber cuando quiere, le es difícil. Ha sido tratado en consultas y hospitalizado. Ha recibido psicoterapia individual y grupal.

No ha participado en A. A. El tratamiento más efectivo la psicoterapia.

Una vez duro 3 meses sin beber y la otra un mes. Factores que han influido en la recaída; varios factores, la soledad, el estar lejos de la familia han posibilitado que recaiga, el no tener una pareja estable. Ha valorado las recaídas como enseñanza porque uno aprende a controlarse. Valora que ha recaído ahora, por el hecho de presentar problemas académicos y porque también lo que ha influido para que recaiga ha sido la soledad y no tener una pareja estable. No ha podido dejar de beber por falta de voluntad. La imposibilidad de dejar de beber ha dependido de mí, y por la presión de algunos amigos, ya que mi familia no está aquí. Se percibe dentro de 5 años si sigo bebiendo voy a quedarme solo y con más problemas, ahora si me atiendo y pongo de mi parte podré cumplir con metas y proyectos.

Sujeto 15

La bebida le ha creado grandes problemas con la familia, vecinos y comunidad. “Me ha detenido la policía por riñas en la calle”. La bebida le ha creado problemas laborales, ausentismos, despedidos y llegadas tardes. Ha estado hospitalizado en varios hospitales. Consecuencias de la bebida, perder la familia y tres matrimonios. Después de un trago

no puede dejar de beber. Ha limitado beber a ciertas horas y en ciertos lugares. No es capaz de dejar de beber cuando quiere, requiere medicamentos. Su alcoholismo ha sido tratado en varios hospitales y ha tenido varios tratamientos. Ha recibido psicoterapia de grupo, nunca ha sido implantado. Ha ido a A.A muy pocas veces. Considera que la psicoterapia de grupo es efectiva. Una vez duro 8 meses sin beber, y otra vez duro 3 meses. Los factores que han influido en que haya recaído han sido la depresión por la muerte de su madre, la soledad y la presión de las personas por beber. Valora las recaídas como enseñanzas y experiencias. La recaída actual ha sido por la muerte de la madre y la soledad. Considera que no ha podido dejar de beber por falta de voluntad. La imposibilidad para dejar de beber ha dependido de él porque considera que es su problema. Se percibe dentro de 5 años en constantes crisis y lo concreto es que asume su alcoholismo.

Sujeto 16

La bebida le ha creado problemas con las personas en las relaciones, para la salud propia. Le ha creado problemas laborales, ausentismo, llegadas tardes. Nunca ha estado hospitalizado. Consecuencias de la bebida, problemas con la justicia. Después de un trago no puede parar de beber.

Es capaz de dejar de beber cuando quiere. Su alcoholismo nunca ha sido tratado. Nunca ha participado en A. A. Una vez dejo de beber por 4 meses sin consumir alcohol. Los factores que han influido en la recaída, la familia, problemas serios con el padre, el barrio donde vive se beben bastante.

Al valorar las recaídas no le da importancia. Dice que ha recaído ahora por tener problemas con el padre y otros familiares. Considera que no ha podido dejar de beber porque le cuesta y a veces no le gusta la idea.

La imposibilidad de dejar de beber ha dependido de él. Se percibe dentro de 5 años con relación al consumo de alcohol, si sigue consumiendo dice que va a tener serios problemas y si deja de beber puede lograr otras cosas.

Sujeto 17

La bebida le ha creado problemas, un divorcio, la separación de sus hijas, problemas en las relaciones con los compañeros. “Los problemas con mi mujer por mi forma de beber”. No le ha creado laborales la bebida. Una vez fue hospitalizado porque se intoxicó. Otras consecuencias de la bebida, problemas con vecinos. Después de un trago no puede dejar de beber. No ha tratado de limitar la ingestión a ciertas horas y en ciertos lugares. No es capaz de dejar de beber cuando quiere. No ha recibido tratamientos a su alcoholismo. Una vez duro 6 meses sin beber y otra vez duro 3 meses. Los factores que han influido en la recaída según él las frustraciones y problemas que no ha resuelto, la soledad y la falta de proyectos en la vida. Valora las recaídas como experiencias. Ha recaído ahora porque hizo un buen trabajo, gana dinero y el éxito- reconocimiento de las personas lo hacen beber. Considera que no ha podido dejar de beber por falta de voluntad. La imposibilidad de dejar de beber ha dependido de él. Se percibe dentro 5 años más controlado y con una familia que desea organizar, dice que se va a someter a un tratamiento.

Sujeto 18

La bebida le ha creado problemas con la pareja, en los asuntos académicos y con las amistades. :“Tuve problemas con amistades”, No le ha creado problemas laborales. No ha estado hospitalizado. Otras consecuencias problemas con amistades y rechazo social de las personas. Si ha tratado de limitar la ingestión a ciertas horas y en ciertos lugares.

Es capaz de dejar de beber cuando quiere. Nunca ha sido hospitalizado. No ha recibido ningún tratamiento. No ha participado en A.A. Ha dejado de beber en dos ocasiones, una vez duro 5 meses y otra vez duro 3 meses. Los factores que han influido en la recaída han sido la soledad y estar lejos de la familia.

Valora las recaídas como enseñanza y experiencia. Valora que ha recaído ahora por las malas juntas y por no aprovechar bien el tiempo libre, como también “El hecho de encontrarme lejos de mi familia”. No ha podido dejar de beber por no reconocer su problema con el alcoholismo. La imposibilidad de dejar de beber ha dependido de él. Se percibe dentro de 5 años con relación al consumo de alcohol muy alejado de la bebida, ya que le hace mucho daño, considera que es mucho mejor no beber, para así cumplir con ciertas metas.

Sujeto 19

La bebida le ha creado problemas con la pareja, se pone agresivo, “Golpeé a mi esposa bajo los efectos del alcohol”. Le ha dado golpes a la esposa en presencia del hijo. Le ha creado problemas laborales la bebida, discusiones por mal carácter. Una vez estuvo hospitalizado por intoxicación alcohólica. Consecuencias del alcohol, problemas con vecinos, esposa, con las personas. Después de un trago no puede parar. Ha limitado la ingestión de alcohol a ciertas horas y en ciertos lugares. Una vez en consulta se trato con un psicólogo. Nunca ha participado en A. A. Considera la psicoterapia de grupo como efectiva. Una vez duro 4 meses sin beber. Los factores que han influido en la recaída, han sido la soledad, la falta de oportunidades y problemas con la pareja. Valora las recaídas con vergüenza y pena. Valora que ha recaído ahora por conflictos con la esposa. : “Serios conflictos con la pareja”. Considera que no ha podido dejar de beber por falta de voluntad. La imposibilidad de dejar de beber ha dependido de él y de las malas juntas. Se percibe dentro de 5 años con relación al consumo de alcohol, con deseos dejar de beber, mejorar los conflictos con la esposa y someterse a un tratamiento contra el alcoholismo.

Sujeto 20

La bebida le ha creado problemas de varios tipos, 3 divorcios, problemas con vecinos, “Discusiones con mis vecinos”, con su propia salud y con la familia. “El sufrimiento de mi hija.” Le ha creado problemas laborales, como ausentismo laboral y despidos. Una vez estuvo hospitalizado porque le subió la presión. Las consecuencias del alcohol es perder el respeto de las personas. Después de un trago no puede parar. Ha limitado la ingesta en ciertos lugares y a ciertas horas. No es capaz de dejar de beber cuando quiere. Su alcoholismo ha sido tratado en consulta por un psiquiatra. Ha recibido psicoterapia de grupo y sedantes. Nunca ha participado en A. A. Considera que la psicoterapia y los medicamentos son efectivos. Una vez duro 5 meses sin probar la bebida. Los factores que han influido en la recaída, han sido la deslealtad de la ex – pareja (engaños amoroso). Valora las recaídas como una manera de volver a pararse. Valora que ha recaído por la falta de compañía. No ha podido dejar de beber por la falta de voluntad. La imposibilidad de dejar de beber ha dependido de él. Se percibe dentro de 5 años más calmado y con ganas de quitarse del alcohol que no le ayuda en nada.

Sujeto 21

La bebida le ha creado problemas, como divorcio, agresiones a la mujer e hijos, deterioro físico y moral, problemas con la justicia. “Tuve problemas con la policía”. No le ha creado problemas laborales. Una vez estuvo hospitalizado por intoxicación alcohólica. Consecuencias, problemas con amistades y compañeros. Después de un

trago no puede parar. Ha limitado la ingesta a ciertas horas y en ciertos lugares. Es capaz de dejar de beber cuando quiere. Nunca ha sido tratado su alcoholismo. Una vez dejo de beber por períodos de 5 y 3 meses. Los factores que lo han llevado a la recaída han sido problemas familiares graves, malas influencias de ciertas amistades. Valora las recaídas como una etapa para no beber en exceso. Ha recaído ahora por ir a fiestas y actividades sociales donde ha habido ron. Considera que no ha podido dejar de beber porque cuando tiene una situación difícil le da por beber. La imposibilidad de dejar de beber ha dependido de él y de malas juntas. Se percibe dentro de 5 años en relación al consumo de alcohol, quiere poner fin al consumo de alcohol y buscar otras alternativas distintas a la borrachera.

Sujeto 22

La bebida le ha creado problemas con los hijos, deterioro de las relaciones y la pérdida de la confianza. “Mi hija me pidió un día llorando, que no tomará más”. No le ha creado problemas laborales porque bebe después de la jornada laboral. Nunca ha estado hospitalizado. Las consecuencias del alcohol han sido que se pone eufórico y agresivo. Después de un trago no puede parar de beber. Ha limitado beber a ciertas horas y en ciertos lugares. No es capaz de dejar de beber cuando quiere. Su alcoholismo ha sido tratado en consulta en Hospital Amejeiras hace 4 años, ha tenido tratamiento ambulatorio. Ha recibido psicoterapia y medicamentos. Considera la psicoterapia de grupo efectiva. Ha dejado de beber varias veces, una vez duro 5 meses sin beber. Los factores que han influido en que haya recaído en cada caso han sido los disgustos, desalientos de la vida, problemas cotidianos. Valora las recaídas en forma negativa, con pena y defraudada. Ha recaído ahora por problemas con su hijo mayor; a raíz del divorcio de ellos. No ha dejado de ver porque no ha pedido ayuda, la terapia le ha ayudado. La imposibilidad de dejar de beber ha dependido de él. Se percibe dentro de 5 años más controlado, ya que ahora tiene conciencia de la enfermedad.

Sujeto 23

La bebida le ha creado problemas con la justicia, con la pareja y con los vecinos. “Problemas en las relaciones con los compañeros”. No le ha creado problemas laborales. Nunca ha estado hospitalizado. Otras consecuencias problemas con su propia salud. Después de un trago no puede parar de beber. No ha limitado de beber a ciertas horas y en ciertos lugares. No es capaz de dejar de beber cuando quiere. Nunca ha sido tratado su alcoholismo. Participo unas pocas veces en A.A. Una sola vez dejo de beber, que fueron 6 meses. Los factores que han influido en que haya recaído en cada caso, ha sido la falta de pareja y el ambiente que le rodea en la casa. Las recaídas las valora con vergüenza y pena. Su última recaída fue por problemas con un vecino. No ha dejado de beber porque todas sus amistades beben y no tiene más relaciones. La imposibilidad de dejar de beber ha dependido de él. Se percibe dentro de 5 años más controlado y evitando tomar en exceso porque cada vez que bebe en grandes cantidades siente muchas malestares.

Sujeto 24

La bebida le ha creado problemas con la justicia, pérdida de relaciones, agresiones a la familia, por poco termino en la indigencia. Si le ha creado problemas laborales, despidos y ausentismos. No ha estado hospitalizado.

Consecuencias de problemas y riñas con vecinos, problemas con la justicia.

Después de un trago no puede parar de tomar. Ha limitado la ingestión a ciertas horas y en ciertos lugares. No es capaz de dejar de beber cuando quiere. Una vez lo trato el

psicólogo del policlínico. Nunca ha participado en A. A. Una vez dejó de beber por más de 4 meses. Los factores que han influido en la recaída en cada caso, han sido los problemas de relaciones con la comunidad, conflictos con la familia, frustraciones. Las recaídas las valora como algo que debe pasar para así saber medirse al momento de beber. He recaído por problemas con mi hermana, que sé cree porque estudio y no vive en la casa, se crea cosas que no son, porque ella a uno lo mira del hombro para abajo. No he dejado de beber porque me ha faltado ayuda para hacerlo. La imposibilidad de dejar de beber ha dependido de mí.

Se percibe dentro de 5 años mucho mejor y con mejores posibilidades, a demás sé que el alcohol en abuso trae problemas

Sujeto 25

La bebida le ha creado problemas con la pareja, estando a punto del divorcio, problemas con la familia, al beber se pone agresivo y después se deprime. No le ha creado problemas laborales. (Ocupación estudiante). Ha estado hospitalizado en varias ocasiones por el consumo de bebidas. Consecuencias, tener que pedir licencia en la Universidad por asistir a un tratamiento. No puede dejar de beber después de un trago. Ha limitado la ingestión a ciertas horas y en ciertos lugares. Es capaz de dejar de beber cuando quiere. Su alcoholismo ha sido tratado por psiquiatras, psicólogos. Ha recibido medicamentos y psicoterapia de grupo e individual. No ha participado en A. A. Considera la psicoterapia de grupo y los medicamentos como tratamientos efectivos. Una vez dejó de beber 5 meses y otra vez dejó de beber 3 meses. Los factores que han influido en cada caso, los problemas familiares y dificultades con la pareja, como también el medio en que se desenvuelve no es el más favorable. Las recaídas las ha valorado positivamente, porque sabe que el alcohol le causa problemas y se transforma. Considera que no ha podido dejar de beber porque cuando se le presenta un problema acude a alcohol para aliviar la tensión. La imposibilidad ha dependido de él directamente. Se percibe dentro de 5 años, graduado y ejerciendo mi profesión, con hijos y con armonía, alejado del alcohol.

Consentimiento Informado

“Soy estudiante de 5º año de Psicología de la Universidad de la Habana, en estos momentos estoy realizando una investigación en esta zona sobre el Alcoholismo, por lo que necesito de su cooperación para conocer su opinión sobre este tema. Esta investigación ayudará en el tratamiento y prevención del alcoholismo. ¿Me ayudaría UD.?”

Esta investigación tiene como objetivo:

Analizar los factores de riesgo que condicionan la recaída en los alcohólicos, con el fin de elaborar una propuesta de tratamiento.

Se presentarán una entrevista semiestructurada, un cuestionario de factores de recaída y un cuestionario sobre las razones para beber alcohol. Informarle además que son de carácter anónimas donde solo se procesaran datos para tener en cuenta los factores que inciden en las recaídas del alcoholismo, y poder llegar a la elaboración de una propuesta de prevención de recaída.

Usted debe de gozar de pleno juicio y responder lo mas fidedigno posible para que los resultados sean lo más cercano a la realidad posible.

Una vez que usted lea y responda cada uno de los cuestionarios continuaremos los especialistas al análisis de los resultados.

Por su apoyo y aporte en esta investigación, le damos las gracias en nombre de los profesionales especialistas en el tema.

Firma del individuo en estudio

Atentamente:

Jefe de la investigación

Jefe del Área de Salud

Especialista en Psicología

Clasificación internacional de las enfermedades CIE-10

Alcohol, alcohólico(a)(s)

F10.3 Síndrome de abstinencia al alcohol (estado)

F10.4 Síndrome de abstinencia al alcohol con delirio

F10.2 Adicción, drogadicción al alcohol

F10.5 Alucinosis (aguda) por alcohol

Z71.4 Asesoría y vigilancia por abuso de alcohol

F10.5 Celos, celotipia por el uso del alcohol

F10.4 Delirio, delirium (agudo) (con dependencia) (tremens) alcohólico

F10.6 Delirio crónico alcohólico

F10.7 Demencia alcohólica NCOP

T51.9 Envenenamiento alcohólico accidental (agudo) NCOP

Envenenamiento alcohólico accidental con un tipo especificado de alcohol (ver Tabla de medicamentos y productos químicos)

K70.9 Hígado alcohólico NCOP

F10.0 Intoxicación alcohólica (aguda) (con delirio)

F10.2 Intoxicación alcohólica con dependencia

F10.2 Manía alcohólico (crónica)

F10.5 Paranoia alcohólica, psicosis paranoide

E52 Pelagra debida al abuso de alcohol

Z72.1 Problemas relacionados con el uso de alcohol NCOP

F10.5 Psicosis alcohólica (paranoide) (ver también Psicosis, alcohólica)

Z50.2 Rehabilitación, desintoxicación alcohólica

F10.7 síndrome cerebral alcohólico crónico

Z72.1 Uso del alcohol NCOP

F10.2 Alcoholismo (crónico)

F10.0 Alcoholismo agudo

F10.5 Alcoholismo agudo con psicosis (ver también Psicosis, alcohólica)

O99.3 Alcoholismo agudo cuando complica el embarazo, el parto o el puerperio

P04.3 Alcoholismo agudo que afecta al feto o al recién nacido

F10.6 Alcoholismo agudo de Korsakoff, Korsakov, Korsakow, de

O35.4 Alcoholismo agudo con sospecha de daño al feto, que afecta la atención del embarazo