

INICIO Y DESARROLLO DEL ALCOHOLISMO

Armando Alonso Álvarez

Facultad de Psicología, Universidad de La Habana

Resumen

El artículo es el resultado de una investigación que tiene como objetivos: Obtener datos sociodemográficos de los alcohólicos estudiados y conocer el desarrollo del alcoholismo en ellos. Se utilizó una muestra intencional de 155 alcohólicos brasileros (105 consumidores y cincuenta abstinentes), de ambos sexos y entre veinte y setenta años, a los que se le realizaron entrevistas semiestructuradas. Se evidencian antecedentes familiares, comienzo temprano del alcoholismo, esfuerzos infructuosos de abandono, consecuencias negativas en diversas áreas, tratamientos diversos y tardíos, etc. Aparecen algunas diferencias en los indicadores entre alcohólicos abstinentes y consumidores.

Palabras claves: alcoholismo, inicio, desarrollo, consumo, abstinencia

Abstract

The article is the result of an investigation that has two objectives: Obtain socio demographics data of alcoholics and to know the development of the alcoholism in them. For it was used an intentional sample of 155 brazilian alcoholics (105 consumers and fifty abstinentes), of both sexes, between twenty and seventy years old, to whom were applied semi structured interviews. It was found: family antecedents, early beginning of alcoholism, fruitless efforts of abandonment, negative consequences in diverse areas, diverse and late treatments, etc. Some differences appear in the indicators among abstinent and consumers.

Key words: alcoholism, beginning, development, consume, abstinence

Introducción

Para los responsables de la elaboración de las políticas de intervención frente al alcohol, el objetivo es generar una conciencia social que permita la progresiva implantación de medidas hoy en día poco populares, ya que se concibe el alcohol, por muchas personas, como parte de la alimentación, una costumbre social o un rito religioso. Para los clínicos, al contrario, el propósito consiste en, utilizar las diversas técnicas y tratamientos disponibles. Desde una perspectiva científica, es esencial llevar a la población un mayor conocimiento de los riesgos asociados al consumo de bebidas alcohólicas. Esa capacidad solo existe cuando, antes de iniciar su consumo, siendo una persona menor de edad, disponga de la información suficiente sobre los riesgos y beneficios que se puede esperar de su conducta.

Como señala Pedreiro (2002), la tarea de la ciencia psicológica es comprender, explicar y anticiparse a las consecuencias no deseadas del comportamiento alcohólico. De alguna manera, la dependencia a las drogas ha sido, en las últimas décadas un ámbito para la comprensión de fenómenos cognitivos, emocionales y comportamentales que se entrelazan de formas muy diversas en una actividad compleja como la autoadministración de sustancias. Para los científicos sociales y de la salud, esta situación proporciona un campo de investigación e intervención muy importante.

Según Reinecker (1998), los intentos de análisis psicométrico, multidimensional del alcoholismo, revelan un cuadro altamente heterogéneo: las variables que acompañan el alcoholismo apuntan para la existencia de factores diversos, relacionados con la etiología, la personalidad, la historia del individuo, así como respuestas diversas ante los métodos terapéuticos, razón por la cual hablamos en la actualidad de etiología y evolución multifactoriales.

Para la Organización Mundial de la Salud OMS (citado por Elizondo, 1994), el alcoholismo es una enfermedad crónica, de desarrollo insidioso y evolución progresiva, que se caracteriza por la incapacidad de la persona para controlar su conducta, de modo que, en la mayor parte de las ocasiones, el afectado bebe de forma excesiva, desarrollando problemas en su salud, familia, trabajo y en sus relaciones sociales. Esta pérdida de control es consecuencia de una dependencia psíquica y física al alcohol que el individuo ha desarrollado por consumirlo de forma frecuente y excesiva durante cierto tiempo.

Por último, Schuckit (1991) destaca que una vez que el diagnóstico de alcoholismo primario ha sido establecido, es posible estimar el pronóstico o curso natural de este. El alcohólico primario promedio, hombre o mujer, presenta el primer gran problema vinculado al alcohol al final de los veinte y comienzo de los treinta años, y la mayoría se presenta para tratamiento en el inicio de los treinta años, después de más de una década de dificultades. El alcohólico usual alterna períodos de abstinencia con períodos de abuso serio de alcohol.

Los estudios de seguimiento (recuperación y recaída) indican que alrededor del 20 a 30% de los pacientes consiguen la abstinencia (Gorski e cols., 1993; Gabbard, 1992; Schuckit, 1991).

Las consecuencias que produce la enfermedad afecta de inicio a la familia pero se expresa en la salud física y en todas las áreas de actuación de los sujetos (Martínez, 2009; Gonzalez, 2010; López, 2011)

Metodología

Es un **diseño** no experimental, descriptivo, longitudinal y cualitativo.

Objetivos

- 1) Obtener datos sociodemográficos de la muestra estudiada;
- 2) Obtener datos generales de la historia del alcoholismo.

Muestra

Está integrada por 155 sujetos, 105 que sufrieron recaídas o que se encontraban consumiendo de forma estable, y por cincuenta personas en abstinencia. Como criterios de inclusión utilizamos: 1) ambos sexos; 2) edad entre veinte y setenta años; 3) referencia del sujeto o institución de ser alcohólico; 4) existencia de daño biológico, psíquico y/o social producido por el alcohol; 5) pérdida de control ante el tóxico; 6) consentimiento informado.

Como criterios de exclusión: 1) presencia de trastornos psicóticos, retardo mental moderado a profundo o atención por otros trastornos; 2) presencia de estado de embriaguez; 3) no aceptar la evaluación.

El 82% de los sujetos presentaban solo alcoholismo y el 18% restante alcoholismo cruzado o mixto pero con predominio del uso de alcohol.

Los sujetos abstinentes proceden fundamentalmente de AA (76%) y de Puestos de Salud Familiar (14%). Los alcohólicos consumidores proceden de clínicas donde están internados (51,4%), Puestos de Salud Familiar (23,8%), AA (11,45) y Haciendas de Recuperación (10,5%). La pesquisa se desarrolló en la ciudad de San Juan del Rey, Minas Gerais, Brasil. (Alonso, 2007)

Técnicas

Entrevistas semiestructuradas. La primera tuvo como objetivo confirmar la existencia de alcoholismo y conocer si existía otra patología de base. La segunda consta de una guía de veinticuatro aspectos que indagan la historia del alcoholismo: causas y consecuencias del alcoholismo, edad de comienzo, de aumento y pérdida del control, tipo de tratamiento recibido, etc.

Procedimiento

Para la selección de los sujetos que recayeron y que están siendo tratados en clínicas o en otras instituciones de salud, fueron esperados cerca de diez días desde la fecha de su ingreso hasta que hayan sido eliminados los síntomas propios del síndrome de abstinencia. En el caso de los sujetos que frecuentan AA o que proceden de otro lugar, se consideró que su estado no interfiriera en la comprensión y comunicación para la realización de las entrevistas. Los sujetos abstinentes debían responder atendiendo a su historia pasada. A todos se les pidió su consentimiento y se les dijo que se estaba realizando una investigación para conocer el inicio y desarrollo del alcoholismo.

Analisis y discusión de resultados

A continuación se presentan las diferentes variables sociodemográficas que fueron objeto de análisis.

Con relación al sexo, el 85,8% eran hombres y el 14,2 % mujeres, siendo la relación 6/1. Cifras similares fueron encontradas en pesquisas desarrolladas en la misma ciudad (Alonso, 2010; Rezende y colaboradores, 2005).

Para Romo y Gil (2006), en las últimas décadas se observa un aumento progresivo del uso de sustancias "legales" entre las mujeres (tabaco, alcohol y psicofármacos). No obstante, existe una diferencia notable con el alcoholismo masculino.

La edad promedio de los sujetos fue 44,05. Esto coincide con otros estudios (Reinecker, 1988; Leal y García, 2004). Muchos alcohólicos no reconocen la necesidad de tratamiento y generalmente se presentan al tratamiento después de alcoholismo de años y decenios de duración.

Un análisis por grupos etáreos revela una curva normal, existiendo pocos jóvenes y pocos viejos, predominando el grupo treinta a cincuenta años.

Con relación al estado civil, se observa un predominio de sujetos solteros y separados / divorciados ligeramente mayor que los casados. No existe en las pesquisas realizadas un consenso en cuanto al predominio de un estado civil (Rezende y colaboradores, 2005, Fernández, 2006).

El análisis de la escolaridad mostró un bajo nivel para la muestra, donde el 54,8% no terminó la primaria y existe un 4,5% de analfabetos. Muy pocos alcanzaron un nivel superior (3,9%). La pesquisa de Rezende y colaboradores, (2004) confirma nuestros resultados ya que hubo un 60% con nivel primario.

Alonso y Sandoval (1997); Fernández (2006) en muestras cubanas encontraron un 84% y 100% respectivamente de sujetos con escolaridad de secundaria a superior. No obstante, es un poco más baja que la población no alcohólica.

Los sujetos alcohólicos al presentar antecedentes familiares de alcoholismo, por la falta de cohesión y comunicación en la familia, por las dificultades educativas y culturales de esta, que han afectado su desarrollo psíquico y hasta por el mismo comienzo temprano del alcoholismo en la adolescencia, tienen más posibilidad de presentar problemas de aprendizaje y bajo rendimiento, fracaso y abandono escolar (Díaz y Ferri, 2002).

En cuanto a la ocupación existe casi un 20% de desempleo, lo que puede ser expresión tanto del nivel ocupacional del país como de la propia condición de ser alcohólicos, ya que las personas son expulsadas por su estado o bien no se incorporan al trabajo. El 60,6% está empleado y el 14,7% jubilado. El 46% de las jubilaciones fueron como consecuencia del consumo de alcohol. Esto también evidencia los daños que ocasiona el alcoholismo.

Estos resultados coinciden con los de Leal y García (2004) quienes reportaron en alcohólicos que asistían a AA, 56% de empleados, 22,6% jubilados y 20,2% de desempleados.

Debe destacarse que las clases sociales más altas no frecuentan los tratamientos principales ofrecidos en la ciudad (Clínica no privada, Puestos de Salud, Alcohólicos Anónimos), de donde se seleccionó la muestra.

En correspondencia con la ocupación se expresa el salario. En el grupo el 51% tiene un salario mínimo o menos, o no tiene.

Con relación a las creencias, se observa una alta religiosidad en la muestra (91%), fundamentalmente en la religión católica.

En el 84% de la muestra hay antecedentes familiares de alcoholismo. Con relación al familiar consumidor se destaca el padre (54,1%), hermanos (34,8) y tíos (35,7%). La investigación de Correa y Pardo (2004) confirma nuestros resultados, donde había un 85% de antecedentes familiares, y un 35% de los sujetos tenían más de cinco familiares alcohólicos.

Según Furtado y colaboradores, (2002), González (2004), existe una elevada tasa de transmisión familiar. Los hijos de los alcohólicos presentan un riesgo cuatro o cinco veces mayor de convertirse en alcohólicos en la adultez, comparados con la población normal.

En cuanto a la convivencia de los sujetos, predomina la categoría vivir acompañado (a) en el 84,5% de los casos.

Para dar cumplimiento al segundo objetivo se analiza la historia relacionada al alcoholismo, por la que pasaron los sujetos estudiados.

	Total	
	N=155	%
Diversión/Fiestas/Alegrarse	113	72,9
Influencia de amigos	42	27,1
Relajación/desinhibición	35	20,5
Elimina ansiedad/depresión /temores/inseguridad	23	14,8

Tabla 1 – Causa de inicio del alcoholismo

Las razones fundamentales de inicio se relacionan en primer lugar con la búsqueda de estados placenteros, la influencia de amigos y la eliminación de estados displacenteros.

	Total	
	N=155	%
Consumo de otra droga		
Sí	42	27,1
No	113	72,9
Droga de entrada	N=42	%
Alcohol	35	83,3
Otra droga	7	16,7

Tabla 2 - Consumo de otra droga y Droga de entrada

Con relación al consumo de otras drogas, encontramos que 1/4 de los alcohólicos consumieron otras drogas en su historia vital. Como afirma González (2004), el alcohol es la droga modelo y por eso la mayoría de sus características son generalizables a otras, sobre todo las que afectan el comportamiento. El 57% de los sujetos llevaban más de seis años consumiendo otras drogas, y en particular más de diez años de consumo, el 38,1%

	Total
Edad actual	44,05
Edad de inicio del consumo	15,10
Edad de aumento del consumo	22,97
Edad de pérdida del control	30,70
Años entre inicio y aumento	7,9
Años entre aumento y pérdida del control	7,7

Tabla 3 – Desarrollo del alcoholismo por edades promedio

Schuckit (1991) ofrece una tabla que llama historia natural del alcoholismo que coincide de manera general con el desarrollo que vimos en los alcohólicos de la muestra. Destaca también que la edad de la primera intoxicación es entre catorce y dieciocho años; la edad en que es experimentado un problema leve debido al alcohol es entre dieciocho y veinticinco; un problema grave, entre veintitrés y treinta y tres años; que la edad usual del inicio del tratamiento es a los cuarenta años; y que la edad usual de muerte acontece entre los cincuenta y cinco y sesenta años.

Al analizar los diferentes grupos de edades, observamos que el 57% de los sujetos bebieron un trago por primera vez antes de los quince años.

Carlini y colaboradores, (2002), en un levantamiento realizado en el 2001, en las 107 mayores ciudades de Brasil, encontraron la siguiente distribución en la población general, en cuanto al consumo estable de alcohol: en sujetos de doce a diecisiete años, 48% en general, en hombres 52,2 y en mujeres 44,7%.

Según diversos investigadores (Schuckit, 1991; LUZ 1996; Correa y Pardo, 2004; Soares, 2006) entre el 75 y el 90% de los adolescentes son bebedores al término de la escuela secundaria. El primer trago tiende a ocurrir entre los doce y quince años, y la primera experiencia de embriaguez a la mitad de la adolescencia.

De los adultos que habían comenzado a beber antes de los catorce años, el 47% se volvieron dependientes; mientras que entre los que iniciaron el consumo a partir de los veintiún años, el porcentaje de dependencia fue de 9% (Soares, 2006). Cualquier persona que comience a beber en edades tempranas, refuerza también el riesgo de inicio para el consumo de otras drogas (Acevedo, 2006).

Cifras de España revelan que a los catorce años ya habían consumido un 71,7%, a los dieciocho años un 95,2%, y que de cada cuatro jóvenes entre catorce y dieciocho años ya habían tenido conflictos sociales debido al consumo. En los Estados Unidos, el 25% de los adolescentes entre once y catorce años ya se describen como consumidores habituales (Pascual, 2002).

La edad media de aumento en el consumo fue a los veintitrés años (ver tabla 2), pero ya la mitad de la muestra había aumentado el consumo antes de los veinte años.

Según Schuckit (1991), el primer problema importante vinculado al alcohol ocurre entre los dieciocho y veinticinco años (faltar a la escuela o al trabajo, pelea con un amigo, ser detenido una vez debido a manejar embriagado). Y afirma que entre los veinte y treinta años el alcohólico mantiene o aumenta su patrón de consumo. Fernández (2006) señala que el 88% de los sujetos habían aumentado el consumo antes de los treinta y dos años, todo lo cual coincide con nuestros resultados.

La edad media de pérdida de control ante el tóxico fue a los treinta años (ver tabla 2). Al considerar las diferentes edades en que se produce, vemos que ya se manifiesta en el 60% de los casos antes de los treinta años.

Para Fernández (2006) la diferencia entre beber en exceso y la pérdida de control demora hasta cinco años para un 40% de los sujetos y de seis a diez años para otro 40%.

Para Scuckit (1991) las tasas más elevadas de alcoholismo son vistas en hombres entre treinta y cincuenta años. La mayoría de los alcohólicos se presentan para tratamiento al inicio de la cuarta década. Si los problemas con el alcohol continúan, tiene probabilidad de morir quince años antes que la media de la población.

En cuanto al tipo de bebida consumida se destaca el amplio consumo de las bebidas destiladas (64,5%), en particular del aguardiente, fermentada (15,5%) y de ambas el 20%. En cuanto a la preferida la destilada (60%), aumentando la preferencia por la fermentada (31%).

En una muestra cubana de alcohólicos que recayeron también se observó la preferencia por las bebidas destiladas, en particular el ron (62%) frente a un 26% que prefería la cerveza (Fernández, 2006).

Con relación a con quien bebe preferentemente, el 66,4% refiere que en compañía, más con amigos, le sigue la familia y por último con la pareja. El 86,5% de los sujetos refieren tener amigos bebedores.

Al considerar el lugar donde se bebe o bebía, vemos que el bar constituye el lugar más utilizado (45,2%) para beber y, en segundo lugar, las casas (12,9%) y cualquier lugar (12,2%).

Los intentos de beber menos no obtuvieron éxito en el 81,8% de los casos. El 85% de los alcohólicos estudiados por Correa y Pardo (2004), en desintoxicación y en abstinencia, realizaron tentativas infructuosas de abandonar el consumo, y de ellos el 60% lo intentó más de diez veces.

En cuanto a la posibilidad de parar después del primer trago, el 90% de los sujetos son incapaces de hacerlo.

Parar de beber resultó imposible para los sujetos alcohólicos en el 92,6% de los casos. En pesquisa realizada por Fernández (2006), el 82% de los sujetos en recaída no eran capaces de dejar de beber cuando querían, dato que se comporta de forma similar a los obtenidos en la presente investigación.

Todos los sujetos dejaron de beber completamente dos veces como promedio (1,97). No obstante, lo esencial no es el número de veces que se abandona el consumo, sino la permanencia en la abstinencia. La historia de los alcohólicos muestra un proceso dinámico de recaída-abstinencia, siendo más cortos los períodos de abstinencia.

Tomando en cuenta las veces que dejaron de beber, por más de un mes, se encuentra que solo de una a dos veces está el 86,8 de los casos, mientras que de cuatro a más veces está el 18%, lo que explica la dificultad para la abstinencia.

El tiempo sin consumir varía en función de la composición de la muestra, donde hay abstinentes y consumidores. Hay un 66,7% que lo han logrado entre un mes y un año, mientras que un 43,3% lo han logrado por más de un año.

En cuanto a las consecuencias que produce el consumo de alcohol, encontramos diversas, entre ellas, las familiares, las laborales, las sociales, etc., ampliamente reportadas en la literatura (González y colaboradores, 2006; González, 2010; López, 2011).

	N=155	%
Sí	143	92,3
No	12	7,7

Tipo de problema:	Total (N=143)
Discusiones con pareja	87 (56,1%)

Separación de pareja	59 (38%)
Golpes a la pareja	25 (16,1%)
Discusiones con familia	60 (38,7%)
Discusiones con padres	16 (10,3%)
Desatención a familia	9 (5,8%)
Discusiones/golpes/ a hijos	28 (18%)
Familia preocupada	11 (7,1%)
Infidelidad	3 (1,9%)

Tabla 4 - Problemas familiares

Prácticamente todos los sujetos presentaron serios problemas familiares, siendo de naturaleza diferente, desde discusiones con la pareja, la familia y los hijos, hasta desatención de los problemas del hogar.

El alcoholismo está relacionado con infinidad de trastornos relacionales, incluyendo la violencia familiar, paternidad/maternidad inadecuada, disfunciones sexuales, discordias en general, así como un incremento de divorcio. El alcoholismo implica también una pesada carga económica para los alcohólicos y sus familias debido, a la falta de estabilidad en el trabajo y a los problemas legales causados por la adicción (Martín, 2002).

	N=155	%
Sí	102	65,8
No	53	34,2

Tipo de problema:	Total (N=102)
Sujetos despedidos	54 (34,8%)
Media de despidos	2,6
Ausencias	45 (29%)
Impuntualidades	26 (16,7%)
Ir embriagado	45 (29%)
Discusiones	4 (2,6%)
Desatención /falta de rendimiento	34 (21,9%)
Advertencias	12 (7,7%)

Tabla 5 - Problemas laborales

Se presentan consecuencias en el trabajo en dos tercios de la muestra. Al analizar el tipo de problema, encontramos que 37,8% de los alcohólicos fueron despedidos, debido a ausencias, impuntualidades, desatención al trabajo, etc. Otras investigaciones (González y colaboradores, 2006; González, 2010; López, 2011) han arrojado resultados similares.

	N=155	%
Sí	137	88,3
No	18	11,7
Tipo de problema:	Total (N=155)	
Sujetos presos	33 (21,3%)	
Peleas en la calle	30 (19,3%)	
Discusiones/ dificultades serias de comunicación	127 (81,9%)	
Accidentes	20 (12,9%)	
Deudas /robo dinero	13 (8,4%)	

Tabla 6 – Problemas sociales

Se presentan también consecuencias psicosociales en una cantidad grande de sujetos, donde se destacan las discusiones y las dificultades en la comunicación, sobre todo con las personas no consumidoras así como conductas desviadas de las normas sociales como robos, peleas, accidentes, etc. Las discusiones y peleas en los bares y en las calles son las razones fundamentales que llevaron a la prisión. La media general de veces preso fue de 2,2 por sujeto. Fernández (2006) encontró en un 20% de los casos problemas con la justicia y un 66% en las relaciones interpersonales, cifras similares a la del autor.

El 48,4% de los alcohólicos fueron hospitalizados debido al consumo de alcohol. Las causas de ingreso son diversas, siendo las más frecuentes, recibir tratamiento en clínicas especializadas, trastornos psiquiátricos, golpes diversos, desmayos, úlcera, cirrosis hepática y desmayos. Es probable que hubieran más problemas de ingresos que el alcohólico no lo asociara a su consumo. Esto coincide con la pesquisa de Fernández (2006) quien encontró un 48% de sujetos que estuvieron hospitalizados por síntomas asociados al consumo excesivo.

En cuanto a la existencia de tratamientos anteriores para la dependencia, encontramos que aproximadamente la mitad lo recibió. Para aquellos que recibieron tratamiento la mayor frecuencia se observa en el uso de psicofármacos (33,3%) y el ingreso en clínicas especializadas (34,8%).

A la hora de valorar el tratamiento más efectivo, los sujetos incluyeron la participación en Alcohólicos Anónimos (47,2%), le siguen los psicofármacos (23,6%) y el ingreso en clínicas (13,5%).

Resulta más elevado el número de alcohólicos cubanos en recaída que recibió atención por especialistas, en comparación con los obtenidos en la presente investigación. La mayoría recibió psicoterapia de grupo y un 36% participó en Alcohólicos Anónimos. Los sujetos consideran la psicoterapia de grupo como el tratamiento más efectivo (Fernández, 2006).

El 73,5% de los sujetos había asistido a AA al menos en una ocasión. En la actualidad participa el 33,5% de los sujetos. La media de tiempo participando en AA es de 3,3 años. Este tiempo de participación se evidencia sobre todo en los sujetos abstinentes, cuya media de abstinencia es de 9,2 años.

Con relación a la efectividad de AA existen informes contradictorios. Massur (citado por Pinto de Queiroz, 1991) lo considera poco efectivo. Al contrario, Gabbard (1992) y Reinecker (1988), considera que el abordaje de AA ha sido altamente efectivo, ya que la abstinencia es alcanzada en un contexto interpersonal donde los alcohólicos pueden experimentar una comunidad preocupada y atenta de personas con el mismo sufrimiento. Sin embargo, la experiencia clínica, ha demostrado que los AA no son apropiados para todos los casos.

En cuanto a de quién depende la posibilidad de dejar de beber predominaron las respuestas de sí mismo (63,8%) y en segundo lugar de la familia y AA (25,8%).

En relación a la percepción futura vinculada al consumo, predomina la percepción positiva (61,3%), aunque no se debe subestimar la visión incierta o negativa en cuanto al futuro (25,8%). Algo diferente es la percepción o incluso el deseo, pero la realidad es que solo de un 20 a un 30% logra la abstinencia (Gorski y colaboradores, 1993).

Si bien no fue objetivo de la investigación encontramos entre consumidores y abstinentes algunas diferencias. El grupo que consume se caracteriza por: mayor cantidad de mujeres, menor número de casados, menor escolaridad, mayor desempleo y menor ingreso económico. La caracterización histórica también mostró algunos aspectos diferentes: los que consumen presentaron más problemas laborales, sociales y de salud, mayor consumo de otras drogas y de tratamiento por el alcoholismo. Comparativamente beben más de forma individual y tienen un menor número de amigos bebedores. Los que consumen consideran que AA no es el tratamiento más efectivo y presentan una expectativa pesimista e incierta del futuro.

Conclusiones

Se evidencia un comienzo temprano del consumo y un desarrollo hacia la dependencia, caracterizado por un proceso continuo de recaída abstinencia, con independencia de haber recibido tratamiento, el cual deteriora la salud física y mental de los sujetos, llevándolos a desajustes en las esferas familiar, social y laboral. Se encontraron algunas diferencias en las variables sociodemográficas e históricas entre los sujetos consumidores y abstinentes, lo que indica que cuando se caracteriza una muestra de alcohólicos, es preciso conocer las personas que la integran.

Bibliografía

- Acevedo, A. (2006): *Familia y alcohol*. En: www.colegiodelaensenanza.edu.co/cimu/trabajos/taller1alcohol.pdf. Obtenido: marzo 2007.
- Alonso, A. (2007): *Fatores de risco que favorecem a recaída. Uma proposta para sua prevenção*. Informe final de Pesquisa. Universidade Federal de São João del Rei. – FAPEMIG, Brasil.
- Alonso, A. (2010): *Epidemiología del alcoholismo: estudios socio- demográficos en una ciudad brasileira*. En: www.monografias.com/trabajos79/epidemiologia-alcoholismo-demografia. Obtenido 18 de febrero 2010.
- Alonso, A.; Sandoval, J. (1997): Estudio clínico psicológico de un grupo de alcohólicos primarios. *Revista Cubana de Psicología*, vol. 14, no. 1: 83-94.
- Carlini, E.; Galduroz, J., Noto, A.; Nappo, S. (2002): *I Levantamento Domiciliar Nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil*. Escola Paulista de Medicina. Departamento de Psicobiología. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas-CEBRID, São Paulo.
- Correa, L.E; Pardo, M.B. (2004): Avaliação de habilidades sociais em dependentes alcoólicos. *Boletim de Psicologia*, vol. LIV, no. 120: 87-104.
- Díaz, R.; Ferri, M.J. (2002): Intervención en poblaciones de riesgo (1): los hijos de alcohólicos. En Monografía Alcohol. *Revista Adicciones*, vol. 14, suplemento 1: 353-373.
- Elizondo, J. (1994): Qué es el alcoholismo. *Revista Addictus*, no. 1 marzo/abril: 7-9.
- Fernández, S. (2006): *Factores de recaída en el alcoholismo. Una propuesta de tratamiento*. Trabajo de Diploma para optar por el Título de Licenciado en Psicología, Facultad Psicología, Universidad Habana.
- Furtado, E.; Laucht, M.; Schmidt, M. (2002): Estudo longitudinal prospectivo sobre risco de adoecimento psiquiátrico na infância e alcoolismo paterno. *Revista Psiquiatria. Clínica*, 29 (2): 71-80.
- Gabbard, G. (1992): *Psiquiatria Psicodinâmica na prática clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gorski, T. T., Kelley, J. M., & Havens, L. (1993): *Overviews 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.

- González, R.; Ávila, A.; Durán, J.; Inufio, E.; Vázquez, A.; Martínez, N. (2006): El dependiente alcohólico a los 5, 12 y 20 años del egreso. Curvas evolutivas y repercusión psicosocial *Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana*, 3(2).
- González, R. (2004): *Alcoholismo. Abordaje integral*. Santiago de Cuba: Oriente.
- _____. (2010): *Caracterización de la proyección socio laboral en sujetos alcohólicos*. Trabajo de Diploma para optar por el Título de Licenciado en Psicología, Facultad Psicología, Universidad Habana.
- Leal, F.; García, Ma. L. (2004): Perfil dos membros de Alcoólicos Anônimos na Grande Vitória, Espírito Santo. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*, vol. 53 (6): 369-380.
- López, J. (2011): *Estudio de las diferentes áreas de vida de sujetos alcohólicos*. Trabajo de Diploma para optar por el Título de Licenciado en Psicología, Facultad Psicología, Universidad Habana.
- Luz, Ernani (1996): *Álcool: uso nocivo e dependência*. Em: Rotinas em Psiquiatria. José G.V. Taborda, Pedro Prado-Lima e Ellis D' Arrigo Busnello. Porto Alegre: Artes Médicas: 83-99.
- Martín, L. J. (2002): Tratamientos psicológicos. En: Monografía Alcohol, *Rev. Adicciones*, Suplemento 1: 409-420.
- Martínez, Y. (2009): *Estudio de la dinámica familiar en familias con un miembro alcohólico*. Trabajo de Diploma para optar por el Título de Licenciado en Psicología, Facultad Psicología, Universidad Habana.
- Pascual, P. (2002): Percepción del alcohol entre los jóvenes. En: Monografía Alcohol. *Rev. Adicciones*, vol. 14, suplemento 1.
- Pedreiro, J. (2002): *Atribuciones en drogodependencias*. En: www.psicologia.com, vol. 6, no. 2, julio.
- Pinto de Queiroz, J. (1991): *Função, disfunção e controle da mente humana. Fundamentos de Psiquiatria para a clínica diária*. Salvador, Bahia: Universitária Americana.
- Reinecker, H. (1988): *Alcoolismo*. Em: Harald W. Lettner e Bernard D. Range. Manual de Psicoterapia Comportamental, Ed. Manole Ltda: 94-103.
- Rezende, G., Amaral, V.; Bandeira, M.; Gomide, A.; Andrade, E. (2005): Análise da prontidão para o tratamento em alcoolistas em um centro de tratamento. *Revista Psiquiatria Clínica*, 32 (4): 211-217.
- Romo, N.; Gil, E. (2006): Género y uso de drogas. De la legalidad a la ilegalidad para enfrentar el malestar. *Revista Trastornos Adictivos*, vol. 8, no. 4: 243-250.
- Schuckit, M. (1991): *Abuso de Álcool e Drogas. Uma orientação clínica ao diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Soares, R. (2006): Inimigo íntimo. *Revista Veja*, 6 de dezembro, Brasil.