

ALCOHOLISMO EN LA ADOLESCENCIA: CONSIDERACIONES  
INTRODUCTORIAS Y TRATAMIENTO COGNOSCITIVO-CONDUCTUAL

Catalina Aguirre Socha

Universidad de La Sabana

Chia, 17 de noviembre de 2005

### Resumen

El alcoholismo en la adolescencia es un problema de salud pública realmente preocupante hoy en día. En el presente artículo se realizara una revisión teórica de los principales antecedentes, la definición y el diagnóstico del alcoholismo. Se revisan los factores de riesgo macrosociales y microsociales del consumo abusivo, exponiendo un modelo integrador. Se discuten algunos fundamentos teóricos en los que esta basado el consumo. Se describen los problemas derivados del abuso de alcohol que afectan la vida del adolescente y el como y porque beben. Además, se da una visión de los hallazgos que relacionan el consumo de alcohol con deterioro neuropsicológico y se concluye con el tratamiento cognitivo-conductual del alcoholismo.

Palabras Clave: alcoholismo, adolescencia, tratamiento cognitivo-conductual, neuropsicología, factores de riesgo, teorías.

### Abstract

Alcoholism over teenagers is a problem of public health getting out of hands. In the present article we will make a theoretical review of the principal backgrounds, the definition and diagnostic of alcoholism. The risks of macrosocial and microsocal of abusive consume are review, exposing the integrate model, some of the theoric fundaments in which consume is based are discuss. The results of the problem from alcoholism that affect the life of teenagers, and why do they drink are described. Besides, a vision of the research that relates drinkin with the neuropsychological failure, and we conclude with the conductual-congnotitive treatment of alcoholism.

Keywords: alcoholism, puberty, conductual-congnotitive, treatment, neuropsychology, factors of risk, theories

ALCOHOLISMO EN LA ADOLESCENCIA: CONSIDERACIONES  
INTRODUCTORIAS Y TRATAMIENTO COGNOSCITIVO-CONDUCTUAL

“Durante siglos, el alcoholismo ha sido responsable de una notable incidencia de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, no obstante, el consumo de alcohol también ha sido un fenómeno social aceptado” (González, 2001). La inclusión del alcoholismo en el campo de las adicciones, ha originado desde hace varios años el surgimiento de pautas de acción y alerta en todos los países por conducto de las organizaciones médicas internacionales (entre ellas la Organización Mundial de la Salud), con el fin de que se actué decisivamente para prevenir de manera oportuna y también para diseñar, investigar y difundir tratamientos apropiados para este padecimiento tan frecuente en años recientes. Desde tiempos remotos las sustancias embriagantes parecen haber servido al hombre para mitigar su incertidumbre ante los fenómenos que lo rodean con una especie de magia tranquilizadora o, por el contrario, para alentarse en las acciones a emprender; una especie de muletilla o escudo contra las exigencias de la vida y un rito festivo. (González, 2001)

El alcoholismo es uno de los principales problemas de salud física y mental. Durante siglos no se le reconoció como una enfermedad o como un problema de salud, y hasta 1935 que el Dr. Harol W. Novell (Molina, 1983, citado en González, 2001) señaló tres consecuencias fundamentales: 1) degeneración de algunos órganos internos, 2) desorden de la personalidad y 3) complicaciones sociales.

Posteriormente, en 1950, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la CIE-10 consideran a este trastorno como un problema de salud en el ámbito mundial, y para 1952 se define el alcoholismo de la siguiente manera, tomando en cuenta la

gran diversidad de tipos regionales y sociales: “ Es una enfermedad crónica o desorden de la conducta caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas en forma que excediendo el consumo ético acostumbrado al de la adaptación corriente a las costumbres sociales de la comunidad, causa perjuicios a la salud del bebedor, a sus relaciones con otras personas y a su actividad económica” (Molina, 1983, citado por Gonzáles, 2001).

Una definición más es la expuesta por la *American Medical Association*: “El alcoholismo es una enfermedad caracterizada por la preocupación constante por el alcohol y la pérdida de control sobre su consumo, lo que habitualmente conduce a la intoxicación en cuanto se empieza a beber; se le considera una adicción por su cronicidad, su progresión y su tendencia a reincidir. Se le asocia típicamente con impedimento y deterioro físicos a causa del uso excesivo y persistente de alcohol” (Beauchamp, 1980, citado por Gonzáles, 2001).

El continuo desarrollo de las definiciones utilizadas para describir el abuso de alcohol, refleja la evolución actual de las actitudes hacia la enfermedad en general. La necesidad para desarrollar una clasificación de la terminología relacionada con la adicción comienza a ser más evidente cuando este problema llega a ser más prevalente en los niños y adolescentes (Caballo y Simón, 2001).

Debido a la problemática que implica esta enfermedad, la OMS introdujo en 1964 el término “dependencia”; término que se refiere al estado de malestar que aparece en un individuo al suprimir una droga o sustancia de acción similar que se ha consumido crónicamente, en este caso el alcohol. Las molestias pueden aliviarse o desaparecer ante el suministro renovado de alcohol (Ferveling, 1982, citado por Caballo y Simón, 2001).

Existen diferentes tipos de dependencia, la dependencia psíquica y la dependencia física que se distinguen porque la psíquica es una demanda irresistible de consumo continuado, periódico o permanente, de alcohol, con lo que se pretende aliviar una molestia o provocar la euforia; es la expresión de una interacción patológica entre el individuo y el alcohol. La dependencia física se caracteriza por una serie de fenómenos que sobrevienen cuando se suprime la sustancia, formando un cuadro clínico al que se le llama síndrome de abstinencia alcohólica, el cual se presenta al interrumpirse bruscamente la ingestión (Ferveling, 1982, citado por Caballo y Simón, 2001).

La Organización Mundial de la Salud en el CIE-10 (1993) establece que la dependencia es un síndrome. Con base en esta posición, la OMS propone el término “alcoholismo” y lo sustituye por “síndrome de dependencia al alcohol”, debido a la utilización de ambos conceptos (dependencia y síndrome), abarcando así el conjunto de síntomas que caracterizan a esta enfermedad y marca tres condiciones fundamentales: una etiología múltiple, donde intervienen factores de diversa índole; presenta una historia natural, que hace posible formular pronósticos y situar la evolución del fenómeno en tiempo; finalmente, el hecho de que es posible identificarlo por una serie de síntomas característicos (Caballo y Simón, 2001).

La *American Psychiatric Association* clasifica este trastorno denominándolo “dependencia al alcohol”, ubicándolo en el capítulo de trastornos relacionados con el consumo de sustancias; ahí se menciona lo siguiente: La característica esencial de la dependencia al alcohol consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, de comportamiento y fisiológicos. Existe un patrón de autoadministración repetida que lo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia (APA, 1995, citado por Gonzáles, 2001).

Los efectos producidos por el consumo de drogas dependen de muchos factores, tales como la sustancia consumida, la cantidad que consume, la personalidad del joven, la situación sociofamiliar, etc. A pesar de no haber unas señales concretas que indiquen que un adolescente está usando o abusando del alcohol, sí existen una serie de señales o signos indirectos que pueden ser indicativos de dicho consumo: pérdida del apetito, adelgazamiento exagerado, somnolencia, disminución en su rendimiento escolar, cambios de amistades, rebeldía, agresividad, irritabilidad y violencia (Caballo y Simón, 2001).

No obstante, uno solo de estos signos o síntomas no es suficiente para realizar un diagnóstico, por lo que se recomienda recurrir a un sistema de diagnóstico, como el DSM-IV (APA, 2000, citado en Caballo y Simón, 2001). En él se describen dos tipos fundamentales de problemas relacionados con sustancias psicoactivas, que son los siguientes: Los trastornos provocados por sustancias psicoactivas, que a su vez comprenden: a) intoxicación; b) abstinencia; c) delirium; d) demencia; e) trastorno del estado de ánimo; f) ansiedad; g) disfunción sexual y h) trastorno del sueño. Otro tipo de problemas, que se han desarrollado en un periodo de tiempo largo, categorizados como *trastornos por consumo de sustancias psicoactivas*. En el DSM-IV-TR se abordan dos tipos de trastornos por consumo de sustancias: a) dependencia de sustancias en donde la característica esencial consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia; y b) abuso de sustancias, en donde su característica esencial es un patrón desadaptativo de consumo de sustancias manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de esas sustancias (Caballo y Simón, 2001).

Por otro lado, existen una serie de factores de riesgo hacia el abuso de alcohol en la adolescencia los cuales se explicarán a continuación. Los factores socioculturales tienen una gran importancia en la génesis y el desarrollo del alcoholismo, se conoce su influencia y ningún esfuerzo preventivo o terapéutico podrá hacerlos de lado (González, 2001). Aún no se encuentra una explicación etiopatogénica de por qué el consumo excesivo de alcohol se encuentra tan extendido en algunos grupos sociales, culturales y religiosos, mientras en otros es más bien raro o excepcional. Bales (citado por González, 2001), basándose en numerosos estudios culturales y transculturales, ha propuesto la existencia de tres formas en las que la organización social influye en la incidencia del alcoholismo: a.) el grado en el cual una cultura opera sobre los individuos para producir agudas necesidades de adaptación a sus tensiones internas, b.) las actitudes que la propia comunidad propicia entre sus miembros al consumo del alcohol y c.) la medida en que provee medios sustitutivos para la satisfacción de necesidades.

Así mismo, Bales (citado por González, 2001) opina que: “Una sociedad que produce tensiones internas agudas del tipo de culpabilidad, agresión contenida, conflictos sociales, insatisfacción sexual y ociosidad, es una sociedad con un elevado grado de alcoholismo”.

Otra teoría interesante de carácter subcultural es la que propone que hay individuos que se sienten alienados de su propia sociedad, de la cual no aceptan ni asimilan los valores éticos. La anomia, estado psicológico caracterizado por la ausencia de normas, facilita la compulsión a ingerir bebidas alcohólicas (González, 2001).

Otro de los factores implicados son los factores biológicos, es difícil explicar los patrones de conducta del alcoholismo únicamente por determinantes genéticos o



mensajes persuasivos son difíciles de contrarrestar por los adolescentes que en muchos casos carecen de una actitud crítica frente a la publicidad; y por último dentro de estos factores se encuentra *la asociación del alcohol con el ocio*. El consumo juvenil se encuentra ligado al tiempo libre, los fines de semana, a ciertos lugares de oferta como bares, discotecas, y a la búsqueda de nuevas sensaciones y experiencias (Árboles, 2001).

También existen los factores microsociales dentro de los cuales están: *los estilos educativos inadecuados*. La ambigüedad en las normas familiares, el exceso de protección, la falta de reconocimiento y una organización familiar rígida influyen negativamente en el adolescente, y pueden terminar en una personalidad con escasa aserción o en un enfrentamiento con el mundo adulto (Arbex et al; 1995, citados por Espada, Méndez, Griffin y Botvin, 2003); *la falta de comunicación y clima familiar conflictivo*. La comunicación satisfactoria evita el aislamiento, educa para las relaciones extrafamiliares, promueve la expresión de sentimientos, y facilita el desarrollo personal. Por el contrario, la incomunicación y el ambiente familiar enrarecido contribuyen a generar y mantener los déficit y carencias personales, que el adolescente puede intentar compensar recurriendo a las drogas (Maciá, 2000, citado por Espada, Méndez, Griffin y Botvin, 2003); *el consumo familiar de alcohol*. Los estudios revelan la relación significativa del consumo de alcohol de padres, hermanos e hijos (Méndez y Espada, 1999); *la influencia del grupo de amigos*. La pandilla es el marco de referencia que ayuda a afianzar la conducta hacia el consumo de alcohol; *desinformación y prejuicios*. La falta de conocimiento o la información errónea sobre la naturaleza de las drogas, extensión del consumo adolescente, repercusiones negativas a corto y largo plazo, etc.; alienta la curiosidad o impide valorar acertadamente los riesgos. Así, una elevada proporción de adolescentes

considera que el alcohol no es una droga (García, 1993, citado por Espada, Méndez, Griffin y Botvin, 2003); y para finalizar *los déficit y problemas del adolescente*. Los déficit y problemas personales constituyen factores de riesgo porque el adolescente puede intentar compensarlos o aliviarlos recurriendo al alcohol. El consumo de alcohol se relaciona estrechamente con pobre autoestima y locus de control externo y con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Alonso y Del Barrio, 1996, citados por Espada, Méndez, Griffin y Botvin, 2003).

Dado el gran número de variables que influyen en el consumo de alcohol, parece ser apropiado plantear una etiología multicausal. Por esta razón, se plantea un modelo que integra los principales factores que constituyen el consumo en la adolescencia, agrupados en tres categorías: a) los factores contextuales que incluyen variables sociodemográficas, biológicas, culturales y ambientales; b) los factores sociales se refieren tanto al entorno próximo del adolescente, familia, escuela, grupo de amigos, como a la influencia mediática de la publicidad y los medios de comunicación; c) los factores personales y de identidad adolescente frente al mundo adulto y satisface el sentimiento de afiliación o pertenencia a un grupo de iguales (Árboles, 2000). La probabilidad de beber aumenta si el adolescente se integra a un grupo que consume alcohol, por influencia indirecta del modelado de los compañeros o directa de la presión de grupo al instigar a la bebida mediante invitaciones explícitas (Comas, 1992, citado por Espada, Méndez, Griffin y Botvin, 2003).

Ahora teniendo una visión más amplia acerca de los antecedentes, el diagnóstico y los factores de riesgo del alcoholismo se expondrán algunas teorías planteadas acerca del consumo de alcohol.

Por un lado, las *teorías cognoscitivas* se centran en el papel de las percepciones sobre el consumo que tienen los adolescentes a la hora de tomar

decisiones con respecto a la iniciación y a la continuación del consumo de la sustancia. Las actitudes, las creencias normativas y las expectativas de consumo, así como la autoeficacia, influyen en la evaluación de la toma de decisiones sobre los beneficios y los costes (Caballo y Simón, 2001).

Graña (1994) comenta que “Los enfoques del aprendizaje operante ven el consumo de alcohol en el contexto de los antecedentes y consecuencias que tienen una conexión funcional con la conducta” (p. 65). El modelo de aprendizaje social, además de tomar en consideración los principios del condicionamiento operante, considera que el aprendizaje está mediado cognoscitivamente a través de la observación e imitación de modelos (por ejemplo, padres, hermanos mayores, compañeros, etc.) que consumen las sustancias. Son claves los conceptos de autoeficacia y afrontamiento (Caballo y Simón, 2001).

Las teorías del *apego social/convensional* proceden de las teorías sociológicas de control, que sostienen que un compromiso fuerte con la sociedad, la familia, la escuela y la religión inhiben la expresión de los impulsos desviados que todos los individuos comparten. El consumo sería la manifestación de un amplio conjunto de conductas problema que se desarrollan en el contexto de un vínculo convencional débil y que se mantienen a través del aprendizaje social y las contingencias del entorno (Caballo y Simón, 2001).

Los modelos de familia ven en el consumo otro tipo de problemas, como la expresión de conductas inadaptadas de uno o más miembros de la familia que produce una disfunción en el sistema familiar. La conducta de consumo se puede entender cumpliendo una importante función en la familia, permitiendo a esta enfrentarse con estresantes internos o externos o manteniendo otros procesos que se han establecido en la organización del sistema (Calvo, 2003).

Las teorías *integracionistas* son capaces de dar una explicación a la mayoría de los hallazgos de la literatura científica (Petratis; 1995, citado por Caballo y Simón, 2001). Por ejemplo, la teoría de interacción familiar (Brook; 1990, citado por Caballo y Simón, 2001) incorpora factores de la familia, del aprendizaje social y de las características intrapersonales que se conoce que afectan al consumo. La teoría de la conducta-problema (Jersor y Jersor, 1997, citado por Caballo y Simón, 2001) hace énfasis en la falta de convencionalidad, pero incorpora también conceptos del aprendizaje social, intrapersonales y cognoscitivos y trata de explicar el abuso de sustancias y una amplia variedad de otras conductas desviadas, tales como la delincuencia juvenil, el bajo rendimiento académico y una actividad sexual precoz. Flay y Petratis (1994) y Becoña (1999) (citados por Caballo y Simón, 2001) han intentado organizar la gran cantidad de teorías que se centran en la etiología del abuso de sustancias en un macromodelo comprensivo. El modelo de la *influencia triádica* que supone que conductas relacionadas con la salud, tales como el abuso de sustancias, están controladas por decisiones o intenciones en función de tres corrientes de influencia: 1) factores ambientales-culturales que influyen en las actitudes; 2) factores sociales situacionales-contextuales que influyen en el aprendizaje social y en las creencias normativas, y 3) factores intrapersonales, que influyen sobre la autoeficacia (Caballo y Simón).

Ahora bien, es importante hablar de cómo y por qué beben los jóvenes. El grupo de jóvenes bebe porque no sabe qué hacer con su tiempo libre y por esta razón no distingue entre lo que es ocio y bebida; el mimetismo, que significa la admiración por algún líder que bebe y al que nos gustaría parecernos empezando por sus formas externas de conducta; para ganarse la admiración del grupo con una actitud de valentía, de atrevimiento. Se trata del falso prestigio de resistir el alcohol, otras

veces se bebe por conformidad con el grupo, por no sentirse marginado de él cuando todos están bebiendo; luego está claro es, aquel efecto liberador del alcohol que parece liberar las inhibiciones y con ello, aparentemente, desaparecerán muchos problemas. Se disminuye el sentimiento de responsabilidad que impide hacer siempre lo que se antoja; los conflictos en las relaciones con los padres y de los padres entre sí. Es una forma de buscar en unas especiales relaciones con otras personas, las propiciadas por el consumo de alcohol, la efectividad que hace falta en el hogar (De Arana, 1995).

Otros factores del por qué beben los adolescentes son: la pertenencia a una posición social inferior por lo que el adolescente se siente discriminado socialmente intentando disminuir ese sentimiento mezclándose en los ambientes de bebida juvenil con otros de rango superior al suyo e incluso compitiendo con ellos en la capacidad para beber o en la realización de actos bajo el efecto del alcohol, como la conducción de vehículos; el descenso de la autoestima a causa del fracaso escolar o la pérdida de un lugar destacado en la clase; el cambio de colegio o paso a escuelas de nivel superior; dificultades en la forma de contacto y en el trato con el otro sexo; miedo a no poder satisfacer debidamente las expectativas, a veces muy altas, de los padres (De Arana, 1995).

El modo actual de consumo alcohólico entre los jóvenes de 14 a 20 años, es decir, la bebida masiva durante las noches de dos o tres días a la semana y el que ésta sea la forma casi exclusiva de diversión y de relacionarse durante esas jornadas, es un hecho que viene produciéndose en la sociedad desde hace aproximadamente ocho o diez años. No se puede decir que estas fechas hayan coincidido con ningún acontecimiento singular sino que corresponden a un momento en que la sociedad entera ha llegado a una ruptura de todas las normas, a un “todo vale” porque en

realidad “nada vale” (Olvi, 1998, citado por De Arana, 1995). Cualquier criterio de regulación social se ve desbordado por una “cultura del exceso”.

Es, por otro lado, la misma época en que en nombre de la libertad y del querer ser uno mismo, todas las personas, y en especial los jóvenes, siguen cualquiera de las modas que surgen (De Arana, 1995, cap. 4).

A partir de una cierta edad, sin embargo, la presencia de adolescentes mujeres en el grupo bebedor puede ser un cierto factor de control. La constitución de grupos mixtos estables o la presencia de la novia en el grupo, limita, aunque sea sólo parcialmente, el comportamiento desenfrenado relacionado con el alcohol (Pérez, 1994, citado por De Arana, 1995). También las adolescentes son más proclives a escuchar a sus compañeros varones del grupo sin necesidad de que éstos sigan consumiendo alcohol para “liberarse de preocupaciones. No obstante, esto no siempre es así y con frecuencia son las adolescentes las que cometen mayor número de infracciones durante las noches de bebida, y es que en esto, como en otros muchos aspectos de la vida social y juvenil, parece existir una ley del péndulo que lleva de exageración en exageración y las adolescentes creen igualarse a los varones cometiendo sus mismos actos, pero los sobrepasan entrando de lleno en las conductas disparatadas (De Arana, 1995).

Sin embargo, a partir de los 19 ó 20 años de edad se nota un cambio de actitud hacia estas formas de consumir alcohol. El joven va adquiriendo más capacidad para las relaciones subjetivas con los demás; es decir, necesita menos la presencia del grupo para exteriorizar sus sentimientos y todavía menos el consumo constante y desenfrenado de alcohol porque es lo que hacen todos y si no, no hay otra cosa que hacer. A esas edades se encuentra la satisfacción en la charla sosegada con los amigos mientras se bebe algo de alcohol, pero no de forma compulsiva ni

exclusiva. El joven a esa edad siente que tiene una personalidad propia que quiere compartir íntimamente con otros. Además empieza a mirar a su anterior actitud con desprecio o con pena hacia quienes todavía están inmersos en ella (De Arana, 1995).

En los últimos años se observa un aumento significativo en el consumo de alcohol por parte de la población adolescente.

Uno de los estudios realizados recientemente en España (Ministerios de Sanidad y Consumo, 1992) se ha comprobado que consumen alcohol de modo habitual un 75% de adolescentes entre 15 y 19 años. Desde los 16 años un 70% bebe al menos una vez por semana. El 30% admite haberse emborrachado alguna vez, y el 12% más de diez veces.

El consumo de alcohol por parte de los jóvenes de hoy tiene lugar, fundamentalmente, en las tardes y noches de los fines de semana. La mayoría de los adolescentes de hoy pasan los tres últimos días de la semana en bares y otros sitios que se dedican a la venta de alcohol (Castillo, 1997).

Es bien sabido que en todas las localidades de cualquier país existe actualmente una zona (un espacio de bares y discotecas) de “fiesta juvenil”. En ella se concentran cientos o miles de jóvenes, durante muchas horas seguidas de la tarde y la noche, sin ningún objetivo personal. Solo se observan conductas grupales fruto de la simple espontaneidad (Castillo, 1997). El consumo de alcohol tiene, para muchos jóvenes de hoy, un *simbolismo cultural*. Significa que ya puede ser aceptado en el grupo de diversión. También significa que se pertenece a la generación joven y que ya se es mayor. El alcohol es, para estos jóvenes, un rito colectivo y un factor de relación personal. Es también la llave que abre la puerta del ocio y de la libertad (Árboles, 2000).

Uno de los rasgos más característicos de esta cultura juvenil, es la conducta excesiva. No se trata de beber de forma controlada o moderada, eso no sería beber. Se busca beber con exceso y la frecuencia en la embriaguez. Y no siempre por una causa determinada o como medio para conseguir algún fin: a veces se reduce a beber por beber, como un fin en sí mismo (Castillo, 1997).

Algunos jóvenes suelen engañarse a sí mismos e intentan engañar a sus padres con respecto a su inclinación hacia el alcohol. Ellos dicen que ya saben hasta donde pueden llegar; que son capaces de controlarse; que solo pretenden acaparar el ambiente. Pero la experiencia dice que esa frontera es muy difícil de mantener. El que bebe, cada vez necesita beber más (Castillo, 1997). Muchos jóvenes de hoy asocian de un modo necesario las noches del fin de semana (la diversión) con el uso y abuso del alcohol. Creen que si no beben no se van a divertir. Esta identificación del consumo de alcohol con la diversión es muy peligrosa.

La costumbre de beber puede convertirse primero en un vicio y después en una enfermedad. Es muy frecuente que los alcohólicos hayan empezado a beber en el grupo de amigos del fin de semana. Conviene saber que el riesgo de llegar al alcoholismo es mayor cuanto menor es la edad (Castillo, 1997).

Después de haber analizado algunas teorías que competen a explicar el alcoholismo en la adolescencia y habiendo hablado de cómo y por qué beben los adolescentes sería importante explicar a continuación los hallazgos que relacionan el consumo de alcohol con deterioro neuropsicológico.

Según Calvo (2003): “Existen evidencias de que las alteraciones neuropsicológicas, estructurales y funcionales ligadas al consumo de alcohol constituyen un continuo, en cuyo extremo estarían las formas más graves en las que el alcohol juega un papel secundario” (p. 257).

El consumo crónico de alcohol produce una hipersensibilización compensatoria del receptor NMDA para el glutamato, lo que se traduce en un elevado incremento de la acción excitatoria de éste en situaciones de abstinencia. La sobreexcitación de dichos receptores conduce a la acumulación masiva de calcio intracelular y eventualmente a la muerte de la célula (Calvo, 2003). Este mecanismo se ha relacionado, en el espectro de trastornos por abuso de alcohol, con la encefalopatía de Wernicke-Korsakoff, el delirium tremens, el síndrome alcohólico fetal y el deterioro cognoscitivo por abuso de alcohol.

Uno de los primeros hallazgos relacionados con el consumo abusivo de alcohol es el de la atrofia cerebral. Los primeros estudios ya indicaban una disminución de la masa encefálica. Tradicionalmente, se observa una serie de lesiones que aparecen de modo independiente a la existencia de déficit nutricionales y otras complicaciones médicas, por lo que parecen ser características del abuso de alcohol: Pérdida difusa de tejido cerebral, ensanchamiento de los surcos y cisuras y agrandamiento de los ventrículos laterales y el tercer ventrículo (Serecigni, 2001, citado por Calvo, 2003).

El hipocampo parece ser una estructura especialmente sensible a los efectos del alcohol, tanto de manera funcional como estructural, tras su administración aguda o crónica (Korbo, 1999, citado por Calvo, 2003). También parece serlo el cerebelo. La degeneración cerebelosa clásica aparece con frecuencia en los alcohólicos de larga evolución, posiblemente asociada a déficit nutritivo. Sin embargo, la afectación del cerebelo puede abarcar un continuo en el que el alcohol juega un importante papel (Karhume, Erkinjuntti y laippala, 1994, citados por Calvo, 2003).

El consumo de alcohol agudo o crónico interfiere con los procesos de transmisión en el SNC, afectando a la mayoría de los sistemas de neurotransmisión.

En este sentido, la dependencia alcohólica supone una serie de cambios en la funcionalidad de los circuitos de neurotransmisores y neuromoduladores lo que supone un desequilibrio entre las acciones excitadoras e inhibitoras de estas sustancias en los circuitos cerebrales relacionados con el refuerzo. El compromiso

cere













pensamiento rígido y poco flexible y deficiencias en la solución de problemas y la generación de planes y alternativas de conducta (Botella, 2003).

Calvo (2003) sin embargo dice que “todavía queda por delimitar claramente cuál es la relación que se establece entre la afectación de diversas áreas cerebrales y las alteraciones neuropsicológicas que pueden asociarse con estas”.

#### Tratamiento cognoscitivo-conductual del alcoholismo en la adolescencia

El abandono de cualquier tipo de droga o adicción conductual no suele ser tarea fácil para una persona joven. Por lo general, conlleva sufrimientos físicos, psicológicos y sociales, así como la reconstrucción de su vida. Dejar el consumo de alcohol, es un paso difícil para un joven, ya que la mayoría de las veces está muy relacionado con el estilo de vida y las circunstancias personales y sociales (Funes, 1996, citado por Caballo y Simón, 2001). El joven tiene que romper con el consumo y rehacer su vida. La edad, donde las posibilidades y las maneras de recuperarse son diferentes según la etapa evolutiva, y la personalidad, serán factores claves en la recuperación (Caballo y Simón, 2001).

El modelo cognoscitivo-conductual como base del tratamiento de las adicciones ha sido de gran importancia. Las intervenciones que se hacen incorporan con frecuencia el modelo de afrontamiento del estrés para el abuso de sustancias, enseñándose habilidades apropiadas para evitar el consumo. Los componentes del tratamiento pueden incluir autorregistros, entrenamiento en habilidades sociales, regulación del estado de ánimo y la prevención de las recaídas. El modelado, ensayo conductual y tareas para casa son técnicas que se suelen utilizar en este tipo de tratamientos (Caballo y Simón, 2001).

Las técnicas cognoscitivo-conductuales tales como el ensayo de conducta y el contrato de control social (Azrin, McMahon y Donohue, 1994, citados por Caballo y Simón, 2001, cap. 7), el entrenamiento en solución de problemas y habilidades de afrontamiento (Hawkins, Tensen, Catalana y Wells, 1991, citado por Caballo y Simón, 2001) y las técnicas de prevención de recaídas (Catalana, Hawkins, wells, Millar y Brewer, 1990, citado por Caballo y Simón, 2001) muestran unos resultados prometedores, al menos en los primeros meses después de llevar a cabo el tratamiento.

El tipo más apropiado para un adolescente depende de multitud de variables, tales como el tipo de conducta adictiva, grado de implicación, recursos personales, clase social, presencia de problemas físicos o psicológicos subyacentes, etc. (Graña, 1994, citado por Caballo y Simón, 2001).

Resolver un problema de adicciones es un proceso largo, proceso que se puede dividir en distintos momentos: 1) demanda del tratamiento; 2) valoración o evaluación; 3) desintoxicación; 4) deshabitación, y 5) seguimiento. La prioridad de la intervención no es la abstinencia en si, si no ayudar al joven a que se convierta en un modelo adulto. Es imprescindible tratar al joven como un sujeto adulto, no como un menor (Caballo y Simón, 2001).

La primera respuesta a una demanda de tratamiento pretende: 1) reforzar la motivación del joven para adentrarse en el proceso terapéutico; 2) aclarar y modificar algunas reacciones poco útiles para el proceso que se va a poner en marcha; 3) determinar qué es lo que ha movido al paciente a buscar tratamiento, y 4) determinar sus objetivos (Árboles, 2000).

La cuestión más crítica en esta fase es la relacionada con la motivación del joven. La clave está en entender y apoyar, en lugar de etiquetar. Cualquier proceso

terapéutico que aumente la posibilidad de que el joven adicto inicie o mantenga estrategias de cambio activo es una intervención motivacional (Millar, 1985, citado por Caballo y Simón, 2001). Entre éstas estrategias se destaca el proporcionar información respecto al proceso de cambio, que consiste en dar una visión del mismo, resaltando que la recuperación terapéutica es un proceso fásico y gradual, que casi nunca sigue un proceso lineal, con una progresión por etapas, discontinua y en espiral.

La entrevista motivacional (Millar y Rollnick, 1991, citados por Caballo y simón, 2001) es una estrategia de intervención cuyo objetivo es ayudar a los pacientes a desarrollar una determinación y un compromiso con el cambio. Las características principales de esta técnica son: 1) mantener un nivel de empatía; 2) prestar una atención positiva, mediante resúmenes y repeticiones, a lo que comunica el paciente; 3) enfatizar la responsabilidad individual, ya que es el paciente el que tiene la responsabilidad de tomar las decisiones y no el terapeuta; 4) fomentar la autoatribución interna del proceso de cambio, ya que el paciente debe ser su propio agente de cambio, y 5) producir un estado de disonancia cognoscitiva.

La hoja de balance sobre decisiones (Manis y Mann, 1977, citados por Caballo y Simón, 2001) se utiliza para analizar los pros y los contras de la conducta adictiva. Se entrena al paciente a discriminar las desventajas del consumo en relación con las ventajas de una vida sin él. La matriz de decisiones es un instrumento elaborado por Marlatt (1985), a partir de la hoja de balance de decisiones, en la que se pide al paciente que anote sus expectativas respecto a las consecuencias inmediatas (positivas y negativas) tanto de dejar de consumir como de continuar consumiendo.

En la fase de valoración o evaluación, se pretende, establecer un diagnóstico y realizar un análisis funcional. Hay que recabar información médica, psicológica y social. La información se recogerá antes del tratamiento y a lo largo de la línea base, a través de la entrevista clínica, cuestionarios, autorregistros, observación, etc. De este modo, se conocerán las causas o determinantes ambientales del consumo, junto a todos aquellos otros factores personales y fisiológicos que se relacionan con el problema adictivo (Caballo y Simón, 2001).

En la primera fase de tratamiento, es fundamental que el sujeto lleve a cabo la desintoxicación que tiene como objetivo reducir paulatinamente el consumo, de modo que la persona quede abstinentes. La desintoxicación parte del hecho de que una persona es dependiente de una sustancia y que para que pueda superar su dependencia física, es necesario “limpiarlo” de todo resquicio de ella (Caballo y Simón, 2001).

La segunda fase del tratamiento, se abordan cuestiones fundamentales como la deshabitación psicológica y la modificación del estilo de vida. Una vez que el joven se ha desintoxicado y, por tanto, está libre tanto de los efectos que produce la droga como de los que aparecen durante el síndrome de abstinencia, el trabajo se centrará en que el hábito deje de serlo. En la deshabitación, el trabajo terapéutico se orienta a romper la dependencia psicosocial de la sustancia y lograr un cambio en el estilo de vida del joven que haga innecesario el consumo compulsivo de drogas en situaciones vitales para el sujeto. En función de las necesidades del individuo, el trabajo terapéutico se puede llevar a cabo en un centro ambulatorio, en una comunidad terapéutica o en un centro de día (Caballo y Simón, 2001).

Las técnicas cognoscitivo-conductuales son básicas en esta etapa del tratamiento (Onken y Boren, 1993, citados por Caballo y Simón, 2001). Unas de las técnicas

fundamentales aplicables en esta fase son los procedimientos de exposición, que se inician a los dos o tres meses de haber comenzado el tratamiento y se prolongan hasta los nueve meses. El objetivo es debilitar los estímulos condicionados que provocan la conducta de búsqueda y autoadministración de la droga. El procedimiento en la técnica de exposición consiste en elaborar una jerarquía de estímulos provocadores del deseo de consumir la droga y pedirle al paciente que valore en una escala el deseo que le produce cada una de las situaciones propuestas en la escala. Las sesiones de exposición deben tener una duración aproximada de 45 segundos, recomendándose no pasar a otro ítem mientras el sujeto no consiga un bajo nivel de ansiedad (Caballo y Simón, 2001).

La modificación del estilo de vida es clave también para romper con el mundo de las drogas. Para ello se utilizan procedimientos de intervención conductual (por ejemplo, programación de actividades) y cognoscitivas (por ejemplo, reestructuración cognoscitiva basada en la terapia cognitiva de Beck). La programación de actividades implica analizar el estilo de vida general del joven, buscándose actividades alternativas, aficiones, intereses y nuevas amistades (Caballo y Simón, 2001).

Las técnicas de reestructuración cognoscitiva se utilizan para modificar las creencias irracionales y las distorsiones cognitivas que presenta el sujeto y que puedan influir negativamente en el proceso de recuperación de la adicción. No se debe olvidar a la familia cuando se intenta modificar el estilo de vida de un joven. La familia desempeña un papel fundamental para prevenir el estilo de vida que ha generado el consumo en su hijo (Graña, 1994, citado por Caballo y Simón, 2001).

En la tercera y última fase, el punto fundamental es el abordar la prevención de recaídas. Marlatt y Gordon definen la Prevención de Recaídas como una terapia

cognitivo-conductual que combina entrenamiento en habilidades conductuales junto con técnicas cognitivas para ayudar al sujeto a mantener un cambio conductual deseado.

Las estrategias más eficaces para la prevención de recaídas son sobre todo, de tipo conductual y cognoscitivo, persiguiendo los siguientes objetivos: aumentar la autoeficacia, mejorar el control de impulsos, favorecer la reestructuración cognoscitiva y mejorar las estrategias de toma de decisiones (Caballo y Simón, 2001). Las estrategias globales y específicas de prevención de recaídas pueden agruparse en tres categorías fundamentales (Marlatt y Barret, 1997): entrenamiento en habilidades, reestructuración cognoscitiva e intervención sobre el estilo de vida. Los fundamentos teóricos de la prevención de recaídas parten del principio que la recaída es un proceso transitorio, no un fracaso terapéutico, en la evolución de la enfermedad y empieza bastante antes de reiniciar el consumo de alcohol. 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 2 clases: determinantes inmediatos y antecedentes ocultos (Marlatt y Barret, 1997). Entre los determinantes inmediatos están 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 (celebraciones). Después sucede el desliz (consumo ocasional de alcohol) que puede no conducir a una recaída pero es un

riesgo muy grande. Frecuentemente después del desliz suelen aparecer sentimientos de culpa que junto a las expectativas positivas del alcohol inducen al consumo que finaliza en la recaída. Marlatt y Gordon han descrito una reacción que ellos 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; las personas 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; éstos piensan que de los errores se puede aprender. También se han descrito una serie de antecedentes ocultos como el estilo de vida que lleva el paciente o el nivel de estrés al que está sometido que 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 (Calvo, 2003).

Por otro lado, las terapias conductuales que se basan en el aprendizaje y que tienen como objetivo sustituir las conductas inadecuadas por otras más adaptadas, han sido otra forma de tratar el alcoholismo, entre ellas las más utilizadas son: la terapia aversiva en donde se castiga la conducta desadaptativa y consiste en presentar consecutivamente el consumo de alcohol con experiencias aversivas (Monasor, Jiménez y Palomo, 2003); el contrato de contingencias, en donde se utilizan consecuencias positivas o negativas para recompensar o castigar las conductas adaptativas o desadaptativas, respectivamente, y desincentivar el consumo de alcohol (Cuadrado, 1998, citado por Monasor, 2003), y por último, la prevención de respuestas a la exposición de estímulos que se trata de una técnica de

desensibilización que consiste en disminuir el consumo cuando el individuo se expone sistemáticamente a distintos estímulos (ambientes, personas, circunstancias) que anteriormente producían deseo de consumo de alcohol. La técnica consiste en exponer al individuo a aquellos estímulos previniendo la ejecución de respuestas disfuncionales, es decir, de consumo o recaída (Monasor; Jiménez y Palomo, 2003).

#### Tratamiento del Alcoholismo. Enfoque de McCrady

El trabajo de McCrady sobre los trastornos de consumo de alcohol muestra claramente el enfoque de tratamiento cognoscitivo-conductual. El modelo teórico que presenta McCrady tiene en cuenta siete factores principales a la hora de definir un caso: gravedad del problema, problemas de vida concomitantes (físicos, psicológicos/psiquiátricos, familiares); sociales (interpersonales, legales, de cuidado de niños, de la casa, de transporte); expectativas del paciente (se informa a éste de las expectativas de duración del tratamiento y el curso probable; la motivación y la relación terapéutica; los factores que mantienen el modelo de bebida actual; el soporte social; y el mantenimiento del cambio (Días, 2003).

Los factores que mantienen el modelo de bebida actual, sostiene McCrady que, siguiendo la aproximación cognoscitivo-conductual, “el beber puede tratarse mejor examinando los factores actuales que mantienen la bebida, más que los factores históricos”. (p. 18)

La autora utiliza el llamado modelo EORC, que concibe la respuesta (R) de bebida como: 1) desencadenada por estímulos ambientales (E) que la anteceden; 2) mediatizada por factores orgánicos (O) fisiológicos, afectivos y cognitivos, y 3) mantenida por consecuencias (reforzamiento) (C) producidas por la bebida (Días, 2003).











## CONCLUSIONES

El consumo de alcohol en la adolescencia a constituido un fenómeno de gran problemática dentro de la sociedad y así mismo es un problema de salud pública preocupante. El fácil acceso y la gran disponibilidad del alcohol ha permitido que cada vez más los adolescentes se vean inmersos en este mundo tan oscuro como lo es el del alcoholismo.

Algunas características de la etapa adolescente facilitan el consumo de alcohol, que generalmente se inicia durante este periodo del ciclo vital.

El problema del abuso de alcohol en la adolescencia posee un origen multicausal, es decir, que el consumo posee múltiples variables y además se debe contemplar al adolescente como un ser integral en todas sus dimensiones para poder comprender más eficazmente el problema del abuso de alcohol.

El alcoholismo en la adolescencia, además, suscita una serie de problemas que hacen que el adolescente sea cada vez más vulnerable a este trastorno lo cual indica que se debe actuar de una manera adecuada, primero identificando cuáles son los factores de riesgo más importantes para el consumo como lo son los factores macrosociales y microsociales y así mismo conociendo las consecuencias que puede traer el abuso del alcohol para la vida del adolescente.

Gracias a las diferentes teorías que han intentado establecer los riesgos por los que un individuo adquiere la conducta de abuso de alcohol, como las *teorías cognoscitivas*, las de *apego social/convencionalidad* y las *teorías integracionistas*, se ha podido identificar una serie de acontecimientos que han permitido abordar más profundamente la problemática en cuestión y así mismo crear los tratamientos indicados para abordarla.

El modelo cognoscitivo-conductual como base del tratamiento ha sido de gran importancia ya que las intervenciones que se hacen incorporan con frecuencia el modelo de afrontamiento del estrés para el abuso de sustancias, enseñándose habilidades de afrontamiento para evitar el consumo.

Por último, es importante mencionar que la adolescencia es una etapa de alto riesgo ya que en esta etapa factores como la curiosidad, la aceptación, las tensiones familiares y escolares y el bajo nivel de autoestima y autoaceptación pueden hacer al adolescente vulnerable al consumo de alcohol y otras drogas.

Referencias

- Árboles, J. (2000). *Sociología y causas del alcoholismo*. Barcelona: Bellaterra.
- Ávila, J.J. (2002). Intervenciones psicoterapéuticas en el tratamiento del alcoholismo. *Conductas Adictivas*, vol. 2-Número 04, 1-36. Recuperado el 18 de abril de 2005, de [http://www. Conductasadictivas.org](http://www.Conductasadictivas.org)
- Caballo, V.E & Simón, M.A. (2001). Psicopatología y tratamiento de la drogadicción en niños y adolescentes. En Becoña, E. & Vázquez, F.L. *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. Madrid: Pirámide.
- Calvo, H. (2003). Alcohol y neuropsicología. *Trastornos Adictivos*. 5(3): 256-68. Recuperado el 19 de abril de 2005, de <http://www.conductasadictivas.org>.
- Corral, M & Cadaveira, F. (2002). Aspecto neuropsicológicos de la dependencia del alcohol: naturaleza y reversibilidad del daño cerebral. *Revista Neurológica*. 2002; 35: 682-7.
- Castillo, G. (1997). Los hijos que se refugian en el alcohol. *Cautivos en la adolescencia*. (pp. 131-148). Barcelona: Oikos-Tau.
- De Arana, J.I. (1995). *Los jóvenes y el alcohol*. Madrid: Palabra S.A.
- Días, M.D. (2003). Tratamiento del alcoholismo. El enfoque de McCrady. *Revista de Psicoanálisis*. Número 15. Recuperado el 18 de abril de 2005, de <http://www.aperturas.com>.

- Escaraval, MD. (2004). Aspectos neurológicos, neuropsicológicos y Psicofarmacológicos del alcoholismo. *Neuropsychology*. Recuperado el 20 de abril de 2005, de Psiquiatria.com.
- González, J. (2001). Dependencias: alcohol y drogas en la adolescencia. *Psicopatología del adolescente*. México: El Manual Moderno
- Méndez, F.X & Espada, J.P. (1999). Papel de la familia en el consumo de alcohol. *IV congreso de psicología de la salud*. Granada.
- Monasor, R; Jiménez, M, y Palomo, T. (2003). Intervenciones psicosociales en el alcoholismo *Trastornos Adictivos*. 5 (1): 22-26. Recuperado el 19 de abril de 2005, de <http://www.conductasadictivas.org>.
- McCrary, B. (2001). The clinical handbook of psychological disorders. En Barlow, H. *Alcohol use disorders*. New York: The Gilford.





