IN MEMORIAM
JORGE MARIO SALAZAR

ISSN: 0482 - 5276

REVISTA DE CIENCIAS SOCIALES

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA NUMERO 77 SETIEMBRE 1997

EL ALCOHOLISMO EN LA SOCIEDAD COSTARRICENSE

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

Revista de Ciencias Sociales

DIRECTOR
Daniel Camacho

CONSEJO EDITORIAL
Ana Cecilia Escalante
Omar Hernández
Henning Jensen
Daniel Masís
María Pérez
† Jorge Mario Salazar
Luis Valverde

EDITORA
Cecilia Arguedas
ceciliaa@cariari.ucr.ac.cr

CORRESPONDENCIA
DIRECTOR
Apartado 498
2050 San Pedro - Costa Rica
América Central

EDITORIAL DE LA
UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
© 1997
SAN JOSÉ, COSTA RICA

REVISTA DE CIENCIAS SOCIALES

PUBLICACIÓN
TRIMESTRAL
SETIEMBRE 1997
NÚMERO 77

SUSCRIPCIONES
Editorial de la Universidad de Costa Rica
Apartado Postal 75
2060 Ciudad Universitaria Rodrigo Facio
San José, Costa Rica

CANJES
Universidad de Costa Rica
Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información
Unidad de Selección y Adquisiciones-Canje
Ciudad Universitaria Rodrigo Facio
San José, Costa Rica

VALOR DE LA SUSCRIPCIÓN

	c/ejemplar	Anual
Costa Rica	¢ 750	¢2000
Otros países	$ 15	$ 50

Impreso en la Oficina de Publicaciones, Universidad de Costa Rica

Portada: *Tríptico.* 1994. Antonio Bustamante

Técnica: Laca Industrial y Poliuretano sobre hierro fosforado.

Arte final de la portada: Unidad de Diseño Gráfico, Oficina de Publicaciones de la Universidad de Costa Rica.

Diagramación:
Oficina de Publicaciones

Revista
305
R Revista de Ciencias Sociales / Universidad de Costa Rica.--
Vol. 1 (1959)--. -- San José, C. R.: Editorial Universidad de
Costa Rica, 1959--
v.
ISSN: 0482 - 5276

1. Ciencias Sociales -- Publicaciones periódicas.
2. Publicaciones periódicas costarricenses.

BUCR

La Revista de Ciencias Sociales es una publicación de la Universidad de Costa Rica que recibe apoyo material de varias de sus dependencias, entre ellas, la Vicerrectoría de Investigación, la Dirección Editorial y Difusión de la Investigación (DIEDIN), la Oficina de Publicaciones y el Instituto de Investigaciones Sociales.

REVISTA DE CIENCIAS SOCIALES

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

ISSN: 0482-5276
Número 77, setiembre 1997

EL ALCOHOLISMO EN LA SOCIEDAD COSTARRICENSE

	In Memoriam: Jorge Mario Salazar	5
	PRESENTACIÓN	7
Julio Bejarano *Hannia Carvajal* *Lizú San Lee*	Alcohol y alcoholismo en la sociedad costarricense	9
Mario Sáenz Rojas	Alcohol y alcoholismo: Un severo problema de Salud Pública en Costa Rica	21
Luis Sandí E. *Darío Molina*	Detección temprana de consumo problemático de alcohol. Validación del MAST y del CAGE para Costa Rica	35
Francisco Jiménez Martén *Ronald Alvarado C.*	Mortalidad en el paciente alcohólico	45
Viriam Leiva D. *Marcela Madriz A.*	Concepciones y opiniones de preescolares sobre drogas lícitas de una zona urbano marginal	61
Joaquín Cuevas B. *José Gisbert Tío* *Anselma Betancourt P.*	El alcohólico de la Provincia de Valencia (España)	69
Luis Valverde Obando	Atención del alcohólico en la familia	79
Lenn Muerrelle Luis Sandí Alicia Díaz	Cuestionario sobre Hábitos, Actividades y Relaciones de los Jóvenes (abreviación del Drug Use Screening Inventory -DUSI-) para Costa Rica	87
	POLÉMICA	
Misael Bonilla R. *Emilia Durán O.*	Mujer, adicción y tranquilizantes. A cien años del origen del Psicoanálisis	97
	ARTÍCULOS	
Javier Martínez M.	Sor Juana Inés de la Cruz. Mujer sola y en desamparo	103
Ma. Cristina Romero	Del reformismo cooperativo al cooperativismo empresario	115
Roberto Salom E.	Enfoque de la violencia desde la perspectiva sociológica	135
Rosa Rosales O.	Estilos de dirección y clima organizacional	141
Benicio Gutiérrez D.	Predictores psicológicos del comportamiento con riesgo de adquirir virus de SIDA	155
	COLABORADORES	167

IN MEMORIAM
JORGE MARIO SALAZAR

Con dolor dedicamos este número a la memoria de un entrañable compañero del Consejo Editorial de esta Revista.

Jorge Mario Salazar fue uno de los investigadores más acuciosos con que contó la Facultad de Ciencias Sociales. Su participación dentro de esta Revista mostró esa importante realidad.

Si se revisan los artículos incluidos en nuestras publicaciones encontramos su nombre como autor de algunos que siempre contuvieron contribuciones inéditas e importantes.

Como miembro del Consejo Editorial fue uno de los que más ayudó a constituir ese espíritu constructivo que es característico de nuestro Consejo. Con él siempre se practicó el estilo de evaluar los artículos buscando sus posibilidades de mejoramiento antes que la decisión de rechazarlos y, de incitar la búsqueda de excelencia por medio de respetuosas pero sólidas y firmes observaciones a los autores.

Su ausencia se siente en nuestros espíritus y, como medio de compensarle, aunque sea mínimamente nombre seguirá apareciendo junto al nuestro, como miembro inolvidable e inspirador de nuestro Consejo Editorial.

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio
Setiembre de 1997
Daniel Camacho
Director

PRESENTACIÓN

Preocupados por la incidencia del alcoholismo en nuestro país, la Revista de Ciencias Sociales publicó el número 34 "Consecuencias Sociales del alcoholismo" y hoy, nos hemos propuesto dedicar el número 77 de nuestra Revista a estudios sobre el avance y las consecuencias en la población, de esta droga considerada lícita.

En el año 2000, la prevalencia del alcoholismo en la América Latina se ha estimado en alrededor de 38 millones de personas, lo cual no solo deteriora y destruye a seres humanos emocional y físicamente, sino que trae consecuencias colaterales graves. Entre ellas, se considera que el alcohol desempeña un papel de primera línea como droga de entrada o puente hacia el consumo de las drogas ilícitas. Además, es responsable no sólo del deterioro psicosocial del enfermo sino que junto al tabaco, provoca un considerable número de muertes.

Pero, ahí no terminan los efectos nefastos, puesto que incide en las relaciones familiares, dejando secuelas emocionales graves en terceras personas.

Inician este número, Bejarano, Carvajal y San Lee con un estudio sobre el consumo del alcohol, en que analizan la prevalencia, la incidencia de consumo y los tipos de bebedores, a partir de los datos de la última encuesta nacional sobre consumo de drogas. Por su parte, Saénz estudia las graves consecuencias del alcoholismo como fenómeno sociocultural y su posible ocultamiento en nuestro país. Sandí y Molina ofrecen los resultados de la aplicación de un instrumento en nuestro país, que permita la detección precoz de los problemas del alcoholismo.

Jiménez y Alvarado, a partir de un estudio efectuado por el IAFA, a 3000 pacientes atendidos por esa institución hace un seguimiento a esa población, en los siguientes diez años, para determinar la mortalidad y sus causas en este grupo. Leiva y Madriz interesadas en la prevención de drogas, buscan la información sobre el consumo de drogas que puede tener una población infantil. Cuevas, Tío y Betancourt elaboran un perfil sociológico con una muestra de pacientes alcohólicos de Valencia, provincia española para conocer la realidad sociolaboral y familiar en que se encuentran. Valverde expresa que la ayuda familiar

hacia el alcohólico no siempre es exitosa y señala otras formas de atención al enfermo y la familia, como son las organizaciones de tratamiento públicas y privadas.

Finaliza esta sección con la interesante presentación de un cuestionario dedicado a la detección de adolescentes con riesgo de consumo temprano de drogas. Murelle, Sandí y Díaz adaptaron al medio costarricense el formulario elaborado por el Drug Use Screening Inventory y lo preceden de una explicación técnica acerca de como aplicarlo.

En la sección Polémica Bonilla y Durán cuestionan el tratamiento médico con sustancias adictivas que se recetan a las mujeres.

Finalmente en la sección de artículos se incluyen las siguientes colaboraciones: Martínez estudia la vida de sor Juana Inés de la Cruz, en la que destaca el papel impositivo e inquisidor de la Iglesia hacia esta poetisa y escritora. Romero estudia el cooperativismo y la repercusión de las políticas estatales en ese tipo de organización. Salom analiza la violencia en el seno de la familia. Rosales analiza los estilos de dirección en la gestión administrativa de un centro colectivo y, Gutiérrez, aplica el análisis de predicción múltiple para identificar algunos predictores psicológicos del comportamiento sexual de hombres con riesgo de contraer el SIDA.

La Dirección de la revista hace un reconocimiento a los profesores Luis Valverde y Mario Alberto Sáenz, quienes colaboraron arduamente en la obtención y revisión de buena parte del material que presentamos en este número.

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio
Setiembre de 1997
Daniel Camacho
Director

Ciencias Sociales 77: 9-20, setiembre 1997

ALCOHOL Y ALCOHOLISMO EN LA SOCIEDAD COSTARRICENSE

Julio Bejarano
Hannia Carvajal
Lizú San Lee

RESUMEN

En este artículo se analizan los principales hallazgos sobre consumo de alcohol, obtenidos en la última encuesta nacional sobre consumo de drogas. Los resultados se obtuvieron de una muestra representativa de la población costarricense con edades entre los 12 y los 70 años.

Se destaca información sobre prevalencias, incidencia de consumo y una caracterización de los tipos de bebedores, así como aspectos sociodemográficos relevantes. Al tratarse de una encuesta transversal repetida, se efectúan comparaciones con el estudio sobre consumo de sustancias psicoactivas realizado en 1990.

ABSTRACT

The main discoveries regarding alcohol consumption found during the last drug consumption national inquiry are studied in this writ. Results were obtained from representative sample of Costa Rican population between 12 and 70 years old.

Information about prevailance, consumption incidence, characterization of different drinker types is emphasized, as well as relevant socio-demographic aspects. Being this a repeated transversal inquiry, comparisons against a study of psycho-active substances performed in 1990 are made.

A. INTRODUCCIÓN

Desde inicios del decenio anterior existe en el nivel mundial intensa preocupación por el consumo de sustancias psicoactivas ilícitas y, más recientemente, es decir desde mediados de los años ochenta, un gran interés por el tema del tráfico internacional de drogas. Tanto es así, que se podría afirmar que los problemas asociados con el consumo y el

abuso de bebidas alcohólicas pasaron a un segundo plano o, cuando menos, se les dejó de dar la importancia que tenían tiempo atrás.

Dicho desinterés es, hasta cierto punto, poco coherente con la realidad puesto que, como antes, el alcohol y los problemas derivados de su consumo son hoy más preocupantes, al ejercer un fuerte impacto sobre la salud de los individuos, la estabilidad de grupos familiares y laborales y efectos sobre el nivel socioeconómico, al afectarse sensiblemente la producción y al generarse enormes pérdidas en diferentes órdenes institucionales.

Retomar el tema del abuso del alcohol en un tiempo en el que pareciera haber sido relegado, resulta una empresa trascendente pues significa volver la mirada hacia la principal fuente de preocupación por el consumo de una droga y hacia un cúmulo de contradicciones que se producen en el medio nacional, como resultado de la apertura comercial y los poco predecibles efectos relacionados con el proceso de globalización. Así, el objetivo de este trabajo es actualizar la información sobre la naturaleza y características del consumo de bebidas alcohólicas en la población nacional de 12 a 70 años de edad y busca poner de manifiesto el papel del alcohol en la sociedad costarricense de finales de siglo mediante la información obtenida en la reciente encuesta nacional sobre consumo de drogas, efectuada por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia IAFA en 1995, la cual permite establecer comparaciones con los hallazgos efectuados en 1990 por conducto de un estudio similar.

B. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Esta información es parte de un proyecto del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, el cual se realiza cada cinco años.

La información aquí expuesta se obtuvo en 1995, en una muestra representativa de la población nacional con edades entre 12 y 70 años, mediante la aplicación de un cuestionario de 148 preguntas distribuidas en nueve secciones. En virtud de que se replicaron las condiciones de investigación llevadas a cabo en 1990, la presente es una encuesta transversal repetida y, fundamentalmente, un estudio de prevalencia. Igual que cinco años atrás, el diseño de la muestra se efectuó mediante el empleo de dos marcos, uno habitacional y otro por persona, los cuales, a su vez, provenían de censos de población actualizados a 1993 por la Dirección General de Estadística y Censos. El proceso multietápico y probabilístico contempló como unidades generales de muestreo la provincia, el segmento, la vivienda y la persona.

1. Características de la muestra

La muestra estuvo constituida por 2 922 sujetos que tenían un año o más de residir en una vivienda y la mayor parte eran costarricenses (un 4,6% era originario de Centroamérica o México).

Como puede observarse en el cuadro 1, la representación de las amas de casa y la población joven es importante.

El 51,3% de los individuos residía en zona urbana al momento de la encuesta, en tanto que un 48,7% en zona rural. Un 1,8% de la muestra corresponde a comunidades marginales y, de este porcentaje, 1,3% de los individuos residían en localidades rurales-marginales. Como católico se definió un 78,3% (practicantes 64,5%) en tanto que un 15% lo hizo como protestante. El 6% dijo no tener afinidad por religión alguna.

2. Definición de términos[1]

2.1. *Abstemio:* individuo que nunca ha consumido bebidas alcohólicas u otras drogas.

2.2. *Bebedor moderado:* individuo que consume menos de 120 mililitros (ml) del alcohol absoluto si es varón (menos de 60 ml si es una mujer) en la ocasión que tomó (sentada), dos veces o menos al mes.

2.3. *Bebedor excesivo:* individuo que consume más de 120 ml del alcohol absoluto si es varón (más

1 Estas definiciones se tomaron del libro Consumo de drogas en Costa Rica. Resultados de la encuesta nacional de 1995, de Bejarano, J.; Carvajal, H. y San Lee, L. publicado por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia en 1996.

Cuadro 1

Características sociodemográficas de la muestra estudiada Costa Rica, 1995

VARIABLE	VALORES PORCENTUALES (%)
SEXO	
Masculino	49,8
Femenino	50,2
EDAD	
12 - 14	6,5
15 - 1913,9	
20 - 24	12,7
25 - 29	11,7
30 - 34	11,8
35 - 39	10,1
40 - 44	8,6
45 - 49	5,6
50 - 54	6,6
55 - 59	4,4
60 - 64	4,4
65 - 70	3,6
ESTADO CIVIL	
Soltero	36,2
Casado	47,6
Viudo	2,1
Divorciado	1,6
Unión libre	11,0
Separado	1,5
OCUPACION	
Sector primario	12,8
Sector secundario	11,0
Sector terciario	19,0
Estudiante	13,7
Ama de casa	35,9
Otro	7,6
PROVINCIA	
San José	29,0
Alajuela	15,6
Cartago	11,5
Heredia	9,8
Guanacaste	11,0
Puntarenas	12,7
Limón	10,3
ESCOLARIDAD	
Primaria incompleta	21,2
Primaria completa	31,5
Secundaria	32,5
Universitaria	8,7
Otra	1,3
Sin educación formal	4,7

de 60 ml si es una mujer) en la ocasión que tomó (sentada), dos o más veces al mes.

2.4. *Alcohólico:* individuo que presenta incapacidad de abstenerse del consumo de bebidas alcohólicas o de detenerse cuando las consume, así como síndrome de privación mayor (trémor, alucinosis, convulsiones tipo gran mal, psicosis alcohólica o delirium tremens).

2.5. *Exbebedor:* individuo bebedor moderado, excesivo o alcohólico que tiene al menos un año de no ingerir bebidas alcohólicas. Incluye, también, a aquellas personas cuya ingesta anual no ocurre en más de cinco ocasiones, sin llegar a la embriaguez, y tienen más de un año de no tomar.

2.6. *Embriaguez:* La embriaguez *leve* ocurre cuando la concentración de alcohol en la sangre se encuentra entre 30 y 60 miligramos (dos a tres tragos de destilado o dos a tres botellas de cerveza) consumidos en una hora. Sus manifestaciones principales son sensación de calor leve, ligera extroversión y placer, sensación de alerta y disminución de las preocupaciones. Una ingesta de 90 mg de alcohol (cuatro tragos o cervezas) en una hora equivale a embriaguez *media* y un consumo mayor puede conducir a embriaguez *aguda*. Después de 150 mg (seis o siete tragos o cervezas), se presentan distintos grados de intoxicación.

2.7. *Crisis etílica:* se refiere a la ingestión de bebidas alcohólicas durante un período de dos o más días seguidos, llegando a la embriaguez.

2.8. *Población en riesgo de desarrollar ingesta excesiva de alcohol:* en esta investigación, la población en riesgo está constituida por los bebedores moderados y los abstemios.

2.9. *Población en alto riesgo de presentar problemas de alcoholismo:* en este estudio, este grupo está constituido por los bebedores excesivos.

2.10. *Prevalencia de vida:* se refiere a la proporción de sujetos, con respecto a la muestra total, que han consumido una droga alguna vez.

2.11. *Prevalencia de último año (o consumo reciente):* resulta de dividir el total de la población que consumió una droga durante el último año entre la muestra total.

2.12. *Prevalencia de último mes (consumo actual o activo):* corresponde a la proporción de individuos que consumieron alguna droga durante el último mes.

2.13. *Incidencia:* la incidencia se refiere al número de consumidores nuevos en un período de tiempo determinado (un año en esta investigación). Es la razón entre el número de individuos que experimentaron con alguna droga por primera vez en el año anterior a la aplicación del instrumento, y el total de la población en riesgo, entendida como la población no consumidora.

2.14. *Zona urbana:* se refiere a casas aglomeradas en cuadrantes, con calles, aceras y todo tipo de servicios urbanos, como luz, agua, buses, etc.

2.15. *Zona rural:* se refiere a casas diseminadas, localización de viviendas en unos pocos cuadrantes, presencia de actividades agrícolas y algunos servicios básicos.

2.16. *Marginal:* se refiere a las condiciones deplorables de vida, económicas y sanitarias, en el medio rural y en el urbano.

2.17. *Nivel de ingresos familiares:* se calculó con base en el valor aproximado de la canasta básica, en colones corrientes, correspondiente al primer trimestre de 1995. Para ello, se tomaron los datos sobre costo de la canasta básica desde 1984 hasta 1994[2] y se realizó una proyección a 1995 mediante la fórmula de interpolación de Gregory-Newton. Al resultar una canasta con un monto de ¢ 50 508[3], se establecieron los siguientes niveles de ingreso familiar:

Niveles bajos de ingreso:	*Menos de ¢50 000*
Niveles medios de ingreso:	*de ¢50 000 a ¢150 000*
Niveles altos de ingreso:	*Más de ¢150 000*

2.18. *Católico practicante:* es aquella persona que asiste regularmente (por lo menos tres veces al mes) a oficios religiosos, se confiesa y comulga.

2.19. *Cristiano o protestante:* incluye a evangélicos, adventistas, atalayas, iglesia de los santos de los últimos días y otros.

C. RESULTADOS

1. Producción y consumo per cápita de alcohol

Durante el año 1995, los costarricenses consumieron 200 836 903 litros de bebidas alcohólicas, entre ellas aguardientes o licores corrientes, licores finos, vinos y cervezas. En términos de alcohol absoluto significa una producción de 12 818 422 litros.

Para ese año se estimó un consumo per cápita de bebidas alcohólicas, para la población total, de 58,66 litros por persona; y en la población mayor de 15 años de 90,19 litros, en tanto que en 1990 ambos per cápitas fueron menores: la población total

---

2 Los datos se tomaron del documento *Costa Rica: tendencias sociodemográficas, económicas y ambientales, 1980-1994*, del Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, 1995.

3 Equivalen, aproximadamente, a US$ 300, al tipo de cambio de abril de 1995.

consumió 32,19 litros y la población mayor de 15 años consumió 50,67 litros.

En 1994, el consumo de cerveza en Costa Rica fue de 53,5 litros per cápita en la población de 15 años y más. Al comparar con otros países, se tiene que Alemania registró un consumo de 138 litros (la mayor parte de los países europeos consumió más de 100 litros). En Estados Unidos el consumo fue de 85,9 y, en el nivel mundial, el mercado de la cerveza, ascendió a la suma de 218 mil millones de dólares, lo cual representó un incremento del 24% con respecto a 1990 (San Lee, 1996). Aunque los países europeos y algunos de América duplican el consumo nacional de cerveza, la generación de problemas asociados al mismo tiene más que ver con la manera de consumirlo (patrón sociocultural de consumo) que con la cantidad ingerida.

Es evidente que en el quinquenio se dio un aumento global, tanto en la producción e importación de bebidas alcohólicas como en el consumo de alcohol absoluto, el cual pasó de 4,12 litros en 1990 a 5,76 en 1995. Este aumento en el per cápita es considerablemente superior al estimado para el período 1985-1990, el cual fue de 10% mientras que en los últimos cinco años fue cercano al 40%.

Estos datos reafirman el planteamiento de que la sociedad costarricense se acerca al

Cuadro 2

Consumo per cápita de alcohol absoluto en población de 15 años y más
Costa Rica 1990-1995

TIPO DE BEBIDA ALCOHÓLICA	1990 CONSUMO PER CAPITA		1995 CONSUMO PER CAPITA	
	Alcohol absoluto	Equivalencia	Alcohol absoluto	Equivalencia
Licores corrientes	1,25 litros	5,56 botellas de 750cc	1,23 litros	5,47 botellas de 750cc
Licores finos	1,07 litros	3,57 botellas de 750cc	0,70 litros	2,33 botellas de 750cc
Cerveza	1,73 litros	123,57 botellas de 350cc	3,75 litros	238,1 botellas de 350cc
Vino	0,07 litros	0,67 botellas de 750cc	0,07 litros	0,67 botellas de 750cc
Total	4,12 litros		5,76 litros	

nuevo milenio con un patrón de consumo de bebidas alcohólicas constante y ascendente, tendencia que se ilustra en la figura 1.

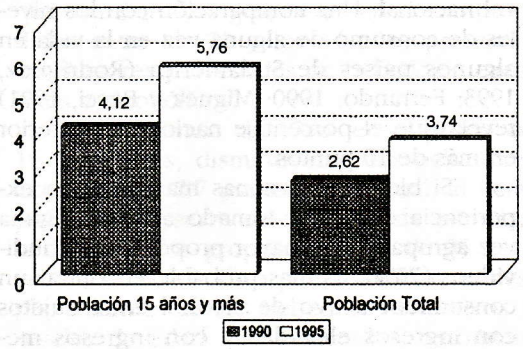
2. Prevalencias de consumo

Uno de los resultados más importantes obtenidos mediante esta investigación se relaciona con la baja que ha experimentado el consumo de alguna vez en la vida en la población general. En efecto, en 1990 dicho indicador era de 66%, en tanto que cinco años después es de 62,3%.

Una posible explicación es que más gente joven decidió postergar el inicio, lo cual constituye un logro significativo si se le evalúa desde el punto de vista de la prevención. El cuadro 3 puede ayudar a una mejor comprensión del fenómeno.

Figura 1

Consumo per cápita del alcohol absoluto por población, según año
Costa Rica 1990-1995
(Litros)



En relación con el inicio en el consumo de alcohol existen diferencias estadísticamente significativas según el sexo y la edad, de manera que a los quince años ha comenzado el 33% de los varones en comparación con sólo un 10,6% de las mujeres (p=0,0000). En 1990 la proporción de mujeres iniciadas antes de los quince años fue de 18,2%, lo cual demuestra una iniciación más tardía en este grupo, aunque también

Cuadro 3

Distribución porcentual de las personas que alguna vez ingirieron bebidas alcohólicas, según la edad en la cual lo hicieron por primera vez.
Costa Rica 1990-1995.
(Valores porcentuales)

Grupos de edad	*Año* 1990	1995	*Variación*
Menores de 12 años	15,0	9,7	-5,3
De 13 a 15 años	25,2	25,2	0
De 16 a 18 años	30,5	33,2	2,8
Mayores de 19 años	29,3	31,9	2,6
TOTAL	100	100	

Tomado de: Bejarano, J.; Carvajal H.; San Lee, L. *Consumo de drogas en Costa Rica. Resultados de la encuesta nacional de 1995,* San José, C. R.: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 1996.

en los varones se observó un aumento en este indicador. No obstante, las prevalencias de por vida y de consumo activo de alcohol son mayores en varones (p=0,0000).

El cuadro 4 muestra la información sobre las proporciones de prevalencia en el nivel nacional. Una comparación con los niveles de consumo de alguna vez en la vida en algunos países de Sudamérica (Rodríguez, 1993; Ferrando, 1990; Míguez y Pecci, 1991) revela que el porcentaje nacional es inferior en más de 10 puntos.

Si bien en las zonas marginales la experiencia de haber tomado alcohol alguna vez agrupa a una mayor proporción de individuos (70%), es mas probable encontrar un consumidor activo de alcohol entre sujetos con ingresos elevados y con ingresos medios (p=0,0000).

Cuadro 4

Prevalencias de vida, año, último mes e intervalos de confianza del consumo de alcohol en individuos de 12 a 70 años.
Costa Rica 1995.
(Valores porcentuales)

Tipo de prevalencia	Proporción de prevalencia	Intervalos de confianza
VIDA	60,5 - 64,1	60,5 - 64,1
AÑO	38,5 - 42,1	38,5 - 42,1
MES	23,3 - 26,4	23,3 - 26,4

El nivel de confianza de los límites es de 95% y el denominador en los tres indicadores es la muestra total.
Tomado de: Bejarano, J.; Carvajal, H.; San Lee, L. *Consumo de drogas en Costa Rica. Resultados de la encuesta nacional de 1995,* San José, C. R.: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 1996.

Por otra parte, el consumo activo de alcohol es menor cuatro puntos porcentuales que el encontrado en 1990. Sin embargo, pese a este nuevo elemento positivo, también se encontró que en 1995 es mayor la proporción de personas que practican crisis etílicas o tandas: mientras en 1990 un 21,8% de quienes alguna vez tomaron se embriagaban de tal manera, cinco años después ese porcentaje es igual a 29,4%.

3. Bebida de inicio y de consumo actual

Tanto en 1990 como en 1995, la cerveza aparece como la bebida alcohólica con la que se inicia la mayoría de los costarricenses: el 47,1% de los hombres y el 41,7 de las mujeres (p=0.00000), así mismo es la bebida de mayor consumo en Costa Rica. Igual situación presenta México y una vasta mayoría de países en el continente americano, donde más del 80% de las personas prefieren la cerveza (Bejarano, Carvajal y San Lee, 1996).

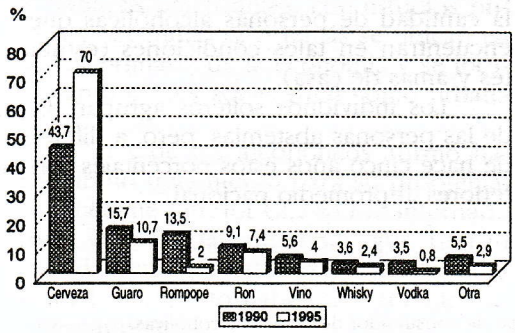
En este sentido, los per cápitas de cerveza, estimados en la última década, muestran que en 1990 se dio un consumo de 43,21 litros en la población mayor de 15 años. En 1995 este per cápita ascendió a la cifra de 83,75 litros, es decir que en un lapso de cinco años aumentó en casi un 100%, lo cual podría atribuirse al impacto de las diferentes campañas publicitarias orientadas a

ampliar y mantener el monopolio cervecero y, a la vez, el consumo de sus productos. Situación inversa se presenta con los licores corrientes y aguardientes, los cuales sufrieron una disminución de un 2%, los vinos de un 1,60% y los licores finos como el whisky, el ron y el vodka, de un 34%.

Respecto de las personas que se iniciaron en el consumo de bebidas alcohólicas antes de los 18 años, un 44,1% lo hizo con cerveza, un 27,6% con guaro y el resto con otras bebidas (p=0,0002). De ellos un 61,4% eran hombres y un 23,5% mujeres.

Figura 2

Distribución de los consumidores recientes de bebidas alcohólicas, según bebida de preferencia.
Costa Rica, 1990-1995



De acuerdo con la figura anterior, en el transcurso de cinco años se observa una tendencia ascendente en la predilección y asignación de la cerveza como la bebida de consumo actual o reciente.

La predilección por la cerveza se concentra mayoritariamente en el grupo de 20 a 30 años (p=0,0000), de zona urbana y con estudios secundarios y universitarios. En el grupo de las mujeres bebedoras excesivas, prevalece la predilección por la cerveza. No obstante, también existe inclinación por las bebidas destiladas como el guaro y el whisky. Dos de cada diez son universitarias y al igual que las bebedoras moderadas, 43% se desempeña como ama de casa y un porcentaje similar en el sector laboral de los servicios o como estudiante (14%).

Así mismo, se determinó que en personas mayores de 39 años, de sexo masculino y casadas, es más frecuente el consumo de bebidas alcohólicas durante veinte días o más del último mes.

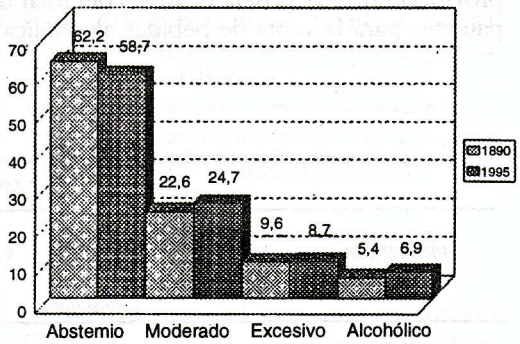
Finalmente, son los hombres los que más intentos realizan por dejar de tomar y la principal razón se la atribuyen a los efectos negativos del alcohol sobre la salud. Sin embargo, un 55% de las personas que siguen tomando argumentan que no les afecta, un 30% afirman que lo hacen porque les gusta y un 7,5% manifiesta que es dependiente de las bebidas alcohólicas, porcentaje que coincide con el de los alcohólicos.

4. Tipos de bebedores

La prevalencia de personas alcohólicas ha experimentado un aumento en comparación con el año 1990, en tanto el porcentaje de bebedores excesivos manifiesta una franca estabilidad como se muestra en la figura 3.

Figura 3

Distribución porcentual de la muestra, según tipo de bebedor.
Costa Rica, 1990-1995



La edad está relacionada significativamente con el tipo de bebedor, cualquiera que sea éste. Los grupos de edad comprendidos entre los 20 y los 44 años presentan los mayores porcentajes de bebedores excesivos y alcohólicos.

A diferencia de 1990, en el grupo de 15 a 19 años, disminuyeron los bebedores excesivos en 2,7 puntos porcentual, al tiempo que se observa un aumento de estos bebedores en los grupos de edad de 35 a 44 años (P=0.0000). Esto puede indicar un desplazamiento de los bebedores excesivos a niveles de edad más avanzados, fenómeno contrario a 1990.

Cobra importancia el aumento de personas alcohólicas en los diferentes grupos de edad, pero principalmente entre los rangos de 15 y 24 años, que pasa de 8% en 1990 a un 22,2% en 1995.

Las mayores proporciones de bebedores problema (excesivos y alcohólicos) se hallan en las provincias de Guanacaste, Limón y San José, y se concentran en zonas urbanas. No obstante Alajuela, Heredia y Limón presentan una reducción de los individuos con ingesta problemática en comparación con los hallazgos de 1990.

Como se observa en el cuadro 5, la provincia de Guanacaste, sobresale con una ingesta problemática de 19,9%; lo que marca la diferencia respecto a cinco años atrás (13%). Una primera aproximación a este fenómeno, tiene que ver con la posibilidad que el desarrollo de la actividad turística durante los últimos veinte años en esa provincia, haya impacto sensiblemente en los patrones socioculturales (incluido el consumo de bebidas alcohólicas) de su población, los cuales se manifiestan actualmente de la manera antes citada. En (Jiménez, San Lee y Villarreal 1991) esta provincia en 1991 poseía el 10,8% del total de patentes para la venta de bebidas alcohólicas, en 1992 ese porcentaje ascendió a 11,6% y descendió el número de patentes en 1995 (San Lee, 1997) a 10,9%.

En ese mismo sentido, Bejarano, Carvajal y San Lee (1996) refieren que Guanacaste recibe a más del 71% del turismo nacional y ocupa el segundo lugar, de la demanda turística internacional, después del valle central.

Conforme aumenta el nivel educativo, disminuyen los porcentajes de personas abstemias (p=0,0000) y aumenta la de bebedores excesivos (p=0,003).

A diferencia de la situación en 1990, en la actualidad es mayor la proporción de bebedores excesivos con la condición de estudiante y menor la de amas de casa. En 1990 el 2,9% de los excesivos eran estudiantes, frente a un 5,6% en 1995; las amas de casa representan el 19,3% de este grupo en contraposición a un 4% cinco años después (p=0,0000). Asimismo, hoy es mayor la cantidad de personas alcohólicas que se encuentran en tales condiciones (estudiantes y amas de casa).

Los individuos solteros agrupan 43,7% de las personas abstemias, pero, a diferencia de hace cinco años estos porcentajes son inferiores al promedio nacional.

Cuadro 5

Distribución porcentual por provincia, según tipo de consumidor de bebidas alcohólicas. Costa Rica, 1995

PROVINCIA	*TIPO DE BEBEDOR*			
	Abstemio	*Moderado*	*Excesivo*	*Alcohólico*
San José	51,0	31,8	10,3	6,7
Alajuela	61,3	22,2	9,9	6,5
Cartago	59,0	26,3	7,2	7,2
Heredia	57,6	26,9	10,9	4,4
Guanacaste	66,8	13,1	11,4	8,5
Puntarenas	71,2	16,7	6,8	5,1
Limón	56,6	25,1	9,0	9,0
COSTA RICA	58,7	24,6	9,7	6,9

Tomado de: Bejarano, J.; Carvajal, H.; San Lee, L. *Consumo de drogas en Costa Rica. Resultados de la encuesta nacional de 1995,* San José, C.R. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 1996.

Cuadro 6

Distribución porcentual según tipo de consumidor de bebidas alcohólicas, por nivel de escolaridad. Costa Rica, 1995.

NIVEL EDUCATIVO	TIPO DE CONSUMIDOR			
	Abstemio	Moderado	Excesivo	Alcohólico
Primaria	66,4	17,9	8,2	7,3
Secundaria	55,5	27,4	10,8	6,3
Universitaria	32,5	49,0	14,2	4,1
Ninguna	69,2	17,3	3,6	9,7

Tomado de Bejarano, J.; Carvajal, H.; San Lee, L. *Consumo de drogas en Costa Rica. Resultados de la encuesta nacional de 1995,* San José, C.R. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 1996.

Entre los individuos detectados como alcohólicos, la mayoría son hombres, solteros, católicos practicantes, con estudios primarios y secundarios. Además se ubican en el sector primario de la economía y se localizan tanto en las zonas rural como urbana del país.

El 21% de los alcohólicos afirmó haber recibido tratamiento para su problema. Un porcentaje inferior (2,2%) fue internado alguna vez. De las personas que fueron detectadas en este estudio como alcohólicas, un 14% reportó haber sido tratado bajo internamiento.

El consumo problemático de bebidas alcohólicas mantiene una asociación significativa con el inicio temprano de la ingesta: el 40,3% de los bebedores excesivos se inició antes de los 15 años (P=0,000) y más del 50% de las personas detectadas como alcohólicas iniciaron el consumo de licor en esa misma edad. Esto pone de manifiesto la necesidad de prevenir, con el fin de retardar el inicio en el consumo de bebidas alcohólicas, lo que puede proteger contra niveles futuros de abuso.

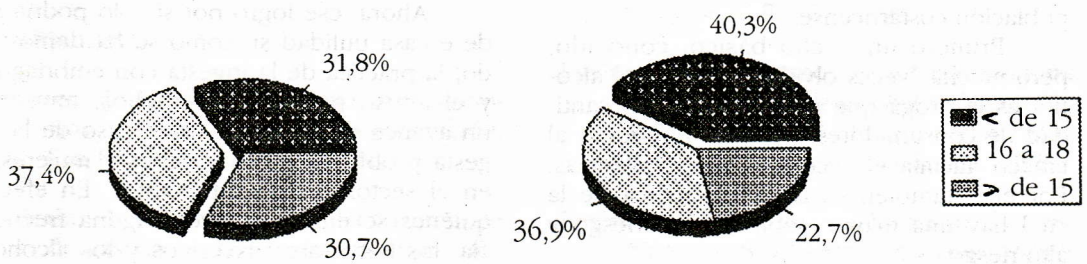
Por otra parte, en las mujeres se encontró que dos de cada tres bebedoras moderadas se desempeñan como amas de casa y un 20% posee algún nivel de educación universitaria. Igual que en la población nacional su bebida de preferencia es la cerveza. La proporción de bebedoras excesivas presenta un aumento de 2 puntos porcentuales en comparación con el año 1990.

4.1 Incidencia

La incidencia del consumo de alcohol en Costa Rica es de 120 por mil habitantes. Esta tasa es superior a la encontrada en 1990,

Figura 4

Edades de primer consumo de alcohol en bebedores moderados y excesivos
Costa Rica, 1995



la cual fue de 116 por cada mil; al analizarla por sexo se encuentra que en los hombres 180 de cada mil empezaron el consumo de alcohol un año antes de la aplicación de la encuestan, en contraposición de 93 por mil en las mujeres. O sea, que en Costa Rica, 104 mil personas se iniciaron en el consumo de alcohol, en el periodo referido.

Si observamos el comportamiento por edades de inicio, llama la atención la alta incidencia (283 por mil) entre las personas que empezaron a consumir antes de los 15 años, según se puede apreciar en el cuadro 7.

Cuadro 7

Incidencia en el consumo de bebidas alcohólicas, según edades de inicio
Costa Rica, 1995

Edad de inicio	Incidencia por mil habitantes
Menos de 15 años	283
De 16 a 18 años	293
Más de 18 años	41
Población general	120

Otros países muestran incidencias mayores, en 1992, Colombia (Rodríguez, *et al.* 1993) registró una incidencia anual superior a la costarricense (356 por mil). Aunque no necesariamente relacionadas, recuérdese que la prevalencia general de consumo de alcohol en Colombia es de 90%.

D. DISCUSIÓN

Cabe plantear varios aspectos de interés y algunas interrogantes en relación con las variaciones encontradas en los patrones de consumo de bebidas alcohólicas de la población costarricense.

Primero un hecho básico, conocido, pero muchas veces olvidado, es que el alcohol es la droga que registra la mayor cantidad de consumidores activos y que junto al tabaco, facilita el acceso a otras sustancias. Por ello, también es la droga acerca de la cual hay una mayor población en riesgo y alto riesgo.

El país enfrenta niveles de crecimiento del consumo per cápita de alcohol de modo sostenido a lo largo de varios decenios, situación que guarda correspondencia con el comportamiento ascendente de otros países. Si bien dichos niveles son inferiores, y a veces muy inferiores, a los reportados por varios países del continente, preocupa que tengan hoy en día un gran impacto sobre la sociedad costarricense, pero preocupa aún más lo que podría ocurrir en un mundo globalizado, cuyos fines se orientan, primordialmente, hacia potenciar, incrementar y sostener los niveles de consumo de cualquier producto, entre los que el alcohol no es excepción.

Es por lo anteriormente expuesto, que existe la necesidad de estudiar con mayor agudeza la composición y las formas de distribución de la ingesta per cápita por regiones o provincias y conocer, especialmente, aquellos factores que intervienen tanto en el factor de producción y distribución como en el consumo. Así, aun persiste la duda acerca del papel que puede asignarse a las zonas de alta concentración turística, como sitios que podrían elevar el consumo per cápita, y la manera en que este indicador puede verse afectado por el ingreso lícito o ilícito, de licor para consumo nacional proveniente del exterior, así como por la producción y consumo de licores clandestinos.

Este estudio confirma que la situación del país en materia de consumo de alcohol, y los problemas a él asociados, persisten y se tornan complejos. No obstante la visión pesimista que se teje cotidianamente alrededor del consumo de drogas (incluido el alcohol) en el medio nacional, el hecho de que la prevalencia de vida haya disminuido casi cuatro puntos porcentuales entre 1990 y 1995, debe ser motivo de satisfacción pues se constituye en un elemento demostrativo de lo que es posible lograr en un terreno particularmente difícil.

Ahora, ese logro por sí solo podría ser de escasa utilidad si, como se ha demostrado, la práctica de la ingesta con embriaguez y el abuso propiamente dichos, muestran un avance permanente, tal el caso de la ingesta problemática en varones y mujeres, y en el sector de los estudiantes. En efecto, quiénes se embriagan con alguna frecuencia, los bebedores excesivos y los alcohóli-

cos constituyen el sector que consume la mayor parte del alcohol producido y es precisamente ese grupo el que da cuenta de los problemas de morbi-mortalidad y la serie, siempre dramática, de efectos de orden psicosocial, los cuales afectan a gran parte de la población. La disminución de los problemas derivados del abuso de las bebidas alcohólicas, sólo podrá ser viable si se cuenta con políticas nacionales preventivas sobre alcohol y alcoholismo y, desde luego, con una orientación en materia política y técnica que en este momento recae sobre el IAFA, pero sin el suficiente apoyo gubernamental en lo que a financiamiento respecta. Este hecho es particularmente grave cuando asoman algunos logros y cuando, al mismo tiempo, se vislumbran serias preocupaciones alrededor de indicadores que acusan un deterioro de la situación del consumo de bebidas alcohólicas. A esto hay que agregar, obligadamente; que la situación nacional en cuanto al menoscabo de la calidad de vida de la población, se refleja también en los niveles de consumo.

Los aspectos positivos citados inicialmente, se deben entender a la luz de que la población nacional tiene hoy en día una mayor conciencia de las implicaciones del consumo abusivo de alcohol. Aunque aún persisten elementos culturales muy arraigados que promueven el inicio y la embriaguez tempranas, el hecho de que actualmente más personas que en 1990 pospongan el inicio o no consuman bebidas alcohólicas por considerarlo nocivo para la salud y que mayores proporciones de individuos intenten dejar de tomar, hacen pensar que los mensajes orientados hacia la moderación o hacia la cesación de la ingesta cuando es problemática, han tenido un impacto favorable, considerando también el efecto de la prevención inespecífica que durante varios lustros desarrollan diferentes organismos del estado.

BIBLIOGRAFÍA

Bejarano, J. *Las drogas, aspectos introductorios y fundamentos para la prevención.* San José, C.R.: EUNED, 1994.

Bejarano, J. y Carvajal, H. "El consumo de drogas en la mujer costarricense". *Revista de Ciencias Sociales,* 65: 43-55, 1994.

Bejarano, J.; Carvajal, H.; San Lee, L. *Consumo de drogas en Costa Rica. Resultados de la encuesta nacional de 1995,* San José, C.R. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 1996.

_____. *El fenómeno de la farmacodependencia en el estudiante de primer ingreso a las universidades estatales de Costa Rica: percepciones de riesgo y consumo.* San José, C.R.: IAFA, 1993.

Bejarano, J.; Sáenz, M. y Ugalde, F. *Resultados de la cuarta ronda de estudios en salas de emergencia, centros de detención y centros de tratamiento.* Costa Rica, 1995. San José, C.R.: CICAD-IAFA-Ministerio de Justicia, 1995.

CONADIC. *Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas, 1992-1994.* México, MEX: CONADIC, 1995.

Ferrando, D. "Uso de las drogas en las ciudades del Perú." *Encuesta de Hogares: Monografía de investigación Nº 5,* 1990.

Gutiérrez, M. et al. *Estado de la Nación en desarrollo humano sostenible.* San José, C.R.: Lara S. y Asoc., 1995.

Herrera, M. "Turistas costarricenses se sienten marginados", *La Nación,* 22 de febrero de 1996, página 6A.

ICT. *Plan estratégico de desarrollo turístico sustentable de Costa Rica (1993-1998).* San José, C.R.: ICT, 1994.

ICT. *Plan estratégico de desarrollo turístico sustentable de Costa Rica (1993-1998).* San José, C.R.: ICT, 1994.

Jiménez, F. y Bejarano, J. *Estudio nacional sobre consumo de alcohol y drogas ilícitas,* San José, C.R.: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 1991.

Jiménez, F.; San Lee, L. y Villarreal, E. *Compilación estadística y algunos indica-*

dores sobre el consumo de bebidas alcohólicas y drogas en Costa Rica, 1985-1990. San José, C.R.: I.A.F.A., 1991.

Madden, J. S. *Alcoholismo y farmacodependencia.* México: Ed. El Manual Moderno, 1986.

Míguez, H. y Pecci, C. *Estudio nacional sobre salud mental y hábitos tóxicos en el Paraguay.* Asunción, PY: Comité Paraguay-Kansas, 1991.

Rodríguez, E., *et al. Estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en Colombia,* Santa Fé de Bogotá, COL.: DNE, 1993.

San Lee, L. *Compilación estadística y algunos indicadores sobre el consumo de bebidas alcohólicas y drogas en Costa Rica, 1990-1994.* San José, C.R.: IAFA, 1996.

_____. Compilación estadística sobre algunos indicadores de bebidas alcohólicas en Costa Rica, 1995. San José, C.R: IAFA. 1997. (Material inédito)

Stokke, O. y Mármora, L. "Los dilemas del desarrollo sostenible". San José, C.R.: FLACSO. *Cuadernos de Ciencias Sociales* 63, 1993.

Julio Bejarano Orozco
Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia
Departamento de Investigación
Apdo. 4494-1000
San José, Costa Rica

Hannia Carvajal Morera
Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia
Departamento de Investigación
Apdo. 4494-1000
San José, Costa Rica

Lizú San Lee Chacón
Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia
Departamento de Investigación
Apdo. 4494-1000
San José, Costa Rica

Ciencias Sociales 77: 21-34, setiembre 1997

ALCOHOL Y ALCOHOLISMO: Un severo problema de Salud Pública en Costa Rica

Mario Alberto Sáenz Rojas

RESUMEN

En el presente trabajo se plantean una serie de aspectos conceptuales sobre el alcohol como sustancia psicoactiva, los factores etilógicos asociados con su consumo y el fenómeno socio-cultural del alcoholismo.

Se analizan diversos indicadores epidemiológicos sobre el consumo de alcohol, que revelan un grave problema de índole sanitario en nuestro país y su posible ocultamiento. Asimismo, se expone la severa situación que atraviesan los sectores poblacionales jóvenes y femeninos y, su eventual relación con el deterioro de la calidad de vida en Costa Rica y con la violencia doméstica.

ABSTRACT

The article presentes a stock of concepts regarding alcohol as a drug, etiological factors associated with its ingest and the alcoholism as a social and cultural problem.

It examines some epidemical signs of alcohol abuse. Indicators that show a probably hidden serious public health problem in our country. Likewise it describes the severe conditions of this problem into the young population and women and the possible association to a social deterioration process of life levels and the family violence in Costa Rica.

INTRODUCCIÓN

Este artículo tiene como objetivo sensibilizar en torno a la situación del consumo de alcohol y del alcoholismo en el nivel nacional, ya que dentro de la opinión pública se le ha restado importancia como problema social.

La alarma social causada en los últimos años por la difusión de noticias sobre "narcotráfico" y el consumo de drogas ilícitas, ha producido una desviación de la atención pública y política en el campo de la salud, con respecto al problema del consumo de bebidas alcohólicas[1]. Por su parte, el Estado se ha despreocupado por la generación de una legislación actualizada y de lineamientos coherentes en lo relativo a su tratamiento y prevención. Esto no significa restarle importancia a las sustancias ilegales; pero es necesario aclarar que ciertos eventos sanitarios no deben ser magnificados en detrimento de otros, tomando partido equívoco en el marco de la socio-política de la droga[2].

1 En el presente trabajo se utilizará indistintamente como sinónimos "bebidas alcohólicas" y "alcohol". Cuando se haga referencia a "alcohol absoluto" la mención se hará expresamente.

2 Los lectores que deseen profundizar en este ámbito pueden referirse a: Beristain, Antonio (1986). *La*

En este sentido, la encuesta nacional sobre consumo de drogas efectuada en 1995 (Bejarano, Carvajal y San Lee; 1996), reveló que la población costarricense[3] percibió dentro de los principales problemas del país la categoría de producción, tráfico y consumo de drogas (29,9%), ocupando el segundo lugar, mientras que en un tercero apareció el alcoholismo (7,4%). Estos datos, según refieren los mismos autores, guardan similitud y consistencia con los hallados en el estudio nacional de 1990; paralelamente señalan que el 72,2% de las personas entrevistadas manifestó haber obtenido información acerca de las drogas por conducto de los medios masivos de difusión.

La desatención política del *fenómeno sociocultural del alcoholismo* ha llegado al punto de que la Ley de Licores data del año 1936[4] y, si bien ha sufrido varias reformas con el transcurrir de los años, éstas no sólo han carecido de un carácter integral sino que, además, han dejado una serie de vacíos, por lo que no ha existido la posibilidad de tomar medidas rigurosas en diversas esferas atinentes. Por otra parte, debido a la preocupación desmedida por las sustancias ilegales, en un lapso de aproximadamente cuatro años se promulgó la denominada "Ley de Psicotrópicos" y mediante otra Ley se produjo una reforma profunda de la misma[5].

Para atender a los anteriores planteamientos, a continuación se expondrá en primera instancia el marco conceptual. En segundo término, se tratará de brindar un panorama amplio sobre la evolución del fenómeno en Costa Rica, en diversos grupos poblacionales y mediante el acercamiento interpretativo a una serie de indicadores sobre consumo de bebidas alcohólicas, tanto directos (prevalencias e incidencia) como indirectos (producción e importación de licores, defunciones, accidentes de tránsito y consumo per-capita, entre otros).

Asimismo, debido a la envergadura del tema, merece especial mención el problema del consumo de alcohol por parte de la mujer costarricense, debido a las condiciones de deterioro correlativas en los ámbitos de la salud física y mental, así como por el contenido que podría estar ocultando en el nivel simbólico.

ASPECTOS CONCEPTUALES

El alcohol, según diversos estudios, se encuentra presente en la historia de la humanidad desde la Edad de Piedra, aproximadamente 4 000 años antes de Cristo (Velasco; 1992). De acuerdo con Amador, Artavia y Aguilar (1995), probablemente su descubrimiento se produjo cuando el hombre primitivo salió de cacería, olvidando algunas frutas maduras que en el lapso transcurrido se fermentaron y cuando regresó ingirió sus jugos que ya contenían alcohol, produciéndose cambios corporales y mentales.

En la América Precolombina, eran típicas las bebidas con contenido alcohólico ligadas a festividades de carácter religioso; por ejemplo,

---

droga: Aspectos penales y criminológicos. Bogotá: Edit. Temis./ Del Olmo, Rosa (1975) *La sociopolítica de las drogas*. Caracas: Universidad Central de Venezuela./ Del Olmo, Rosa (1988). *La cara oculta de la droga*. Bogotá: Edit. Temis./ Del Olmo, Rosa (1992). *¿Prohibir o domesticar? Políticas de drogas en América Latina*. Caracas: Edit. Nueva Sociedad./ Freixa Sanfeliu, Frances (1994). "Perspectiva médica y consecuencias sociales de la restricción de estupefacientes". En: *Adicciones* 6 (4): 373 - 388,/ Hulsman, L. y Van Ransbeek, H, (1983). "Evaluation critique de la politique des drogues". En: *Deviance et societé* 7 (3)./ Kalina, Eduardo (1995). "Legalizar la existencia tóxica". En: *Adicciones* 7 (2): 227 - 231./ Nedelmann, E. A. (1989). "Víctimas involuntarias: Consecuencias de las políticas de prohibición de drogas". En: *Debate Agrario* (7), jul. - dic./.

3 Con respecto a las encuestas nacionales de 1990 y 1995, cuando se haga referencia a población general o nacional, debe entenderse como población costarricense entre 12 y 70 años.

4 Ley Nº 10 del 7 de octubre de 1936.

5 En Costa Rica, respondiendo a toda una dinámica internacional, se promulgó la Ley Nº 7093 del 2 de mayo de 1988 (*Ley sobre Sustancias Psicotrópicas, Drogas de Uso no Autorizado y Actividades Conexas*) en la cual se derogaron los artículos 265 y 267 de la Ley Nº 4573 del 4 de mayo de 1970 (Código Penal) y, 372 y 387 de la Ley Nº 5935 del 30 de octubre de 1983 (Ley General de Salud). Asimismo, esta ley (Nº 7093) fue reformada totalmente por medio de la Ley Nº 7233 del 21 de mayo de 1991 (*Ley sobre Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas, Drogas de Uso no Autorizado y Actividades Conexas*).

en Costa Rica sobresalían la chicha y el chicheme, elaboradas a base de maíz.

Hace aproximadamente 20 años, el investigador Bengelsdorf señalaba que:

> "El abuso de alcohol ha matado más gente, enviado más víctimas a los hospitales, provocado más arrestos, destruído matrimonios y hogares y costado más dinero a la industria, que el abuso de heroína, anfetaminas, barbitúricos y marihuana juntos" (citado por Perotto; 1992: 40).

En este sentido, los datos del National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism indicaron en 1989 un total de 109 000 muertes relacionadas con el consumo de bebidas alcohólicas en los Estados Unidos de Norteamérica. Mientras tanto, la Drug Abuse Warning Network reportó que en el año 1990 se produjeron únicamente 5 830 muertes por drogas distintas a la nicotina y al alcohol en las veintisiete áreas metropolitanas más grandes de ese país; de ellas, un 40% se dieron en combinación con las bebidas alcohólicas (Sáenz R., 1995).

Es un hecho reconocido que el alcohol ocupa el primer lugar en el mundo entre las drogas que ocasionan problemas sociales graves, tanto por la cantidad utilizada como por las impresionantes consecuencias que provoca.

Perotto (1992) señala que en el mundo occidental una de cada tres personas consume alcohol y, además, entre un 5% y un 10% de la población total puede ser considerada alcohólica.

El principio activo del alcohol, utilizado en las bebidas corrientes es el etanol (de allí el nombre de "bebidas etílicas"). El etanol es una sustancia depresora de la actividad del Sistema Nervioso Central que disminuye el autocontrol e impide el adecuado funcionamiento de los llamados "procesos superiores" (razonamiento, juicio y síntesis, entre otros).

Entre el 90% y el 95% del alcohol consumido debe ser asimilado por el cuerpo, absorbido por el intestino y metabolizado por el hígado. Debido a lo anterior, el exceso de alcohol produce daño en las células hepáticas, al punto de provocar cirrosis. Además, por la gran cantidad de calorías que posee reduce el apetito y deprime la capacidad del organismo para asimilar nutrientes, con lo que hay una severa exposición a la desnutrición.

En otro orden de cosas, cabe aclarar que las bebidas alcohólicas pueden ser de dos clases (Amador, Artavia y Aguilar; 1995) en términos generales:

a. *fermentadas:* Se obtienen mediante la descomposición de algunos alimentos (frutas, verduras e inclusive legumbres); el contenido de alcohol absoluto oscila entre un 3% y un 14%; ejemplo de este tipo son la chicha, el vino y la cerveza[6].
b. *destiladas:* Se producen por medio del calentamiento de una bebida fermentada, haciéndola pasar por un alambique (tubo delgado); sus concentraciones de alcohol absoluto se ubican entre un 30% y el 70%; bebidas destiladas son el guaro[7], el vodka, la ginebra y el whisky, entre otras.

Desde el punto de vista etiológico, la génesis del consumo de alcohol se ha asociado con múltiples factores, tales como: genéticos, bioquímicos, fisiológicos, sociales, culturales, psicológicos, geográficos y educativos, entre otros; es por ello que se habla de un fenómeno multifactorial[8].

En el plano psicopatológico y psicodinámico se ha insistido mucho en la relación depresión-drogadependencia (Sáenz R.; 1995), especialmente el alcoholismo, que pareciera

---

6 En el caso de Costa Rica, donde la cerveza es la bebida alcohólica más consumida, prácticamente todas las marcas nacionales en versión de 350 cc presentan concentraciones de alcohol puro entre un 4% y un 5%.

7 En Costa Rica se le llama popularmente a casi todas las bebidas alcohólicas "guaro", y no sólo al destilado derivado de la caña de azúcar.

8 Para mayor información refiérase a: Sandí Esquivel, Luis Eduardo *et al.* (1990). "Factores asociados al consumo de sustancias". En: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. *Manejo integral de la Farmacodependencia en Costa Rica.* San José: Publicaciones IAFA y Sandí Esquivel, Luis Eduardo *et al.* (1995), citado en la bibliografía general.

verificarse por la elevada propensión al suicidio en personas alcohólicas[9].

A este respecto, un estudio realizado a finales de la década de los años sesenta estableció una mayor prevalencia de los trastornos de la personalidad en pacientes alcohólicos del Hospital Nacional Psiquiátrico (Bejarano y Alvarado; 1992).

Aunado a ello, la caracterización psicosocial realizada a una muestra de pacientes alcohólicos, atendidos en la Unidad de Rehabilitación Intensiva (URI) del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), ubicado en Tirrases de Curridabat, encontró que:

> "Los procesos depresivos caracterizados por una alteración crónica del estado de ánimo y que precedían al inicio de la ingesta etílica, representan a un 40% de los casos estudiados. Esta información adquiere mayor riqueza si se analiza en función de las carencias afectivas que experimentaron los pacientes en el núcleo familiar y el fomento de una hostilidad dirigida contra sí mismos" (Bejarano y Solano; 1988: 15).

En este sentido, Madrigal (1992) refiere que quienes abusan del alcohol mantienen un tono afectivo de culpa y soledad y, en consecuencia, buscan alcanzar efectos de compañía, regresión y protección infantil.

Según Bejarano (1994), diversos estudios efectuados con el MMPI (Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota) apuntan hacia una relación significativa entre rasgos de personalidad depresiva y el consumo excesivo y compulsivo de alcohol, pues en los perfiles de la prueba sobresale como pico la escala clínica D (depresión). A la vez, en el estudio de este autor, no se encontró la misma relación con respecto al abuso de drogas ilícitas.

Por último, cabe mencionar al alcoholismo, según la Clasificación Internacional de Enfermedades, como causa de varios trastornos psicóticos de tipo orgánico: Delirium Tremens, Celotipia Alcohólica, Síndrome y Psicosis de Korsakov, Alucinosis Alcohólica, Trastorno Psicótico Residual inducido por alcohol, Trastorno Psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol y Psicosis Alcohólica sin especificación (Organización Mundial de la Salud; 1992).

PREVALENCIAS

El hecho de que en Costa Rica se haya producido un sistema de investigación epidemiológica avanzado, ejemplificado mediante la aplicación de encuestas nacionales transversales repetidas, permite apreciar las variaciones producidas en el consumo de sustancias psicoactivas entre 1990 y 1995.

Así, pues, en el año 1990 la proporción de la población nacional entre 12 y 70 años que había consumido alcohol alguna vez en la vida era del 66,0% (Jiménez y Bejarano; 1991); cinco años después la misma se redujo al 63,2% (Bejarano, Carvajal y San Lee; 1996). Sin embargo, cabe anotar que dicha disminución no superó el margen de error (5%), por lo que no se puede afirmar que sea estadísticamente significativa.

Contrariamente a lo recién expuesto la prevalencia de consumo de alcohol del último año[10] o consumo reciente se incrementó un 1,4% (38,9% en 1990 y 40,3% en 1995), (Jiménez y Bejarano; 1991 y, Bejarano, Carvajal y San Lee; 1996).

Al igual que sucedió con la prevalencia de vida (lápsica o general) la prevalencia de consumo de alcohol del último mes o consumo activo sufrió un descenso que tampoco logró significancia estadística (28,0% en 1990 y 24,3% en 1995), (Jiménez y Bejarano; 1991 y, Bejarano, Carvajal y San Lee; 1996).

Cabe mencionar además, que Bejarano, Carvajal y San Lee (1996) establecieron para el año 1995 que un 68,1% de quienes han tenido contacto con el alcohol refirió haberlo ingerido por primera vez antes de los 18 años de edad. Asimismo, señalan la preferencia por la cerveza como bebida de consumo actual con un incremento entre 1990 y 1995 de un 22,3%.

Paralelamente, mientras que en 1990 había un 15,1% de "bebedores problema"[11] en la

9 Para mayor detalle refiérase más adelante al apartado de "defunciones".

10 Se refiere a todas aquellas personas que hayan consumido alguna bebida alcohólica en el año previo a la encuesta.

11 Esta categoría abarca a los bebedores excesivos y a los alcohólicos.

población general (Jiménez y Bejarano; 1991), en el año 1995 esta proporción se incrementó a un 16,6% (Bejarano, Carvajal y San Lee; 1996). Dicho incremento correspondió de manera casi exclusiva a la categoría de "alcohólico", pues la de "bebedor excesivo" se mantuvo estable (9,6% en 1990 y 9,7% en 1995).

Esta proporción de "bebedores problema" se duplicó en 25 años, pues según Bejarano y Alvarado (1992) la encuesta sobre hábitos de ingestión de alcohol de 1970 reveló que un 7,1% de la población presentaba severos problemas con el consumo de bebidas alcohólicas.

En este sentido, es menester señalar que

> "... algunas investigaciones (nacionales) han demostrado que un 10% de los bebedores excesivos se vuelven alcohólicos cada año..." (Departamento de Prevención; 1994: 9).

Las pruebas de significancia estadística realizadas entre las encuestas de 1982 y 1990, por sexo, revelaron entre otras cosas que *había menos mujeres abstemias que hombres, más mujeres bebedoras moderadas que hombres, más mujeres bebedoras excesivas que hombres y menos exbebedoras* que en 1982 (Jiménez y Bejarano; 1991).

Asimismo, entre 1990 y 1995 disminuyó la cantidad de bebedoras excesivas con la condición de *ama de casa*; las cifras correspondieron a un 19,3% en 1990 y 4,0% en 1995; sin embargo, para 1995 era mayor la cantidad de *amas de casa* que alcanzaron la categoría de *alcohólica* (Bejarano, Carvajal y San Lee; 1996).

Otro elemento que debe rescatarse es que se halló mayor proporción de bebedores excesivos entre *estudiantes*; al respecto, la prevalencia aumentó de un 2,9% en 1990 a un 5,6% en 1995 (Bejarano, Carvajal y San Lee; 1996).

A este respecto, las prevalencias de consumo de alcohol halladas en población joven han evidenciado niveles de ingesta etílica sumamente elevados.

Bejarano, Amador y Vargas (1994) analizaron una muestra de estudiantes de 10º y 11º años de colegios públicos en 1993 y encontraron las siguientes prevalencias de consumo de alcohol: en vida (64,4%), último año (51,7%) y último mes (26,5%). Las mismas revelan importantes niveles de consumo, tanto en vida como reciente y activo; lo anterior se agudiza si además se señala que la prevalencia de consumo de la última semana fue de 18,8% y la de las últimas 24 horas de 4,3%.

Estos autores señalan que dichos estudiantes reportaron en promedio la primera oportunidad de consumo de alcohol a los 15,12 años y la primera experiencia de consumo a los 15,69 años. Esta situación se agrava al considerar que la edad promedio de primer consumo *no registró diferencias significativas por sexo*; aunque para el año 1985 éstas si se presentaron. Además, en este estudio se encontró una prevalencia de bebedores con embriaguez superior en un 10% a la del estudio de 1985 (Bejarano, Amador y Vargas: 1994).

Aunado a ello, Sandí *et al.* (1995) encontraron entre estudiantes de secundaria en 1994 una prevalencia de consumo en el último año del 50,8%; mientras tanto, en los adolescentes infractores, de la calle y en tratamiento fue del 74,1%, 89,0% y 94,8% respectivamente. Específicamente, en el caso de los estudiantes, se presentó una tendencia a la igualdad en los porcentajes de consumo por género, así como la edad promedio de inicio a los 11,2 años (Sandí *et al.;* 1995).

En el mismo orden, Bejarano y colaboradores (1995), mediante un estudio transversal repetido con estudiantes de las universidades estatales con carné 1992, determinaron que las prevalencias de consumo de bebidas alcohólicas en el último mes (consumo activo) indicaban niveles muy superiores a los de la población general. Para ejemplificar, en la Universidad de Costa Rica (UCR) se presentó un 44,7%, en el Instituto Tecnológico de Costa Rica (ITCR) un 29,5%, en la Universidad Estatal a Distancia (UNED) un 32,9%[12] y en la Universidad Nacional (UNA) un 26,5%[13]. Al respecto, cabe agregar que para el año 1994 se encontró una prevalencia de consumo de alcohol en las últimas 24 horas (previas a la aplicación del cuestionario) de un 5,7% en la UNA, un

12 Las prevalencias recién citadas para la UCR, el ITCR y la UNED son promedios de los años 1992, 1993 y 1994.

13 Esta prevalencia corresponde al año 1994, único en el que se ha aplicado el instrumento correspondiente en ese centro de educación superior.

5,8% en la UCR, un 4,5% en la UNED y un 5,5% en el ITCR.

En ese mismo año, a excepción de una de estas universidades (UNED), se determinó que a mayor edad del estudiante, menor era su percepción de riesgo severo por consumo de alcohol (Bejarano *et al.;* 1995).

INCIDENCIA

En la encuesta nacional de 1982 se estimó que la incidencia anual de nuevos alcohólicos en población costarricense mayor de 15 años era de un 1% (Departamento de Prevención; 1994).

Por otra parte, en la encuesta nacional de 1990 se determinó una incidencia anual en el consumo de alcohol de 115,6 por 1 000 (Jiménez y Bejarano; 1991); o sea, que de la población nacional entre 12 y 70 años, alrededor de 116 personas de cada 1 000 consumieron por primera vez alguna bebida alcohólica durante el año anterior.

Al respecto, Bejarano, Carvajal y San Lee (1996) establecieron para 1995 una incidencia anual de consumo de alcohol de 120 por cada 1 000 personas; ésto es que en el último año previo a la encuesta un total de 104 000 personas se iniciaron en el consumo de bebidas alcohólicas. Lo anterior indica que en el lapso de cinco años se presentaron 44 personas entre 12 y 70 años más por cada 10 000 que se iniciaron en el consumo de alcohol en el año previo.

Mientras tanto, en 1993 se halló una incidencia en el consumo de alcohol de 461 por cada 1000 (46,1%) entre estudiantes costarricenses de 10º y 11º años (Bejarano, Amador y Vargas; 1994). Esta tasa superó en poco más del 300% las encontradas en los estudios nacionales de 1990 y 1995, lo cual sugiere un marcado deterioro del sector poblacional adolescente, aunado a que, es en este periodo de edad en el que la mayoría de personas se inician en el consumo de bebidas alcohólicas[14].

14 Por ejemplo, en el estudio nacional de 1990 la edad promedio de inicio en el consumo de alcohol fue de 17,13 años (Jiménez y Bejarano; 1991), mientras que en 1995 llegó a ser de 18,01 años (Bejarano, Carvajal y San Lee; 1996). Recuérdese además, la proporción que reportó en 1995 haber tomado por primera vez antes de los 18 años.

PRODUCCIÓN E IMPORTACIÓN[15]

La producción e importación de bebidas alcohólicas se incrementó entre 1985 y 1994 en aproximadamente 60,7 millones de litros. Paralelamente, la producción e importación de alcohol absoluto en 1994 superó en 3,3 millones de litros la cantidad correspondiente al año 1985[16].

Al dividir este decenio (1985-1994) se ha observado que la mayor proporción de dicho aumento se produjo en el segundo quinquenio (1990-1994), tanto para las bebidas alcohólicas como para el alcohol absoluto[17].

En este mismo periodo (1985-1994), la producción e importación de cerveza aumentó en un 4,73%, disminuyendo los licores corrientes (3,23%) y los licores finos (2,08%), mientras que los vinos se incrementaron en un 0,58%.

Así, pues, de los 131,389 millones de litros de bebidas alcohólicas y de los 9,573 millones de litros de alcohol absoluto producidos e importados en Costa Rica en el año 1994 (San Lee; 1996b/c), el 88,16% y un 48,40% correspondió a la cerveza respectivamente.

CONSUMO PER-CAPITA

El consumo per-capita de bebidas alcohólicas en la población total de Costa Rica se incrementó entre 1985 y 1994 en 12,5 litros y en la población de 15 años y más fue de 18,34 litros en el mismo intervalo[18].

15 En este y los siguientes acápites, cuando se realicen comparaciones entre años y no se presente la referencia de manera expresa, las mismas se fundamentan en las "compilaciones estadísticas" publicadas por el IAFA (Jiménez, San Lee y Villarreal; 1991/ Sáenz, Carballo; 1995/ San Lee; 1996a/ San Lee; 1996b/ San Lee; 1996c/ San Lee y Acuña; 1993).

16 Para 1985 se produjeron e importaron en Costa Rica 70,697 y 6,246 millones de litros de bebidas alcohólicas y alcohol absoluto respectivamente. En párrafos posteriores aparecen las cantidades correspondientes a 1994.

17 La proporción del aumento para el periodo 1990 - 1994 fue del 63,82% y del 52,35% en los casos de las bebidas alcohólicas y el alcohol absoluto según corresponde.

18 Mientras que en 1985, el consumo per-capita de bebidas alcohólicas fue de 26,75 litros en la población total y de 42,34 litros en la población de 15

Por su parte, el consumo per-capita de alcohol absoluto registró en dicho periodo un aumento en la población total de 0,5 litros y en la población de 15 años y más alcanzó 0,68 litros[19].

Para ejemplificar, en el año 1990 el consumo per-capita de alcohol absoluto en población de 15 años y más equivalía a 121 cervezas de 350 cc, más 2,5 botellas de destilados finos, más 4 botellas de destilados corrientes por año (Departamento de Prevención; 1994).

Ahora bien, no todas las personas ingieren las cantidades recién citadas, e incluso muchas de ellas son abstemias, por lo que aquellas que tienen problemas con la ingesta etílica beben lo que no consumen los individuos abstemios y los que no son "bebedores problema".

ACCIDENTES DE TRÁNSITO

Los accidentes de tránsito por ebriedad del conductor entre 1990 y 1994 han variado, como extremos superior e inferior, entre un 9,04% en 1994 y un 3,59% en 1993, con respecto al total de accidentes en el país. Asimismo, cabe destacar que en 1994 la proporción fue aproximadamente 2,5 veces mayor a la del año previo, aunque en 1991 las cifras alcanzaron un 5,21%.

DEFUNCIONES

Entre 1990 y 1994, a excepción del año 1991[20], las defunciones por enfermedades asociadas con el consumo de alcohol presentaron una tasa que osciló entre 90 y 100 por cada 10000 defunciones en Costa Rica. Otro elemento interesante, de acuerdo con lo referido por San Lee y Acuña (1993), es que en el periodo 1979-1988 se produjeron 21 suicidios en población de 13 a 21 años con alcoholemia positiva en el momento de la autopsia, los cuales representaron un 15,4%.

Del Valle (1992) determinó que del total de autopsias realizadas en la Morgue Judicial durante 1989 (1 056 muertes violentas) que correspondió a un 9,5% de todas las muertes ocurridas en ese año, se encontraron niveles de alcohol en sangre en las siguientes proporciones: 46% en conductores de vehículos automotores fallecidos en el lugar de los hechos, 52% en conductores de motocicleta, 25% en ciclistas, 41% en víctimas de atropello (un 20% de las víctimas presentaba niveles propios de la intoxicación severa), 27% en víctimas de accidentes por otras circunstancias que no fueran accidentes de tránsito, 31% en víctimas de asfixia por sumersión, 41% en víctimas de homicidio y 41,5% en víctimas de suicidio.

Lo anterior significa que un 40% de todas las muertes violentas estuvieron asociadas con el alcohol; o sea, un 3,5% de la totalidad de defunciones en ese mismo año (Del Valle; 1992).

Asimismo, en el mes de mayo de 1996 el Organismo de Investigación Judicial registró un 13% de defunciones con alcoholemia positiva y; en relación con el acápite anterior, se presentó más de un 25% de autopsias por accidentes asociadas con embriaguez[21].

ATENCIÓN A PACIENTES

Para 1985 la tasa global de hospitalización en el Hospital Nacional Psiquiátrico en

---

años y más; en 1994 dichas cifras fueron de 39,25 y 60,68 litros respectivamente. Este aumento evidencia que el incremento registrado en la producción e importación de bebidas alcohólicas y alcohol absoluto (apartado anterior) no es sólo efecto del crecimiento poblacional.

19 En 1985 el consumo per-capita de alcohol absoluto fue de 2,36 litros en la población total y de 3,74 litros en la población de 15 años y más. Para 1994 estas cifras alcanzaron los 2,86 y 4,42 litros respectivamente.

20 En la respectiva "compilación estadística" del IAFA (San Lee y Acuña; 1993) sólo se registraron 57 defunciones por enfermedades relacionadas con el alcohol, correspondientes al primer semestre de 1991.

21 Información inédita del Departamento de Investigación del IAFA, como parte de un proyecto conjunto con el Banco Interamericano de Datos (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos, CICAD/OEA).

casos correspondientes al grupo diagnóstico "Síndrome de dependencia del alcohol" fue de 3,7 por 100 000 habitantes. Dicha tasa superó inclusive las de otros grupos, tales como: dependencia de drogas, reacción aguda ante gran tensión, reacción de adaptación, perturbaciones de conducta, estado paranoide y retardo mental, entre otros. Asimismo, la proporción de pacientes por alcoholismo en la consulta externa de este nosocomio fue de 0,9% en 1990 (Adis; 1992).

Las cifras anteriores sugieren que, en cierta medida, el problema podría haber rebasado las respuestas que el Estado costarricense había propuesto en el marco de la política social y la política de salud pública, ya que como bien es sabido el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia contaba con un adecuado servicio de internamiento y rehabilitación, y un amplio servicio de consulta externa.

Además, entre 1980 y 1989 se produjeron 34 308 pacientes atendidos en hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) con diagnóstico médico relacionado con alcohol y otras drogas (Jiménez, San Lee y Villarreal; 1991). Un total de 31 646 pacientes (92,24%) presentaron diagnósticos asociados con el alcohol. Los tres diagnósticos más significativos fueron: Síndrome de dependencia al alcohol (47,08%), Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (25,26%) y Psicosis alcohólica (15,66%).

Al respecto,

> "estos 3 diagnósticos son características de una de las etapas avanzadas del alcoholismo como enfermedad, es decir que un alto porcentaje de los ingresos a los hospitales se produce cuando la persona es catalogada como alcohólica y necesita ser atendida a causa de las consecuencias de su alcoholismo" (Jiménez, San Lee y Villarreal; 1991: 73).

Según estos mismos autores, en el período 1985-1989 se produjeron en el IAFA 122 449 atenciones a pacientes por alcoholismo; aunado a que en el período 1985-1990 se registraron 21 637 egresos por alcoholismo y enfermedades asociadas[22].

También se reportó que en el año 1990 se presentaron 25 748 atenciones a pacientes, de las cuales un 45,42% fue por alcohol, proporción que se incrementó al 89,58% al considerar la categoría de combinación de alcohol y drogas (Jiménez, San Lee y Villarreal; 1991). Un año después (1991), se reportaron 11 528 atenciones a pacientes con el 77,42% debidas al alcohol (San Lee y Acuña; 1993).

Para 1992, de 1 629 pacientes egresados del Departamento de Rehabilitación para Enfermos Alcohólicos y Farmacodependientes (DREAF./IAFA), el 76,5% correspondió al alcohol, que llegó al 79,6% al incluir la combinación de alcohol y drogas (Sáenz Carballo; 1995).

Mientras tanto, para el año 1993 se registraron 12 482 atenciones a pacientes y el 66,6% de las mismas se debieron al alcohol, alcanzando el 89,6% al tomar en cuenta la categoría de combinación de alcohol y drogas; además, en este año las *mujeres* consultaron por primera vez en el DREAF-IAFA en más de un 10% que los varones (San Lee; 1996a). En 1994 se registró un total de 9969 atenciones con información registrada por parte del IAFA, de ellas el 64,42% correspondió al alcohol, lo que aunado a la combinación alcohol-drogas llegó al 91,06% (San Lee; 1996b).

Por otra parte, Sáenz y Bejarano (1996) han detallado que los niveles de consumo de alcohol en personas ingresadas a la sala de emergencias del Hospital San Juan de Dios, a partir de un Proyecto de Vigilancia Epidemiológica[23], durante periodos específicos de los años 1992, 1993 y 1994, para las últimas 6 horas previas a dicho ingreso oscilaron entre un 4,0% y un 5,0%; mientras que para las últimas 24 horas variaron entre un 9,5% y un 9,7%. Estas prevalencias han sido consideradas consistentes en el tiempo y bastante elevadas; tam-

---

22 Dichos egresos comprenden: Departamento de Rehabilitación para Enfermos Alcohólicos y Farmacodependientes (DREAF/IAFA), CCSS, Hogares Salvando al Alcohólico (Naranjo, Alajuela y San José) y Unidad de Desintoxicación Alcohólica (UDA/Hospital Dr. Calderón Guardia/IAFA).

23 Auspiciado por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de Estados Americanos (OEA) y en ejecución desde 1992.

bién indican la existencia de significativos sectores poblacionales de consumidores activos e inclusive, podrían estar íntimamente relacionadas con el motivo de ingreso al hospital[24].

PUBLICIDAD

Entre 1990 y 1994[25] la cantidad invertida en publicidad de bebidas alcohólicas se incrementó, entre ambos años, en aproximadamente 455 millones de colones.

Para ejemplificar, de los 635,917 millones de colones invertidos en la publicidad de bebidas alcohólicas en el año 1994[26] (San Lee; 1996b), suma que equivalía en su momento a 4,048 millones de dólares aproximadamente[27], el 71,62% fue dedicado a anuncios televisivos. Asimismo, un 58,13% de dicho monto correspondió a la cerveza, seguida por el whisky con un 22,63%; al respecto, la cerveza ocupó el primer lugar de inversión, tanto en la televisión como en la radio y la prensa. Con respecto al año anterior, se incrementó proporcionalmente la inversión dirigida a anuncios televisivos (58,69% en 1993) y a la publicidad de la cerveza (45,37% en 1993), pasando esta bebida a ocupar también el primer lugar de inversión en la prensa (tercer lugar en 1993).

Aunado a ello, al contabilizar los años 1990, 1991, 1993 y 1994; se puede calcular el gasto total de publicidad de bebidas alcohólicas en 1 436,45 millones de colones que correspondía aproximadamente a 10,65 millones de dólares[28].

Estos datos no sólo apuntan al efecto persuasivo de la propaganda, sino que, además, deben llamar a la preocupación, ya que de acuerdo con San Lee (1996 a), para el año 1993 el gasto en publicidad de bebidas alcohólicas superó en más de 10 veces al gasto en publicidad dirigida a la prevención[29]. San Lee (1996b) reportó para 1994 una inversión en publicidad preventiva por parte del IAFA de 25,194 millones de colones que equivalía únicamente a unos 0,16 millones de dólares; en otras palabras, 25 veces menor que la cantidad destinada a la publicidad de las bebidas alcohólicas.

Por otra parte, al analizar la publicidad de estas bebidas en el periodo 1974-1992 se concluyó que

> "... el tema de la asociación producto-consumo-trabajo ha estado presente desde la década de los años setenta y, su publicidad ha evolucionado hacia formas mayores de sofisticación, tal como se ha podido apreciar en años recientes, en los que ha habido una mayor agresividad publicitaria (Bejarano y Blanco; 1993: 44-45), [siendo que en estos últimos años ha predominado un enfoque publicitario bajo la asociación producto-consumo-seducción-recreación (ocio)-placer].

DISCUSIÓN

Al igual que en 1990, y tal como sucede en otros países, en 1995 el alcohol continuaba siendo la droga más consumida en Costa Rica.

---

24 Para el año 1996 y en el contexto de este mismo proyecto se estableció que más de un 40% de los pacientes ingresados en la sala de emergencias que presentaban niveles superiores a los 100 c.c. de alcohol absoluto en sangre registraban la categoría de traumatismos como diagnóstico de entrada; (Cfr. Bejarano Orozco, Julio; Sáenz Rojas, Mario Alberto y Ugalde Montero, Federico -1997-. *Estudios sobre consumo de drogas en sitios centinela: Costa Rica, 1996. Quinta Ronda.* San José: IAFA - OEA, *en prensa*).

25 La "compilación estadística" del IAFA correspondiente al año 1992 (Sáenz Carballo; 1995) no registró esta información.

26 De acuerdo con las "compilaciones estadísticas" del IAFA, éste es el dato más reciente del que se ha dispuesto.

27 Este dato se obtuvo dividiendo la cantidad de colones citada entre el precio promedio del dólar para el año 1994 (157,09 colones), suministrado por la Sección de Balanza de Pagos del Departamento Monetario del Banco Central de Costa Rica.

28 Además de lo expuesto en la referencia anterior, el tipo de cambio para 1990 era de 91,61 colones por dólar, para 1991 fue de 122,50 colones por dólar y, para 1993 fue de 142,19 colones por dólar (fuente *supra*).

29 El total gastado en cuñas publicitarias de prevención fue de 32 555 millones de colones (San Lee, 1996a); o sea, alrededor de 229 000 dólares.

Si bien las prevalencias de consumo de vida y último mes se redujeron en el periodo 1990-1995 con respecto a la población nacional, se debe insistir en que dicha disminución no fue significativa desde el punto de vista estadístico y, a pesar de que nuestro país registró una prevalencia de vida inferior (63,2% en 1995) a la encontrada en varios países sudamericanos (Colombia, Chile, Paraguay y Bolivia, entre otros)[30], la incidencia anual se incrementó en 44 personas por cada 10 000, lo que equivalía a decir que en el año previo a la encuesta nacional de 1995 alrededor de 104 000 personas se iniciaron en el consumo de alcohol y, además, 580 423 personas se reportaron como consumidoras activas de bebidas alcohólicas en tal año[31] (Bejarano, Carvajal y San Lee; 1996).

Según estos autores, proyecciones de la Dirección General de Estadística y Censos establecían para el año 1995 un total 2 340 417 habitantes entre 12 y 70 años y, partiendo de que un 9,7% de esa población (227 020 personas), de acuerdo con los resultados de la encuesta nacional ya mencionada, eran bebedores excesivos, aunado a que como se reseñó en párrafos precedentes, diversos estudios refieren que un 10% de dichos bebedores se vuelven alcohólicos cada año, entonces estaríamos ante un total (proyectado) de 22 702 nuevos alcohólicos aproximadamente para el año 1996.

Un aspecto importante de mencionar es que, como se señaló en el acápite de prevalencias, un 68,1% de quienes han ingerido alcohol, según el estudio nacional de 1995, afirmó haber consumido por primera vez antes de los 18 años. Asimismo, en la investigación con estudiantes de 10º y 11º año en 1993 (Bejarano, Amador y Vargas; 1994) la edad promedio de primer consumo se estableció a los 15,69 años; mas aún, en el estudio de Sandí *et al.* (1995) efectuado en 1994 con adolescentes escolarizados en el nivel nacional, dicho promedio se determinó en 11,2 años.

La problemática de la adolescencia costarricense en este nivel se agudiza aún más al considerar que

> "la investigación nacional sobre consumo de alcohol realizada en 1970 reveló que entre jóvenes de 15 a 19 años de edad no había bebedores excesivos ni alcohólicos. Diez años después se comprobó que esta situación había variado, pues el 6,5% de los jóvenes de este grupo de edad presentaba serios problemas con la ingestión de bebidas alcohólicas. En 1990, la proporción de personas afectadas (bebida excesiva y alcoholismo) en este mismo rango de edad representaba un 13% del total. *Los datos anteriores ponen de relieve la evolución del problema del abuso de alcohol entre jóvenes costarricenses* (Bejarano, Amador y Vargas; 1994: 5-6)[32].

Todo ésto debe llamar a la atención, tanto de las autoridades sanitarias como educativas, policiales y municipales; pues la legislación costarricense prohíbe el expendio de bebidas alcohólicas a personas menores de 18 años[33].

Otro aspecto preocupante en relación con la población joven se refiere a las elevadas prevalencias de consumo reciente (año) encontradas en los estudios de Bejarano, Amador y Vargas (1994); Bejarano *et al.* (1995) y, Sandí *et al.* (1995) en comparación con la población general, ya que en la mayoría de los casos la prevalencia de consumo del último año hallada en dichos trabajos superó el 50%.

Llama la atención que, mientras para la población general Colombia presentó en 1992 una prevalencia de vida del 90% (Bejarano, Carvajal y San Lee; 1996), en el caso de adolescentes que cursaban educación secundaria las prevalencias de consumo de vida, año y mes fueron de 56,8%, 39,9% y 8,4% respectivamente (Parra *et al.;* 1992), las cuales son

30 Estos datos, específicamente, aparecen en Bejarano, Carvajal y San Lee; 1996.

31 Esta cifra equivale a la prevalencia de consumo del último mes, según la encuesta nacional de 1995, (24,31%).

32 El destacado es mío.

33 Cfr. el artículo 25 de la Ley de Licores (Nº10 de 1936), en el que, por cierto, no se sanciona el incumplimiento de lo allí dispuesto; asimismo, el artículo 14 del Reglamento de dicha Ley.

bastante inferiores con respecto a las encontradas en las investigaciones nacionales, sobre todo en lo relativo al consumo reciente y activo. En este mismo sentido califican las prevalencias de consumo de vida, año y mes halladas en 1992 entre estudiantes de secundaria en Perú (Ferrando; 1993), cuyas cifras fueron 50,8%, 38,7% y 28,3% respectivamente, al punto que la prevalencia de consumo de vida resultó igual que la prevalencia de consumo del último año encontrada por Sandí *et al.* (1995).

Paralelamente, no se debe olvidar que, según Bejarano, Amador y Vargas (1994), los estudiantes de educación diversificada registraron en 1993 una incidencia anual de 461 por cada 1 000 estudiantes.

Estos datos deben visualizarse desde la perspectiva ampliamente reconocida de que el *alcohol,* en tanto droga lícita, es una *"droga de entrada" (o puente)* hacia las drogas ilegales, y que a más temprano el inicio en el consumo, el pronóstico clínico tiende a ser más desfavorable.

Aunado a los efectos en el ámbito de la salud pública de los sectores poblacionales jóvenes, no se puede pasar por alto lo sucedido con las mujeres de nuestro país; el incremento importante de *mujeres alcohólicas con ocupación de ama de casa,* así como una práctica igualdad en los porcentajes de consumo en adolescentes de educación secundaria, independientemente del sexo, podrían eventualmente, ser ni más ni menos que un *síntoma* denunciante de la *problemática psicosocial* que sufre el sector femenino en la sociedad actual, e incluso, podría estar *ocultando* por medio del *efecto sedativo* y el *"adormecimiento" de la conciencia* severas experiencias de *violencia doméstica* y, así, *aliviar el dolor psíquico.*

En estos casos, la función psicológica del alcohol en

> "... los síntomas del Desorden de Estress Post Traumático (PTSD) experimentado por muchas víctimas, incluye patrones altos de excitación: inquietud, evitación incluyendo depresión y distorsiones cognitivas, lo que produce que se vuelva a experimentar los incidentes del abuso. Cotton sugiere que la automedicación con alcohol puede funcionar en casi un 90% de los que lo usan para reducir la ansiedad y (para) el adormecimiento" (Walker; 1990: 10).

En este sentido, Kilpatrick (cit. por Walker; 1990) estableció con una muestra de 2 000 mujeres que *la historia de violencia doméstica es mucho más significativa que la historia familiar en la predicción del abuso de sustancias.*

Por otra parte, cabe resaltar la preferencia que la población general mantiene por la cerveza como bebida de inicio y bebida de consumo actual. Esto guarda inequívocamente relación con el papel predominante de dicho tipo de bebida en el marco de la producción e importación de bebidas alcohólicas y de alcohol absoluto; así como en lo referente a la inversión en publicidad, sobre todo en los medios audiovisuales electrónicos. Lo anterior también remite a plantearse la necesidad urgente de un mayor control sobre la publicidad o, inclusive, su prohibición; pues la publicidad de bebidas alcohólicas no es otra cosa que publicidad del alcoholismo.

Asociado con ésto, el consumo de alcohol ha demostrado ser un significativo problema en el contexto de la salud pública, no sólo por sus implicaciones psicosociales, sino también por sus consecuencias físicas directas (enfermedades asociadas con el consumo) e indirectas (accidentes de tránsito y defunciones derivadas), así como el costo por cama ocupada[34], lo cual evidencia un marcado deterioro de la calidad de vida de nuestra población. Sus consecuencias no guardan paralelo con aquellas provocadas por el conjunto de las drogas ilícitas[35], lo que conlleva al cuestio-

---

34 Cfr./ Amador Muñoz, Giselle *et al.* (1994). *Análisis para la reestructuración del enfoque y las acciones en el campo de la farmacodependencia dentro del sector salud.* San José: Documento impreso sin referencia. (Estos autores refieren que en 1991 se calculó en 10 000 colones el día-cama –aproximadamente 81,63 dólares– para un total de 41,75 millones de colones –0,34 millones de dólares–; aunque debido al subregistro en los egresos y las estancias hospitalarias dicho monto también está subestimado).

35 La prevalencia de consumo de vida para el conjunto de las drogas ilegales, de conformidad con la encuesta nacional de 1995, fue de aproximadamente un 4% (Bejarano, Carvajal y San Lee; 1996).

namiento sobre *¿por qué una sustancia que causa tanto daño continúa siendo legal?*

Evidentemente, tras su aceptación social y cultural se esconden una serie de intereses económicos que han impedido un mayor control e, inclusive, han ejercido presiones políticas para evitar la promulgación de una ley rigurosa que en un pasado buscaba la prohibición de su publicidad.

Paralelamente, llama poderosamente la atención que, a pesar de lo expuesto en todos los acápites anteriores y sobre todo, en lo relativo a defunciones, accidentes de tránsito, consumo per-capita y atención a pacientes, según Bejarano, Carvajal y San Lee (1996), la población general consideró como la droga más peligrosa al "crack" (33,5%), seguido por el clorhidrato de cocaína (28,9%), la mariguana (22,7%), la heroína (5,1%) y el alcohol (3,6%). Esto resulta una manifestación clara y concisa del papel alarmista y distorsionador desempeñado por los medios de difusión; así como de los intereses sociopolíticos e ideológicos que ellos ocultan[36].

En síntesis, la situación del alcoholismo en Costa Rica debe llamar a la preocupación y, junto al tabaquismo, deben ser el principio de toda campaña de prevención en el campo de la drogadependencia[37].

BIBLIOGRAFÍA

Adis Castro, Gonzalo (1992). *Desórdenes mentales en Costa Rica: Observaciones epidemiológicas*. San José: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social.

Amador Muñoz, Giselle; Artavia Céspedes, Poema y Aguilar Arce, Florizul (1995). "El Alcohol en Costa Rica". En: Aguilar Arce, Florizul *et al. Aspectos Generales sobre el Uso Indebido de Drogas en Costa Rica*. San José: IAFA, DESAF, UCR, MEP.

Bejarano Orozco, Julio (1994). *Abuso de Drogas: Características de consumo y algunos aspectos psicológicos asociados en una muestra de pacientes*. San José: Departamento de Investigación, IAFA.

Bejarano Orozco, Julio y Solano Abarca, Surayé (1988). "Caracterización psicosocial de una población de pacientes con problemas de alcoholismo, atendidos en un Servicio de Tratamiento Intensivo". En: *Boletín Informativo del Departamento de Investigación del IAFA* 1 (1): 13-18.

Bejarano Orozco, Julio y Alvarado Fernández, Ana (1992). *La investigación sobre la temática de las drogas en Costa Rica: Revisión de las tres últimas décadas*. San José: Departamento de Investigación - Departamento de Prevención, IAFA.

Bejarano Orozco, Julio y Blanco Lizano, Huberth (1993), *Análisis de la publicidad de bebidas alcohólicas en Costa Rica: 1974 - 1992*. San José: Departamento de Investigación, IAFA.

Bejarano Orozco, Julio; Amador Muñoz, Giselle y Vargas Jiménez, Lorena (1994). *Consumo de drogas y percepciones de riesgo en el estudiante costarricense de 10º y 11º año 1993*. San José: Departamento de Investigación, IAFA y Departamento de Orientación, M. E. P.

Bejarano Orozco, Julio; Carvajal Morera, Hannia y San Lee Chacón, Lizú (1996). *Consumo de Drogas en Costa Rica: Resultados de la Encuesta Nacional de 1995*. San José: Departamento de Investigación, I.AFA.

Bejarano Orozco, Julio *et al.* (1995). "Estudio sobre consumo de drogas y percepciones de riesgo en estudiantes universitarios con carné 1992": *Avance de Investigación*. San José: Departamento de Investigación, IAFA.

Del Valle Carazo, Luis (1992). "Alcohol y muerte violenta". San José: *Tesis* para optar al grado de Especialista en Medicina

36 Cfr. a las notas de pie de página Nº2 y Nº35. Asimismo, a: Frojan Parga, Ma. Xesús; Rubio, Rosa y Peris, Beatriz (1994). "La imagen de la droga en la prensa española (1988 - 1992)". En: *Revista Española de Drogodependencia* 19 (3): 191-204.

37 Para profundizar en el término "drogadependencia", refiérase a: Materazzi, Miguel Angel (1990) *Drogadependencia* (tercera edición actualizada). Buenos Aires: Edit. Paidós.

Legal, Sistema de Estudios de Postgrado/Universidad de Costa Rica.

Departamento de Prevención (1994). *Alcohol y alcoholismo*. San José: Departamento de Prevención, IAFA.

Ferrando, Delicia (1993). *Conocimiento y uso de drogas en los Colegios de Secundaria: Encuesta Nacional 1992* (segunda edición). Lima: Ministerio de Educación - COPUID.

Jiménez Martén, Francisco; San Lee Chacón, Lizú y Villarreal, Eider (1991). *Compilación estadística y algunos indicadores sobre el consumo de bebidas alcohólicas y drogas en Costa Rica: 1985-1990*. San José: Departamento de Investigación, IAFA.

Jiménez Martén, Francisco y Bejarano Orozco, Julio (1991). *Estudio Nacional sobre consumo de alcohol y drogas ilícitas*. San José: Departamento de Investigación, IAFA.

Madrigal Segura, Enrique (1992). "Farmacodependencia: Hacia un enfoque integrado". En: *Cuadernos Iberoamericanos sobre Dependencias -Red Nacional de Comités Drogas* No- (1): 16 - 25.

Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento. (Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico)*. Traducción de J. J. López Ibor. Madrid: MEDITOR - O. M. S.

Parra Garcés, Luis Ángel *et al.* (1992). *Comprendiendo dificultades y construyendo esperanzas: Los jóvenes y el problema de las drogas en Colombia*. Santafé de Bogotá: Editorial Gente Nueva, Ministerio de Educación Nacional.

Perotto, Pier Carlo (1992). *Algo más acerca del alcohol y las drogas...* La Paz: Centro Educativo sobre Estupefacientes - (CESE).

Sáenz Carballo, Danilo (1995). *Compilación estadística y algunos indicadores sobre el consumo de bebidas alcohólicas y drogas en Costa Rica 1992*. San José: Departamento de Investigación, IAFA.

Sáenz Rojas, Mario Alberto (1995). "Aportes sobre la drogadependencia en Costa Rica". En: *Revista de Ciencias Sociales* -Universidad de Costa Rica- (67): 93-103.

Sáenz Rojas, Mario Alberto y Bejarano Orozco, Julio (1996)."Consumo de drogas en el Área Metropolitana de San José: Resultados preliminares a partir de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica (1992-1994)". En: *Revista de Ciencias Sociales* -Universidad de Costa Rica- (73-74): 7-16.

Sandí Esquivel, Luis Eduardo *et al.* (1995). *Adolescencia y consumo de drogas en Costa Rica*. San José: Departamento de Investigación, IAFA - Instituto del Niño, UNA.

San Lee Chacón, Lizú (1996 a). *Compilación estadística sobre algunos indicadores de bebidas alcohólicas y drogas en Costa Rica 1993*. San José: Departamento de Investigación, IAFA.

San Lee Chacón, Lizú (1996 b). *Compilación estadística sobre algunos indicadores de bebidas alcohólicas y drogas en Costa Rica 1994*. San José: Departamento de Investigación, IAFA.

San Lee Chacón, Lizú (1996 c). *Compilación sobre producción, impotación y per-capitas de bebidas alcohólicas en Costa Rica: 1990-1994*. San José: Departamento de Investigación, IAFA.

San Lee Chacón, Lizú y Acuña Fernández, Oscar (1993). *Compilación estadística y algunos indicadores sobre el consumo de bebidas alcohólicas y drogas en Costa Rica: 1985-1991*. San José: Departamento de Investigación, IAFA.

Velasco Fernández, Rafael (1992). *Esa enfermedad llamada alcoholismo* (novena reimpresión). México D. F.: Editorial Trillas.

Walker, Leonore (1990). "Las madres agredidas, los niños y el abuso de sustancias: Consecuencias psicológicas debido a la falta de protección". San José: *Documento mimeografiado*, ILANUD.

Mario A. Sáenz Rojas
Apdo. Postal 1871-1100, Tibás

Ciencias Sociales 77: 35-43, setiembre 1997

DETECCIÓN TEMPRANA DE CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL VALIDACIÓN DEL MAST Y DEL CAGE PARA COSTA RICA

Luis Sandí Esquivel
Darío Molina Di Palma

RESUMEN

Dada la alta prevalencia del problema de alcoholismo en el país y la importancia de tratar tempranamente estos problemas, mediante la detección precoz, se validaron para el medio costarricense el Michigan Alcoholism Screening Test (Mast) y el CAGE. Se realizó un estudio de casos, y controles con 119 pacientes alcohólicos y 88 sujetos sin problemas con el alcohol. Con base en las preguntas más discriminativas del MAST se elaboró una versión abreviada (MAST-A). Ambos instrumentos presentaron una alta capacidad para detectar problemas con el consumo de alcohol.

ABSTRACT

Given the high prevalence of alcoholism in Costa Rica, and the importance of treatment the desease in its early stages, through early detection. The Michigan Screening Test (MAST) and the CAGE were validated for Costa Rica. A case control study was done in 119 alcoholics (cases), and 88 subjects without alcohol problems (controls). Based on the most discriminant items an abreviated version on the MAST was elaborated. Both instruments demostrated a high capacity to detect problems with the use of alcohol.

INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol y sus consecuencias constituye uno de los principales problemas de salud pública en Costa Rica. En el último estudio nacional, realizado en 1995, en la población de 12 a 70 años, se encontró que un 62% de la población había consumido alcohol alguna vez en la vida, y que, el 6,9% tenía problemas de dependencia al alcohol, un

9,7% era de consumidores excesivos, y una de cada cuatro personas había consumido en el último mes[1]. En el proyecto de vigilancia epidemiológico que se realizó en los hospitales, también se ha encontrado un consumo frecuente de alcohol. Por ejemplo, en el Hospital San Juan de Dios, en 1994, un 35% de los pacientes había consumido alcohol en el último año, mientras que en 1995 consumió un 47%[2 3]. En otro estudio nacional realizado en adolescentes de 10 a 18 años, aproximadamente uno de cada dos jóvenes había consumido alcohol en el último año, y se encontró una relación estadísticamente significativa entre el consumo de alcohol, sin importar la frecuencia y cantidad, y la presencia de alteraciones en el funcionamiento académico, conductual, social, recreativo y con las amistades[4]. De acuerdo con lo anterior es claro que el consumo de alcohol es una conducta muy frecuente en el país.

El consumo de alcohol se ha asociado a una gran variedad de consecuencias. En estudios internacionales se ha encontrado que el consumo de alcohol es la causa primaria de muchos problemas sociales; aproximadamente una de cada cuatro hospitalizaciones, de 5 a 10% de las enfermedades, 50 a 70% de los casos de violencia doméstica y homicidio, de 10 a 20% de las muertes en hombres jóvenes y 20 a 40% de los suicidios se ha encontrado que tienen relación con el consumo de alcohol[5 6]. En jóvenes, el consumo de alcohol y sus consecuencias ha adquirido mayor importancia en las últimas décadas. El consumo de alcohol es cada vez más frecuente y a edades más tempranas, y sus consecuencias son cada vez mayores. En Chile, en la población de 15 a 24 años, se encontró que 69% de los suicidas tenía alcohol en la sangre, lo mismo que un 71% de las víctimas de accidentes. En los Estados Unidos, el 70% de los conductores de automóviles heridos mortalmente tenía alcohol en la sangre[7]. Los efectos agudos del alcohol, tales como, intoxicaciones, supresión, traumatismos, accidentes, y los efectos crónicos (mal nutrición, hepatopatías, neuropatías, síndrome feto alcohólico, enfermedades cardiovasculares y enfermedades de transmisión sexual, entre otras); tienen un costo enorme para el individuo, la familia y la sociedad, en términos de reducción en la productividad, discapacidad, costos en salud, consecuencias emocionales en la familia, sufrimiento, dolor y muerte.

De acuerdo con todo lo anterior, el consumo problemático de alcohol es uno de los problemas de consumo de drogas más importantes en el país, y además es un problema creciente. Socialmente, el consumo de alcohol ha adquirido tal familiaridad, que es poco cuestionado como causa principal de múltiples problemas sociales. La tolerancia y permisibilidad para su consumo, así como su excesiva promoción, han hecho del consumo de alcohol y de algunas de sus consecuencias, conductas ampliamente aceptadas. Prueba de ello es el consumo a edades cada vez menores y el aumento del consumo en los jóvenes. La negación del problema, sobre todo en sus fases iniciales, conlleva a la búsqueda tardía de ayuda, cuando las consecuencias son más graves y la dependencia ha alcanzado un deterioro más severo.

Por tanto es imprescindible la búsqueda de mecanismos sencillos y eficaces para detectar tempranamente el consumo de alcohol. Una de las maneras de realizar la detección precoz en diferentes grupos poblacionales es a través de instrumentos diseñados para tal fin. El Michigan Alcoholism Screening Test

---

1 Bejarano J., Carvajal H., San Lee L. *Consumo de drogas en Costa Rica.* Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. 1996.

2 Sandí L., Blanco C. *Proyecto de vigilancia epidemiológica sobre consumo indebido de sustancias psicotrópicas.* Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. 1994.

3 Bejarano J., Sáenz M., Ugalde F. *Estudios sobre consumo de drogas en centros centinelas: Costa Rica,* 1995. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. 1995.

4 Sandí L., Díaz A. *Adolescencia y consumo de drogas en Costa Rica.* Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. 1995.

5 Griffits E. "Alcohol alert". Institute of Alcohol Studies. *The Globe*, UK, Cambridge, England, 1-3, 1996.

6 Engelmmna J. "America Ignores Nº 1 problem: alcohol". *Hazelden News* 1-3, Mayor 1991.

7 Organización Panamericana de la Salud, OMS. *Juventud,* 1995, Washington.

(MAST) y el CAGE (anacronismo de las cuatro preguntas, C: (cut down), disminuir, A: (annoyed), enojado, G: (guilty), culpable E: (eye opened), trago matutino) son los más conocidos. Han demostrado ser muy sensibles (capacidad para detectar apropiadamente a los que tienen problema con el alcohol) y específicos (capacidad de identificar apropiadamente a los que no tienen problemas con el alcohol)[8].

El objetivo de este artículo es presentar un resumen sobre los resultados del estudio realizado en 1995, para determinar la validez de los instrumentos seleccionados en nuestro medio, así como, elaborar un instrumento abreviado utilizando las preguntas más discriminativas del MAST (MAST-A), para contribuir en el desarrollo de instrumentos que puedan ser utilizados en Costa Rica, y que aporten información valiosa para una intervención temprana en las personas con problemas con el consumo de alcohol.

METODOLOGÍA

Sujetos: Se estudiaron 207 sujetos varones, con edades comprendidas entre los 18 y los 64 años. De ellos, 119 sujetos fueron considerados como casos. Este grupo lo conformaron pacientes diagnosticados como portadores de dependencia alcohólica por el personal clínico del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). Fueron reclutados en la Consulta Externa de la institución y en albergues de autogestión para internamiento de pacientes alcohólicos. El otro grupo (control) estuvo conformado por 88 sujetos que refirieron no tener problemas con el consumo de alcohol, ni haber consumido bebidas alcohólicas en el último año. En ambos grupos los sujetos debían no haber tenido conocimiento previo del instrumento y estar en condiciones mentales apropiadas para su aplicación.

Instrumentos: El MAST es un instrumento muy conocido internacionalmente[9] [10] [11]. Es sencillo, de fácil aplicación, con una duración promedio de 10 a 15 minutos. Su confiabilidad en términos de su consistencia interna ha sido muy alta (alfa de Cronback = 0.95). Se encontró una alta correlación entre el instrumento y el criterio de un grupo de expertos (r=.79 gama = 0.95)[12]. El MAST evalúa 24 síntomas distribuidos de la siguiente manera, nueve preguntas en el área médica, seis en el área sociofamiliar, cuatro en el área psicológica, dos en la legal y tres en la laboral. El puntaje de calificación se establece por puntos, cada pregunta tiene un puntaje, el cual depende si la respuesta es positiva o negativa, y a las características que evalúa. Un puntaje mayor de siete identifica problemas asociados con el consumo del alcohol[13]. El MAST fue capaz de detectar al 98% de los alcohólicos en un hospital[14].

---

8 National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Screening for alcoholism in primary care settings.* U.S. Department of Health and Human Services. Rockville, Maryland.

9 Selzer M, Vinokour A. "A self administered short alcoholism screeening test (SMAST)". *Journal of studies on alcohol*, 36 (1), 117-125, 1975.

10 Murrelle Len, Sdao K. Gaddy G, Torres Y. "Utility of the CAGE questionnarie to measure risk of alcohol problems in the general population: Case of the Colombian National Household Drug Surevey". Presented at the *18th Annual Alcohol Epidemiology Symposium*, june, 1992, Toronto Canadá.

11 Ewing J, Rouse B. "Identifying the hidden alcoholic". Presented at the *29th International Congress on Alcohol and Drug Dependence*, Sydney, Australia, 1970.

12 Babor T, Kranzler H, Lauerman R, "Early detecction of harmful alcohol consumption: comparison of clinical, laboratory and self report screening procedures". *Addictive Behavior*, 14, 139,157, 1989.

13 Selzer M, Vinokour A, Roojen L. "A Self- Administered Short Michigan Alcoholism Screening Test (SMAST)". *Journal on Studies on Alcohol*, 16 (1), 117-126, 1975.

14 Selzer M. "The Michigan Alcoholism Screening Test: the quest for a new diagnostic instrument". *Am. J. Psychiatry*, 127: 1653-58, 1975.

MAST-A: Michigan Alcoholism Screening Test
(versión IAFA)

	SI	NO
1. ¿Después de haber bebido, se ha despertado alguna vez, sin recordar parte de lo hizo?	/ 2 /	/ 0 /
2. ¿Se preocupa o se queja algún familiar por su forma de beber?	/ 1 /	/ 0 /
3. ¿Puede parar de beber sin dificultad, después de uno o dos tragos?	/ 0 /	/ 2 /
4. ¿Siente a veces remordimiento por haber bebido (goma moral)?	/ 1 /	/ 0 /
5. Consideran sus amigos o parientes que usted bebe igual o menos que la mayoría de la gente?	/ 0 /	/ 1 /
6. ¿Ha asistido alguna vez a una reunión de Alcohólicos Anónimos?	/ 2 /	/ 0 /
7. ¿Su forma de beber le ha creado problemas alguna vez con su familia?	/ 2 /	/ 0 /
8. ¿Ha buscado ayuda alguna familiar o amigo suyo, por su forma de beber?	/ 2 /	/ 0 /
9. ¿Ha tenido problemas en el trabajo o los estudios por su forma de beber?	/ 2 /	/ 0 /
10. ¿Bebe a menudo antes de medio día?	/ 1 /	/ 0 /
11. ¿Ha tenido, alguna vez, episodios de temblores excesivos, sudoración profusa, insomnio severo, o episodios en los que haya visto, oído o sentido cosas que no existían, o convulsiones (ataques)?	/ 2 /	/ 0 /
12. ¿Por su forma de beber, ha buscado ayuda?	/ 5 /	/ 0 /
13. ¿Ha estado hospitalizado a causa de problema con el alcohol?	/ 5 /	/ 0 /

Calificación del MAST

0 - 4 puntos: No hay evidencia de problemas con el consumo de alcohol.

5-6 puntos: Alto riesgo de tener problemas con el consumo de alcohol.

7 o más puntos: Evidencia de problemas con el consumo de alcohol.

El CAGE es un instrumento más corto, muy sencillo y específico. Su nombre es un anacronismo derivado de las cuatro palabras claves en las preguntas que contiene. Con sólo cuatro preguntas relacionadas con la crítica social, la culpabilidad individual, la ingestión matutina y la necesidad de disminuir el consumo, se identifican muy bien problemas con la ingestión de bebidas alcohólicas. Su calificación e interpretación es sencilla, más de dos preguntas positivas identifican problemas asociados con el consumo del alcohol. Su mayor valor está en la economía de tiempo. Se ha encontrado en varios estudios una alta sensibilidad y especificidad, de 72 a 91% y 77 a 96% respectivamente[15] [16]. También se encontró una alta correlación entre el consumo de alcohol y el puntaje en el CAGE[17] [18].

15 Beresford T, Blow F, Hill E, Singer K, Lucey M. "Comparison of CAGE questionnaire and computer-assisted laboratory profiles in screeening for covert alcoholism". *Lancet* 336, 482-485, 1990.

16 Bush B, Shaw S, Cleary P, Delbanco T, Aronson M. "Screening for alcohol abuse using the CAGE questionnaire", *Am. J. Med.* 82, 231-235, 1987.

17 Escobar F, Espi F, Canteras M. "Diagnostic tests for alcoholism in primary health care: compared efficacy of different instruments". *Drug and Alcohol Dependence*, 40, 151, 158, 1995.

18 Fertig J, Allen J, Cross G. CAGE as a predictor of hazardous alcohol consumption in U.S. army personnal. *Alcohol Clin Exp Res*, 17 (6) 1184-1187, 1993.

CAGE

1. ¿Ha sentido usted alguna vez la necesidad de disminuir la cantidad de alcohol que toma?	/ 1 /	/ 0 /
2. ¿Se ha sentido molesto porque le critican su manera de beber?	/ 1 /	/ 0 /
3. ¿Se ha sentido usted alguna vez mal o culpable por su manera de beber?	/ 1 /	/ 0 /
4. ¿Ha tomado alguna vez, un trago a primera hora de la mañana, para calmar los nervios o quitarse la goma?	/ 1 /	/ 0 /

Calificación del CAGE

0 - 1: No hay evidencia de problemas con el consumo de alcohol.

2: Alto riesgo de tener problemas con el consumo de alcohol.

3 - 4: Evidencia de problemas con el consumo de alcohol.

PROCEDIMIENTO

Como primer paso se realizó la traducción al español de los instrumentos, y una aplicación piloto en cincuenta pacientes. Posteriormente se realizó un trabajo de adaptación cultural y se elaboró el manual de aplicación, calificación e interpretación. Por algunas características de nuestro medio, en relación con el alcohol, por ejemplo, alta prevalencia, intensa negación, alta tolerancia y gran cantidad de grupos de Alcohólicos Anónimos, hubo necesidad de recodificar la primera pregunta relacionada con la minimización del consumo, la sexta, relacionada con la percepción del consumo por los demás y la octava que valora la asistencia a los grupos de Alcohólicos Anónimos. En lugar de los puntajes originales 2, 2, 5, se codificaron como 1, 1, 2. Con esto se evitó que en nuestro medio el instrumento calificara con problemas de alcoholismo a muchos que no lo eran (falsos positivos), sobre todo con la pregunta 8.

Los instrumentos fueron aplicados por el personal clínico de la consulta externa del IAFA.

RESULTADOS

El cuadro 1 muestra la sensibilidad y especificidad de cada pregunta del MAST y del CAGE y su significancia estadística. Se encontró que la mayoría de las preguntas son muy sensibles y específicas ($p < 0.01$). La primera pregunta, que cuestiona la percepción personal del consumo fue contestada negativamente por el 29% de los pacientes, esto refleja lo intenso de la negación, dado que eran pacientes bien identificados como alcohólicos que se encontraban en centros de tratamiento. La pregunta siete ¿puede dejar de beber cuando quiere? fue contestada afirmativamente sólo por la mitad de los pacientes. Dado que la incapacidad para detener el consumo es un síntoma capital en la dependencia al alcohol, esta respuesta expresa la dificultad de los pacientes para reconocer su enfermedad alcohólica, pese a que se encontraban internados o en tratamiento ambulatorio para su alcoholismo. La pregunta nueve que cuestiona sobre peleas cuando se bebe, la contestaron afirmativamente el 41,6% de los pacientes. La manifestación de agresividad en los consumidores de alcohol, aún siendo dependientes, es probable que ocurra en etapas más avanzadas del consumo, como una manifestación de las secuelas neurológicas o de la asociación de alcohol a otros trastornos psicopatológicos. En las preguntas 12 y 14, que valoran la pérdida de amigos o de algún empleo por culpa del alcohol, fue contestada positivamente por la mitad de los pacientes. Por la tolerancia social y la excesiva permisibilidad en algunos contextos, que se traduce en un paternalismo incondicional, las consecuencias sociales y laborales, sobre todo en el sistema público tienden a manifestarse cuando el deterioro es severo. La pregunta 15 también fue contestada afirmativamente por la mitad de los pacientes, y esto es otro claro reflejo de negación, ya que es obvio que todos los pacientes han incurrido en algún tipo de descuido, o abandono familiar o social.

Cuadro 1

Sensibilidad y especificidad de cada pregunta del MAST y el CAGE. Costa Rica, 1997
(Cifras relativas)

Pregunta MAST	Sensibilidad	Especificidad	x^2	p
Mast 1	71,1	70,1	33,9723	**
A-Mast 2	84,2	92,0	112,5305	**
A-Mast 3	93,0	85,2	123,1442	**
A.Mast 4	62,6	84,7	42,85811	**
A-Mast 5	93,0	85,9	123,0895	**
A-Mast 6	66,4	77,9	37,9156	**
Mast 7	52,1	89,7	36,6948	**
A-Mast 8	69,6	85,2	58,1026	**
Mast 9	41,6	97,7	38,9338	**
A-Mast 10	87,0	96,6	135,8997	**
A-Mast 11	79,8	97,7	117,1288	**
Mast 12	51.3	100	61,1817	**
A-Mast 13	82.6	100	133,3431	**
Mast 14	52.2	100	62,6954	**
Mast 15	53.9	100	65,7873	**
A-Mast 16	72,8	100	105,7708	**
Mast 17	28,7	98,8	24,4255	**
A-Mast 18	69,3	97,7	90,1162	**
A-Mast 19	87,6	98,8	143,5459	**
A-Mast 20	70,8	98,8	96,9091	**
Mast 21	14,0	98,8	9,1122	*
Mast 22	57,4	98,8	68,8269	**
Mast 23	12,97	100	10,2368	*
Mast 24	27,5	100	25,8608	*
CAGE				
Cage 1	92,9	90,9	138,7717	**
Cage 2	85,9	100	143,5124	**
Cage 3	95,5	98,8	173,9798	**
Cage 4	91,2	98,8	157,9015	**

A = preguntas para el MAST abreviado (A-MAST).
* = Significativo estadísticamente.
** = altamente significativo estadísticamente.

Las preguntas 17, 21, 22, 23, 24, que cuestionan problemas médicos, mentales y legales fueron contestadas positivamente sólo por menos de una tercera parte de los pacientes, probablemente porque valoran consecuencias severas que no están presentes en la mayoría de los alcohólicos que buscan ayuda. Las preguntas anteriormente analizadas, por su moderada o poca sensibilidad, se descartaron; y las restantes, que mostraron alta sensibilidad y especificidad, se seleccionaron para conformar el MAST abreviado (MAST-A). Las preguntas que se excluyeron podrían aumentar la probabilidad de falsos negativos, ya que pacientes alcohólicos reconocidos contestaron negativamente a ellas.

Todas las preguntas del CAGE resultaron ser altamente sensibles y específicas; los hallazgos fueron estadísticamente significativos, $p < 0.001$. La primera pregunta relacionada con la necesidad de disminuir la cantidad de alcohol que consume, y la tercera, relacionada con culpabilidad, fueron las que alcanzaron mayor proporción de respuestas positivas. El sentirse molesto porque le critican la manera de beber, el sentirse culpable y necesitar un trago en la mañana, fueron las preguntas que mejor diferenciaron a los alcohólicos de quienes no tenían problemas con el consumo de alcohol.

De acuerdo con los puntos de corte utilizados internacionalmente, y que son los mismos que aceptó utilizar el equipo investigador del IAFA, se encontró que el MAST detectó correctamente el 97,4% de las personas identificadas clínicamente como alcohólicos (casos), mientras que los sujetos que previamente habían sido identificados como no portadores de problemas con el consumo de alcohol (controles) fueron correctamente identificados en un 87%, $p < 0.001$. El MAST-A, detectó una proporción mayor de personas con problemas con el consumo de alcohol, 98,2%, así como de los que no presentaban problemas, 96,4%.

Cuadro 2

Puntos de corte para el MAST, MAST-A y el CAGE según grupo de casos y controles, Costa Rica, 1997.
(Cifras relativas)

Diagnóstico	Punto de corte	Controles n = 83	Casos n = 80	p
MAST				
Sin problema	0-4	87	1,3	**
Alto riesgo	5-6	11	1,3	**
Con problema	7 o más	2	97,4	**
MAST-A				
Sin problema	0-4	96,4	1,8	**
Alto riesgo	5-6	2,4	-	**
Con problema	7 o más	1,2	98,2	**
CAGE				
Sin problema	0-1	100	2,6	**
Alto riesgo	2	-	5,3	**
Con problema	3 o más	-	92,1	**

** = altamente significativo estadísticamente

El CAGE identificó correctamente al 92,1% de los casos, mientras que los controles fueron correctamente identificados en el 100%. p = 0.001. El 2,6% de los pacientes no fue identificado como portador de problemas con el consumo de alcohol (falsos negativos).

DISCUSIÓN

Pese a la alta prevalencia del consumo de alcohol y de los problemas asociados a su consumo, la sociedad en general, y los trabajadores de la salud, en particular, han pasado por alto la importancia del consumo de alcohol y sus problemas asociados en nuestro medio. La excesiva tolerancia social, la desmedida promoción de su consumo y la pobre aplicación de las reglamentaciones legales, minimiza y niega la magnitud y los alcances del problema. Por otro lado, el personal de salud, en especial los médicos, esperan su reconocimiento por la realización de un diagnóstico sofisticado y de una intervención directa y específica. De acuerdo con la actitud y expectativas de los trabajadores de la salud, el trabajo con el paciente que tiene problemas con el consumo de alcohol pareciera algo mundano, irrelevante en su quehacer profesional, situación que se agrava por el rechazo que provoca este tipo de persona, así como el desconocimiento y la falta de entrenamiento para enfrentar esta problemática.

Sin embargo, la evidencia es irrefutable en cuanto a que el consumo de alcohol subyace como la causa primaria en una gran variedad de problemas médicos y sociales. La persona afectada, la familia, los compañeros de trabajo, amigos y los trabajadores de la salud reaccionan ante el problema tardíamente cuando las consecuencias son graves y el desarrollo del problema ha avanzado a un estadío de dependencia moderada a severa. Entre las motivaciones más frecuentes para buscar tratamiento, están, entre otras, padecimientos médicos graves como cirrosis, sangrado digestivo, neuritis y otros trastornos neurológicos, dificultades laborales como accidentes, despido o ausentismo prolongado. Las consecuencias familiares severas como violencia doméstica, abandono y repercusiones sociales como accidentes. En las fases iniciales del problema de consumo, todas las personas involucradas, reaccionan con una alegre indiferencia que permite el crecimiento silencioso del padecimiento. Para poder variar significativamente la morbilidad y mortalidad por alcoholismo y los otros problemas asociados, es imprescindible idear estrategias viables que permitan la identificación temprana de las personas que tienen problemas con el consumo de alcohol, para detener el proceso y ofrecer la intervención apropiada.

Clínicamente se han utilizado varios métodos para identificar a personas con problemas con el consumo de alcohol, por ejemplo el volumen corpuscular medio (VCM), la glutamiltranspeptidasa (GTT) y la medición del alcohol en sangre, entre otros. Estos marcadores biológicos, en promedio alcanzaron una baja efectividad, no mayor del 63%[19] [20]. Esta limitante, aunada a su exclusivo en el ámbito médico, ha limitado su utilización. Dada la ubicuidad del problema de alcoholismo ha sido necesario recurrir a otras estrategias, sobre todo aquellas que puedan ser utilizadas en los niveles más básicos de atención. El uso de instrumentos de detección, tales como el MAST y el CAGE han demostrado ser un recurso muy efectivo, económico y de fácil aplicación.

El éxito de la aplicación de estos instrumentos depende de su uso masivo, por todos los trabajadores de la salud, en un nivel de atención primaria. En este nivel de atención el problema no es detectar trastornos avanzados de alcoholismo, porque en esta fase de la enfermedad los pacientes generalmente buscan ayuda, sino, identificar tempranamente a aquellas personas que están tomando licor de una manera que les puede causar dificultades físicas, psicológicas y sociales. Por lo general, el consumo problemático de alcohol se pasa por alto en la atención médica, psicológica y social de rutina. Dada la intensa negación del

---

19 Cherpel C. "Screening for alcohol problems in the emergency room: a rapid alcohol problems screening". *Drug and Alcohol Dependence* 40, 133-137. 1995.

20 Kamerov D. *Primary care setting and the role of screening for alcoholism. Screening for alcoholism*. U.S. Department of Health and Human Services. Rockville, Maryland, 1987.

problema de alcohol, no es muy útil preguntar directamente ¿Cúanto toma usted? Si las preguntas se focalizan más en los patrones de ingesta y en las consecuencias, tal como lo hacen los instrumentos, los pacientes no se percatan que en una amena conversación sobre sus vidas se este identificando su problema con el consumo de alcohol. Los instrumentos fueron elaborados para proveer, de una manera estructurada y confiable, una entrevista sencilla para la detección de problemas con el consumo de alcohol, que puede ser realizada aún por personal no especializado. Los instrumentos pueden ser incorporados dentro de una entrevista semiestructurada para alentar un cálido intercambio respecto al consumo de bebidas alcohólicas.

El MAST y el CAGE validados en este estudio son utilizados internacionalmente para tamizar poblaciones y detectar sujetos con problemas de consumo. En varios estudios ha quedado bien demostrada la confiabilidad de los instrumentos, en contextos latinos y norteamericanos han demostrado una alta consistencia interna y uniformidad en las cuatro preguntas[21] [22]. El MAST ha demostrado muy buena validez discriminante (la capacidad para diferenciar entre personas con problemas de alcohol, en diferente fases del consumo), validez concurrente (la alta correlación entre el puntaje del instrumento y otras escalas que midan problemas asociados al consumo de alcohol), y confiabilidad medida a través de test -retest y consistencia interna[23].

En este estudio el MAST y el CAGE demostraron una alta capacidad para diferenciar entre personas con problemas de alcoholismo y aquellas que eran abstemias. El CAGE pudo identificar correctamente al 92% de los pacientes alcohólicos y el MAST-A al 98,2%. La abreviación del MAST lo hizo más sencillo y aumentó su capacidad de detección; esto hace que sea más aceptado por las personas a las cuales se les aplica el instrumento y por los trabajadores de la salud.

Los hallazgos de este estudio demostraron la capacidad de los instrumentos para discriminar entre una persona claramente identificada como alcohólico y una sin problemas con el consumo de alcohol. Sin embargo, es necesario aclarar que ambos instrumentos no son de diagnóstico; es decir, no ayudan a definir quién tiene dependencia al alcohol y quién no. Lo que permiten es diferenciar a *grosso modo* quien tiene problemas con el consumo de alcohol y quien no, la determinación de quien es alcohólico requiere de un evaluación más exhaustiva. Poder identificar quién tiene problemas con el consumo de alcohol es un paso esencial; y el primero, para una intervención temprana. Dada la sencillez, bajo costo, fácil aplicación y calificación es conveniente promover la utilización rutinaria de alguna de estas dos pruebas en toda consulta de salud. Constituye una excelente herramienta para promover un diálogo respecto a esta problemática. Todo lo anterior no puede obviar que, en la práctica clínica diaria, no hay sustituto para que el trabajador de la salud esté alerta, tenga una alta dosis de suspicacia y el tacto suficiente para realizar una buena historia de los hábitos de ingesta del paciente y sus consecuencias, sin que éste se sienta alienado.

La negación o minimización del problema por parte del paciente, la familia y la sociedad, por una parte, y las dificultades de detección por el personal de salud, por otra parte, hacen que la problemática del consumo de alcohol permanezca invariable y progrese silenciosamente a estadios avanzados que conllevan un gran costo económico, psicológico y social, tanto para el sujeto, como para quienes conforman su contexto de relación. Cuánto más temprano se realice la intervención, mayores son las posibilidades de éxito y mucho menor es el daño. Por tanto, los instrumentos de detección validados constituyen una herramienta sencilla, ágil, de fácil aplicación y gran efectividad para detectar y actuar tempranamente en aquellas personas que tienen problemas con el consumo de alcohol.

---

21 Mishke H, Venneri R. "Reliability and validity of the MAST questionnaire and the CAGE". *Journal of Studies on Alcohol* 48, 492-501, 1987.

22 Mayfield D, Mcleod G, Hall P. "The CAGE questionnarie: Validation of a new screening instrument". *American Journal of Psychiatry*, 131, 1121-1123, 1974.

23 Babor T, Kranzler H, Richard J. "Early detection of harmful alcohol consumption: comparison of clinical, laboratory, and self- report screening procedures". *Addictive Behaviors*, 14, 139-157, 1989.

Una limitante del estudio fue el no haber controlado la capacidad de detección de los instrumentos en poblaciones con diferentes grados de severidad en el consumo de alcohol. Esto constituye un campo interesante de investigación.

Luis Sandí Esquivel
Apdo. Postal 2054-3000
San José, Costa Rica

Darío Molina Di Palma
Instituto sobre Alcoholismo
y Farmacodependencia
Apdo. Postal 4494-1000
San José, Costa Rica

Ciencias Sociales 77: 45-60, setiembre 1997

MORTALIDAD EN EL PACIENTE ALCOHÓLICO

Francisco Jiménez Martén
Ronald Alvarado Cordero

RESUMEN

A principios de la década de los años ochenta, se publicó un estudio de seguimiento de una población de 3.000 internos del Departamento de Rehabilitación para Enfermos Alcohólicos del Instituto Sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, IAFA. Diez años después se logró determinar cuántos de ellos habían fallecido. Se procedió entonces al análisis de las condiciones socio-demográficas y de la historia de consumo de bebidas alcohólicas del grupo resultante, concluyendo que se trataba de consumidores con deterioro alcohólico severo. En el presente estudio se describen la edad, las causas y se analiza la manera de muerte.

Palabras Claves: alcoholismo, mortalidad

SUMMARY

In the early 1980's a study of 3.000 patients from the Department of Rehabilitation of Alcoholics of the Alcohol and Drug Institute was published. Ten years later it was possible to determine how many of them had died. The socio-demographic conditions were then analyzed as was the history of the use of alcoholic beverages within this population, concluding that they were chronic alcoholics with severe deterioration. The present study examines age as well as causes and manner of death.

Key words: alcoholism, mortality.

INTRODUCCIÓN

La evidencia científica es abundante en relación con la elevada tasa de mortalidad en grupos de dependientes y consumidores abusivos de alcohol. Muertes por neumonía y otras infecciones del sistema respiratorio, cáncer del sistema digestivo alto y del hígado, laringe, faringe y pulmón, enfermedades del corazón y cirrosis hepática, se presentan en cifras mucho mayores en bebedores que en la población general. Igualmente alta es la incidencia de muertes violentas; en particular accidentes y suicidios.

La condición de consumo crónico de alcohol, intoxicaciones agudas a repetición, trastornos emocionales asociados, la tendencia a fumar en exceso propia de los alcohólicos, el descuido personal, abandono de la higiene y de la buena nutrición, son todos factores asociados a riesgos de patologías y muerte prematura.

En un estudio realizado en Toronto, con una muestra de 5359 hombres y 1119 mujeres,

con un seguimiento de 12 años (de 1951 a 1963), se reportó una relación de muertes observadas *versus* esperadas de 2.02 en hombres y 3.19 en mujeres, con una mortalidad mayor entre los grupos de menor edad.[1]

En el tanto el consumo de alcohol y el fumado de cigarrillos provocan un incremento de la mortalidad, Rehm y colaboradores reportaron que la actividad física y la disponibilidad de un compañero permanente tuvieron efectos protectores.[2]

Las mujeres, tradicionalmente con mayores expectativas de vida que los hombres, pierden esa prerrogativa cuando consumen alcohol en forma excesiva y su riesgo de muerte aumenta dramáticamente si consumen el equivalente a 20 c.c. de alcohol puro por día, sin actividad física concomitante.[2]

El peor escenario es el de un hombre de 40 años, que consume más de 80 c.c. de alcohol diarios, fuma un paquete de cigarrillos al día, no tiene una compañera fija, y no desarrolla actividad física alguna. Por otra parte, el riesgo de muerte se eleva exponencialmente con alcoholemias más elevadas. Así se observó en un estudio de mortalidad en conductores ebrios,[3] que la mayor frecuencia de muertes se atribuyó a: accidentes y muertes violentas en primer término; enfermedad cardiovascular isquémica en segundo lugar, y enfermedad hepática crónica en tercer lugar.

La fatalidad por accidentes de tránsito es especialmente elevada, y se relaciona con el nivel de alcoholemia. El consumo de alcohol aumenta las posibilidades de tener un accidente y reduce las de sobrevivir en tales situaciones. Una alcoholemia de 100 duplica el riesgo de muerte, y una de 250 lo triplica. No deben quedar por fuera otro tipo de accidentes en los que el alcohol puede jugar un papel importante, tal el caso de accidentes de aviación, de trenes, caídas y de tipo laboral.[4]

Yañez y colaboradores señalan que en el año 1986, el 6,1% de las muertes en España se relacionaron con el consumo de alcohol (7,9% en hombres y 4,2% en mujeres).[5] Estudios de población en ese país revelan que un 25% de la población toma a diario, un 65% lo hace al menos una vez por semana y de un 3 a 7% son consumidores de más de 80 gr. de alcohol por día. El cigarrillo es la principal causa de muerte entre los españoles (13% en 1983).[5]

Un estudio en veteranos de guerra de más de 55 años de edad mostró una mortalidad 2.64 veces mayor que lo esperado, y los autores determinaron que los predictores fueron la edad, la carencia de compañera, la presentación de un evento de psicosis alcohólica, otros desórdenes orgánicos y diagnósticos varios.[6] Es de hacer notar que la mortalidad en exceso es menos pronunciada en grupos de mayor edad.

Los estudios de mortalidad en alcohólicos deben interpretarse con reserva. Los certificados de defunción son a menudo poco confiables, en parte porque son llenados por médicos no familiarizados con las historias o que se resisten a estigmatizar a los descendientes. Por otro lado, datos sobre el consumo de alcohol obtenidos *post-mórtem* de parte de parientes y amigos, se correlacionan positivamente con hígado graso, pancreatitis crónica, alcoholemia positiva y enfermedades cardiovasculares.[7]

Los pacientes con problemas asociados al consumo de otras drogas tienden a tasas de mortalidad mayores que los alcohólicos.[6]

---

1. Schmidt, W.; De Lint, J.: "Causes of death of alcoholics". *Quarterly Journal of Studies on Alcohol.* 1972; 33 (1): 171-185.

2. Rehm, J.; Fichter, M.M.; Elton, M.: "Effects on mortality of alcohol consumption, smoking, physical activity, and close personal relationships". *Addiction.* 1993; 88 (1): 101-112.

3. Mann, R.E.; Anglin, L.; Wilkins, K.; Virgilis E.R.; MacDonald, S.: "Mortality in a sample of convicted drinking drivers". *Addiction.* 1993; 88 (5): 643-647.

4. Evans, L.; Frick, M.C.: "Alcohol's effect on fatality risk from a physical insult". *Journal of Studies on Alcohol.* 1993; 54 (4): 441-449.

5. Yañez, J.L.; Del Río, M.C.; Alvarez, F.J.: "Alcohol related mortality in Spain". *Alcoholism, Clinical and Experimental Research.* 1993; 17 (2): 253-255.

6. Maos, R.H.; Brennan, P.L.; Mertens, J.R.; "Mortality rates and predictors of mortality among late-middle-aged and older substance abuse patients". *Alcoholism, Clinical and Experimental Research.* 1994; 18 (1): 187-195.

7. Karhunen, P.J.; Penttilä, A.; "Validity of post-morten alcohol reports". *Alcohol and Alcoholism.* 1990; 25(1): 25-32.

También es importante señalar que en otro estudio de mortalidad, a los dos años de seguimiento en un grupo de alcohólicos que no estaban abusando, la tasa no fue mayor a la esperada, de donde se infieren los beneficios de la abstinencia.[8]

En un estudio de 49 464 sujetos masculinos jóvenes, se determinó que el consumo de más de 250 gramos de alcohol por semana implicaba un aumento en el riesgo relativo de muerte de 2.8, comparado con consumidores moderados (de 1 a 100 gr./semana). En esta investigación predominaron las muertes por causas violentas: 50% fueron suicidios y 32% accidentes de tráfico; un 12,2% se debieron a tumores y un 5,8% a trastornos de tipo cardiovascular.[9]

En el caso de Costa Rica, no hay estudios sobre la mortalidad de la población alcohólica, particularmente procedente de un Centro de Tratamiento para alcohólicos que, como en este caso, constituyó un hogar al cual acudían individuos con la enfermedad desarrollada en condiciones de deterioro evidente.

La presente investigación pretende reunir información acerca de las características particulares de la mortalidad en la población alcohólica masculina costarricense y su relación con hallazgos en otras latitudes.

Objetivos

1. Objetivo General

   1.1 Estudiar las causas de muerte en la población alcohólica costarricense.

2. Objetivos Específicos

   2.1 Determinar las causas de muerte en la población objeto.

   2.2 Analizar las causas de muerte según grupos de edad.

   2.3 Determinar la pérdida en años de vida según la expectativa de vida al nacer.

   2.4 Comparar la edad de muerte de la población alcohólica con la población general.

ANTECEDENTES

En 1976 abrió sus puertas el Centro de Rehabilitación para Enfermos Alcohólicos de Tirrases (C.R.E.A.T.), en las mismas instalaciones que habían albergado al Sanatorio "Las Mercedes" dedicado a la atención de víctimas del mal de Hansen.

El C.R.E.A.T. tenía una capacidad física de 200 camas (todas dedicadas al sexo masculino) y, desde el principio experimentó una demanda de servicios muy intensa, que lo llevó rápidamente a la saturación. El Centro daba servicios a los enfermos alcohólicos de todo el país; pero por razones de accesibilidad, predominaban los sujetos provenientes de la capital y ciudades circunvecinas.

Años después se realizó una investigación[10] sobre las características sociodemográficas y la evolución de la enfermedad en la población atendida. Se consideró que 6000 (seis mil) era el número de alcohólicos "severos" en la Costa Rica de la época, razón por la cual se optó por incluir 3000 (tres mil) pacientes en el estudio.

El propósito principal de la investigación fue servir de base para evaluar los programas de tratamiento del Centro e introducir mejoras en la atención al paciente alcohólico.

Se hizo un perfil clínico-social de cada paciente, que incluía la historia de consumo y abstención, el tratamiento aplicado y el pronóstico estimado, así como aspectos socioeconómicos y familiares. El uso de bebidas alco-

8. Barr, H.L.; Antes, D.; Ottenberg, D.J.; Rosen, A.: Mortality of treated alcoholics and drugaddicts: the benefits of abstinence". *Journal of Studies on Alcohol.* 1984; 45: 440-452.

9. Andréason, S.; Romelsjö, A.; Allebeck, P.: "Alcohol, social factors and mortality among young men". *British Journal of Addiction.* 1991; 86 (7): 877-887.

10. Miguez, H.A.: *Estudio del paciente alcohólico: perfil de 3000 internos.* Instituto Nacional Sobre Alcoholismo, Departamento de Investigación, San José, Costa Rica, 1982.

hólicas se estudió en detalle, con aspectos tales como: edad de inicio en la bebida, hábitos de ingesta, tratamientos recibidos, etc. Se basó en el expediente clínico y una entrevista efectuada al estar el paciente internado.

Se incluyeron en la investigación los pacientes internados en C.R.E.A.T. desde noviembre de 1978 hasta enero de 1981, excluyendo los casos de reinternamiento en ese lapso. Se realizó un seguimiento hasta enero de 1982.

El total de pacientes estudiados fue 3175, la mayoría de los cuales tenía edades que oscilaban entre los 26 y los 55 años.

El cuadro 1 muestra la distribución de la muestra en cinco categorías por edad.

Cuadro 1

Pacientes del C.R.E.A.T. entre 1978 Y 1981 según grupos de edad

Grupo de edad	*Cifras absolutas*	*Cifras relativas*
Total	3175	100.0
< 26 años	178	5.6
De 26 a 35 años	850	26.8
De 36 a 45 años	941	29.6
De 46 a 55 años	735	23.2
> 55 años	471	14.8

Casi la mitad de estos pacientes se desempeñaban como obreros no agrícolas. Le seguían en orden de importancia las categorías de "trabajador agrícola" y de "comerciantes y vendedores". Los trabajadores agrícolas aparecían con mayor frecuencia en los grupos de mayor edad y los pacientes más jóvenes se concentraban en ocupaciones del sector urbano de "baja calificación".

El nivel educativo de los pacientes de la muestra era bajo. El abandono de los estudios elementales era frecuente: un 10% no tenía estudio alguno, el 65% concluyó primaria y solo un 8,6% terminó los estudios secundarios.

En relación con la condición de convivencia, al 32% de solteros se sumaba un 21,2% de divorciados, separados o viudos, mientras que al 37% de casados se agregaba un 9,8% de individuos en unión libre.

En el estudio de Míguez se describe:

> "el inicio de los pacientes en la ingestión alcohólica se produjo tempranamente, por lo general en los primeros años de la adolescencia. Un número importante (18%) se inició en la niñez. Se observa una significativa iniciación en las edades más tempranas en los pacientes más jóvenes".
>
> "Los episodios de embriaguez suelen presentarse aproximadamente entre uno y dos años después de la primera ingestión alcohólica". "Las bebidas consumidas habitualmente por los pacientes son el guaro (aguardiente) y la cerveza".

Es importante subrayar que la cantidad de bebida consumida con mayor frecuencia fue de 230 c.c. de alcohol absoluto, lo que equivale aproximadamente a una botella de guaro como ingestión habitual. Un 11% de los pacientes declararon que consumían diariamente más de 500 c.c. de alcohol absoluto y los pacientes de mayor edad consumían cantidades significativamente menores.

Para el 25% de los pacientes, el internamiento en que se realizó el estudio constituyó el primer tratamiento que recibían por alcoholismo. El 50% recibió su primer tratamiento antes de los 36 años.

Durante un año, después del estudio, se realizó un seguimiento a los pacientes. El propósito era el de registrar, mes a mes, la abstinencia de bebidas alcohólicas. En 2300 casos se obtuvo el dato exacto de los días de abstención alcanzados. El 50% no sobrepasó el mes de abstinencia. Un 18% entró en crisis alcohólica el mismo día de su egreso del C.R.E.A.T. Solo el 11% sobrepasó el año sin consumir bebidas alcohólicas. Cabe señalar, finalmente, que los pacientes menores de 36 años de edad mostraron lapsos menores de abstinencia.[10]

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Cohorte de estudio

Está compuesta por todos los pacientes que fueron internados en el C.R.E.A.T. entre 1978 y 1981 que, al año 1993 habían fallecido. En total 668 individuos de los 3175 iniciales.

2. Procedimiento

Diez años después de concluido el estudio de Míguez, se realizó una consulta a nivel

del Registro Civil, con el propósito de determinar cuántos pacientes de la cohorte habían fallecido, y cuáles habían sido las condiciones de su deceso.

Para tal efecto se hizo una revisión de los cuestionarios y los expedientes de los 3175 internos incluidos en el estudio referido. El listado correspondiente fue enviado al Registro Civil. Todos los sujetos incluidos en la muestra del estudio original fueron contrastados con los archivos de muertes del Registro. En los casos positivos, es decir aquellos en los que coincidía el nombre, se procedió a la verificación formal (utilizando: nombre, dos apellidos, número de cédula y otros datos), para luego llenar una boleta con información precisa sobre su fallecimiento.

Se incluyeron en ella aspectos tales como: edad al morir, lugar donde murió, ocupación y estado civil al morir, causa y manera de muerte.

Con la información obtenida se procedió al análisis respectivo.

RESULTADOS

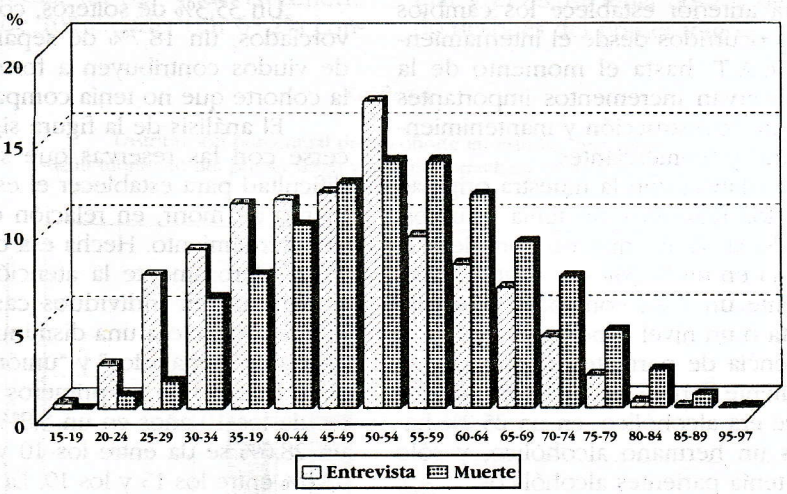
Una vez realizada la revisión de los archivos de defunciones del Registro Civil, se determinó que, de la muestra estudiada, un total de 668 individuos habían fallecido en el período de diez años posteriores al estudio de Míguez.

Se procedió entonces al análisis de las características de esta cohorte.

Cuando estuvieron internados, el 62,1% procedía de San José, un 9,9% de Heredia, un 7,3% de Alajuela y un 4,2% de Cartago. Esta distribución no es en términos generales diferente a la observada en el C.R.E.A.T. a lo largo de los años, y es resultado de la ubicación del Centro. Un 8,7% no tenía residencia fija.

Entre los fallecimientos únicamente se contaron dos casos que fueron internados con menos de 20 años. Sólo 65 estuvieron en el C.R.E.A.T. entre los 20 y los 29 años. Más del 51% corresponden al grupo de edades comprendidas entre los 35 y 54 años.

Gráfico 1
Distribución porcentual de la cohorte en estudio, por *edad*, según momento de entrevista y muerte Costa Rica, 1978-1992

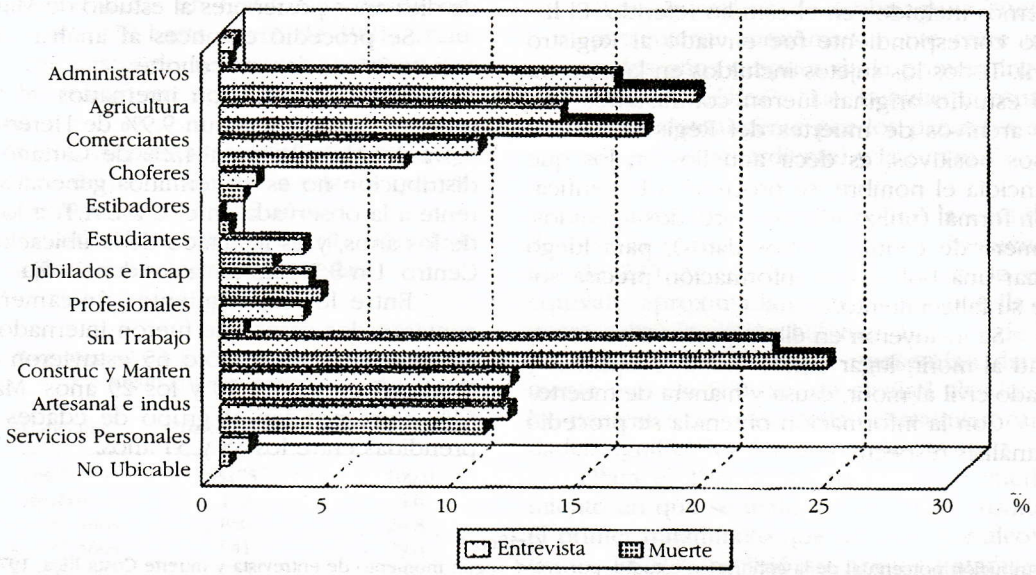


La figura anterior relaciona la curva de edades a la que los sujetos estuvieron internados en el C.R.E.A.T. y se les aplicó la entrevista, con la curva de edades de muerte.

Los sectores laborales representados al momento de la entrevista fueron, de mayor a menor: Construcción y Mantenimiento (22,3%), Agricultura y Ganadería (16%) y Comerciantes y Vendedores (13,8%). En la muestra se incluyen 24 "profesionales" (3,6%) y 23 pensionados (3,4%).

Gráfico 2

Distribución porcentual de la cohorte en estudio, por *ocupación*, según momento de entrevista y muerte
Costa Rica, 1978-1992



La figura anterior establece los cambios ocupacionales ocurridos desde el internamiento en el C.R.E.A.T. hasta el momento de la muerte. Se observan incrementos importantes en los rubros de "construcción y mantenimiento", "agricultura" y "comerciantes".

En concordancia con la muestra original, un 11,8% de los fallecidos no tenía estudios, lo que sumado al 42,5% que no completó la primaria resulta en un 54,3% sin su título básico. Escasamente un 7,4% contaba con secundaria completa o un nivel superior.

La presencia de parientes alcohólicos se da en la siguiente forma: en un 36,6% de los casos el padre era alcohólico, en un 25,2% había al menos un hermano alcohólico, y sólo un 20,5% no tenía parientes alcohólicos.

La edad en que se tuvo el primer trabajo llama poderosamente la atención: de 5 a 9 años, un 28,2%, de 10 a 14 un 44,4% y de 15 a 19 años, un 22,5, lo que conjuntamente representa un 95,1% del total de la cohorte. Este es un parámetro muy representativo en lo que a definición de características se refiere.

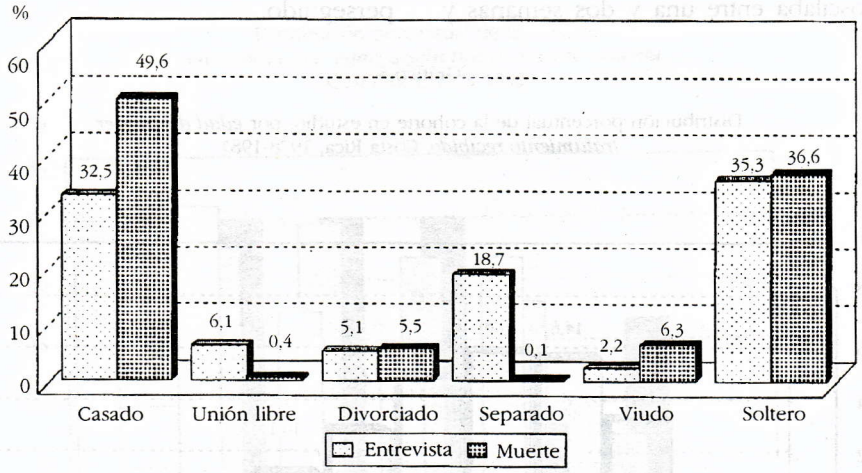
Un 35,3% de solteros, con un 5,1% de divorciados, un 18,7% de separados y un 2,2% de viudos contribuyen a formar un 61,4% de la cohorte que no tenía compañera.

El análisis de la figura siguiente debe hacerse con las reservas que supone la mayor dificultad para establecer el estado civil al momento de morir, en relación con la condición de internamiento. Hecha esa consideración llama poderosamente la atención el incremento porcentual en individuos casados, aparentemente asociado a una disminución de las categorías de "separados" y "unión libre".

La edad de los primeros tragos ocurre antes de los 10 años en un 5,8% de los casos. En un 28,6% se da entre los 10 y los 14; y en un 43,0% entre los 15 y los 19. La primer borrachera ocurre entre los 5 y los 9 años en el 3,5% de los casos; entre los 10 y 14 en un 24,2% y entre los 15 y 19 años en 40,9%, lo que suma un 68,6% que se emborracha antes de la mayoría de edad. La siguiente figura ilustra lo descrito anteriormente, y refleja el alto grado de coincidencia entre la primera ingesta y la primera

Gráfico 3

Distribución porcentual de la cohorte en estudio, por *estado civil*, según momento de entrevista y muerte Costa Rica, 1978-1992



embriaguez, evidencia del rápido avance en la carrera alcohólica del grupo en estudio.

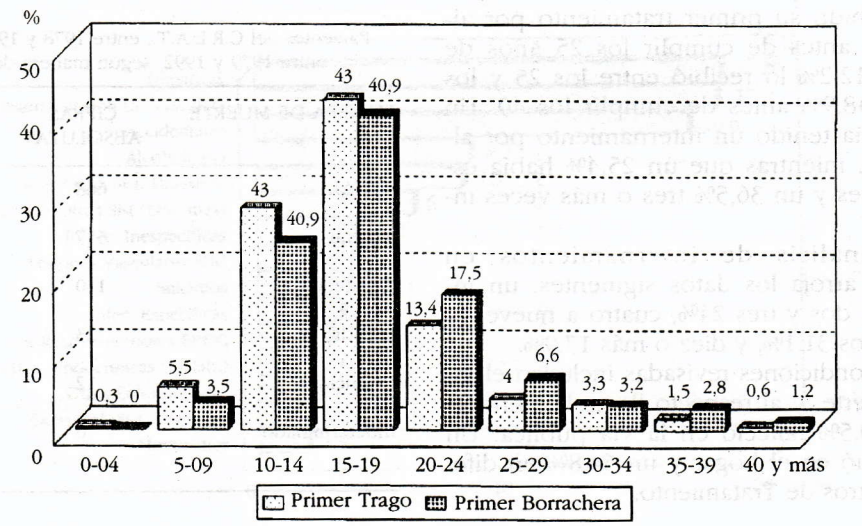
La mayoría de los sujetos, un 61,7%, consumía preferentemente licores corrientes (guaro); un 23,4% tomaba cerveza y otros.

El consumo de alcohol absoluto revela cifras muy elevadas: un 82,7% de la cohorte consumía más de 100 c.c./día (un 65,2% consumía más de 150 c.c./día y un 24,1% entre 201 y 250 c.c./día); un 92,8% ingería más de 250 c.c./semana.

Casi el 58% de la cohorte no había logrado siquiera un año de abstinencia alguna vez en la vida; el 50,7% perdía el equilibrio al tomar y el 88,3% tenía deseos de seguir tomando después del primer trago.

Gráfico 4

Distribución porcentual de la cohorte en estudio, por *edad*, según momento del primer trago y primer borrachera Costa Rica, 1978-1992

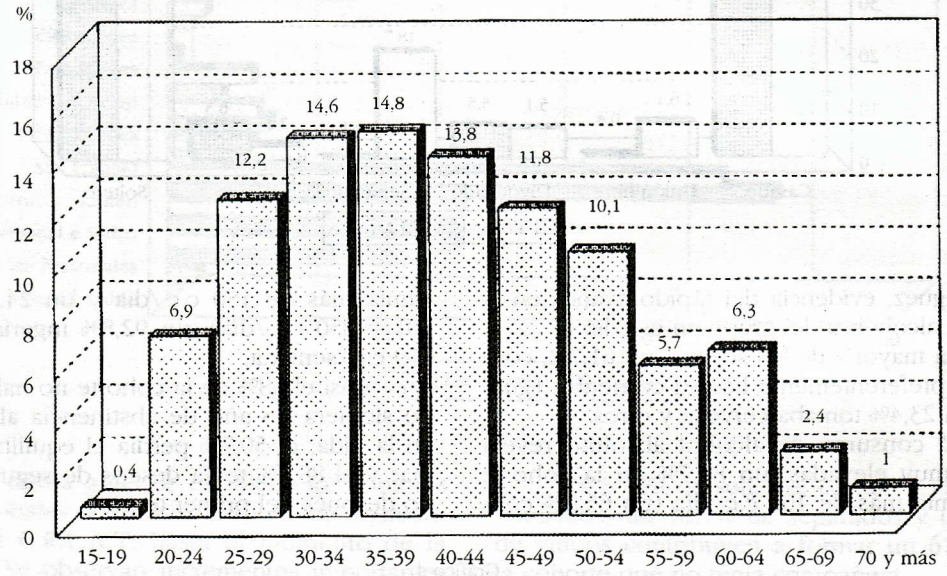


Con el fin de establecer categorías de consumo es necesario mencionar que un 90,6% de la cohorte hacía "tandas", de las cuales un 29% tenía una duración de menos de una semana, un 19,6% oscilaba entre una y dos semanas y un 42% se extendía por más de 2 semanas.

El 67,7% había sufrido "lagunas mentales", un 46,9% había experimentado alucinaciones visuales y un 42,9% sensaciones de ser perseguido.

Gráfico 5

Distribución porcentual de la cohorte en estudio, por *edad del primer tratamiento recibido*, Costa Rica, 1978-1981



Entre los pacientes fallecidos un 7,3% había recibido su primer tratamiento por alcoholismo antes de cumplir los 25 años de edad, un 12,2% lo recibió entre los 25 y los 29, y un 48,9% antes de cumplir los 40. Un 38,1% había tenido un internamiento por alcoholismo, mientras que un 25,4% había estado 2 veces y un 36,5% tres o más veces internados.

El análisis de internamientos en C.R.E.A.T. arroja los datos siguientes: un ingreso 27%, dos y tres 24%, cuatro a nueve internamientos 31,1%, y diez o más 17,9%.

Las condiciones revisadas incluyen el lugar de muerte, y al respecto llama la atención que un 20,5% falleció en la vía pública. Un 24,7% murió en el hogar y un 54,8% en diferentes Centros de Tratamiento.

Cuadro 2

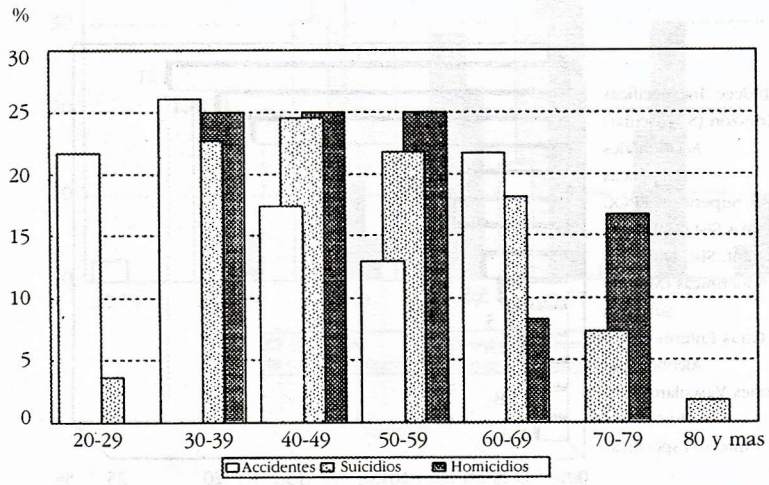
Pacientes del C.R.E.A.T., entre 1978 y 1981, fallecidos entre 1979 y 1992, según manera de muerte

MANERA DE MUERTE	CIFRAS ABSOLUTAS	CIFRAS RELATIVAS
TOTAL	668	100,0
Natural	517	77,4
Accidental	110	16,5
Suicidio	23	3,4
Homicidio	12	1,8
Indeterminado	6	0,9

Del cuadro anterior se desprende que la proporción de muertes violentas alcanza un 22,6%, cifra muy elevada en relación con lo observado en población general.

Gráfico 6

Distribución porcentual de la cohorte en estudio, por *edad, según tipo de muerte violenta,* Costa Rica, 1979-1992

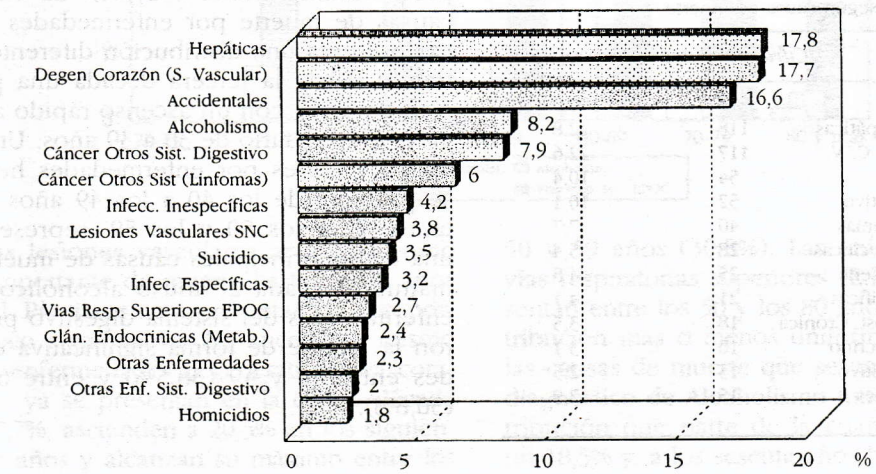


Las muertes accidentales se presentan con una distribución bastante uniforme a lo largo del espectro etario, al igual que las causadas por suicidios. Los homicidios afectan a esta población particularmente de los 30 a los 60 años (75%).

Por otra parte, las enfermedades hepáticas, las degenerativas del Sistema Cardiovascular y las accidentales, representan en conjunto un 52,11% de las causas de muerte en la población analizada.

Gráfico 7

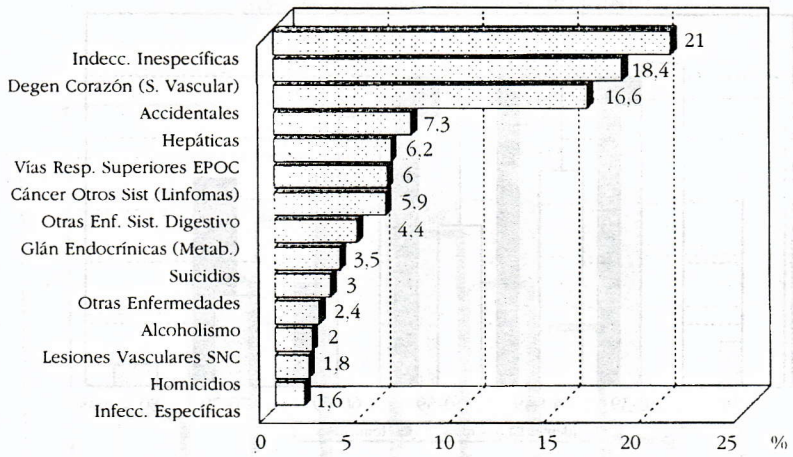
Distribución porcentual de la cohorte en estudio, por *causa de muerte* Costa Rica, 1979-1992



El episodio de muerte o desenlace final, muestra variaciones significativas; particularmente en lo referente a la importancia relativa de las infecciones inespecíficas en organismos afectados por otros padecimientos. En el gráfico siguiente se muestra el detalle respectivo.

Gráfico 8

Distribución porcentual de la cohorte en estudio, por *episodio final de muerte* Costa Rica, 1979-1992



El análisis de la causa de muerte entre los pacientes fallecidos de manera natural destaca de nuevo a las Enfermedades Hepáticas, del Corazón y Sistema Cardiovascular y Cáncer del Sistema Digestivo y otros sistemas, como las principales causas de defunción en la población alcohólica costarricense.

Cuadro 3

Pacientes del C.R.E.A.T., entre 1978 y 1981, fallecidos de manera natural entre 1979 y 1992 según causa de muerte

Causa de muerte	*Cifras absolutas*	*Cifras relativas*
Total	517	100.0
Enfermedades Hepáticas	118	22,8
E. Corazón Y Sist. C. V.	117	22,6
Alcoholismo	54	10,4
Cáncer Sist. Digestivo	52	10,1
Cáncer Otros Sistemas	40	7,7
Infecciones Inespecíficas	28	5,4
Les.Vasc.Sist.Ner.Cent	25	4,8
Infecciones Específicas	21	4,1
Enf. Pulmonar Obst. Crónica	18	3,5
Enf. Sistema Endocrino	16	3,1
Enf. Sistema Digestivo	13	2,5
Otras Enfermedades	15	2,9

Los gráficos 9a, 9b y 9c dan una panorámica de la incidencia de muerte por grupos de edad en cada una de las patologías mencionadas.

El cáncer del sistema digestivo aparece en la cuarta década con una incidencia en la población estudiada del 5,8% y aumenta progresivamente hasta culminar con un 32,7% en las edades de 60 a 69 años. Los linfomas igualmente se presentan en ese nivel etario predominantemente (32,5%). La curva de causas de muerte por enfermedades hepáticas presenta una distribución diferente, mostrando desde la tercera década una proporción de 2,5%, con un ascenso rápido a 21,5% en el grupo etario de 30 a 39 años. Un 30,5% de las muertes por enfermedades hepáticas se presenta de los 40 a los 49 años, y otro tanto entre los 50 y los 59, representando una de las principales causas de muerte prematura asociada al abuso alcohólico. Otras enfermedades del sistema digestivo provocaron la muerte de forma significativa en edades entre 40 y 49 (38,5%) y entre 60 y 69 (30,8%).

Gráfico 9a

Distribución porcentual de la cohorte en estudio, según *causa de muerte*, por *edad* Costa Rica, 1979-1992

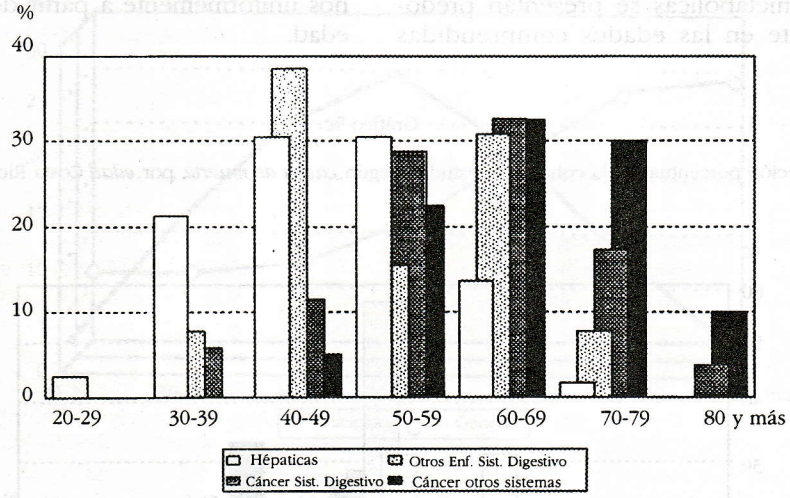
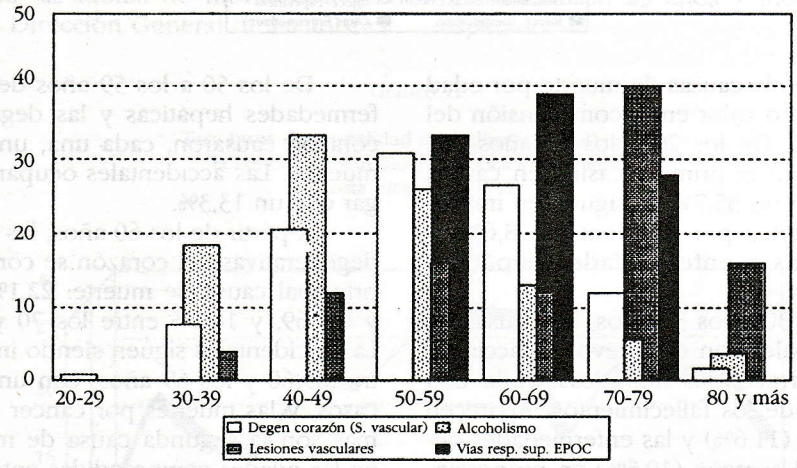


Gráfico 9b

Distribución porcentual de la cohorte en estudio, según *causa de muerte*, por *edad* Costa Rica, 1979-1992



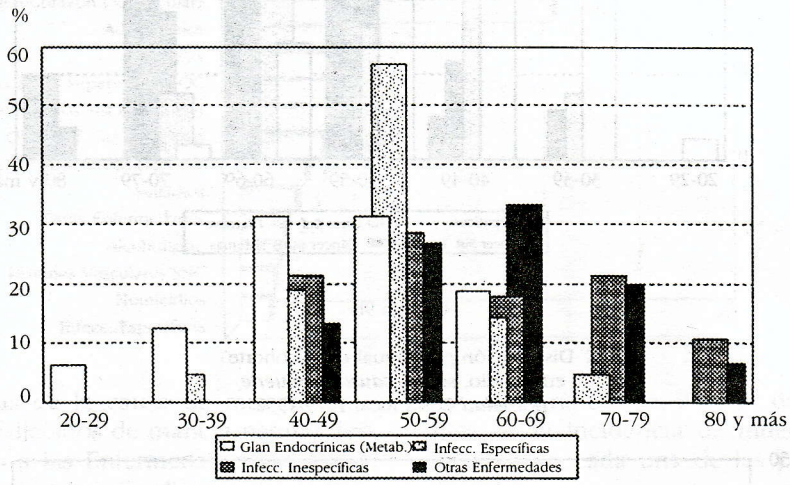
Las lesiones vasculares aparecen como causa importante de muerte hasta los 70 años de edad. Previamente representan una proporción poco significativa. No sucede lo mismo con las enfermedades degenerativas del corazón que ya se presentan en la cuarta década en un 7,7%, ascienden a 20,5% en los siguientes diez años y alcanzan su máximo entre los 50 y 59 años (30,8%). Las enfermedades de vías respiratorias superiores (E.P.O.C.) se presentan entre los 50 y los 80 años con una distribución más o menos uniforme. Finalmente, las causas de muerte que se engloban bajo el diagnóstico de Alcoholismo muestran una distribución que parte de la cuarta década con un 18,5% y, a los sesenta años ha abarcado un

77,7% de los casos. Esta clasificación constituye un grupo importante de las muertes que se presentan prematuramente.

Con respecto al siguiente gráfico; las enfermedades metabólicas se presentan predominantemente en las edades comprendidas entre los 40 y los 60 años. Las infecciones específicas producen su mayor impacto de mortalidad en la sexta década de vida y las infecciones inespecíficas se distribuyen más o menos uniformemente a partir de los 40 años de edad.

Gráfico 9c

Distribución porcentual de la cohorte en estudio, según *causa de muerte*, por *edad* Costa Rica, 1979-1992



El análisis de causas de muerte por edad resulta de mucho valor en la comprensión del cuadro general. De los 20 a los 29 años, los suicidios ocupan la primera casilla en causas de muerte, con un 35,7%; le siguen en importancia las muertes por accidentes (28,6%) y las secundarias a enfermedades hepáticas (21,4%).

Entre los 30 y los 39 años, las causas de muerte principales son de nuevo los accidentes y las enfermedades hepáticas, cada una con un 29,1% de los fallecimientos. Aparecen el alcoholismo (11,6%) y las enfermedades degenerativas del corazón (10,5%) en proporciones significativas.

Durante la cuarta década se repite el patrón de mortalidad: todavía predominan las muertes secundarias a enfermedades del hígado (24,8%) y las accidentales (18,6%), seguidas por las del sistema vascular (16,6%) y las agrupadas bajo el diagnóstico de alcoholismo (12,4%).

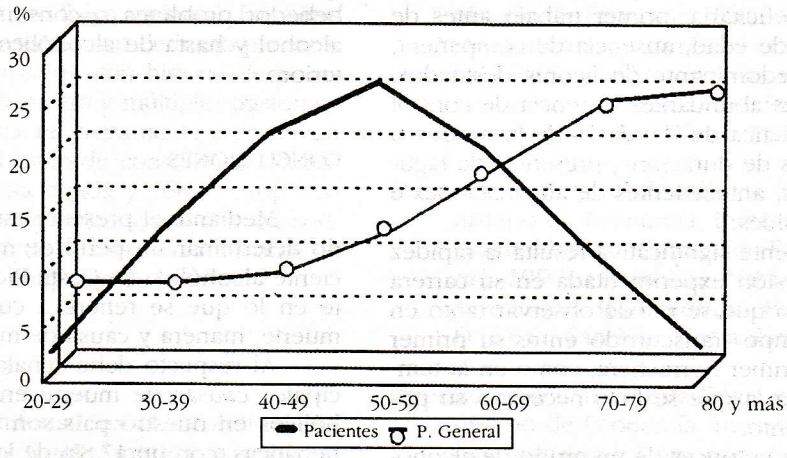
De los 50 a los 59 años de edad, las enfermedades hepáticas y las degenerativas del corazón causaron, cada una, un 19,9% de las muertes. Las accidentales ocupan un tercer lugar con un 13,3%.

A partir de los 60 años, las enfermedades degenerativas del corazón se constituyen en la principal causa de muerte: 22,1% entre los 60 y los 69, y 18,4% entre los 70 y los 79 años. Las accidentales siguen siendo importantes entre los 60 y los 69 años, con un 14,3% de los casos, y las muertes por cáncer de otros sistemas son la segunda causa de muerte (15,8%) en las edades comprendidas entre los 70 y los 79 años.

EDAD DE MUERTE

La edad al morir en la población de alcohólicos es temprana en relación con la población general. Lo anterior se presenta en forma dramática en la figura siguiente.

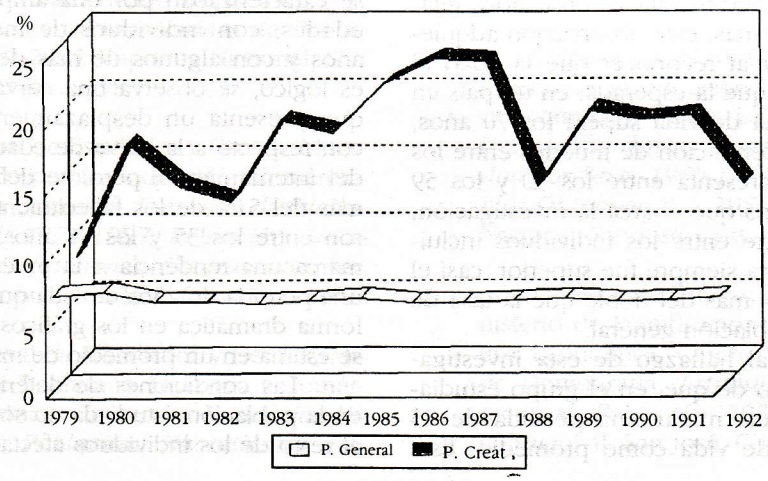
Gráfico 10
Distribución porcentual de la edad de muerte, por *tipo de población* Costa Rica, 1979-1992



Más específicamente, en el Gráfico 11, se comparan las tasas de muerte de la cohorte en estudio y la población general, desglosado por año, de 1979 a 1992.

Con el propósito de determinar la pérdida promedio de años de vida, se procedió al análisis de las tablas de mortalidad por edades de la Dirección General de Estadística y Censos y se comparó en cada caso, y de acuerdo al año del deceso, la edad de muerte y la edad esperada de muerte. Mediante el anterior procedimiento se obtuvo una diferencia promedio de 25.63 años, lo que significa que los miembros de la cohorte en estudio fallecieron 25 años y medio antes de lo esperado.

Gráfico 11
Tasa bruta de mortalidad masculina (por mil) entre la cohorte de estudio y la población general Costa Rica, 1979-1992



DISCUSIÓN

El grupo estudiado reveló características en común como: inicio precoz en la bebida, educación deficitaria, primer trabajo antes de los 20 años de edad, ausencia de compañera, consumo predominante de licores destilados, en cantidades abundantes, carencia de control al beber, práctica de "tandas" –de hasta dos o más semanas de duración–, presencia de lagunas mentales, antecedentes de alucinaciones e ideas paranoides.

Igualmente significativa resulta la rapidez de la progresión experimentada en su carrera alcohólica, lo que se puede observar tanto en el corto tiempo transcurrido entre su primer trago y su primer borrachera, como en la temprana edad a la que se hizo necesario su primer tratamiento.

Se trata entonces de un grupo de alcohólicos con niveles de deterioro moderado y predominantemente severo.

El análisis de la mortalidad revela en primer lugar una alta proporción de muertes violentas, que alcanzan en importancia a las mismas enfermedades hepáticas y a las degenerativas del sistema vascular.

El cáncer del sistema digestivo y de otros sistemas ocupa un lugar importante en la escala de causas de muerte natural, seguido de las infecciones inespecíficas; ésta última presente en primer lugar como episodio final, situación comprensible en el caso de organismos profundamente debilitados.

Es importante señalar al alcoholismo y las enfermedades hepáticas como causa de muerte que se hace manifiesta en edades relativamente tempranas, esta observación adquiere mayor fuerza al reconocer que la edad al morir es menor que la esperada: en un país en que la esperanza de vida supera los 70 años, la más alta concentración de muertes entre los alcohólicos se presenta entre los 50 y los 59 años. En los años que abarca la investigación, la tasa de muerte entre los individuos incluidos en la muestra siempre fue superior, casi el doble, y a veces más del doble que la tasa de muerte en la población general.

El principal hallazgo de esta investigación es el hecho de que, en el grupo estudiado, se pudo determinar una pérdida de 25 años y medio de vida como promedio. Esta cifra debe considerarse en función de las características de la población estudiada, un grupo de alcohólicos con deterioro severo que, en ese sentido debe ser diferenciado del bebedor problema o consumidor abusivo de alcohol y hasta de alcohólicos con menor deterioro.

CONCLUSIONES

Mediante el presente estudio se ha logrado determinar un perfil de mortalidad del paciente alcohólico en Costa Rica, particularmente en lo que se refiere a curvas de edad de muerte, manera y causa de muerte.

Al respecto debe señalarse que las principales causas de muerte en individuos alcohólicos en nuestro país son las enfermedades hepáticas, con un 17,8% de los casos, y las degenerativas del corazón y el sistema vascular, con un 17,7%.

Una observación muy importante es el alto porcentaje de muertes accidentales que ocurren en este grupo poblacional, correspondiente al tercer puesto de causas de muerte, con un 16,6% de los casos.

Por otra parte, a las muertes provocadas por accidentes se deben agregar las que son producto de homicidios o suicidios, que también se constituyen en una proporción muy elevada en relación con las muertes que por esas causas se producen en la población general: 1,8% y 3,4% respectivamente.

Los 3175 pacientes, del Centro de Rehabilitación para Enfermos Alcohólicos de Tirrases, se caracterizaban por una amplia variedad de edades, con individuos de menos de veinte años y con algunos de más de setenta. Como es lógico, se observa una curva de mortalidad que presenta un desplazamiento cronológico con respecto a la curva de edades al momento del internamiento; pero, se debe destacar que más del 51% de los fallecimientos se presentaron entre los 35 y los 54 años, condición que marca una tendencia a la muerte prematura y una pérdida de años de vida que se expresa en forma dramática en los gráficos 10 y 11, y que se estima en un promedio de más de 25 años.

Las condiciones de deterioro psico-social en la población estudiada no son generalizables al resto de los individuos afectados por el alco-

holismo. Es justo reconocer que quienes se internaban en "Tirrases" a finales de los setenta e inicios de los ochenta, eran personas con pocos recursos económicos y lo anterior se asocia igualmente a deterioro físico y mental. Los hábitos de ingestión descritos son de inicio precoz y rápidamente progresivos, con historia de pocas alternativas de tratamiento y múltiples trastornos asociados. No obstante, ciertamente representan una expresión del estilo de consumo del costarricense, con ingesta rápida y con el propósito de llegar al estado de embriaguez; con un consecuente desarrollo de su adicción al alcohol en forma mucho más temprana de lo usual.

BIBLIOGRAFÍA

Caetano, R.: "Manifestations of alcohol-related problems in Latin America: a review". *PAHO Bulletin.* 1984; 18 (3): 258-280.

Conn, H.O.; Bircher, J.: *Hepatic Encephalopathy Syndromes and Therapies.* Medi-Ed Press, Bloomingthon, Illinois, 1994.

Cooper, M.L.: "Alcohol and increased behavioral risk for AIDS". *Alcohol, Health and Research World.* 1992; 16 (1): 64-72.

Chassoul, Ch.; Morales, Y.: *Encuesta Nacional de Hábitos de Ingestión Alcohólica.* Instituto Nacional Sobre Alcoholismo, San José, Costa Rica, 1970.

Dirección General de Estadística y Censos, Centro Latinoamericano de Demografía: *Estimaciones y Proyecciones de Población: 1950-2025.* Imprenta Nacional, San José, Costa Rica, 1983.

Dirección General de Estadística y Censos, Ministerio de Economía, Industria y Comercio, Industria y Comercio: *Diez años de Estadística Vital: 1978-1987; Población, Nacimientos, Defunciones, Contrayentes.* Imprenta Nacional, San José, Costa Rica, 1992.

Dirección General de Estadística y Censos, Ministerio de Economía, Industria y Comercio, Industria y Comercio: *Estadística Vital: 1988; Población, Nacimientos, Defunciones, Matrimonios.* Publicaciones D.G.E.C., San José, Costa Rica, 1993.

Dirección General de Estadística y Censos, Ministerio de Economía, Industria y Comercio, Industria y Comercio: *Estadística Vital: 1989; Población, Nacimientos, Defunciones, Matrimonios.* Publicaciones D.G.E.C., San José, Costa Rica, 1994.

Dirección General de Estadística y Censos, Ministerio de Economía, Industria y Comercio, Industria y Comercio: *Estadística Vital: 1990; Población, Nacimientos, Defunciones, Matrimonios.* Publicaciones D.G.E.C., San José, Costa Rica, 1994.

Dirección General de Estadística y Censos, Ministerio de Economía, Industria y Comercio, Industria y Comercio: *Estadística Vital: 1991; Población, Nacimientos, Defunciones, Matrimonios.* Publicaciones D.G.E.C., San José, Costa Rica, 1994.

Dirección General de Estadística y Censos, Ministerio de Economía, Industria y Comercio, Industria y Comercio: *Estadística Vital: 1992; Población, Nacimientos, Defunciones, Matrimonios.* Publicaciones D.G.E.C., San José, Costa Rica, 1995.

Dirección General de Estadística y Censos, Ministerio de Economía, Industria y Comercio, *Estadística Vital: 1993; Población, Nacimientos, Defunciones, Matrimonios.* Publicaciones D.G.E.C., San José, Costa Rica, 1995.

Dirección General de Estadística y Censos, Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, Centro Latinoamericano de Demografía: *Tablas Abreviadas de Mortalidad por Sexo: 1950-1963-1973-1984. Tablas Quinquenales: 1950-2025.* Imprenta Nacional, San José, Costa Rica, 1988.

Dirección General de Estadística y Censos, Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, Centro Latinoamericano de Demografía: *Estimaciones y Proyecciones de Población: 1950-2025.* Imprenta Nacional, San José, Costa Rica, 1988.

Friedman, H.S.: "Alcohol, arrhythmia and sudden death. *Alcohol", Health and Research World.* 1992; 16 (1): 87-91.

Garro, A.J.; Espina, N.; Lieber, C.S.: "Alcohol and cancer". *Alcohol, Health and Research World.* 1992; 16 (1): 81-86.

Jacobson, J.M.: "Alcoholism and tuberculosis. *Alcohol", Health and Research World.* 1992; 16 (1): 39-45.

Kruger, T.E.; Jerrels, T.R.: "Potential role of alcohol in human inmunodeficiency and virus infection". *Alcohol, Health and Research World.* 1992; 16 (1): 57-63.

Mendenhall, C.L.: "Inmunity, malnutrition and alcohol". *Alcohol, Health and Research World.* 1992; 16 (1): 23-28.

Míguez, H.A.: *Frecuencias observadas en una Población de pacientes internos en el Centro de Rehabilitación de Enfermos Alcohólicos.* Instituto Nacional Sobre Alcoholismo, Departamento de Investigación, San José, Costa Rica, 1978.

Naveillan, P. ; Vargas, S.: *Expectativa de Vida del Bebedor Problema en Santiago, Chile. VI. Jornadas Laborables Perdidas. Años 1960 y 1980.* Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol.97, Nº 3, Setiembre 1984: 252-60.

Nelson, S.; Shellito, J.; Mason, C.: *"Alcohol and bacterial pneumonía". Alcohol, Health and Research World.* 1992; 16 (1): 73-80.

Organización Panamericana de la Salud: *Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción.* Vol. 2. Oficina Sanitaria Panamericana, Washington D.C., E.U.A., 1978.

Rodríguez, A.: "Transición del consumo de riesgo al síndrome de dependencia del alcohol". *Adicciones.* 1995; 7 (2): 179-210.

Roizen, R.; Cahalan, D.; Shanks, P.: "Spontaneous remissin among untreated problem drinders". En Kandel D.B.: *Longitudinal research on drug use: Empirical findings and methodological issues.* Hemisphere Publishing Corporation, Washington, D.C., 1978.

Roselle, G.A.: "Alcohol and the inmune system". *Alcohol, Health and Research World.* 1992; 16 (1): 16-22.

Rosman, A.S.: "Viral hepatitis and alcoholism". *Alcohol, Health and Research World.* 1992; 16 (1): 48-56.

Francisco Jiménez M.
Junta Directiva
IAFA
Apdo. 4494-1000
San José, Costa Rica

Ronald Alvarado C.
IAFA
Apdo. 4494-1000
San José, Costa Rica

Ciencias Sociales 77: 61-67, setiembre 1997

CONCEPCIONES Y OPINIONES DE PREESCOLARES SOBRE DROGAS LÍCITAS DE UNA ZONA URBANO MARGINAL

Viriam Leiva Díaz
Marcela Madriz Arce

RESUMEN

El presente artículo tiene, como propósito fundamental, proveer información que contribuya de alguna manera en la prevención del problema de la farmacodependencia. Se realizó un estudio con niños en edad preescolar, en una zona urbano-marginal de la provincia de Cartago, para determinar cuan interiorizado está el consumo de drogas en ellos; procurando una visión integradora en el cual se tomó en cuenta no solamente al niño, sino a su medio intra y extrafamiliar.

ABSTRACT

The fundamental purpose of this writ is to provide information which may help prevent drug dependency. A study was made among pre-school children in an urban-marginal zone in the Province of Cartago to determine how drug consumption has deepened into those children thurs providing a wholesome view taking into consideration not only the child but also his environment in and outside the family.

INTRODUCCIÓN

Datos generales de Paraíso industrial

La presentación de los datos está sustentada en un censo realizado por el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) de Cartago a finales de 1995. El asentamiento de Paraíso Industrial, se localiza en el cantón de Paraíso de la provincia de Cartago. Este asentamiento tiene características de invasión precarista, cuenta con 1750 viviendas y con una población de más de 8500 personas, en una extensión de aproximadamente 50 hectáreas. La mayoría de personas que invadieron las tierras de Paraíso Industrial provenían principalmente del cantón de Paraíso; sin embargo, por las condiciones en que se negociaron estas tierras, la situación se prestó para que muchas familias migraran también de otros lugares, como Turrialba, Limón, Guanacaste y Nicaragua.

La cantidad de viviendas así como sus condiciones estructurales difieren según el sector de que se trate, pero en general se encuentran en condiciones precarias.

En cuanto al nivel educativo de la población, un 32% completó la primaria, un 15% ni siquiera fue a la escuela, un 27% llegó hasta

tercer grado y solo un 2% de la población obtiene ingresos mayores a los ¢50000 colones mensuales.

LA VIOLENCIA Y SUS MANIFESTACIONES

La violencia intrafamiliar contempla distintos niveles, desde la agresión física o sexual, hasta la que se da por negligencia, ya sea con niños, ancianos o personas discapacitadas.

Para los fines de este trabajo, se siguieron los criterios que sobre violencia nos expone Walker, quien la considera como

> "cualquier acto u omisión que resulte en un daño en la integridad física, sexual, social o emocional. En este sentido, la violencia doméstica puede incluir cualquier comportamiento que tenga por objeto, la degradación, el control o la coerción. Incluye la violencia contra las personas adultas, los ancianos/as o los niños/as" (Walker, 1984 : cap. 12).

La violencia intrafamiliar en cualquiera de sus modalidades, está en muchos casos ligada al consumo de drogas, ya sean lícitas o ilícitas. Es importante anotar que, sin embargo, no son las drogas un factor directo causante de violencia, sino un elemento que incrementa los niveles de ésta. Existe un mito sobre la violencia intrafamiliar provocada por el alcohol que dice: "El alcoholismo es la causa de la agresión" (Walker, 1979:18); al respecto es importante anotar que "el análisis de casos de agresión revela que el agresor golpea tanto en estado de abstinencia como cuando está ebrio" (Walker, 1979: 18), mientras que el no agresor, aunque se embriague, no abusará de su esposa. Vale anotar que durante el síndrome de intoxicación de hipnóticos, sedantes, y marihuana se manejan importantes niveles de agresividad e impulsividad; sin embargo, no se cuenta en estos momentos con datos suficientes para determinar ¿hasta dónde la violencia es generada directamente por los efectos de drogas como hipnóticos, sedantes y marihuana? y ¿hasta dónde es parte de la estructura de personalidad de los sujetos que la consumen, o si es más bien una combinación de ambas?

La agresión deja múltiples lesiones a nivel psicológico (temor, miedo, indefensión, confusión, baja autoestima, invalidez aprendida), en tanto las víctimas creen que no pueden actuar sobre el medio que las rodea.

Tanto la presencia de las drogas como de la violencia intrafamiliar se presentan en cualquier núcleo social. Para el presente trabajo nos interesa analizar la presencia de las drogas y de la violencia intrafamiliar en los niños preescolares, de ahí lo pertinente de conceptualizar e introducir aspectos asociados a este término.

LAS DROGAS Y FACTORES ASOCIADOS A ELLAS

El hombre ha hecho uso de las drogas con distintos fines, como son los medicinales, los recreativos y los religiosos. En las últimas décadas del presente siglo, las drogas se han convertido en una verdadera epidemia.

La Organización Mundial de la Salud define las drogas como

> "toda sustancia que introducida en un organismo vivo puede modificar una o más funciones de éste... abarca no sólo los medicamentos destinados sobre todo al tratamiento de enfermos, sino también activas desde el punto de vista farmacológico" (Citado por Del Olmo: tomado de Kraner y Cameron, 1975: 13).

Para fines de esta investigación la definiremos como "toda sustancia capaz de alterar las condiciones psíquicas y a veces físicas del ser humano" (Del Olmo: 1988: 2).

Del Olmo nos habla de tres modelos explicativos que se han utilizado como una forma de entender el abordaje oficial al problema de la drogadicción, los cuales han tratado con mayor o menor fuerza de proporcionar un marco de referencia que sirva para entender y generar políticas tendientes a atacar el problema de la droga. Estos tres modelos son:

1) el ético jurídico, el cual "designa a todas las drogas –agrupadas en estupefaciente y psicotrópicos–, así como a quien las consume y las trafica, como "peligrosos"... Legitima la diferencia entre el bien y el mal" al declarar ilegal la conducta que tenga que ver con la droga definida por ese mismo discurso como

ilegal, no por sus cualidades farmacológicas, sino porque se percibe como amenaza socioética. (1988:7);

2) el modelo médico, que "señala al drogadicto como enfermo y a la droga como " virus", "epidemia" o "plaga"; sirve para crear el estereotipo de la dependencia." (Del Olmo, 1988:5);

3) el modelo jurídico transnacional que surge en las últimas décadas; con él se internaliza el control de las drogas. Bajo este modelo, se señala a América Latina como el principal productor de drogas.

Todos los modelos antes citados hacen énfasis en sólo uno de los factores relacionados con las drogas; sin embargo, se conoce que este problema es multicausal. Hay factores sociales, individuales, climáticos, políticos y familiares que se conjugan para mantener y sostener la drogadicción.

Alma de Ruiz apunta las siguientes características estructurales de la familia del adicto:

> "sobreprotección de uno de los padres y rechazo y desligamiento del otro, evitación de conflictos, desorganización en las fronteras, jerarquías de poder ineficientes y dependencia o estancamiento en las etapas del ciclo de vida intra y extra familiar (1992:44).

El fenómeno de la drogadicción es complejo de abordar; de allí la importancia de proporcionar datos en todos los niveles, que permitan realizar un acercamiento adecuado a dicha problemática.

EL JUEGO COMO MEDIO DE EXPRESIÓN

El niño por medio del juego puede expresar cosas que ni siquiera se han podido mencionar adecuadamente; también sirve para expresar cosas que a menudo experimenta de manera extrema y directa.

El juego da la oportunidad para entender como ve el niño, al mundo, no cómo lo ve el adulto, o cómo cree él que lo ve el niño, además de cómo dramatiza el niño los roles de su vida cotidiana, sin sentir temor a ser castigado por estos sentimientos.

El análisis del juego, como una forma de expresión de la realidad, es un excelente método no solo de terapia sino también como método investigativo para explorar sentimientos, conocimientos, el medio intra y extrafamiliar, situaciones de riesgo para el niño (maltrato físico, sexual, psicológico).

La interpretación de mensajes y metamensajes que reciben los niños preescolares en su ambiente familiar, y de los medios de comunicación, solo pueden ser analizados a través del juego.

METODOLOGÍA

El presente estudio se realizó con base en la investigación cualitativa de los hábitos de salud de un grupo de diez niños preescolares. No se intenta una cuantificación de los hallazgos, debido a que el estudio posee un carácter exploratorio.

El universo lo constituyen los niños inscritos en los dos grupos de Kinder de la Escuela Santa Lucía del Asentamiento Paraíso Industrial-Campo Ayala, procedentes de la misma comunidad de Paraíso Industrial y fue escogido por un interés personal de las investigadoras por trabajar con niños preescolares, para determinar o validar los siguientes cuestionamientos:

¿Tienen los niños una conceptualización y posicionamiento de los productos referentes a drogas?

¿Tienen los niños en edad preescolar un concepto sobre sustancias psicoactivas?

En un primer momento se pensó trabajar con todos los niños de uno de los grupos de kinder; sin embargo, después de realizada una dinámica, con el fin de procurar un ambiente de confianza entre nosotros y los niños, se pudo observar que los niños poseen poca capacidad para determinar diferencias, conceptos, poseen escaso lenguaje e interpretación de indicaciones que se les da. Por lo anterior, se determinó que para fines del trabajo, cuya metodología requería una participación más individualizada, se decidió reducir el número de niños a 10 (cinco varones y cinco niñas), que constituían el grupo en total; la escogencia de una población constituida, por 50% de niños y 50% de niñas, se debe a que el sexo es una

variable a tomar en cuenta en el presente estudio.

Se excluyeron a niños preescolares menores de cuatro años debido a que:

1. Poseen menor nivel de desarrollo psicomotriz e intelectual.
2. No existe aun una interiorización de las reglas.
3. Su juego no es socializado, sino más bien individualizado.
4. Los niños menores de cuatro años presentan una actividad que no contempla límites de tiempo, y su atención depende del interés que estos muestran por la actividad.

Las variables que guiaron este trabajo fueron las siguientes:

Violencia: cualquier acción u omisión que conlleve a un daño físico, psicológico, sexual de alguna persona.

Drogadicción: consumo indebido de sustancias psicoactivas, que lleva a un deterioro del individuo a nivel físico, psicológico (mental) y social.

Hábitos higiénicos: conductas tendientes al mantenimiento y mejoramiento de la salud.

Género: una forma de denotar las construcciones culturales, una creación totalmente social de las ideas sobre roles apropiados para las mujeres y los hombres...Género es, según esta definición, una categoría social impuesta sobre un cuerpo sexuado (Scott, 1920, citado por Bolaños, 1996: 80).

En cuanto al procedimiento metodológico, el trabajo con los niños se dividió en dos sesiones:

1- en la primera sesión se buscaba tener empatía con los niños, para lo cual dividimos la sesión en dos partes. La primera fue de encuadre y presentación, mientras que en la segunda se utilizó la técnica de los globos para indagar aspectos personales y ambientales;

2- en la segunda sesión se realizó, en un primer momento, el Test de dibujo de la familia con la finalidad de explorar aspectos socioafectivos y emocionales. En un segundo momento, se elaboró un colage con elementos constituidos por láminas con expresiones, con diferentes escenas y con situaciones alusivas a las variables del estudio.

RESULTADOS

Al finalizar las dos sesiones de trabajo encontramos que:

En la primera sesión, el grupo estaba anuente al trabajo con las investigadoras. Existía una limitación de espacio y recursos didácticos. Se observó que los niños poseen un lenguaje limitado con respecto a lo esperado para niños de edad preescolar, sobre todo en lo referente a la riqueza del mismo. Los niños tienen dificultad para acatar indicaciones y para trabajar en grupo, dando un bajo nivel de concentración y atención.

En la segunda sesión, se pudo identificar que los niños poseen una clara identificación de los elementos asociados a los hábitos de salud, al consumo de alcohol y al tabaco.

Las niñas asociaron las láminas y estímulos relacionados con licor y tabaco con más dificultad, contrario de los niños que lo llevaron a cabo con más facilidad.

Se encontraron elementos de violencia manifiesta; tanto en el dibujo de la familia, como en vínculos establecidos en la sesión de trabajo por los niños y las niñas, hay una dificultad de concretar el ámbito familiar.

Independientemente del sexo, los niños discriminan la presencia de alcohol y tabaco en términos de bueno y malo para las personas, diferenciándolos de otros productos utilizados en la cotidianeidad. Hay identificación de los lugares a nivel del barrio donde se expende alcohol y tabaco.

Los niños poseen nociones de los efectos que producen el tabaco y, sobre todo, el alcohol.

Aunque el propósito del presente estudio no pretende abarcar otros tipos de violencia, como sería la social, se considera importante señalar que estos niños viven manifestaciones de violencia social, como lo son el no tener acceso a condiciones mínimas para satisfacer las necesidades básicas, lo cual está violentando sus derechos humanos fundamentales.

En este sentido, y en el caso de los niños que observamos, la violencia que sufren se da desde el ambiente familiar hasta el ambiente escolar, en menor o mayor grado.

Dentro del ambiente familiar –basados en el test proyectivo del dibujo de la familia– se encontraron elementos de agresividad, temor, impotencia, preocupación, ansiedad, desvalorización, reacciones depresivas máximas (manifestadas en la eliminación de si mismo), auto-depresión, dificultad para el afecto, rigidez en el contacto social, inestabilidad familiar, esquema corporal grotesco.

Algunos elementos encontrados en el test coinciden con rasgos que presentan la familias de adictos, como son: el padre ausente, patrón de consumo previo, desorganización en las fronteras y en la dinámica familiar. De esta forma, la adicción permite al sujeto ubicarse en otro lugar con características sectoriales que le confieren cierta identidad; un lugar donde ser reconocidos.

En lo que respecta a la identificación del consumo de tabaco y alcohol tenemos que los niños logran hacer un reconocimiento de drogas lícitas asociando circunstancias de violencia intrafamiliar al consumo principalmente del alcohol. En este sentido, los niños expresan "que los borrachos les pegan", "hacen sufrir", "que enferman" y "que sabe feo".

El concepto que los niños manejan sobre las drogas responde al modelo médico, ya que ellos las ubican como algo que produce daño a la salud, algo que está fuera de ellos y que es responsable de la enfermedad de la familia.

Los niños preescolares de esta comunidad tienen interiorizado una visión de las causas y consecuencias del consumo de drogas lícitas como algo que no tiene que ver con el medio social, económico y político que los rodea; por ello se podría inferir que en el medio mismo no existen factores que los conduzcan a interiorizar una visión más global y crítica de su realidad.

Desde el ambiente escolar también se perciben condiciones inadecuadas, las cuales contribuyen a que el niño no desarrolle sus potencialidades. Se da un ambiente de privación en el ámbito familiar y en el escolar. La estructura física de la "escuela" no cuenta ni siquiera con elementos para satisfacer necesidades básicas como serían el abrigo, la seguridad (prevención de accidentes de tránsito, ausencia de espacios peatonales, barreras que demarquen el espacio escolar como un ente con privacidad), iluminación, disposición adecuada de excretas, canalización de aguas fluviales y aguas negras.

Esta privación en la familia y en la escuela conlleva a la violación de los derechos humanos básicos del niño y la niña, pues no solamente brindando un "galerón" llamado aula se puede decir que se ve al sujeto como a un ser humano; de esta forma, no se puede esperar que ellos manejen o perciban una visión valorizada de sí mismos, si el medio que los rodea los menosprecia brindándoles condiciones tan deplorables.

Los niños bajo estas condiciones físicas y sociales no pueden desarrollar esquemas cognoscitivos elaborados; al respecto Murphy dice que:

> "los niños que padecen grandes privaciones... no sólo carecen de una gama de vocabulario y de curiosidad, según describieron otros observadores, sino tampoco juegan con palabras y materiales... no organizan los juguetes ni resuelven problemas" (Murphy, 1988 : 105-106).

Los niños evidenciaron poca creatividad en la utilización de los materiales que se les suministró, y frecuentemente solicitaban ayuda en la elaboración. Se les dificultó crear una historia con base en el dibujo elaborado por ellos mismos.

Los niños reproducen el ciclo de violencia en la escuela; la fase de tensión se manifiesta con golpes, manotazos o gritos, también se da por medio de expresiones descalificadoras del otro(a). Luego se produce el incidente agudo con golpes o palabras más grotescas, elevando el tono de la voz, o dando un golpe más fuerte, para luego pasar a la luna de miel. Esta última etapa es estimulada por el adulto que en ese momento los acompañe. Así reproducen el tipo de relación de violencia que viven en el ámbito familiar con los compañeros.

Con respecto al aspecto de género y a las drogas se encontró que las niñas identificaron los hábitos de ingesta de alcohol y fumado con cierta dificultad; sin embargo, en los comentarios de los niños se percibió una mayor facilidad para identificar estos mismos elementos. Así planteado, se podría inferir que los niños están más expuestos tanto a las

drogas mismas como a su consumo; tal es así que uno de ellos refirió que el alcohol "sabe feo".

Como se mencionó anteriormente, los niños y las niñas reconocen claramente las conductas asociadas a los hábitos de salud como son el lavarse las manos, los dientes, el uso del dentífrico, el uso de jabón. Estas fueron clasificadas en la categoría de cosas buenas. Mientras que láminas de etiquetas de cerveza y cigarrillos fueron clasificadas como malas. Vale destacar que las razones apuntadas para clasificar de esta manera las cosas se limitó a expresiones pobres en contenido, a saber: "es malo", "enferma", y "sabe feo". Lo anterior confirma lo limitado de su representación de mundo y de su lenguaje para expresarla.

CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES

Los niños poseen una concepción clara del tabaco y del alcohol. Los asocian con situaciones de violencia intra y extrafamiliar. Sus aseveraciones son claras; sin embargo, son limitadas debido al medio en que se desenvuelven.

Retomar estudios sobre cómo aprenden los niños que viven en condiciones marginales, con el fin de adaptar el juego como un medio de expresión y aprendizaje de su entorno, llevaría a que los programas de prevención en el uso y abuso de sustancias psicoactivas realmente cumplan el objetivo para el cual fueron creadas. No se puede seguir teniendo una visión generalizada o asumir la fantasía de que todos los niños son iguales.

Las necesidades en cuanto a promoción y prevención en salud debe de nacer de la comunidad y sus recursos, y no desde la visión de especialistas que suponen cuáles deben ser estas.

Antes de hablarse de programas tendientes a la prevención de la drogadicción, los sujetos deben tener satisfechas al menos sus necesidades básicas para poder responder a la solución del fenómeno de la drogadicción.

No se puede abordar el fenómeno de la drogadicción si al mismo tiempo no se aborda el ámbito familiar en que los niños viven, dado que en él se producen y reproducen las relaciones sociales y económicas desventajosas.

Dado las características que se observaron en los núcleos familiares de los niños, se podría prever la conformación de situaciones que pueden conllevarlos al consumo de sustancias psicoactivas, como un mecanismo de evasión de la realidad.

Una forma de abordar la prevención sería a través de la creación de grupos con los cuales pudieran identificarse de una forma positiva en la misma comunidad. En estos grupos se podrían proporcionar al menos parte de las carencias afectivas que tiene dentro del grupo familiar, ya que de lo contrario estas necesidades serán llenadas por las drogas y por los grupos en que son consumidas, los cuales le brindan a la persona un sentido de pertenencia .

Es importante señalar que, una compaña de prevención debe llevar como objetivo el crear una visión crítica del sistema social en el cual están inmersos. Así, lejos de ser la pobreza algo al margen de la economía, es producto de ésta.

BIBLIOGRAFÍA

Alma de Ruiz, Zelided. "La Aplicación del Modelo de Terapia Familiar Estructural Estratégico en el manejo del abuso y la dependencia a las sustancias psicoactivas". En *Revista Científica Hogar Crea dominicano* 1(2): 41-47, Jul. Dic., 1992.

Associació Rosa Sensat. *Infancia Educar de 0-6.* En -Feb. 1994. Set.-Oct. 1994 ; Nov.-Dic. 1994. En. -Feb. 1995. Jul.-Agost. 1995. Nov.-Dic. 1995. Barcelona: Celeste ediciones S.A.

Berstein, Marcos. "Farmacodependencia y Familia". *Cuadernos Iberoamericanos sobre dependencia* (1): 42-49, En. 1992.

Del Olmo, Rosa. *La Cara Oculta de la Droga.* Bogotá: Editorial Temis. 1988.

Instituto Mixto de Ayuda Social. *Censo en el asentamiento Paraíso Industrial.* Costa Rica, 1995.

Lagarde, Marcela. *Identidad y Subjetividad Femenina.* Nicaragua: Editorial Puntos de Encuentro. 1992.

Piaget, Jean. *La Construcción de lo real en el niño.* Barcelona: Editorial Crítica S.A. 1985.

Piaget, Jean. *La representación del Mundo en el niño.* Sétima Edición. Madrid : Ediciones Morata S.A. 1984.

Erikson Erik, Lorenz Konrad, Murphy Lois Barclay. *Juego y Desarrollo.* Barcelona: Editorial Crítica S.A. Cap 5 1988.

Walker, Leonore. *The battered Woman.* New York: Harper an Row Publishers, Inc., 1979.

Walker, Leonore. *The battered Woman Syndrome.* New York: Springer Publishing Company, Cap 11-12 , 1984.

Viriam Leiva D.
Escuela de Enfermería
Univesidad de Costa Rica

Marcela Madriz A.
Programa Escuelas Urbano Marginales
Ministerio de Educación Pública

Ciencias Sociales 77: 69-78, setiembre 1997

EL ALCOHÓLICO DE LA PROVINCIA DE VALENCIA (ESPAÑA)

Joaquín Cuevas Badenes
José Gisbert Tío
Anselma Betancourt Pulsan

RESUMEN

Se realiza un estudio con una muestra de 136 pacientes alcohólicos atendidos de forma ambulatoria en la ciudad de Valencia (España). Analizamos 13 variables socio-demográficas y de historia de consumo alcohólico, con el fin de obtener un perfil sociológico y de historia alcohólica que clarifique la realidad actual de estos enfermos.

En líneas generales, están integrados en su ámbito socio-laboral y familiar, que caracteriza a su entorno. La sociedad y su familia ejercen un papel equilibrador de aquellas disfunciones que el alcohólico va presentando durante el desarrollo de su enfermedad.

ABSTRACT

We have done a work with a sample of 136 alcoholics assited as outpatients in Valencia (Spain), distinguishing them thirteen sociodemografic and consumption record variables, to get a sociological feature and alcoholic record to clarify the present reality of those patients.

In broad outline, it is composed by socilabour and family fields wich characterizes its enviroment. The society and family bring a balance role for the troubles that the alcoholic patient has during his disease.

INTRODUCCIÓN

Con demasiada frecuencia se incurre en el error de considerar al alcohólico como un individuo de la quinta o sexta década de la vida, con situación extrema de marginación familiar, laboral y social; siendo la imagen del anciano borracho tirado en la calle, una fantasía distorsionada que sólo refleja una parte residual de la realidad. En este arquetipo no se valora el importante papel que en la expresión del alcoholismo desempeña la dotación genética y el ambiente, a través de múltiples y complejas interacciones. Por otro lado, la consideracion popular del alcohólico como un sujeto marginal al que su consumo patológico de alcohol le ha llevado al total aislamiento familiar y sociolaboral es más que dudosa.

Con base en lo mencionado, se decide efectuar un estudio en una muestra de alcohólicos atendidos de forma ambulatoria en Valencia, con el fin de obtener un perfil sociológico y de historia alcohólica que clarifique la realidad actual de estos enfermos y ayude a diseñar programas de prevención y tratamiento más eficaces en un medio más cercano.

Los resultados obtenidos se utilizarán como punto de partida a estudios descriptivos de similar factura en años sucesivos, utilizando

la misma metodología y la misma fuente muestral, pudiendo observar año tras año los cambios que se produzcan respecto al perfil inicial aquí expuesto.

Con base en ésto y de un modo más estructurado, los dos objetivos principales son los siguientes:

1. Caracterizar al enfermo alcohólico residente en la provincia de Valencia a partir de ocho variables sociodemográficas: edad, sexo, lugar de procedencia, estado civil, número de hijos, situación laboral, ocupación laboral y nivel de formación.
2. Conocer la presencia de antecedentes familiares alcohólicos; la edad en que se inician en el consumo de bebidas alcohólicas; su consumo diario de etanol; los años que permanecen consumiendo hasta buscar tratamiento y el hábito tabáquico entre los alcohólicos residentes en la provincia de Valencia.

MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio descriptivo en 150 pacientes alcohólicos atendidos en una Unidad de Alcohología de la ciudad de Valencia, durante el período de Octubre de 1994 a Octubre e 1995. No hubo selección muestral alguna, siendo objeto de estudio la totalidad de enfermos alcohólicos atendidos *por primera vez* en la citada Unidad durante el período de estudio.

La información fue recogida de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de dependencia del alcohol, según los criterios del DSM-IV(1995). La historia clínica ofreció información estandarizada de cada uno de los pacientes mediante entrevista individual con el enfermo, validada cuando fue posible, por el familiar que le acompañaba y hace referencia a la situación del paciente al inicio del tratamiento. De cada una de las historias clínicas se seleccionaron las variables siguientes: edad, sexo, lugar de procedencia, estado civil, número de hijos, situación laboral, ocupación, nivel de estudios, existencia de antecedentes familiares alcohólicos, edad de inicio de consumo, años de consumo, consumo diario de etanol y hábito tabáquico.

La variable ocupación hace referencia al sector laboral en el que el paciente estaba trabajando en el momento de recibir asistencia, en el caso de sujetos laboralmente en activo o en sector de producción en que ha trabajado en el pasado, en el resto de los casos.

La variable nivel de estudios incluyó las siguientes categorías: sin estudios (pacientes sin escolarizar), estudios primarios (hasta el Graduado Escolar), estudios secundarios o bachillerato, estudios técnicos (la actual Formación Profesional, y otras formaciones paralelas al bachillerato) y estudios superiores (incluyendo la formación tanto en escuelas universitarias de diplomatura como los estudios, en sí, y doctorados). Es importante señalar que esta variable no hacía distinción entre estudios finalizados o sin concluir. Así, por ejemplo, un sujeto con estudios superiores sólo indica que ha iniciado esa formación, pero no necesariamente que la haya completado.

La variable años de consumo de etanol indica el período que media entra la edad del primer contacto con el alcohol y el primer tratamiento que recibe el sujeto de su enfermedad, calculado en años.

RESULTADO Y DISCUSIÓN

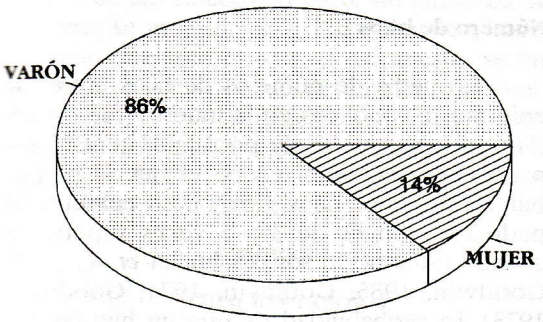
Sexo

El 86,03% de los enfermos alcohólicos eran varones (Fig. 1), resultando una proporción hombre/mujer de 6/1.

Todos los estudios epidemológicos realizados tanto en España como en Estados Unidos dan un predominio de la enfermedad alcohólica en los hombres, en proporciones que van desde 5:1 hasta 7:1 muy cercanas a este dato obtenido (DSM-IV, 1995; Cuevas *et al.*, 1994; Guardia, 1994; Miller y Gold, 1993; EDIS, 1984). Durante la presente década se observa una tendencia hacia la reducción de las diferencias entre sexos, sobre todo en la población más joven (Secades, 1996; Miller y Gold, 1993; Schüller, 1991; Plan Nacional sobre Drogodependencias, 1991).

FIGURA 1

DISTRIBUCIÓN POR SEXOS

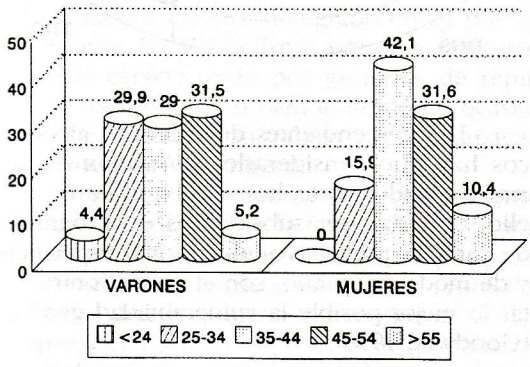


Edad

El período de edad predominante, en el estudio, fue el comprendido entre 21-54 años, representando el 91.4% de la muestra (Fig. 2). La edad media de los enfermos fue de 40.79 años con una DT=9.50, dato similar a los obtenidos en otros estudios: (Cuevas *et al.*, 1994; Cortés *et al.*, 1994; Centro Valenciano de Documentación sobre Drogodependencias, 1993: Plan Nacional sobre Drogodependencias, 1991)

FIGURA 2

EDAD



Este resultado, avalado por los estudios señalados, refuta la creencia popular de que el alcohólico es un individuo de la tercera edad, y más si se tiene en cuenta las encuestas de METRASEIS e ICSA GALLUP que señalaban al principio de los años 90 un descenso importante en el consumo del alcohol en este grupo (Rodés *et al.*, 1990), y la opinión de otros autores que refieren un consumo de alcohol en la senectud inferior a la de los adultos (Schüller, 1991).

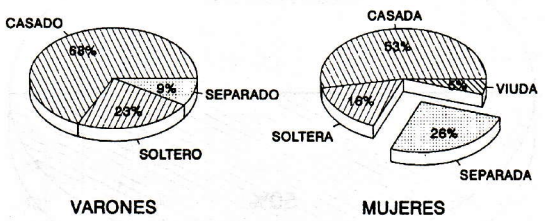
Estado civil

El alcohólico de la presente muestra estaba casado o convivía en pareja estable en el 66,18% de los casos (Fig. 3). Otros estudios realizados coinciden con el hecho de que el alcohólico es individuo que vive en pareja (Robins *et al.*, 1988). Es de destacar que el 26,31% de las mujeres alcohólicas de este estudio estaban divorciadas o en régimen de separación matrimonial frente a tan sólo el 8,54% en el caso de los hombres.

En estos casos, la separación siempre se produjo una vez ya hubo aparecido consecuencias importantes debido al consumo problemático de alcohol.

FIGURA 3

ESTADO CIVIL



Este resultado obliga a la reflexión sobre el gran estigma social que sufre la mujer alcohólica, siendo en gran número abandonadas por maridos a causa de su alcoholismo, mientras que los varones alcohólicos son más apoyados y durante más tiempo tolerado en el seno familiar. En este sentido se observa en el quehacer diario que si bien la mayor parte de los varones alcohólicos son acompañados por sus parejas durante el proceso terapéutico, en el caso de las mujeres alcohólicas el apoyo y acompañamiento de sus parejas es un hecho excepcional.

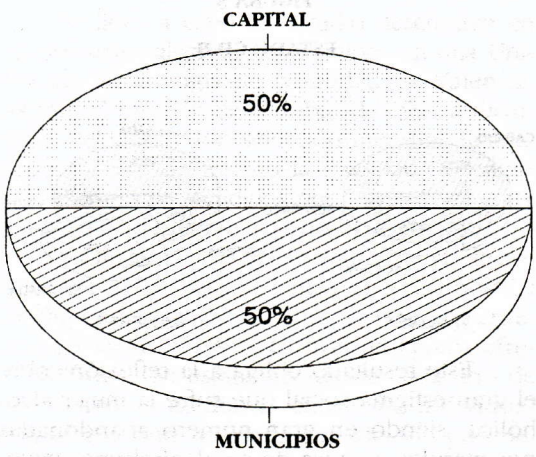
La experiencia clínica demuestra que el legado más frecuente del alcoholismo es el deterioro de las relaciones interpersonales, explicando la alta incidencia de problemas conyugales entre la población alcohólica (Miller y Gold, 1993; Rodés *et al.*, 1990).

Lugar de residencia

En el estudio presente el 50% de los sujetos de la muestra residían en la ciudad de Valencia (Fig. 4). Si se tiene en cuenta que la población residente en la provincia de Valencia triplica en número a los habitantes de su capital, vemos que en este medio la prevalencia de alcoholismo es mayor entre la población urbana. Hay que hacer mención de que la Unidad donde fue realizado este estudio se halla ubicada en la ciudad de Valencia, de ahí que se pueda interpretar los resultados obtenidos teniendo en cuenta la disponibilidad del recurso asistencial en función de la cercanía al lugar de residencia.

FIGURA 4

LUGAR DE RESIDENCIA



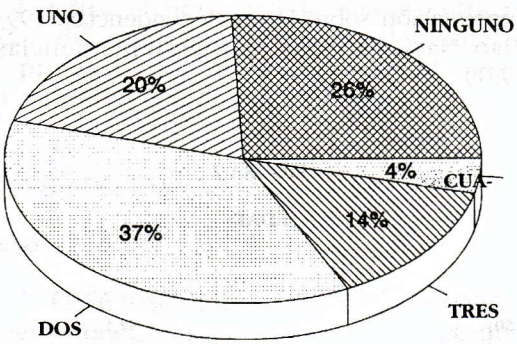
No obstante, vivir en la ciudad es considerado un factor de riesgo para los trastornos de la mayoría de las enfermedades mentales. La ciudad supone una mayor fuente de estrés, un mayor deterioro de los lazos interpersonales y una menor tolerancia social y familiar a comportamientos desviados, entre otros factores. Estudios realizados en EE.UU. señalan que la tasa de alcoholismo es más alta entre los habitantes de las ciudades que entre la población sub-urbana o rural (Miller y Gold, 1993).

Número de hijos

La media de números de hijos entre los enfermos alcohólicos en la muestra fue de 1.5 (Fig. 5), similar a la de población general española. Es necesario reconocer que la probabilidad de tener hijos alcohólicos cuando los padres lo son es de 3 a 5 veces superior a cuando éstos no lo son: (Schuckit *et al.*, 1987; Goodwin, 1985; Goodwin, 1974; Goodwin, 1973). La probabilidad de que un hijo de padre o madre alcohólico presente un problema en el futuro es del 25% (Jellinek, 1960). Si ambos padres son alcohólicos, la probabilidad es superior al 50% (Goodwin, 1984 b; Schuckit *et al.*, 1982).

FIGURA 5

NUMERO HIJOS



Los descendientes de enfermos alcohólicos hay que considerarlos *población de alto riesgo* a padecer alcoholismo en el futuro. Por ello, deberían ser subsidiarios de programas de carácter preventivo-educacional específicos y de modo prioritario, con el fin de contrarrestar lo mejor posible la vulnerabilidad genética (Goodwin, 1958).

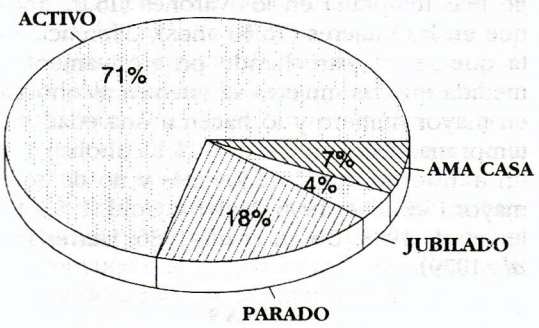
Situación laboral

Dadas las repercusiones que en área laboral causa el consumo problemático de

alcohol (baja laboral, absentismo, accidentes, degradación e incapacidad laboral entre otras) (Rodés *et al.*,1990; Soler-Insa *et al.*, 1988), cabría esperarse en este estudio un importante índice de alcohólicos en paro; sin embargo, tal y como se muestra en la Fig. 6, los resultados señalan que sólo el 18% de la muestra se encuentra en situación de desempleo, tasa muy similar a la de la población general española (*El País,* 1996). Del resto, el 78% se encuentra en activo (incluyendo las amas de casa) y el 4,4% están ya jubilados.

FIGURA 6

SITUACION LABORAL



La realidad es que el alcohólico, en líneas generales, es un profesional de su oficio correctamente cualificado, con larga experiencia laboral y un grado de formación afín a la media de la población general. El lento curso de su enfermedad no le impide desarrollarse profesionalmente y permanece, de una forma más o menos efectiva, integrado en su puesto de trabajo. Su alcoholismo presenta un curso variable caracterizado por períodos de remisión y recaídas que si bien le llevan en ocasiones a la pérdida de su trabajo, no le incapacita para encontrar uno nuevo.

También hay que señalar que durante los últimos años existe la tendencia hacia una mayor sensibilidad de la enfermedad por parte de los responsables de las empresas, representantes sindicales y mandos intermedios de las empresas en apoyo al proceso terapéutico de los trabajadores afectados por la enfermedad. Esta mayor concienciación de la enfermedad alcohólica se constata al observar cómo los empresarios son cada vez más reacios a sancionar los casos de embriaguez con el despido, buscando soluciones más adaptativas, como son el cambio de puesto de trabajo, y la concesión de bajas laborales temporales comprometiendo al trabajador a un tratamiento de desintoxicación/deshabituación alcohólica, antes de aplicar tajantemente la legislación laboral actual en relación con esta materia.

Ocupación según actividad laboral

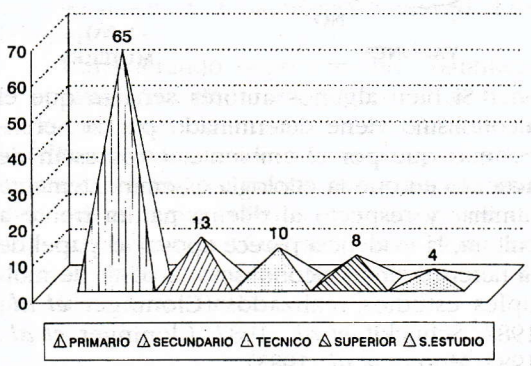
En el estudio, el 68,18% pertenece al sector servicios; el 13,64% a industria; el 11,36% a construcción y el 6,82% al sector agrícola, tasas muy similares a la de población activa valenciana actual (*El País,* 1996).

Nivel de estudios

Los resultados, muestran, que el 65,42% de los sujetos cuentan tan sólo con estudios primarios (Fig. 7). Se observan, además, una mayor cualificación de las mujeres frente a los hombres: el 22,22% de ellas ha cursado estudios técnicos o superiores; mientras que en los hombres este nivel de formación alcanza sólo el 16,81%.

FIGURA 7

NIVEL ESTUDIOS



Estos resultados difieren de lo señalado en los Estados Unidos, hace una década, donde la mayor parte de los alcohólicos tenían una formación al menos preuniversitaria o equivalente a tan sólo el 16,3% poseían estudios primarios (Robins *et al.*, 1988). Hay que considerar que el nivel de formación académi-

co adquirido no guarda relación directa con la prevalencia de alcoholismo.

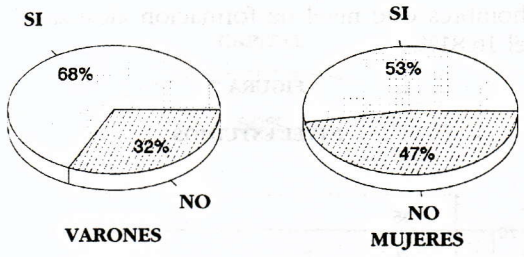
Téngase en cuenta que el primer episodio de intoxicación alcohólica suele aparecer entre los 15 y 19 años de edad del sujeto (DSM-IV, 1995), período en el cual se finaliza la Enseñanza Secundaria y Profesional en el país. El consumo de alcohol hasta ese momento no ha sido obstáculo alguno para el desarrollo educacional del sujeto.

Antecedentes familiares

El 65,44% de los sujetos estudiados refirieron tener familiares de sangre (padres, hermanos, abuelos, tíos, primos hermanos) con consumo problemático de alcohol (Fig. 8), siendo mayor la prevalencia de antecedentes entre los alcohólicos varones (67,52%) que entre las alcohólicas.

FIGURA 8

ANTECEDENTES FAMILIARES



Si bien algunos autores señalan que el alcoholismo viene determinado por la herencia más que por el ambiente, otros están de acuerdo en que la etiología es eminentemente familiar y respecto al dilema natura frente a cultura, la evidencia parece apoyar el papel de la herencia en el alcoholismo, a partir de múltiples estudios realizados (Cloninger *et al.*, 1987; Schuckit *et al.*, 1987; Cloninger *et al.*, 1983; Murray *et al.*, 1983).

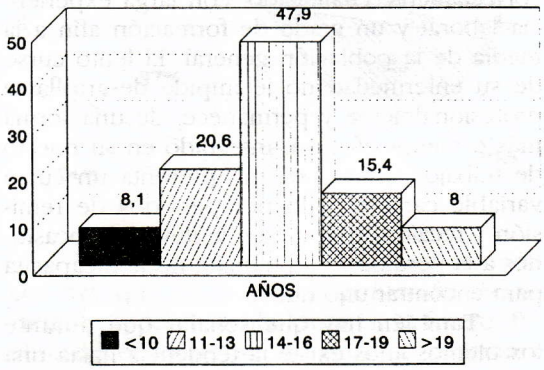
Las investigaciones han demostrado que el predictor más potente de alcoholismo es la existencia de antecedentes familiares positivos. Según estos estudios, uno de cada 4 ó 5 hijos de alcohólicos, en los Estados Unidos y en Europa Occidental, se convierte en alcohólico. El entorno desempeña un papel importante en la génesis de la enfermedad, pero distinto al causal. Si bien, la probabilidad de que se manifieste el alcoholismo aumenta si los genes de éste se hallan presentes en el sujeto (Cloninger, 1991; Rodés *et al.*, 1990; Goodwin, 1984; Cadoret *et al.*, 1984).

Edad de inicio de consumo

La edad media de inicio de ingestión de bebidas alcohólicas fue de 15.21 años (Fig. 9), resultado similar a los encontrados en otros estudios, donde la edad promedio de inicio se sitúa en la segunda década de la vida tanto para el hombre como para la mujer, siendo algo más temprana en los varones (15.02 años) que en las mujeres (16.50 años), diferencia esta que se va estrechando progresivamente a medida que las mujeres se vuelven alcohólicas en mayor número y lo hacen a una edad más temprana. Esto indica que el alcoholismo es un transtorno típico de jóvenes y no de gente mayor (Secades, 1996; Miller y Gold, 1993; Soler *et al.*, 1988; Bosch *et al.*, 1986; Herrerías *et al.*, 1979).

FIGURA 9

EDAD DE INICIO



Años de consumo

En el estudio resultó un período promedio de 25.26 años para ambos sexos, encontrándose en los varones una media de 25.5 años y en las mujeres de 27.5 años.

Estudios norteamericanos, señalan que la duración media es de 9 años para los individuos

que consiguen una remisión de 1 año o más, considerando que una latencia estándar es de 1 a 5 años seguida por una duración de 6 a 10 años (Robins *et al.*, 1988). Otros autores señalan que un número pequeño, aunque significativo, de personas refieren una duración del alcoholismo de más de 10 años con un amplio rango que va de 10 a más de 50 años. La duración más frecuente es de 1 a 5 años y aproximadamente el 50% de los sujetos que presentan una remisión de su alcoholismo durante más de un año fueron alcohólicos durante 5 años o menos (Regier, *et al.*, 1984).

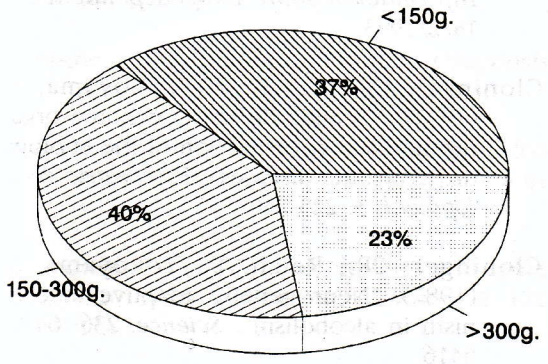
No obstante, la discusión de estos resultados con los señalados en estos estudios no es posible. La variable estudiada por los autores norteamericanos no toma como referencia el inicio del consumo sino la data de aparición de los primeros síntomas de dependencia alcohólica. Hay que entender que este proceder no está exento de errores, sino más bien lo contrario. Entre otras reservas metodológicas, la referencia a la duración de la dependencia al alcohol difiere de forma considerable en función de si el consultado es el propio paciente o el cónyuge que la ha acompañado durante el inicio y desarrollo de la enfermedad.

Consumo diario de etanol

Al analizar el consumo de etanol diario de los sujetos de la muestra se obtuvo una media de 245 gr. de etanol puro, donde el 63% consumía más de 150 gramos al día (Fig. 10), proporción cercana a la referida por Cortés y Torres que obtuvieron un consumo mayor de 160 gramos de etanol diario en el 78,5% de una muestra de alcohólicos en Alicante, recogiendo datos entre los años 1972 y 1992 (Cortés y Torres, 1994).

FIGURA 10

CONSUMO DIARIO ETANOL



En 1948 la Organización Mundial de la Salud reconoció el alcoholismo como una enfermedad y consideró como población en riesgo aquella que consume más de 75-80 gr. de etanol puro al día (Masferrer, 1986).

Siguiendo los criterios establecidos por Glund basados en la clasificación de bebedores en función de la cantidad de alcohol ingerida al día se acepta que son: bebedores ligeros o escasos aquellos consumidores de menos de 50 gr. de etanol diario; bebedores moderados entre 51 y 100 gr. de etanol diario y bebedores intensos aquellos de más de 100 gr. de etanol al día (Glund *et al.*, 1987).

Los autores de este estudio cuestionan la utilidad de este tipo de clasificaciones principalmente por dos motivos. En primer lugar, el alcoholismo no es una enfermedad cantidad-dependiente, sino sujeta a importantes consideraciones de índole cualitativo, donde se tenga en cuenta, entre otras, la vulnerabilidad del sujeto al tóxico, la cultura en la que está inmerso y la forma de utilizar el alcohol. En segundo lugar, las clasificaciones no dejan lugar a las diferencias de edad, sexo y frecuencia del consumo de alcohol, entre otras variables, tan esenciales en el diagnóstico y gravedad de la enfermedad.

Considerando imprescindible cuantificar el consumo de etanol en gramos, si se tiene en cuenta que este tóxico es el causante de los diferentes trastornos que se observan en el enfermo alcohólico, siendo necesaria una medida que unifique criterios en relación con dicha cuantificación (Cuevas *et al.*, 1994); no obstante Miller propone otra unidad de medida (Miller, W.R., 1991).

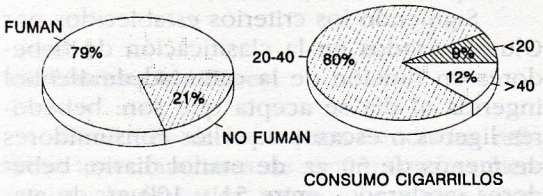
Hábito tabáquico

Es un hecho bien conocido que los alcohólicos acostumbran a ser grandes fumadores de tabaco. En este trabajo, el 21% no fumaban mientras el 79% consumían tabaco al inicio del tratamiento, siendo el consumo medio de

30.53 cigarrillos al día (Fig. 11). Numerosos estudios coinciden con la afirmación inicial (LLorente, Betancourt, *et al.*, 1994; Freixa *et al.*, 1981; Sole, 1984; Calafat *et al.*, 1982; Sole, 1982).

FIGURA 11

HÁBITO TABÁQUICO



CONCLUSIONES

En el marco del tratamiento alcohólico ambulatorio en la provincia de Valencia el alcoholismo predomina en el sexo masculino, con una relación de seis varones por cada mujer alcohólica asistida. Para ambos sexos la edad media es de 40,8 años, teniendo una expresión mínima la población menor de 25 años y mayor de 60.

El alcohólico residente en Valencia vive en pareja estable, siendo patente la discriminación de la mujer alcóholica al encontrarse en situación de divorcio o separación una vez adquirida la enfermedad en más de la cuarta parte de los casos, frente a tan sólo el 9% de los varones alcohólicos.

Tienen 1.5 hijos como media; se encuentran laboralmente en activo; y los estudios primarios caracterizan su nivel de escolaridad, destacando una mayor cualificación de las mujeres alcóholicas.

Se evidencia la carga genética del alcoholismo en el 65.4% de los sujetos. La edad media de inicio de consumo de bebidas alcohólicas es a los 15.2 años, con una historia media de 25.3 años de consumo hasta la búsqueda del primer tratamiento de su enfermedad, ingiriendo durante los últimos meses una media de 245.6 gramos de etanol puro diarios.

Por último, una vez más se constata, la relación entre el consumo de alcohol y de tabaco: ocho de cada diez alcohólicos eran fumadores, con un consumo medio de 30.5 cigarrillos al día.

En vista de los resultados obtenidos, hay que considerar que el perfil sociológico del alcohólico de la provincia de Valencia corresponde esencialmente al de la población general valenciana, con la importante salvedad de una mayor tasa de divorcio y separación conyugal en la población alcohólica femenina.

De acuerdo con esto, se comprueba como el alcohólico medio de esta provincia se encuentra integrado dentro del ámbito sociolaboral y familiar que caracteriza a su medio, ejerciendo la sociedad y su familia el papel de equilibradores de aquellas disfunciones que el alcohólico vaya presentando durante el desarrollo de su enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

Bosch, J.; Crespo, J.; Sáez, J. (1986). *Estudio del consumo de bebidas alcóholicas en la juventud madrileña*. Centro de Documentación Infancia Española. Asociación UNICEF-España. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Dirección General de Acción Social.

Cadoter, R.; O'Gorman, *et al.*, (1984). "Alcoholism and antisocial personality. Interrelationships, genetic and environmental factors". *Arch. of General Psychiatry* 42: 161-167.

Calafat, A. *et al.*, (1987). "Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas entre estudiantes de Mallorca". *Drogalcohol.* (7).

Centro Valenciano de Documentación sobre Drogodependencias. (1993). *Boletín de Información sobre Drogodependencias*. 14/2/1993.

Cloninger, CR.; Reich, T.; Yokoyama, S. (1983). "Genetic diversity, genome organization and investigation of the etiology of psychiatric diseases". *Psychiatric developments* 3: 225-246.

Cloninger, CR.; Reich, T.; Yokoyama, S. (1987). "Neurogenetic adaptive mechanism in alcoholism". *Science*. 236: 6410-6416.

Cortés, M. y Torres, M. (1994). "Estudio del alcoholismo en un área sanitaria de la Comunidad Valenciana". *Adicciones* 6(1): 23-48.

Cuevas, J.; Torres, M. y Rubio, J. (1994). "Estudio descriptivo de los pacientes alcohólicos ingresados en una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria". *Rev. Esp. Drogod.*: 19 (4).

DSM-IV (1995). *Manual diagnóstico y estadística de los trastornos mentales*. Edición Española. Masson, S.A. Madrid.

EDIS (Navarro, J. *et al.*) (1984). *El consumo de drogas en España*. Cruz Roja Española y Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Madrid.

El País (1996). *Anuario El País*. Madrid.

Freixa, F.; Soler-Insa, P. *et al.* (1981). *Toxicomanías. Un enfoque multidisciplinario*. De Fontanella S.A. 160.

Glund, Ch.; Cristoffersen, D.; Evikoen, J.; Wantyin, P.; Knudssen, B. (1987). "The study Copenhagen Group for liver diseases, gastroenterology". 93: 256-260.

Goodwin, D. (1973). "Alcohol problems in adoptees raised apart from alcoholic biological parents". *Arch. of General Psychiatry* 28:230-243.

Goodwin, D. (1974). "Drinking problems in adopted and non adopted sons of alcoholics". *Arch. of General Psychiatry* 31: 164-169.

Goodwin, D. (1984). *Psychiatric Diagnosis*. New York, Oxford University Press.

Goodwin, D. (1984). "Studies of Familial Alcoholism". *Review Journal of Psychology*. 455 (12).

Goodwin, D. (1985). "Alcoholism and genetics". *Arch. of General Psychiatry* 42: 171-174.

Guardia, J. (1994). "Epidemiología, genética y factores de riesgo en el alcoholismo". En: Casas, M. *et al.* (coord.) *Psicopatología y Alcoholismo*. Neurociencias.

Herrerías, J. y Pérez, R. (1979). *Hígado y alcohol*. Madrid. Castalia. 16-22.

LLorente, S.; Betancourt, A. y col. (1994). "Proyecto estilos de vida contra hábitos tóxicos". *Rev. Esp. Drog.* 19 (3): 229-234.

Masferrer, J. y Sala, LL. (1986). "Epidemiología del alcoholismo en España". Simposio sobre alcoholismo en el trabajo. Baracaldo.

Miller, N. y Gold, M. (1993). *Alcohol*. Neurociencias. Barcelona.

Miller, W; Heather, N. *et al.* (1991). "Calculating standard drink units: international comparisons". *British Journal of Addiction* 86: 43-47.

Murray, R.; Clifford, C.; Guilin, H. (1983). *Twin and alcoholism*. New York, Gardner Press, Vol. 1 chap. 5.

Plan Nacional sobre Drogodependencias. (1991). *Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH)*. Informe año 1990. Madrid. Ministerio Sanidad y Consumo.

Regier, D.; Myers, J. *et al.* (1984). "The NIMH Epidemiologic Catchment Area (ECA) Program: Historical context, mayor objetives and study population characteristic". *Arch. of General Psychiatry* 41: 931-941.

Robins, L.; Helzer, J. *et al.*,. (1988). *Alcoholism in the community: A report from the Epidemiology Cathment Area. Alcoholism: Origins and outcomes*. Rose R. and Barreff J. eds. N.Y., Raven Press.

Rodés, J.; Urbano-Márquez, A.; Bach i Bach, L. (1990). *Alcohol y enfermedad*. J.R. Prous Editores. Barcelona.

Schuckit, M. y Haglund, R. (1982). "An overview of the etilogic theories on alcoholism". En: *Alcoholism, development, consequences and interventions*. St. Louis, MO; Mosby; pp 16-31.

Schuckit, M. y Haglund, R. (1987). "Biological vulnerability to alcoholism". *Journal of consulting and clinical psychology*. 55 (Nº3): 301-309.

Schüller, A. (1991). *Alcohol y enfermedad*. Eudema. Madrid.

Secades, R. (1996). *Alcoholismo juvenil*. Ediciones Pirámides. Col. Ojos Solares. Madrid.

Sole, J. (1987). "Alcoholismo: Algunas puntualizaciones básicas". *Rev. Depto. Med.*/9,6.

Sole, J. (1984. "Alcohol-tabaquismo y heroína-tabaquismo". Simposio Sud Europeo sobre tabaquismo. Barcelona.

Soler-Insa, P.; Freixa, F.; Reina, F. *et al.* (1988). *Trastornos por dependencia del alcohol. Conceptos actuales*. Laboratorio Delagrange. Madrid.

Joaquín Cuevas B.
Pintor Sorolla 53,11
46113 Moncada
Valencia, España

José Gisbert Tío
Unidad de Alcohología de Avex
Valencia, España

Anselma Betancourt
2 oeste nº 806 entre
Prado y Aguilera
Guantánamo, Cuba
E-Mail:btoxi@guaso.gtm.sld.cu

Ciencias Sociales 77: 79-86, setiembre 1997

ATENCIÓN DEL ALCOHOLISMO EN EL MEDIO FAMILIAR

Luis A. Valverde Obando

RESUMEN

El propósito de este artículo es ofrecer una vision general sobre el problema del alcoholismo en el medio familiar; destacando los esfuerzos que hacen los parientes por ayudar al enfermo, no siempre con el éxito deseado. Se presentan algunas formas de ayuda doméstica, y se destaca la conveniencia de que el enfermo y sus parientes se pongan en contacto con organizaciones de tratamiento públicas y privadas del alcoholismo.

ABSTRACT

The purpose of this study is to offer a general vieu of alcoholism among the family; focusing on the efforts the relatives make to help the sick member, efforts which not always reach the expected goals.

Some domestic ways to help are presented and the convenience of contacting public and private organizations dealing with alcoholism treatment is here emphasized.

INTRODUCCIÓN

Hay varias formas de observar y analizar el problema de alcoholismo; una de ellas es la dimensión individualizada del alcohólico, su problema y las incidencias familiares. Otra es aquella que involucra la dimensión colectiva y su relación con la política estatal y privada que se desarrolla al respecto.

Considerados esos dos de muchos otros enfoques existentes, en este artículo nos referiremos a la dimensión individualizada del alcohólico en el medio familiar y las posibles respuestas que ese grupo ofrece al enfermo.

EL ALCOHOL Y EL ALCOHÓLICO

El alcohol constituye para el alcohólico el apoyo (muleta) que le permite funcionar en la sociedad "en igualdad de condiciones que los demás". "El intoxicado, en su búsqueda de un ideal que no puede alcanzar, escapa de su frustración y de su sentimiento de inferioridad o culpabilidad refugiándose en la embriaguez, perdiendo cada vez más el dominio de sí mismo. Una sensación íntima de fracaso y la incapacidad para hacer frente a las exigencias emocionales de la vida es la base psíquica de la mayor parte de los excesos en la bebida"

(Wolff, 1970; 89). Estos excesos llevan a que psiquiatras y psicólogos de orientación freudiana afirmen que el ingerir licor para la mayoría de los alcohólicos se liga al impulso del Thanatos; es decir, al impulso que conduce a la muerte a través de la bebida alcohólica. Esto es comprensible porque para muchos alcohólicos ni los sabios consejos de los padres los hacen reaccionar, sumiéndose en un deterioro personal que cada vez es mayor; así pueden llegar a los límites más insospechables, por ejemplo, la muerte del enfermo.

EL ALCOHOLISMO EN EL MEDIO FAMILIAR

Desde el punto de vista sociológico podemos anotar que muchos de los problemas de la enfermedad del alcoholismo se derivan de factores estrictamente sociales.

El alcoholismo, que se caracteriza por un deseo incontrolable de ingerir bebidas alcohólicas sin poder abstenerse y detenerse de la ingesta, es una enfermedad progresiva –si no se trata– que se hace más difícil e insidiosa con el tiempo, afectando no solo al individuo que la padece, sino también a sus familiares y aquellas otras personas que constituyen el mundo social del alcohólico.

La base social de la presencia del alcoholismo es un hecho; independientemente de que puedan existir factores bioquímicos, hereditarios, causantes o precipitantes de la enfermedad, el efecto condicionante del medio ambiente –sobre todo lo social– no es conveniente de ninguna manera dejarlo de lado.

Aunque muchos consideran que los problemas del alcoholismo corresponden solo al alcohólico en su aparición la realidad es que el alcohólico siempre está vinculado a un grupo social cualquiera: familia, amigos, conocidos, vecinos, etc. Por ello, es conveniente suponer que la presencia de un alcohólico en el núcleo familiar puede generar la aparición de nuevos parientes también alcohólicos, a consecuencia de un condicionamiento conductual-relacional.

Cuando un padre o una madre, o ambos toman, lo más probable es que alguno o varios de sus hijos también lo hagan. La observación del comportamiento de las familias de los alcohólicos en Costa Rica demuestra que es más frecuente que eso ocurra que el hecho de que sucedan formaciones reactivas que hagan que los familiares de un alcohólico no ingieran licor.

En una familia donde uno de los padres o ambos abusan del licor, el ejemplo puede conducir a estimular a los pariente y generar nuevos alcohólicos, en virtud de la imitación de la conducta alcohólica.

Algunas personas tienden a atribuir el alcoholismo a solo los sectores sociales de baja condición económica de la sociedad, porque este es más elevado en las clases de más bajos ingresos (Negrete, 1985:158), pero lo cierto es que el problema existe en todos los sectores de la sociedad. Un enfermo alcohólico puede ser cualquier persona, porque el alcoholismo no respeta personas ni clases sociales; todos podemos ser víctimas de la enfermedad: ricos, pobres, hombres, mujeres, ancianos, adultos y niños, etc.

El alcohólico es una persona con una sensibilidad especial a la droga alcohol; cuya forma de ingerir bebidas alcohólicas es difícilmente controlable por el mismo individuo. Cuando el miembro de una familia es víctima del flagelo del alcoholismo, todo el núcleo se altera, porque la familia constituye un todo orgánico constituido por un número de individuos que tienen un status diferenciado y relaciones de papeles entre sí, que poseen un conjunto de normas y valores comunes que regulan la conducta de sus miembros (Sherif y Sherif, 1956; 144). Es decir, que la familia constituye un sistema de relaciones muy variadas.

Según Decev (1979:29), lo que caracteriza al grupo como un sistema social particular, en este caso la familia, es:

- el número de sus elementos
- las relaciones de sus miembros
- el establecimiento de un sistema de jerarquías (mando)
- la división del trabajo
- el trabajo conjunto, la coordinación y la complementación de la actividad
- los procesos de organización y dirección
- la unidad valorativa y normativa, y
- los intereses y fines comunes.

La familia como sistema social tiene como uno de los elementos fundamentales las

relaciones entre sus miembros. Asi planteado, en la familia del alcohólico, las relaciones interpersonales que se desarrollan y los otros elementos del sistema son alterados por el comportamiento del enfermo; porque el sistema relacional familiar requiere que los diferentes miembros asuman actitudes, posiciones, responsabilidades y comportamientos positivos, claros y consistentes. En particular, esto último es difícil de asumir por un enfermo alcohólico como parte de un rol normal en el seno familiar, porque el deterioro se distingue por un trastorno gradual del comportamiento, de los intereses, de la moral y de la afectividad que altera todo el sistema; siendo manifestaciones características del alcohólico los cambios en el estado anímico, la irresponsabilidad, la diminución de la eficacia en el trabajo físico y mental y la agresividad (ver Wolff, 1970: 88).

Al respecto, dice Adis (1974:145) que:

> "El alcoholismo, al igual que otras enfermedades, afecta y provoca modificaciones en los roles o funciones sociales que normalmente desempeña el individuo en el contexto familiar. Los cambios o modificaciones de sus roles comunican su propia inadecuación e incapacidad para asumir la responsabilidad que los mismos implican".

Es importante destacar que hasta aquí casi hemos tomado al enfermo alcohólico como "el chivo expiatorio" de los problemas familiares; sin embargo, retomando la idea del planteamiento de la familia como un sistema social, podemos mencionar que en algunas familias de alcohólicos, la alteración del proceso de desarrollo del sistema podría ser generada por cualquiera de los otros miembros del grupo. De esta forma, el comportamiento irregular del alcohólico estaría generado por influencia de cualquiera de los otros miembros de la familia y, entonces, el alcohólico viene a representar solo la manifestación de un funcionamiento alterado del sistema homeostático familiar. En este caso no estamos hablando de una justificación del comportamiento alcohólico del enfermo, ni decimos que el alcohólico no tenga responsabilidad en su conducta alcohólica; pero sí destacamos -en cuanto al origen- que el alcohólico se manifiesta conductualmente como el resultado de las alteraciones del funcionamiento total del sistema familiar.

En el sistema familiar alcohólico, los roles de todos y cada uno de los miembros, lo mismo que los valores que dan la fisonomía particular a cada familia están alterados, porque la familia que posee un alcohólico, generalmente está en crisis disfuncional, pero en una lucha constante por mantener operando o sacando a flote el sistema familiar para asimilarse a los demás sistemas similares que existen en la sociedad.

Corrientemente el rompimiento de la crisis ocurre por dos vías:

a) la conveniente recuperación del enfermo alcohólico y una consecuente modificación conductual que reordena y armoniza por lo menos parcialmente el alterado sistema familiar, o bien,

b) mediante el divorcio, que en algunos casos podría llegar a resolver casi totalmente el problema de los miembros no alcohólicos; pero que sume al enfermo en un abismo cada vez más grande, y a la familia en los problemas usuales ocasionados por la desintegración del núcleo.

Dice Morales (1978) que el alcohólico, en su neurosis, usa a la vez dos armas dañinas contra sí mismo y la familia. La principal es la pérdida de control. Si la familia reacciona también con hostilidad, inutiliza la oportunidad de ayudar al alcohólico. La justificación de su comportamiento le lleva de nuevo a beber *Por lo que me hacen.* Excusas adicionales para beber son proporcionadas por los miembros de la familia inconscientemente envueltos en el torbellino que causa la presencia de una crisis alcohólica en la familia. La otra arma que esgrime el alcohólico contra sus parientes, es su habilidad para provocar ansiedad: cuentas sin saldar, cheques sin fondos, un taxista a la puerta de la casa que cobra un servicio, etc. Estas son generalmente cosas que la familia se ve obligada a hacer por el alcohólico.

Según Morales (1978), la tendencia de las familias es a cubrir las demandas para

aminorar la ansiedad de la situación; y así se establece otra relación de dominio que usa el alcohólico contra su familia.

> "Y hacer por el alcohólico, en realidad produce un sentimiento mayor de frustración en la familia; y al alcohólico le lleva a un mayor sentimiento de impotencia... Los métodos caseros de crítica y regaño aumentan el sentimiento de culpa del alcohólico y sus incontrolables resentimientos que le proporcionan mayores excusas para seguir bebiendo" (Morales, 1978; 4).

Debe tenerse en cuenta que

> "la intoxicación alcohólica satisface el deseo de escape, y el alcohol establece una especie de ensueño colectivo. Con la disminución considerable del autocontrol y de las inhibiciones sociales, el borracho encuentra el apoyo que necesita para afirmarse mentalmente, se libera de las tensiones emocionales y pone al descubierto muchas de las tendencias que la sociedad lo obliga a dominar mientras está en estado normal" (Wolff, 1970; 88-89).

Así, luego de permanentes alteraciones emocionales y disgustos en la familia, se va profundizando el alcoholismo del enfermo y separando a sus miembros; y esto conduce inevitablemente a que frecuentemente las relaciones interpersonales se deterioren, y hasta lleguen a extremos inmanejables si la familia y el mismo alcohólico no son orientados a tiempo para enfrentar la enfermedad del alcoholismo en el conjunto familiar.

En la medida en que el sujeto profundiza más en su alcoholismo, siempre está irritado o irritable y, generalmente, agresivo contra su familia y los vecinos. Los escándalos son cosa corriente y frecuente, y así el alcohólico en su ebriedad llega a la casa a gritar y maltratar de palabra y de hecho a sus familiares. Tampoco es inusual que el alcohólico, extienda los problemas familiares a la casa de algun vecino, a quien busca para insultar o retarlo a pelear por cualquier motivo: problemas de relaciones interpersonales, sospechas de robo, ojeriza, o infidelidad de su mujer; en fin, cualquier motivo es bueno para extender "el pleito" al vecindario e incomodar, molestar y maltratar a personas que no son nada suyo, ni tienen nada que ver con él.

El momento oportuno para la orientación y ayuda de cada alcohólico y sus familiares puede ser diferente, pues nuevamente estamos ante el hecho de que la familia es un sistema.

El *tocar fondo* para el alcohólico en el medio familiar no siempre requiere que el alcohólico llegue a los límites de deterioro personal o físico más profundo. Por ejemplo, hemos conocido en el país algunos casos en que el fondo lo constituyó la primera vez que el alcohólico osó pegarle a su mujer o a sus hijos.

Nos relató la esposa de un alcohólico:

> "Siempre le aguanté su guaro y majadería, pero el día que quizo pegarme le dí con un sartén de hierro y fue a parar al hospital. Después de eso, él busco ayuda y se compuso".

En muchos otros casos, ese tipo de violencia familiar es tan usual que requieren hasta llegar a la demanda judicial, porque el alcohólico ahora no solo le pega a su mujer e hijos, sino que además hasta los amenaza de muerte si ellos o algún particular interviene en su problema de etilismo.

PROBLEMAS QUE GENERA LA ABSTENCIÓN ALCOHÓLICA EN LA FAMILIA

Si el enfermo lograra un periodo corto de abstinencia, el problema que se presenta es cómo hacer para que la familia acepte al alcohólico en su nuevo estado sin licor; porque en el sistema familiar, el alcohólico ya ha asumido un status y un rol que resulta común y normal para los restantes miembros de la familia y que normalmente se caracteriza por ser secundario en cuanto a las tareas, jerarquía, toma de decisiones, organización y dirección del hogar, generación de intereses comunes entre los miembros.

Usualmente, el compañero o compañera de un alcohólico asume roles caracterizados por la realización de las principales actividades y responsabilidades del hogar, en lo económico y educativo; e incluso esto puede llegar a la presencia de terceras personas que

sustituyen momentáneamente (y tal vez permanentemente) a los alcohólicos en sus deberes hogareños. Por ello, cuando un alcohólico logra un periodo de abstinencia –aunque sea corto–, sus familiares se sienten contentos de ver que el miembro no toma, pero puede que inconscientemente le presionen en forma indirecta o directa para que vuelva a su estado anterior, porque el alcohólico lucha por asumir el status y rol que idealmente le corresponde. Lo anterior se observa en frases corrientes de los familiares del alcohólico como la siguiente:

> "Prefiero verte borracho que sin tomar, porque sin licor te la pasas jodiendo en la casa".

Esto sucede porque el pasar molestando en la casa, normalmente significa que el alcohólico en abstinencia asume actitudes o actuaciones diferentes con las que pretende asumir el rol que el debería tener en el hogar según la normativa social.

Otra frase también usual es:

> "Qué problema, cuando dejás de tomar sos muy majadero y bochinchero. Dejános en paz. Mejor te fueras con los chavalos de la cantina".

Frases como las anteriores ameritan analizarse en el seno de la familia, porque el alcohólico en abstinencia se encuentra en un estado anormal para él y sus parientes, según los patrones de comportamiento usual y de la organización del sistema familiar.

Los alcohólicos pueden recuperarse siempre y cuando se acepten como tales, y los familiares también cooperen ofreciéndole una mejor comprensión y apoyo familiar, y busquen la colaboración de un programa preventivo adecuado. Entre esos programas se tiene en Costa Rica a los grupos de alcohólicos Anónimos (A.A.) en todo el país, los grupos Al-Anon y Alateen, el Instituto Sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), los diferentes programas del Ejército de Salvación para hombres y mujeres, los Hogares Salvando al alcohólico, la Asociación de Desarrollo Específico para enfermos alcohólicos de Cartago (ADEPEA).

LA AYUDA AL ALCOHÓLICO EN LA FAMILIA

Debe anotarse que el alcohólico no está sentenciado de por vida a padecer de su enfermedad, él puede detenerla y recuperarse. El alcohólico en la familia pasa por muchas etapas, entre ellas periodos largos o cortos de abstinencia o sobriedad; y aquí los familiares más cercanos y los directamente responsables del alcohólico necesitan orientación antes de que el alcohólico mismo se inicie en un programa de recuperación efectiva. En esto hay gran experiencia y sabiduría aprovechable por parte de los familiares de alcohólicos en los programas señalados anteriormente además de la experiencia de otras esposas de alcohólicos recuperados (Morales, 1978; 2).

La familia debe tomar en cuenta que el problema del alcohólico no está en la botella, sino en el bebedor mismo y su medio ambiente. Los familiares deben comprender que apartarse de la botella para el enfermo es todo un problema doloroso y difícil; por ello cuando él decide hacerlo, eso le ayuda a alcanzar la abstención indispensable para el tratamiento verdadero:

> "La piedra fundamental de la recuperación ha de ser puesta y bien colocada por el mismo alcohólico. De otro modo, la estructura se desmorona. Nadie puede hacer por el alcohólico lo que el alcohólico debe hacer por él mismo. La escogencia y la acción deben ser tomadas por el enfermo; pero la familia orientada de antemano, facilita al enfermo la iniciación dolorosa de desprenderse de la botella" (Morales, 1978: 3).

Ayudar a un enfermo alcohólico no es tarea fácil para nadie en Costa Rica o en el mundo; mucho menos para los familiares más cercanos, precisamente por los lazos afectivos que privan y por los trastornos que ellos viven a causa del alcoholismo.

Un alto porcentaje de tratamientos caseros por hacer que el enfermo se recupere de su enfermedad se convierten en un verdadero fracaso, y hasta se transforman en una tentativa o nueva excusa para beber. Un ejemplo de estos esfuerzos es esconder la bebida en el hogar como si el problema fuera la botella.

La verdad es que cuando tenemos un alcohólico como pariente, amigo o vecino to-

dos queremos ayudar (aunque sea en el fondo del corazón); pero el asunto es ¿cómo hacerlo?

Algunos consideran que existen actitudes negativas y positivas frente a la ayuda en el problema de un alcohólico. Entre las actitudes negativas están las amonestaciones, regaños, burlas, sermones, reproches, esconder la bebida, discutir con el enfermo en crisis etílica, fijar plazos para que él deje de tomar, tratar de enseñarlo a beber "como los demás", sobreprotegerlo, amenazarlo sin cumplir lo prometido. Entre las actitudes positivas se encuentran procurar obtener nosotros y el enfermo la mayor información posible sobre el alcoholismo y la enfermedad que padece la persona víctima del flagelo, procurar brindarle al alcohólico una manera de vivir interesante, manifestarle y ofrecerle confianza y seguridad en su proceso de recuperación, ayudarle prudentemente en la solución de sus problemas, buscar ayuda y el apoyo de personas que sepan entender sus reacciones, y tratar de que otros alcohólicos ya recuperados le cuenten sus experiencias pasadas y presentes, animándolo a vivir con alegría sin tener que beber (CISA, 1978; 86-88).

Hackl y Hackl (1984) ordenan la ayuda al alcohólico en varias vías que resumimos así:

1) aprender nosotros mismos sobre la enfermedad del alcoholismo, participando en las reuniones abiertas de A.A. y Al-Anon; al mismo tiempo que procurar estimular al alcohólico a asistir a las reuniones de A.A., tanto como le sea posible.
2) No regañar al alcohólico, pues él mismo sufre las consecuencias totales de su bebida, y experimenta el total de los malestares causados por la misma enfermedad.
3) No intentar descubrir las razones por las que bebe el alcohólico. No existe ninguna; las razones que exprese el alcohólico son solo excusas para beber. Lo que si puede hacerse después de que él beba en exceso es sugerirle los beneficios de someterse a tratamiento si el alcohólico está suficientemente dispuesto a escuchar.
4) No busque que el alcohólico le ofrezca promesas, porque él solamente puede entender la importancia de "vivir el día". Las promesas de un alcohólico activo raramente se cumplen.
5) No predicar o sermonearle. Dígale discretamente lo que pasó en su episodio alcohólico del día anterior; pero hágalo sólo cuando él entienda de lo que se le está hablando, no cuando está ebrio.
6) No intelectualice sobre su forma de tomar, pues eso solo le crea sentimientos de inferioridad. Cumplir esto es simple: háblele mejor de los beneficios de las acciones y comportamientos humanos que contribuirían a reorientarlo y a ayudarse a sí mismo.
7) Aliéntelo a buscar la ayuda de un especialista que le permita encontrar la explicación a la naturaleza de su enfermedad (Hackl y Hackl, 1984: 23-24).

North y Orange (1985) también exponen varias reglas para ayudar al alcohólico joven, que en cierta medida son coincidentes con lo antes expuesto, veamos:

1) Reconocer que se está en dificultades frente al licor, y por ello se debe procurar informarse uno mismo sobre la enfermedad y los recursos de ayuda. Aquí sugerimos asistir a la agrupación local de A.A. en busca de ayuda idónea.
2) Ayudar a que el enfermo refuerce su determinación a ser ayudado. Escuche sus aflicciones, y aún simpatice con ellas; pero sea firme respecto a la necesidad de obtener la ayuda de un amigo.
3) Respetar al alcohólico sin sermonearle ni regañarle. La enfermedad de la persona no excluye que el sea digno del respeto que todos necesitamos y merecemos como seres humanos.
4) Finalmente, el ayudar no quiere decir obligar a alguien a que esté de acuerdo con uno (North y Orange, 1985: 86-87).

Puede observarse que en todas las recomendaciones expuestas se encuentran elementos comunes, tales como conocer los recursos disponibles y la información necesaria, tratar al alcohólico como una persona y no como un niño, no sermonear, regañar, ni establecer amenazas que no se van a cumplir, buscar ayudar en personas idóneas: profesionales, otros enfermos, familiares de enfermos alcohólicos recuperados y miembros de A.A.

Una ayuda oportuna siempre es positiva; no obstante, es necesario encontrar ese mo-

mento en que el alcohólico quiere dejar de beber. El alcoholismo no se cura, pero es una enfermedad que puede ser detenida, y el mejor momento para iniciar esa detención es cuando el enfermo está dispuesto a dejar de tomar y evitar el primer trago.

A nivel familiar, precisamente ese es el momento más oportuno para ayudar al enfermo alcohólico que cruzó la línea invisible entre la condición de bebedor social y la de enfermo alcohólico.

Siempre debe tenerse presente que para la recuperación del alcoholismo del enfermo debe contarse con la ayuda de él mismo.

Dice el Dr. Stewart (1974) que:

> "Primero, para recuperarse, el alcohólico debe dejar de tomar completamente. La abstinencia para él es tan posible como la moderación imposible. Pero la abstinencia es no solo posible, sino necesaria. No existe ninguna cura física conocida que permita que el alcohólico continue tomando moderadamente. Comer bien y un buen descanso son recomendables. Las píldoras para dormir deben evitarse a toda costa... Segundo, el alcohólico necesita conocer todas sus dificultades emocionales. El aprenderá que el resentimiento y la lástima por sí mismo lo pueden conducir a tomar. El resentimiento se ha llamado intoxicación emocional. El aprende a pensar entre sus impulsos y sus actos. Tercero, el alcohólico naturalmente es una persona sociable que trata bien a las personas –es por eso que toma– aprenderá a poner a un lado los temores que anteriormente acostumbraba ahogar con las bebidas, y tomar parte en verdaderos actos de compañerismo con otras personas que pueden compartir su problema y crear actividades sanas de placer y vida agradable".

Los familiares tienen que creer que el alcohólico puede vivir sin beber, y hacérselo ver al enfermo. Esta idea debe ser firme por parte de los familiares y, una vez que el alcohólico se ha recuperado, no mostrar dudas sobre los beneficios y logros de la recuperación, creyendo que en cualquier momento el enfermo se vuelve a amparar en la botella. Dudas como esa por parte de los familiares compelen al alcohólico a tomar nuevamente.

ANOTACIONES FINALES

Normalmente la ayuda al enfermo alcohólico se tiende de considerar desde una óptica de ayuda técnico-científica; sin embargo, hacemos un alto en el camino para enfatizar que la fe y el deseo de un revivir espiritual pueden constituir factores importantísimos en la recurperación de un enfermo alcohólico.

Usualmente el alcohólico siente que entre él y DIOS existe una distancia enorme, porque "el ser superior" lo abandonó, ya que "Dios solo vela por los que están bien y no por los que están en desgracia como él".

Algunos enfermos alcohólicos afirman que Dios no existe y hasta blasfeman, principalmente en sus discursos de cantina, o de mesa de tragos.

Quienes estamos al otro lado de la calle consideramos que no es que Dios haya abandonado a los alcohólicos y sus familias; lo que sucede es que el enfermo mediatizado por la droga alcohol se cree y se siente abandonado por Dios y por todos los demás.

Creer en la bondad y misericordia de un ser superior es muy necesaria y conveniente para fortalecer el deseo de lucha, de fe y esperanza de superación respecto a la situación deteriorada del alcohólico y su familia.

El despertar la alegría de vivir y el forjamiento de metas posibles y comedidas también se convierte en ayuda indispensable para superar la condición alcohólica familiar.

Nuevamente debemos insistir, respecto a la espiritualidad, que en la familia no solo el alcohólico se encuentra afectado; por ello, un buen inicio de recuperación lo proporciona la fe y la reactivación de la actividad espiritual familiar. Tanto el alcohólico como sus familiares necesitan creer en una autoridad superior (como cada quien la conciba); requieren fijarse metas e ideales para su rehabilitación y, por lo tanto, del mejoramiento de la vida familiar.

Siendo que el alcoholismo es una enfermedad de múltiples caras, la recuperación y la ayuda al enfermo debe hacerse siempre con la fe y la esperanza de que al final se logrará una verdadera y durable recuperación.

Para finalizar, debemos exponer que la fe puede concebirse entonces como la seguridad de que las cosas que se desean respecto a la recuperación alcohólica irán sucediendo a partir de nuestra firmeza en lo que hacemos.

También es necesrio mencionar que la fe se puede encontrar también dentro del contexto de la creencia doctrinaria religiosa (ver Hebreos 11:1); sin embargo, conviene destacar que la fe y el revivir espiritual constituyen solo una parte del conjunto afectado. Así, aunque el enfermo acuda a la iglesia con mucha fe, devoción y firmeza de creyente, también es conveniente que acuda a la ayuda específica, para las otras partes afectadas por su alcoholismo: por ejemplo, la ayuda de desintoxicación etílica, la asistencia a actividades terapéuticas individuales y grupales, y de ser posible integrarse a un grupo y a las diversas actividades de los alcohólicos anónimos.

BIBLIOGRAFÍA

Adis Castro, Gonzalo; "Salud mental y Alcoholismo". *Revista Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. Argentina.* 1974.

A.A. "Carta a una mujer Alcohólica". *Folleto.* 1952.

A.A. "El Marido alcohólico: un mensaje a las esposas". *Folleto* 1954. s.l.

CISA; "El Alcoholismo es una enfermedad". Centro de Información sobre Alcoholismo. Bogotá, Colombia. 1978.

Decev, L.; *La Psicología de los grupos pequeños.* Editorial Progreso. Moscu. 1979.

Hackl, John R. y Hackl, Alphons J. ; *The Way Out of Alcoholism.* Acrópolis Books Ltd. Washington, D.C. EUA. 1984.

Kritsberg, Wayne; *The Adult Children of Alcoholic Syndrome.* Bantam Books. USA. 1988.

Miguez, Hugo; Bolaños, Denis y Alfaro, Ana L. "Actitud del estudiante hacia el alcohol y las drogas. Perfil urbano rural". INSA. Costa Rica. 1985.

Morales de Flores, Irma; "Alcoholismo en la Familia". Ponencia *Seminario sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.* San José, Costa Rica. 1978.

Morales de Flores y Chassoul Monge, Charles; "Diagnóstico de alcoholismo en Costa Rica. Resumen y conclusiones". Comisión Sobre Alcoholismo. Costa Rica 1972.

Negrete, Jorge; "El Alcoholismo y las drogas como problema de salud en América Latina". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 94. 1983.

Negrete, Jorge; "Alcoholism in Latin America". *Annuals of N.Y. Academy.* Old. Scie. vol. 273. EUA.

North, Robert y Orange, Richard Jr.; *El Alcoholismo en la juventud.* Editorial Pax, 2a. ed. México. 1985.

Sluski, Carlos; "La esposa del enfermo alcohólico". CEDAL. *Materiales de estudio* No. 69. Costa Rica. 1974.

Stewart, E.A.; "La salud mental y el alcoholismo". CEDAL. *Materiales de Estudio* No. 69. Costa Rica. 1974.

Steinglass; "A life history of model of alcoholics families". *Family Process.* USA.

Vedrine, Marie-France y Plat, Pierre; "Alcohol et Grossese". Revista Alcohol ou Sante No. 169-12. Comite National de Defense contre l'alcoholisme. Paris. 1985.

Wolff Werner; *Introducción a la Psicopatología.* Editorial Fondo de Cultura Económica, Colección Breviarios, 4a ed. México 1970.

Luis Valverde Obando
Apdo. 10053-1000
San José, Costa Rica

Ciencias Sociales 77: 87-95, setiembre 1997

CUESTIONARIO SOBRE HÁBITOS, ACTIVIDADES Y RELACIONES DE LOS JÓVENES (abreviación del Drug Use Screening Inventory –DUSI– para Costa Rica)

Lenn Murrelle
Luis Sandí
Alicia Díaz

RESUMEN

El estudio trata de la creación de un instrumento para la detección temprana de adolescentes en riesgo de consumo o con consumo temprano de drogas: el Cuestionario sobre Hábitos, Actividades y Relaciones de los Jóvenes. Después de múltiples análisis, éste quedó constituido por 48 preguntas, de las cuales se derivan nueve escalas para valorar aspectos específicos del comportamiento.

ABSTRACT

This study deals with the creation of an instrument useful to early detection of of drug users and at risk adolescents for drug abuse: Questionnary on Habits, Activities and Relations of Adolescents. After multiple analyses, a 48 item questionnay was created. From its items nine scales could be derived, which evaluate specific aspects of adolescent functioning.

Palabras claves : *adolescentes - drogas - cuestionario - riesgo*

Un estudio previo[1] sobre el consumo de drogas en adolescentes costarricenses señaló, entre otras cosas, la necesidad de profundizar en el conocimiento de esta problemática en nuestro país. También se determinó la importancia de que los trabajadores en salud, educación y disciplinas afines, contaran con herramientas que permitieran una evaluación rápida y efectiva de los jóvenes que atienden y de los programas que desarrollan. Estas dos consideraciones han motivado la continuación de estudios en el campo, tanto en sus aspectos de contenido como metodológicos.

La recopilación de los datos en el mencionado trabajo se realizó por medio del "Drug Use Screening Inventory (DUSI)", el cual resultó ser un instrumento muy valioso para la tarea que se estaba desarrollando. Entre sus cualidades destacaron su respaldo teórico, sus características psicométricas (altos niveles de confiabilidad y validez), el hecho de ser práctico y ágil, fácil de aplicar y de anali-

1 Sandí, L., Díaz, A., Blanco, H. y Murrelle, L. *Adolescencia y consumo de drogas en Costa Rica*. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. San José, Costa Rica.

zar, así como su capacidad para explorar integralmente una amplia variedad de factores asociados al consumo de drogas.

El DUSI es un instrumento de tamizaje cuyo objetivo es identificar áreas problema y consumo de drogas en los adolescentes y determinar los factores asociados al consumo en este período del desarrollo. Fue diseñado para cuantificar y categorizar los indicadores de consumo de drogas en relación con el estado físico, emocional, psicosocial, laboral, familiar y académico, pues facilita la recopilación de información en múltiples aspectos del funcionamiento del adolescente. Fue publicado por primera vez en 1990, como producto del trabajo del Dr. Tarter en el Centro de Investigación y Educación en Drogas de la Universidad de Pittsburg, Pennsylvania[2, 3].

El instrumento había sido evaluado psicométricamente para la población norteamericana y había logrado una amplia aceptación por los resultados obtenidos[4, 5]. En Costa Rica fue traducido al español y luego validado para la población adolescente de nuestro país[6]. A pesar de que en este proceso se tomaron en cuenta particularidades de la sociedad costarricense, y se realizaron pruebas preliminares con jóvenes para evaluar, entre otras cosas, el uso de ciertas palabras, los significados, la estructura gramatical y el contenido de las preguntas, al final del trabajo se concluyó que el instrumento era susceptible de ser mejorado.

El tamaño del instrumento fue uno de los elementos que se analizaron con el fin de mejorarlo. Por estar constituido por 159 preguntas, en muchos casos se percibió como largo y tedioso, aún para la población adolescente que asistía al colegio y estaba acostumbrada a exámenes y asignaciones, y mucho más para aquellos jóvenes "de la calle" o en tratamiento, que no estaban incluidos en el sistema educativo y carecían de destrezas para completar este tipo de instrumentos. El tamaño del instrumento es además muy importante en la conformación de la primera impresión en el sujeto, y si esta impresión es negativa, puede influenciar los datos que se están recopilando.

A la vez, el número de preguntas tiene implicaciones desde el punto de vista del trabajo de tabulación y análisis de resultados, especialmente si estos procesos se realizan manualmente, como ocurre en el caso de muchas de las instituciones que laboran con jóvenes en nuestro país. Por ello, se pensó también en la necesidad de abreviar el instrumento, de manera que la tabulación manual fuera más manejable, y por tanto aplicable a grupos grandes de adolescentes.

Otro de los aspectos señalados tenía que ver con la pertinencia y repetición de ciertas preguntas. Por un lado, el contenido de varias preguntas tenía un matiz cultural que establecía una diferencia con respecto al comportamiento de los jóvenes costarricenses, y por otro, algunas preguntas tenían significados muy similares y esto representaba doble trabajo, tanto para quien contestaba el instrumento, como para el investigador. En un estudio como el que se estaba realizando en ese momento, estos detalles no se podían atender, dado que el procedimiento pretendía mantener lo más intacto posible el instrumento, con el fin de posibilitar las comparaciones de los resultados obtenidos en diversos países.

Por último, las pruebas estadísticas aplicadas a los datos recopilados, abrieron otra posibilidad de análisis para eliminar o replantear preguntas, al permitir diferenciar aquellas que evaluaban de mejor manera un aspecto determinado y aquellas que presentaban las correlaciones más fuertes en relación con el consumo de drogas.

La experiencia de haber realizado un primer estudio con el DUSI aportó elementos para abocarse a la construcción de un instrumento más sencillo, más corto y más ajustado al

---

2 Tarter, R. "Evaluation and treatment of adolescent substance abuse: A decision three method." *Am. J. Drug Alcohol Abuse,* 16, 1990, (1-46).

3 Tarter, R. y Hegedus, A. "The Drug Use Screening Inventory". *Alcohol Health Research World,* 15, 1991, (65-74).

4 Tarter, R. "Validation of the adolescent Drug Use Screening Inventory: Preliminary findings". *Psychology of Addictive Behaviors,* 6,1992, (233-36).

5 Tarter, R. *et al. Reliability of the Drug Use Screening Inventory among adolescent alcoholics.* Western Psychiatric Institute and Clinic, Pittsburg, Pennsylvania, 1993.

6 Sandí, L. , Díaz, A., Murrelle, L. y otros. "Proyecto de validación del Drug Use Screening Inventory - Costa Rica". San José, IAFA, INI-UNA, 1994.

medio costarricense. Tomando el DUSI como base se elaboró el Cuestionario sobre Hábitos, Actividades y Relaciones de los Jóvenes, el cual es una forma de DUSI Abreviado. En él se rescataron los aspectos más relevantes del instrumento inicial y se integraron nuevos elementos, de acuerdo con múltiples criterios que se definirán en el apartado siguiente.

METODOLOGÍA

Los procedimientos utilizados para abreviar el instrumento se basaron en los resultados de su administración en un estudio anterior. Se tomaron en cuenta criterios cualitativos, tales como el juicio de expertos y las características culturales, lo mismo que criterios estadísticos, tales como las correlaciones, desarrolladas con los datos procedentes del estudio original. Por ello, interesa aquí mencionar brevemente las características de los sujetos que participaron en dicho estudio. Se seleccionó al azar una muestra representativa nacional, estratificada por tipo de colegio (público y privado) y por región (urbano y rural). La muestra estuvo conformada por 1186 adolescentes, en edades entre 12 y 19 años.

Para la abreviación del DUSI se consideraron los siguientes criterios:

- Correlación de cada pregunta con el área. Se tomaron en cuenta las preguntas que presentaron correlaciones más altas con respecto a la totalidad del área, lo cual supone homogeneidad al interior de cada bloque de preguntas.
- Índices de sensibilidad y especificidad. Por medio de este criterio se seleccionaron las preguntas que presentaron la mayor capacidad discriminatoria, tanto en la población de casos como de controles.
- Correlación de la preguntas entre sí. Se calculó el coeficiente de correlación de cada pregunta con respecto a las demás preguntas del área. Se seleccionaron las que obtuvieron los coeficientes más altos.
- Juicio de expertos. El instrumento fue revisado por psicólogos clínicos y educacionales, por personal del Programa de Atención Integral del Adolescente de la Caja Costarricense del Seguro Social y por clínicos especialistas en adicciones. Este grupo, de acuerdo a su experiencia y conocimiento, determinó las preguntas más apropiadas para nuestro contexto clínico y cultural.
- Criterio cultural. En el proceso de abreviación del instrumento se excluyeron aquellas preguntas que no se ajustaban a los comportamientos propios de los jóvenes en la cultura costarricense.
- Criterio internacional. Dado que el trabajo de abreviación del DUSI también se está desarrollando en otros países, como por ejemplo en Colombia, donde un grupo de investigadores ya tiene una versión abreviada, se analizó el instrumento elaborado en ese país[7]. Asimismo, investigadores de Estados Unidos también participaron aportando sus opiniones al respecto.
- Escalas de rebeldía y depresión. En el primer estudio desarrollado con el DUSI se elaboraron dos escalas para medir la presencia de síntomas de depresión y de rebeldía, las cuales aportaron información valiosa. Por tanto se decidió mantener las escalas con la finalidad de realizar análisis sobre estos comportamientos en los jóvenes.

Cada una de las preguntas del DUSI original fue sometida a un proceso de análisis considerando los criterios mencionados anteriormente. Aquellas preguntas que cumplieron mejor estos criterios fueron seleccionadas para conformar el Cuestionario sobre Hábitos, Actividades y Relaciones de los Jóvenes.

RESULTADOS

La incorporación de los diversos cambios dio como resultado un instrumento compuesto por 48 preguntas, el cual se presenta en el anexo 1. Con las preguntas del instrumento se pueden elaborar varias escalas que se conforman al integrar preguntas afines y que permiten un mejor aprovechamiento del instrumento pues hacen posible el análisis en aspectos específicos del funcionamiento del joven:

---

7 *Ibídem* p. 16

*Escala de conducta: 11 preguntas (1-11)
*Escala emocional: 6 preguntas (12-17)
*Escala de familia: 4 preguntas (18-21)
*Escala académica: 6 preguntas (22-27)
*Escala de pares: 10 preguntas (28-37)
*Escala de recreación: 2 preguntas (38-39)
*Escala de agresividad: 4 preguntas (40-48)
*Escala de depresión: 4 preguntas (4,5,10,11)
*Escala de drogas: 9 preguntas (13,14,16,17)

Para determinar la homogeneidad y consistencia interna del Cuestionario. se evaluaron los índices de confiabilidad, tanto globalmente como por escalas (cuadro 1).

Los resultados anteriores muestran que el instrumento como un todo, presenta una alta consistencia y homogeneidad, la confiabilidad es baja en aquellas escalas que tienen muy pocas preguntas.

Asimismo, se evaluó la correlación entre el índice de severidad total y por escala y el consumo de alcohol, tabaco y drogas (cuadro 2). El índice de severidad se refiere a grado de intensidad en que está afectado el funcionamiento del sujeto evaluado en cada escala.

Los resultados anteriores muestran una correlación definida y estadísticamente significativa entre el índice de severidad global y por escala y el consumo de alcohol y tabaco. Con respecto al consumo de drogas ilícitas la correlación no fue significativa estadísticamente sólo en las escalas de aspectos emocionales, familiares y de depresión. Cabe mencionar que el coeficiente es siempre más alto al analizarlo de manera global que cuando se obtiene por áreas, dado que éste es altamente afectado por el número de preguntas, y en el caso de las áreas, las preguntas son pocas.

Cuadro 1

Confiabilidad (Alfa de Crombach) del Cuestionario sobre Hábitos, Actividades y Relaciones de los Jóvenes, Costa Rica. 1997

Escalas	Alfa de Crombach
Conducta	0,70
Emocional	0,67
Familia	0,26
Académico	0,56
Amigos	0,71
Recreación	0,35
Drogas	0,74
Agresividad	0,49
Depresión	0,61
Global	0,90

Cuadro 2

Correlación (Pearson) entre índices de severidad total y por escala y el consumo de tabaco, alcohol y drogas, Costa Rica, 1996

Escalas	Consumo de alcohol	Consumo de tabaco	Consumo de drogas
Conducta	0,2867 **	0,2868 **	0,1558 **
Emocional	0,2317 **	0,2217 **	0,0571 - -
Familia	0,1010 **	0,1016 **	0,0553 - -
Académica	0,1662 **	0,2350 **	0,1710 **
Amigos	0,2959 **	0,3510 **	0,1620 **
Recreación	0,2061 **	0,2316 **	0,1087 **
Drogas	0,1542 **	0,3554 **	0,3522 **
Agresividad	0,1860 **	0,2024 **	0,1601 **
Depresión	0,1988 **	0,1903 **	0,472 **
Global	0,3479 **	0,3843 **	0,1913 **

** = $p < 0,001$

Con el objeto de ofrecerle al adolescente mayores posibilidades de respuesta, se modificó la forma de contestar las preguntas. En el DUSI original se presentaban solamente dos alternativas: "Si" y "No", mientras que en el nuevo instrumento se incorporan varias alternativas para dar más flexibilidad de respuesta: "Siempre o casi siempre", "Muchas veces", "Pocas veces" y "Nunca o casi nunca". Para efectos de calificación, las dos primeras respuestas se consideran positivas, y por tanto puntúan como factores asociados al consumo de drogas.

Los resultados del instrumento, excluyendo la escala de drogas, evalúan el grado de riesgo para consumo de drogas o la presencia de problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas:

0-8 respuestas positivas	=	mínimo riesgo
9-12 respuestas positivas	=	bajo riesgo
13-17 respuestas positivas	=	moderado riesgo
18 o más respuestas positivas	=	alto riesgo.

El índice de severidad por escala se determina al dividir el número de respuestas positivas en cada escala entre el total de preguntas de la escala multiplicado por 100. El índice de severidad global se determina de igual manera pero con el total de preguntas.

DISCUSIÓN

En virtud de la carencia, en nuestro medio, de herramientas sencillas, ágiles, fáciles de aplicar y calificar, y de buena aceptación por los adolescentes, es importante desarrollar instrumentos accesibles para las personas involucradas en la prevención, tratamiento e investigación de la problemática del consumo de drogas. En diversas oportunidades se ha manifestado la necesidad de contar con instrumentos apropiados para la detección temprana de los jóvenes en alto riesgo de consumo o con problemas de consumo de drogas, que permitan una identificación e intervención oportuna. Para estos propósitos el *Cuestionario sobre Hábitos, Actividades y Relaciones de los Jóvenes* constituye una herramienta práctica, la cual puede ser utilizada en poblaciones de estudiantes para tamizaje e identificación de jóvenes en riesgo. La valoración por escalas permite focalizar los aspectos que requieren mayor atención en lo individual y colectivo, por lo que es útil para la toma de decisiones sobre políticas dirigidas a los adolescentes, no sólo en el campo preventivo, sino también en las necesidades de intervención.

Además, cabe resaltar que, no obstante el cuestionario realiza una valoración global y focal del funcionamiento del adolescente, esto no excluye la utilización de otros instrumentos para profundizar aspectos en particular. Al respecto, valga mencionar que un instrumento debe ser concebido como una herramienta más en la comprensión del sujeto y del fenómeno en estudio, por tanto, es necesario hacer énfasis en que la información que éste provea debe ser analizada a la luz de la globalidad del sujeto y de las condiciones que lo rodean.

El consumo de droga lícitas e ilícitas es una conducta encubierta por el afectado y por quienes le rodean. Por los efectos que tiene la droga en el consumidor, por su aceptabilidad en el caso de las drogas lícitas y por las implicaciones sociales de su conducta, éste tiende a minimizar o negar el consumo. Además, la familia, los educadores y los trabajadores de la salud también tienden a no involucrarse en el problema, ya sea por rechazo, por desconocimiento o por la carencia de una herramienta apropiada para su enfrentamiento. Como consecuencia de lo anterior el consumo de tabaco, alcohol y drogas en los adolescentes generalmente pasa desapercibido y progresa silenciosamente. La búsqueda de ayuda es frecuentemente tardía, cuando las consecuencias son severas y la recuperación es más dificil. La única alternativa para poder reducir significativamente la magnitud de este problema es detectar tempranamente a los adolescentes en riesgo de consumo o consumidores en sus etapas iniciales y comenzar, lo antes posible, una intervención orientada a reducir el riesgo, po-

tencializar los factores protectores o tratar los problemas de consumo.

Este instrumento, por su sencillez y facilidad de aplicación constituye una útil herramienta que puede ser utilizada por docentes, trabajadores de la salud y padres de familia para explorar el consumo de drogas y el funcionamiento global de los muchachos con miras a la identificación temprana de consumo de drogas o de factores de riesgo para este.

Así mismo consideramos que la problemática del consumo de drogas en los adolescentes estudiantes y las situaciones asociadas debe ser mayormente estudiado para una mejor comprensión y la búsqueda de las mejores estrategias para la prevención y tratamiento de los jóvenes con problema de consumo de drogas. Con este instrumento deseamos, también, estimular la investigación en éste campo.

Lenn Murelle
E-mail:lamurrelle @ fiems.vcu

Luis Sandí
Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia
E-mail: iafa cr @ sol.racsa.co.cr.

Alicia Díaz
E-mail adiaz @ una.ac.cr.

Cuestionario sobre los hábitos, actividades y relaciones de los jóvenes

Nª de Cuestionario _____

Nombre: _____ Fecha _____

1. Edad _____ (años cumplidos) 2. Año escolar _____
3. Sexo: 1. M _____ 2. F _____
4. Residencia: 1. Provincia _____ 2. Cantón _____
5. Procedencia: 1. Rural _____ 2. Urbano _____
6. Centro Educativo: 1. Público _____ 2. Privado _____ 3. Semiprivado _____ 4. Otro _____

Por favor marque con una equis (X) la respuesta que más se ajuste a lo que usted ha vivido en los últimos doce meses. Conteste todas las preguntas.

En los últimos 12 meses	Siempre o casi siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca o casi nunca
1. ¿Ha discutido mucho?				
2. ¿Ha sido terco?				
3. ¿Ha maldecido o utilizado lenguaje soez (vulgar)?				
4. ¿Ha molestado a otros?				
5. ¿Ha amenazado con lastimar o hacer daño a otras personas?				
6. ¿Ha hablado por lo general, más fuerte que los compañeros?				
7. ¿Ha actuado sin pensar en las consecuencias?				
8. ¿Ha actuado en forma peligrosa o riesgosa?				
9. ¿Se ha aprovechado de otras personas?				
10. ¿Ha dañado intencionalmente objetos de otras personas?				
11. ¿Ha robado?				
12. ¿Ha tenido dificultad de permanecer largo rato en una misma posición?				
13. ¿Ha tenido problemas para concentrarse?				
14. ¿Se ha sentido triste?				
15. ¿Ha tenido dificultad para quitarse algún pensamiento fijo?				
16. ¿Ha tenido ganas de llorar?				
17. ¿Ha dormido demasiado o muy poco respecto a lo usual?				
18. ¿Ha tenido discusiones frecuentes con sus padres o encargados que terminaran en gritos o pleitos?				
19. ¿Sus padres o encargados han discutido mucho entre ellos?				
20. ¿Sus padres o encargados desconocían, generalmente, donde estaba usted y que hacía?				
21. ¿Se ha sentido mal con las personas y el ambiente donde vive?				

En los últimos 12 meses	Siempreo casi siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca o casi nunca
22. ¿Le ha disgustado asistir a la escuela o el colegio?				
23. ¿Se ha ausentado de clases?				
24. ¿Ha dejado de cumplir las tareas asignadas en el centro de estudios?				
25. ¿Ha sentido sueño durante las clases?				
26. ¿Ha llegado tarde a clases?				
27. ¿Se ha aburrido durante las clases?				
28. ¿Ha consumido, alguno de sus amigos, alcohol o drogas?				
29. ¿Alguno de sus amigos le ha vendido o dado drogas a otro compañero?				
30. ¿Ha hecho trampa alguno de sus amigos en los exámenes en la escuela o el colegio?				
31. ¿Sus amigos ha sido rechazados por sus padres o encargados?				
32. ¿Alguno de sus amigos ha tenido problemas con las autoridades?				
33. ¿La mayoría de sus amigos han sido mayores que usted?				
34. ¿Sus amigos se han aburrido en la fiestas donde no había licor?				
35. ¿Han llevado sus amigos alcohol o drogas a las fiestas?				
36. ¿Sus amigos han robado o causado daño a la propiedad privada?				
37. ¿Se ha disgustado cuando ha tenido diferencias con un buen amigo?				
38. ¿En tiempo de clases ha salido a divertirse en las noches sin permiso?				
39. ¿Ha usado el tiempo libre con sus amigos para simplemente "pasar el rato"?				
40. ¿Ha sentido un deseo muy intenso por consumir alcohol o drogas?				
41. ¿Ha sentido alguna vez que no puede controlar el consumo de alcohol o drogas?				
42. ¿Ha dejado de participar o realizar actividades por gastar mucho dinero en alcohol o drogas?				
43. ¿Ha irrespetado las reglas, tales como llegar tarde a la casa?				
44. ¿Ha cambiado rápidamente su estado de ánimo, de muy triste a muy contento o de muy contento a muy triste, debido al consumo de alcohol o drogas?				
45. ¿Ha peleado o discutido fuertemente con un amigo o un miembro de su familia, debido al consumo de alcohol o drogas?				

En los últimos 12 meses	Siempreo casi siempre	Muchas veces	Pocas veces	Nunca o casi nunca
46. ¿Ha tenido problemas para llevarse bien con alguno de sus amigos, debido al consumo de alcohol o drogas?				
47. ¿Ha presentado algún síntoma de abstinencia (dolor de cabeza, náusea, vómito, temblor) después de consumir alcohol o drogas?				
48. ¿Ha tenido alguna dificultad para recordar lo que hizo cuanto estaba bajo los efectos del alcohol o las drogas?				

En relación a las siguientes sustancias, constente primero cuales ha consumido alguna vez en la vida. Sólo en aquellas sustancias donde contestó "Si" debe contestar las columnas siguientes.

	Ha consumido alguna vez en su vida		Edad en que consumió por primera vez	Frecuencias consumo en los últimos 12 meses		
	No	Si		menos de 4 veces al mes	5 a 16 veces al mes	más de 15 veces al mes
Alcohol						
Tabaco						
Marihuana						
Cocaína						
Crack						
Tranquilizantes						
(Diazepan-Lorazepan)						
Heroína						
Inhalables Ej. (cemento)						
Anfetaminas (estimulantes)						

Ciencias Sociales 77: 97-102, setiembre 1997

POLÉMICA

MUJER, A-DICCIÓN Y TRANQUILIZAN-TES
A cien años del origen del Psicoanálisis

Misael Bonilla Ramírez
Emilia Ma. Durán Ortiz

RESUMEN

*Este artículo
es un cuestionamiento en torno
al tratamiento con Benzodiacepinas
que da el modelo médico
ante el padecer difuso de las mujeres
que consultan.
Se realiza una lectura alternativa
desde un Otro Saber
–El Psicoanálisis–
que se ocupa de lo que la ciencia
aisla la subjetividad, planteando
la importancia de la palabra
como expresión de esa subjetividad.
Al síntoma como formación sustitutiva
ante la a-dicción de estas mujeres
y la doble adicción que implica silenciar
por medio del medicamento
a ese cuerpo cuando su palabra
ha sido callada.*

SUMMARY

*This article is a questionnaire
about the treatment
with Benzodiazepins that the medical
model has established to face
the diffuse sufferings o women
who consult physicians. An alternative
reading is made
from another point of view
-The Psychoanalysis- which takes
care for what the science ignores,
subjectivity, by expounding
the importance of the word
as expression of that subjectivity.
The sympton
as sustitutive formation
facing the addiction
of these women
and the double addition which
implies to silence
that body by means of medicaments,
when her word has been silenced.*

LA SITUACIÓN HOY

El consumo de drogas en Costa Rica es causa de preocupación por parte de las autoridades respectivas y en general de la sociedad costarricense. Los resultados de la última encuesta nacional de 1995, sobre el Consumo de Drogas en Costa Rica[1], muestran un aumento en la prevalencia de consumo de vida de sustancias tales como crack, cocaína, tabaco y medicamentos psicotrópicos.

---

1 Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. *Consumo de Drogas en Costa Rica 1995.* San José, C.R.: Departamento de Investigación. 1996.

Las acciones enmarcadas dentro de las políticas de prevención y control de drogas se centran en el consumo de las denominadas drogas ilícitas y de las lícitas como el tabaco y el alcohol. Sin embargo, parece que dentro de estos esfuerzos institucionales, no se contempla el abuso que representa el consumo de tranquilizantes (benzodiacepinas: diazapán, lorazepan principalmente).

Al respecto la citada encuesta muestra que cerca de 30 000 costarricenses son consumidores recientes de esos psicotrópicos y que el 77,8% son mujeres.

Por su parte el Ministerio de Salud en el informe sobre la Calidad en la Prescripción de Benzodiazepinas[2] consigna que los diagnósticos para la prescripción del medicamento son Ansiedad en el 8,8%, *Neurosis* 2,0%, *Desconocido* el 54,74%; es decir se prescriben con base en diagnósticos bastante difusos o indefinidos.

También la

> "Encuesta Nacional de Causas de Consulta Médica a los Servicios Médicos de la C.C.S.S. (Caja Costarricense del Seguro Social, 1991) revela, para 1987, que de un total de 1 916 016 consultas a especialistas, la causa corresponde a trastorno neurótico en un 4%, la cual se ubica en el segundo lugar de importancia entre un total de 98 diferentes motivos de consulta.
> Dentro del área de la salud, es el problema psicológico más frecuente. Esto nos da a entender que la consulta por trastornos neuróticos es importante y cotidiana en los hospitales y centros de salud de nuestro país, consulta en la cual suele ser prescrito alguno de los benzodiacepínicos señalados en los casos de ansiedad, insomnio, depresión u otros síndromes"[3].

Además se menciona la preocupación surgida en los últimos años, por el uso de las dosis terapéuticas de estos medicamentos en la población mundial adulta, el cual se da por meses e incluso años, aún cuando se ha demostrado que estos medicamentos son eficaces sólo por unas cuantas semanas (Kalina, 1987)[4].

También el Dr. Sandí[5] plantea el potencial de los tranquilizantes para generar dependencia física y psicológica. Se considera que en dosis mayores de 20 mgr. y por períodos mayores de seis semanas el riesgo de desarrollar dependencia es considerablemente mayor.

Asimismo plantea que es probable que del 15 al 45% de los consumidores presenten el síndrome de abstinencia al disminuir o suspender el consumo de benzodiacepinas.

Específicamente en Costa Rica se reportan casos de consumo por períodos de hasta 25 años y que cuando no es posible obtener la receta médica el paciente recurre a la automedicación[6].

Es importante destacar que en las investigaciones revisadas, el abuso en el consumo de benzodiacepinas se explica en términos de la relación médico-paciente. En ésta, el paciente deposita en el médico la posibilidad de solución de su dolencia, ya que socialmente a éste se le supone un saber sobre la "cura" de este tipo de problemas. Por lo tanto sus recomendaciones de tratamiento, enmarcado dentro de la farmacología, no son consideradas como "dañinas" o "riesgosas" por su paciente.

El médico, por su parte, formado dentro de estos modelos sociales, se ve en el imperativo de responder desde ese lugar asignado, además de que

> "el volumen de pacientes que atienden por día no les permite utilizar otras alternativas terapéuticas, pues el paciente demanda que su ansiedad desaparezca y las posibilidades de atención psicoterapeútica

---

2 Ministerio de Salud. *Calidad en la prescripción y utilización de benzodiacepinas.* San José, C.R.: Departamento de Publicaciones del Ministerio. 1992-1993.

3 Rivera, Sandra. "Prescripción de benzodiacepinas y farmacodependencia". (Tesis de Licenciatura en Psicología, Fac. de Ciencias Sociales: Universidad de Costa Rica, 1993), p. 57.

4 *Ibidem,* p. 39.

5 Sandí, Luis. *Benzodiacepinas: Indicaciones Clínicas y Dependencia.* San José, C.R. IAFA, Unidad de Publicaciones. 1994.

6 Rivera, Sandra. *op. cit.*

especializada son limitadas. En información suministrada por médicos (Alfaro, 1991) de la Consulta Externa del Hospital Nacional Psiquiátrico, se refiere que en todos los casos de atención a pacientes el médico siempre prescribe"[7].

La panorámica expuesta nos pone frente a lo que parece ser "un círculo vicioso" en el cual tratando de dar cuenta de cierto tipo dolencias cuyo diagnóstico es incierto, se recurre al tranquilizante, pero éstos no "curan" lo que se pretende, sino más bien perpetúan la situación, pues las dolencias se mantienen y más bien se recurre a dosis mayores del medicamento o mayores períodos de consumo con lo cual se agrega la posibilidad de desarrollar dependencia.

Lo cierto es que desde la perspectiva con la que hasta hoy se ha abordado este tipo de dolencias difusas, presentadas principalmente por mujeres, no se ha logrado ninguna salida sino que el círculo se consolida, encontrándonos siempre con la misma situación, a la cual entonces se intenta "tranquilizar".

Es necesario entonces, buscar la forma de romper con la compulsión a la repetición que se muestra en la forma de abordar el problema de la mujer, la a-dicción (imposibilidad de expresar mediante la palabra plena, la verdad subjetiva) y los tranquilizantes.

El presente artículo pretende "huequear" este círculo, recurriendo al Psicoanálisis como lugar de un otro saber al saber médico, y que desde hace cien años abrió un espacio para escuchar –desde otro lugar– las dolencias corporales de muchas mujeres que, al igual que hoy, no tenían su etiología en sustratos biológicos aunque sí se presentaban perturbaciones fisiológicas.

EN LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS. CIEN AÑOS ATRÁS

Al hacer una retrospección histórica sobre los orígenes del Psicoanálisis, se encuentra que éste surge, precisamente, como un intento de explicar el enigma que a través de los siglos significaron ciertas sintomatologías que presentaban algunas mujeres. Enigma inexplicable debido a que a pesar de que sí se evidenciaban alteraciones fisiológicas del sistema nervioso, no se encontraban alteraciones orgánicas perceptibles.

Dichos cuadros clínicos eran considerados en épocas medievales como manifestaciones demoníacas o posesiones de espíritus malignos, propios de personas que practicaban la magia y la brujería, por lo cual eran fuertemente castigadas con el destierro o en la mayoría de los casos eran condenadas a morir en la hoguera.

Con el avance en la medicina, ya en siglos recientes (XIX), los métodos para enfrentar estas sintomatologías se alejan de los misticismos sobrenaturalistas, se recomiendan baños, reposo, más como métodos paliativos que curativos, pues como se mencionara, se desconocía la génesis de estos trastornos.

Es Charçot, quien a finales del siglo pasado se interesa por estudiar a profundidad estos fenómenos, que se definen como histéricos o enfermedad del aparato genésico femenino, vinculando así estos cuadros clínicos con la sexualidad femenina.

Sigmund Freud que para esa época era discípulo de Charçot, se ve influenciado por las ideas de su maestro y se interesa por encontrar el origen y los mecanismos que subyacen a estas dolencias que tanto sufrimiento ocasionaban a las mujeres.

Ante la ausencia de explicaciones y la contrariedad científica por no poder precisar el origen del "gran mal" en un sustrato orgánico, Freud se interesa por el método hipnótico utilizado por Charçot, con el cual al poner en trance a las mujeres se les ordenaba la cancelación de los síntomas histéricos, fueran estos contracturas, paresias, afasias, etc.

El tratamiento, si bien resultaba ser exitoso, topaba con la dificultad de que en poco tiempo re-surgían los síntomas, además de que muchas de estas mujeres no eran susceptibles al tratamiento hipnótico.

En su afán de búsqueda de respuestas y explicaciones, Freud pasa del método hipnótico a interesarse por el método catártico de su amigo y colega Breuer.

La utilización de este método en su experiencia clínica y la "escucha de esas mujeres insatisfechas –las histéricas– que hicieron de

---

7 *Ibidem* p. 56.

los males del siglo sus propios síntomas"[8], le permite darse cuenta de la relación entre los síntomas histéricos y de representaciones desalojadas de la conciencia –fueron reprimidas–

> "... sostuvo la tesis que la histeria, las parálisis y las anestesias de parte o todo el cuerpo se deslindan de lo puramente biológico y que guardan una correspondencia con las representaciones anatómicas comunes que los seres humanos tienen de éstas"[9], [lo cual intenta enmarcar desde los referentes teóricos de su formación médica (física, química, anatomía)].

Finalmente, es a partir de su encuentro con Ana O. que Freud en 1893, en sus Estudios Preliminares[10] plantea tres enunciados inéditos, que tal parece la medicina actual aún se resiste a aceptar:

1. La relación entre síntomas histéricos y representaciones reprimidas

> "... que en la histeria están presentes grupos de representaciones ... excluidas del comercio asociativo con los restantes grupos pero asociables entre sí... una conciencia segunda..."

Según eso, un síntoma histérico permanente corresponde a una penetración de este estado segundo en la inervación corporal gobernada de ordinario en la conciencia normal[11].

2. La ineficacia de los narcóticos en el tratamiento de los síntomas histéricos

> "... un sistema nervioso histérico exterioriza, como regla, gran resistencia a todo influjo químico por medicación interna, y reacciona de manera directamente anómala frente a narcóticos ..."[12]

> "... Sobre todo se debe desaconsejar en este caso cualquier medicación interna, y poner en guardia frente al uso de narcóticos. Recetar narcóticos en una histeria aguda no es más que un grave error médico..." [13]

3. La importancia de la palabra como articulador entre la representación reprimida y el afecto correspondiente

> "... Pero ya he descrito cuan completa era la liberación de su psique después que, sobrecogida de angustia y horror, había reproducido y declarado todas esas imágenes horroríficas..."[14]

> "... Así se removieron por vía de relato (Wegerzählen) las paresias por contractura y anestesias, las diversas perturbaciones de la visión y la audición, neuralgias, tos, temblores, etc., y por último también las perturbaciones del lenguaje."[15]

Estas formulaciones freudianas ponen en evidencia la a-dicción de estas mujeres, es decir la exclusión del campo del lenguaje de sus representaciones y su correspondiente expresión mediante un lenguaje enigmático (síntomas histéricos).

Estos nuevos descubrimientos de Freud con respecto a la etiología de las neurosis histérica, sin querer lo llevarán a emprender

---

8 Barrantes, Ginnette. "El joven Freud". Material de apoyo, curso de Teorías y Sistemas de Psicología. San Pedro de Montes de Oca. C.R. Universidad de Costa Rica. 1990.

9 *Ibídem* p. 9.

10 Freud, Sigmund. "Mecanismos Psíquicos de Fenómenos Histéricos, Comunicación Preliminar". En: *Obras Completas*, tomo II. Buenos Aires, Argentina. Editorial Amorrortu 1976.

11 *Ibídem* p. 41.

12 Freud, Sigmund. "Hysterie". En *Obras Completas* tomo II. Buenos Aires, Argentina. Editorial Amorrortu. 1976. pp. 53.

13 *Ibídem* p. 61.

14 Freud, Sigmund. *op. cit* p. 55.

15 *Ibídem* p. 59.

un viaje sin retorno que lo alejará cada vez más de las explicaciones biológicas en las cuales quería enmarcar sus descubrimientos[16].

La evidencia tan contundente encontrada en su clínica y el grave error médico de su amigo W. Fliss, que casi le cuesta la vida a Emma Von N. por la infección que sufrió a raíz de las gasas dejadas en la operación de su nariz para eliminar los problemas de masturbación que ella presentaba, –situación de la que Freud da cuenta en "El sueño de la inyección de Irma"– lo lleva a preguntarse de que lado está la verdad; sí del lado de los planteamientos que pretendían explicar la histeria desde una visión biologicista o del lado de un Otro saber que incluye la subjetividad[17].

A partir de hacer esta diferencia, Freud abre la posibilidad de encontrar los mecanismos que subyacen a los síntomas histéricos que, como lenguaje enigmático denuncia la condición de a-dicción en que se encuentran las mujeres. Queda mostrado de esta manera, que el saber médico no es todo, es un saber en falta, a pesar de proponerse como un todo saber.

Lacan y la función de la palabra

Retomando el descubrimiento freudiano sobre la "*talking cure*" ó "*cura de conversación*", –tal como lo bautizó Ana O.–, Jaçques Lacan plantea que el inconsciente está estructurado como un lenguaje. Este axioma marca el rescate del fundamento de la palabra, palabra que será constituyente del sujeto en tanto discurso del Otro, pues "entraña la implicación del sujeto en el campo del lenguaje"[18]. Es decir que su estructuración como sujeto se da a partir de un orden simbólico que le preexiste, lo que conlleva a la convocatoria de un Otro (del lenguaje) como oyente que reconoce y posibilita la articulación de la palabra que enuncia una verdad subjetiva de quien habla.

Este Otro (A), permite el devenir del sujeto, en tanto se reconozca en falta, es decir como no completo, no poseedor de toda la verdad, como deseante (A), permitiendo la entrada del Nombre del Padre. Sólo así, el sujeto queda inserto en el orden Simbólico y de esta forma "saberse, vivirse y experimentarse"[19] en las coordenadas de las generaciones y de la diferencia sexual.

En el caso particular de las mujeres, lo que no cesa de no inscribirse en lo Simbólico, por la imposibilidad de articular mediante la palabra las representaciones reprimidas, busca formas alternas de expresión, siendo el cuerpo al lugar al que se acude ... "ese capítulo de mi historia que está marcado por un blanco u ocupado por una mentira: es el capítulo censurado". Pero la verdad ... está escrita en otra parte:

- En los monumentos: alude así Lacan al cuerpo como lugar de escritura del síntoma histérico que "está estructurado como un lenguaje y se descifra como una inscripción"[20].

> "El síntoma es el significante de un significado reprimido de la conciencia del sujeto. Símbolo escrito sobre la arena de la carne y sobre el velo de Maya... Pero es una palabra con pleno derecho, porque incluye el discurso del otro en el secreto de su cifra"[21].

Es un cuerpo, un cuerpo que habla en un lenguaje a descifrar, en tanto que la representación es reprimida y el afecto se inerva a un órgano configurándose el síntoma, que como tal es sobre lo que una mujer interroga al médico, siendo portadora de algo que le sucede, y que está más allá de su cuerpo.

---

16 Echeverría, Priscilla. "En los Orígenes del Psicoanálisis, El sueño de la Inyección de Irma, O... El deseo del Analista". *Reflexiones*. No. 34. Costa Rica.

17 *Ibídem.*

18 Rabinovich, Diana. *Sexualidad y Significante*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Manantial, 1986. p. 10.

19 Seminario. Relación de Objeto. (San Pedro, C.R.: Grupo de Estudio del Psicoanálisis. Msc. Priscilla Echeverría) 1996.

20 Rabinovich, Diana. *Op.cit.* pp. 21.

21 Lacan, Jaçques. "Función y campo de la palabra y el lenguaje en Psicoanálisis". (Informe del *Congreso de Roma,* celebrado en el Instituto de Psicología de la Universidad de Roma, el 26 y 27 de Setiembre) 1953. p. 77.

MUJER, A-DICCIÓN Y TRANQUILIZAN-TES
Ó ¿FALTA DE ESCUCHA?

Según la información, de las diferentes investigaciones anteriormente señaladas, respecto al consumo de tranquilizantes (benzodiacepinas), por parte de la población mayoritariamente femenina, se evidencia, de acuerdo a nuestro criterio, la ineficacia de estos tratamientos, que derivan en el consumo prolongado y excesivo de esos medicamentos, debido a la lectura únicamente biológica de las dolencias que son ex-puestas en la consulta.

> "... Yo les decía: yo tengo muchas ganas de llorar, yo me siento mal, yo siento angustia, yo me desespero, yo me siento muy ansiosa, y el doctor: tómese estas pastillas y vea a ver cómo le hacen..." (Karla, 25 años de ser usuaria de benzodiacepinas)[22].

> "... siento que necesito el medicamento para vivir, el miedo es cómo voy a reaccionar sin él..." [Marta, 16 años de consumir benzodiacepinas][23].

A partir de los planteamientos de Sigmund Freud y Jaçques Lacan, esta situación evidencia la imposibilidad por parte de estas mujeres, de articular su verdad subjetiva en la palabra, pues éstas no son escuchadas (a-dicción), por el modelo médico.

Es entonces, por medio del síntoma que el cuerpo de una mujer, toma la palabra que con "pleno derecho" y aunque en otro lenguaje, tampoco es reconocida como portadora de una verdad que intenta inscribirse en ese orden. De esta manera no se le da un lugar a la verdad que se expresa de esta nueva forma, sino que se recurre a la verdad que se supone posee el médico, y desde allí se contesta desconociendo ese discurso, imposibilitando la emergencia de la palabra. En su lugar la lectura que se realiza es la del síntoma como manifestación biológica, recurriendo entonces a los medicamentos para tranquilizar ese cuerpo.

De esta forma lo único que se hace es

> "reforzar el pacto del silencio, sobre el cual se asienta el síntoma como situación de goce, en cuanto imposibilidad de articular la palabra dirigida al Otro"[24].

De acuerdo a esto la medicina actual no hace otra cosa más que generar una *doble adicción*, al imposibilitar por una parte el despliegue de la palabra o verdad subjetiva, que subyace en el discurso de las mujeres y por otro, acallar el síntoma –tranquilizar el cuerpo– , situación que deriva en la necesidad de medicarlas permanentemente, porque es una verdad que no cesa de no inscribirse.

Es necesario romper este pacto de silencio o de lo contrario preguntarnos:

¿Por qué nuestra complicidad en mantener y repetir este pacto instaurado desde hace más de un siglo?

A partir de la imposibilidad que significa para el saber médico asumirse como no poseedor de la verdad absoluta *¿Qué sentido se le dará a la información presentada?*

Finalmente, ¿Se le reconocerá la palabra a las mujeres?

Misael Bonilla R.
Coronado. 25 Sur
Pulpería La Vencedora
San José, Costa Rica

Emilia Durán O.
Apdo. 1059-2150
San José, Costa Rica

22 Rivera, Sandra. *Op. Cit.* p. 134.

23 *Ibídem*, p. 137.

24 Seminario, *op. cit.*

Ciencias Sociales 77: 103-114, setiembre 1997

ARTÍCULOS

SOR JUANA INÉS DE LA CRUZ
Mujer sola y en desamparo

Javier Martínez Merino

RESUMEN

La Iglesia, que dio cobijo
y posibilidades para que una mujer
excepcional pudiera escalar
las cimas de la sociedad mexicana
en el siglo XVIII, al final la abandona.
Obispos y confesores, en su afán
de convertirla en santa doblegan
su voluntad, y se le niega,
por ser mujer,
realizarse como poetisa y escritora.
¿Renuncio realmente a su proyecto
de ser ella?

ABSTRACT

The Church, which sheltered
the possibilities
of an exceptional XIX Century woman to
reach the summit
of Mexican society, finally abandons her.
Bishops and priests —in their eagerness
to turn her into a saint– bent her will refusing
her the right to become
a poet and a writer just
only because she was a woman.
Did she really waived
her project to be herself?

JUANA A LOS TREINTA Y TANTOS AÑOS

Después de rezar los maitines y los laudes, vuelve a su tarea de escribir. Cuando termina las cartas que volarán por los cuatro puntos cardinales seguirá estudiando sin más compañero que un tintero y como único maestro, un libro mudo.

Estudia la vida de mujeres, paganas y cristianas: le impresionan Santa Catarina y, sobre todas, la egipcia Hipatia.

Al profundizar en la vida de Hipatia, mujer bella, joven, inteligente y virgen, sin duda que se sintió identificada con ella.

Es la primera mujer que sobresalió en las ciencias: matemática y astronomía. Hipatia dirigió la Academia de Alejandría.

Siempre fue vista con malos ojos por el intransigente obispo San Cirilo de Alejandría, paladín de los cristianos en su lucha contra los paganos. Un día de la cuaresma del año del Señor de 415, los monjes seguidores del obispo detuvieron su carruaje, mataron al auriga y la desnudaron y violaron. Después la llevaron a la iglesia y allí la descuartizaron.

¡Terrible historia la de Hipatia, una mujer tan admirada por Juana Inés, en los momentos en que se va quedando sola!

Investiga el agua, y la luz y el aire, y las cosas... ¿Por qué el huevo se une en aceite hirviente y se despedaza en el almíbar? Con un ojo pegado al telescopio caza estrellas.

La han amenazado con la Inquisición y le han prohibido abrir los libros; pero sor Juana Inés estudia en las cosas que Dios crió, sirviéndose del libro del universo.

Entre el amor divino y el amor humano; entre los quince misterios del rosario que le

cuelga del cuello y los enigmas del mundo; se debate sor Juana, y muchas noches pasa en blanco, orando, escribiendo, cuando recomienza en sus adentros la guerra inacabable entre la pasión y la razón. Al cabo de cada batalla, la primera luz del día entra en su celda del convento de las jerónimas y a sor Juana le ayuda a recordar que se puede filosofar y aderezar la cena.

Ella crea poemas en la mesa y hojaldres en la cocina; letras y delicias para regalar. Alegrías del alma y de la boca.

> "–Sólo el sufrimiento te hará digna de Dios– le dice el confesor.
> - Padre Antonio, ¿las letras estorban o ayudan a la salvación? ¿No se salvó nuestro padre San Agustín, San Ambrosio y todos los demás doctores?
> - Hija, eran doctores, humildes, que ante Dios disciplinaban sus carnes para que no los venciera el pecado del orgullo. Su reverencia recibe aplausos, visitas, cartas,...¿cuánto tiempo dedica a Dios, cuánto a refrenar su orgullo? La mujer es vanidosa, el pecado está dentro de ella, de sus hábitos, y vos, sor Juana; como yo, somos pecadores.
> Para hacer versos no debía haber entrado religiosa, sino haberse casado.
> - Padre mío, ¿qué hay de malo en mis versos? ¿Soy, acaso, hereje? Vuestra reverencia me quiere hacer santa; santa como vuestra reverencia, a golpes y sangre.
> - Le prohibo hacer versos. Si desea salvar su alma, deje la pluma, lea las divinas Escrituras, únase a Dios y venza su orgullo. ¡En mala hora la encaminé hacia el monasterio! ¡Que Dios me perdone haberla traído a religión!
> -Padre mío, si el ser mi confesor y mi guía espiritual le acarrea tantos problemas, no se acuerde más de mí. El cielo tiene muchas llaves para entrar en él y muchas mansiones. Espero que allá pueda encontrar un rincón. ¿Acaso la misericordia de Dios no pondrá en mi camino otro sacerdote, aunque no sea ni tan santo ni tan docto como vuestra reverencia?
> Adiós, padre mío, encomiéndeme ante el Señor, como yo le tendré presente ante el Santísimo Sacramento del altar."[1]

Gracias a esta decisión, que le resquebrajó su alma, pudo arrancarse de la protección del sacerdote que le había llevado al convento, pues él supo reunir la dote para que Juana pudiera ingresar en las Jerónimas. Con esta ruptura, Juana se asegura poder seguir siendo ella: reflexiva y racional; alejándose del fanatismo religioso imperante en su entorno.

Pero su sacrificado confesor le pasará la cuenta de haber desdeñado la posibilidad de ser una gran santa, a su estilo...

LA SOLEDAD SONORA

1686 siempre traerá a Juana Inés un sabor amargo en el corazón. Se tiene que ir el marqués de Laguna. Su esposa María Luisa, también. La soledad y el miedo echarán raíces definitivamente en su alma.

Mujer ingeniosa, reflexiva, se da cuenta de que tiene que acercar los favores del nuevo virrey, para ella y para el convento.

Y comienza a escribir poesía de encargo al servicio del conde de Galve, el nuevo virrey.

Vuelve a estar de moda el locutorio de San Jerónimo. No hay vísperas solemnes en las que no estén presentes las loas de sor Juana Inés, no hay viajero ilustre que no visite a la sabia religiosa. Allá se encargan poemas. Las monjas están encantadas con sor Juana. Allá se escriben comedias de capa y espada y autos sacramentales. Allá una mujer reflexiona sobre el amor y sobre ella misma. A todos complace, es lisonjera –conoce la corte y cree en el designio divino sobre la cabeza de los príncipes, reyes y virreyes, aunque sean estúpidos– sabe adular con gracia y bordea el filo de la navaja de la Inquisición. Este tribunal –su antiguo protector y confesor es el encargado en Nueva España– tiene orientados sus cinco sentidos hacia el convento. Parece que algunos ruidos llegan al Santo Tribunal.

Juana lee, medita, piensa y escribe.

---

1 E. Galeano, *Memoria del fuego*, I, *Los nacimientos* Edit. Siglo XXI, 8 edic. 1985, pág. 303.

HOMBRES NECIOS

Es muy grande en estos días su fecundidad poética.También es cierto que la minoría de sus poemas son religiosos, contra el deseo de su confesor. Pero hay que recordar hermosos villancicos, con una gracia alada, muy propios de una mujer como sor Juana.

En este momento escribe una sátira contra el alud de escritos que pululan por toda Nueva España ridiculizando a la mujer. Es una respuesta espontánea y aislada a los hombres. Es una defensa de su sexo por sentido común, contra la estupidez de esos escritos, que atentan contra la inteligencia. Es cierto que es la primera mujer que defiende su sexo, sabiendo que el sexo, como antes lo vimos no le crea mayores problemas, pues ha sabido sublimarlo.

No podemos resistir la tentación de transcribir parte de este poema, tan repetido y conocido:

Hombres necios que acusáis
a la mujer sin razón,
sin ver que sois la ocasión
de lo mismo que culpáis:
si con ansia sin igual
solicitáis su desdén,
¿por qué queréis que obren bien
si las incitáis al mal?
Combatís su resistencia
y luego, con gravedad,
decís que fue liviandad
lo que hizo la diligencia.

Con el favor y el desdén
tenéis condición igual,
quejándoos, si os tratan mal,
burlándoos, si os quieren bien.
Opinión ninguna gana;
pues la que más se recata,
si no os admite, es ingrata,
y si os admite, es liviana.

Mas, entre el enfado y pena
que vuestro gusto refiere,
bien haya la que no os quiere
y quejaos en hora buena.
Dan vuestras amantes penas
a sus libertades alas,
y después de hacerlas malas
las queréis hallar muy buenas.
¿Cuál mayor culpa ha tenido
en una pasión errada:
la que cae de rogada
o el que ruega de caído?
¿O cuál es más de culpar,
aunque cualquiera mal haga:
la que peca por la paga
o el que paga por pecar?
Pues ¿para qué os espantáis
de la culpa que tenéis?
Queredlas cual las hacéis
o hacedlas cual las buscáis.

Bien con muchas armas fundo
que lidia vuestra arrogancia,
pues en promesa e instancia
juntáis diablo, carne y mundo[2].

La argumentación es rotunda y no admite refutación posible. Juega con retruécanos culteranos ágilmente.

¡Con qué gracia y sentido común encasqueta a los hombres machistas los tres enemigos del alma, según la Iglesia: el demonio, el mundo y la carne!

POEMAS, COMEDIAS Y AUTOS SACRAMENTALES

Las dos terceras partes de su producción poética es de encargo. Gran parte de esta poesía era dedicada a las fiestas solemnes, a las celebraciones religiosas. Una parte de su producción, inferior desde luego a la religiosa, estaba destinada a la corte. Siempre alerta a los cumpleaños, fiestas, etc., puntualmente llegaban los versos de Juana Inés.

Contentadas la corte y la Iglesia, podía justificar otras composiciones de su gusto. Aquí podemos inventariar todos sus poemas amorosos, y la gran variedad de metros y temas en sus villancicos y romances. También se permitió la monja escribir una comedia de enredo o de capa y espada –algo parecido a los culebrones o telenovelas actuales–*Los empeños de una casa*. La protagonista de esta obra en muchos detalles será un desdoblamiento de ella misma.

---

2 Sor Juana Inés de la Cruz, *Obras selectas*, Edit. Noguer, Barcelona, 1976; redondilla 92, pág. 574.

Los autos sacramentales –Calderón de la Barca está por esos años en todo su apogeo en España– también van a ser tocados por la monja. *El divino Narciso,* es su mejor producción e interesante obra. También escribe *El mártir del Sacramento.*

Primero sueño

Como afirma Octavio Paz, *Primero Sueño* es la gran obra de la monja, es una búsqueda del conocimiento, el poema del acto de conocer. Obra escrita en silvas a lo largo de 975 versos. Es su hijo más querido, aunque con una modestia similar a la de Fray Luis de León *–unos versos que se me cayeron de las manos–* la monja da testimonio de que es un fruto de su amor y no del compromiso:

> ...yo nunca he escrito cosa alguna por mi voluntad, sino por ruegos y preceptos ajenos, de tal manera que no me acuerdo haber escrito por mi gusto si no es un papelillo que llaman Sueño.[3]

En esta obra, que no vamos a entrar a analizar, como tampoco lo hemos hecho con sus poemas, algo ajeno al propósito de este artículo, podemos contemplar a una Sor Juana Inés conocedora de los saberes de su época y sobre todo gran admiradora del jesuíta Kircher, un hombre clave para entender el siglo XVII, hoy relegado al olvido. Su presencia y lo atractivo de sus libros está en una interpretación sincretística de todas la religiones, tomando como centro la cultura egipcia.

Si las doctrinas o interpretaciones herméticas, aun hoy son muy atractivas *–El péndulo* de Foucauld, y en cierto modo *El nombre de la Rosa,* de Eco; nos lo atestiguan–, en el siglo XVII, se imponían. Juana Inés las conoce y de alguna manera están presentes en esta extraordinaria obra.

La carta Atenagórica

Sor Juana Inés es el faro de México, la monja jerónima es el árbitro cultural de la Nueva España.

Desde hace años existe una gran rivalidad entre dos obispos, el de México –Aguiar y Seijas– y el de Puebla –Manuel Fernández de Santa Cruz–.

Francisco Aguiar y Seijas, por fin arzobispo de México, es un gallego sietemesino y huérfano. Nunca conoció el cariño de un hogar. Siempre fue cuidado por extraños.

Es un hombre caprichoso, irritable, lunático. Riguroso con él mismo, se mortifica con terribles sacrificios, tiene una manía milagrera unida a una misoginia horrorosa y un visceral miedo a las mujeres.

Nada más llegar al arzobispado de México prohibe acercarse a los locutorios de las monjas a los devotos. Prohibe los espectáculos públicos: el teatro, las corridas de toros y las peleas de gallos.

Impide que se traigan de España comedias y a su vez invade la Nueva España de libros devotos.

¡Qué gracia podían hacerle las comedias de enredo que escribía una monja, tan celebrada!

Prohibió la entrada de mujeres al palacio episcopal:

> Si supiera que ha entrado una mujer en su casa, había de mandar arrancar los ladrillos que ella había pisado.
> Daba gracias a Dios por ser corto de vista y no verlas.[4]

Nunca permitía que una mujer se le acercara. Su devoción se convertía en cólera si veía a una mujer en la iglesia sin el velo. Se encolerizaba y la insultaba.

> Luchaba contra la lujuria: las batallas y tentaciones que acerca de su lujuria padecía. Su castidad era heroica; a medida que castigaba su cuerpo, la lujuria crecía. Antes que fuese arzobispo no le sucedía, pues no veía mujeres...[5]

3 *Id.*, Respuesta de la poetisa a la muy ilustre sor Filotea de la Cruz, pág. 803.

4 José Lezamis, "Breve relación de la vida y muerte del Ilmo. y Revmo. Señor Doctor Don Francisco Aguiar y Seijas", México, 1699; En Octavio Paz, *Sor Juana Inés o las trampas de la fe.*

5 Miguel de Torres, "Dechado de príncipes eclesiásticos que dibujó con su ejemplar y virtuosa vida el Ilmo. y Excmo. Sr. D. Manuel Fernández de Santa Cruz"; Madrid, 1722; en Octavio Paz, *op cit.*

Junto a esta manía de despreciar al sexo contrario, tenía también la de ganarse la salvación dando limosnas a los pobres, a costa de los demás, como nos lo dice su biógrafo Lezamis.

También le atribuyen milagros y otros actos de santidad como llevar el traje roto, las medias rotas, comer en hospitales, colocarse cilicios y azotarse dos veces por semana. Dormía en cama prestada y, a su muerte, se descubrió que hervía de chinches... De su cadáver se desprendió una fragancia maravillosa. Asegura Lezamis en la biografía del arzobispo.

El conflicto entre este hombre y la monja, que es mujer; que nunca se avergüenza de ello y que exalta el espíritu femenino; ha de llegar de inmediato. Este conflicto entre *una pobre mujer-monja* que es el instrumento de Dios para castigar su soberbia, y un señor arzobispo misógino, será el reto y su razón de ser como hombre en la parcela de Iglesia a él confiada.

El otro obispo

Manuel Fernández de Santa Cruz era obispo de Puebla.

Un palentino que estudió en Salamanca, discípulo de los jesuítas. A los treinta y cinco años es nombrado obispo de Chiapas. A los treinta y nueve, obispo de Puebla.

Dos temas le apasionan: la teología y las religiosas. Impulsó un colegio de teología y escribió varios volúmenes sobre este tema. Gran parte de su vida la dedicó a la dirección espiritual de religiosas y a luchar por reformar las prácticas relajadas de los conventos.

Según su biógrafo, Torres, sobrino de sor Juana Inés, por más señas:

> se retiraba para mucha oración, mala comida y muchos azotes

lo mismo que decían de Aguiar, los suyos. Y añade el biógrafo refiriéndose al apostolado del obispo Fernández de Santa Cruz:

> muchas de aquellas vírgenes, del número de las necias, no sólo no lucían sino que deslustraban sus lámparas con algunas comunicaciones ajenas de su consagrada pureza, cuyo desorden causó la infernal osadía de algunos sujetos que, desde el siglo, las inquietaban con la frecuencia de visitas a las rejas y tornos, escandalizando a los menos advertidos.[6]

También hemos conocido alguna de las cartas que dirigía a las monjas. Leamos algunos párrafos:

> Padecer por Cristo, buscar desprecios, hacer pedazos la voluntad, es tu camino, enamorada de Cristo crucificado.[7]

En otras, las metáforas resultan sensuales y duras:

> Por más que tiro a desnudarte, no acabo de conseguirlo, y tu te condenarás, desamparada de Dios, olvidada y dejada de tu confesor.[8]

De todas formas estas presiones, tan impensables hoy, fuera de los muros de la vida religiosa, eran comunes entonces. También hoy, a veces, dentro de esos muros; claro que con menos fuerza pues las puertas están abiertas, y la salvación no es exclusiva de los confesores.

Fernández de Santa Cruz es un obispo normal, hábil político y príncipe de la Iglesia consciente de sus poderes.

Resulta curioso saber que su secretario es sobrino de Sor Juana Inés.

¡Cuántas vísperas y villancicos ha escrito la monja para esa catedral! El obispo dice, refiriéndose a sor Juana:

> que vive enamorado de su alma, sin que haya entibiado este amor la distancia del tiempo.[9]

---

6 *Ibid.*

7 *Ibid.*

8 *Ibid.*

9 *Ibid.*

Primera trampa

"Juana Inés es un verdadero pugilista intelectual. Por fortuna jamás olvida ni las buenas maneras ni su ironía."[10]

Y este pugilista de primer orden va a ser utilizado en una pugna sorda y subterránea que existe entre los dos obispos. Paz nos aclara: "Según parece, Santa Cruz había sido nombrado obispo pero hubo alguna poderosa interferencia que hizo cambiar finalmente la decisión de Madrid en favor de Aguiar."[11] Por otra parte, Manuel Fernández de Santa Cruz, es obispo de la diócesis más importante después de la de México, lleva mucho más tiempo en Nueva España, es mucho más popular, posee una sólida formación teológica y una experiencia más rica. Su carácter, mucho más moderado que el del huraño y misógino hasta entonces obispo de Michoacán: Aguiar y Seijas.

La aparente normalidad en la cúpula de la Iglesia en Nueva España es muy frágil y va a ser sacudida a finales de 1690 por la publicación de

> "un folleto de lóbrego título: Carta atenagórica de la madre Juana Inés de la Cruz, religiosa profesa de velo y coro en el muy religioso convento de la Santísima Trinidad de la Puebla de los Angeles"[12]

El obispo de Puebla se encarga de costear la impresión, de divulgarla y de llamarla Carta Atenagórica. En ella, la voz de México, discrepa públicamente del arzobispo de México en un tema de la más ñoña teología.

Sor Juana se siente con poder –instigada por el obispo de Puebla que opina como ella sobre la cuestión–, de atacar al jesuíta P. Viera –amigo del arzobispo Aguiar y Seijas–, por un sermón, que ni siquiera había predicado en México. Estas opiniones están sustentadas en largas reflexiones con su amigo el obispo teólogo en el locutorio del convento de las jerónimas. Ingenuamente piensa que todo se puede quedar en lo puramente intelectual pues no se imagina toda la envidia, toda la soberbia que anida en el corazón de los aterciopelados obispos.

Su amigo, el obispo de Puebla, le pide un folleto donde queden escritas las reflexiones sobre la cuestión bizantina que en esos momentos pulula en el ambiente clerical. Más que valorar la cuestión teológica –¿Cuál fue la mayor fineza de Cristo?–, lo que interesa es manifestar el ingenio barroco del teólogo.

Juana, buena amiga, le entrega un escrito privado.

El obispo siente en sus manos el arma para humillar a quienes le quitaron el arzobispado. Con vuelo de mariposa deja caer sobre México el panfleto. No va dirigido a nadie, pero las ideas de sor Juana, lanzadas al aire transparente encuentran fácilmente sus nidos.

Juana siente que la han utilizado, engañado... En su celda queda sola.

Segunda trampa

Que una mujer, una monja que escribe comedias, ataque a su obispo, aunque sea indirectamente, es una barbaridad. Todo México opina. La tormenta es impresionante. Los hombres, el clero mediocre, abanderados por el arzobispo misógino, sienten en sus carnes la espuela de la humillación. No es más que una "pobre monja" que debe obediencia a su obispo, el de su jurisdicción, y se ha atrevido a rebelarse.

El obispo de Puebla, al descubrir que no puede controlar las llamas, y acechado por todos los sitios, salva el pellejo.

Pocos días después, aparece otra carta, firmada por otra monja: sor Filotea de la Cruz. En ella se insta a la monja a que se calle, a que no opine, ya que como mujer y como monja

> "dice San Pablo que las mujeres no enseñen; pero no manda que las mujeres no estudien para saber; porque sólo quiere prevenir el riesgo de elación de nuestro sexo, propenso siempre a la vanidad".

Y continúa:

> "Letras que engendran elación, no las quiere Dios en la mujer; pero no las

10 Octavio Paz, *op. cit.* pág. 512.

11 *Ibid.*, pág. 526.

12 *Ibid.*, pág. 511.

reprueba el apóstol cuando no sacan a la mujer del estado obediente."[13]

Dos veces se repite el sustantivo elación, sustantivo procedente de la forma supina del verbo EFFERRE, que se traduciría como "levantarse hasta el infinito", "altivez", lo contrario a la obediencia ciega que le exige sor Filotea a su obispo.

Y para terminar le insta a que deje de leer otros libros que no sean la Biblia.

Cuando Juana sabe que sor Filotea no es ninguna monja, sino el seudónimo femenil de su amigo el obispo Fernández de Santa Cruz, siente que un segundo lazo se le anuda en la garganta.

Respuesta a la muy ilustre sor Filotea de la Cruz

En marzo de 1691 aparece esta respuesta. Juana siente el abismo a sus pies, pero se defiende, da razones, explica su posición. Toma modelos del Antiguo Testamento. Saca a relucir los santos del Nuevo Testamento. Desfilan santas mujeres y famosas mujeres. Con gran humildad asegura que el temor de mal interpretar la Biblia:

> ... me ha quitado muchas veces la pluma de la mano(...) el cual inconveniente no topaba en los asuntos profanos, pues una herejía contra el arte no la castiga el Santo Oficio, sino los discretos con risa y los críticos con censura..(...) Yo no quiero ruidos con el Santo Oficio.[14]

También a ella, en algún momento, se le había prohibido estudiar las Sagradas Escrituras:

> ... han llegado a solicitar que se me prohiba el estudio. En una ocasión lo lograron y una prelada muy santa y muy cándida que creyó que el estudio era cosa de la Inquisición, me mandó que no estudiara.[15]

Justifica su pasión por las letras, su total negación al matrimonio...

> ... He estudiado mucho y nada sé. Siempre sin maestros y sin compañeros de viaje.[16]

Y añade con gracia y con profunda filosofía:

> ¿qué os pudiera contar de los secretos naturales que he descubierto estando guisando? (...) Aunque ¿qué podemos saber las mujeres sino filosofías de cocina?. (...) si Aristóteles hubiera guisado, mucho más hubiera escrito.[17]

Pero todas estas razones, de nada sirven ya. Sor Juana es un águila, y el cacareo de las gallinas no deja escuchar su voz. De nada le sirve desdecirse a la monja, pues nadie quiere escucharla.

El asedio, 1691

Sor Juana, arrodillada, bajo un chorro de luz, blanca como la cal. Sobre ella un enorme Cristo sangra, abiertos los brazos. La acusan quienes fueron sus amigos: el Padre Antonio, su confesor; el obispo de Puebla es sor Filotea; el gran arzobispo, Aguiar y Seijas. Todos son uno.

Aguiar- Misterioso es el Señor ¿Para qué, me pregunto, habrá puesto cabeza de hombre en el cuerpo de sor Juana? ¿Para que se ocupe de las rastreras noticias de la tierra? A los Sagrados Libros ni se digna asomarse, ¡Ingrata!

Sor Juana- Mal correspondo a la generosidad de Dios, en verdad. Yo sólo estudio por ver si con estudiar ignoro menos, y a las cumbres de la sagrada Teología dirijo mis pasos; pero muchas cosas he estudiado y nada o casi nada he aprendido. Lejos de mi las divinas verdades, siempre lejos...¡Tan cercanas las siento a veces, y

13 Juana Inés, *op. cit.* Carta de sor Filotea, pág. 765.

14 *Ibid,* pág. 773.

15 *Ibid.*

16 *Ibid.*

17 *Ibid.*

tan lejanas las sé ! Desde que era muy niña... a los cinco o seis años buscaba en los libros de mi abuelo esas llaves, esas claves... Leía, leía... Me castigaban y leía, a escondidas buscando...

Aguiar- Jamás aceptó la voluntad de Dios. Ahora, hasta la letra de hombre tiene. ¡Yo he visto sus versos manuscritos!

Sor Juana- Buscando... Muy temprano supe que las universidades no son para mujeres, y que se tiene por deshonesta a la que sabe más que el Padrenuestro. Tuve por maestros libros mudos. Cuando me prohibieron los libros me puse a estudiar en las cosas del mundo. Hasta cocinando se pueden descubrir secretos de la naturaleza.

Confesor- ¡La Real y Pontificia Universidad de la Fritanga! ¡Por sede una sartén!

Sor Juana- ¿Qué podemos saber las mujeres sino filosofías de cocina? Pero si Aristóteles hubiera cocinado, mucho más hubiera escrito. Os causa risa, ¿verdad? Pues reíd, si os complace. Muy sabios se sienten los hombres, sólo por ser hombres. También a Cristo lo coronaron de espinas por rey de burlas.

Confesor- (Sonríe... golpea con el puño) ¡Habráse visto! ¡La pedante monjita! Como sabe hacer villancicos se compara con el Mesías.
¡Vaya humildad! ¡Vamos, hija, que escandaliza a Dios con tanto orgullo!

Sor Juana- ¿Mi orgullo? (Sonríe, triste) Tiempo ha que se ha gastado.

Confesor- Como celebra la chusma sus versos, se cree una elegida.Versos que avergüenzan a esta casa de Dios, exaltación de la carne... (Tose) Malas artes de macho...

Sor Juana- ¡Mis pobres versos! Polvo, sombra, nada. La vana gloria, los aplausos... ¿Acaso los he solicitado? ¿Qué revelación divina prohibe a las mujeres escribir? Por gracia o por maldición, ha sido el Cielo quien me hizo mujer y poeta.

Confesor- ¡Ella ensucia la pureza de la fe y la culpa la tiene el Cielo! Mucho canta sor Juana a lo humano y poco a lo divino.

Sor Juana- ¿No nos enseñan los Evangelios que en lo terrenal se expresa lo celestial? Una fuerza poderosa me empuja la mano...

Confesor- (Iracundo) ¿Fuerza de Dios o fuerza del rey de los soberbios?

Sor Juana- ...Y escribiendo seguiré, me temo, mientras me dé sombra el cuerpo. Huía de mí cuando tomé los hábitos, pero ¡miserable de mí!, trájeme a mí conmigo.

Aguiar- Se baña desnuda. Hay pruebas.

Sor Juana- ¡Apaga, Señor, la luz de mi entendimiento! ¡Deja sólo la que baste para guardar tu ley! ¿No sobra lo demás en una mujer?

Confesor- (Chillando, ronco) ¡Avergüénzate! ¡Mortifica tu corazón, ingrata!

Sor Juana- Apágame. ¡Apágame, Dios mío! (Susurra) ¡Tengo miedo...! ¡Estoy tan sola, tan sola...! ¡Tengo un miedo infinito! Vuelve la noche oscura...![18]

El dogal se estrecha

El verano de 1691 llovió en México como en Macondo.

Se perdieron cosechas. Faltó el pan y el maíz. La lluvia fue tan pertinaz y torrencial, que casas de adobe se desplomaron. México fue más laguna que nunca.

El 23 de agosto hubo un eclipse de sol. Una terrible plaga de gusanos cahuixtles, favorecidos por las persistentes lluvias fueron acabando con el poco maíz y el trigo que quedaba todavía. Ante tantas adversidades se alzaron las voces siniestras de siempre. Aquello era un castigo de Dios: había que hacer penitencia.

---

18 Se parafrasea a Eduardo Galeano, *op. cit.* págs. 303 ss.

Ante la inminencia del invierno, se lucha por el acaparamiento. El invierno trajo un hambre terrible y dos reacciones paralelas: rogativas para impetrar la ayuda del cielo y de los santos protectores y al mismo tiempo, represión a los campesinos, saqueos, etc... Comienzan a levantarse murmuraciones... los familiares del virrey son el blanco. Se cree que ellos han acaparado. El hambre ha penetrado en casi todas las casas y comienza a subir las escalinatas del palacio.

La tragedia continúa en 1692. No llega el grano a la gente. El predicador Fray Antonio de Ezcaray ha manifestado desde el púlpito el desagrado del pueblo, la gente se ha sentido apoyada por la Iglesia y el tumulto estalla.

En la plaza hay golpes. Una india, golpeada, malpare y muere. La muchedumbre hambrienta apedrea el palacio del virrey. Otros en andas llevan a la india muerta hasta el palacio arzobispal. Les impiden el paso, allá no pueden entrar mujeres, aunque estén muertas. Vuelven al palacio del virrey. Tras los insultos, alguien lanza una piedra y detrás de ella una lluvia de piedras y de rabia apedrea el palacio. Los guardias replican disparando con pólvora, la multitud se amotina –unos 10 000 de todas las castas–. Prenden fuego al palacio, la muchedumbre desesperada se lanza al saqueo de los negocios de la plaza. Una locura alimentada por el hambre, se apodera de la multitud.

De pronto en la noche, a la luz de las llamas del palacio, aparece una sacerdote con el Santísimo Sacramento en sus manos, le acompañan varios sacerdotes y monaguillos. Según va caminando por la plaza los amotinados caen de rodillas y clavan los ojos en la custodia. Da dos vueltas por la plaza y entra en la catedral. Otro sacerdote comienza a predicar en nahuatl. Y poco a poco se van serenando los ánimos. El fuego se apaga y la gente regresa de una pesadilla a sus casas.

Tras los hechos el poder del virrey se desploma, el de la Iglesia sube como la espuma. Comienza a fraguar en las conciencias la sensación de castigo de Dios por causa de los pecados. Es el momento propicio para la superstición.

Sor Juana, está sola. Ha vivido como nadie los hechos, también el hambre. Mujer sensible, se siente de alguna manera culpable. Sin duda piensa que ha llevado 25 años de monja ¿para qué? En estos momentos de efervescencia religiosa, su vida tibia en materia religiosa era otro leño al fuego de las catástrofes. Piensa que los otros, su confesor, su amigo obispo –sor Filotea–, su arzobispo, tienen razón, ella puede ser una santa y no una escritora de cosas deleznables.

Mujer en desamparo

Juana Inés a de sentir la soledad más radical. Su infancia desamparada, su juventud en lucha por ser ella, su refugio en la Iglesia y en la corte, se le desmoronan. El virrey no cuenta. El marqués de Laguna, el esposo de su querida María Luisa, también acaba de morir. María Luisa a miles de kilómetros. La Iglesia, tan fuerte ahora, su tabla de salvación, la acusa y la comienza a cercar con un arzobispo que saborea la venganza para salvarla, un confesor que la ha abandonado si no da su brazo a torcer y un obispo amigo, que trata de salvar sus privilegios. Sus compañeras, también pusilánimes, no la entienden. ¡Terrible soledad! ¡Toda una vida perdida! Está vencida.

Yo, la peor del mundo

El conflicto que se levanta en su alma tiene tres ingredientes: el tumulto popular, la oleada de superstición que recorre todos los caminos de México y sus propios sentimientos de culpa ante los conflictos con sus superiores los obispos. El desenlace del conflicto interior de la monja es inminente.

No le queda más remedio que arrepentirse, ceder, dejar de ser ella. Lo primero es: pedir el regreso de su confesor.

Sabemos por Oviedo que se negó a volver *para avivar sus deseos;* y sólo después de muchos ruegos es que viene; no para convertir a la monja, sino para someterla[19].

Nada sabemos de aquellos días. El P. Calleja, su biógrafo –que no la conoció y que se empeñó en hacerla santa– dice:

---

19 La misma táctica que en la actualidad. Si pensamos la marginación y las prohibiciones que han tenido que sufrir algunos de los teólogos más recientes con la Santa Sede, tales como Hans Küng o Leonardo Boff, llegaremos a la conclusión de que la técnica es extremadamente eficaz pues, después de trescientos años, se continúa utilizando.

"El año de 1693 la divina gracia de Dios halló en el corazón de la madre Juana su morada y asiento"[20].

Su obra poética, gracias a las gestiones de su amiga María Luisa, aparece en España en estos momentos. Es alabada por los mejores teólogos de la metrópolis. Los poetas y críticos se encienden en elogios. Pero ya es tarde. Lo que en otros momentos pudo haber sido fuego a su ilusión, ahora era infierno para huír de sí misma hacia su sometimiento al confesor y al obispo. El pensamiento y la vida ascética de su confesor se va trasvasando en ella.

Así pensaba el confesor:

> El súbdito es instrumento del superior y el instrumento no tiene más valor que su sumisión(...) El súbdito ha de ser a gusto y menester del superior.[21]

Su dureza con su cuerpo y su espíritu:

> La oración y la mortificación son dos alas con que vuela el espíritu hasta la cumbre de la perfección y la unión con Dios[22].

Núñez de Miranda, el confesor, se mortificaba

> ...setenta y tres veces, en reverencia de los setenta y tres años que vivió la Santísima Virgen (...) y los golpes eran tan recios y propinados tan sin piedad que se oían fuera del aposento, causando lástima y compasión a los que los escuchaban. Los que aguardaban a la puerta temían que pudiesen encontrarlo muerto[23].

Confesión general

Por fin ha vuelto el confesor. La primera labor es arrancar sus pecados desde lo más profundo del alma. La monja se somete a una confesión general. Somete toda su vida al juicio del confesor. Pasa semanas en este ejercicio.

Resulta interesante ver cómo el confesor juzga su amistad con María Luisa. Es una visión totalmente distinta a los juicios que originó Pfland. El Padre Núñez en la intensidad de esta amistad ve no una desviación sexual o erótica sino un pecado contra el amor que debe tener la religiosa a Dios. El amor platónico a María Luisa, desvía la dirección que ha de tener el corazón de una monja hacia el sumo Bien, la Belleza perfecta y no hacia las criaturas; al fin y al cabo sólo son imperfectos reflejos de Dios. Las criaturas pueden estorbar en este ascender a la divinidad. Su camino es el encuentro total con Dios, ser una mística mexicana, como Teresa de Jesús al otro lado del mar.

Por estas fechas, según Calleja y Oviedo, a quien se lo había confiado el confesor, comienza Sor Juana a castigar su cuerpo. Nunca hasta entonces el dolor físico había encontrado nido en su vida, sólo los sufrimientos de amor y los celos:

> Quedóse la madre Juana sola con su Esposo y considerándolo clavado en cruz por las culpas de los hombres, el amor le daba alientos a su imitación, procurando en su empeño crucificar sus apetitos y pasiones, con tan fervoroso rigor en la penitencia que necesitaba del prudente cuidado y atención del padre Antonio para irle de la mano, porque no acabase a manos de su fervor la vida[24].

Aunque la última frase parece algo exagerada, el padre Calleja lo confirma:

> ...su director de conciencia procuraba persuadirla a que fuesen menos los rigores despiadados con que se trataba (...) Es menester –decía el padre Núñez–

20 Octavio Paz, *op. cit.* pág. 591.

21 *Ibid*, pág. 586.

22 *Ibid.*, pág. 586.

23 *Ibid.*

24 *Ibid.*. pág. 595.

mortificarla para que no se mortifique mucho, yéndola a la mano en sus penitencias porque no pierda la salud y se inhabilite[25].

Abandona los libros

El día 5 de marzo firma un documento donde se rinde.

> "Confesión que, rubricada con su sangre, hizo de su fe y amor a Dios la madre Juana Inés de la Cruz, al tiempo de abandonar los estudios humanos para proseguir, desembarazada de este afecto, en el camino de la perfección, según el sentir de los clérigos que la cercan"[26].

Lágrimas de toda la vida, brotadas del tiempo y de la pena, le correrían por la cara. En lo hondo, en lo triste, ve nublado el mundo: derrotada, le dice adiós. Ante el impasible Antonio Núñez, el resto de su vida, sólo será penitencia. Sola con su Esposo, aquietará las pasiones castigando su cuerpo, le susurran al oído.

Rubrica su vida con sangre

Las páginas de esta vida se escriben en la soledad de un convento. Nunca sabremos lo que sucedió en aquella alma abandonada en estos momentos. Quizás recordara a su madre que la reprendía y la llamaba loca por aprender a leer y a escribir; a su abriéndole el mundo de los hombres y de los libros, a María Luisa, su amiga, luz y sentido de su vivir... y la oscuridad de la institución que la acogió: obispos y curas intrigantes que están a punto de hacerla santa.

Y así escribe sus últimas letras, su confesión, que lee ante su confesor triunfante y que firma mojando la pluma en la sangre de sus venas:

> ¡Padre! ¡Merezco ser condenada a la muerte eterna, en los infinitos infiernos! ¡Padre, imploro el perdón de Dios y su eterna misericordia!
> Suplico, por amor de Dios y de su Purísima Madre, a mis amadas hermanas las religiosas que son y en adelante lo fueren, me encomienden a Dios, que he sido y soy la peor que ha habido. A todos pido perdón por amor de Dios y de su Madre.
> Y en señal de cuánto deseo derramar la sangre en defensa de estas verdades, firmo con ella.
> Yo, la peor del mundo:
> Juana Inés de la Cruz [27]

¿Algo sublime o el acto de contrición de un ser humano aterrorizado que trata de aplacar a su enemigo, ahora todopoderoso?

Para la Iglesia, la tan esperada conversión hacia la santidad; para otros, más parece el fruto de una extorsión.

El final

Todos tratan de apoderarse de las pertenencias de la monja. Entran a saco en su celda.

Regala los libros, los cientos de libros, al obispo Aguiar y Seijas, para que los venda y reparta el dinero entre los pobres. Su colección de instrumentos musicales indígenas, también se deshace de ella.

Apenas si se queda con dos o tres librillos devotos junto con muchos cilicios y disciplinas.

El final de la historia es macabro. El mes de abril de 1695 una epidemia arrasa la ciudad de México, los muros del convento no son suficientes para detenerla. La mortandad es terrible. Nueve de cada diez monjas están contaminadas.

Vuelve el fantasma de los pecados. Escenas horribles se viven en los claustros del convento. Las monjas parecen almas en pena, se golpean sus cuerpos palpitantes de fiebre, pidiendo misericordia. Portan sobre sus débiles espaldas pesadas cruces, en procesiones por los claustros y , como dice Cabrera, las monjas lamen el suelo:

---

25 *Ibid.*, pág. 595.

26 *Ibid.*

27 *Ibid* pág. 596.

hasta formar una cruz desbastándose la lengua, que salía tan limpia como un cepillo, pero con una diferencia dolorosa, que siendo el suelo más duro que el cepillo; se gastaba su lengua al dibujar la cruz[28].

La madre Juana, en su fervor, trabaja día y noche auxiliando a sus hermanas. Se contagia.

Un 17 de abril del año del Señor de 1695 muere. Contaba cuarenta y tantos años.

A MODO DE EPÍLOGO

Al día siguiente de su muerte, el obispo Aguiar y Seijas envía a unos clérigos para que se lleven de la celda de Sor Juana alhajas, dinero en efectivo, pagarés y otros documentos.

Las monjas probaron que estos agentes del arzobispo sustrajeron 5 200 pesos, y que reclamaron las monjas como legítimas herederas de los bienes de Sor Juana.

También apareció un poema, que nunca quiso romper.

¿Su conversión fue total o un paréntesis hasta que llegaran mejores tiempos?

¿Su confesión fue sincera o el fruto de la tortura sicológica?

¿QUÉ ES SER MUJER?

Ni hilar, ni parir, ni llorar, aunque haya tenido que hacer un poco de todo. Ser mujer es ser ella misma, un águila que voló por los cielos de México en la segunda mitad del siglo XVII y que todavía hoy lo hace, cuando ni se oyen las voces de los que la asediaron toda la vida, quienes al final la ¿destruyen? con el afán de hacerla santa.

Sor Juana es un ser humano, una mujer, ella misma, contradictoria: monja y hábil política; poetisa e intelectual; enigma erótico y mujer de negocios: una criolla excepcional. Sor Juana es una hija de su tiempo.

Pero hay una radical diferencia: lo que estaba permitido a los hombres –Lope y Góngora eran sacerdotes, cuyas vidas dejaron mucho que desear, y nadie les obligó dedicarse a Dios, a escribir de Dios o a dejar la pluma para dedicarse a su Dios– le estuvo prohibido a la monja observante. Sólo por ser mujer.

Sus convicciones religiosas, que fueron su tabla de salvación para poder ser ella, aunque tuviera que renunciar al sexo; al final la destrozaron. Su realización como ser humano, marcado con el sexo femenino, sólo era posible a través de la Iglesia. Y esta Iglesia, al final, también la obligó a renunciar a todo, por ser mujer.

Ser mujer para Juana Inés fue mucho más que hilar, parir y llorar. Fue demostrar a la historia cómo un ser humano ha de ser fiel a sí mismo, más allá del sexo, aunque tenga que pagar con su vida en el empeño.

JUANA RAMIREZ o Sor Juana Inés de la Cruz es una de las mujeres latinoamericanas más significativa de nuestra historia. Injustamente olvidada y desconocida para muchos. Quizás también por ser mujer.

BIBLIOGRAFÍA

Alborg, J.L. (1970). *Historia de la Literatura Española, II.* Gredos, Madrid.

Galeano, Eduardo. (1985) *Memorias del fuego I: Los nacimientos*, Siglo XXI.

Juana Inés de la Cruz, Sor. (1965). *Antología, selección, introducción y notas de Elías Rivers*, Salamanca, Anaya.

Juana Inés de la Cruz. (1970). *Autos sacramentales*. Notas de Alfonso Méndez Plancarte. México, Unam.

Juana Inés de la Cruz. (1953-54) *Obras*. (Edición de Méndez Plancarte) Fondo de Cultura, 2 vols., México.

Juana Inés de la Cruz. (1976) *Obras selectas*. Prólogo de Georgina Salvat y E. Rivers. Barcelona, Noguer.

Juana Inés de la Cruz. (1978) *Poesía, teatro y prosa*. México, Porrúa.

Paz, Octavio. (1983) *Sor Juana Inés de la Cruz o Las trampas de la fe*. México, Fondo de Cultura Económica.

Javier Martínez M.
Apdo. 31-5000
Sede de Guanacaste
Universidad de Costa Rica

28 *Ibid*, pág. 600.

Ciencias Sociales 77: 115-133, setiembre 1997

DEL REFORMISMO COOPERATIVO AL COOPERATIVISMO EMPRESARIO

Ma. Cristina Romero Saint Bonnet

RESUMEN

Mediante un estudio longitudinal del cooperativismo costarricense desde sus primeras etapas se marca el rumbo de la relación existente entre las políticas estatales y la repercusión en el cooperativismo.

ABSTRACT

By means of a longitudinal study of the Costa Rican cooperativism from its earliest stages, the trend of the present relationship between government policies and its repercussion in cooperativism is shown.

INTRODUCCIÓN

El presente artículo pretende dar a conocer los resultados de la investigación que se origina en la necesidad de conocer con mayor profundidad la temática del cooperativismo en el país. Esto llevó al Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad de Costa Rica a desarrollar un programa de investigación sobre la "Propiedad Social en Costa Rica, con énfasis en el estudio del cooperativismo", fundamentado en que "El cooperativismo es una forma de organización social con fines económicos tales como producir, ahorrar, realizar actividades crediticias, etc. Se presenta como una alternativa de democratización de la economía y de la estructura social al posibilitar, al menos teóricamente, el ejercicio colectivo de la propiedad y la distribución equitativa de excedentes, frente al régimen de propiedad y apropiación individual prevaleciente"[1] Uno de los proyectos del citado programa se relaciona con "Educación y formación cooperativista en Costa Rica". Estudios previos realizados en la temática demuestran que "el campo de la educación cooperativa presenta dificultades que es necesario profundizar"[2]. Sobre la base de lo cual se propone que "se analice si la educación en sus contenidos responde a las necesidades del desarrollo cooperativo"[3] Indagaciones preliminares han permitido conocer las

---

1 Instituto de Investigaciones Sociales. "Programa de Investigación y Servicio sobre propiedad social. con énfasis en cooperativismo". Propuesta, UCR. 1984, p. 4

2 *Ibid.* p. 31

3 *Ibídem.*

contradicciones existentes en el movimiento cooperativo con relación a las propuestas de orientación y contenidos de la educación cooperativa, en el marco del proceso que vive la sociedad costarricense desde que se inició la década del ochenta y que se ha caracterizado por "la redefinición estructural de sus formas de organización social y productiva"[4].

Con lo anterior como punto de partida se responde a la interrogante: ¿Cuáles han sido y cómo han operado los factores políticos, sociales y económicos que han determinado la reorientación ideológica del movimiento cooperativo y que la educación cooperativa enfatice la concepción empresarial en sus programas en detrimento de la concepción social del cooperativismo, en el período comprendido por los años 1981-1991?

La consecución de los insumos teóricos y metodológicos para atender la respuesta de dicha interrogante ha llevado a tratar de determinar la relación existente entre las políticas del Estado y el movimiento cooperativo con miras a explicar las características ideológicas que asume éste en la década del ochenta y las directrices en materia de educación cooperativa. Esto por cuanto se tuvo como guía en esta ruta una construcción hipotética que enuncia por un lado, que las políticas estatales planteadas para contrarrestar los efectos de la crisis –que se manifiesta de manera más contundente en los primeros años de la década del ochenta– tienen el propósito de reorientar a la sociedad costarricense hacia una nueva estrategia de crecimiento económico dirigida a desarrollar las exportaciones de productos no tradicionales hacia terceros mercados, a reforzar el papel de la empresa privada y a disminuir el intervencionismo del Estado. Por otro lado, para reforzar el papel del movimiento en la economía del país, se reorientó la ideología tradicional de las cooperativas, como instrumento de los grupos económica y socialmente débiles, en favor de una interpretación económicamente rentable del cooperativismo, lo que determinó el énfasis en la concepción empresarial del mismo. El objeto de estudio del trabajo en mención lo constituyó la educación cooperativa. Para abordarlo se consideró pertinente analizar tres componentes: a. Los condicionantes contextuales de la educación cooperativa, b. La estructura de la educación cooperativa y c. La dinámica de la educación cooperativa.[5] En relación con los condicionantes contextuales se investigaron las distintas etapas del desarrollo del cooperativismo en el país y la relación de las mismas con el contexto nacional en cuanto a las políticas estatales que han tenido que ver directa o indirectamente con dichas etapas, y este artículo se refiere, específicamente, a este componente. Puesto que la educación participa en la construcción del movimiento cooperativo desde los inicios del mismo y sobre ella se han forjado las aspiraciones de delinear y fortalecer las conductas que configuran las actitudes acordes con la participación en la propiedad social el estudio pretendió determinar la relación existente entre las políticas del Estado en el orden económico y el movimiento cooperativo con miras a explicar las características ideológicas que asume éste en la década del ochenta y las directrices en materia de educación cooperativa.

1. DESARROLLO DEL COOPERATIVISMO Y LAS POLÍTICAS ESTATALES

1.1. Los primeros años

El escaso desarrollo que tiene el cooperativismo entre 1923 y 1940, período durante el cual sólo se crea la cooperativa Germinal dedicada a la construcción y otra que va a funcionar en la rama de consumo y crédito de

4 Mora *et al.* "Compensación o control social en el ajuste". *Revista Reflexiones.* UCR. San José, CR: Editorial Universidad de Costa Rica, 1992. p.11.

5 Consúltese los siguientes trabajos de la autora con relación a esta temática: "Las necesidades de investigación en educación cooperativa". *Revista* Educación, 15(2) 1992. "La praxis de la educación cooperativa y los condicionantes contextuales en Costa Rica", Tesis de Maestría en Sociología 1994. "Educación Cooperativa, Planificación e integración". *Revista Educación* No.16 1994. "La educación cooperativa, algunos dirigentes y asociados opinan al respecto". *Revista Horizontes* N°7, CENECOOP. San José, Costa Rica, 1996, "La educación cooperativa, utopía?... pragmatismo?" *Revista Cultura y Sociedad,* San José, Costa Rica. 1996.

los empleados del Banco de Costa Rica, se debió a que el papel del Estado no fue decisorio, ya que la estructura política de carácter liberal y la económica de apoyo a la agricultura de exportación de café y banano, no estimulaba el desarrollo de alternativas no coherentes con sus políticas. Es a partir de la década del 40 cuando se puede identificar el verdadero origen del cooperativismo en el país. Con la introducción de las reformas sociales y el establecimiento del Código de Trabajo en 1943 comienza a tener presencia el cooperativismo dentro del marco legal. Con la promulgación del Código de Trabajo de 1943, se emitió la primera Ley General de Cooperativas, incluída en el Título V, Cap. III. Con la guerra civil del 48 se abren nuevos espacios para la incorporación del movimiento cooperativo al desarrollo nacional ya que el Estado cambia su estrategia al buscar diversificar y modernizar la estructura productiva propiciando empresas asociativas de producción agrícola entre otras formas de organización.[6]

El Centro de Estudios de los Problemas Nacionales conformado en la década del 40 y uno de los que convergen en la formación del Partido Social Demócrata a partir de 1945 divulgaba sus ideas económicas, políticas y sociales mediante la *revista Surco.* La edición Nº 31 de enero de 1943, fue dedicada por completo a informar y comentar sobre el cooperativismo y las ventajas que de él se derivan para la sociedad costarricense, entre las cuales menciona, especialmente, la posibilidad de que por medio de esta forma organizativa se elimina al intermediario, se fomenta la participación en los beneficios y se adquiere la copropiedad de los medios de producción. El 12 de octubre de 1943, se crea la primera Cooperativa Agrícola Coopevictoria R.L. incluyendo un beneficio de café, un ingenio de azúcar y algunas fincas de café. Se crea también la Sección de Fomento Cooperativo en el Banco Nacional de Costa Rica para brindar financiamiento y en 1953 se transforma en el Departamento de Fomento Cooperativo cuyas funciones se amplían a educación y capacitación, asistencia técnica además del crédito y la promoción, funciones que venía realizando hasta entonces. En 1949 los constituyentes recogieron en forma íntegra el artículo 58 incorporado a la Constitución de 1871[7] plasmándolo en el artículo 64 de la actual Carta Magna que dice: "El Estado fomentará la creación de cooperativa como medio de facilitar mejores condiciones de vida a los trabajadores".

A pesar de haber logrado rango constitucional en esa oportunidad no es hasta 1968, cuando se publica la primera Ley Cooperativa Nº 4179. Este momento en el desarrollo del cooperativismo es de especial trascendencia porque es en el cual se liga la promoción de este tipo de organización con las aspiraciones de la pequeña burguesía, profesionales y medianos empresarios de adquirir un protagonismo dentro del escenario político-económico del país, utilizando el camino de las reformas económicas y sociales: la diversificación de la producción y la mayor participación de los grupos sociales en la distribución. A este respecto leemos en Rovira[8], una

> "Diversificación de la producción que amplíe el limitado horizonte económico-social de Costa Rica y que, por tanto, posibilite una mayor participación a otros sectores sociales, y el cooperativismo como eje organizacional de la pequeña propiedad, una vez concebida ésta como un pilar fundamental de la sociedad...".

Párrafo con el que creemos puede sintetizarse la importancia del momento como punto de partida del surgimiento del cooperativismo, y su consiguiente promoción determinada por el empuje que se le da a partir de 1952, cuando el Partido Liberación Nacional propone –en su carta constitutiva– la creación, desarrollo y fomento del movimiento cooperativo[9]

---

6 Mora Jorge. *Cooperativismo y desarrollo agrario,* San José: EUNED, 1987, p. 35.

7 En 1919, el Gobierno de don Julio Acosta García restableció la Constitución de 1871, pero le incluyó el artículo 58, que disponía: "El Estado fomentará las reformas de actividades cooperativas como medio de facilitar mejores condiciones de vida a los trabajadores".

8 Rovira Más, Jorge. *Estado y Política económica en Costa Rica 1948-1970.* 3ra. Edición, San José: Editorial Porvenir, 1988, p. 43.

9 Vega, José Luis. *Datos básicos sobre el Movimiento Cooperativo,* San José: I.I.S. U.C.R., 1981, p.1.

y en su gestión gubernamental se dicta la Ley Nº 1644, y en 1955 la Ley Nº 1860 que define la creación de la Oficina de Sindicatos y Cooperativas en el Ministerio de Trabajo y Previsión Social, con funciones de inscripción, supervisión y liquidación de las cooperativas del país. Sin embargo –aunque se establece el marco legal del funcionamiento del cooperativismo y las condiciones de apoyo estatal– esto no representa un efecto cuantitativo en el desarrollo de las organizaciones, hasta los años 60.

1.2. Los años de expansión del cooperativismo

El período de mayor expansión del movimiento cooperativo fue entre los años 1964 y 1969, se crearon 137 cooperativas o sea el 40,8% del total existente en 1978. Ello se debió al estímulo del Sistema Bancario Nacional y al apoyo político que recibió el movimiento.[10]

Cuadro Nº 1

Distribución de las cooperativas por años de creación (1959-1978)

Año	Nª cooperativas que se establecen	Nº de cooperativas que se incrementan
1959	43	
1964	84	41
1969	221	137
1973	276	55
1978	338	62

Cuadro elaborado con datos del INFOCOOP, *Estudio del Movimiento Cooperativo Costarricense,* Dic. 1974.

El apoyo del programa CUNA-AID-Fedecrédito R.L., financiado por la AID y desarrollado a mediados de la década del sesenta, juega un papel importante en el incremento mencionado, especialmente, de las cooperativas de ahorro y crédito.[11] El incremento ocurrido en las cooperativas agrícolas (lo que se demuestra con la creación de 15 cooperativas entre los años 1959 y 1964 y de 17 cooperativas entre los años 1964 y 1969[12]), les ha permitido ocupar el 2º lugar luego de las de ahorro y crédito, esto se debió al desarrollo del sector cafetalero, "de su modernización capitalista y del desarrollo de los precios mundiales de aquellos años"[13]. Las cooperativas de ahorro y crédito fundadas en el marco de la creación del Mercado Común Centroamericano, "jugaron un papel en la formación de capital, en la elevación del consumo y en el impulso del modelo industrial orientado hacia pautas de consumo importada".[14]

La década del sesenta y primeros años de los setentas también se caracterizaron porque además comienza a consolidarse la integración de las organizaciones de base relacionadas con el café (FEDECOOP R.L. 1962), con el ahorro y crédito (FEDECREDITO R.L., 1964) y con el sector agropecuario (FEDEAGRO R.L. 1963), cerrando la década la creación de la Unión Nacional de Cooperativas R.L. (UNACOOP) en 1969. Los datos del cuadro No.2 permiten apreciar que entre 1960 y 1973 se da un creciente desarrollo del cooperativismo, dado el aumento del número de cooperativas que se establecen y el proceso de integración de organizaciones que se inicia. Estos resultados dependieron en buena medida del apoyo estatal que estimuló a las cooperativas. Así por ejemplo, el Instituto de Tierras y Colonización (ITCO, creado por la Ley de Tierras y Colonización Nº 2825 de

10 En un mensaje del Dr. Mario Carvajal H. Presidente de CONACOOP y publicado en la *Revista Cooperativa* Año 4 No.19 y 20, 1982, p. 46, plantea que... "Ese período de auge "época de oro" se debió a un empuje bastante importante del Sistema Bancario Nacional y a una definición política en el buen sentido de la palabra de una serie de líderes políticos de Costa Rica, para desarrollar el movimiento cooperativo".

11 Calderón Delgado, Claudio. "La Agencia para el desarrollo internacional AID y su aporte al desarrollo del movimiento cooperativo de Costa Rica". Tesis de Licenciatura en Relaciones Internacionales, UNA, Costa Rica, 1984. p. 68.

12 Gómez, Miguel, *et.al.* Oficina de Información. Presidencia de la República, "La situación del Movimiento Cooperativo Costarricense en 1979", *Mimeo,* Noviembre, 1980, p. 24.

13 Weller Jürguen. "El Desarrollo del Cooperativismo y la Sociedad Costarricense", *Anuario de Estudios Centroamericanos* UCR. B(1) 1987, p.133.

14 *Ibídem.*

1961), fomentó la formación de la Federación Nacional de Cooperativas de Mercadeo Agropecuario (FEDEAGRO) y la dotó de los recursos necesarios para su funcionamiento, hasta su separación de la institución en 1980 y su posterior desintegración en 1986.[15] La identificación de algunos otros hechos permitirán comprender lo expuesto anteriormente. En la década de los sesenta se incrementa la presión por la tierra y otros recursos productivos lo que determina el aumento de las ocupaciones de fincas por aquellos desposeídos de tierra. El Estado interviene ante esta situación, por medio del ITCO, en apoyo a la estrategia nacional de la diversificación económica, mediante la industrialización por sustitución de importaciones y a la consecuente modernización del agro. Esta modernización se planteó en dos líneas: una mediante la ampliación de la capacidad exportadora de la economía con el crecimiento de la productividad, la producción y la exportación, darían como resultado el incremento de los ingresos del país. La otra línea se dirigió a la satisfacción de la demanda interna de alimentos y materias primas, producto del mejoramiento de las condiciones de vida de la población, el aumento de su capacidad adquisitiva y el crecimiento de la actividad industrial. Ante la incapacidad de los programas de colonización y asentamientos parcelarios para cumplir con aquellas expectativas, el ITCO incorpora la modalidad organizativa del cooperativismo al programa de formación de empresas campesinas[16] incrementándose de manera considerable el número de cooperativas. Entre 1973 y 1981, el desarrollo del movimiento se estancó, especialmente a finales de los setenta, los factores influyentes fueron el debilitamiento del papel del sistema Bancario con respecto al apoyo del Movimiento Cooperativo a partir del surgimiento del INFOCOOP lo que contribuyó en gran medida a la carencia de recursos suficientes en el INFOCOOP.[17]

1.3. Los años de la crisis y el cooperativismo

A fines de la década de 1970 e inicios de 1980 se desencadenó un período de crisis económica, que repercutió hondamente en las condiciones sociales, económicas y políticas de la sociedad costarricense.[18] En el marco de las políticas estatales ante lo que se considera como coadyuvante de la crisis (el agotamiento del modelo agroexportador tradicional y del modelo de industrialización sustitutiva de importaciones), a inicios de la década del 80, se empiezan a diseñar propuestas de solución orientadas a cambiar radicalmente la estructura productiva y las funciones del Estado, dentro del marco de una concepción neoliberal. En este momento se empiezan a delinear las llamadas políticas de ajuste estructural, aunque cinco años más tarde adquieren una fisonomía más clara, en el gobierno de Monge Alvarez (1982-1986). Acorde con las nuevas propuestas, la política económica se centró en

---

15 Mora, Jorge. "Cooperativismo agrario y política económica en Costa Rica". UNA, 1989, mimeo, p.13.

16 Salazar N., José Ml. *et al.* "Costa Rica: una política agraría innovadora" *Revista Estudios Sociales Centroamericanos.* CSUCA, Año VII Nº20, 1978, p.99.

17 Mario Carvajal plantea en 1982 que "Existen datos en INFOCOOP en varios estudios que reflejan básicamente que el Movimiento Cooperativo no ha crecido en número de cooperativas y muy poco en número de asociados, en los últimos diez años... Las causas se encuentran en una serie complicada de factores, entre ellos están los consabidos de un INFOCOOP que se estableció sin los recursos financieros adecuados, un Sistema Bancario Nacional que por la creación del INFOCOOP considera que ellos como banca no tienen la obligación de prestarle dinero a las cooperativas. En "Nuevo Cooperativismo" *Revista Cooperativa,* Costa Rica, Año 4, No.19 y 20, 1982, p. 46.

18 El período de crisis económica en Costa Rica ha sido objeto de análisis, expuesto en diversos trabajos elaborados por cientistas sociales:
- Rojas Bolaños Manuel: "Ocho desafíos sobre la realidad nacional". En: *Costa Rica: crisis y desafíos.* San José DEI-CEPAS, 1987.
- Garnier, Leonardo. "Crisis, desarrollo y democracia en Costa Rica," *Ibid.*
- Rivera, Eugenio. *"El Fondo Monetario Internacional y Costa Rica 1978-1982. "* San José: DEI 1982.
- Rovira, Jorge. *Op.cit.* Capítulo 2.
- Solís, Manuel y Esquivel, Francisco. *Perspectivas del reformismo en Costa Rica.* San José, DEI-EDUCA, 1980.

restaurar la estabilidad económica del país y en la creación de las condiciones para la transformación estructural. Es así como se definió entonces la prioridad de la promoción de las exportaciones no tradicionales a los mercados, fuera de Centroamérica, por encima de la producción destinada al mercado nacional y regional.

> "Los problemas de la autosuficiencia alimentaria y la desprotección de determinados sectores de productores agropecuarios, dejan de ser las cuestiones significativas para (re)impulsar el desarrollo del agro. Al ser colocadas las exportaciones como eje del proceso de desarrollo y proporcionarse la apertura de la economía, los problemas de la modernización, la eficiencia, (medida con los parámetros de la producción capitalista) y el fortalecimiento de las actividades destinadas al mercado exterior (tradicionales y no tradicionales), pasan a ser las principales preocupaciones para promover el desenvolvimiento del agro": medidas estas que terminarán afectando al cooperativismo ligado con las actividades agrícolas para el mercado interno.[19]

No sólo el cooperativismo agrícola se ve afectado por esas medidas, sus efectos han trascendido a los otros tipos de cooperativas, para ampliar sobre esos aspectos en los apartados siguientes se atenderán los aspectos relacionados con los efectos de las políticas económicas en el cooperativismo y la respuesta que el mismo da a este proceso de transformación del modelo económico en Costa Rica.

1.4. Los años de la reactivación

Entre los años 1981 y 1986 el número de organizaciones cooperativas crece altamente. A nivel nacional entre los años de 1983 y 1984, los esfuerzos del gobierno de Luis Alberto Monge se dirigieron a propiciar la estabilización de la economía y con ello lograr un acuerdo con el Fondo Monetario Internacional que garantizará el apoyo financiero indispensable para enfrentar la crisis. Un soporte fundamental de este proceso de estabilización y reactivación económica fueron los cuantiosos recursos económicos procedentes del gobierno estadounidense. Al respecto Jorge Rovira plantea que

> "la justificación de este solícito comportamiento colaborativo y de esta ingente generosidad, se halla bien asentada en criterios de naturaleza geopolítica, los cuales no ofrecen duda, para el Gobierno de Reagan, acerca de la función 'escaparate' a que está llamada Costa Rica, en tanto que democracia vital en la Región Centroamericana".[20]

Entre el segundo semestre de 1982 y hasta el año 1985, Costa Rica recibió ayuda económica por parte de USA por un monto de US$6825 millones en préstamos y donaciones. Ello marcó el inicio de cambios en el rumbo de la política económica y social de Costa Rica que se caracterizó por la creciente influencia en los asuntos internos por parte de los organismos internacionales. Los indicadores siguientes expresan la recuperación en la economía: En 1983 el Producto Interno Bruto creció, en términos reales, en 2,3% y en 6,6% en 1984 el desempleo abierto se redujo de 8,7% en 1981 y de 9,4% en 1982 a 9% en 1983 y 7% en 1984; la inflación disminuyó respecto a los años 1981 (65%) y 1982 (80%) a 10,7% en 1983 y a 17,3% en 1984.[21]

Entre los años 1981 y 1986 el número de organizaciones cooperativas crece significativamente. En el año 1982 aparecen registradas por el INFOCOOP 383 cooperativas, en 1985 lo son 529 y en 1986 el número aumenta a 567.

En el Plan Nacional de Desarrollo para los años 1982-1986,[22] se puede observar que –en lo que se refiere a las principales políticas globales en el área Social que para el rubro distribución del ingreso– se plantea:

---

19 Mora, Jorge, *Op. cit.* p. 19.

20 Rovira Mas, Jorge. "Del desarrollo de Costa Rica y su crisis en el período de postguerra: 1948-1984". San José, Universidad de Costa Rica, *Anuario de Estudios Centroamericanos*, 1985 pág. 39.

21 *Ibíd.* pág. 36.

22 Ministerio de Planificación y Política Económica. *Plan Nacional de Desarrollo 1982 y 1986*. 1983.

Cuadro Nº 2

Distribución de cooperativas por años de creación 1980-1983

Año	Nº de cooperativas establecidas	Nº de cooperativas que se incrementan
1980	349	
1982	383	34
1983	422	39
1985	529	107
1986	567	38

Fuente: Cuadro elaborado con datos del INFOCOOP del Departamento de Supervisión y de Planificación de los años correspondientes.

> "La creación de empresas productivas que sean propiedad social de los asalariados, así como su participación en todas las fases de su desarrollo; desde la producción hasta la distribución misma de las ganancias." "La organización social apoyará el desarrollo económico mediante la formación de empresas agropecuarias o agroindustriales asociativas, de organizaciones de comercialización y de agrupaciones de asalariados; favorecería una inserción social y política más adecuada y aumentará su capacidad para incidir y participar en las decisiones que la afectan." "Dentro de esa misma dirección, se impulsará la formación y consolidación de empresas autogestionarias y cogestionarias, las que serán consideradas como las formas de participación en la producción más importante, dado que favorecen una mayor autonomía y responsabilidad de los trabajadores organizados socialmente para la producción". Y para el rubro, mejoramiento del nivel de vida,se plantea "Organizar cooperativas de consumo".

Paralelamente al apoyo evidente al cooperativismo –que se manifiesta en la Administración Monge Alvarez (1982-1986) reflejado en los datos cuantitativos del número de organizaciones creadas en el período y teniendo como marco las propuestas en el Plan de Desarrollo– en 1982 se firma con la AID un convenio de donación por $600000 (515-0189), para la operación del Proyecto del fortalecimiento institucional de Fedecrédito y sus cooperativas afiliadas.[23] La Federación implementará el Programa de Crédito de Producción que

> "pretende acabar con el problema de la falta de recursos suficientes al pequeño y mediano productor socio de las cooperativas, para lograr aumentar la producción nacional", mediante el financiamiento agrícola, pecuario, industrial y artesanal.[24] "En los años en comparación 1985-1989, las cooperativas sufren un decrecimiento, esto se debe en gran parte a la acción de supervisión del INFOCOOP, que estudió la viabilidad de las cooperativas y disolvió aquellas cooperativas que estaban en un estado de ilegalidad debido a su inactividad". [25]

El sub-sector agrícola presenta una disminución en los años de comparación pasando de un 16% en 1985 a un 11% en 1989; este fenómeno, según el INFOCOOP, se debe al hecho de la poca capacidad económica y administrativa de estas cooperativas lo que ha determinado su disolución.[26]

El programa de modificaciones económicas iniciado con el Gobierno de Monge Alvarez, se profundiza en 1989 con el Programa de Ajuste Estructural (PAE II). Este amplía la apertura de la economía mediante la reducción de los aranceles, continúa con los incentivos a las exportaciones y mantiene las restricciones al gasto público y a los granos básicos destinada al mercado interno. Durante este período la economía en general presentó un ritmo de crecimiento favorable del 5% anual. El comportamiento positivo más regular en estos años, fue el de las exportaciones no

---

23 Calderón, Claudio, *Op. cit.* p. 117.

24 *Ibid.* p. 119.

25 Jiménez, Mireya. "Situación del movimiento cooperativo en Costa Rica, 1985-1989". Versión Preliminar, INFOCOOP. Departamento de Planificación, feb. 1990, p. 8.

26 *Ibid.* p. 2.

tradicionales. En cuanto al sector agrícola, durante este período se profundizó en la transformación del mismo, de manera tal que fue el de mayor crecimiento económico. La agricultura contribuyó en 1989 con el 70% del total de las exportaciones y fue el segundo empleador del país. El crédito para apoyar la producción agropecuaria pasó a ser un 34% (en términos nominales) superior al aumento de 29% de 1988.[27]

Cuadro Nº 3

Distribución de cooperativas por años de creación 1985-1989

Año	Nº de cooperativas establecidas	Nº de cooperativas que crecen o decrecen
1985	529	
1986	567	38
1987	480	-87
1988	475	-5
1989	483	8

Fuente: Cuadro elaborado con datos del INFOCOOP. "Situación del Movimiento Cooperativo en Costa Rica, 1985-1989". (Versión preliminar), 1990.

Con respecto a las propuestas contenidas en el *Plan Nacional de Desarrollo 1982-1986*, se puede destacar lo siguiente:

> "Las formas de organización social de la producción y la distribución. Se busca dar acceso adicional a los medios de producción a organizaciones como cooperativas, asociaciones solidaristas y otras organizaciones de este tipo que puedan surgir en el futuro".[28]

Seleccionamos algunas estrategias propuestas que se relacionan con las inquietudes que se manifiestan dentro del movimiento especialmente en los Congresos Cooperativos.

La información contenida en el cuadro No.4 permite destacar que el apoyo estatal al movimiento cooperativo ha sido amplio en la medida en que los resultados del proceso dan lugar a: a) el crecimiento cuantitativo; b) la posibilidad de orientar su acción con base en una planificación general; c) la posibilidad de desarrollar la acción educativa mediante un sistema especializado.

Cuadro Nº 4

Políticas estatales en materia de cooperativismo en el Plan Nacional de Desarrollo 1982-1986

Estrategia	Plazo	Estado	Institución Involc.	Resultados
Promover la formación de organizaciones	Corto	Ejecución	IDA, INFOCOOP, MIDEPLAN, INA	Entre los años 1981 y 1986 se crearon 218 cooperativas y se presenta un bajo porcentaje de disolución
Apoyar la ejecución de los planes de desarrollo de los movimientos cooperativos y solidaristas	Corto	Ejecución	INFOCOOP	Se propone el Plan Nacional de Desarrollo Cooperativo 86-90 (*)
Proyecto Sistema Nacional de Educación y Capacitación Cooperativa	Corto	Ejecución	INFOCOOP	El Sistema se aprueba en 1989 (*)

(*) Ver. CONACOOP, *Memorias III y VI*, Congresos Cooperativos.
Fuente: Cuadro elaborado con datos del *Plan Nacional de Desarrollo 1986-1990*, Ministerio de Planificación Económica, Tomo I, Abril 1987.

27 Ministerio de Planificación. *Panorama económico en 1989 y perspectivas para 1990*. San José, MIDEPLAN, 1990.

28 Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. *Plan Nacional de Desarrollo 86-90*, tomo I, abril 1987.

1.5. El coooperativismo en crisis

Según datos al año 1989, el movimiento cooperativo se caracteriza por representar el 11,8% del total de la población del país y el 31,8% de la población económicamente activa. Como sector involucrado en la participación del PIB, su aporte se ha realizado principalmente a través del sub-sector agrícola, Agroindustrial, Finanzas,Vivienda y Servicios[29]. En los cuadros Nos. 6 y 7 se refleja esta apreciación con datos cuantitativos reportados en el año 1989 por el INFOCOOP. Es interesante destacar que el mayor número de cooperativas corresponden a las de ahorro y crédito, autogestión, servicios múltiples y agrícolas en orden de importancia tal y como se puede apreciar en el cuadro siguiente:

Cuadro Nº 5

Distribución de cooperativas según tipo de actividad que más organizaciones agrupa

Tipo de cooperativas	No.	%
Ahorro y Crédito	105	22
Autogestión	97	20
Servicios Múltiples	90	18,6
Agrícolas	52	11
Total	344	70,6

Fuente: Cuadro elaborado con datos de INFOCOOP. *Situación del Movimiento Cooperativo en Costa Rica, 1985-1989*. San José, 1990.

En conjunto representan el 70% del movimiento y casi el 80% de la afiliación. No obstante, según datos relativos al número de asociados son las de tipo Servicios Múltiples y Ahorro y Crédito las que más asociados tienen. Las cooperativas de ahorro y crédito mantienen la posición que han tenido a lo largo de su existencia en el país. El INFOCOOP explica la disminución que presentan las cooperativas agrícolas por la incapacidad de las mismas para "salir adelante en materia económica y administrativa"[30], situación que como se ha visto en páginas anteriores es en gran medida resultado de los efectos de las políticas de desestímulo a la agricultura para el mercado interno. El segundo lugar que ocupa las cooperativas de autogestión, en cuanto al número de organizaciones, se modifican en la distribución por número de asociados, pasando al sexto lugar con el 1,3% de la membresía total para el año 1989. Para conformar una cooperativa de autogestión es necesario contar con un mínimo de doce personas lo que explicaría la contradicción en ambos reportes cuantitativos.

Cuadro Nº 6

Distribución de cooperativas según tipo de actividad que mayor afiliación reporta

Tipo de cooperativa	Nº	%
Servicios múltiples	115 037	35,1
Ahorro y Crédito	102 648	32,2
Eléctricas	48 818	15,6
Agrícolas	27 080	8,5
Autogestión	3 189	1,3

Fuente: Cuadro elaborado con datos de INFOCOOP. *Situación del Movimiento Cooperativo en Costa Rica, 1985-1989*, San José, 1990.

Los dos primeros tipos de cooperativas del cuadro anterior representan el 67,3% de la afiliación total del país. Sin embargo los efectos de la crisis nos presenta una realidad que, independientemente de la visión cuantitativa que se hace desde el mismo movimiento y desde el ámbito institucional (INFOCOOP), se manifiesta como negativa para el desarrollo de este movimiento. Las cooperativas agrícolas han estado históricamente en el país, en la mayoría de los casos, ubicadas en la producción de granos básicos (arroz, maíz, frijoles), con altos costos, constantes riesgos y bajos rendimientos económicos. Esto por cuanto, la calidad de la tierra no era la más adecuada para realizar esos tipos de explotación; los problemas de comercialización no se resolvieron permaneciendo siempre el pequeño productor en dependencia del intermediario; asimismo se integraba a los campesinos a un tipo de organización que en la mayoría de los casos reñía con su práctica anterior relacionada con el proceso productivo que él llevaba a cabo,

29 Jiménez, Mireya, *Op. cit.*, p. 25.

30 *Ibid.* p. 9.

además de los requerimientos propios de una organización de este tipo, en cuanto a los aspectos administrativos, contables, etc., frente a los cuales los asociados se encontraban incapacitados de resolver[31]. En realidad, las cooperativas que pudieron desarrollarse más satisfactoriamente fueron las dedicadas a la explotación de actividades económicas de mayor rentabilidad como el café, banano, ganado, caña de azúcar o cultivos tradicionales con altos precios y garantía para sus productos.[32] De manera tal que los efectos de la crisis, no sólo golpea al cooperativismo agrícola sino al conjunto del movimiento, dando lugar al estancamiento que ya hemos mencionado. Las cooperativas de ahorro y crédito y las de consumo agruparon también a grupos medios cuya situación salarial (empleados públicos y de la empresa privada) permitía la posibilidad de ahorro y consumo. Las de ahorro y crédito con importante presencia cuantitativa dentro del movimiento se han visto afectadas por la competencia con otras formas asociativas, como las organizaciones solidaristas y por la crisis de las entidades financieras que generaron la desconfianza en los ahorrantes y las descapitalizaron. En general se destaca que, problemas tales como la escasez de capital de trabajo, escaso dominio de las técnicas de comercialización nacional e internacional, escaso conocimiento de las técnicas modernas de producción, la poca capacitación para planificar la producción[33] son los que dejan a las organizaciones cooperativas sin armas para enfrentar la crisis en que se sumieron. Los programas de ajuste estructural que han repercutido directamente en los pequeños y medianos productores nacionales han afectado por igual a los que se encuentran agrupados en las diferentes cooperativas. Asimismo la eliminación de preferencias como subsidios u otro tipo de exenciones asestó un duro golpe a las economías de las cooperativas. Sin embargo la intención de gravar con el impuesto a la renta a las cooperativas no ha logrado cristalizarse. Otros factores derivados de la situación de crisis del país y que han afectado al cooperativismo tienen que ver con la disminución de las fuentes de crédito para la operación e inversión, la eliminación de los créditos subsidiados y la apertura de la producción hacia terceros mercados que afecta sobre todo a las cooperativas agroindustriales por la mayor competencia que se genera. Como cierre de este punto se puede concluir con una síntesis del desarrollo ilustrada con un cuadro general, que refleja el número de cooperativas establecidas en cada uno de los años consignados. Puede destacarse, asimismo, en el cuadro los momentos claves que expresan los resultados de las políticas del Estado ya que según pudo notarse a lo largo del capítulo existe una alta determinación en el desarrollo del movimiento derivada del tipo de apoyo estatal.

Cuadro Nº 7

Cooperativas según años de creación

Año	Nº de cooperativas	Diferencia
1959	43	
1964	84	41
1969	221	137
1973	276	55
1978	338	62
1979	340	2
1980	349	9
1981	360	11
1982	383	23
1983	422	39
1985	529	107
1986	567	38
1987	480	-87
1988	475	-5
1989	483	8

Fuente: Cuadro elaborado con datos del INFOCOOP del Departamento de Supervisión y de Planificación de los años correspondientes.

Hasta el año 1959 sólo existían en el país 43 cooperativas lo que ha dado lugar a caracterizar ese período como de escaso desarrollo. Posteriormente factores relacionados con la bonanza del café y la expansión de la economía

31 Mora Jorge. *Cooperativismo y Desarrollo Agrario*, San José, Costa Rica: EUNED, 1987.

32 Cazanga, José. "Las Cooperativas de caficultores de Costa Rica en el proceso del capitalismo en el café", *Tesis* de Maestría en Sociología, UCR., 1982.

33 Jiménez, Mireya. *Op.cit.* p.77.

conformaron el marco que caracteriza los años de expansión del movimiento, 178 cooperativas establecidas en la década del sesenta quintuplica el número existente en la década anterior. Mientras que en la siguiente década sólo se establece un incremento del 60% aproximadamente, incremento que se concentra entre los años 1973 a 1978, y a partir de allí se mantiene un bajísimo porcentaje de incremento hasta el año 1981. En el año 1982 tal y como se había planteado en páginas anteriores gracias al apoyo de las políticas del gobierno de Monge, se produce un significativo incremento comparado con la década anterior que tiene su máxima expresión en el año 1986 llegando el número de cooperativas a 567. A partir de allí comienzan a notarse las repercusiones de las políticas de ajuste y el escaso apoyo gubernamental ya que el proceso de disolución se incrementa. La firma del primer convenio de préstamo con el Banco Mundial, para ejecutar el Programa de Ajuste Estructural da inicio a un proceso de cambio estructural en el país. El aumento de las exportaciones tradicionales y no tradicionales, así como de la rentabilidad de la producción agropecuaria constituía el objetivo principal del programa y determinaba así mismo la reorientación de las políticas agrícolas en cuanto a revisión de los sistemas de incentivos, subsidios, la reestructuración del Consejo Nacional de la Producción (C.N.P.), como las principales medidas tomadas. Los lineamientos de esta estrategia ha repercutido en el cooperativismo: a) La apertura a terceros mercados y el desestímulo a la producción tradicional para el mercado nacional puso a las cooperativas agrícolas dedicadas a esa producción en situación de crisis financiera que determinó la disolución de gran parte de ellas. b) El reforzamiento de la empresa privada vía la reorientación crediticia de la banca nacional desfavoreció la oportunidad de captación del crédito por parte de las cooperativas. Asimismo, las propuestas de reforma financiera y fiscal pusieron a las cooperativas en situación de desventaja para competir con la empresa de capital privado. c) La presión por dejar sin efecto los privilegios de los que gozan este tipo de organizaciones tales como las exoneraciones impositivas se basó en el argumento de que generaban una competencia desleal dentro del marco general de desarrollo de la empresa privada.

2.- EL MOVIMIENTO COOPERATIVO Y SU POSICIÓN ANTE LA CRISIS

Una mirada hacia adentro de la dinámica interna del movimiento mediante el análisis de los Congresos Cooperativos permitirá conocer la lectura del contexto que realiza y la posición que asume como respuesta. El Consejo Nacional de Cooperativas (CONACOOP)[34], inició en el año 1980 varias jornadas de análisis y estudio de la problemática cooperativa nacional, con la participación de las cooperativas de cada región, en un esfuerzo de diagnóstico conjunto. Con estas jornadas CONACOOP inició el II Congreso Cooperativo Nacional el que culminó el 11 y 12 de abril de 1981 para tratar de buscar los caminos para fortalecerse en lo interno mediante la integración de las organizaciones y el establecimiento de instancias de coordinación que permitan ejercer un mayor control de la dinámica organizativa. Por otro lado, se observa también la intención de lograr una autonomía financiera, puesto que la labor del INFOCOOP se vio debilitada por la falta de un financiamiento estatal adecuado para atender sus labores de asesoramiento técnico y de fomento propias de este ente. Se declara también que se debe asumir una concepción empresarial de la cooperativa para afirmar su capacidad competitiva dentro del marco de una economía orientada eminentemente hacia el mercado. Tal es así, que se definió que era la hora de crear condiciones para que la cooperativa actúe, en el ámbito de la sociedad costarricense, como cualquier otra empresa económica. Esta posición fue impulsada por una nueva fuerza dentro del MC. que evaluó el quehacer cooperativo hasta ese momento destacando deficiencias importantes. El cuadro que sigue ofrece una síntesis de los aspectos tratados en este foro, los problemas que devienen de dichos aspectos y las soluciones que se plantean para enfrentarlos.

---

34 El Consejo Nacional de Cooperativas se creó en 1973. como un organismo de delegados del sector cooperativo con personalidad jurídica y carácter de ente público no estatal (Art.136 de la Ley 6756). Se trata de una entidad deliberativa y representativa del conjunto del sector cooperativo como organismo colectivo que no tiene vínculo jerárquico con el gobierno, la administración del Estado Costarricense. Mayorga y Sánchez, *Op. Cit.*, p. 201.

Cuadro Nº 8

Asuntos tratados en el II Congreso Cooperativo 1981

Aspectos	Problemas	Soluciones
De integración cooperativa	Debilidad del movimiento por la carencia de integración local, regional, nacional	Impulsar acciones de integración mediante uniones regionales con representación de las cooperativas
De educación cooperativa	No existe conocimiento de los fines y propósitos del cooperativismo. Falta de capacitación en los administradores, dirigentes y asociados.	Impulsar la puesta en ejecución de la Ley Nº 6437: Educación cooperativa en escuelas y colegios.
		Fortalecer económicamente el Centro Nacional de Estudios Cooperativos. La educación cooperativa deberá basarse en una concepción empresarial de las organizaciones.
		Coordinación CONACOOP, INFOCOOP y MEP de políticas de enseñanza del cooperativismo en escuelas y colegios.
De financiamiento cooperativo	Escaso apoyo económico por parte del Gobierno. Inexistencia dentro del movimiento de un organismo que le otorgue financiamiento adecuado a la empresa cooperativa.	Contar con bancos cooperativos, empresas de mercadeo cooperativo, etc.
De la administración Cooperativa	Falta de personal capacitado (gerentes, administradores).	Exigir capacitación a los gerentes y administradores.
	Carencia de planificación y control administrativo y financiero.	
Legales	Inexistencia de controles adecuados en las cooperativas, no siempre se cumplen las disposiciones legales del cooperativismo.	INFOCOOP y CONACOOP brinden asesoramiento legal.
De Divulgación	Desconocimiento en general sobre el cooperativismo.	Difundir por los medios de comunicación (radio, prensa TV) las acciones del movimiento cooperativo. Construir una biblioteca nacional cooperativa.
Políticas de desarrollo del M.C.	No existen políticas definidas de desarrollo del cooperativismo.	Se inicia un proceso de diagnóstico de las cooperativas.
	No hay conciencia sobre el papel que juega en el desarrollo el cooperativismo.	

FUENTE: Cuadro elaborado con la información del *Resumen del Trabajo de las Comisiones Regionales del II Congreso Cooperativo*, 1981.

Queda plasmado en este Congreso el profundo cuestionamiento que se hace al movimiento y el predominio de las ideas que propugnan que se encamine hacia un papel diferente en cuanto a alcanzar una eficiencia que le permita a las cooperativas competir con las empresas privadas. Las propuestas asumen una dinámica tal que se siguieron realizando Congresos bianuales. Fue precisamente en el II Congreso en donde se produce la ruptura de un proceso en el cual se había desarrollado el cooperativismo como una alternativa reformista apoyada en sus propósitos sociales sobre todo. En el III Congreso realizado, en 1983, se crea el Centro de Estudios y Capacitación Cooperativa (CENECOOP) y se plantea la necesidad de crear un plan nacional de desarrollo cooperativo. Entre 1981 y 1983, respectivamente se cuestionó el papel que hasta ese momento había tenido la educación cooperativa, considerando que su posición había sido tradicional y "romántica", coadyuvando en gran medida a los problemas económicos que presentaban gran cantidad de cooperativas. Dichos congresos fueron el terreno de enfrentamiento de dos posiciones dentro del M.C. en cuanto a la orientación del movimiento y de la educación cooperativa se refiere. Por un lado, la posición expresada por la escuela fundamentalista apegada estrictamente a los ideales rochdalianos proponiendo al cooperativismo como una "tercera vía" en la que los valores de bien común y ayuda mutua debían ser reforzados por la educación cooperativa para que fuera la fuerza motriz del cambio social, y por otro lado, la posición que proponía la orientación del cooperativismo hacia la eficiencia económica, la búsqueda de nuevos mercados y una capacitación eminentemente tecnocrática. Esta posición corresponde al "Nuevo Cooperativismo" que perseguía orientar la política de desarrollo de este tipo de organización vía empresas de desarrollo social en la modalidad de cogestión con eficiencia en la administración[35]. En el mes de julio de 1985, se celebra el IV Congreso Nacional de Cooperativas que tuvo como resultado fundamental la formulación y aprobación, de lo que constituirían los objetivos y estrategias hacia cuya obtención, el movimiento orientaría sus esfuerzos y recursos en el quinquenio 86-90, el Plan Nacional de Desarrollo Cooperativo (PLANDECOOP). La parte sustantiva del documento manifiesta las principales deficiencias del movimiento especialmente las referidas a

> "la concentración de cooperativas en el Valle Central, la concentración en actividades no productivas, la escasa generación de empleo, el bajo nivel de integración, el paternalismo, la baja participación, la ineficiencia y el afán de lucro"[36].

La propuesta que ofrecía dicho documento como plan de desarrollo iba en la línea de integrar el movimiento y de elevar la eficiencia de las empresas cooperativas. La dinámica que se dio para realizar la revisión de dicho documento permitió, además de generar reacciones adversas al contenido del mismo, hacer conciencia en el movimiento de la necesidad de plantear soluciones a los problemas que se fueron detectando en el proceso y organizarlas en un esfuerzo de planificación

> "como instrumento para establecer prioridades y adaptar decisiones, lo cual deberá estar basado en un sistema ágil y oportuno de información caracterizado por una participación de las cooperativas en su formulación"[37].

El PLANDECOOP contempla entre sus objetivos generales propósitos tales como consolidar la integración del M.C. para afirmar la presencia del cooperativismo como un sector dentro de la economía nacional; apoyar las actividades productivas no tradicionales de exportación y consumo nacional. La estrategia general que se diseña para el logro de los objetivos se basa en la inserción del modelo cooperativo dentro de la democratización

35 La cooperativa de cogestión puede estar formadas por: Trabajadores y productores de materias primas (sector privado); Trabajadores y el Estado (sector público); Trabajadores, productores de materias primas y el Estado. Administración ejercida por varias personas. Tomado de Mayorga y Sánchez *Op. Cit.* p. 189.

36 CONACOOP. *Plan Nacional de Desarrollo Cooperativo. PLANDECOOP 1986-1990, San* José, s.f. pág. 16.

37 *Ibid.* p. 19.

económica y el fortalecimiento, especialmente de aquellas cooperativas que podrán alcanzar

> "puntos óptimos: en lo productivo, la gestión, los beneficios económicos y sociales"[38].

o sea, aquellas cooperativas capaces de hacer del cooperativismo un modelo competitivo y que demuestren la rentabilidad de sus actividades. Tanto el crédito, la asistencia técnica y la capacitación deberán ser dirigidos hacia la consecución de esos propósitos. El PLANDECOOP establece además objetivos y estrategias desagregados para cada sector específico identificado por el tipo de actividad económica, de manera tal que, en lo que se refiere al sector agropecuario y agroindustrial interesa destacar aquellos objetivos que hacen referencia al impulso de la integración de este sector a la economía nacional mediante el incremento de los índices de eficiencia y rentabilidad económica. La estrategia establecida para tal efecto propone el mejoramiento de la capacidad productiva y la eficiencia administrativa vía de aplicación de los paquetes tecnológicos más adecuados para asegurar rentabilidad; asimismo el apoyo financiero se daría aplicando criterios relacionados con "la bondad del proyecto y la capacidad empresarial, principalmente en los proyectos de actividades productivas no tradicionales de exportación y consumo nacional"[39].

A partir de la creación del SIEC la educación cooperativa tiene como misión preparar cuadros para la gestión empresarial bajo la organización de un sistema que permitirá el control del papel de la EC y, para tal efecto, debe recurrir a la planificación de la acción educativa y al establecimiento de pautas en las temáticas privilegiadas. El estudio que hemos realizado de los programas de educación cooperativa indican que la orientación temática de los contenidos presenta el mayor peso

Cuadro Nº 9

Principales resoluciones en los Congresos cooperativos
1981-1989

Congreso	Año	Principales resoluciones
II	1981	Propiciar la integración cooperativa. Ruptura de la concepción tradicional del cooperativismo. Origen de la concepción empresarial de la cooperativa. Fortalecimiento de la E.C.
III	1983	Se crea el CENECOOP como organismo independiente. Se propone crear un sistema de planificación de las acciones del movimiento
IV	1985	Se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo Cooperativo (PLANDECOOP)
V	1987	Se propone crear un sistema de educación, capacitación cooperativa y transferencia tecnológica para procurar un mejoramiento de las cooperativas y del movimiento con lo cual se puedan garantizar mejoras en la administración de las cooperativas
VI	1989	Se crea el Sistema Integrado de Educación Cooperativa (SIEC) conformado por organismos internos y externos al movimiento

Fuente: Cuadro elaborado con información de las memorias de los respectivos congresos, 1991.

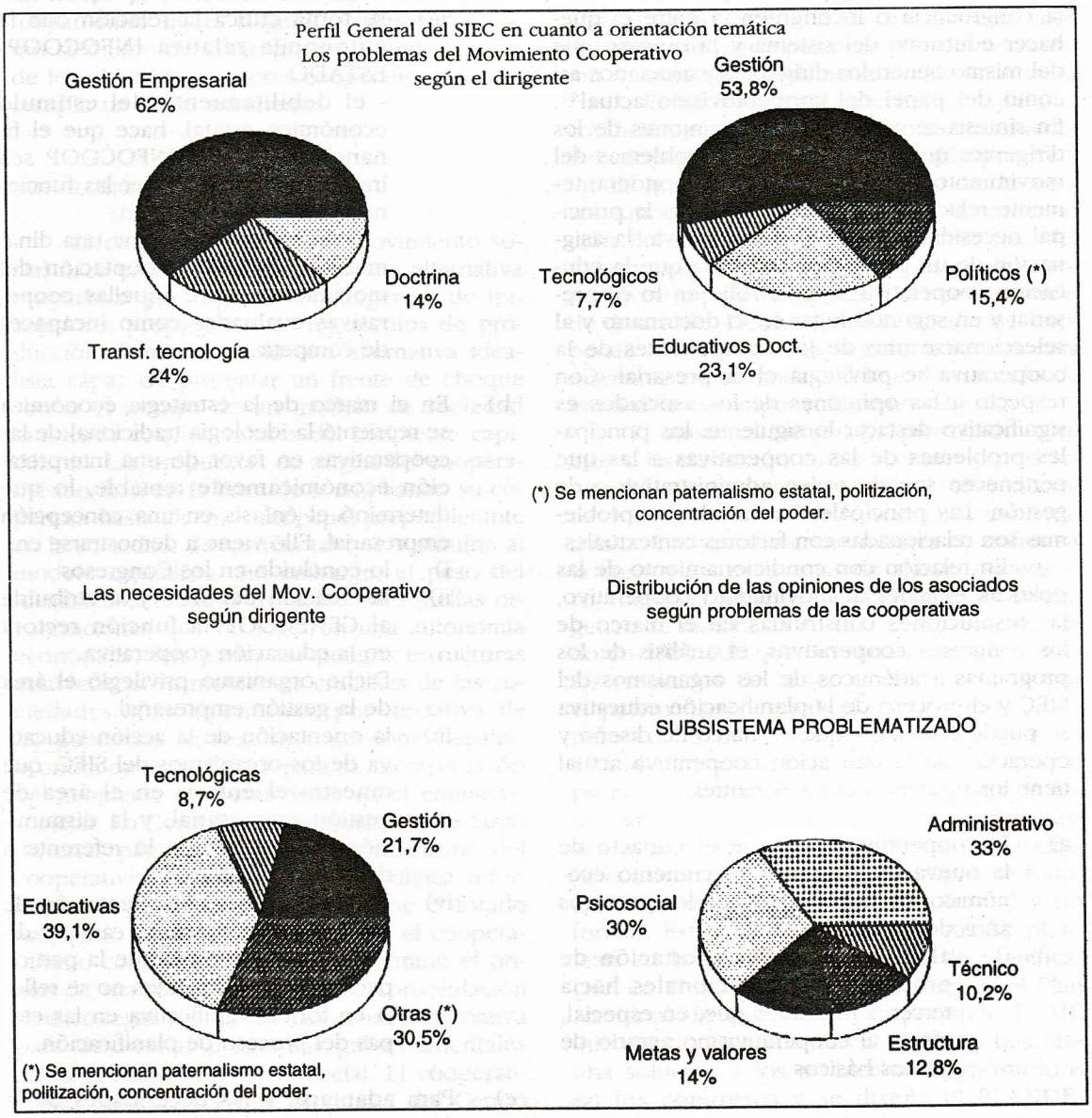
38 *Ibid.*, pág. 37.

39 *Ibid.* p. 43.

en los que se refieren a la gestión empresarial en casi un 62%, en segundo lugar, la transferencia de tecnología en más de 24% y, en último lugar, con algo más de un 14% el área de doctrina cooperativa.[40] (ver gráfico)

Asimismo, como parte de la investigación realizada, se consideró conveniente realizar una aproximación al análisis de la opinión que sobre la educación cooperativa tiene la dirigencia y la base del cooperativismo. De

Gráfico 1



40 Romero Ma. Cristina "La educación cooperativa, ¿utopía?.. ¿pragmatismo?" *Revista Cultura y Sociedad.* N°1 San José, Costa Rica, 1996.

manera tal que, fueron consultados dos actores relacionados con la educación cooperativa: el dirigente que es el que participa en la toma de decisiones sobre políticas del movimiento y el asociado que es el que recibe los beneficios de la educación cooperativa lo cual ha permitido aportar ideas sobre sus opiniones acerca de la educación cooperativa para determinar la congruencia o incongruencia entre el quehacer educativo del sistema y la opinión que del mismo tienen los dirigentes y asociados así como del papel del cooperativismo actual[41]. En síntesis se aprecia de las opiniones de los dirigentes que según ellos, los problemas del movimiento cooperativo son preponderantemente relacionados con la gestión y la principal necesidad es de índole educativa, la asignación de un peso relevante para que la educación cooperativa se desarrolle en lo empresarial y en segundo lugar en lo doctrinario y al seleccionarse uno de los componentes de la cooperativa se privilegia el empresarial. Con respecto a las opiniones de los asociados es significativo destacar lo siguiente: los principales problemas de las cooperativas a las que pertenecen son de orden administrativo o de gestión. Las principales causas de los problemas son relacionadas con factores contextuales.

En relación con condicionamiento de las políticas estatales al movimiento cooperativo, las resoluciones construídas en el marco de los congresos cooperativos, el análisis de los programas académicos de los organismos del SIEC y el proceso de la planificación educativa se puede establecer que el marco de diseño y operación de la educación cooperativa actual tiene los siguientes condicionantes:

a) El cooperativismo recibe el impacto de la nueva estrategia de crecimiento económico diseñada a partir de los primeros años de la década del 80:
   i) al estimularse la exportación de productos no tradicionales hacia terceros mercados que, en especial, afecta al cooperativismo agrario de granos básicos
   ii) al reforzarse el papel de la empresa privada y disminuir el intervencionismo del Estado los recursos crediticios de la banca nacional y privada se orientan al apoyo de la estrategia económica vigente en detrimento de las cooperativas que no se inscriben en ese proyecto
   iii) se torna crítica la relación con la autonomía relativa INFOCOOP-ESTADO
   - el debilitamiento del estímulo económico estatal, hace que el financiamiento del INFOCOOP sea insuficiente para ejercer las funciones que le dieron origen.
   - El órgano rector asume una dinámica de control y cooptación del movimiento sobre aquellas cooperativas evaluadas como incapaces de competir.

b) En el marco de la estrategia económica se reorientó la ideología tradicional de las cooperativas en favor de una interpretación económicamente rentable, lo que determinó el énfasis en una concepción empresarial. Ello viene a demostrarse en:
   i) lo concluído en los Congresos
   ii) la creación del SIEC y al atribuirle al CENECOOP la función rectora en la educación cooperativa.
   Dicho organismo privilegió el área de la gestión empresarial.
   iii) la orientación de la acción educativa de los organismos del SIEC, que muestra el énfasis en el área de gestión empresarial, y la disminución significativa en lo referente a doctrina cooperativa.
   iv) los lineamientos de orientación de la educación adquieren carácter directivo en la medida que la participación de los asociados no se refleja en forma significativa en las etapas del proceso de planificación.

c) Para adaptarse a las necesidades de la época y mantener la sobrevivencia de las organizaciones cooperativas en un marco de alta competitividad se pretende forjar, por un lado, empresas eficientes

41 La educación cooperativa, algunos dirigentes y asociados opinan al respecto Revista *Horizontes* N° 7, CENECOOP, San José, Costa Rica, 1996.

y, por otro lado, a la educación cooperativa se le asigna la responsabilidad de formar los cuadros capaces de conducir las cooperativas hacia la eficiencia y la rentabilidad.

Como resultado de lo anterior se diseña un marco de referencia educativo entre cuyos fundamentos figura la gestión empresarial como sinónimo de eficiencia y la interiorización de los objetivos y valores cooperativos pasa a cumplir un papel subalterno.

CONCLUSIONES

El cooperativismo como movimiento social nace en el siglo XIX como una alternativa pragmática para agrupar contingentes de trabajadores propietarios de los medios de producción. También como una alternativa idealista capaz de preşentar un frente de choque contra el avance de un modelo de sociedad moldeada con los valores del incipiente capitalismo. Las propuestas de origen del cooperativismo iban en la línea de ir ampliando su cobertura hasta alcanzar un papel preponderante en la sociedad, de manera tal que sustituiría al modelo capitalista. Sin embargo, el peso del idealismo determinó el fracaso de aquellas organizaciones que no lograron una autonomía económica. Sin poner en peligro estructuras establecidas en momentos cruciales de las sociedades latinoamericanas, por iniciativa de los gobiernos se crearon condiciones legales, económicas y políticas para la incorporación del incipiente cooperativismo en el engranaje societal. En Costa Rica, hemos visto a los largo de estas páginas, cómo el origen mismo del cooperativismo está ligado a la política reformista estatal. Se ha demostrado que el Estado ha jugado un papel importante en el cooperativismo costarricense porque determinó el origen de esa forma asociativa, su consolidación jurídico-legal y su promoción como alternativa para desarrollar programas gubernamentales en lo económico y en lo social. El cooperativismo pasa de ser una propuesta del Centro de Estudios para los Problemas Nacionales a incorporarse a la Carta Constitutiva del Partido Liberación Nacional. Se incorpora a la Constitución de 1949 y como un capítulo, también, del Código de Trabajo. Posteriormente se crea la Ley de Cooperativas con diversas reformas en la que se establece la creación de un ente público descentralizado el INFOCOOP. Lo anterior demuestra que no sólo el origen sino los estadios de auge o de decadencia del movimiento han dependido del ligamen del cooperativismo con programas gubernamentales. Los efectos de la trayectoria de casi cuarenta años del cooperativismo por el rumbo del reformismo se expresan agudamente en los años de la crisis. El apoyo estatal que habría sido una condición para el crecimiento o estancamiento del cooperativismo se ve disminuído por efectos de la crisis y el nuevo modelo de desarrollo. Ambos factores contribuyen a la reorientación del cooperativismo como producto del mecanismo de adaptación que asume el cooperativismo para incorporarse al nuevo modelo de desarrollo. Frente al cual la opción del cooperativismo ha sido buscar las condiciones para insertarse en el modelo delineado tratando de imprimirle el componente democratizador.

El ajuste estructural ha provocado cambios y reorientación en las acciones y posiciones del cooperativismo (gestión sobre doctrina, lo empresarial sobre lo social). El cooperativismo ha buscado como manera de enfrentar la crisis y los programas de ajuste convertirse en empresas eficientes. La inquietud de la dirigencia se manifiesta en el II Congreso celebrado en 1981. Allí quedan claramente expuestos los resultados de haber crecido cobijado por el paternalismo estatal: el movimiento creció, pero creció débil, desintegrado. La base no está identificada con los principios ni con los propósitos del cooperativismo. A partir de esto, varias acciones se delinearon, entre otras: a) buscar la integración en todos los niveles, b) contar con financiamiento propio, c) fortalecer la educación cooperativa formal y no formal. Estos tres lineamientos que se plantean en la primera experiencia de planificación en el movimiento se expresan en el Plan Nacional de Desarrollo Cooperativo. El MC inicia acciones tendientes a atender y buscarle una solución a los problemas diagnósticados en los congresos y se diseña el PLANDECOOP aprobado en el IV Congreso, 1985 como resultado de un esfuerzo de planificación, que a nivel nacional definió objetivos, estrategias y metas por sectores económicos, según

regionalización, según modelos de organización, según grupos prioritarios y dedica un capítulo a líneas de acción; entre las que se encuentran las relacionadas con la EC, dentro de cuyos objetivos generales está la creación del SIEC como estructura de soporte a la aspiración integradora del movimiento en lo que a educación corresponde. Como síntesis de las conclusiones se puede manifestar lo siguiente:

1. La periodización que se realizó del desarrollo del cooperativismo en el país confirma la íntima dependencia de ese desarrollo con las políticas estatales.

2. Existe congruencia entre las políticas del MC y las estatales en la medida en que aquel no sólo no ofrece alternativa frente a los programas de ajuste, sino más bien produce una revisión de su papel en la sociedad como organización social y emprende el camino de la eficiencia propuesto por las políticas económicas, sin embargo amerita una investigación acerca del desarrollo que han tenido en lo económico y lo social aquellas cooperativas que se incorporaron a la nueva estrategia económica y compararlas con las que no lo hicieron. También, sería satisfactorio establecer análisis comparativos entre las diferentes modalidades cooperativas (tradicionales, cogestión, y de auto-gestión) y determinar el desarrollo que han tenido en el marco de la nueva concepción empresarial del cooperativismo.

BIBLIOGRAFÍA

Acuña, Carmen *et al.* "La capacitación cooperativa implementada por el Centro Nacional de Estudios y Capacitación Cooperativa" *(CENECOOP).* Diseño de Investigación. San José: Escuela de Trabajo Social, U.C.R. 1988.

Attenburg, Tilman *et al. El desafío económico de Costa Rica.* 1ra. Edición San José, Costa Rica: DEI, 1990.

Calderón, Claudio. "La Agencia para el Desarrollo Internacional (AID) y su aporte al desarrollo del movimiento cooperativa de Costa Rica". *Tesis de grado,* San José: Universidad Nacional, 1984.

Consejo Nacional de Cooperativas (CONACOOP). *Revista Mundo Cooperativo.* San José: Año 2 No. 29, 1984.

Consejo Nacional de Cooperativas (CONACOOP). II Congreso Cooperativo. *Memoria,* San José: 1981.

_____. III Congreso Cooperativo. *Memoria.* San José,1983.

_____. IV Congreso Cooperativo. *Memoria.* San José,1985.

_____. V Congreso Cooperativo. *Memoria.* San José, 1987.

_____. VI Congreso Cooperativo. *Memoria.* San José,(Versión preliminar). San José, 1989.

_____. *Plan Nacional Cooperativo,1986-1990,* San José, sf.

Garnier, Leonardo. "Crisis, desarrollo y democracia en Costa Rica" En *Costa Rica: crisis y desafíos.* San José: DEI-CEPAS, 1987.

Instituto Nacional de Fomento Cooperativo. *Memoria,* San José, Costa Rica, 1984.

_____. "Situación del movimiento cooperativo en Costa Rica, 1985-1989". (Versión preliminar) febrero, 1990.

Jiménez Guerra, Mireya. "Situación del movimiento cooperativo en Costa Rica, 1985-1989". Versión preliminar, San José: INFOCOOP, Departamento de Planificación, 1990.

Ley de Asociaciones Cooperativas, San José, 1982.

Mayorga, Luis Fernando y Sánchez, Ligia Roxana. *Panorama del Desarrollo Cooperativo en Costa Rica.* San José: Instituto de Investigaciones Sociales, UCR-EUNED, 1988.

Molina Molina Ma. Lorena y Romero María Cristina. "Selección de lecturas sobre la organización". ETS. UCR, *Mimeo,* 1981.

Monge Meneses, Carlos. "El movimiento cooperativo y las políticas estatales en Costa Rica". *Tesis* de Licenciatura en Historia, U.C.R., 1984.

Mora Alfaro, Jorge. *Cooperativismo y Desarrollo Agrario,* San José: EUNED,1987.

————. "Cooperativismo agrario y política económica en Costa Rica". *Mimeo,* Heredia: Universidad Nacional, 1989.

Revista Cooperativa. Año 4, No. 19 y 20, San José, 1982.

Rojas Bolaños, Manuel. "Ocho desafíos sobre la realidad nacional" En *Costa Rica: crisis y desafíos.* San José: DEI-CEPAS, 1987.

Rovira Mas, Jorge. *Costa Rica en los años 80.* San José: Editorial Porvenir, 1989.

————. *Estado y Política Económica en Costa Rica 1948-1970,* 3era. Edición, San José: Editorial Porvenir, 1988.

Rovira Mas, Jorge y Trejos, Juan Diego. "El curso de la crisis en Costa Rica y la política económica en el segundo lustro de los años 80". En: *Avances de Investigación,* San José: Universidad de Costa Rica, Instituto de Investigaciones Sociales, No. 53, 1985.

Salazar, José Ml. *et al.* "Costa Rica: una política agraria innovadora" *Revista Estudios Sociales Centroamericanos.*CSUCA, Año VII, No. 20, 1978.

Solís, Manuel y Esquivel, Francisco. *Perspectivas del reformismo en Costa Rica.* San José: DEI-EDUCA, 1980.

Universidad de Costa Rica. Instituto de Investigaciones Sociales, *Anuario del Coooperativismo en Costa Rica 1988-1989.* San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica, 1990.

Vega, José Luis. *Datos básicos sobre el Movimiento Cooperativo.* San José: IIS, UCR, 1981.

Weller, Jürgen. "El desarrollo del cooperativismo en la Sociedad Costarricense". *Anuario de Estudios Centroamericanos,* UCR 13 (1), 1987.

Ma. Cristina Romero S.
Escuela de Trabajo Social
Universidad de Costa Rica

Ciencias Sociales 77: 135-139, setiembre 1997

ENFOQUE DE LA VIOLENCIA DESDE LA PERSPECTIVA SOCIOLÓGICA

Roberto Salom E.

RESUMEN

En el presente artículo se pretende desentrañar la dinámica y la dimensión real del fenómeno de la violencia en nuestra sociedad.

Se sostiene la hipótesis de que es la violencia doméstica, el tipo de violencia más significativa, tanto para aquéllas conductas tipificadas como delito en el Código Penal, como para otras que no lo están.

ABSTRACT

The author pretends to dig deeply into the dynamics and real dimension of the violence phenomenon in our society.

He supports the hypothesis that the most significative type violence in our society is domestic violence - both for those conducts characterized as crimes in the Penal Code as well as for other non-characterized transgressions.

EL ENFOQUE DE LA VIOLENCIA

En relación con el problema de la violencia quisiera empezar reconociendo la multiplicidad de enfoques que la complejidad del tema exige para su tratamiento. En primer lugar es necesario enfocar el fenómeno de la violencia en una dimensión individual, determinada por impulsos y actitudes, que desde luego están social y culturalmente condicionados. A su vez, el miedo que con frecuencia gobierna la conducta del ser humano es caldo de cultivo de fenómenos de violencia colectiva.

Ello no quiere decir en modo alguno que exista una especie de naturaleza humana abstracta, por ello hablamos de una conducta humana social y culturalmente condicionada.[1] Como dice el Dr. Henning Jensen, (*Op. Cit.*, 1995, p. 15), "...solo podemos preguntarnos

[1] El Dr. Henning Jensen en su artículo sobre la violencia, (*Reflexiones* nº 38, 1995), habla de una "naturaleza humana social" y niega la existencia de una "naturaleza humana natural", (p. 7), como base para abordar adecuadamente la conceptualización sobre este fenómeno. Como quedó planteado atrás, creo que no es dable hablar de una naturaleza humana abstracta, ni en términos naturales ni sociales. En definitiva, lo que es significativo desde el punto de vista social y merece su estudio y comprensión son los fenómenos histórica y socialmente determinados y no tales o cuales impulsos, derivados de una falsamente supuesta naturaleza humana abstracta.

acerca de lo que el ser humano ha devenido en la historia y en su vida en sociedad".

La violencia es un fenómeno que está determinado por la estructura social, tanto como por la dinámica de las relaciones sociales. Una estructura social desigual e inequitativa, no solo desde la perspectiva socio-económica, sino también socio-política, produce permanentemente la violencia; es decir, no solo desde el punto de vista de la posesión o no de los factores de la producción y la riqueza, sino también desde el de las relaciones de poder propiamente, ya sean éstas étnicas, de género, etarias, etc.; consideradas individual o colectivamente, la desigualdad social, en la medida en que se pretenda perpetuarla; o bien modificarla en algún sentido, es fuente permanente de situaciones de violencia.

Lo anterior implica abordar la violencia a partir de la comprensión de las relaciones sociales como relaciones de dominación o de poder; con base en lo cual puede entenderse el fenómeno como la pretensión de imponer determinada conducta por unos seres humanos a otros; o bien, en términos de la resistencia frente a aquella pretensión.

Pero además es necesario desentrañar en cada caso, individual o colectivamente, a nivel de la sociedad nacional o de la sociedad global, la dinámica y la dimensión real del fenómeno de la violencia. En otras palabras, un análisis concreto del fenómeno en sus múltiples determinaciones para producir un conocimiento específico; única posibilidad de enfrentar adecuadamente el problema.

ALGUNAS HIPÓTESIS PARA LA INVESTIGACIÓN

En el caso de nuestro país parece haber suficiente evidencia del desarrollo progresivo de una estructura socio-económica y de una cultura con un alto contenido de violencia en sí mismas y que inducen a la violencia en un medio social tradicionalmente caracterizado por bajos niveles de violencia, si lo comparamos con otras sociedades de América Latina.

Por otro lado, múltiples crisis en distintos ámbitos de la vida social y acelerados procesos de transición se han convertido en una fuente de inestabilidad, lo que a su vez provoca el miedo como reacción colectiva, caldo de cultivo por excelencia de la violencia.

Pero también la resistencia al cambio de las estructuras tradicionales, así como de las relaciones de poder establecidas es fuente de inestabilidad y violencia. Las relaciones de género o las habituales relaciones entre docentes y educandos constituyen un ejemplo de esta situación.

En cuanto a las relaciones de género se refiere, es muy comprensible que el rol tradicional del "macho" amenazado en su situación de poder en las relaciones de pareja provoque una reacción de temor en él que incremente aun más los niveles tradicionales de violencia ejercidos por el hombre contra la mujer.

Similar reacción puede producirse en el aula, cuando algún profesor, asido a un patrón de relación autoritaria con respecto a sus alumnos, se ve de pronto cuestionado por éstos o por aquellas corrientes que promueven un papel activo de parte de los discentes y un papel esencialmente dialógico de parte del docente.

No pretendo ser exhaustivo pero quisiera hacer un rodeo para enfocar la situación a partir de formas de violencia consideradas como tradicionales, como es el caso de algunas formas de violencia criminal.

En esta materia la investigación ha logrado mediciones precisas y confiables del fenómeno de la violencia, a partir de lo cual se realizan las elucubraciones teóricas y las propuestas de soluciones concretas.

De acuerdo con estas investigaciones se puede afirmar que una extrema inquietud por formas de violencia tipificadas en el Código Penal oculta la percepción de otras formas no tipificadas.

El criminólogo Elías Carranza, formula lo anterior de la siguiente manera:

> "mucha de la información que circula sobre el aumento de la criminalidad en Costa Rica es información equivocada o sesgada. No debemos cansarnos de insistir en la necesidad de informarnos con objetividad antes de promover acciones de política criminal", (1994, p. 66).

Así por ejemplo, este autor encuentra lo siguiente:

- Tanto los delitos contra la propiedad que implican enriquecimiento para su autor,

como aquellos que se realizan por medio de ardid o engaño, aumentan en mayor proporción que aquellos más convencionales, tales como hurtos y robos, (*Ibid*).

Lo mismo ocurre con aquellos delitos contra la propiedad que no implican enriquecimiento para su autor, (daños); los cuales aumentan su frecuencia en un 67% entre 1987 y 1992, (*Ibid*, p. 7).

Unos y otros aumentan coincidentemente con el aumento del volumen de la población pobre y su consiguiente disminución de la capacidad de consumo, (*Ibid*).

-En relación con los delitos sexuales que procuran la satisfacción sexual ilícita del propio autor, (violación y abuso deshonesto), se da cuenta de un paulatino aumento de la criminalidad oficialmente registrada. Empero, se considera que ello se debe más al aumento de las denuncias que a un aumento de la incidencia real del fenómeno, (*Ibid*).

Al respecto puede considerarse que, siendo importante constatar que efectivamente, parte del aumento en los datos registrados en la incidencia de este fenómeno, puede deberse a un aumento en las denuncias, (lo cual revela un cambio innegable en la conciencia de la sociedad y en particular, de las víctimas), es necesario avanzar en el conocimiento de la incidencia real del fenómeno a nivel social y tratar de establecer, tanto a través de la investigación cuantitativa, como a través de las regularidades establecidas por la investigación cualitativa, la dinámica y las causas sociales y psicológicas que pueden estar determinando este fenómeno.

-En cuanto al proxenetismo y trata de mujeres y menores, se piensa que la incidencia de estos delitos aumenta, a pesar de que ello no se refleja en las estadísticas oficiales.

-En el primero de estos dos últimos casos se ha determinado que en un 67%, el agresor pertenece al mismo grupo primario, o detenta una relación de autoridad o ascendiente sobre la víctima. Para el segundo de estos, se piensa que esa relación también podría ser alta, (*Ibid*).

-En cuanto a delitos contra la vida, se sostiene que hay una correlación entre el delito de agresión intencional, que ha tenido un aumento sostenido de 28,7 por cien mil habitantes a 89,7, por una parte y por otra, el aumento de la tasa de armas matriculadas de 52 a 117 por cien mil habitantes, entre 1988 y 1993; así como las tasas de permisos de portación de armas, las que aumentan de 87 a 114, (*Ibid*, p. 68).

-Pese a lo anterior, se considera que el homicidio intencional, no solo se ha mantenido, sino que sigue siendo relativamente bajo, en relación con otros países del mundo, (*Ibid*).

En el 71% de los casos de homicidios dolosos existe relación de grupo primario entre la víctima y el victimario, y en un significativo 19% de los casos ambos pertenecen al mismo grupo primario; mientras que a los homicidios cometidos por extraños corresponde el 26% de los casos, (*Ibid*).

-Los restantes delitos contra la vida intencionales se mantienen en una línea de estabilidad, (*Ibid*).

-En cuanto a los delitos contra la vida culposos, se manifiesta un notable incremento de los homicidios y de las lesiones, ambos generados por accidentes de tránsito. Este tipo de homicidios duplican a los de carácter doloso, (*Ibid*), y además, constituyen una de las principales causas de muerte en el país.

En relación con este punto, no podemos dejar pasar por alto la cantidad de accidentes de tránsito que ocurren o bien por el mal estado de las carreteras, o por la cantidad relativamente alta, o bien altamente concentrada del parque automotor, especialmente en al área metropolitana y otras zonas; lo cual es en sí mismo un hecho violento; así como por franca irresponsabilidad del conductor.

Valga la oportunidad para resaltar un hecho que es expresión de la cultura de ciertos grupos, dicho esto en el sentido antropológico del término. Desde hace algunos años se producen en algunas vías públicas de las principales ciudades del país "piques" de velocidad de automóviles conducidos por jóvenes y cuyos propietarios son generalmente sus padres, sin que las autoridades competentes hayan intervenido de manera determinante para acabar

con una práctica que ha provocado no pocos accidentes. En una oportunidad en que se interrogó en un medio de comunicación colectiva a algunos de estos jóvenes y a sus propios padres, reivindicaron públicamente su participación en estos hechos.

-A partir de 1987 la tasa de suicidios supera a la de homicidios; evidencia ante la que Carranza afirma sintomáticamente que "es mayor la probabilidad de morir por mano propia que la de morir por la de un tercero", (*Ibid*). Al respecto se destaca que el grupo etario con más alta tasa de suicido no es el adolescente, como con frecuencia se cree, sino la población de 70 años y más, (*Ibid*).

-Hay que destacar que a juicio de este autor, conviene desdramatizar el tema, pues en términos comparativos, Costa Rica es considerado como un país con bajo nivel de violencia social y delictiva, (*Ibid*, p. 69).

La mayoría de estos datos se confirman en su leve tendencia al crecimiento si se siguen las series hasta el año 1996,[2]. Es de destacar, en materia de violencia intrafamiliar el aumento de denuncias atendidas en la Delegación de la Mujer entre 1995 y 1996. Como lo dice Hernández,

> "esto se demuestra en los datos aportados por la Delegación de la Mujer, lo que indica que, a partir de 1994, fecha en que se organiza esta oficina y se establece un Departamento encargado de archivo y estadísticas, los casos ingresados en el primer semestre de 1996 superan el total de denuncias del año anterior", (Mideplan, 1997).

De otros datos relativos a la seguridad ciudadana, el más interesante quizá sea el aumento de la tasa de suicidios a 7,1 por 100 mil habitantes en el año 1995, lo cual confirma en cuanto a su significación la tendencia señalada ya, hasta el año 1992 por el investigador Elías Carranza, (Mideplan, 1997).

De lo anterior nos atrevemos a formular provisionalmente, la conclusión de que el tipo de violencia más significativa, tanto para aquellas conductas tipificadas como delitos en el Código Penal, como para otras que no lo están, es la violencia doméstica. Es decir, no es una situación de violencia abierta o desembozada, que implica un enfrentamiento casual o episódico y cuyo caso extremo puede ser una situación de guerra civil. Se trata aquí de un tipo de violencia más encubierta y que se desarrolla como producto de la trama de relaciones primarias o secundarias que se establecen en la cotidianeidad, ya sean éstas familiares o laborales, o bien relacionadas con ellas.

Postulamos que no necesariamente, el desarrollo de estas formas de violencia deviene en las primeras. Estas formas de violencia tienen su propia dinámica y pueden estar condicionadas por una determinada conformación socio-cultural; es decir, por determinadas tendencias de la formación social costarricense. Con ello no queremos decir que las formas más abiertas no se puedan desarrollar; sino que una creciente expectativa social con respecto a ellas, encubre aun más o aletarga el desarrollo de la conciencia social, con todo lo que ello implica, sobre estas otras formas de manifestación del patrón de la violencia social en Costa Rica.

Para terminar con una nota optimista, quiero reconocer sin ambages que si bien es cierto existen grandes amenazas, también es necesario tener presente aquellas tendencias que apuntan hacia formas de convivencia más civilizadas; es decir aquellas formas en las que prevalezca la resolución pacífica de los conflictos individuales y colectivos. Es necesario aclarar que estoy pensando desde luego en vencer pacíficamente la resistencia al cambio del opresor.

Existe además hoy día mayor conciencia social sobre esta problemática, tanto como voluntad de enfrentarla. Ya existe un trecho avanzado de instituciones y personas que se dedican a la investigación y confrontan de manera práctica el fenómeno de la violencia en sus múltiples expresiones.

BIBLIOGRAFÍA

Carranza, Elías. *Criminalidad ¿prevención o promoción?* 1º ed. San José, C.R.: EUNED, 1994.

2 Esta referencia está basada en cuadros sobre violencia intrafamiliar y seguridad ciudadana construidos por la Lcda. Ana Lucía Hernández del Ministerio de Planificación.

Hernández, Ana Lucía. "Cuadros estadísticos sobre violencia intrafamiliar y seguridad ciudadana". Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, 1997.

Jensen, Henning. "El contexto de la violencia: una aproximación psicosocial" *Reflexiones*, nº 38, set. 1995 Universidad de Costa Rica.

Roberto Salom E.
Escuela de Antropología y Sociología
Universidad de Costa Rica

Ciencias Sociales 77: 141-154, setiembre 1997

ESTILOS DE DIRECCIÓN Y CLIMA ORGANIZACIONAL

Rosa Rosales Ortiz

RESUMEN

Se aportan elementos para analizar los estilos de dirección en un centro educativo, en relación a los estilos de liderazgo; la incidencia de elementos del clima organizacional y, la asunción de diferentes roles en los estilos de dirección, de la gestión de la administracción educativa.

ABSTRACT

Elements to analize management styles of an educational center in relation to leadership styles are brought to attention here; incidence of the organizational climate elements and the asumption of different roles in management styles of the educative administration action.

INTRODUCCIÓN

El presente artículo tiene como propósito aportar elementos para realizar un análisis de los estilos de dirección en un centro educativo y sus repercusiones en el clima organizacional. El artículo se elaboró a partir de la información que se obtuvo en la investigación exploratoria sobre estilos de dirección y clima organizacional que se llevó a cabo en el curso de Gestión Directiva en la Administración Educativa de la Maestría en Ciencias de la Educación con énfasis en Administración Educativa, de la Sede de Guanacaste.

El tema tiene una gran trascendencia en momentos en que se plantea que la educación está en crisis y que debe buscar nuevos derroteros, cambiar de paradigma. Dentro de este contexto de crisis, los estilos de dirección son vitales, pues la forma como se conduce la unidad escolar permea todo el quehacer educativo y determina en mayor o menor grado, el clima organizacional, y por lo tanto la eficiencia, la eficacia y la efectividad de la institución educativa.

Para desarrollar el tema se desglosan varios ejes temáticos que están presentes en los estilos de dirección y en el clima organizacional. Se inicia con una conceptualización de estilo de dirección, en la segunda sección se aborda los estilos de liderazgo, por ser los administradores educativos líderes en la institución, luego en la tercera parte se analizan elementos fundamentales y condiciones del clima organizacional, así como los aspectos a los que debe prestarle mayor atención un líder educativo. En la cuarta parte se articulan los elementos de las secciones anteriores con los

roles de la administración educativa. Finalmente, a nivel de conclusión se hace una síntesis de los elementos fundamentales que están presentes en los estilos de dirección y clima organizacional.

1. CONCEPTO DE ESTILO DE DIRECCIÓN

El concepto de estilo de dirección se refiere a la relación interactiva de un grupo de personas y alguien, a quien administrativamente, por posición en la estructura formal de la organización, se le ha asignado la función de dirección: la de *administrador educativo.* Hay que tener presente que la función directiva no se da en un espacio irreal, sino en una unidad de acción concreta, que es la unidad escolar. Así las cosas, el centro educativo es un sistema compuesto por variadas interrelaciones y diversidad de protagonistas, que de una u otra manera ameritan un estilo de dirección y que conforman el clima organizacional.

En este sentido, se puede anotar que el estilo de dirección de un centro educativo, adquiere un conjunto de rasgos complejos y determinaciones múltiples, que lo identifican hacia un papel ligado al proceso de enseñanza-aprendizaje, pero en constante comunicación e interrelación con los docentes, estudiantes, personal administrativo, padres de familia y autoridades educativas.

Independiente del estilo de dirección que se desarrolle en la institución educativa, la dirección tiene una influencia significativa, ya que su actuación incide en todos los procesos del centro educativo; en el comportamiento del personal, de educandos, de coordinación, en la definición del trabajo, la planificación, supervisión de la tarea y personal y otros. En otras palabras, un estilo de dirección "encarna una definición de la situación, una versión propuesta o quizás impuesta de los modos de interacción social entre el líder y los que conduce" (Ball, 1989: 92).

En el quehacer de la administración educativa, en cualquier nivel que se trabaje debe darse una dirección cuya función sea la de establecer el nexo entre el grupo (en este caso el equipo de trabajo) y la tarea (proceso de enseñanza-aprendizaje). Al haber un trabajo requerido (tarea-producto), y un conglomerado humano, que es el que posibilita lograr el trabajo encomendado, la dirección debe interesarse tanto en el producto como en el proceso, en el producto-trabajo (lo nomotético) y en las relaciones que da y que se dan entre los diferentes actores que están presentes en el escenario educativo (lo idiográfico). Esto conlleva a ver el centro educativo como un sistema en interrelación dinámica.

Lo anterior implica, que para desarrollar un estilo de dirección, debe tenerse muy presente, las peculiaridades del centro educativo, o sea conocer y manejar su cultura organizacional, para no provocar resistencias en la conducción y asunción de tareas y responsabilidades, conocer las formas de poder, autoridad y las coaliciones de lucha que se dan. Por lo tanto, el concepto de estilo de dirección adquiere una gran complejidad, ya que en él confluyen y se manifiestan una gran variedad de elementos.

A la luz de los elementos planteados, es posible enriquecer y ampliar el concepto de estilo de dirección, como

> "una forma de realización social, un modo particular de comprender y aplicar la autoridad de la dirección. Es inminentemente una realización individual, pero al mismo tiempo es esencialmente una forma de realización conjunta" (Ball, 1989: 92).

Así, dentro de esta perspectiva se puede afirmar que los estilos de dirección no son fijos ni inmutables, sino una relación dinámica entre contexto (clima organizacional y cultura organizacional), actores (director, docentes, estudiantes, padres de familia, autoridades educativas y comunidad) y tarea a realizar (lo académico-administrativo) que lo condicionan y lo dimensionan. Pero, ¿porqué se afirma esto? Porque los estilos de dirección indican las diversas formas como actuan los administradores educativos en cualquier ámbito de la acción educativa.

De ahí que los estilos de dirección no son recetarios, no son como algunos autores plantean, sólo un conjunto de deberes, funciones y responsabilidades abstractas. La década de los 90 exige la competitividad, lo que demanda un cambio estructural y cultural, obliga a la organización educativa a alcanzar una mayor eficiencia y productividad; dentro de un contexto de calidad total, acercamiento al

usuario-cliente (del producto educativo) y excelencia en el servicio. Por eso, en la actualidad, los estilos de dirección, apuntan hacia un proceso activo, dinámico, de relación interdependiente, que tiene como meta la eficiencia, efectividad y eficacia de la unidad escolar, el cambio y la innovación constante en el proceso educativo para asumir los nuevos retos que la sociedad demanda, para ser sostenibles y competitivos en ese producto que se le brinda a la sociedad, llamado: *servicio educativo.*

2. ESTILOS DE LIDERAZGO

Anteriormente se planteó, que un estilo de dirección da cuenta de la relación interactiva que se establece entre el líder y los que conduce, esto lleva a enlazar los conceptos de dirección-líder, para clarificar aún más qué se entiende por estilo de dirección, en sentido genérico.

Existen diversas formas de administrar una institución educativa, por lo tanto se debe saber elegir lo que más se adecúe a las necesidades, situaciones y características de la organización, es decir, se debe partir del clima organizacional, el cual facilita saber quiénes son los funcionarios y usuarios del servicio educativo, dónde están, de dónde vienen y hacia dónde quieren ir. Es trabajar desde la cultura organizacional de la unidad escolar.

Los estilos de dirección son las diferentes formas en que actúan los administradores educativos, como líderes educativos, los estilos que se adoptan están muy ligados a su personalidad y a sus características de liderazgo dentro de la institución. Esto influye el comportamiento de los docentes, personal administrativo, estudiantes, padres de familia, autoridades educativas, grupos de apoyo y comunidad en general y viceversa.

Algunos estudios de estilos de dirección centran la atención casi exclusivamente en el líder, como persona biosicosocial, en sus características personales (p.e.teorías de los rasgos) y no en la totalidad de la organización, como una unidad dinámica con vida propia. Estas orientaciones centradas sólo en la figura del líder conducen a enfoques parciales.

En relación con lo anterior, es importante tener presente en el análisis de estos temas, que los estilos de liderazgo no sólo dependen de las características del líder, sino también de los elementos que conforman el grupo, la institución y de las situaciones que se enfrentan, pues hay una combinación de factores que delinean y legitiman un cierto tipo de liderazgo. La presencia de estos elementos se pueden apreciar en el esquema de la página siguiente.

Como se puede observar hay una relación de interdependencia, de mutua influencia entre los diferentes elementos que están presentes en el liderazgo, de tal forma que se rompe la relación mecánica causal o lineal. Esto hace del liderazgo un concepto y una forma administrativa compleja, versátil, flexible y ajustable a las cambiantes condiciones.

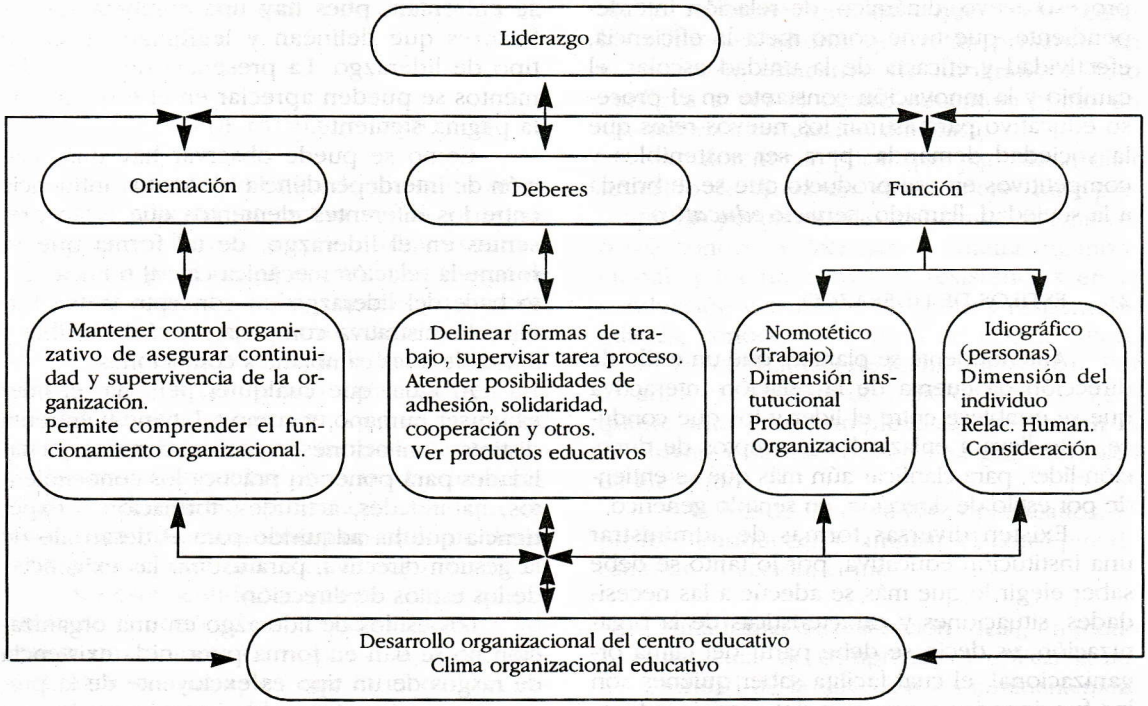
Al igual que cualquier persona, el líder es un ser humano, y como tal, tiene y enfrenta distintas limitaciones, temores, certezas y cualidades para poner en práctica los conocimientos, habilidades, actitudes, formación y experiencia que ha adquirido para el desarrollo de la gestión directiva, para asumir las exigencias de los estilos de dirección.

Los estilos de liderazgo en una organización no se dan en forma pura, ni la existencia de rasgos de un tipo es excluyente de la presencia o características de otros, pues lo que se da es una mezcla de ellos, pero con predominio de algunos rasgos específicos de un determinado tipo; es decir se privilegian o manifiestan más evidentemente las aspectos de un estilo, aunque subyacen elementos de los otros. Esto es importante de tenerlo presente, para poder realizar una adecuada lectura de lo que acontece en los escenarios educativos y desarrollar así, el estilo de dirección más conveniente en la institución en que se opera. Es parte del complejo campo de la administración educativa.

A partir de lo anterior, se hace necesario hacer referencia a los principales estilos de liderazgo que confluyen en la diversas formas de llevar a cabo la administración educativa. Se presentan como base central para el análisis los estilos de liderazgo que plantea Ball (1989), ya que éste presenta una clasificación de mayor riqueza de los elementos que conforman e inciden en la delineación del liderazgo, al manejar componentes de poder, autoridad, participación y seudoparticipación en la toma de decisiones, micropolítica, organización del trabajo,

Esquema 1

Relación interactiva de elementos en el liderazgo



Fuente: Elaborado por Díaz, Floria y Rosales, Rosa; 1996.

conflicto, negociación y consideración (atención al individuo). En el esquema 2 se articulan estos elementos presentes en la conformación de un estilo de liderazgo.

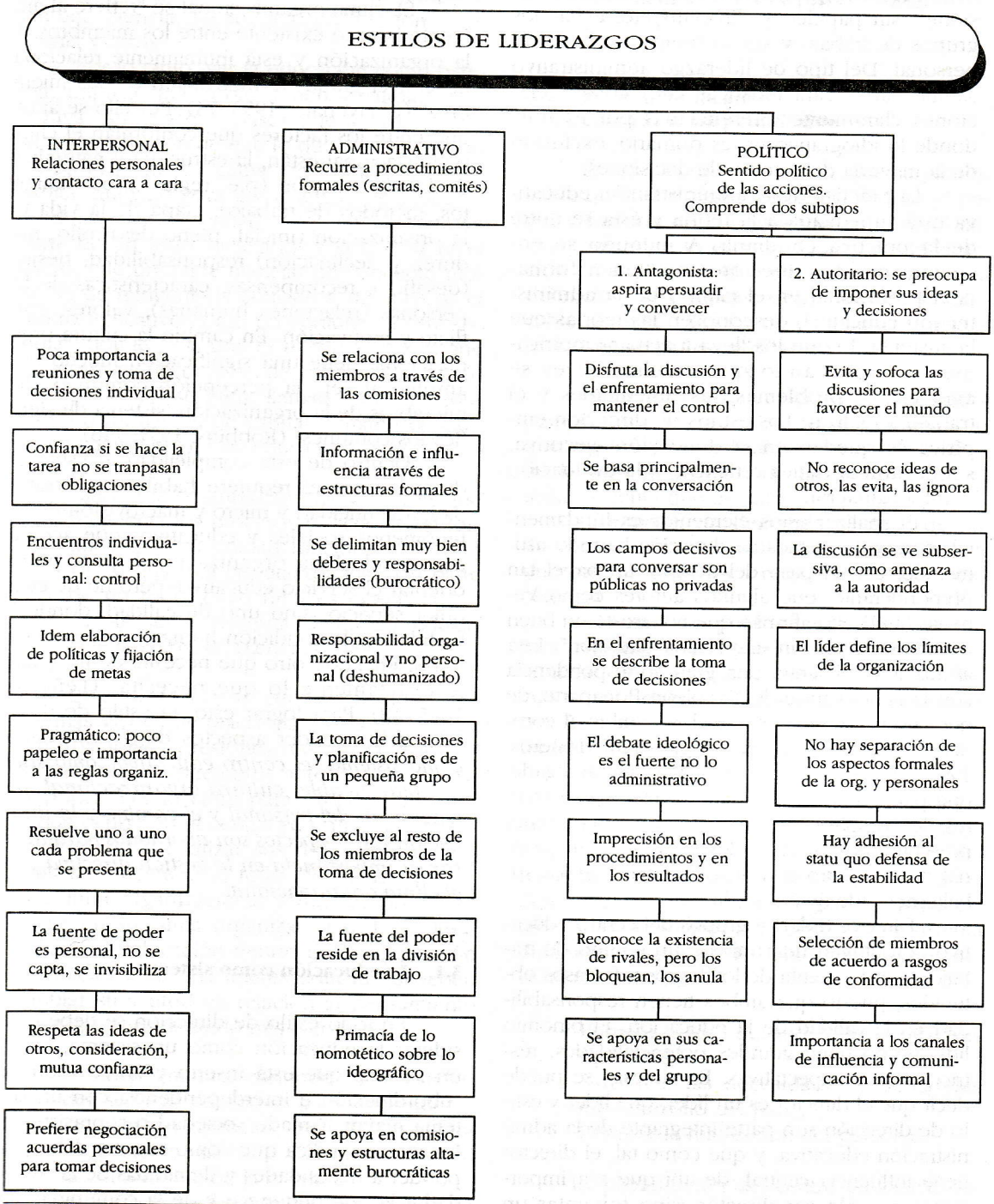
Las experiencias cotidianas en el desempeño de la administración educativa indican que el liderazgo que más se presenta es el autoritario, con una orientación y/o énfasis hacia el trabajo, las cosas y la producción (lo nomotético); prestándole menor importancia a las relaciones, a las personas, a sus expectativas, a las percepciones, a los aspectos cualitativos (lo idiográfico). Esto muchas veces genera que se dé un clima organizacional con restricciones para la confianza mutua, la cohesión grupal, la adherencia socio afectiva al centro educativo, el crecimiento personal y profesional.

Este clima organizacional que se desarrolla, se debe en parte, como plantea el esquema 2, a que el líder autoritario se preocupa directamente de imponerse, no reconoce las ideas e intereses de los otros (las anula, evita o ignora). No se hace una discriminación entre los aspectos de la unidad educativa y los personales de la dirección. En ese sentido hay interés por mantener el estado de cosas, la situación de dominio y control, dándose una adhesión al *statu quo* y defensa de políticas y procedimientos establecidos.

La dirección de estilos autoritarios no hacen partícipes en la toma de decisiones, en la mayoría de las casos, a los miembros presentes en el escenario de la institución educativa, porque la dirección es la que define qué hacer, quiénes, cuándo, dónde, para qué y cómo hacerlo. La participación en la toma de decisiones queda reducida, en muchas ocasiones, a la consulta no vinculante, que en el fondo no es más que una seudoparticipación, una táctica de desmovilización del colectivo con ingerencia en el centro educativo.

Esquema 2

LOS ESTILOS DE LIDERAZGOS



Fuente: Elaborado por Díaz, Floria y Rosales, Rosa, 1996, a partir de lo que plantea Stephen Ball en "*Micropolítica de la escuela: hacia una teoría de la organización escolar*", 1989.

En este tipo de liderazgo autoritario también se presentan rasgos del líder interpersonal, al ser muy pragmático en la toma de decisiones, sin papeleo y directamente, evitar los grupos de trabajo y ser su fuente de poder lo personal. Del tipo de liderazgo administrativo asume varias características tales como, relaciones claramente diferenciadas por estatus, donde lo idiográfico no es primario, exclusión de la mayoría de la toma de decisiones.

La práctica de la administración educativa está supeditada a la teoría y ésta se nutre de la práctica cotidiana. A menudo se encuentra que los directores no tienen formación profesional en el campo de la administración educativa, desconocen las teorías que la sustenta, lo que los lleva a actuar empíricamente, provocando que muchas veces se agraven los problemas, las dificultades y el trabajo a realizar. Los estilos de dirección empírica se quedan en la dimensión ejecutiva, sin llegar a la crítica reflexiva, a la evaluación y autoevaluación.

El analizar estos elementos es fundamental, porque los estilos de dirección han ido asumiendo, con el paso del tiempo, un papel tan preponderante, que algunos autores como Venegas (1995: 35) afirman que no "existe un buen centro educativo sin una buena dirección". Esta afirmación encuentra una gran correspondencia con la famosa frase de Napoleón Bonaparte, de que "no hay regimientos malos, cambie al coronel y verá como cambia el regimiento" (Leñeros, 1995: 44), pero, a lo anterior hay que agregarle, que para tener un buen regimiento y para efectos de un análisis más completo, se debe tener presente que los resultados y clima organizacional de un centro educativo depende de los subalternos y de quién los dirige.

Director (líder) y grupos del centro educativo constituyen una unidad, un equipo de trabajo, que da cuenta de los logros y fracasos obtenidos, puesto que ambos tienen responsabilidad en la calidad de la educación. El binomio líder-grupo tiene grandes potencialidades, restricciones, y expectativas. En síntesis, se puede decir que el director es un líder; que líder y estilo de dirección son parte integrante de la administración educativa, y que como tal, el director tiene influencia central, de ahí que sea importante, no sólo ser director, sino fomentar un buen estilo de dirección y clima organizacional.

3. CLIMA ORGANIZACIONAL Y ESTILO DE DIRECCIÓN

EL clima organizacional se "refiere al ambiente interno existente entre los miembros de la organización y está íntimamente relacionado con el grado de motivación de sus miembros" (Chiavenato, 1993: 74). Por ello se anota que entre los factores que conforman el clima organizacional están, la estructura y naturaleza de la organización (p.e. reglas, procedimientos, métodos de trabajo), etapa de la vida de la organización (inicial, pleno desarrollo, madurez y declinación) responsabilidad, riesgos (desafíos), recompensas, características de las personas (relaciones humanas), valores, conflicto y motivación. En cambio la cultura organizacional tiene una significación mucho más amplia; al ser "la percepción común de los miembros de la organización: sistema de significados comunes" (Robbins, 1991: 746).

Dentro de esta complejidad el estilo de dirección actual requiere habilidad, versatilidad, autenticidad y micro y macrovisión de los fenómenos sociales y educativos que acontecen en el clima organizacional, para poder orientar el servicio educativo, pero no de cualquier servicio, sino uno de calidad, donde la "calidad es la condición humana de reconocer la presencia de otro que necesita de mí y darle exactamente lo que necesita" (Leñeros, 1995: 18). Para lograr esto, el estilo de dirección debe atender aspectos de: *la educación como sistema, el centro educativo como sistema planificable, cultura organizacional, potenciación del personal y el cambio y la innovación Estos aspectos son abordados para aclarar su importancia en la gestión directiva y en el clima organizacional.*

3.1. La educación como sistema

En todo estilo de dirección se debe considerar la educación como un sistema, como un sistema que está inserto y en relación de subordinación e interdependencia con un sistema mayor llamado sociedad o suprasistema. Lo anterior indica que como sistema debe responder a necesidades y demandas de la sociedad a la que pertenece y de la comunidad en que está inserto. A su vez la educación está en

interrelación con otros sistemas paralelos (los parasistemas) de quienes reciben demandas y servicios, como los parasistemas de empleo, cultura, ciencia, tecnología, producción, economía y otros.

Por lo tanto, ver la educación como sistema, implica una doble dimensionalidad integrativa. Aquella que busca que a nivel macro se tenga la visión de que lo que se está haciendo en el plano educativo (la formación de un capital humano para echar andar los procesos productivos y de servicio del país), es sólo una parte de un todo societario; y la otra, a nivel micro, que pretende manejar un concepto moderno de reingeniería educativa, de apreciar el centro educativo como un conjunto de subsistemas, donde cada uno es el soporte en el que se desarrolla un proceso de trabajo (educativo) para producir ese bien, llamado servicio educativo o formación de capital humano de calidad y competitivo. Una crítica que se le

> "hace a la organización tradicional es que fragmenta los procesos básicos de tal forma que cada unidad funcional pierde la visión que está ejecutando sólo una parte de un todo, cuyo final es el servicio al cliente que lo necesita, de cuyo producto vive la empresa" (Leñeros, 1995: 25).

La educación y el centro educativo son sistemas vivos que reaccionan a las demandas, perturbaciones, presiones, de ahí la reacción de parte de sus miembros ante las diversas situaciones. Por lo tanto para captar y entender lo que ocurre en el centro educativo se requiere desglosar y analizar sus diferentes componentes e integrarla al todo global, es atender su cultura organizacional y trabajar oportunamente en su clima organizacional. Para desarrollar una educación dentro de la orientación de calidad total, los líderes educativos deben cambiar su actitud en relación al pensamiento gerencial, considerando tres elementos:

> -El mejoramiento continuo de la calidad del servicio educativo para responder a las nuevas exigencias, con ello se logrará un posicionamiento en la mentalidad de la comunidad, de la clientela.
> -Contribuir a elevar la calidad de vida de la clientela educativa.
> -Brindar y propiciar oportunidades de mejora continua de la calidad de vida de los miembros, en el plano profesional y personal.

3.2. El centro educativo como sistema planificable

El centro educativo es un sistema planificable que debe tomar en cuenta cuál es el papel y función de la educación en el nivel micro y macro, esto es válido tanto desde la acción en el aula, en el centro educativo y en la definición de políticas. Como sistema planificable se debe cambiar de paradigma y manejar lo que se ha llamado las tres C:

-*Cliente*: vislumbrar dentro de una nueva perspectiva a los usuarios de la educación, lo que implica personalizar el servicio educativo de la unidad escolar, de tal manera que el usuario sienta que es único.

-*Competencia*: demanda el dejar de ser un centro educativo más, para convertirse en uno que produce un servicio de calidad y excelencia.

-*Cambio*: Lo predominante ya no es la productividad por la productividad, sino la flexibilidad para adaptarse a las nuevas exigencias y responder a los desafíos que se presentan. El punto no es adivinar el futuro, sino estar preparado para asumirlo e impulsarlo.

Cualquiera que sea el nivel de actuación del director, debe darse un trabajo concertado con los sectores de la unidad escolar, en una relación realimentadora para responder a las demandas que se hacen y lograr las metas establecidas. El centro educativo como sistema dinámico y planificable debe partir de tres necesidades básicas:

> -Permitir a los educandos desarrollar sus capacidades.
> -Satisfacer las necesidades y demandas del desarrollo del país.
> -Permitir la realización del personal.

La planificación del centro educativo debe involucrar a los docentes y educandos, se debe buscar el apoyo de la comunidad a quien

se dirige los proyectos, hacer de la planificación-administración educativa un proceso integral e integrador de todos, con todos y para todos, pero, delimitando bien los niveles de participación de cada actor. Los objetivos deben estar claramente definidos, para que haya visión global de parte de los actores de la intencionalidad y para asumir responsabilidades. Se deben conocer los insumos que se emplean e intervienen como curriculum, recursos humanos, presupuesto, tecnología, material didáctico, información, infraestructura y otros.

Es necesario una comprensión del proceso sociopolítico que se llevará a cabo, o sea, el por qué y para qué del quehacer, pensar nuevas opciones e identificar qué hacer, cómo, quién, cuándo, dónde y hasta dónde. El trabajo debe estar basado en metas compartidas dentro de un enfoque unificado, en lugar de acciones individuales, separadas o descoordinadas. La falta de integración de las demandas institucionales con las expectativas de los actores del proceso educativo, origina problemas en el clima organizacional. También se deben hacer evaluaciones constantes del proceso, del producto y del sistema para detectar los logros en relación a las demandas del ambiente y calidad del servicio. Establecer los puntos de relación entre el sistema (educación), parasistemas y subsistemas (políticas educativas, curriculum, evaluación, personal y otros).

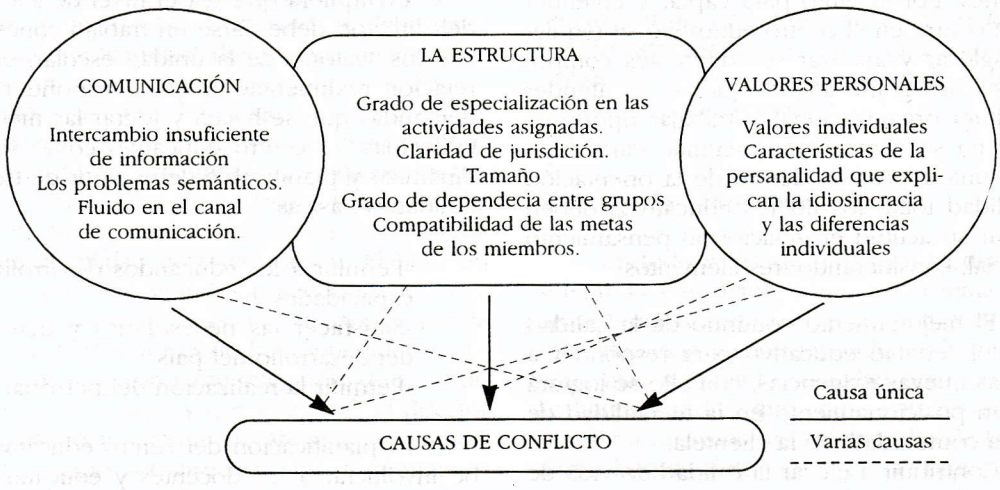
3.3. La cultura organizacional

Es necesario que los estilos de dirección conozcan y manejen la cultura organizacional de la unidad escolar; por representar ésta la identidad de la organización, la idiosincrasia, la peculiaridad y cotidianidad; ésta permite saber quiénes son los participantes, que quieren, qué piensan y la interpretación que hacen del quehacer del centro educativo y qué harán ante las diversas situaciones. El no entender la cultura organizacional puede provocar choques innecesarios, resistencias, propiciar barreras, desmotivar al personal y estancar la organización.

Todo estilo de dirección debe conocer y responder a las diversas diferencias que se dan en la cultura organizacional, con el propósito de conservar y motivar a los miembros para que se sienta parte de la institución y puedan resolverse las diferencias, aumentar la confianza, la creatividad, la innovación y mejorar las decisiones que se tomen, pues se ofrecen diferentes perspectivas para abordar situaciones, problemas y conflictos dentro de la institución educativa. Comúnmente se reconocen tres causas fundamentales de conflicto, las de orden comunicacional, las que devienen de la estructura organizacional y las derivadas de las características personales. Estas causas pueden darse solas o integradas, tal y como se presenta en el esquema 3.

Esquema Nº3

Causas de Conflicto



Fuente: Elaborado por Díaz, Floria y Rosales, Rosa. 1996.

La persona que dirige un grupo o institución debe propiciar que sus miembros analicen lo importante que es el abordaje de los conflictos dentro de la organización. Los conflictos son inevitables y no siempre son malos, un conflicto bien procesado conduce al crecimiento y desarrollo de la organización educativa, pues le permite ver nuevas opciones y la revitaliza.

La cultura organizacional es clave para fomentar el cambio, implica conocer lo que los actores quieren, piensan de su conducta y la interpretación que hacen. Por lo tanto se deben desarrollar dinámicas organizativas que propicien el cambio diario y tener inmersa en la cultura organizacional el cambio, el crecimiento, la colaboración, la crítica y autocrítica que conduzca a una cultura organizacional positiva de la ruptura de esquemas anquilozantes.

> "La sicología de hoy está clara en que todo cambio trae necesariamente dolor: siempre implica aceptar que lo que hizo hasta ese momento no es lo mejor y, por tanto hay que romper los hábitos y relaciones que eran propias de la forma anterior, al enfrentar el dolor del cambio, no basta una aceptación racional y fría de su conveniencia, sino que se requiere una gran determinación, que sólo puede ser producto del entusiasmo con que cada uno vea las ventajas que se obtendrán" (Leñeros, 1995: 44).

3.4. Potenciar al personal

Para potenciar el personal hay que cambiar el enfoque de como se ve al personal de la institución, pasar de un enfoque meramente tayloriano y de la teoría X, de sólo productividad y, donde los empleados eran vistos con una visión mecanicista del trabajo humano, a una que cree y fomenta día a día en su personal el entusiasmo, la motivación, la creatividad, la iniciativa y la capacitación permanente. En ese sentido el estilo de dirección debe preocuparse porque el personal sea capacitado y actualizado, en el cómo y en el por qué de lo que se va realizar educativamente. Para ello es conveniente trazarse un plan estratégico de potenciación, congruente con el plan de desarrollo del centro educativo.

La capacitación para la potenciación del personal debe ser vista como una auténtica inversión y como costo de oportunidad en el tanto que permite elevar la calidad del servicio; no debe concebirse como un gasto pesado e improductivo.

> "A partir de 1950, empresas japonesas inician un nuevo movimiento que revalora la importancia del trabajador de base, de quién ya no se espera sólo su capacidad física, sino que participe en los análisis y rediseños necesarios para hacer que su trabajo sea permanente a las necesidades siempre cambiantes...para innovar" (Leñeros, 1995: 49).

Es en esta perspectiva que debe ubicarse el estilo de dirección educativa actual, porque rescata la creencia en las capacidades y dignidad del ser humano, volviéndolo a colocar en la categoría de persona real y potencialmente capaz; de tener fe y creer en el funcionario, lo cual lleva a romper la mentalidad de que los docentes y personal administrativo no son capaces de comprometerse con el éxito del centro educativo.

Lo tecnológico y pedagógico son elementos importantes de la tarea educativa pero no son la solución para todo. Se debe potenciar al personal y a los sistemas de apoyo, capacitarlos para asumir nuevos retos y socializar las experiencias. En este contexto el director como líder pedagógico y administrativo debe conducir al crecimiento y participación de todos. Para potenciarlos debe brindar oportunidades de mejoramiento y capacitación, prestar atención a sus ideas sobre como mejorar el centro educativo y darles niveles de autonomía para propiciar el desarrollo de la creatividad y la imaginación.

La figura del director es fundamental para el éxito de la empresa educativa. El estilo de dirección actual debe apoyarse en tres características fundamentales que plantea Reddin, según Yankovic (s/f):

- Orientarse hacia la realización producto educativo esperado.

- Prestar importancia a las relaciones humanas, al trato del personal a su cargo, estudiantes y personal de apoyo.

- Capacidad para lograr una elevada productividad.

En la potenciación del personal se debe discriminar que en el colectivo de trabajadores hay habilidades diferentes (desigualdad), fomentar aquella en que cada uno sea muy bueno (excelencia) y la capacidad para integrarse en un trabajo en equipo, se maneja así, el binomio desigualdad-excelencia al mismo tiempo para beneficio del centro educativo.

> "Esta es nuestra visión del trabajo organizacional, en la que es necesario distinguir muy bien las diferentes habilidades que se requieren en cada grupo de trabajo, ya que la posibilidad de obtener resultados excelentes, está condicionada a que esta distinción se haga con sutileza y que cada trabajo diferente se ejecute con maestría...esto plantea la necesidad de contar con personas diferentes, que hayan tenido la oportunidad de perfeccionarlas" (Leñeros, 1995: 56).

Para potenciar el personal se debe partir de la premisa de que no existen personas que sean sobresalientes en todos los quehaceres de la unidad escolar ni el bueno para nada, de ahí que

> "ha llegado la hora de impulsar una educación que haga ver a todos la importancia de que cada uno identifique lo que en él es diferente y cómo desarrollar esa exclusividad para alcanzar su propia realización y maximizar su aporte a la humanidad" (Leñeros, 1995: 54).

3.5. Orientar hacia el cambio y la innovación

El director que busca el éxito, la efectividad, la eficacia y la calidad, debe fomentar el cambio y la flexibilidad en el servicio que presta el centro educativo, si quiere seguir existiendo. Debe ser versátil, pues la unidad de cambio es el centro educativo. Las políticas nacionales educativas por sí mismas no logran los cambios, aunque si es importante la conexión con el sistemas educativo general.

Se debe desarrollar un estilo de dirección que oriente al personal a trabajar sobre el cambio y la innovación, implica

> "un proceso de aprendizaje personal y organizativo, se va construyendo, delineando en la vida cotidiana del quehacer educativo por lo que exige que el profesor modifique lo que hace (prácticas, habilidades, conducción) y piensa (creencias, concepciones, teoría pedagógica, personal) y por otro lado alterar conductas, habilidades, concepciones de la escuela como organización" (González, 1988: 180).

Puesto que el cambio se lleva a cabo en la organización escolar, deberá manejarse las dimensiones sociopolíticas, lo técnico e institucional (lo idiográfico y lo nomotético).

El cambio debe hacerlo la misma unidad educativa, desde dentro, trabajando al mismo tiempo el cambio en la cultura organizacional. El contexto organizativo es decisivo para facilitar o inhibir el cambio. La estrategia general de cambio que se ha utilizado, es la de modificar estructuras formales (organigrama, mover figuras de autoridad, imposición y recortes de programas), sin tocar el contexto total, sin estrategia global. Esto aumenta la incertidumbre, la insatisfacción, los rechazos y resistencia.

El cambio debe ser bien planeado pues, un grupo que no sabe a donde va tampoco sabe a donde llegará,

> "frente a dudas como la señalada, creemos importante destacar que la puesta en práctica de la calidad total es un proyecto educativo, el resultado final es cambiar la forma de realizar el trabajo diario de la organización a través de la adopción de una filosofía y de unas técnicas operativas, significativamente diferentes a las que se usaban al momento de iniciar el proceso, ya que las que se pondrán en práctica son el fruto del avance de los conocimientos" (Leñeros, 1995: 20).

Por eso el director debe trabajar con los docentes el cambio, por tener ellos un sentido de pertenencia hacia la institución y buscar satisfacer sus necesidades de realización, poniendo una racionalidad entre las expectativas

de su rol y el logro de los objetivos institucionales. Esto fortalece la identificación y eleva la moral del personal al sentirse motivado. Las estrategias para el cambio y la innovación deben ser generadas y desarrolladas en y desde el contexto de la organización y con la participación de todos. El cambio se produce cuando los funcionarios y su contexto son tomados en cuenta, porque se da un compromiso cuando se ha tenido la oportunidad de estar implicado en las decisiones relativas al cambio. El orientar hacia el cambio y la innovación implica hacer del "aprender haciendo, una inversión diferente"(Leñeros, 1995: 20). Para ello se requiere, desarrollar un proceso de ejecución de calidad que comprenda los siguientes componentes:

- *Conocimiento*: Estar actualizado con los nuevos enfoques sobre las áreas que se manejan en la educación. Esta es una tarea de todo el personal, puesto que el conocimiento es poder, en el tanto que permita posicionarse en la competencia y al interior del centro educativo.
- *Internacionalización*: Esto significa que los diferentes actores involucrados en la actividad educativa ponen en práctica lo aprendido, con todos los temores y ansiedades que ello pueda generar hasta lograr la excelencia que se requiere.
- *Cambio de comportamiento individual*: Ello se manifiesta en la asunción cotidiana de la nueva forma del quehacer en cada persona de lo que se quiere cambiar.
- *Cambio de la colectividad de la institución educativa*: Implica que a través de la práctica individual se van desarrollando, normas, pautas de consenso grupal de cambio, de tal forma que esta cultura de cambio se legitima al pasar a ser parte integrante de la cultura organizacional.

El cambio tocará intereses, exigirá romper rutinas, modificará lo que se hace, se piensa (concepciones y creencias) generará expectativas y amenazas, pero no deberá depender de intereses personales ni de mandatos meramente administrativos, sino de una compleja incidencia de factores, variables y procesos educativos, institucionales y societarios. En síntesis exige la creación de nuevos significados, modos de pensar, percibir y construir la realidad, o sea trabajar el cambio es trabajar la cultura organizacional de la entidad educativa. El personal y el clima organizacional pueden ser los principales obstáculos para el cambio, al no estar clara la intencionalidad, los procedimientos ni los espacios de comunicación.

> "Las personas no se oponen al cambio pero se oponen a ser cambiadas. Esto significa que cuando jefes o empleados son empujados a nuevas acciones que no les parecen, siempre encontraran la forma de mostrar sus inconvenientes y hacerlos aparecer como insuperables" (Leñeros, 1995: 44).

Por eso es importante tener presente que el personal no es un simple ejecutor de cambio e innovaciones, sino un agente que lo interpreta, lo define y lo construye en su experiencia cotidiana. Es un capital valioso del centro educativo, es el capital humano, por el acervo de conocimientos y experiencias que posee. Es necesario que el director rompa con la parálisis paradigmática y desarrolle un proceso planificado y sistemático del cambio en el centro educativo. Esto no se da en un tiempo corto, es un proceso lento y cuidadoso en el que incide el clima organizacional, pues no es un hecho puntual en la vida del centro educativo. Este proceso implicará cambios paralelos en la organización, metodologías, creencias, actitudes, pedagogías, clima laboral, aflora conflictos, redefiniciones, confusión y réplica. El cambio lleva a modificar lo que se hace en el aula y en el contexto organizativo. Por lo tanto requiere:

- Escuchar, comprender y responder a las necesidades actuales, emergentes y futuras.
- Establecer y comunicar con claridad la visión estratégica del cambio.
- Definir estándares concretos y mecanismos de control que permitan visualizar el avance en la ruta hacia el cambio.
- Capacitar (invertir en el recurso humano), involucrar y comprometer a la comunidad educativa.
- Reconocer los esfuerzos de los que se integran a la tarea del cambio y establecer sistemas de recompensa y estímulos, según se vayan obteniendo los resultados previstos.

Para este proceso la institución debe ser una unidad de cambio y poner en funcionamiento cuatro metas-capacidades (González, 1988):

-Diagnosis, conocer su propia naturaleza y funcionamiento.

-Buscar información, recursos dentro y fuera de la unidad escolar.

-Movilización de acción sinergética que permita realizar acciones conjuntamente, dejando el celularismo en pro de un cambio consensuado.

-Control para el seguimiento, monitoreo de la acción y los procesos.

4. ROLES EN LOS ESTILOS DE DIRECCIÓN

Los roles se refieren a los diferentes papeles que deben asumirse en los estilos de dirección. El administrador educativo, como líder que es, debe tener la capacidad para motivar, comunicar, trabajar en equipo, resolver conflictos, definir estrategias globales, diseñar y rediseñar la estructura organizativa y participar y manejar las relaciones interpersonales; para ello debe desarrollar diversos roles. Estos roles que están presentes en los estilos de dirección se agrupan en tres grandes áreas, que tienen que ver con el rol asignado por el puesto administrativo (figura de autoridad institucional), el rol de redes (información) y el de toma de decisiones (niveles de decisión).

En otras palabras, como todo proceso de gestión directiva implica desarrollar funciones de planeación, organización, dirección y control del proceso administrativo, que supone asumir los roles definidos por Mintzberg, según Robbins (1994), como el de figura de mando, difusor (clarificar información), vocero, asignador de recursos, negociador, líder (motivar y dirigir), enlace (montar red de contactos internos y externos), monitor (informar lo que sucede, lo que se quiere), emprendedor (analizar y aprovechar las oportunidades de cambio) y árbitro (trabajar en la solución de los conflictos).

Es básico el rol del director líder para contratar, motivar, comunicar, asesorar, capacitar, dirigir y evaluar, ya que en la unidad escolar se generan comportamientos organizacionales que influyen en el rendimiento y que hay que procesar oportunamente. A su vez debe ejercer su autoridad, como figura legítima de poder, pero al mismo, tiempo tener una actitud de flexibilidad y apertura hacia las ideas de sus subalternos, comunidad, autoridades educativas. Oportunamente y contigencialmente debe transitar de un rol a otro.

Para ello es necesario tener en cuenta los principios fundamentales de la administración que anota Venegas (1993): autoridad y responsabilidad (derecho de mandar y hacerse obedecer), disciplina, (acatamiento a las normas), unidad de mando (recibir órdenes de un solo jefe), unidad de dirección (una sola orientación organizativa), subordinación del interés individual al interés general (interés institucional), remuneración (pago justo), centralización (mando integrado), jerarquía o cadena por escalar (prioridades), orden, equidad, estabilidad personal, iniciativa e integración. Como se puede ver en lo supracitado hay factores tanto de orden intrínseco (factores motivacionales) como extrínseco (factores de medio ambiente), pues no es fácil dirigir o conducir organizaciones o grupos hacia metas y objetivos, precisamente por el hecho de ser humanos.

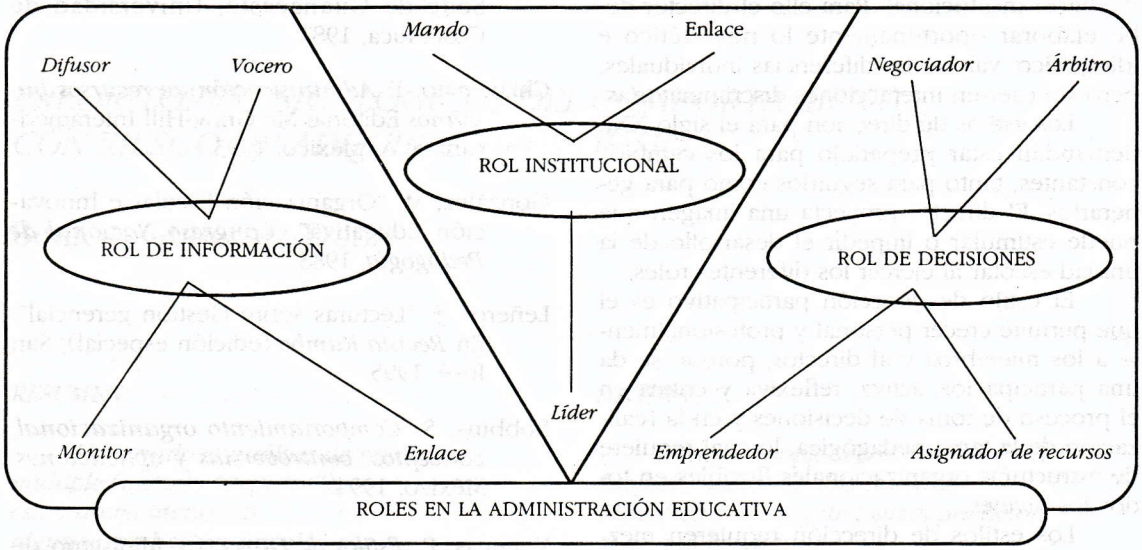
Los diferentes roles desempeñan un papel fundamental en la definición y comprensión de la política institucional, en la continuidad y supervivencia de la unidad educativa. En el siguiente esquema se pueden apreciar estos roles centrales con sus respectivos subroles.

Los grupos atraviesan por diferentes etapas y mantienen vicios, relaciones, tiene un clima y una cultura organizacional, que obstaculiza la productividad, la competencia, fomenta el no compromiso con la tarea, el individualismo y otros. Sin embargo, es necesario que el director sepa manejar estas situaciones y enfocar siempre la mira del grupo hacia la tarea, parte medular del complejo de interrelaciones llamado grupo (Barrantes y Rosales, 1987).

La seguridad, aceptabilidad y confianza que inspire la tarea a realizar y el clima organizacional que se dé, contribuyen a disminuir los vicios antes citados, pues no se debe olvidar que muchos de ellos son el reflejo de la división de clases de la sociedad, que a través del proceso de socialización se ha aprendido y se manifiestan inconscientemente. De ahí

Esquema 4

Principales roles en los estilos de dirección



Fuente: Elaborado por Díaz, Floria y Rosales, Rosa, 1996.

que la discusión y la confrontación permanente sea una vía que perfila la creación de ideas innovadoras y la constitución de un equipo de trabajo con una tarea clara y definida. (Barrantes y Rosales, 1987). Hay que recordar que un centro educativo, es un organismo vivo que tiene su propia identidad y que el éxito o fracaso que alcance en su labor formadora, dependerá de los sujetos participantes, pues estos constituyen los agentes del logro de metas y del cambio.

En síntesis, se puede afirmar, que los estilos de dirección deben combinar y ejercer diversos roles, y que deben ser administrador y pedagogo versátil, que fácilmente pueda asumir contingencialmente los diversos roles según las situaciones y condiciones en las que actúa. Estos roles deben fomentar la participación del personal, y hacer del liderazgo participativo una actividad cotidiana en el centro educativo.

CONCLUSIÓN

Como se puede observar los estilos de dirección tienen un papel fundamental en el éxito de la unidad escolar, ya que los administradores educativos, son líderes, agentes educativos encargados de dirigir el equipo de trabajo. Su gestión y estilo administrativo incide en el clima organizacional, las relaciones entre el personal, educandos y padres de familia.

El director puede contribuir a elevar o bajar la moral del entorno escolar. Por mucho tiempo se tuvo la idea de que ser líder es tener la concentración de poder, pero esta concepción entró en crisis, por lo tanto surge un nuevo paradigma, que plantea que el líder es el que está al servicio del centro educativo, el que crea estructuras de cooperación, compromiso, solidaridad y trabajo en equipo, puesto que el cambio y la calidad total educativa es un compromiso de todos.

Por lo tanto el director no sólo debe ser un administrador, sino que debe ser un líder pedagógico que facilite el procesamiento de la incertidumbre, resistencias, diferencias, necesidades de capacitación y crecimiento profesional, clarificación de las metas y manejo de conflictos. Debe tener una formación humana que lo lleve a desarrollar un clima de sensibilidad social, habilidad para escuchar y respetar

a los miembros, así se generará un clima organizacional en donde el personal se siente motivado, consciente y comprometido con el quehacer institucional. Para ello el director debe elaborar oportunamente lo nomotético e idiográfico, valorar las diferencias individuales, pero sin caer en interacciones discriminatorias.

Los estilos de dirección para el siglo XXI, demandan estar preparado para los cambios constantes, tanto para seguirlos como para generarlos. El director proyecta una imagen que puede estimular o impedir el desarrollo de la unidad escolar al ejercer los diferentes roles.

El estilo de dirección participativo es el que permite crecer personal y profesionalmente a los miembros y al director, porque se da una participación activa, reflexiva y crítica en el proceso de toma de decisiones y en la realización de la tarea pedagógica, lo cual requiere de estructuras organizacionales flexibles en todos los niveles.

Los estilos de dirección requieren mezclar los tipos de liderazgo, según el problema, situación y clima organizacional, combinar lo del líder interpersonal, administrativo y político; lo autoritario con lo participativo, desarrollar diferentes roles para atender las múltiples demandas que se dan, preocuparse por la tarea y las relaciones humanas, tomar en cuenta los factores extrínseco e intrínseco. Es decir debe aprender a ser contingencial, actuar según los objetivos, la situación y los actores.

BIBLIOGRAFÍA

Ball, S. *Micropolítica de la escuela: hacia una teoría de la organización escolar.* Ediciones Paidós, Madrid, 1989.

Barrantes, G y Rosales, R. "Algunas reflexiones operativas en entorno a la interdisciplinaridad en la Carrera de Trabajo Social". Sede de Guanacaste, Universidad de Costa Rica, 1987.

Chiavenato, I. *Administración de recursos humanos* Editorial Mc Graw-Hill Interamericana S. A, México. 1993.

González, M. "Organización Escolar e Innovación Educativa". *Congreso Nacional de Pedagogía*, 1988

Leñeros, J. "Lecturas sobre Gestión gerencial". En *Revista Rumbo* (edición especial), San José, 1995.

Robbins, S. *Comportamiento organizacional, conceptos, controversias y aplicaciones.* México, 1994.

Venegas, P. *Estilos de Dirección.* Ministerio de Educación Pública, PROCAE, San José, Costa Rica, 1993.

Venegas, P. *El qué y para qué de la Administración.* Ministerio de Educación Pública, San José, Costa Rica, 1993.

Venegas, P. *Innovación y Cambio en Educación.* Universidad de Costa Rica, Costa Rica, 1995

Unesco. "La organización como sistema planificable". *Fotocopia.*

Yankovic, B. "Una aproximación a los estilos de dirección Escolar". *El Educador*, Edición 2, (s.f.)

Rosa Rosales
Apdo 31-5000
Sede de Guanacaste
Universidad de Costa Rica

Ciencias Sociales 77: 155-166, setiembre 1997

PREDICTORES PSICOLÓGICOS DEL COMPORTAMIENTO CON RIESGO DE ADQUIRIR VIRUS DE SIDA

Benicio Gutiérrez Doña

RESUMEN

Utilizando el análisis de regresión múltiple (método "stepwise"), este trabajo identificó algunos predictores psicológicos del comportamiento sexual con riesgo de adquirir virus de SIDA (VIH), en una muestra de 205 hombres homosexuales de San José, Costa Rica. Se encontraron tres predictores del número de parejas sexuales, dos predictores del sexo con hombres desconocidos, y un predictor del sexo anal pasivo. Los resultados se discuten considerando algunas estrategias para prevenir el SIDA en los homosexuales.

ABSTRACT

Using multiple regression analysis (stepwise method), this research identified some psychological predictors of sexual behaviour with risk of getting AIDS virus (HIV), in a 205 sample of homosexual men from San José, Costa Rica. Three predictors of the number of different sexual partners were found, two predictors of having sex with anonymous men, and one predictor of receptive anal sex. These results are discussed considering some strategies for the prevention of AIDS in homosexuals.

1. INTRODUCCIÓN

La investigación psicológica del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es de gran relevancia para el diseño y desarrollo de estrategias preventivas de la diseminación del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). En la actualidad, más que pertenecer a un grupo específico, las prácticas y el comportamiento sexual, son el factor de mayor importancia para medir y determinar los niveles de riesgo de contraer VIH. En el caso de los hombres homosexuales, las prácticas sexuales que se consideran riesgosas son: el sexo con diferentes parejas sexuales, el sexo con parejas anónimas o desconocidas, el sexo anal receptivo, el sexo boca-ano activo y la felación con eyaculación en la boca.

La investigación psicológica del comportamiento sexual riesgoso ha pretendido –entre otras cosas–, establecer relaciones empíricas entre: dimensiones de la personalidad, el apoyo social, el estrés, factores cognoscitivos, la biografía, el estilo de vida y la prevalencia de

hábitos sexuales que exponen al contagio del VIH. Esto con la finalidad de: a) profundizar en los determinantes comportamentales de la adquisición del virus del SIDA; b) brindar estrategias para modificar hábitos potencialmente riesgosos, a través de intervenciones psicológicas individuales o grupales, o por medio del diseño estratégico de campañas de prevención. Trabajos pioneros, como del grupo de investigadores de la Universidad de Michigan, son un ejemplo claro de esta tendencia investigativa (Emmons y otros, 1986; Joseph y otros, 1984, 1987a, 1987b, 1988a, 1988b; Kessler y otros, 1988; Ostrow y otros, 1986).

En el caso de Costa Rica, algunos trabajos desarrollados por Gutiérrez (1991a, 1991b, 1992a, 1992b, 1992c, 1994, 1995) son muestra del desarrollo de enfoques psicológicos del SIDA y han servido de base para elaborar este estudio.

Más recientemente, Gutiérrez (1995) encontró que:

1. Los hombres homosexuales perciben muy poco riesgo de adquirir el virus de SIDA (25%) en sus prácticas sexuales homosexuales.
2. Los riesgos de adquirir el virus del SIDA se relacionan, más bien, con el número de diferentes parejas sexuales que con el tipo de práctica sexual. Esto se explica por la "negación psicológica", mecanismo que utilizan los homosexuales, para disminuir los peligros potenciales de sus prácticas sexuales.
3. La "negación del peligro", es una barrera peligrosa para las campañas preventivas, ya que, el homosexual disminuye los riesgos reales involucrados en el intercambio de fluidos corporales, que ocurren con el sexo anal, el sexo boca ano, la felación activa con eyaculación y el sexo con desconocidos.

En virtud de estos resultados, este trabajo se ha propuesto:

1. Identificar las variables psicológicas que predicen la prevalencia de cinco prácticas sexuales con riesgo de adquirir VIH, a saber, el sexo anal pasivo, el sexo boca-ano activo, el sexo con hombres desconocidos, el sexo con diferentes parejas sexuales y la felación activa con eyaculación en la boca.
2. Ofrecer una interpretación psicológica para los predictores identificados y proveer algunas estrategias preventivas para prevenir la diseminación del VIH en hombres homosexuales.
3. Ofrecer insumos teóricos para el eventual desarrollo de modelos explicativos para el comportamiento sexual riesgoso en hombres homosexuales.

El primer propósito, tiene que ver con la indagación del comportamiento sexual durante los últimos treinta días, es decir, el tipo de práctica sexual de preferencia, su frecuencia y el tipo y número de parejas sexuales con las cuales se tuvo sexo.
El segundo propósito, se refiere a la interpretación psicológica de la dinámica, que subyace, al conjunto de relaciones causales que se logren identificar por medio del análisis de regresión múltiple. Asimismo, la propuesta de algunas estrategias preventivas que consideren tal dinámica subyacente.
El tercer propósito, implica la confección de hipótesis teóricas, susceptibles de ser contrastadas empíricamente, en futuros estudios, con procedimientos más sofisticados que los modelos de regresión múltiple, por ejemplo, Lisrel (Asher, 1976; Bollen, 1989; Joreskog Y Sorbon, 1982; Long, 1983).

2. MÉTODO

Enfoque

Este trabajo tiene un enfoque cuantitativo. Se utilizó el análisis de factores (para reducir el número de variables), el análisis de confiabilidad (para calcular el alfa de Cronbach de las escalas) y el análisis de regresión múltiple (método "stepwise" para desarrollar predictores). Los métodos "backward", "forward" y "enter", fueron usados en aquellos casos en los que el método "stepwise" no identificaba

predictores. El SPSS/PC, fue utilizado para hacer los cálculos numéricos (Norusis, 1988).

Muestra

Se entrevistó a un total de 205 hombres homosexuales, sexualmente activos, del área metropolitana de San José, Costa Rica. Debido a la imposibilidad de diseñar muestras probabilísticas a partir de un universo desconocido, se realizó un muestreo no probabilístico, utilizando la técnica "bola de nieve" (Goodman, 1961).

Las características de la muestra son: Edad promedio 27 años (mínimo 18, máximo 54); el nivel de ingreso promedio mensual es de $252 dólares estadounidenses (52164 colones, tipo cambio = 207 colones x $1); la distribución laboral revela que el 77% posee un empleo de al menos 1/4 de tiempo, y que la categoría profesional más común fue la de profesionales, técnicos y afines (44%); la procedencia de la familia de origen es, en un 65%, urbana; la distribución por religión revela que el 69% son católicos. En cuanto a las preferencias sexuales, el 80% se autodenominó homosexual y el 20% bisexual; el 92% afirmó que nunca ha estado casado; el 50% tiene en la actualidad un compañero sexual fijo y se reportó que la duración promedio de la relación actual era de 2 años y medio; la edad promedio de la primera relación sexual homosexual fue a los 15 años; la edad promedio en la que se consideraron a sí mismos como homosexuales fue a los 16 años.

Recolección de datos e instrumento de medición

Los datos fueron recolectados por encuestadores homosexuales, con el sistema "llévelo a su casa y devuélvalo 15 días después" al encuestador. El instrumento utilizado fue el "Coping and Change: A Survey of Chicago Men", desarrollado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan por Joseph y otros (1984, 1987a, 1987b, 1988a, 1988b). Este instrumento fue adaptado con la técnica "focus groups" (sesiones de grupo) a la comunidad homosexual de Costa Rica por Gutiérrez (1992b). El cuestionario está compuesto por 12 secciones diferentes y más de 500 variables, que exploran dimensiones del comportamiento sexual y no sexual, niveles de información, estilo de vida, estrés, personalidad, afrontamiento y riesgo percibido de contraer SIDA, apoyo social, vida cotidiana, aspectos de la biografía y variables sociodemográficas.

Variables en estudio

Variables dependientes. Las variables que interesa predecir son de tipo comportamental, a saber, el número de parejas sexuales diferentes, el sexo anal-receptivo, el sexo con hombres desconocidos, el sexo boca-ano y la felación activa.

Variables independientes. Las variables que interesa identificar como predictoras del comportamiento sexual son de tipo psicológicas, a saber, el apoyo social disponible, el conflicto social, el apoyo emocional, el aislamiento social, la irritabilidad asociada al SIDA, el afrontamiento de la depresión, la actitud de resolución de problemas, la autoestima y el control, el rechazo interpersonal percibido, las reacciones psicosomáticas, el afrontamiento de tipo cambio y superación, el afrontamiento de tipo control de emociones y un índice de riesgo percibido de contraer SIDA.

3. RESULTADOS

Características psicológicas

El cuadro 1 ofrece los resultados obtenidos en las escalas de apoyo social, personalidad, problemas y estrés, afrontamiento al SIDA y riesgo percibido de contraerlo. En dicho cuadro, la columna "alfa de Cronbach" revela que los niveles de confiabilidad son aceptables para todas las escalas. Por ejemplo, el alfa más elevado corresponde a la escala de apoyo disponible (alfa=.90; Nº ítemes=4; casos=205), por su parte, el alfa más bajo corresponde a la escala de autoestima (alfa=.36; Nº ítemes=2; casos=205).

En el mismo cuadro se destaca que el nivel de riesgo percibido de contraer SIDA, el rechazo interpersonal percibido y las reacciones psicosomáticas son bajos (25%, 22% y 8% respectivamente). Por su parte, puntajes moderados fueron identificados para el afrontamiento al SIDA de tipo superación, el con-

flicto social, la irritabilidad asociada al SIDA y el afrontamiento de tipo control emocional (respectivamente, 45%, 38%, 35%, y 30%). Puntajes altos presentaron las escalas de apoyo emocional (74%), afrontamiento de la depresión (66%) y moderadamente alto el aislamiento social (55%). Las escalas con puntajes muy altos fueron la autoestima (88%), el apoyo disponible (83%) y la actitud de resolución de problemas (82%).

Cuadro 1
Apoyo social, personalidad, estrés, afrontamiento al SIDA y riesgo percibido de contraer SIDA

NOMBRE ESCALAS	Prome.% (0-100)	Des. Est. (0-100)	Min. (0-100)	Max. (0-100)	Nº Var.	α Cronbach	n
APOYO SOCIAL							
Apoyo Disponible	83	24	0	100	4	.90	205
Conflicto Social	38	22	0	100	3	.79	205
Apoyo Emocional	74	24	0	100	2	.73	205
Aislamiento Social	55	26	0	100	2	.44	205
PERSONALIDAD							
Irritabilidad asociada al SIDA	35	27	0	100	3	.60	205
Afrontamiento de la Depresión	66	29	0	100	2	.62	205
Actitud de Resolución Problemas	82	22	0	100	2	.57	205
Autoestima y Control	88	19	17	100	2	.36	205
PROBLEMAS Y ESTRES							
Rechazo interpersonal percibido	22	21	0	100	4	.80	205
Reacciones Psicosomáticos	08	14	0	100	3	.64	205
AFRONTAMIENTO AL SIDA							
Cambio y superación personal	45	29	0	100	4	.77	205
Control de emociones	30	29	0	100	2	.66	205
RIESGO PERCIBIDO DE CONTRAER SIDA							
Índice de Riesgo Percibido de contraer SIDA	25	20	0	100	2	No aplica por ser un índice	205

Comportamiento sexual

Según el cuadro 2, la actividad sexual de mayor preferencia por parte de los homosexuales fue la felación activa, la cual fue practicada en un promedio de siete veces durante el último mes. La segunda práctica sexual de preferencia fue el sexo anal receptivo, el cual fue realizado un promedio de cuatro veces durante el último mes. El sexo boca ano, por su parte, se practicó un promedio de tres veces, y el sexo con hombres desconocidos, un promedio de una vez durante el último mes. Por su lado, el número promedio de parejas sexuales diferentes durante el último mes fueron tres.

Cuadro 2

Comportamiento sexual durante los últimos 30 días

Tipo de comportamiento sexual	Promedio	Des Est.	Mínimo	Máximo	n
Número de parejas sexuales masculinas diferentes	3	3	0	19	205
Anilingus (Sexo boca-ano)	3	1	0	9	205
Sexo anal receptivo (pasivo)	4	5	1	35	71
Felación (activa)	7	10	0	103	117
Sexo con hombres desconocidos	1	1	0	6	205

Estos datos revelan patrones de comportamiento sexual altamente peligrosos a nivel de los riesgos de adquirir el virus del SIDA, principalmente, por el sexo con parejas desconocidas, el número de diferentes parejas sexuales, la preferencia por el sexo anal receptivo y el sexo boca ano.

PREDICTORES DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL

Número de parejas sexuales

Según la ecuación de regresión definida en el cuadro 3, los predictores significativos del número de diferentes parejas sexuales son: El riesgo percibido de contraer SIDA (b=.50; p< .001), el rechazo interpersonal percibido (b=.52; p< .001) y el apoyo emocional (b=-.44; p< .05).

Asimismo, se puede observar que esta ecuación de regresión explica conjuntamente el 49% de la variabilidad del número de parejas sexuales diferentes (R^2=.49). En forma específica, se tiene que, un aumento de un punto en el riesgo percibido de contraer SIDA provocó un aumento de .50 en el número de parejas sexuales. El aumento de un punto, en el rechazo interpersonal percibido, generó un aumento de .52 en el número de parejas sexuales. En contraste, el incremento de un punto en el apoyo emocional, suscitó una disminución de -.44 en el número de diferentes parejas sexuales.

Sexo con hombres desconocidos

En el Cuadro 4 se puede observar que existen dos predictores significativos del sexo con hombres desconocidos, a saber, el riesgo percibido de contraer SIDA (b=.52; p< .001) y el rechazo interpersonal percibido (b=.45; p<.01). La ecuación de regresión formada por estas variables explica el 30% de la variabilidad del sexo con hombres desconocidos (R^2=.30). Específicamente, el aumento en el riesgo percibido de un punto, causó el aumento de .52 en el sexo con hombres desconocidos. Por su parte, el aumento de un punto en el rechazo interpersonal percibido causó el aumento de .45 en el sexo con desconocidos.

Sexo anal receptivo

En el caso del sexo anal receptivo (cuadro 5), se determinó al apoyo emocional como un predictor negativo (b=-.63; p< .001), lo cual significa que el aumento de un punto en el apoyo emocional causó una disminución de -.63 en el sexo anal receptivo. Asimismo, la ecuación de regresión explica el 18% de la variabilidad del sexo anal receptivo en los homosexuales (R^2=.18).

Cuadro 3

Análisis de regresión mútiple (STEPWISE)
variable dependiente: Nº de parejas sexuales durante el último mes

Ajuste del Modelo

R Múltiple	.70229
Coef. Determinación	.49321
Coef. Deter. Ajustado	.46653
Error Estándar	.94228

Análisis de Variancia

	GL	Suma de Cuadrados	Cuadrado medios
Regresión	3	49.25318	16.41773
Residuo	57	50.61025	.88790
F = 18.49053		Signif F = .0000	

Variables que ingresan en la Ecuación

Variable	B	SE B	Beta	T	Sig T
RIESGO SIDA	.502709	.115275	.418914	4.361	.0001
RECHAZO	.516265	.147391	.354058	3.503	.0009
APOYO EMOC.	-.435835	.182797	-.243538	-2.384	.0205
(Constant)	.414957	.134467		3.086	.0031

Variables excluidas de la Ecuación

Variable	Beta In	Partial	Min Toler	T	Sig T
APOYO DISP.	.050743	.068607	.839333	.515	.6088
CONFLICTO	.154683	.183423	.668238	1.396	.1681
AISLADO	-.045680	-.057736	.782360	-.433	.6668
IRRITA SIDA	-.134499	-.150915	.638050	-1.142	.2581
RESOL. DEP.	-.021778	-.029942	.849949	-.224	.8234
RESOL. PRO.	.023637	.032926	.842568	.247	.8062
AUTOESTIMA	-.027784	-.038192	.835840	-.286	.7759
SÍNTOMAS	.162977	.224733	.840190	1.726	.0899
SUPERACIÓN	.079068	.109236	.848235	.822	.4144
EMOCIONES	-.067723	-.091894	.850810	-.691	.4927

Fin del Bloque 1 PIN = .050 Límites alcanzados.

Cuadro 4

Análisis de regresión múltiple (STEPWISE)
variable dependiente: sexo con hombres desconocidos

Ajuste del Modelo			
R Múltiple	.54432		
Coef. Determinación	.29628		
Coef. Deter. Ajustado	.27201		
Error Estándar	1.13249		

Análisis of Variancia

	GL	Suma de Cuadrados	Cuadrado medios
Regresión	2	31.31870	15.65935
Residuo	58	74.38754	1.28254

F = 12.20960 Signif F = .0000

Variables que ingresan en la Ecuación

Variable	B	SE B	Beta	T	Sig T
RIESGO SIDA	.520057	136903	.421223	3.799	.0004
RECHAZO	.449618	.166349	.299708	2.703	.0090
(Constant)	.214628	.148992		1.441	.1551

Variables excluidas de la Ecuación

Variable	Beta In	Partial	Min Toler	T	Sig T
APOYO DISP.	.070784	.081835	.940610	.620	.5378
CONFLICTO	.038423	.038887	.712103	.294	.7700
APOYO EMOC.	-.007893	-.008686	.852180	-.066	.9479
AISLADO	-.040865	-.044190	.822882	-.334	.7396
IRRITA SIDA	-.094143	-.093876	.699733	-.712	.4794
RESOL. DEP.	.038403	.044865	.960487	.339	.7358
RESOL. PRO.	.166305	.197710	.982650	1.523	.1334
AUTOESTIMA	-.012826	-.015107	.964421	-.114	.9096
SÍNTOMAS	.017201	.020134	.951458	.152	.8797
SUPERACIÓN	.014147	.016625	.958959	.126	.9005
EMOCIONES	.090573	.104379	.922722	.792	.4314

Fin del Bloque 1 PIN= .050 Limites alcanzados

Cuadro 5

Análisis de regresión múltiple (STEPWISE)
variable dependiente: sexo anal receptivo (pasivo)

Ajuste del Modelo			
R Múltiple	.42437		
Coef. Determinación	.18009		
Coef. Deter. Ajustado	.16619		
Error Estándar	.97079		
Análisis of Variancia			
	GL	Suma de Cuadrados	Cuadrado medios
Regresión	1	12.21290	12.21290
Residuo	59	55.60348	.94243
F = 12.95892		Signif F = .0007	

Variables que ingresan en la Ecuación

Variable	B	SE B	Beta	T	Sig T
APOYO EMOC.	-.625837	.173851	-.424367	-3.600	.0007
(Constant)	.238882	.134997		1.770	.0820

Variables excluidas de la Ecuación

Variable	Beta In	Partial	Min Toler	T	Sig T
APOYO DISP.	-.082879	-.089846	.963552	-.687	.4948
CONFLICTO	.147867	.157330	.928210	1.213	.2299
AISLADO	.136732	.148248	.963838	1.142	.2583
IRRITA SIDA	-.107075	-.106313	.808274	-.814	.4188
RESOL. DEP.	-.069387	-.076133	.987104	-.582	.5632
RESOL. PRO.	.135748	.148842	.985717	1.146	.2564
AUTOESTIMA	.157295	.171498	.974669	1.326	.1901
RECHAZO	.245173	.252946	.872727	1.991	.0512
SÍNTOMAS	.099741	.110043	.998038	.843	.4026
RIESGO SIDA	-.172615	-.187398	.966362	-1.453	.1516
SUPERACIÓN	-.122137	-.134397	.992776	-1.033	.3059
EMOCIONES	-.226081	-.248871	.993550	-1.957	.0552

Fin del Bloque 1 PIN = .050 Límites alcanzados.

Sexo Boca-Ano (activo) y Felación Activa

Los análisis de regresión con el método "stepwise (cuadro 6)" no identificaron ninguna variable psicológica que fuera predictora del sexo boca ano o de la felación activa. Asimismo, se probó con los métodos "enter", "backward" y "forward" y tampoco fue posible identificar predictores psicológicos para el sexo boca ano y la felación activa.

Cuadro 6

Análisis de regresión múltiple (STEPWISE)
variable dependiente: sexo boca ano activo y felación activa

****REGRESIÓN MÚLTIPLE****

Ecuación Número 4 Variable Dependiente. ANILUNGUS ACTIVO
Bloque Número 1. Método: Stepwise Criterio PIN .0500 PEGRE .1000

Fin Bloque Número 1 PIN = .050 Límites alcanzados
Ninguna variables entró/removió en este bloque.

****REGRESIÓN MÚLTIPLE****

Ecuación Número 4 Variable Dependiente. FELACIÓN ACTIVA
Bloque Número 1. Método: Stepwise Criterio PIN .0500 PEGRE .1000

Fin Bloque Número 1 PIN = .050 Límites alcanzados
Ninguna variables entró/removió en este bloque.

Analizando estos datos, tenemos que:

Existe una relación contradictoria entre el riesgo percibido de contraer SIDA y las prácticas sexuales homosexuales. Es decir, en vez de que el peligro sirva como una señal de alarma en contra del SIDA, más bien sirve como un mecanismo disparador de prácticas sexuales peligrosas.

Si se estudia con detenimiento este fenómeno, se puede descubrir que el peligro de adquirir SIDA contiene, para los homosexuales, un importante nivel de satisfacción sexual, lo cual los conduce a incrementar su actividad como una necesidad de repetir el placer asociado a la percepción de riesgo. Esta situación es válida tanto para el caso del número de parejas sexuales, como para el sexo con hombres desconocidos, las cuales son actividades reconocidas como altamente peligrosas.

Otra faceta de la sexualidad homosexual, que es posible descubrir en estos resultados, es el papel de la actividad sexual homosexual como forma de compensación de las carencias psicosociales. Se dijo que el rechazo interpersonal percibido y el riesgo percibido aumentan el número de parejas sexuales, así como también, el apoyo social disminuye el número de parejas sexuales y el sexo anal receptivo.

Lo anterior, implica que, aparte de la dimensión de placer y descarga de tensiones involucrada en cualquier práctica sexual, en los homosexuales, la sexualidad funciona –además– como una especie de sustituto para las carencias en el apoyo emocional. En este sentido, la sexualidad persigue fines de equilibrio psicodinámico, pero con el agravante de que la consecución de este equilibrio, involucra serios peligros de adquirir el SIDA.

De ahí que, quizás, sea más fácil para los homosexuales negar los peligros del SIDA, que disminuir la frecuencia de una práctica sexual, que tiene una doble funcionalidad: la del placer genital y la de amortiguar carencias psicosociales.

El caso del sexo anal receptivo es el más claro de estos ejemplos. Según se dijo, el aumento en el apoyo emocional disminuye la frecuencia de sexo anal receptivo. Otra vez, ¿es el sexo anal receptivo un sustituto del apoyo emocional?

Obviamente, eso no parece ser posible. Sin embargo, los hombres homosexuales de la muestra practican –en parte– el sexo anal, como una forma de compensar las carencias en

el apoyo emocional, ya que si existiera una fuerte red de apoyo social, la práctica del sexo anal disminuiría.

Esta información es de gran valor epidemiológico, porque permite descubrir que la creación de redes de apoyo social para los homosexuales, puede servir como método para disminuir la diseminación del virus VIH. Esto por dos razones, por un lado, porque al ofrecer una red de apoyo social se disminuiría la frecuencia de conductas peligrosas, además, de que, sería un espacio ideal para ofrecer información precisa acerca de la práctica del sexo seguro.

Por su parte, si se analiza que, el apoyo social, la personalidad, el estrés, el afrontamiento al SIDA y el riesgo percibido de contraer SIDA, no son predictores del sexo boca ano y la felación activa, se puede interpretar lo siguiente:

- La primera observación que debe rescatarse sobre el sexo boca-ano y la felación activa, es que son prácticas sexuales homosexuales ligadas a la oralidad, esto es, al uso de la boca para satisfacer a la pareja sexual.
- Derivado de lo anterior, es posible que uno de los determinantes más fuertes de dichas prácticas sexuales, sea que la pareja sexual solicite al individuo homosexual su realización.

A nivel de la prevención del contagio del VIH, los homosexuales deben estar conscientes, hasta qué punto, las solicitudes de sus parejas sexuales los expondrán o no al contagio, y saber –ante esas situaciones– pedir a las parejas sexuales, que se tomen las medidas de seguridad respectivas y específicas, tales como: el uso del preservativo, guantes y barreras de látex, para evitar el contacto directo durante el acto sexual homosexual, con secreciones corporales como la sangre, el semen o excrementos que podrían estar contaminados con VIH.

4. DISCUSIÓN

Este trabajo ofrece evidencia empírica para hipótesis que sugieren la existencia de predictores psicológicos del comportamiento sexual con riesgo de adquirir VIH en hombres homosexuales.

La actividad sexual homosexual, no es exclusivamente el resultado de la mera búsqueda de satisfacción genital. Su ejercicio, responde –además– a una necesidad demostrada, de reemplazar carencias que existen a nivel del apoyo social y la integración social. Este fenómeno hace que la sexualidad homosexual, se vuelva compleja a nivel del diseño de campañas de prevención contra el contagio del VIH. Por una parte, porque implica modificar hábitos sexuales que cumplen una función de proveer equilibrio psicológico, por otra parte, porque del ejercicio de las prácticas sexuales se percibe poco peligro real de contraer el VIH.

Se podría suponer, que todos los homosexuales entrevistados practican el sexo seguro, sin excepción, y que, como resultado de esto, los niveles de riesgo son bajos. Obviamente, esta suposición podría ser calificada de poco realista o muy subjetiva.

Si bien, puede existir un buen grupo de homosexuales que practican el sexo seguro en todas sus prácticas sexuales, pareciera que el mecanismo de "negación psicológica" es el que explica los bajos niveles de riesgo de contraer SIDA.

Ante esto, es necesario considerar lo siguiente:

1. Que la información televisiva, radial o escrita, será un mecanismo insuficiente para fomentar comportamientos efectivos a nivel de la prevención del contagio del VIH en hombres homosexuales. Sin embargo, ésta no es razón necesaria ni suficiente para dejar de hacer prevención y dar información precisa.

2. Que el mecanismo de infundir temor colectivo a los homosexuales que hacen prácticas sexuales riesgosas, tampoco será efectivo, porque las prácticas sexuales peligrosas implican por sí mismas cierto grado de placer.

3. Que el mecanismo más eficaz, podría ser trabajar a nivel comunitario, construyendo redes humanas, que sirvan como medio de difusión de información preventiva y apoyo, en el lenguaje y la cultura de los homosexuales. En otras palabras, la tarea de prevenir el SIDA en grupos

homosexuales, puede ser más efectiva si se delega en ellos el papel de gestores y promotores de salud. Barreras de identidad de género y culturales podrían ser salvadas en esta forma.

Considerando la información previa, este trabajo ofrece elementos suficientes, para que un estudio futuro se proponga corroborar o rechazar las siguientes hipótesis teóricas:

H1: Existe una relación de doble vía entre el comportamiento sexual con riesgo de adquirir VIH y el riesgo percibido de contraer SIDA.

H2: El afrontamiento al SIDA y riesgo percibido de contraer SIDA constituyen un binomio que determina la frecuencia de comportamientos sexuales con riesgo de adquirir VIH.

H3: El apoyo social y la personalidad conforman un binomio que afecta negativamente la incidencia de comportamientos sexuales con riesgo de adquirir VIH.

H4: Los eventos de vida (laborales, económicos, etc.) y los problemas y el estrés actúan conjuntamente para incrementar la prevalencia de comportamientos sexuales con riesgo de contagio del VIH.

H5: La personalidad, la biografía, la cognición, el estrés, el estilo de vida, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social, se conjugan en una especie de plataforma psicosocial, que determina las tendencias de los hombres homosexuales a ser más o menos vulnerables, a la infección del VIH.

La propuesta metodológica para corroborar o rechazar estas hipótesis es el sistema de ecuaciones lineales estructurales conocido como *Lisrel* (Asher, 1976; Bollen, 1989; Joreskog y Sorbon, 1982; Long, 1983). Con este procedimiento es posible dar sustento empírico a modelos teóricos de tipo recursivo y no recursivo. *Lisrel* define los constructos de interés en un diagrama de trayectorias que resumen los efectos de un grupo de variables observadas sobre otras, es decir, los efectos de variables exógenas latentes sobre variables endógenas latentes. Con este procedimiento, además, es posible calcular parámetros que ofrecen medidas de ajuste más precisas que los modelos de regresión, y determinar los errores de medición para cada una de las variables exógenas (las X) y endógenas observadas (las Y). Por ahora, insumos teóricos y empíricos quedan desarrollados para avanzar en la dirección mencionada previamente.

5. REFERENCIAS

Asher, Herbert.(1976). "Causal Modelling". *Sage University Papers.* Ohio State University. London.

Bollen, Kenneth.(1989). *Structural equations with latent variables.* USA.: John Willey & Sons Editors.

Emmons, C., Joseph, J., Kessler, R., Wortman, C., Montgomery, S., Ostrow, D.(1986). "Psychosocial predictors of reported behaviour change in homosexuals men at risk of aids". *Health Education Quarterly.* 3(14),331-345.

Goodman, L.(1961). "Snowball Sampling". *The Annals of Mathematical Statistics.* 32 (1).

Gutiérrez, Benicio.(1991a). "Prevalencia del comportamiento riesgoso en relación al SIDA, asociado a características de personalidad en una muestra de 200 hombres homosexuales del área metropolitana de Costa Rica". *XXIII Congreso Interamericano de Psicología.* Costa Rica. Julio.

Gutiérrez, Benicio.(1991b). "Homosexualidad masculina y procesos de ajuste a la amenaza del SIDA: Una experiencia en Centro América". *XXIII Congreso Interamericano de Psicología.* Costa Rica. Julio.

Gutiérrez, Benicio.(1992a). "SIDA y Homosexualismo: Dimensiones psicosociales vinculadas al SIDA en hombres homosexua-

les del área metropolitana de San José, Costa Rica". En: Lydya Bond (Editor). *A portfolio of AIDS/STD behavioural interventions and research*. (pp. 127-133). Washington.: Pan American Health Organisation. ISBN 92-75-12078-1.

Gutiérrez, Benicio. (1992b). "SIDA y Homosexualismo: Dimensiones de la personalidad, la historia vital y medioambientales (...)". *Tesis Licenciatura*. Escuela de Psicología. Universidad de Costa Rica.

Gutiérrez, Benicio.(1992c). "Sublimación doblemente represiva y ambivalencia adaptativa: hipótesis sobre el mundo de la vida de los homosexuales". *Revista de Ciencias Sociales*. Universidad de Costa Rica Nº 58, Diciembre, 65-74.

Gutiérrez, Benicio. (1994). "Estrategias de afrontamiento al SIDA y dimensiones de la personalidad". *Revista de Ciencias Sociales*. Nº 66, Diciembre, 93-105.

Gutiérrez, Benicio. (1995). "Riesgo percibido de contraer SIDA. Comportamiento sexual y cambios en el comportamiento en hombres homosexuales". *Revista de Ciencias Sociales*. Nº 69, Setiembre, 107-112.

Joreskog, Karl y Sorbon, Dag. (1982). "Recent Developments in structural equations modelling". *Journal of Marketing Research*. XIX. Nov. 404-416.

Joseph, J., Emmons, C., Kessler, R., Wortman, C., O'Brein, K., Hocker, W., Schaefer.,C. (1984). "Coping with the threat of AIDS, an approach to psychosocial assessment". *American Psychologist*. 39(11). Nov, 1297-1302.

Joseph, J., Montgomery, S., Emmons, C., Kirscht, J., Kessler, R., Ostrow, D., Wortman, C., O'Brein, K., Eller, M., Eshelman, S. (1987a). "Perceived risk of AIDS: Assessing the behavioural and Psychosocial consequences in a cohort of gay men". *Journal of applied social Psychology*. Vol. 17 (3), 231-250.

Joseph, J., Montgomery, S., Emmons, C., Kessler, R., Ostrow, D., Wortman, C., O'Brein, K., Eller, M., Eshelman, S. (1987b). "Magnitude and determinants of behavioural risk reduction: Longitudinal analysis of a cohort at risk for AIDS". *Psychology and Health*. Vol. 1, 73-96.

Joseph, J., Kessler, R., Webster, P., Colman, S., Eshelman, S., Chmeil, J., Phair, J. (1988a). "Psychosocial predictors of symptom development in HIV-infected gay men". *IV International Conference on AIDS*. Stockholm.

Joseph, J., Montgomery, S., Ostrow, D., Kessler, R. (1988b). "Determinants of high risk behaviour and recidivism in gay men". *IV International Conference on AIDS*. Stockholm.

Kessler, R., O´Brein, K., Joseph, J., Ostrow, D., Phair, J., Chmiel, J., Wortman, C., y Emmons, C.A.(1988c). "Effects of HIV infection, perceived health and clinical status on a cohort at risk for AIDS". *Social Science Medicine*. Vol. 27, Nº 6, 569-578.

Long, J. Scott.(1983). "Covariance Structure Models: An Introduction to LISREL". USA.: *Sage University Papers*.

Norusis, M.(1988). *SPSS-PC +. Advanced Statistics*. V 2.0. Chicago, Ill: SPSS Inc. Editors.

Ostrow, D., Joseph, J., Monjan, A., Kessler, R., Emmons, C., Phair, J., Fox, R., Kingsley, L., Dudley, J., Chmiel, J., Raden, Mark. (1986). "Psychosocial aspects of AIDS risk". *Psychopharmacology bulletin*. Vol. 22 (3), 678-683.

Benicio Gutiérrez
Apdo 474-2050
CICED-UNED
San José, Costa Rica