



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA A PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

**“RELACION ENTRE EL CESE LABORAL Y EL CONSUMO DE
ALCOHOL EN EL ADULTO MAYOR EN EL DISTRITO DE JOSE
LUIS BUSTAMANTE RIVERO AREQUIPA - 2014”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA
EN ENFERMERIA**

BACHILLER: MAMANI COAGUILA EVELYN KATIUSKA

**AREQUIPA – PERÚ
2017**

**“RELACION ENTRE EL CESE LABORAL Y EL CONSUMO DE
ALCOHOL EN EL ADULTO MAYOR EN EL DISTRITO DE JOSE
LUIS BUSTAMANTE RIVERO AREQUIPA- 2014”**

DEDICATORIA

A mí amada familia por su amor incondicional, confianza, estímulo y su apoyo por siempre.

A mis amigos por brindarme su apoyo incondicional en todo momento.

AGRADECIMIENTO

Agradecimiento especial a mis familiares y asesores por su amor, apoyo y colaboración en la realización del presente estudio

RESUMEN

Fue un estudio que tenía como objetivo general determinar la relación entre el cese del trabajo y el consumo de alcohol en el adulto mayor en el distrito de José Luis Bustamante Rivero en año 2014, cuya muestra fueron 80 adultos mayores entre sus conclusiones están: Los adultos mayores tienen 68 a 75 años, seguida por el 49%(39) que tienen 76 a 83 años. Asimismo el 58%(46) tienen secundaria incompleta y el 42%(34) secundaria completa, respecto al estado civil el 40%(32) son casados el 35%(28) solteros y el 25%(20) viudos.

En la dimensión tiempo de cese del trabajo de los adultos mayores se encontró que el 49%(39) son cesantes desde hace más de 3 años, el 26%(21) desde 2 a 3 años y el 25%(20) menos de un año. Los factores causales del cese en el 58%(46) de los adultos mayores fue sobre pasar la edad límite para el trabajo, el 42%(34) incurrir en faltas, tardanzas y con señales de consumir alcohol.

Respecto al tiempo y frecuencia de consumo de alcohol el 58%(46) son cesantes que no consumen alcohol, pero el 42% (34) de ellos si lo hacen y el 25%(20) consumen desde 2 a 3 años, el 17%(14) desde hace más de 3 años

Se concluye que existe relación en el 25%(20) de los adultos mayores por presentar señales de consumir alcohol coincidiendo con los años de consumo y con el tiempo de cesantes.

Palabras claves: Cesantes y adultos mayores

ABSTRACT

It was a study that had as a general objective to determine the relationship between the cessation of work and alcohol consumption in the elderly in the district of José Luis Bustamante Rivero in 2014, whose sample was 80 seniors among their conclusions are: Adults older are 68 to 75 years old, followed by 49% (39) who are 76 to 83 years old. Likewise 58% (46) have incomplete secondary and 42% (34) complete secondary, with respect to marital status 40% (32) are married 35% (28) singles and 25% (20) widowers.

In the time dimension of cessation of work of older adults was found that 49% (39) are unemployed for more than 3 years, 26% (21) from 2 to 3 years and 25% (20) less than one year. The factors that caused the cessation in 58% (46) of older adults was over passing the age limit for work, 42% (34) incurring faults, delays and with signs of consuming alcohol.

Regarding the time and frequency of alcohol consumption, 58% (46) of the elderly are unemployed who do not consume alcohol, but 42% (34) of them do so and 25% (20) consume from 2 to 3 years, 17% (14) for more than 3 years

It is concluded that there is a relationship in 25% (20) of older adults because they present signs of consuming alcohol coinciding with the years of consumption and with the time of cessation.

Keywords: Cesantes and seniors

ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESÚMEN

i

ABSTRAC

ii

ÍNDICE

iii

INTRODUCCIÓN

v

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

1

1.2. Formulación del problema

3

1.3. Objetivos de la investigación

3

1.3.1. Objetivo general

3

1.3.2. Objetivos específicos

4

1.4. Justificación del estudios

4

1.5. Limitaciones

5

CAPITULOII: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

6

2.2. Base teórica

11

2.3. Definición de términos

66

2.4. Hipótesis

66

2.5. Variables

67

2.5.1. Definición conceptual de las variables

67

2.5.2. Definición operacional de las variables

67

2.5.3. Operacionalización de la variable

68

CAPITULOIII: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	69
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	70
3.3. Población y muestra	70
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	71
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	71
3.6. Plan de recoleccion y procesamiento e datos	71
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	73
CAPÍTULO V: DISCUSION	78
CONCLUSIONES	79
RECOMENDACIONES	80
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos de mayor impacto del siglo XXI, en la actualidad existen en el mundo más de 116 millones de adultos mayores y para el 2025, éste grupo representará a un 12% de la población, (INEGI, 2000). Nuestro país no está excepto de contar con grandes porcentajes de personas que se encuentran en la etapa de adultos mayores lo que significa que enfrenta además de la pobreza, las consecuencias del envejecimiento, sumado a esto es la problemática entorno al consumo de alcohol.

El costo y los efectos sobre la salud derivados del consumo excesivo de alcohol por parte de este grupo de personas pueden ser perjudiciales en su salud en los aspectos familiares y hasta en el campo laboral ya que puede originar dificultades físicas y laborales. Esto tiene sustento en la proporción de adultos mayores que son hospitalizados anualmente por enfermedades asociadas con el alcohol es aproximadamente la misma que aquellos internados producto de un infarto al miocardio.

El estudio tiene los siguientes capítulos: Se presenta el Capítulo I relacionado a Problema de investigación. El Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III. Metodología y Capítulo IV: Resultados, discusión de resultados, conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El consumo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo de morbimortalidad a nivel global, existiendo un impacto en jóvenes y adultos, principalmente de sexo masculino. Sin embargo, la experiencia internacional indica que el consumo excesivo de alcohol entre los adultos mayores también representa un problema serio de salud pública ⁽¹⁾

El consumo de alcohol es una de las grandes preocupaciones a escala internacional, por las graves consecuencias que produce a nivel sanitario y socioeconómico. La OMS estima que el 5% de la población adulta a nivel mundial consumió algún tipo de droga ilícita en 2010 ⁽²⁾ Si hablamos del consumo de alcohol, esta cifra crece considerablemente, por la conexión social de celebración y ocio que conlleva esta sustancia, y con la que se asocian directamente 2.5 millones de muertes cada año ⁽²⁾

El uso de alcohol es un problema global que afecta al desarrollo social y del individuo, y es la causa a nivel fisiológico y psicológico de numerosas complicaciones para la persona y para aquellos que se encuentran a su alrededor.⁽³⁾ Sin embargo, además de las consecuencias adversas para la salud de los consumidores, debemos tener en cuenta el costo económico del tratamiento que implica ese consumo. Asimismo, debemos reparar en

los años potenciales de vida perdidos, las consecuencias a nivel social que tienen estas pérdidas, y el impacto en relación a la productividad pérdida que se relaciona con el consumo de sustancias.

Este proyecto se desarrollara con la finalidad obtener conocimientos sobre las diferentes razones por las que el adulto mayor accede a beber alcohol. Los adultos mayores como grupo toman menos que los más jóvenes, pero mientras la población envejece, el número de bebedores mayores aumentarán. Además, las personas jóvenes en la actualidad tienden a tomar más que las generaciones pasadas y pueden seguir tomando más mientras envejecen. Las personas mayores tienen un riesgo particular para los problemas vinculados al consumo de alcohol. Al envejecer, las personas metabolizan el alcohol más lentamente, por lo que permanece más tiempo en el cuerpo, lo que aumenta el potencial de que sea nocivo. Los adultos mayores tienen más posibilidades de que sus condiciones de salud puedan ser exacerbadas por el alcohol, lo que incluye posibilidad de ataques, hipertensión, enfermedades neurodegenerativas, pérdida de memoria, desordenes de humor, y problemas emocionales y cognitivos

También tienen más posibilidades que las personas jóvenes de estar tomando medicamentos, lo que los pone en riesgo de interacciones que pueden ser peligrosas o amenazar sus vidas. El alcohol reduce la efectividad de algunas medicaciones.

En los Estados Unidos, las personas de 65 o más años son el 13% de la población, pero representan más de un tercio del total de los gastos en pacientes ambulatorios con medicinas prescritas. Los adultos mayores tienen más posibilidades de recibir prescripciones a largo plazo y múltiples, así como a tener un decaimiento de su experiencia cognitiva que puede llevar a un uso inapropiado de esas prescripciones. Además, aquellos que tienen ingresos fijos pueden utilizar la medicación restante de otra persona para ahorrar dinero. Tasas más altas de enfermedad, cambios vinculados a la edad en el metabolismo de los medicamentos, y el potencial para intercambios de medicamentos pueden hacer que cualquiera de estas prácticas sea más peligrosa para los adultos mayores

que para los jóvenes. Un amplio porcentaje de adultos mayores usan medicamentos sin prescripción y suplementos alimenticios, lo que (sumado al alcohol) puede multiplicar los efectos adversos sobre la salud que resultan del abuso de medicamentos prescritos.³

Teniendo en cuenta las situaciones planteadas se plantean las siguientes interrogantes:

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA GENERAL

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre el cese del trabajo y el consumo de alcohol en el adulto mayor en el distrito de José Luis Bustamante Rivero en año 2014?

1.2.2. Problemas específicos

- ✓ ¿Cuáles son las características socio demográficas de los mayores en el distrito de José Luis Bustamante Rivero en año 2014
- ✓ ¿Cuál es el tiempo de cese del trabajo de los mayores en el distrito de José Luis Bustamante Rivero en año 2014
- ✓ ¿Cuáles son los factores causales del cese del trabajo de los mayores en el distrito de José Luis Bustamante Rivero en año 2014
- ✓ ¿Cuál es el tiempo y frecuencia de consumo de alcohol de los mayores en el distrito de José Luis Bustamante Rivero en año 2014

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre el cese del trabajo y el consumo de alcohol en el adulto mayor en el distrito de José Luis Bustamante Rivero en año 2014

1.3.1. Objetivos específicos

- ✓ Identificar las características socio demográficas de los adultos mayores en el distrito de José Luis Bustamante Rivero en año 2014
- ✓ Identificar el tiempo de cese del trabajo de los mayores en el distrito de José Luis Bustamante Rivero en año 2014
- ✓ Identificar los factores causales del cese del trabajo de los mayores en el distrito de José Luis Bustamante Rivero en año 2014
- ✓ Identificar el tiempo y frecuencia de consumo de alcohol de los mayores en el distrito de José Luis Bustamante Rivero en año 2014

1.4. JUSTIFICACIÓN

Los datos expuestos anteriormente sobre el uso y abuso de sustancias en adolescentes, y los nuevos patrones de consumo que se observan habitualmente en ellos, son un gran motivo de preocupación a todos los niveles. Nos alarman la repercusión y las consecuencias futuras de este consumo de riesgo en los más jóvenes, que se inician a edades cada vez más tempranas y que no suelen tener una conciencia real de la problemática implícita en ese consumo. Consumo que por otra parte, no siempre se realiza como mera experimentación o conducta de rebeldía asociada a la edad (Wisdom & Green, 2004). Si logramos conocer más a fondo el porqué de ciertos patrones de consumo, podremos incidir en la construcción de mejores planes de prevención del desarrollo de trastornos por abuso de sustancias y actuar en planes específicos de prevención y tratamiento. Uno de los beneficios que se obtendrán de este proyecto es el de poder conocer la prevalencia tanto de consumo de sustancias como de las experiencias de maltrato infantil en la población juvenil que acude a diferentes dispositivos asistenciales de la Comunidad de Madrid, permitiéndonos así tener los primeros datos nacionales de maltrato en

una muestra de estas características (hasta ahora no disponemos de resultados en España). La dimensión de los datos permitirá diseñar estrategias de prevención en estos jóvenes y conocer las asociaciones entre diferentes patrones de

Este proyecto se ha realizado con la finalidad de identificar la relación entre el cese del trabajo y el consumo del alcohol en el adulto mayor, ya que en la actualidad el alcohol constituye uno de los problemas de salud pública más importante y tanto su consumo como las consecuencias.

El alcoholismo en el adulto mayor es un problema grave amenaza al bienestar y a la vida cotidiana.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.

Falta de facilidades para la aplicación de la encuesta por alguna negatividad o incomodidad de los adultos mayores

Los resultados del estudio solamente servirán para la muestra y lugar donde se realiza la investigación.

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

2.1.1. Antecedentes Internacionales

CARRASCO Diana y Grajales, Isabel Cristina “Actitudes de los adultos mayores frente al consumo de alcohol. Medellín. Colombia -2012” su Identificar las actitudes de los adultos mayores frente al consumo de alcohol. Sus resultados fueron que más del 60% de los adultos mayores tienen una actitud desfavorable hacia al consumo tanto en el hogar como en el trabajo; consideran que ejercer adicción y es peligro para la vida hacen parte de los derechos humanos, y que las relaciones sexuales ayudan al desarrollo de la personalidad. El 30% de los encuestados estuvo de acuerdo con el consumo y ser respetado como una decisión de cada persona y cerca del 20% piensa que le da igual. Los adults mayores reconocen en los padres somos ejemplos pero ahora ya los hijos saben más que ellos y una importante fuente de información en los temas relacionados con el alcohol está en muchos lugares de información; así mismo la comunicación dentro de la familia sobre aspectos relacionados con la drogas y

alcohol, se ha documentado como una importante estrategia para la protección de los jóvenes.⁵

2.1.2 Antecedentes Nacionales:

Peña Zúñiga, Liliana “conocimientos y actitudes de los adultos mayores sobre la salud conductas adictivas en la institución educativa nacional Francisco Javier de Luna Pizarro del distrito de Miraflores – Lima- 2010” refiere que el 70,7% de los adultos mayores encuestados han iniciado consumo activa de bebidas alcohólicas desde antes de perder el trabajo ello implica que ya tenían esa adicción. Asimismo manifestaban que cuando deseen dejarlas solo será cuando sientan algún mal o dolencias El 65,7% de adultos mayores consideran que es importante conversar de sobre el alcoholismo; asimismo el 54,3% afirman que la primera fuente ideal de información sobre el tema deben ser el personal de salud Por otro lado los adultos mayores no toman conciencia sobre la gran importancia que constituye una amplia y adecuada información sobre el tema Asimismo existe otro porcentaje de docentes que desconocen conformación sobre dicho tema dando como resultado una deficiente conocimiento donde los únicos perjudicados son ellos mismos.⁶

Nizama M. Detección precoz del consumismo de alcohol, cuyo objetivo principal es, sistematizar, en una cartilla de 100 preguntas, indicadores que, según la experiencia clínica del autor, ayudan a posibilitar la detección precoz del dependiente de drogas lícitas e ilícitas con el objeto que la familia viabilice una oportuna ayuda médica. Dentro de ésta cartilla existen 38 preguntas; 14 de éstas acerca del comportamiento general y 24 preguntas acerca de consumo de alcohol.

La unidad de muestreo primario fueron conglomerados de viviendas. La unidad secundaria fueron las viviendas de cada uno

de los conglomerados y la unidad terciaria, los residentes de la vivienda.

El muestreo fue probabilístico y trietápico: En la primera etapa se seleccionaron conglomerados, en la segunda las viviendas dentro de cada uno de los conglomerados elegidos en la primera etapa, y en la última se escogieron personas de cada población objetivo dentro de cada vivienda seleccionada.

Las unidades de análisis del estudio epidemiológico fueron: Adolescentes de 12 a 17 años, mujer casada o unida, jefa del hogar o pareja del jefe del hogar, adulto de 18 años o más, adulto mayor de 60 o más años.

La Encuesta Epidemiológica de la Sierra Peruana se realizó con una muestra total de 3 892 adultos, 3 268 mujeres unidas, 717 adultos mayores y 1 568 adolescentes.

Se aplicaron diversos módulos que abarcaban diversos aspectos de salud mental y patologías psiquiátricas, siendo relevantes para nuestro estudio los siguientes módulos:

A. Encuesta de la mujer unida

Encuesta EESMSP.B1.01.A. Módulo datos generales de la mujer unida (Datos demográficos).

Encuesta EESMSP.H.07. Módulo de relaciones intrafamiliares: Preguntas sobre comportamiento general y consumo del alcohol del familiar adulto (preguntas 66, 70 y 71).

B. Encuesta del adulto

Encuesta EESMSP.B2.01.B. Módulo datos demográficos del adulto. Encuesta EESMSP.F.05. Módulo de síndromes clínicos B: M.I.N.I: Consumo/dependencia del alcohol (preguntas 25 a la

50). Para la validación del instrumento se utilizaron las siguientes encuestas:

La versión del M.I.N.I. validado en nuestro medio el cual fue aplicado al adulto y que dio como resultado un indicador al cual se denominó “*abuso/dependencia de alcohol en los últimos 12 meses*”. Este indicador clasifica a un sujeto con abuso/dependencia presente o ausente. Este diagnóstico será considerado como patrón de referencia.

La encuesta sobre consumo de alcohol de un adulto de la familia, de acuerdo a la percepción de la mujer unida (el cual es el instrumento a validar). Estas encuestas fueron elaboradas por un experto a partir de entrevistas a familiares de pacientes alcohólicos obteniendo rasgos de personalidad y comportamientos que lo orientarían a una aproximación diagnóstica indirecta de abuso/dependencia de alcohol.

Fue necesario emparejar ambos módulos. Este proceso dio como resultado una muestra de 1 346 parejas adulto mujer unida que finalmente se redujo a 1 302 ya que había encuestas no llenadas. El adulto al que se hace referencia podía ser esposo, hijo(a), padre, madre, tía(o), abuela(o) u otro familiar de la mujer unida. Esta muestra de 1 302 pares mujer unida-adulto está distribuida proporcionalmente en las tres ciudades: Huaraz (33,6%), Cajamarca (34,1%) y Ayacucho (32,3%).

Para el proceso de validación en sí, se procedió al cálculo de la confiabilidad utilizando medidas de consistencia interna (alfa de Crombach), al cálculo de la validez de constructo utilizando el análisis factorial y el de la validez de criterio utilizando como criterio externo la versión del M.I.N.I adaptada a nuestro medio.

Para la reducción de la encuesta se aplicaron correlaciones entre los ítems y posteriormente se establecieron las asociaciones entre cada uno de los ítems con un diagnóstico positivo según el

M.I.N.I. Posteriormente se procedió a calcular la confiabilidad y la validez de la misma manera que la encuesta original.⁷

Silva Barahona "Consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes de secundaria sexo masculino de Colegio Nacional Pedro A. Labarthe de Chiclayo", 2010. Busca determinar la prevalencia del uso de bebidas alcohólicas en escolares con la finalidad de contribuir a tener mayor conocimiento sobre el tema y las medidas que se tomen en cuenta de los programas de prevención contra el consumo de alcohol. Llega a las siguientes conclusiones: alta prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas (66%); la edad de inició en consumo de bebidas alcohólicas se encuentra entre las edades de 8 a 9 años, siendo el mayor consumo en segundo año (72%); de 15 a 20 años cursando el 5to. año (87%); siendo el grupo de mayor riesgo los escolares que son considerados futuros candidatos alcohólicos (entre 14 y 16 años de edad) (56%). El lugar preferido de inició de la ingesta es por lo general el hogar, con ocasión de fiesta (60%); no existiendo relación significativa entre consumo de alcohol y conflictos familiares. Se observa en familias desintegradas mayor consumo de bebidas alcohólicas 53%. La mayor frecuencia de consumo está entre los meses de julio y diciembre, 31% y 35% respectivamente. Asimismo, de los estudiantes que consumen bebidas alcohólicas, el 23% beben solos, siendo la frecuencia de consumo; casi la mitad de ellos consumen bebidas alcohólicas y la otra mitad, una vez por semana o una vez al mes; llegando a la embriaguez un mínimo de 10% de los consumidores. El grado de consumo es mayor en abstemios (63%), siendo el consumo moderado y habitual mayores porcentajes, en segundo y quinto año, teniendo como bebidas preferidas la cerveza (50%) y el motivo más frecuente que induce al adolescente a consumir bebidas alcohólicas y a embriagarse es por estar bien con el grupo (52%).⁸

2.2. BASE TEÓRICA

2.2.1. Definiciones de alcohol

(Jorge Hernán López Ramírez) El *consumo perjudicial* se refiere a aquel que conlleva consecuencias para la salud física y mental. es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol. (p ej: deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones).

El alcohol es una enfermedad primaria y crónica, de etiología multifactorial en la que influyen factores biológicos, genéticos, educacionales, psicológicos y ambientales. Clínicamente se caracteriza por síntomas de abstinencia, al disminuir o suprimir voluntaria o involuntariamente la ingesta de alcohol, por déficit del control del consumo, por minimización o negación de la ingesta y por persistencia en el consumo a pesar de los efectos adversos. Estos síntomas pueden ser continuos o periódicos. ((CEDRO), 2006)

El alcoholismo consiste en un consumo excesivo de alcohol de forma prolongada con dependencia del mismo. Es una enfermedad crónica producida por el consumo incontrolado de bebidas alcohólicas, lo cual interfiere en la salud física, mental, social y/o familiar así como en las responsabilidades laborales. (Ballester, 2004)

La ingestión nociva de alcohol es un importante factor determinante de algunos trastornos neuropsiquiátricos, como los trastornos por consumo de alcohol y la epilepsia, así como otras enfermedades no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares, la cirrosis hepática y diversos cánceres. El consumo nocivo también está relacionado con varias

enfermedades infecciosas como la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y las infecciones de transmisión sexual, lo que se debe por un lado al debilitamiento del sistema inmunitario por efecto del alcohol y por otro lado a que la embriaguez trastorna la adherencia de los pacientes al tratamiento con antirretrovíricos.

Según el Diccionario General de la Lengua Española (Vox) es alcohol es:

Por antonomasia y por tradición se llama alcohol al ~ etílico (etanol o espíritu de vino), C_2H_5OH , líquido incoloro, de sabor urente y olor fuerte agradable. Se obtiene por destilación de productos de fermentación de sustancias azucaradas o feculentas, como uva, melaza, remolacha, patata. Forma parte de numerosas bebidas (vino, aguardiente, cerveza, etc.) y tiene muchas aplicaciones industriales: ~ absoluto, el que está completamente desprovisto de agua; ~ desnaturalizado, el etílico mezclado con ciertos productos que le comunican sabor desagradable y lo inutilizan para la bebida, pero no para sus aplicaciones industriales; ~ de madera, el que se obtiene por destilación de la madera; ~ neutro, el etílico de 96 a 97 grados, que se emplea para la crianza de vinos y en la fabricación de licores; ~ vínico, el etílico producido por destilación del vino.

La OMS lo ha definido como “un estado de cambio en el comportamiento de un individuo, que incluye, además de una alteración que se manifiesta por el consumo franco de bebidas alcohólicas una continuidad de este consumo de manera no aprobada en su ambiente socio-cultural, a pesar de las dolorosas consecuencias directas que puede sufrir como enfermedades físicas, rechazo por parte de la familia, perjuicios económicos, y sanciones penales... un estado de alteración subjetiva, en el que se deteriora el dominio de la persona dependiente, sobre su forma de beber, existe la urgencia de ingerir alcohol y se pone de manifiesto una importancia fundamental del alcohol, en que el

planteamiento de las ocasiones de beber, puede tener preferencia sobre resto de sus actividades. Además de estos cambios, se observa un estado de alteración psicobiológica, con signos y síntomas a la privación del alcohol. Ingestión de bebidas alcohólicas para lograr su alivio y aumento de la tolerancia. Además de esto la OMS es clara en definirlo “como la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre (una copa de licor o un combinado tiene aproximadamente 40 gramos de alcohol, un cuarto de litro de vino 30 gramos y un cuarto de litro de cerveza 15 gramos).

El alcoholismo parece ser producido por la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos. Se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol, y produce un daño cerebral progresivo y finalmente la muerte”. El alcoholismo, a diferencia del simple consumo excesivo o irresponsable de alcohol, ha sido considerado en el pasado un síntoma de estrés social o psicológico, o un comportamiento aprendido e inadaptado. El alcoholismo ha pasado a ser definido recientemente, y quizá de forma más acertada, como una enfermedad compleja en sí, con todas sus consecuencias. Se desarrolla a lo largo de años. Los primeros síntomas, muy sutiles, incluyen la preocupación por la disponibilidad de alcohol, lo que influye poderosamente en la elección por parte del enfermo de sus amistades o actividades. El alcohol se está considerando cada vez más como una droga que modifica el estado de ánimo, y menos como una parte de la alimentación, una costumbre social o un rito religioso. Al principio el alcohólico puede aparentar una alta tolerancia al alcohol, consumiendo más y mostrando menos efectos nocivos que la población normal. Más adelante, sin embargo, el alcohol empieza a cobrar cada vez mayor importancia, en las relaciones personales, el trabajo, la reputación, e incluso la salud física. El paciente pierde el control sobre el alcohol y es incapaz de evitarlo o moderar su consumo.

Puede llegar a producirse dependencia orgánica (física), lo cual obliga a beber continuamente para evitar el síndrome de abstinencia. Las personas alcohólicas periódicamente dejan de beber o cambian de un licor duro a la cerveza o al vino, pero rara vez duran estos periodos. Los alcohólicos severos a menudo tienen una historia de accidentes, de inestabilidad matrimonial, en el trabajo y problemas de salud relacionados con el alcohol. Los incidentes episódicos violentos y abusivos contra los cónyuges y los niños y una historia de accidentes no explicados o frecuentes son a menudo signos del abuso de droga o del alcohol. (Toro RJ; Yopez LE. 1997).(H. Díaz Moreno, Ruth Olmos Espinosa, C. Martínez de Hoyos)⁹

El alcohol es la droga más consumida a nivel mundial, y su abuso acarrea importantes problemas de salud, sociales y económicos (Goldman, Oroszi y Ducci, 2005). Se estima que alrededor de 2000 millones de personas en todo el mundo consumen alcohol, con una media de consumo de 5,1 litros por persona al año, mientras que las personas diagnosticadas de trastornos por dependencia alcohólica se situarían alrededor de los 76,3 millones (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004), es decir, en torno al 1,2% de la población mundial. En España, el consumo medio por persona es, aproximadamente, de 10 litros al año (Plan Nacional Sobre Drogas [PNSD], 2010; OMS, 2010a), mientras que las tasas de dependencia al alcohol se situarían alrededor del 1,2% para los varones, y del 0,2% para las mujeres (OMS, 2010a). Desde una perspectiva de salud, el consumo de alcohol es el causante de más de 60 tipos de enfermedades, como el cáncer esofágico, cáncer de hígado o cirrosis, entre otras (OMS, 2002). Pero los efectos del alcohol en la salud no se producen solo de forma directa, (Gual & Díaz, 2003) sino que también lo hacen de forma indirecta, por ejemplo, incrementando el número de accidentes de tráfico o laborales. La OMS (2007), en su informe sobre alcohol y daños, estimó que alrededor del 20%

de los ingresados de urgencia en los centros sanitarios informaban haber consumido alcohol. La mayoría de estos pacientes eran menores de 35 años, siendo los adultos jóvenes los más afectados. En España, la probabilidad de fallecer en un accidente de tráfico, por ejemplo, es cinco veces mayor entre los conductores y peatones que presentan una tasa de alcoholemia superior a 0,5 g/l, de forma que el consumo de alcohol está implicado en el 30-50% de los accidentes mortales (PNSD, 2007).¹⁰

En el peor de los casos el consumo de alcohol acaba en muerte. Se estima que en 2004 el alcohol fue el causante de 2,5 millones de muertes anuales a nivel mundial (3,8% del total), y una proporción considerable de ellas corresponde a personas jóvenes (OMS,2010b). En España, se estima que los índices de mortalidad relacionados con el consumo de alcohol son un poco menores, con un porcentaje medio del 2,3% (3,2% en varones y 1,2% en mujeres) (Fierro, Ochoa, Yáñez, Valderrama y Álvarez, 2008). Además, los perjuicios producidos por el alcohol exceden el ámbito de la salud pública. Si estudiamos el consumo de alcohol desde una perspectiva social, el alcohol se relaciona con otras conductas problemáticas y de riesgo en diversos ámbitos, como el laboral ofamiliar (p.e. absentismo laboral, violencia de género), especialmente en población joven (OMS, 2004). Por ejemplo, se estima que en la población española de 14 a 18 años, el alcohol está implicado en el 6,8% de las peleas o agresiones físicas, en el 4,5% de los casos de absentismo escolar y en el 10,2% de los conflictos o discusiones con los padres o hermanos entre otras (PNSD, 2007). Además, el consumo de alcohol se asociaría al consumo de otras drogas (Herrera-Vázquez, Wagner, Velasco-Mondragón, Borges y Lazcano-Ponce,2004), el contagio del VIH

(Folch, Esteve, Zaragoza, Muñoz y Casabona, 2010) o el incremento del número de embarazos no deseados (Gómez, Sola, Cortés y Mira, 2007), entretantos.¹¹

2.2.2. Clasificación de bebedores

Abstemios.

Los bebedores que no responden, quienes o bien no disfrutan o muestran un desagrado activo al gusto y a los efectos del alcohol y en consecuencia, no tiene interés en repetir la experiencia. No bebedores preocupados, que no solamente se abstienen si no que buscan el persuadir o coaccionar a otros que comparten su abstinencia.

Bebedores sociales.

Beben con sus amigos. El alcohol es parte de su proceso de socialización, pero no es esencial, y no toleran una embriaguez alteradora, esta es rara, puede ocurrir sólo durante una actividad de grupo, tal como una boda, una fiesta o el día de año viejo, momento en que se permite bebida en exceso.

Alcohólicos Sociales: En comparación se intoxican con frecuencia, pero mantienen ciertos controles de su conducta. Prevén las ocasiones que requieren, de modo rutinario, toman un «par» antes de volver a casa. Evitan los bares en los que se dan espectáculos y buscan los otros que ya se conocen por sus bebidas abundantes, la mayoría son clientes «regulares» con las mismas inclinaciones basadas en una gran tolerancia de alcohol. Un alcohólico social encontrará tiempo para una copa por lo menos, antes de la cena. Es probable que poco después de ésta se quede dormido. Su bebida no interfiere en su matrimonio ni interfiere gravemente en su trabajo.

Alcohólicos: Se identifica por su gran dependencia o adicción de alcohol y una forma acumulativa de conductas asociadas con la bebida¹²

2.2.3.- Clasificación de una persona alcohólica.

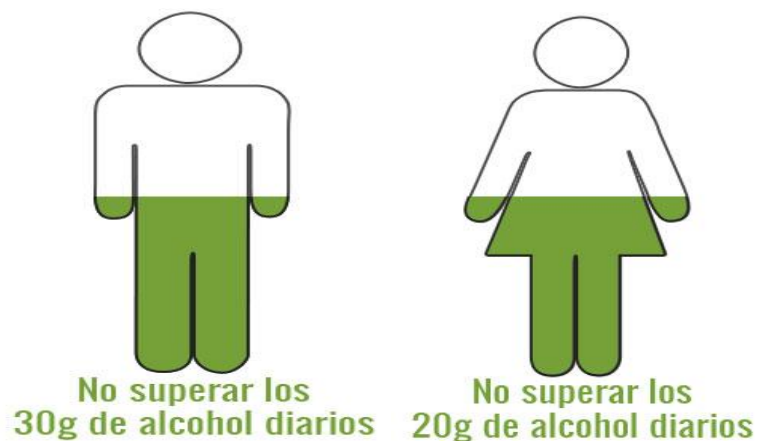
La clasificación del paciente alcohólico bebedor excepcional, bebedor social, bebedor abusivo sin dependencia, el bebedor alcohólico dependiente sin complicaciones, dependiente alcohólico complicado y dependiente alcohólico complicado en fase final abstinente total es el que nunca bebe.

Bebedor excepcional: bebe ocasionalmente en cantidad limitada uno o dos tragos en situaciones especiales menos de 5 veces al año.

Bebedor social: sujeto que bebe sin transgredir las normas sociales (no satisface los criterios tóxicos y determinista, pues el alcohol no le produce efectos biológicos y psicológicos nocivos y mantiene su libertad ante este).

Bebedor abusivo sin dependencia: Sobre pasa a la cantidad anterior, ingiere más de 20 de las calorías de la dieta en alcohol (bebedor problema).

2.2.4. Medición:



Cómo calcularlo

Lo que determina cuántas U.B.E. tiene una bebida es el grado alcohólico y la cantidad de la misma. Existen fórmulas para calcular los gramos de alcohol que contiene una bebida así como para calcular los niveles de alcoholemia para hombres y mujeres. (Bogani, 1976)

Fórmula para calcular los gramos de alcohol puro de una bebida.

Para calcular el contenido en gramos de una bebida alcohólica basta con multiplicar los grados de la misma por la densidad del alcohol (0,8).

$$\frac{\text{Centilitros o mililitros de bebida alcohólica} \times \text{graduación de esa bebida} \times 0,8}{100}$$

Por ejemplo, si una persona consume 100 c.c. de vino de 13 grados, la cantidad de alcohol absoluto que ingeriría es:

$$\frac{100\text{c.c.} \times 13 \times 0,8}{100} = 10,4 \text{ gramos de alcohol puro}$$

Fórmula para calcular el nivel de alcoholemia en hombres:

$$\frac{\text{Gramos de alcohol}}{\text{Peso en kg.} \times 0,7}$$

Fórmula para calcular el nivel de alcoholemia en mujeres:

$$\frac{\text{Gramos de alcohol}}{\text{Peso en kg.} \times 0,6}$$

No obstante, puede utilizar la calculadora para ver las U.B.E. que contienen los diferentes tipos de bebidas alcohólicas de una manera rápida y sencilla.

El grado de alcohol es el *porcentaje de alcohol* dentro de un producto líquido. Se mide en porcentaje de volumen % vol.

Es el volumen de alcohol dividido entre el volumen total del producto líquido.

Ejemplo: 45% vol significa que sobre 1 Litro de producto contiene 450ml de alcohol determinar el porcentaje de alcohol.

Existen principalmente 2 métodos para determinar con precisión el grado de alcohol que depende 2 reglas físicas:

Temperatura de ebullición de un producto líquido varía en función del porcentaje de alcohol y de azúcar. Por eso este método funciona bien sobre vinos secos (sin azúcar) y hasta 17% vol.

La densidad varía en función del porcentaje de alcohol

Medición del grado de alcohol por ebullometría

Para realizar esta prueba se requiere un ebullómetro

Puede ser un ebullómetro estándar o ebullómetro electrónico. Ambos funcionan de la misma forma:

- Colocar 200ml de productos dentro de la vial
- -Calentar el producto hasta ebullición:

En el caso del ebullómetro estándar se tiene que calentar con gas

En el caso del ebullómetro electrónico se calienta por medio de una resistencia eléctrica Mientras se calienta el producto se tienen que enfriar las vapores para condensarlas y para que el alcohol no se evapore del producto.

En el caso del ebullómetro estándar tiene un sistema de tanque de agua fría

En el caso del ebullómetro electrónico tiene un sistema de doble tubería conectado a la llave de agua en chorro continuo.

El proceso de enfriamiento es muy importante y puede influir sobre la medición. Es importante que el agua de enfriamiento sea la más fría posible. Recomendamos el equipo de ebulómetro electrónico por su sistema de enfriamiento más eficiente.

Cuando el producto líquido llega a ebullición. Anote la temperatura.

Puede determinar el grado de alcohol con el disco de conversión. También, existen tablas de conversión que aplican una regla de corrección en caso de que el producto tenga un poco de azúcar. (Martos., 2004)¹³

2.2.5. Factores de consumo de alcohol

Social

Las bebidas alcohólicas suelen aparecer asociadas con el éxito social, en los negocios en el deporte. Los momentos más románticos se acompañan con vino o champagne. La cerveza patrocina al seleccionado nacional de fútbol... Y la lista podría seguir indefinidamente. Muchas cosas generan que el adolescente beba, entre ellas la presión de los grupos de adolescentes. A menudo, el consumo de alcohol es exaltado como un reto que convierte el abuso en un falso valor. Hay, además, una cultura que favorece el consumo del alcohol. (Ettorre, 1998)

El estrés, los factores genéticos y ambientales influyen significativamente en el alcohol en general y en la recaída alcohólica. El adulto mayor se encuentra entre las primeras causas de muerte en varios países como en España, en donde ocupa el tercer lugar.. El alcohol, en sus diversas presentaciones, ya sea de forma accidental o intencional, ocasiona una de las más importantes intoxicaciones actualmente, tanto por sus efectos

como por el gran número de individuos afectados, ya sea en suicidios, consumidores esporádicos.

En algunas ocasiones uno de los factores se da por La incapacidad de trabajar en ningún empleo substancial y lucrativo en la industria hotelera, de restaurantes o de bares por motivo de algún impedimento físico o lesión que se pueda determinar médicamente respecto al cual se anticipa que va a ocasionar la muerte o que haya durado o se puede anticipar que durará durante un periodo continuo de no menos de doce meses, o la “ceguera”, que significará una agudeza visual central de 20/200 o menos en el mejor de los dos ojos con el uso de un lente correctivo. Para efectos de este párrafo, un ojo que padezca de una limitación en los campos visuales de modo que el diámetro más amplio de visión subtienda un ángulo que no supere los veinte grados, se considerará como que tiene una agudeza visual central de 20/200 o menos. (Huesca, 2003)¹⁴

Las serias complicaciones del alcohol puede evitarse con el tratamiento oportuno y adecuado. Se exponen las principales afecciones que se asocian con esta toxicomanía. Es de señalar que a pesar de ser las afecciones digestivas las más mencionadas popularmente, las miopatías y las neuropatías periféricas son, sin embargo, secuelas más frecuentes.

El alcohol es un factor de riesgo en el adulto mayor de enorme importancia de intento o de suicidio consumado. En Cuba el suicidio se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte. En diferentes publicaciones se plantea que en un porcentaje elevado. Los lineamientos generales de la lucha contra esta adicción están contemplados en el Programa Nacional de Prevención y Control del Alcohol y otras fármaco dependencias vigentes en el país, en donde se enfatiza sobre la necesidad de desarrollar acciones de prevención y promoción encaminadas a reducir los patrones de consumo alcohólico excesivo y sus consecuencias sanitarias y

sociales con la participación de todos los niveles de salud a partir del médico de la familia. En estudios realizados en el país se ha demostrado un bajo nivel de información de la población sobre algunos efectos nocivos del consumo excesivo e irresponsable de alcohol. El sistema de creencias sobre el alcohol y el alcoholismo muestra la presencia de diversos mitos que requieren un adecuado abordaje educativo, válido para toda la población con independencia de sus pautas de consumo de alcohol. La recaída alcohólica es un gran problema en el tratamiento del abuso del alcohol y del alcoholismo. En su mecanismo se ha invocado una disfunción de la neurotransmisión dopaminérgica central en que estímulos neutrales previos se pueden convertir en señales condicionales que activan la liberación de dopamina, con deseos gratificantes de beber. La lucha contra el alcoholismo requiere que las instituciones públicas y privadas en sus diversos niveles, aporten una respuesta en varios frentes que abarca la atención a alcohólicos y drogodependientes, a la represión del tráfico de drogas. (Menéndez, 1996)

Espiritual

El alcohol, del árabe alkuhi (esencia o espíritu) es la droga más consumida en el mundo. Su utilización por el hombre, en forma de brebaje, se supone que data de los albores de la humanidad. La ingestión inicial vinculada con actividades religiosas dio paso a su consumo colectivo. Desde entonces se distinguieron dos grandes categorías de consumidores, aquellos que beben dentro de las normas sociales de responsabilidad y los que, desafortunadamente pierden el control y se convierten en bebedores irresponsables. (Peruga & Rincón, 2006)

Las definiciones empleadas en la actualidad bajo el término alcoholismo, no se apartan de la que hizo *Magnus Huss* en 1849. Una de las aceptadas internacionalmente es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1976, con el término

"síndrome de dependencia del alcohol (SDA)" descrito como un trastorno de conducta crónico, manifestado por un estado psíquico y físico, que conduce compulsivamente a ingestas excesivas de alcohol con respecto a las normas sociales y dietéticas de la comunidad, de manera repetida, continua o periódica con objeto de experimentar efectos psíquicos y que acaban interfiriendo en la salud y en las funciones económicas y sociales del bebedor.

2.2.6. Modelos de personalidad

Con el objetivo facilitar el análisis e interpretación de la evidencia existente en relación al papel que la personalidad puede desempeñar en el desarrollo del consumo y dependencia al alcohol, revisaremos brevemente algunos de los modelos biodisposicionales de personalidad más influyentes, y que serán organizados de forma jerárquica de acuerdo con la propuesta de Markon, Krueger y Watson (2005). En concreto, la revisión, y la presente investigación, se centrará en dos de los modelos descriptivos más importantes, los modelos de Eysenck y de Cinco Factores (John, Naumann y Soto, 2008), y dos de los modelos explicativos más influyentes, el modelo de Cloninger y de Gray (Corr y Perkins, 2006; Depue y Collins, 1999; Pickering, 1997). Los modelos de carácter más descriptivos han surgido, fundamentalmente, de la aplicación sistemática del análisis factorial. No obstante, estos modelos han intentado describir los fundamentos biológicos subyacentes a los rasgos y dimensiones propuestos, especialmente el de Eysenck. Por otra parte, los modelos que hemos denominado explicativos han seguido un proceso inverso, intentando dilucidar los posibles sistemas biológicos que se encontrarían en la base de distintos patrones conductuales, en primer lugar, y asociando después diferentes rasgos y dimensiones de la personalidad a los sistemas propuestos. (Floreal, 1961)

En las últimas décadas del siglo XX, el modelo de personalidad de Eysenck fue una de las propuestas dominantes en el ámbito de la personalidad, y en el de la psicología engeneral. Si bien se trata de un modelo eminentemente descriptivo, cuyo origen se fundamenta en una visión dimensional de la psicopatología, ha intentado también ligar las dimensiones básicas a procesos psicobiológicos subyacentes (Eysenck, 1967, 1990). Así, el modelo de Eysenck propone la existencia de tres dimensiones básicas universales con base biológica, la extraversión, el neuroticismo y el psicoticismo (Eysenck y Eysenck, 1985). La extraversión contempla aspectos básicamente de sociabilidad, aunque también recoge características de vitalidad y actividad, de búsqueda de sensaciones y emotividad positiva. De acuerdo con Eysenck, el mecanismo psicológico de la extraversión sería la necesidad de estimulación. El neuroticismo, por su parte, es una dimensión de vulnerabilidad o sensibilidad emocional, sobre todo a emociones de carácter negativo. El mecanismo biológico subyacente sería la reactividad emocional. Finalmente, Eysenck propone una tercera dimensión de psicoticismo, caracterizada por la vulnerabilidad a conductas impulsivas, agresivas o a la baja empatía. No obstante, el mecanismo biológico subyacente a esta dimensión no está bien establecido. Si bien el modelo de Cinco Factores emerge a mediados del siglo XX (véase Goldberg, 1993), es a partir de finales del pasado siglo y principios de éste cuando comienza a destacar sobre todos los demás, siendo en la actualidad el modelo biodisposicional que cuenta con un mayor consenso entre los psicólogos de la personalidad (John et al., 2008). De entre las diferentes propuestas que existen de cinco factores, el modelo de Costa y McCrae (1992) es, probablemente, el más aceptado (véase De Raad y Perugini, 2002). Este modelo propone cinco dominios o dimensiones básicas: neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, amabilidad y responsabilidad. La dimensión de neuroticismo abarcaría la predisposición a los estados emocionales negativos.

La impulsividad, autoconciencia, vulnerabilidad, ansiedad, depresión y hostilidad serían rasgos o facetas característicos. La extraversión caracterizaría a personas sociables, con preferencia por estar acompañadas y atrevidas en situaciones sociales. Los rasgos que componen la dimensión de extraversión son el afecto, sociabilidad, asertividad, actividad, búsqueda de emociones y emociones positivas. La apertura a la experiencia se refiere a la curiosidad por el mundo interno y externo. Son personas que quieren participar en nuevas ideas y valores no convencionales. Los rasgos que forman la dimensión son fantasía, estética, sentimientos, acciones, ideas y valores. La amabilidad caracterizaría a personas altruistas, compasivas y con ganas de ayudar, conductas que también esperan encontrar en los demás. La confianza, franqueza, altruismo, modestia, la actitud conciliadora y la sensibilidad a los demás son los rasgos que componen la dimensión. Finalmente, la responsabilidad caracteriza a personas a las que les importa conseguir metas y tienen voluntad por conseguirlas, son personas escrupulosas, puntuales, fiables y poco impulsivas. Los rasgos que componen la dimensión de responsabilidad son la competencia, orden, sentido del deber, búsqueda de éxito, autodisciplina y deliberación. Por otra parte, Gray (1982, 1991) plantea la existencia de diversos sistemas biológicos que evalúan y procesan determinados estímulos, les dotan de significado emocional y motivacional y generan o facilitan la emisión de patrones conductuales y cognitivos, los cuales a su vez, facilitan ciertos tipos de aprendizaje. Los tres sistemas propuestos son el Sistema de Inhibición Conductual (SIC), el Sistema de Activación Conductual (SAC) y el Sistema de Lucha / Huida (SL/H) (Gray, 1982, 1991; Gray y McNaughton, 2000; Pickering y Gray, 1999). En las primeras propuestas de Gray (1982; 1991) diferencias individuales en el SIC darían lugar a la dimensión de personalidad de ansiedad. El mecanismo psicobiológico subyacente es la sensibilidad al castigo. Así, las personas

ansiosas (a) detectarían con mayor facilidad los estímulos condicionados aversivos (señales de castigo) y (b) reaccionarían con respuestas de ansiedad y miedo, (c) elicitando conductas de inhibición y aprendizajes de carácter aversivo (Gray, 1982; 1991). Diferencias individuales en el SAC se relacionarían con la sensibilidad a la recompensa, por lo que las personas con un SAC más activo (a) serían más sensibles a los estímulos condicionados apetitivos (señales de recompensa), (b) tendrían reacciones emocionales y motivacionales de carácter positivo, y (c) realizarían conductas de aproximación o búsqueda de este tipo de estímulos o situaciones. A su vez, tendrían una mayor facilidad para realizar aprendizajes de tipo apetitivo. Aunque inicialmente Gray denominó impulsividad a la dimensión de personalidad asociada con este sistema, tanto ras-gos de impulsividad (Pickering y Gray, 1999) como determinados aspectos de la extraversión (Corr, 2004; Depue y Collins, 1999; Smillie, Pickering y Jackson, 2006) parecen asociarse a la actividad del SAC. Por último, las personas con un SL/H más activo, por su parte, (a) serían más sensibles a los estímulos incondicionados aversivos (castigos), (b) tendrían reacciones emocionales de pánico/ira, (c) facilitando conductas de huida o, ante situaciones inescapables, de lucha. Este sistema estaría en la base de la dimensión de personalidad de agresividad. No obstante, los sistemas más estudiados han sido los dos primeros, el SIC y el SAC, y los cuestionarios de personalidad derivados del modelo suelen incluir dos escalas con el objetivo de evaluarlos (Carver y White, 1994; Torrubia, Ávila, Moltó y Cáseras, 2001).

Las propuestas más recientes del modelo de Gray han variado alguna de las anteriores consideraciones, especialmente respecto a la sensibilidad al castigo y al SIC (Gray y McNaughton, 2000). Así, se propone que la sensibilidad al castigo no sólo estaría en la base del SIC, sino también a la base del SL/H, denominado actualmente como Sistema de Bloqueo y

Lucha / Huida (SBL/H). Mientras que el SIC se relacionaría con la respuesta a estímulos de valencia mixta, con estados emocionales negativos como la ansiedad, y elicitaría respuestas de aproximación defensiva; el SBL/H se activaría ante estímulos negativos, y se relacionaría con la emoción de miedo y con respuestas de evitación defensiva (McNaughton y Corr, 2004; Smillie, 2008, Smillie et al., 2006). No obstante, y con respecto a las dimensiones de personalidad asociadas a estos sistemas, se continúa planteando que las características de emotividad negativa y neuroticismo se relacionarían con el SIC, mientras que la extraversión, más que la impulsividad, parece asociarse con el SAC (Smillie et al., 2006; Smillie, 2008).

Basándose en gran medida en el modelo de Gray, aunque haciendo un mayor énfasis en diferencias individuales en sistemas biológicos ligados a procesos de aprendizaje, Cloninger (1986, 1998) plantea la existencia de cuatro dimensiones de la personalidad, dos de ellas relacionadas con la sensibilidad a estímulos aversivos y apetitivos que coincidirían en gran medida con el SIC y el SAC: la evitación del daño o ansiedad (SIC) y la búsqueda de la novedad (SAC); y dos dimensiones más, una relacionada con la adquisición de señales condicionadas de recompensa, la dependencia de la recompensa; y finalmente otra caracterizada por la resistencia a la extinción ante refuerzo intermitente, la persistencia. La evitación del daño o ansiedad, análoga a la ansiedad de Gray, incluye aspectos de preocupación, miedo, ansiedad y timidez. La búsqueda de novedad, análoga a la impulsividad de Gray, incluye aspectos de búsqueda de sensaciones, estímulos novedosos, impulsividad, desorden y extravagancia. La dependencia de la recompensa incluye aspectos de sociabilidad, de dependencia de los demás y de sensibilidad hacia otras personas. Finalmente, la persistencia incluye aspectos de esfuerzo, perfeccionismo y ambición. A pesar de que estas dos últimas dimensiones

presentan un menor nivel de desarrollo teórico y necesitarían de mayor investigación (especialmente en lo referente a los estímulos, procesos de aprendizaje, y conductas que regulan, así como de las bases biológicas subyacentes), diversos estudios de genética cuantitativa y molecular han mostrado como estas dimensiones, junto con la ansiedad y búsqueda de novedad, pueden considerarse como dimensiones básicas de temperamento (véase Cloninger, 1998).

A pesar de que, como hemos visto, existen diversos modelos que intentan describir y explicar las diferentes dimensiones y rasgos de personalidad, éstos están relacionados entre sí de forma jerárquica, no sólo a nivel de rasgo-dimensión, sino también a nivel de dimensiones (Markon et al., 2005). Más que modelos excluyentes, se trata pues de modelos complementarios que realizan un análisis a diferentes niveles (véase Figura 6). Así, los dos factores de orden superior se asemejarían a los propuestos por Digman (1997): el factor alfa y el factor beta. A nivel de tres factores, tendríamos la emotividad negativa y la desinhibición, que se agruparían en el factor alfa de orden superior, así como la emotividad positiva. En el nivel de cuatro factores, la desinhibición se diferenciaría en la desinhibición irresponsable, formada por características de impulsividad, persistencia y baja compulsividad; y la desinhibición antagonista, la cual comprendería características de agresividad, búsqueda de novedad y conducta disocial. Finalmente, a nivel de cinco factores la emotividad positiva se diferenciaría en un factor de extraversión, más ligada a características de sociabilidad y actividad, y otro de apertura a la experiencia.

Además, del hecho de que la estructura de la personalidad se distribuya de forma jerárquica se desprende otra características, que la estructura de la personalidad es compleja, es decir, la varianza de un rasgo subordinado no se explica totalmente por un rasgo superordinado. Por ejemplo, el factor de desinhibición

antagonista (nivel 4 factores), tiene una relación secundaria con la emotividad negativa, además de su asociación primaria con la desinhibición (nivel tres factores); o la baja responsabilidad y la baja amabilidad correlacionan .54 y .50 con el factor de desinhibición de orden superior, indicando que el 50% de la varianza de desinhibición es independiente de los rasgos del modelo de cinco factores (Kotov, Gamez, Schmidt y Watson, 2010; Markon et al., 2005).

Tenemos las emotivas positivas y las emotivas negativas Relación de la personalidad y el consumo de alcohol en diferentes etapas del desarrollo de la conducta de consumo Con el objetivo de sintetizar y facilitar la comprensión de los hallazgos sobre la relación de la personalidad y el consumo de alcohol, utilizaremos la nomenclatura presentada en la Figura 6 a la hora de desplazarnos por los distintas niveles de los factores de personalidad y su relación con las variables de consumo de alcohol.

2.2.7. Estudios transversales

Los estudios transversales resultan de importancia a la hora de determinar la interrelación entre los rasgos de personalidad y los diferentes patrones de consumo de alcohol. Los estudios con muestras de adolescentes y adultos no clínicos son de especial utilidad para explorar la relación entre personalidad y el comienzo y desarrollo del uso de alcohol no patológico moderado, mientras que la asociación entre personalidad y patrones más patológicos de consumo de alcohol se exploraría en muestras con pacientes con abuso y dependencia de alcohol y en hijos de alcohólicos (Nizama M, 2003).

Los estudios con adolescentes son especialmente importantes porque el consumo de alcohol se inicia en estas etapas (PNDS, 2007). Además, se ha encontrado que el inicio

temprano de alcohol se relaciona con una mayor probabilidad de desarrollar dependencia en la edad adulta (Grant y Dawson, 1997; Henry, McDonald, Oetting, Silk-Walker, Walker y Beauvais, en prensa), así como con un mayor consumo de otro tipo de drogas (Wagner, Velasco Mondragón, Herrera-Vázquez, Borges y Lazcano-Ponce, 2005). Por tanto, esclarecer el papel que desempeñan las variables de personalidad en los primeros contactos y en el desarrollo temprano de patrones estables de uso y abuso de alcohol puede ayudar a desarrollar programas de prevención e intervención más eficaces (p.e. Conrod, Stewart, Pihl, Cote, Fontaine y Dongier, 2000). Los estudios en muestras de jóvenes han descrito el clúster de desinhibición (p.e. impulsividad, búsqueda de novedad, pobre autocontrol, baja responsabilidad, etc.) como el más relevante en el desarrollo del uso de alcohol y problemas derivados (p.e. Jones y Heaven, 1998; King y Chassin, 2004; Wills, Windle y Cleary, 1998). De acuerdo con lo anterior el rasgo de desinhibición está presente en una variedad de trastornos externalizantes como son los trastornos de conducta y el trastorno oposicionista desafiante, trastornos específicos de la infancia y adolescencia, los cuales presentan una elevada comorbilidad con el consumo de alcohol (Anderson, Tapert, Moadab, Crowley y Brown, 2007; Clark, Pollock, Bukstein, Mezzich, Bromberger y Donovan, 1997b; Gabel, Stallings, Schmitz, Young y Fulker, 1999; Zernicke, Cantrell, Finny Lucas, 2010). Estos rasgos de desinhibición se asociarían con el desarrollo del consumo de alcohol a través de influir en las expectativas, actitudes y motivos de consumo (Anderson, Schweinsburg, Paulus, Brown y Tapert, 2005; Urbán, Kökönyei y Demetrovics, 2008), o bien a través de facilitar la afiliación con amigos que consumen o que muestran otras conductas antinormativas o antisociales (Bekman, Cummins y Brown, 2010; Glaser, Shelton y van der Bree, 2010). La emotividad positiva, por su parte, jugaría cierto papel en estas etapas iniciales del consumo, y se ha relacionado fundamentalmente con

índices de consumo moderados, más que con problemas derivados del consumo (Cooper, Agocha y Sheldon, 2000; Kuo, Yang, Soong y Chen, 2002; Wills et al., 1998). Estos rasgos actuarían a través de determinados motivos de consumo o a través de facilitar la exposición a ambientes donde el consumo de alcohol es habitual (Cooper et al., 2000). El papel de la emotividad negativa en relación con el consumo de alcohol en la adolescencia está menos claro, ya que existen estudios que encuentran que la emotividad negativa se relaciona con el consumo de alcohol y problemas derivados (Colder y Chassin, 1993, 1997; Merenäkk, et al., 2004); mientras que otros encuentran que no existe relación entre ambas variables (Brook, Whiteman, Gordon y Cohen, 1986; White, Johnson y Horwitz, 1986), o incluso que existen relaciones inversas (Kuntsche, von Fischer y Gmel, 2008a).

2.2.7. Población adulta

Al igual que en la adolescencia, estudios con adultos jóvenes indican que el clúster de desinhibición sería el más relevante a la hora de predecir tanto el consumo de alcohol como los problemas derivados (Donovan, 2008). Mayores niveles de desinhibición y búsqueda de sensaciones se han relacionado con mayor frecuencia de consumo, mayores cantidades de alcohol ingerido tanto entre semana como en fin de semana, y mayores niveles de

problemas derivados del consumo, así como con un inicio del consumo más temprano, mientras que la baja búsqueda de sensaciones se ha asociado con el consumo no problemático o abstinencia (Baer, 2002; García-Montes, Zaldívar-Basurto, López-Ríos y Molina-Moreno, 2009; Ibáñez et al., 2010; Ham y Hope, 2003; la Grange, Jones, Erb Reyes, 1995; Magid, MacLean y Colder, 2007; Yanovitzky, 2006; Zernicke et al., 2010). La relación entre la búsqueda de sensaciones, la sensibilidad a la

recompensa y la impulsividad con el consumo

problemático también se ha replicado de forma consistente (Ham y Hope, 2003; Magidetal., 2007; O'Connor y Colder, 2005, Watten y Watten, 2010). En cuanto a la emotividad negativa existen estudios que han encontrado tanto relación positiva (Cooper et al., 2000) como negativa (Kuntche, Von Fischer y Gmel, 2008a), así como ausencia de relación (p.e. Donovan, 2008) con la conducta de consumo. No obstante, la relación parece más fuerte en el caso de los problemas relacionados con el consumo (Ham y Hope, 2003; Littlefield, Sher y Wood, 2010a; Mezquita, Stewart y Ruipérez, 2010; Ruiz, Pincus y Dickinson, 2003; Van Schoor, Bot y Engels, 2008). El papel de la emotividad positiva parece ser más importante en adultos jóvenes, que en adultos de mediana edad, y se ha relacionado con el consumo diario y moderado (HongyPaunonen, 2009; Peterson, Morey y Higgins, 2005; Van Schoor et al., 2008) y con episodios de consumo por atracción (Herman, 2008, Raynor y Levine, 2009), pero no con los problemas derivados (Baer, 2002; Van Schoor et al., 2010). Sin embargo, en un estudio de metaanálisis reciente sobre la relación de la personalidad evaluada mediante el modelo de cinco factores y el consumo de alcohol, concluyeron que las dimensiones de desinhibición (baja amabilidad y baja responsabilidad) y neutoricismo son las que se relacionan principalmente con el consumo de alcohol, mientras que no encontraron relación con la extraversión (Malouff, Thorsteinsson, Rooke y Schutte, 2007). No obstante, cabe destacar que aunque en este estudio la mayoría de la muestra era de adultos jóvenes, también se incluían muestras de niños y población general de mediana edad.

2.2.8. Personalidad y consumo de alcohol:

Mayores puntuaciones en emotividad positiva (T1) se asociarán con el consumomoderado de alcohol

(T2). Características de personalidad de desinhibición (T1) se asociarán con un mayor consumo de alcohol, consumo por atracción y problemas derivados (T2). Características de personalidad caracterizadas por elevada emotividad negativa (T1) se asociarán con mayores problemas derivados del consumo de alcohol (T2).

Dichas relaciones estarán mediadas por la asociación de las distintas variables de personalidad con los motivos de consumo.

2.2.9. Motivos y consumo de alcohol:

Motivos de consumo sociales (T2) se asociarán con un mayor consumo entre semana y en fin de semana (T2).

Motivos por afrontamiento de la ansiedad (T2) se relacionarán con el consumo entre semana, consumo en fin de semana y problemas derivados del consumo (T2).

Motivos por afrontamiento de la depresión (T2) se asociarán con los problemas derivados del consumo (T2).

Motivos por animación (T2) se asociarán con el consumo en fin de semana y con el consumo por atracción (T2).

Familiar

Cambios de papeles en la estructura familiar: desdibujando sus propios roles y modificando los de los demás, alteración de tareas y de responsabilidades. Obligando a sustituirle en funciones que no desempeña, tanto en la responsabilidad, el aporte económico, las tomas de decisiones, la presión, el miedo y la violencia que se pudiera ejercer sobre otros miembros del sistema familiar. (Nizama M, 2003)

El problema alcohol puede ser el único motivo de conversación y enfrentamientos, recriminaciones, problemas de convivencia. Una

de las características más trágica es el largo período de tiempo que pasa entre el surgimiento de los problemas de alcohol, su reconocimiento y la decisión de someterse a tratamiento.

Los hijos, si están en edades donde se dan cuenta del problema, uno de los primeros pasos que dan es de alejarse; bien por la falta de afectividad y diálogo entre la persona con problemas de bebida y sus hijos.

En la mayoría de los casos incluso suelen sentir vergüenza, sobre todo cuando se encuentran en sociedad (con sus amigos). El cónyuge, tiene que convivir con el problema del alcoholismo, sufriendo en muchos casos tratarnos psicológicos importantes.

El familiar, al igual que los hijos, es el rechazo, creándose un estado de desamor y un ambiente conflictivo, donde cada miembro de la familia actúa por su cuenta sin tener en consideración a los demás, sobre todo el alcohólico, que sólo se preocupa de poder continuar bebiendo..

Económico

La preparación para la jubilación incluye aspectos familiares, individuales, sociales, laborales y económicos. Es un fenómeno que afecta todas las esferas de nuestra vida, por lo que debemos desde antes prever lo que se hará para ajustarse a los cambios. En este sentido la preparación económica es importante, en tanto, si no hay dinero suficiente no podemos llevar a cabo nuestros proyectos, mantener o mejorar nuestra calidad de vida y desarrollarnos como seres humanos. Y pese a que el dinero no lo es todo... debemos tratar de que no falte durante la jubilación, a fin de vivir sin preocupaciones económicas. Cuando se habla de jubilación o de aspectos económicos, las personas inmediatamente piensan en pensión, y quieren saber tres cosas:

Pocas personas piensan en lo importante que es esta etapa para su vida, y menos se detienen a pensar cómo van a organizar sus finanzas antes, durante y después de jubilarse. Para empezar a pensar en la previsión económica, es importante en algunas ocasiones el adulto mayor tiende a estresarse y busca una manera de sentirse liberado de problemas algunos pueden caer en alcohol. (Manrique, 2004)

2.2.10.- Adulto mayor

Para definir cómo se es una persona adulta mayor, es necesario abordarlo desde una perspectiva biopsicosocial o también llamada visión integral.

Uno de los objetivos del Instituto para la Atención de las Persona Adultas Mayores es “Fomentar una cultura de la vejez y el envejecimiento, en la cual las personas adultas mayores se consideren y sean consideradas sujetos socialmente activos y en la que el envejecimiento sea vivido como un proceso normal, como parte del ciclo vital”.

Por tal motivo, para participar activamente en la construcción de esta cultura de la vejez y el envejecimiento, es necesario plantear de manera clara cuáles son los conceptos básicos a partir de los cuales se planifica y se actúa.

Desde nuestro punto de vista, el envejecimiento es un proceso de cambios a través del tiempo, natural, gradual, continuo, irreversible y completo. Estos cambios se dan a nivel biológico, psicológico y social, y están determinados por la historia, la cultura y la situación económica, de los grupos y las personas.

Cada persona envejece de manera diferente, dependiendo de sus características innatas, de las que adquiere a través de la experiencia y de las circunstancias a las que se haya enfrentado durante su vida.

El envejecer implica procesos de crecimiento y de deterioro. Es decir, de ganancia y de pérdida, y se da durante todas las etapas de la vida.

Es importante señalar que las diferentes disciplinas le dan significados distintos al envejecimiento.

En general, las ciencias sociales y del comportamiento lo caracterizan como un proceso de desarrollo; no así la perspectiva biológica, que hace referencia a las pérdidas y deterioro de la última etapa de la vida. (Bogani, 1976)

Clasificación

La edad cronológica

La ONU establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulta mayor, aunque en los países desarrollados se considera que la vejez empieza a los 65 años.

Si bien la edad cronológica es uno de los indicadores más utilizados para considerar a alguien viejo o no, ésta por sí misma no nos dice mucho de la situación en la que se encuentra una persona, de sus sentimientos, deseos, necesidades, relaciones.

La edad física

Los cambios físicos y biológicos normales durante la vejez se dan a distintos ritmos, según la persona, el lugar en donde vive, su economía, su cultura, su nutrición, su actividad y sus emociones.

Un aspecto importante en esta etapa de la vida es logro de la funcionalidad y la autonomía, a pesar de la edad o de los padecimientos que se tengan.

Se recomienda mantener un cuidado del cuerpo acudiendo a revisión médica de manera preventiva y permanecer activos durante el mayor tiempo posible. (Manrique, 2004)

La edad psicológica

El significado que para cada grupo y persona tiene la vejez, puede ocasionar cambios en sus emociones, sentimientos y pensamientos según va transcurriendo el tiempo.

Es muy importante tener en cuenta que ningún cambio repentino en la forma de ser de una persona adulta mayor es normal. A veces se piensa que la vejez trae consigo tristeza, enojo o apatía, pero ninguno de estos sentimientos son causados por la edad, en ello pueden intervenir otros factores como la pérdida de seres queridos, del trabajo, la modificación del papel que desempeñaba en la familia, etc. (Martos., 2004)

En cuanto a procesos psicológicos, como la memoria o el aprendizaje, normalmente se dan modificaciones de manera gradual.

Para retardar las modificaciones, es recomendable mantenerse activo, relacionarse, hablar con otras personas, realizar actividades placenteras, comentar noticias y acontecimientos recientes.

En cuanto al aprendizaje, durante la vejez es posible seguir aprendiendo cosas nuevas, quizá en algunos casos se necesite un mayor tiempo y estrategias didácticas específicas, sin embargo, el aprendizaje es de la misma calidad que cuando se era más joven. (Peruga & Rincón, 2006)

La edad social

Es a partir de estos significados que las personas y los grupos actúan con respecto a las personas adultas mayores.

El adulto mayor es considerada una categoría social, es decir, se agrupa a las personas por los valores y características que la sociedad considera que son adecuadas, las cuales en muchas

ocasiones pueden ser equivocadas y hasta injustas. Por ejemplo: para muchos grupos sociales las personas adultas mayores no deben enamorarse, o no deben participar en las decisiones familiares o sociales, etc.

Por el contrario, es un grupo social que necesita de los demás, pero que contribuye de manera muy importante tanto en la familia como en la sociedad.

“Las personas adultas mayores forman parte de una sociedad que necesita de ellas, por lo que su participación, opiniones y decisiones son fundamentales para el desarrollo de la misma”.

Para concluir, es importante mencionar que hay disciplinas dedicadas al estudio de esta etapa de la vida y que tenemos que ir incorporando a nuestro conocimiento.

Gerontología. Es el estudio de los procesos biológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento, desde una perspectiva interdisciplinaria.

Como ya vimos, cada ciencia o disciplina concreta y matiza lo que entiende por este proceso y sus características.

Gerontología social: Estudia las relaciones que se dan entre el individuo que envejece y su interacción con la sociedad.

Gerontología médica o Geriátrica: Rama de la gerontología y la medicina relacionada con todos los aspectos de la salud y el cuidado de las personas adultas mayores durante el proceso de envejecimiento.

Psicología gerontológica o psicogerontología: Se ocupa del estudio de la relación entre envejecimiento, la personalidad y el comportamiento.

2.2.11.- Jubilado

La jubilación es un proceso que representa cambios en todas las esferas de la vida: física, emocional, laboral, familiar y social. Pero representa una de las mayores responsabilidades de crecimiento y desarrollo del ser humano. Es el tiempo de dedicarnos nosotros mismos, la época de la cosecha, de recibir los frutos de todos los esfuerzos realizados.

Según nos ha enseñado la experiencia del trabajo diario con personas trabajadoras que están próximas a jubilarse, esta etapa crea una serie de incertidumbres y temores que en ocasiones obstaculizan el disfrute pleno. De ahí que la información que vamos a presentar tiene como objetivo responder a muchas de las dudas que se presentan cuando se inicia la preparación para la jubilación, y a la vez brindar herramientas útiles y prácticas para que cada persona pueda sacar el mayor provecho de este momento de la vida, que debe ser el mejor. (Gual & Díaz, 2003)

La importancia de la autoestima radica en que orienta nuestra vida, o sea, el modo de ver el mundo, de enfrentar los problemas, de dar y recibir amor, amistad, cariño, aprecio, bondad y de cómo juzgar los acontecimientos del mundo que nos rodea. El pre-jubilado que posea poca aceptación de sí mismo, cree que por su situación o edad es inútil o un estorbo. Cuando no acepta los cambios en su cuerpo, se deprimirá, volviéndose negativo, cascarrabias y pesimista. Cuando debe enfrentar crisis, cambios o pérdidas, es importante buscar apoyo e información. Para lograr una buena autoestima deberá buscar formas de crecimiento personal, reflexionar y desarrollar una identidad propia, buscando amistades agradables y optimistas. Por esto en la jubilación no se debe depender del pasado, sino del presente que es más importante, el relacionarnos con otras personas ayuda a mejorar nuestra calidad de vida, el estar activo haciendo algo placentero nos da salud. El soñar, desear y sorprenderse es vital para la

vida. Recuerde, buscar espacios sociales y redes de apoyo, mantener la autoridad y la jefatura del hogar, hacerse respetar y amar, cuidar del cuerpo, mente y espíritu, proponerse metas pequeñas a corto plazo y luchar por alcanzarlas, disfrutar de actividades recreativas, aceptar los cambios con tolerancia, dejar la amargura y la dependencia del dolor, fomentar el autocuidado, la autonomía, perdonar, dar y recibir afecto. Todo esto logrará una buena autoestima para enfrentar inteligentemente esta nueva etapa en su vida. (Martos., 2004)

AFECTIVA: Incluye todos aquellos sentimientos y emociones que se deben generar y compartir en la familia: amor, afecto, solidaridad, apoyo, seguridad, pertenencias y autorrealización. Estas funciones se cumplen durante toda la vida familiar, pero con el paso del tiempo, el desarrollo de la familia y el crecimiento de los hijos, se van generando cambios dentro del seno familiar. Dentro de los principales que se pueden atravesar durante la etapa de prejubilación y jubilación se pueden encontrar los siguientes:

- **CAMBIO DE ROL:** De persona trabajadora a jubilada, lo cual implica cambios en el estatus, las actividades diarias y hasta las horas que se pasan en el hogar, dado que ahora se está más tiempo en la casa. Cambia también el rol de padre y madre y empieza a darse un nuevo rol: el de abuelo.
- **NIDO VACÍO:** Cuando los hijos crecen y se van del hogar, sea por estudio, trabajo o por matrimonio, los padres enfrentan una etapa de desprendimiento y soledad, al verse solos. Este
- **INSERCIÓN EN LAS RUTINAS DOMÉSTICAS:** Para muchos jubilados, esta etapa significa asumir un rol más activo en las labores del hogar. En estos casos se debe tener en cuenta que solo el jubilado (a) está cambiando de vida, el resto de la familia continúa con su rutina, por lo que se deben respetar los espacios de cada miembro, tratando de integrar al jubilado/a en las actividades del hogar.

2.2.12. Clasificación de bebidas

Son todas aquellas bebidas alcohólicas obtenidas por medio de este proceso, ya sea completo o incompleto, partiendo de un jugo azucarado o mosto apto para la fermentación. Hay bebidas fermentadas que se obtienen a partir de otros del mismo tipo pero con adición de otros elementos y maceración de materias primas vegetales para obtener una bebida diferente en cuanto a gustos y aromas. Las principales bebidas alcohólicas fermentadas son:

Los vinos:

Entendemos por vino el producto final de la fermentación del jugo de la uva siguiendo un proceso técnico con pasos estrictos y determinados. La clase de uva para la fabricación del vino, es de la producida por la vid (*Vitis vinífera*). La importancia del vino la estudia desde todo punto de vista la ciencia llamada Enología. Un buen vino depende del proceso y cuidados que tenga desde un inicio (vendimia) hasta su fase final (añejamiento y embotellamiento) (Menéndez, 1996)

Tipos de Vinos: Partiendo del punto de vista que agrupamos en esta parte los vinos de mesa (secos, dulces y especiales), ya que son estas las bebidas alcohólicas más nobles por excelencia que se conocen en el mundo tenemos:

Vinos Secos: Son los conocidos en sí como vinos de mesa, acompañan platos de sal como entremeses, platos fuertes y quesos. Los vinos más conocidos y más finos son los franceses por su calidad. Se caracterizan porque su grado alcohólico oscila entre los 10 y 14 grados y en su composición figuran como secos que son los que no contienen azúcar residual es decir han sufrido una fermentación total.

Los vinos secos o de mesa se distinguen además porque se elaboran en tres colores diferentes con métodos adecuados para cada color.

Tenemos los vinos rojos o tintos, que se utilizan generalmente para acompañar carnes rojas y fuertes, por ser este vino fuerte y consistente se sirve a la temperatura ambiente calculada a 18° centígrados

Los vinos blancos se utilizan platos a base de mariscos y pescados, son vinos por general de menor grado alcohólico que los rojos y mucho más suaves se servirán fríos a una temperatura ente 7 y 9° centígrados

Los vinos rosados, son los vinos intermedios, fabricados por diversos procedimientos acompañan platos mixtos o cuando hay variedad de platos en la mesa se sirven a una temperatura de 10 a 12° centígrados ósea fríos pero frescos.

Vinos Semisecos: Son aquellos que han sufrido una fermentación incompleta y tienen un pequeño porcentaje de azúcar residual. Tiene un gusto más delicado que los secos.

Vinos dulces o de postre: Conocidos también como vinos generosos o licorosos. Se caracterizan porque tiene un alto porcentaje de azúcar residual y un grado alcohólico superior a 18° GL, lo cual ayuda a su preservación, se utiliza para acompañar todo tipo de postres y alimentos dulces. Se distinguen dentro de esto vinos los naturales (V.D.N.) y algunos vinos dulces fortificados y por métodos especiales

Los más conocidos son el oporto, el moscatel, el Málaga, el samos, el madeira, el marzala, y el jerez dulce.

Vinos Especiales: Se pueden denominar así por su forma de llevar a cabo el proceso de vinificación, los más importantes dentro de este grupo son los champañas que son vinos espumosos

fabricados en Francia en la región de Champagne, con un método especial llamado champagnoise, que consiste en una segunda fermentación dentro de la botella. En si la champaña es una mezcla de vinos extraído de diferentes tipos de uva tales como PinotNoir, PinotChardonay, y PinotMeunier negra en porcentajes establecidos por el fabricante. Existen varios tipos de champaña que son:

- Brut: Significa que es muy seco o extraseco
- Extra Sec: Significa que es seca
- Sec: Significa que es semiseca o ligeramente dulce
- SemiSec: Es champaña dulce
- Doux: Champaña Dulce

Otro de los vinos especiales el Jerez que es elaborado en Jerez de la Frontera en la provincia de Cádiz en España, también es conocido como Sherry. S u característica principal es que es un vino de crianza y fortificado o encabezado, que portal razón su grado de alcohol es superior a los 18° GL. El jerez como vino especial es criado en sistema de solera, lo cual asegura una permanente calidad, y su utilización es muy variada puesto así mismo como es variado su gusto sirve como aperitivo o acompañante de alimentos de sal cuando es seco y para acompañar postres incluso cuando es dulce.

El Jerez Seco debe servirse frio mientras que el dulce puede servirse a temperatura ambiente

Vino encabezado o fortificado, es el que recibe un aditamento de alcohol o aguardiente de vino para elevar su graduación alcohólica.

Esta práctica, que es una forma de adulteración, resulta necesaria para la elaboración del Jerez, el Oporto, el Madeira, el Málaga o Marsala. El alcohol añadido, interrumpe la fermentación, fortalece el vino y, con excepción del Jerez, conserva una proporción del

azúcar natural de la uva. En caso del Jerez, la adición de alcohol se hace en un estado tardío del proceso

Dentro de los vinos especiales también se encuentran los vinos cocidos, vinos amarillos, y los vinos paja.

En cuanto a los vinos cocidos hay que dejar claro que la técnica de cocción servía a dos fines. Por un lado, mejoraba los mostos mediocres, poco idóneos a la conservación tras la vinificación, ya que algunos viticultores no dudaban en someter a un proceso de cocción sistemática de la totalidad de sus cosechas. Por otro lado se conseguían vinos de licor con alcohol por concentración del mosto, técnica que servía además para la atemperación de vinos muy ásperos. Se podrían señalar tres tipos de vinos cocidos cuya naturaleza varía según autores y épocas. El sapa, un vino obtenido por la reducción del mosto de 2/3 partes en la cocción o de 1/2 solamente. El caroenum obtenido tras la reducción de 1/3. Por último el defutrum por reducción de 1/2 o de 2/3.

Misterioso e inclasificable vino considerado como uno de los mejores del planeta .El Vino Amarillo es elaborado únicamente con la variedad de uva " Savagnin ", también llamada naturé, la cual se vendimia entre noviembre y diciembre, con un alcohol potencial de 13º a 15º. La alquimia de estos vinos reside en la forma de elaborarlos, " bajo velo", que se remonta siglos atrás. Su fermentación es lenta y completa. Es el único vino blanco francés DOC, que por ley debe conservarse en barricas de encina, no completamente llenas, por un periodo exacto de 2283 días, es decir, 6 años y 3 meses (tiempo mínimo que precisan las levaduras para su maduración) cumpliendo estas un doble papel: proteger el vino del contacto con el aire y permitir una muy lenta oxidación que va generando la formación de aromas muy particulares y complejos. Durante el tiempo de envejecimiento, se evapora gran cantidad de líquido (60%), mientras la clarificación del vino es comparable a una filtración. Una vez terminado el

producto se envasa en botellas especiales de 0,62 litros de capacidad, llamada clavelin, utilizada desde comienzos del siglo XVI; su capacidad no es un capricho, es lo que queda de un litro de mosto después del envejecimiento en barrica.

La Percée Du VinJaune (Perforación del barril), es una celebración itinerante por distintos pueblos del franco-Condado. Los barriles de 228 litros llevados a hombros o sobre carros tirados por bueyes y seguidos por los redobles de tambores hasta la explanada más elevada como el castillo o iglesia. Allí, el Commadeur de la Confrérie de noble vins de Jura, golpea con el martillo el grifo del barril y con el chorro da inicio la fiesta (febrero de cada año), en donde la gente se apresura a llenar los vasos, mientras un jurado examina catando a ciegas numerosas botellas anónimas y numeradas, llevadas por expertos enólogos para conseguir la preciada estampilla "ClavelinéPercée du vinJaune" que acredita su venta a precios muy altos.

El vino es de color oro viejo o dorado, evolucionando hacia tonos ámbar. Su expresión aromática es intensa: frutos secos como nueces y avellanas; notas tostadas de torrefactos, cacao o café y aromas empireumáticos (ahumados) o especias como el clavo y canela. En boca es graso, persistente y bastante estructurado. Se acompaña estupendamente con queso del Jura, como el Comté y mejor con el inolvidable Morbier.

Los vinos de paja nacieron como vinos dulces, de gran guarda, que no utilizan la podredumbre noble para lograrlo.

En los tiempos antiguos, cuando la vinificación no estaba avanzada como hoy en día, el método de elaboración de los vinos de paja (vins de paille) daba una oportunidad de crear vinos blancos dulces sin utilizar la podredumbre noble (hongos llamados Botrytis que al atacar las uvas las deshidratan, pudiendo luego realizar un vino dulce con ellas).

El método de elaboración del vino de paja incluye una peculiar forma de obtener altas concentraciones de azúcares en las uvas, que tampoco consiste en dejar los racimos en las vides hasta que se pasifiquen (como en la elaboración de los vinos passitos italianos). El vino de paja se elabora con dos cepas solamente, Savagniny Chardonnay. Las uvas se cosechan bien maduras y luego se tienden al sol para secarlas.

En sus principios esta tarea se realizaba sobre fardos de paja, de allí el nombre de estos vinos. Con el tiempo y por razones de higiene, el secado de las uvas se comenzó a realizar sobre canastos plásticos, rejillas o tendederos, en un lugar aireado y seco, por espacio de tres meses.

Después de secarse, las uvas tienen una importante merma de su rendimiento. Luego de este proceso de deshidratación, la cantidad de vino de paja obtenido es mucho menor a la que se tendría vinificando las uvas sin secarlas. Otra cualidad es el cambio de coloración en los hollejos, que se oscurecen al ser secados, por lo que el vino resultante tiene un color amarillo pajizo (otra característica que le da su nombre).

La fermentación de estas uvas es lenta, y el caldo resultante llega a tener entre 12° y 14° de alcohol, y una alta concentración de azúcares. Luego, el vino de paja descansa 18 meses en barricas de roble usadas, para completar el proceso de vinificación. Una vez embotellado, el vino de paja tiene un potencial de guarda de 10 años.

La cerveza

Es una bebida alcohólica fermentada de baja graduación alcohólica con base de cebada germinada (malta), harinas de granos (grits) y lúpulo para dar gusto amargo de esta bebida. Es la bebida mas popular en el mundo. Se considera como

refrescante pero en cantidades considerables es embriagante por la acumulación de alcohol en el torrente sanguíneo.

Para la obtención de la cerveza hay un proceso industrial complejo que sigue los siguientes pasos:

Silaje: Se refiere esta operación al recibo selección y almacenamiento de la cebada producto con el cual se elabora la cerveza. Al recibo de la cebada se va seleccionando por medio de unas mallas coladoras que operan por medio de movimiento (sarandeo) y con imanes para así atraer los residuos metálicos, que puede traer mezclado el producto.

Una vez seleccionada la cebada pasa a los silos de almacenamiento donde pueden durar un tiempo aproximado de 6 meses a temperatura controlada de 15°C. **Germinación:** La cebada en su mayoría es un compuesto harinoso y proteínico por lo cual la raicilla que le crece por la humedad, convierte la mayoría de esas proteínas y almidones en hidratos de carbono aptos para la fermentación. Este proceso se hace en las llamadas cajas de germinación (saladines) las cuales son cámaras especiales donde se remojan los granos y se colocan a germinar durante 7 días más o menos a una temperatura controlada y con humedad relativa del 43%

A la terminación del proceso el grano tendrá una raicilla y se habrá efectuado la transformación de almidones y proteínas en carbohidratos (monosacáridos)

Esta operación se puede realizar de dos formas

Malteado de Tambor: El tambor de germinación de Gailand tiene una capacidad de 200 y 250 Quintales (1 quintal = 100 Kg)

Proceso: Después de lleno el tambor con la cebada macerada se hace girar lentamente y sin interrupción entre 4 y 6 horas, inyectando aire sin humedecer o calentando si es necesario con el

objeto de secarla. La aireación se efectúa constantemente durante los 8 días de la germinación. La cantidad de aire y la temperatura de aire inyectado es de 10 y 12° C, y la del aire saliente debe ser de 3 a 4° C.

Cuando el grano este bastante disuelto aproximadamente al octavo día interrumpe el proceso por marchitamiento. Con este fin se deseca la cebada en germinación durante ocho o diez horas por medio de una corriente de aire intensa y sin humedecer antes del vaciado se hace girar una vez el tambor, para hacer salir las raicillas.

Malteado en Caja: El aparato para este malteado fue ideado por Saladin. Consiste esencialmente en una caja rectangular de 1.80 x 4 m. sobre el fondo existe una parrilla perforada y compuesta de muchas piezas. Un aparato de remoción del ancho de la caja, que permite la salida y rotación del grano

Tostado, degerminación y limpieza: Esta operación se inicia colocando los granos en aparatos tostadores, por un tiempo aproximado de 16 horas a una temperatura de 60 a 80° C, con una humedad relativa del 4%. Del grado de tostación depende en parte el color del producto.

El color de la cerveza se produce por la reacción entre los azúcares y aminoácidos, que producen un compuesto llamado melanoidinas que es igual al color de la cerveza. Una vez realizada la tostación y el producto se llama malta la cual se coloca en aparatos especiales llamados limpiadores donde el grano es desprovisto de la raicilla y seleccionado quedando listo para pasar a los molinos

Molida del Grano. En este paso los granos son triturados lo cual facilita la transformación de las proteínas y aminoácidos al contacto con el agua (Hidrolización) a carbohidratos y fermentos.

Paso a la Olla de la Mezcla: En esta olla se tiene como base principal la malta y se agregan los llamados grits (harinas de maíz y arroz muy fino y procesado) en proporciones acordes según porcentajes utilizados por hectolitro a producir. Estos grits son coadyutores de la fermentación o sea que colaboran con su mayor rapidez en cuanto al proceso mismo. Luego de mezclados los triturados se les agrega el agua a una temperatura determinada y se obtiene el líquido llamado mosto para la fermentación.

Primera Filtración: Se realiza esta operación pasando el mosto por un filtro especial y clasificándolo con un producto de laboratorio llamado DIATOMACEAS o TIERRA DE DIATOMACEAS. En esta filtración se separa el mosto de las cascarillas de la malta y otras sustancias insolubles

Paso a la Olla de Cocción. Un vez filtrado el mosto se somete a cocción durante un tiempo aproximado de 2 horas a una temperatura estable de 92° C para que haya mayor concentración de elementos fermentables, estabilización microbiológica y estabilización del mosto. En este momento se adiciona el lúpulo para dar el gusto amargo característico de la cerveza.

Segunda Filtración: En esta filtración se separan algunas impurezas y sustancias insolubles, que se forma durante la etapa de cocción

Sedimentación: En este paso se deja reposar el mosto para que ciertas partículas de lúpulo y proteína que se coagulan se vayan al fondo o se separen del líquido o mosto

Enfriamiento: El mosto ya clarificado se somete a temperaturas entre 6 y 10° C, para llevarlo a la temperatura ideal para el proceso de fermentación.

Fermentación: Teniendo las condiciones especiales requeridas se inicia la fermentación agregando al mosto las levaduras cultivadas las cuales van a ser el agente responsable de producir el fenómeno de la fermentación o transformación de los carbohidratos monosacáridos en alcohol y CO₂. El tiempo de fermentación es de mas o menos 7 días.

Maduración: Terminada la fermentación se extraen las levaduras y pasa a loa tanques de maduración por medio de un enfriador donde permanecerá el producto por un tiempo de 15 a 20 días con una temperatura constante de 0° C.

Última Filtración: Se hace también con filtros especiales de celulosa y diatomáceas se eliminan todas las partículas y restos de levaduras que pueden enturbiar la cerveza. Acá se obtiene un producto claro, brillante y de óptimo estado

Carbonatación: Este proceso consiste en inyectar CO₂, en gran cantidad para estabilizar el producto a su punto máximo, también se denomina saturación de dióxido de carbono

Paso a los tanques de Compresión: El producto prácticamente terminado se pasa a los tanques de contrapresión donde permanece por un tiempo determinado (12 horas) para que este obtenga una agradable sensación al gusto y buena espuma, por efecto de la saturación del CO₂.

Envasado: Se pasa al envasado a los diferentes tipos que cuenta la industria como son el Barril, las latas y las botellas.

En el caso de los barriles la cerveza no se pasteuriza, por lo cual su conservación es delicada teniendo en cuenta que las posibilidades de contaminación son frecuentes, por esto hay que tener en cuenta los siguientes aspectos

Jamas debe mantenerse a altas temperaturas ni almacenada demasiado tiempo la temperatura debe oscilar entre 1 y 5° C.

Todos los elementos llaves, mangueras, tuberías, manómetros, deben lavarse regularmente con mucho cuidado y limpieza de fondo

Para mantener estándar el contenido de gas carbonico debe mantenerse el equipo con muy buenas condiciones de presión. La cerveza debe expendirse entre 1 y 6°C, pero la temperatura ideal es de 5° C

En el caso del embotellado, se realizan en la botellas que han sido previamente lavadas y esterilizadas ya que este material es retornable. Las botellas pasan a la máquina embotelladora por medio de bandas transportadoras, luego se tapan, para que conserven su estabilidad física y pureza.

17. Pasteurización: Para lograr la estabilidad biológica de la cerveza y eliminar algunos organismos que pueden permanecer dentro de la botella. Estas son sometidas a una temperatura estable de 60° C durante 15 minutos, esto se hace para asegurar una larga conservación del producto.

Clasificación de las cervezas

Hay diferentes tipos de clasificación para la cerveza, y dependen del tipo de extracto primitivo, respecto al grado alcohólico, respecto al color, respecto a la proporción de las materias primas, respecto a otros ingredientes.

Por su extracto Primitivo

Liviana es la cerveza cuyo extracto primitivo es igual o mayor al 5% de su peso y menor al 10.5% de su peso

Cerveza es la cerveza cuyo extracto primitivo es igual o mayor al 10.5 % de su peso y menor al 12% de su peso

Cerveza Extra es la cerveza cuyo extracto primitivo es igual o mayor 12% de su peso y menor al 14 % de su peso Cerveza Fuerte es la cerveza cuyo extracto primitivo es igual o superior al 14%

Respecto al Grado Alcohólico: Cerveza sin Alcohol: Se entiende por cerveza sin alcohol, a la cerveza cuyo contenido de alcoholes inferior o igual al 0.5% en volumen Cerveza con alcohol o cerveza: es la cerveza cuyo contenido de alcohol es superior al 0.5% de volumen

Respecto al Color: Cerveza Clara, Blanca, Rubia: es la cerveza cuyo color es inferior a 20 unidades E.B.C (European, Brewery, Convención) Cerveza Oscura o Cerveza Negra: Es la cerveza cuyo color es superior a 20 unidades E.B.C.

Respecto a la proporción de Materias Primas

Cerveza: es la cerveza elaborada a partir de un mosto cuyo extracto primitivo contiene un mínimo de 55% en peso de cebada malteada

Cerveza de Malta o 100% malta: es la cerveza cuyo extracto primitivo proviene exclusivamente de cebada malteada

Cerveza de (seguida del nombre del o de los cereales mayoritarios)es la cerveza cuyo extracto primitivo contiene hasta el 80% de su peso de adjuntos cerveceros y no menos del 20% de malta si contiene 2 o más cereales en la misma proporción de extracto primitivo deben citarse todos ellos

Respecto a los ingredientes:

Cerveza Coloreada: es la cerveza a la cual le han añadido colorantes aprobados, para modificar las coloraciones, propias naturales de la cerveza. Ejemplo Cerveza Liviana de Arroz Coloreada

Cerveza con... (seguida del nombre del vegetal) es la cerveza a la que se le ha adicionado jugo y/o extracto de origen vegetal (referido a la concentración de jugo) hasta un máximo de 10% de volumen. Ejemplo: Cerveza Liviana de Arroz con Limón

Cerveza sabor de... (seguida del nombre del vegetal) o cerveza con aroma de (seguido del nombre del vegetal) es la cerveza que se le ha adicionado aromas aprobados. Ejemplo: Cerveza de Arroz Liviana con Aroma de Limón

Cerveza Oscura o Negra azucarada o Malzbier: Es la cerveza oscura o negra que se han adicionado azúcares de origen vegetal hasta un máximo del 50% con relación al extracto primitivo (incluyendo azúcares de origen vegetal empleados como adjuntos cerveceros), para conferirle sabor dulce.

El Extracto Seco Primitivo (E.S.P.) es el conjunto de ingredientes orgánicos que componen el mosto antes de la fermentación, con excepción del agua. Su cantidad se expresa en gramos de ESP por cada 100 gramos de mosto

Se entiende por adjuntos cerveceros a las materias primas que sustituyan parcialmente a la malta, o al extracto de malta en la elaboración de cerveza

Se consideran adjuntos cerveceros a la cebada cervecera y a los cereales, malteados o no, aptos para el consumo humano.

También se consideran adjuntos cerveceros a los almidones y azúcares de origen vegetal

2.2.13.- Clasificación internacional

ALE: son cervezas de fermentación alta, con más de 5 % de alcohol.

ALTBIER: cerveza de fermentación alta, color oscuro casi negro sabor amargo y fuerte aroma.

BARLEY WINE: cerveza inglesa extra fuerte, oscura y con un contenido de alcohol mayor al 6 %.

BERLINE WEISSE: cerveza de fermentación alta, mucho gas y contenido bajo de alcohol.

BITTER: cerveza con mucho lúpulo que le da un sabor amargo.

BROWN ALE: cerveza oscura, dulce al paladar y con contenido bajo en alcohol

CREAM ALE: término americano para designar cervezas suaves, muy pálidas y con un contenido de alcohol menor al 5 %.

DARK: se utiliza para calificar a las cervezas oscuras de tipo Múnich

DIAT PILS: cerveza creada para los diabéticos a una sobre fermentación que disminuye el nivel de azúcares.

DOPPELBOCK: cerveza alemana de fermentación baja y color oscuro.

ESPECIAL: término utilizado en España para la cerveza de calidad selecta cuyo extracto primitivo e superior al 15 %.

HELL: cerveza pálida de color dorado.

KOLSH. Cerveza alemana, dorada y de fermentación alta.

LIGHT ALE: cerveza amarga con contenido de alcohol bajo que no implica necesariamente una cerveza baja en calorías.

LAGER: cualquier cerveza de fermentación baja, pueden ser doradas si vienen de Inglaterra u oscuras en el continente europeo.

MALT LIQUOR: incluye malta y bajo contenido en lúpulo, en Estados Unidos se aplica a cervezas fuertes, pálidas y con un 5 a 7% de alcohol.

MILD: son cervezas con bastante cuerpo y un 3% de contenido alcohólico.

OLD: en Australia significa cerveza oscura. En Inglaterra cerveza media oscura.

PALE ALE: cerveza pálida, amarga normalmente envasada en botella.

PILSENER: a la gran mayoría de las cervezas en el mercado se les denomina Pils. Son cervezas doradas de fermentación baja, sabor convencional y con un contenido de alcohol del 4 al 6 %.

PORTER: cervezas tradicionales de color oscuro y de alto grado alcohólico.

STOUT: cerveza oscura, incluso negra.

TRAPPIST: cerveza de Arabia fabricada por los monjes en Bélgica y Holanda

VIENA: cerveza color ámbar, tipo Lager, su grado alcohólico varía.

WHITE: término utilizado para describir a las cervezas de trigo.

ZWICKBELBIER: término que indica cerveza sin filtrar.

De todas estas y muchas más se derivan los sabores, que las hay de durazno, frambuesa, fresa, chabacano, ámbar, fresa, chocolate, nuez, almendra, cacao, malta, café y hasta pera.

El Vermouth

El Vermouth es básicamente es un vino fortificado saborizado con hierbas aromáticas; es fortificado porque se le agrega más alcohol luego de que termina la fermentación, antiguamente este procedimiento era llevado a cabo cuando se pretendía preservar la vida del vino. Aunque actualmente existen otros métodos de conservación, el proceso de fortificación aún existe. Estos vinos poseen más alcohol y son mucho más dulces que el resto.

El vermouth, es entonces un vino aromatizado, con una graduación alcohólica no menor al 16% y no mayor al 21%, obtenido agregándole al vino blanco una hierba medicinal llamada "Artemisa Amarga".

El nombre "vermouth" data del año 1786 cuando el cura Antonio Benedetto Carpano, de Torino, Italia, elije este nombre tomándolo del termino alemán "vermut" usado para una bebida aromatizada con "Artemisa Absynthium" (artemisa amarga)

Esta hierba se agrega al mosto en la fermentación o al vino, se debe agregar envuelta en un saco de lino o en forma de extractos alcohólicos o vinicios. Además de la hierba propia de vermut, la artemisa absynthia, se utilizan numerosas y diversas especies de hierbas genciana, euforbio, corteza de quina angélica, cilantro etc. El tratamiento correctivo del vermouth se lleva a cabo adicionando alcohol, azúcar y ácido cítrico. El auténtico Vermouth de Torino es de color ámbar, despierta el apetito y tiene un olor característico agradablemente aromático.

La composición del vermouth depende de la propiedades de las sustancias básicas del mismo, especialmente decisivo es el alcohol y en las cantidades en que se agrega el vermouth. Depende también del azúcar y el ácido cítrico. Una disposición autoriza únicamente el empleo de vino de uva comercializable y prohíbe el uso de vinos de fruta.

Esta bebida es muy popular y se utiliza principalmente como aperitivo por sus propiedades estimulantes del apetito.

Los principales productores del vermouth son Italia y Francia, siendo este último más claro, seco y con mayor concentración alcohólica

Las marcas más conocidas son: Martini, Cinzano, Carpano, Gancia, Noilly, Prat

Los Bitters

Igual que los vermouths son elaborados estos con base en vino y alcohol o sea encabezándolos suficiente para dar grado alcohólico. Su fabricación se basa en la maceración de diferentes plantas y raíces sobre todo alpestres así como de cáscaras de quina, de naranjas amargas, limón y otras sustancias por sus propiedades tónicas y estimulantes, su grado alcohólico va desde 18 hasta 30° GL. Se agrega rojo de cochinilla para dar el color acentuado a la bebida.

La Sidra

Es el producto final de la fermentación del jugo de manzana. Las manzanas son desmenuzadas por medio de moladoras. El prensado de esta masa se realiza en prensas escalonadas. El zumo recién obtenido se debe azufrar inmediatamente.

La fermentación del mosto debe tener lugar por acción de levaduras puras

Es conveniente agregar un 5% de mebrillo pues contribuye a facilitar la clarificación y a perfeccionarla además de dar a la sidra un sabor exquisito.

Los vinos de frutas requieren asimismo reiterados azufrados considerando sobre todo la fuerte tendencia al enturbiamiento pardo

La elaboración de vinos dulce de manzana (sidras dulces) no se regula la cantidad de azúcar a agregar. Estos vinos se producen por adición de alcohol máxima de 20 g/l en forma de solución alcohólica al 90% esto facilita su conservación.

Los Guarapos

Son bebidas alcohólicas ordinarias con base a frutas, granos y tubérculos no es necesaria la adición de levaduras puesto que estas materias vegetales contienen muchas enzimas que producen la fermentación. En el caso de las frutas la fermentación es tumultuosa y con los granos y tubérculos se hace una cocción antes de la fermentación la cual se realiza lentamente. En nuestro país un guarapo de granos de maíz se conoce como chicha y un guarapo de arroz se conoce como masato.

Esto guarapos son de orden casero y no tiene ningún control técnico especial para su elaboración.

Tequila:

Es el que se obtiene después de la destilación. Pasa a las embotelladoras casi inmediatamente, es decir que solo está en barricas de encino unas horas o días por lo cual su sabor no varía. De allí pasa a los tanques surtidores de las máquinas embotelladoras. Allí se les hace nuevamente un proceso de filtrado y homogeneizado. En las botellas tiene una graduación mínima de 38°GL y hasta un máximo de 46°GL.

El blanco:

Es el que reposa menos de 60 días en barricas de encino o roble. A veces es incoloro, pero frecuentemente es de un color dorado o ámbar. Su graduación es de 38° a 40°GL.

El joven o abocado:

Es el que permanece por un lapso mínimo de dos meses hasta menos de un año en barricas de encino o roble blanco.

Es más suave que el blanco, tiene un color natural dorado tenue hasta un ámbar claro, y su sabor tiene un dejo a madera. Su graduación es de 38°GL.

El reposado:

Es el que se madura un año por lo menos en barricas de roble blanco, nuevas o de segundo uso. Su color va de un dorado fuerte a un ámbar oscuro. Su sabor está fuertemente impregnado con la madera. Se pueden añejar varios años (hasta 10). Su graduación alcohólica es de 38 a 40°GL. Es el más sofisticado y refinado de todos.

Pisco:

El añejo: De uva Quebranta. También se pueden utilizar otras variedades no aromáticas como la Mollar y la Negra.

Puro:

De uvas aromáticas derivadas de la familia de los moscatos.

Aromático:

Originado por la destilación de mostos de uva en proceso de fermentación (es decir aquellos mostos en los cuales no se ha transformado el azúcar en alcohol).

Mosto verde:

Acholado:

Resultado de la destilación de mostos de diversas variedades de uva. Normalmente se utiliza un 50% de uvas de pisco puro y 50% de uvas utilizadas en piscos aromáticos.

Ron:

Estos son claros, secos y ligeros (aunque el contenido alcohólico es el mismo que en otros rones). El licor que sale de las destilerías es incoloro (o, "blanco") por lo que se puede decir que los rones blancos son el fundamento de la industria. El contacto con la madera de roble durante el envejecimiento, imparte a los rones un ligero color ámbar, el cual es eliminado por filtración para su comercialización. Debido a su corto envejecimiento (a veces, solamente 1 año), es el más barato y el de sabor más neutro por lo cual es el preferido para beberse mezclado, en cócteles.

2.2.14.-Teóricas de enfermería que dan sustento a la Investigación

Teoría de Enfermería (HENDERSON)

TIPOLOGIA DE LAS NECESIDADES BASICAS

Aunque la enfermera estadounidense Virginia Henderson (1897 – 1996) se dedicó fundamentalmente a la asistencia, en su haber tiene una larga carrera como autora, investigadora y docente, que influyeron de manera trascendente en la disciplina enfermera.

En 1960 establece en su obra “Basic Principles of NursingCare”, traducida al castellano como “Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería”, las 14 necesidades básicas del ser humano, que constituyen los elementos esenciales del ser humano para mantener su vida o asegurar su bienestar.

Henderson afirma que estas necesidades son comunes a todas las personas, aunque cada cultura y cada individuo las expresa de

una forma diferente, y varían de forma constante ante la propia interpretación que cada ser humano realiza de las necesidades.

La filosofía de Henderson es escogida en numerosas escuelas de enfermería como marco conceptual; y se utiliza frecuentemente en hospitales españoles como sistema de recogida de datos, en función de las necesidades básicas que establece.

NECESIDAD 1: RESPIRAR NORMALMENTE

La función respiratoria es esencial para el desarrollo de la vida.

Pretende conocer la función respiratoria de la persona. Incluye Valoración del patrón respiratorio. Conocimientos de la persona sobre cómo respirar bien.

Aspectos ambientales con influencia en la respiración.

NECESIDAD 2 : COMER Y BEBER DE FORMA ADECUADA

El organismo precisa de líquidos y nutrientes para sobrevivir. Pretende conocer la idoneidad de la nutrición e hidratación de la persona, teniendo en cuenta sus requerimientos nutricionales según edad, sexo y estado de salud. Incluye

Patrón individual de consumo de alimentos y líquidos (hábitos alimenticios).

Medidas antropométricas. Aspectos psicológicos de la alimentación.

NECESIDAD 3: ELIMINAR LOS DESECHOS CORPORALES

El organismo precisa eliminar los desechos que genera para su correcto funcionamiento. Pretende conocer la efectividad de la función excretora de la persona. Incluye Patrón de eliminación fecal, Patrón de eliminación urinaria.

Patrón de eliminación a través de la piel (sudor, transpiración).

Patrón de eliminación pulmonar. Menstruación.

NECESIDAD 4: MOVERSE Y MANTENER UNA POSTURA ADECUADA

La mecánica del organismo determina en gran medida la independencia de las personas para las actividades de la vida diaria, provocando la inmovilidad importantes alteraciones del cuerpo humano a todos los niveles.

Pretende conocer las características de la actividad y ejercicio habitual de la persona. Incluye: Actividades de la vida diaria, Actividad física (ejercicio y deporte). Limitaciones y deformidades corporales.

NECESIDAD 5: DORMIR Y DESCANSAR

El sueño y el descanso son necesidades básicas e imprescindibles de la persona por las importantes funciones reparadoras que ejercen en el organismo, contribuyendo a la salud física y psicológica del mismo. Pretende conocer la efectividad del sueño y reposo habitual de la persona Incluye:

Hábitos de sueño y reposo, Problemas para conciliar el sueño, Dificultades para el reposo.

NECESIDAD 6: ELEGIR LA ROPA ADECUADA

Además de constituir un elemento representativo de la personalidad del paciente, la ropa es un medio de protección fundamental de la persona contra el frío y el calor. Pretende conocer la idoneidad del tipo y la calidad de la ropa utilizada por la persona, considerando esta necesidad de forma especial en los niños como adiestramiento social, y en inválidos e incapacitados como parte de la rehabilitación e independencia. Incluye: Capacidad física para vestirse, Limpieza de la ropa, La elección personal de las prendas.

NECESIDAD 7 : MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL

La temperatura del cuerpo necesita mantenerse dentro de un determinado rango para asegurar su correcto funcionamiento, para lo que dispone de una serie de mecanismos de pérdida y ganancia de calor para regularla (termorregulación)..La temperatura normal del cuerpo ronda los 36.5-37°C, aunque puede variar dependiendo de la hora del día, de la ingesta de líquidos y alimentos, de la actividad reciente o del ciclo menstrual en las mujeres. Pretende conocer la idoneidad de la temperatura corporal. Incluye: Temperatura corporal. Condiciones ambientales.

NECESIDAD 8: MANTENER LA HIGIENE CORPORAL

El grado de higiene corporal de la persona es un signo externo del estado de salud que presenta, por lo que esta necesidad tiene un valor tanto fisiológico como psicológico.

Pretende conocer la idoneidad de la higiene de la persona.

Incluye: Hábitos higiénicos: frecuencia, medios utilizados, duración, etc.

Capacidad física para la higiene.

NECESIDAD 9: EVITAR LOS PELIGROS DEL ENTORNO

Un correcto aprendizaje y desarrollo de los mecanismos y conocimientos para la prevención de peligros externos y de la protección de sí mismos y de las personas que nos rodean evitaría numerosos accidentes que ponen en compromiso la salud de las personas.

Pretende conocer las habilidades y conocimientos de la persona sobre prevención de accidentes, caídas, quemaduras .Incluye:

Conocimientos sobre medidas de prevención, Desarrollo de medidas de prevención, Ejecución de actuaciones de riesgo.

NECESIDAD 10: COMUNICARSE CON LOS OTROS

Para el ser humano es fundamental expresar sus pensamientos, sentimientos y emociones, interaccionando con el resto de personas y con su entorno. Las emociones están íntimamente ligadas a las alteraciones de salud tanto física como psicológicamente. La enfermería promueve el bienestar del paciente, fomentando las relaciones y la aceptación de la propia persona. En este sentido el personal enfermero debe valorar el equilibrio entre la soledad- interacción social, estado de los órganos de los sentidos, capacidad de expresión, relaciones con familia, amigos y pareja, Pretende conocer la efectividad de la interacción social de la persona. Incluye: Relaciones sociales, Relaciones familiares y de pareja, Equilibrio soledad - interacción social, Estado de los órganos de los sentidos, Capacidad de expresión.

NECESIDAD 11: ACTUAR CON ARREGLO A LA PROPIA FE

La persona piensa, actúa y toma decisiones en función de sus propios valores, creencias y fé.

Pretende conocer los hábitos del paciente en cuanto a creencias, valores y cultura para valorar su posible influencia en la salud. Incluye:

Sentido de su vida, Actitud ante la muerte, Conflicto con los valores/creencias.

NECESIDAD 12: TRABAJAR PARA SENTIRSE REALIZADO

Las personas se sienten realizadas y satisfechas cuando tienen una productividad, cuando consiguen con su trabajo el resultado

propuesto. En la sociedad la inactividad suele ser sinónimo de inutilidad.

Pretende conocer la efectividad del desarrollo de la actividad laboral de la persona. Incluye: La autoestima y autoimagen de la persona, La posición de la persona dentro de su grupo, Rol laboral que desempeña, Problemas/conflictos laborales.

NESESIDAD 13 : PARTICIPAR EN FORMA DE ENTRETENIMIENTO

Justificación. Las actividades lúdicas contribuyen a la salud física y mental de las personas. Pretende conocer las aficiones y actividades de entretenimiento de la persona incluye: Tipo de actividades recreativas, tiempo dedicado a actividades recreativas.

NECESIDAD 14: APRENDER DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD

Las personas empeoran su situación de salud o enferman por conocimientos insuficientes o inadecuados, por lo que la educación se considera como una parte fundamental de los cuidados básicos de la persona.

Pretende conocer las habilidades y conocimientos de la persona sobre las actividades beneficiosas para la salud. Incluye: Conocimientos de la persona.

Capacidades de la persona, Limitaciones de aprendizaje.

TEORÍA DEL AUTOCUIDADO

Dorotea Orem Nos refiere que son “las acciones que permiten al individuo mantener la salud, el bienestar y responder de manera constante a sus necesidades para mantener la vida, curar las

enfermedades y/o heridas y hacer frente a las complicaciones”. El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. Los “autocuidados” permiten mantener la vida y la salud, lo que debe aprenderse. Ello depende de las creencias, costumbres y prácticas (nutrición, higiene, vacunas) que tiene el individuo.

2.3.- DEFINICIÓN DE TERMINOS

Alcoholismo: Enfermedad causada por la ingesta excesiva de alcohol y por la adicción que crea este hábito

Adulto mayor:

Expresión de tercera edad, es el término reciente que se le da a las personas que tienen más de 65 años de edad, es la edad en que el cuerpo se va deteriorando

Cese:

Suspensión o finalización de una acción o en una actividad

2.4.- HIPOTESIS

Ha.- Existe relación entre el cese del trabajo y el consumo de alcohol en el adulto mayor en el distrito de José Luis Bustamante Rivero en año 2014

H° No existe relación entre el cese del trabajo y el consumo de alcohol en el adulto mayor en el distrito de José Luis Bustamante Rivero en año 2014

2.5.- VARIABLES

2.5.1.- Definición de variables

Cese del trabajo

Es la suspensión o finalización de una acción o en una actividad

Consumo de alcohol

Es la ingesta de alcohol, creando adicción.

2.5.2 Definición operacional de variables

Será valorada según se presente en los individuos del estudio

2.5.3.- Operacionalización de variables

Variable	Dimensión	Indicador	Instrumento
Independiente Cese del trabajo	Tiempo de cese del trabajo	Menos de 1 año De 2 a 3 años Más de 3 años	Cuestionario
	Factores causales del cese	-Incurrir en faltas y tardanzas -Por pedir permiso por salud -Por presentarme con señales de beber alcohol -Por ser adulto mayor que sobrepasa la edad limite	
Dependiente consumo de alcohol en el adulto mayor	Tiempo y frecuencia de consumo de alcohol	-Menos de 1 año -De 2 a 3 años - Más de 3 años	Cuestionario

CAPITULO III. METODOLOGIA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Tipo de Investigación

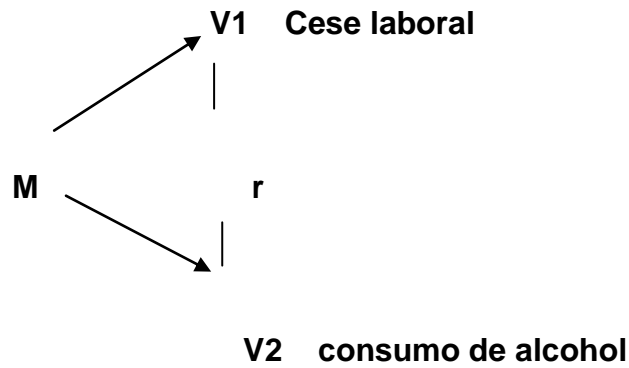
De tipo no experimental. Porque no se manipularán las variables de estudio.

Nivel de Investigación

De nivel descriptivo: Ya que está orientada en describir una situación y/o un hecho en este caso el cese laboral y el consumo de alcohol del adulto mayor.

De Diseño Correlacional. Porque el trabajo fue realizado en un tiempo y momento determinado

El diseño adecuado para esta investigación es de tipo descriptivo correlacional. El propósito es describir las variables y analizar su incidencia e interrelación. Cuyo diseño es el siguiente. Hernández et all (2005).



En el presente esquema tenemos:

M = Representa la muestra de estudio

V1 = Cese laboral

V 2 = consumo de alcohol

r = Indica el grado de relación entre ambas variables.

Es de corte transversal, ya que el contacto del investigador con la población en estudio será en un determinado momento.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

Es un estudio que se realizó en el distrito de José Luis Bustamante Rivero Arequipa- 2014”

3.3.- POBLACIÓN Y MUESTRA

Población de estudio

Estuvo constituida por 100 adultos mayores cesantes del distrito de de José Luis Bustamante Rivero Arequipa.

Muestra del estudio

Fue de manera no probabilística e intencional ya que se trabajará solamente con los 80 adultos mayores de la población total que aceptaron participar respetando su disponibilidad.

3.4.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECEPCIÓN DE MUESTRA

Técnicas La técnica de recolección de datos que utilizamos fue el método de encuestas es un método de estudio de grupos grandes o pequeñas analizando muestras obtenidos del número de la población para descubrir las incidencia de lo que se está tratando el tema.

3.5.- VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

3.5.1.- Validez Delfos o de jueces

Para validar el contenido de los instrumentos del presente estudio fueron sometidos a un juicio de expertos, a quienes se les planteo un instrumento el cuestionario. A cada juez se le proporcionó una documentación respectiva: oficio, hoja de instrucciones, constancia de validación, matriz de consistencia y los respectivos instrumentos, con la finalidad de realizar la validez del contenido de cada uno de ellos, emitiendo su punto de vista con respecto a las dimensiones y reactivos del instrumento. Las recomendaciones se usarán para mejorar el instrumento. Se aplicará la prueba binomial para determinar la significancia de los reactivos.

3.5.2.- Validez de confiabilidad

Para determinar la confiabilidad del instrumento se empleó el Alfa de Crombach, esta prueba estadística permite estimar la fiabilidad de la consistencia interna del instrumento. Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1, mayor es la consistencia interna de los ítems analizados.

3.6.- PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Se solicitó la autorización y los permisos respectivos para la ejecución del estudio

Aplicación de instrumentos en base a las fechas programadas. Luego de la aplicación de los mismos se agradecerá la participación de la muestra en estudio..

El control de calidad de los instrumentos de recolección de datos será continuo durante todo el estudio de investigación.

Revisión de los datos. Se examinó en forma crítica cada uno de los instrumentos de recolección para el control de calidad.

Codificación de los datos. Se codifico los datos en la etapa de recolección para poder diferenciar los diferentes tipos de datos y variables en estudio.

Clasificación de los datos. Se clasifico los datos en variables cualitativas y cuantitativas.

Procesamiento de los datos. Para dicho procedimiento se utilizará el programa SPSS 22 for Windows.

TABLA: 1

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ADULTOS
MAYORES**

CARACTERÍSTICAS	TOTAL	
	N	%
EDAD		
68 a 75 años	39	49
76 a 83 años	41	51
84 a más	--	--
TOTAL	80	100
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Secundaria incompleta	46	58
Secundaria Completa	34	42
TOTAL	80	100
ESTADO CIVIL		
CASADO	32	40
SOLTERO	28	35
VIUDO	20	25
TOTAL	80	100

Interpretación: El 51%(41) adultos mayores tienen 68 a 75 años, seguida por el 49%(39) que tienen 76 a 83 años. Asimismo el 58%(46) tienen secundaria incompleta y el 42%(34) secundaria completa, respecto al estado civil el 40%(32) son casados y el 35%(28) son solteros y el 25%(20) son viudos.

TABLA: 2
TIEMPO DE CESE DEL TRABAJO DE LOS ADULTOS
MAYORES

NIVEL	N	%
Menos de 1 año	20	25
De 2 a 3 años	21	26
Más de 3 años	39	49
Total	80	100

Interpretación: Se observa que el 49%(39) de los adultos mayores son cesantes desde hace más de 3 años, el 26%(21) de 2 a 3 años y el 25%(20) menos de un año.

TABLA: 3
FACTORES CAUSALES DEL CESE DEL TRABAJO DE LOS
ADULTOS MAYORES

Factores Causales	N	%
-Incurrir en faltas y tardanzas	20	25
-Por presentarse con señales de beber alcohol	14	17
-Por ser adulto mayor que sobrepasa la edad limite	46	58
Total	80	100

Interpretación: Se observa que el 58%(46) de los adultos mayores refieren que el ser adultos mayores que sobre pasan la edad fueron cesados, el 25%(20) incurrir en faltas y tardanzas y el 17%(14) por presentar señales de beber alcohol.

TABLA: 4
TIEMPO Y FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL DE LOS
ADULTOS MAYORES

NIVEL	N	%
No consumo alcohol	46	58
De 2 a 3 años	20	25
Más de 3 años	14	17
Total	80	100

Interpretación: Se observa que el 58%(46) de los adultos mayores son cesantes que no consumen alcohol, el 25%(20) consumen desde 2 a 3 años, el 17%(14) desde más de 3 años

TABLA: 5**RELACIÓN ENTRE EL CESE DEL TRABAJO Y EL CONSUMO DE ALCOHOL
EN EL ADULTO MAYOR**

CESE DE TRABAJO	CONSUMO DE ALCOHOL				Total N° %	
	No consume		Tiempo y frecuencia de consumo de alcohol			
Escala	N	%	N	%		
• Tiempo de cese más de 3 años	46	58			46	58
• Factores causales - incurrir en faltas y tardanzas			20	25	20	25
- por presentarse con señales de beber alcohol			14	17	14	17
	--	--				
Total	46	58	34	42	92	100

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Se observa que existe relación en el 25%(20) de los adultos mayores por presentar señales de consumir alcohol coincidiendo con los años de consumo y con el tiempo de cesantes así como el haber sido despedidos por incurrir en faltas y tardanzas

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos del estudio de investigación describe la relación entre una fase que se suele presentar en las personas adultas mayores como es el cese laboral y que muchos consideran que se produce la disminución de la capacidad cognoscitiva y funcional en un grupo de adultos mayores cesantes de 60 años de edad. Donde se encontró que el 100% (80) adultos mayores son cesantes y el 58%(46) de ellos fueron cesados por haber llegado a la edad límite y no consumen alcohol. Asimismo el 42%(34) adultos mayores son cesantes y consumen alcohol y el 25%(20) consumen alcohol desde 2 a 3 años, el 17%(14) desde más de 3 años. También se encuentra que existe relación ya que se observa que en el 25%(20) de los adultos mayores fueron cesados no solo porque se encuentran en la edad límite también por presentar señales de asistir en varias oportunidades con señales de consumir alcohol y estos a su vez se encuentra relacionado y/o está coincidiendo con los años de consumo y con el tiempo de cesantes así como el haber sido despedidos por incurrir en faltas y tardanzas Se ha catalogado que el envejecimiento como el causante del declive en todas las funciones del organismo, por lo que suele relacionarse al avance de la edad con el deterioro físico, sino también mental como lo hace notar el estudio realizado por Grayson y Claussen titulado deterioro intelectual y padecimientos en la tercera edad donde se encuentran que los efectos por el desempleo son altos adultos mayores; tales como desordenes de tipo mental así como musculoesqueleticos, ya que están relacionados con el nivel de actividad física e incluso el ingerir alcohol con la excusa que les hace olvidar las penas y la soledad

CONCLUSIONES

- Teniendo en cuenta las variables intervinientes adultos mayores tienen 68 a 75 años, seguida por el 49%(39) que tienen 76 a 83 años. Asimismo el 58%(46) tienen secundaria incompleta y el 42%(34) secundaria completa, respecto al estado civil el 40%(32) son casados el 35%(28) solteros y el 25%(20) viudos.
- En la dimensión tiempo de cese del trabajo de los adultos mayores se encontró que el 49%(39) son cesantes desde hace más de 3 años, el 26%(21) desde 2 a 3 años y el 25%(20) menos de un año.
- Los factores causales del cese en el 58%(46) de los adultos mayores fue sobre pasar la edad límite para el trabajo, el 42%(34) incurrir en faltas, tardanzas y con señales de consumir alcohol.
- Respecto al tiempo y frecuencia de consumo de alcohol el 58%(46) de los adultos mayores son cesantes que no consumen alcohol, pero el 42% (34) de ellos si lo hacen y el 25%(20) consumen desde 2 a 3 años, el 17%(14) desde hace más de 3 años
- Se concluye que existe relación en el 25%(20) de los adultos mayores por presentar señales de consumir alcohol coincidiendo con los años de consumo y con el tiempo de cesantes así como el haber sido despedidos por incurrir en faltas y tardanzas

RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar una réplica de este estudio en adultos mayores residentes de otras comunidades de tal forma que permita establecer comparaciones de consumo de alcohol y drogas médicas.
- Realizar estudios cualitativos que permitan profundizar en el significado de consumo de alcohol en adultos mayores y en el contexto de su cultura con el consumo de alcohol.
- Realizar actividades educativas con el propósito de fomentar la prevención entorno a las consecuencias del consumo de alcohol y su relación con problemas de salud en adultos mayores.
- Se recomienda brindar las orientaciones a la familia para evitar el consumo de alcohol y problemas asociados por la falta de apoyo familiar después del cese ya que no solo puede haber problemas de adicción también pueden presentar depresión en la tercera edad.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. (CEDRO), C. d. (2006). *El problema de las drogas en el Perú*. CEDRO.
2. Ballester, A. (2004). *Asociación de tuberculosis y alcohol en pacientes en una unidad de infecciosos. ; 14(supl.1):9-12*. Adicciones.
3. Bogani, M. (1976). *El alcoholismo enfermedad social*. Barcelona: Editorial Plaza y Janes.
4. Ettore, E. (1998). *Mujeres y alcohol: Placer privado o problema público*. Editorial Narcea S.A. Ediciones.
5. Floreal, F. (1961). *Alcoholismo en América latina*. Buenos Aires: Editorial Palestra.
6. Gual, A., & Díaz, R. (2003). *Hijos de alcohólicos: Factores de riesgo y estrategias preventivas*.
7. Huesca, S. (2003). *Detección temprana de factores de riesgo para el consumo de sustancias ilícitas. .*
8. Manrique, D. (2004). *Intervención breve en Cantabria en problemas relacionados con el alcohol*. Adicciones.
9. Martos., R. (2004). *Educación médica sobre alcohol:; perspectiva futura*. Adicciones .
10. Menéndez, R. (1996). *Psicoterapia del alcoholismo y otros fármacos*. Habana: Edit. Científico Técnico. .
11. Nizama M. (2003). *El fenómeno adictivo*. En: Revista de Neuro- Psiquiatría del Perú .
12. Peruga, A., & Rincón, A. y. (2006). *El consumo de sustancias adictivas en las Américas*.
13. Razvodorrsky, Y. (2004). *Asociación entre consumo de Vodka y tasa de mortalidad relacionada con el alcohol, a nivel agregado, utilizando series temporales*. Adicciones .

14. Ricardo., G. M. (2004). *Como enfrentar el peligro de las drogas*.
15. Rodríguez, C. (2003). *Prevalencia oculta y manifiesta del alcoholismo. Estudio en la población de ambos sexos en un Consultorio Médico de Familia*. Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana.
16. Saavedra A. (s.f.). *Manual de Atención Primaria Para el manejo de los problemas relacionados al uso y abuso del alcohol*. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud Mental . Honorio Delgado – Hideyo Noguchi.
17. Sáiz, P. G.-P. (2002). *Instrumentos de evaluación en alcoholismo*. Adicciones .

18.WEBGRAFIA

19. http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol33_3_04/mil07304.htm
20. http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol33_3_04/mil07304.htm
21. http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia_de_Pensiones/Prestaciones_Sociales/Informacion_de_Prejubilacion/Prep%20Jubilacion.pdf
22. <http://www.artictorrent.org/artcient.asp>
23. <http://www.culinarypension.org/about/spd/v-es.pdf>
24. <http://www.culinarypension.org/about/spd/v-es.pdf>
25. <http://www.disfrutadeunconsumoresponsable.com/conocer/fermentadas.aspx>
26. <http://www.iaam.df.gob.mx/documentos/quienes.html>
27. <http://www.monografias.com/trabajos61/bebidas-alcoholicas/bebidas-alcoholicas.shtml?news#ixzz34ZVDudcq>
28. <http://www.psicologia-online.com/autoayuda/alcoholismo/deterioro.htm>
29. <http://www.slideshare.net/MariajesusPsicologia/presentacin-alcohol-y-jvenes2005>
30. <http://www.slideshare.net/metodologia2013/proyecto-de-alcoholismo>
31. <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/31851/mezquita.pdf;jsessionid=D013A3AB47E2BB44C602C0AB13C180E6.tdx2?sequence=1>
32. https://www.google.com.pe/webhp?source=search_app&gws_rd=cr#q=PROYECTOS+DE+INVESTIGACION+SOBRE+ALCOHOL&spell=1

ANEXOS

MATRIZ DE COSISTENCIA

Problema	Objetivos	Variable	Dimensión	Indicadores	Instrumento
¿Cuál es la relación entre el cese del trabajo y el consumo de alcohol en el adulto mayor en el distrito de José Luis Bustamante Rivero en año 2014?	<p>Determinar la relación entre el cese del trabajo y el consumo de alcohol en el adulto mayor en el distrito de José Luis Bustamante Rivero en año 2014</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identificar las características socio demográficas de los adultos mayores en el distrito de José Luis Bustamante Rivero en año 2014 <input type="checkbox"/> Identificar el tiempo de cese del trabajo de los mayores en el distrito de José Luis Bustamante Rivero en año 2014 <input type="checkbox"/> Identificar los factores causales del cese del trabajo de los mayores en el distrito de José Luis Bustamante Rivero en año 2014 <input type="checkbox"/> Identificar el tiempo y frecuencia de consumo de alcohol de los mayores en el distrito de José Luis Bustamante Rivero en año 2014 	Independiente	Tiempo de cese del trabajo	Menos de 1 año De 2 a 3 años Más de 3 años	Cuestionario
		Relación entre el cese del trabajo	Factores causales del cese	Incurrir en faltas y tardanzas -Por pedir permiso por salud -Por presentarme con señales de beber alcohol -Por ser adulto mayor que sobrepasa la edad límite	
		- Dependiente consumo de alcohol en el adulto mayor	Tiempo y frecuencia de consumo de alcohol	Menos de 1 año -De 2 a 3 años - Más de 3 años	Cuestionario



ENCUESTA

Instrucciones: Leer detenidamente cada ítem y responder honestamente. Marque dentro del paréntesis, la respuesta que considere más conveniente, según lo indique la pregunta.

I.- ASPECTOS GENERALES:

1. Edad años cumplidos:
2. Sexo: Masculino () Femenino ().
3. Procedencia:
 - Costa ()
 - Sierra ()
 - Selva ()
- 4.- Grado de Instrucción
 - Primaria ()
 - Secundaria ()
 - Superior ()
- 5.- Estado civil
 - Casada (o) ()
 - Soltera(o) ()
 - Conviviente (o) ()

I- CESE LABORAL:

1. ¿Usted es cesante? (marque sólo una respuesta)

Si ()

No ()

No lo sé ()

2.- ¿Cuántos años trabajo? (marque sólo una respuesta)

✓ 5 a 10 años ()

✓ 11 a 25 años ()

✓ 26 a 40 ()

3.- ¿Cuánto tiempo tiene de cesar en su trabajo?

✓ Menos de 1 año ()

✓ De 2 a 3 años ()

✓ Más de 3 años ()

4.- ¿Cuáles son los factores causales del cese?

✓ Incurrir en faltas y tardanzas ()

✓ -Por pedir permiso por salud ()

✓ -Por presentarme con señales de beber alcohol ()

✓ -Por ser adulto mayor que sobrepasa la edad límite ()

5.- ¿Quería ser cesante?

Si ()

No()

No sé ()

6.- Actualmente recibe pensión producto de los años que trabajó

Si () No () No sé ()

7.- Considera que no deben obligar a las personas para ser cesante debe depender del estado de salud en que se encuentren

Si () No () No sé ()

II.- CONSUMO DE ALCOHOL

- 8 ¿Usted consume alcohol?
- a) Si
 - b) No
 - c) A Veces
- 9.- Usted consumía alcohol?
- a) Si antes
 - b) No, nunca
 - c) A Veces
- 10.- Desde cuando empezó a consumir alcohol
- a) Desde que perdí el trabajo
 - b) Antes que fuera cesado
 - c) No recuerdo
- 11.- ¿Cuántos años podría decir que empezó a consumir alcohol?
- a) Menos de 1 año
 - b) -De 2 a 3 años
 - c) - Más de 3 años
- 12.- Considera que el alcohol le hace olvidar sus problemas y/o situación actual
- a) No tengo problemas y no necesito alcohol
 - b) Sí, tengo problemas y me ayuda el alcohol
 - c) A veces nomas tomo alcohol