

111
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

Curso de entrenamiento para Padres de Familia
para mejorar el ambiente familiar y prevenir
el abuso de Alcohol entre sus hijos adolescentes.

T E S I S

Que para Obtener el Título de:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

Presentan:

Martínez Sánchez Rosalía
Oviedo Cerda Delia Patricia

Director de Tesis:

Lic. Leticia Echeverría San Vicente

Asesor Estadístico:

Mtro. Florente López Rodríguez

Director de la Facultad:

Dr. Juan José Sánchez Sosa

México, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1994



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A B E T Y :

.....A VECES LOS AMIGOS DEBEN DE CRECER SEPARADOS PARA

SEGUIR CRECIENDO JUNTOS

A:

La Gúera y Alejandro

Ricardo, Ruben y Ale.

A mis Padres y Hermanas:

Por el apoyo que me han brindado para que me supere, pero sobre todo por la paciencia que (aunque a veces la pierden) que me han tenido . Gracias. Los quiero..

A Memito Y Carlitos por dejarme compartir sus sonrisas.

Y a todos aquellos que siempre me han reforzado el superarme academicamente

A Rosalia:

Por todos los momentos que hemos compartido y por el apoyo que me has brindado cuando mas lo he necesitado.

Patricia.

A Karen:

Por todo el amor que siento por ti

A mis padres y hermanos:

Por el cariño, apoyo y comprensión que me han brindado

A ti paty:

Por la invitación para el logro de este trabajo, por tu ayuda y
comprensión incondicional

Te quiere

Rosalía

AGRADECIMIENTOS

A los sinodales:

Lety Echeverría, por su dedicación, enseñanza y entusiasmo que hicieron posible realizar esta tesis. Sin dejar de mencionar tu gran calidad y apoyo que siempre nos has brindado.

Mtro. Florente Lopez, por aceptar el compromiso de asesorar esta tesis y lo que ello implica. Gracias por el aprendizaje constante que ha implicado el formar parte de tu equipo de trabajo.

Dr. Hector Ayala, por impulsar a través de nuevos proyectos el desarrollo de la investigación aplicada en psicología. Por sus comentarios para mejorar este trabajo.

Lic. Georgina, por el apoyo otorgado durante la realización de esta investigación.

Y a todas a aquellas personas que de una u' otra forma me han alentado a finalizar este trabajo.

En Coyoacan a:

Silvia, Nacho, Marina, Carmina, Mary Carmen, Vero Y Toso. Por los momentos, ideales y metas que hemos compartido, sobre todo gracias por su **AMISTAD** y permitirme conocerlos.

En Acapulco a:

Mariana, Maru, Hilda, Anita, Esther, Vero, Caludia's , Aide , Irma, Miguel Angel, Jaime, Ger, y Abraham (o Napoles), por la comprension y apoyo infinito que siempre me han brindado (aunque en ocasiones no tenga computadora para trabajar), Gracias.

En la Facultad a:

Francis y Oscar por el interes y apoyo que me brindaron para finalizar este trabajo pero sobre todo por su **AMISTAD**.

INDICE

RESUMEN	
INTRODUCCION.....	i
CAPITULO I PROBLEMATICA DEL ABUSO DE ALCOHOL EN MEXICO	1
CAPITULO II ADOLESCENCIA.....	7
CAPITULO III PREVENCION.....	12
CAPITULO IV MODELOS PSICOLOGICOS QUE EXPLICAN EL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL.....	16
CAPITULO V METODO.....	34
CAPITULO VI RESULTADOS	44
DISCUSION Y CONCLUSION	59
REFERENCIAS	66

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo, fue evaluar parte de un paquete de educación para la salud, dirigido a padres de adolescentes. Se impartió un curso con el fin de mejorar el ambiente familiar para que, a su vez, los padres de familia enseñen a sus hijos los conocimientos y habilidades necesarias que los lleven a tomar decisiones responsables y así éstos estén en posibilidad de evitar el abuso del consumo de bebidas alcohólicas. La muestra quedó integrada por padres de familia que tuvieran un hijo que asistiera a una de las cinco secundarias seleccionadas al azar en la Delegación Coyoacán. Se utilizó un diseño cuasi-experimental de grupo control no equivalente, el cual comprende un grupo control ($n=16$) y un experimental ($n=16$), en donde ambos grupos se evaluaron en un pretest y postest. Para realizar la evaluación se utilizó la Escala de Ambiente Familiar forma R (Moss, 1974); un cuestionario sobre conocimiento y actitudes hacia el consumo de bebidas alcohólicas, dos cuestionarios que evaluaron el curso, uno sobre su calidad y otro su utilidad. Para analizar los resultados obtenidos, inter e intra grupo de la Escala de Ambiente Familiar (FES), se aplicó una prueba t para muestras relacionadas e independientes; asimismo, se compararon los resultados de este instrumento en ambos grupos con la norma mexicana utilizando la prueba F de un sólo grupo. Se compararon los datos del cuestionario de actitudes pre y pos en ambos grupos. Y finalmente se reportan los datos obtenidos de los cuestionarios sobre calidad y utilidad del curso. De los resultados obtenidos en la Escala de Ambiente Familiar, se encuentra que el grupo experimental obtuvo un incremento estadísticamente significativo en la escala de cohesión y un aumento cualitativo en todas las subescalas, excepto en conflicto. Mientras que el grupo control no presentó cambios significativos. Al realizar el análisis del cuestionario de actitudes, se reporta que la actitud negativa hacia el consumo de alcohol es apoyada por la mayoría de los entrevistados, aumentando el número de personas con ésta actitud en la fase de postevaluación del grupo experimental. Respecto a la evaluación sobre calidad del curso realizada al grupo experimental después de intervención, se reporta una calificación promedio de 4.6, de una escala 1 (pésimo) a 5 (excelente). Seis meses después se les aplicó un cuestionario sobre utilidad del curso; el 100 por ciento de los entrevistados reportó de utilidad el curso, así como haber utilizado la información proporcionada en este, con sus hijos. Se discuten los resultados y se sugieren modificaciones pertinentes tanto al curso como al sistema de evaluación.

INTRODUCCION

La mayoría de las personas inicia el consumo de bebidas alcohólicas durante la etapa de la adolescencia: en México la Encuesta Nacional de Adicciones (1988) reporta que el 28 por ciento de los jóvenes entre 12 y 17 años de edad consumen bebidas alcohólicas, y el uno por ciento las consume en forma excesiva. Aunque se han realizado diversos programas de tipo preventivo dirigidos a los jóvenes, muchos de ellos no han sido evaluados y otros han mostrado ser ineficaces y en algunos casos hasta contraproducentes, por lo que es necesario probar nuevas estrategias preventivas.

Este Curso, dirigido a los padres de adolescentes, tuvo como meta enseñar a los padres de familia, para que ellos, a su vez, enseñen a sus hijos las habilidades necesarias para emitir conductas responsables, no sólo en relación al alcohol, sino también ante la vida. Los temas desarrollados daban lugar a que los padres tuvieran una mayor comprensión y comunicación con el adolescente, aspectos que inciden directamente con un ambiente familiar más favorable para prevenir algún tipo de adicción y/o delincuencia.

Cabe señalar que el programa que se presenta, forma parte de un paquete integral de Educación para la Salud, el cual también se dirigió a maestros, y alumnos de secundaria; el contenido de cada uno de ellos, va de acuerdo al grupo que va dirigido.

El trabajo que aquí se presenta, describe las características del paquete de prevención dirigido a los padres de adolescentes.

En el capítulo I, se revisa la problemática del abuso de alcohol en México, basándose en los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 1988 y en la Encuesta Nacional de Salud, 1986-87.

En el capítulo II, se hace un análisis del desarrollo de la adolescencia, ya que es considerada como una etapa de riesgo para iniciar una adicción.

El capítulo III, está enfocado a reportar las estrategias de prevención para evitar el uso de drogas y abuso de alcohol.

En el capítulo IV, se presentan brevemente los modelos que se han desarrollado para explicar el alcoholismo y consumo excesivo de bebidas alcohólicas. Se hace hincapié en la Teoría del Aprendizaje Social, que es la aproximación teórica que sustenta este trabajo, la cual explica la adicción como una conducta aprendida.

En el capítulo V, se describe el procedimiento metodológico empleado en la investigación.

Los principales hallazgos del programa se presentan en el capítulo VI; las implicaciones de estos resultados y los problemas encontrados, se discuten en el capítulo final.

Para concluir hemos de señalar que este paquete intenta dar una respuesta a la preocupación de nuestra sociedad relacionada con el inicio en el consumo de bebidas alcohólicas en población cada vez más joven, por lo que se considera necesario aplicar mecanismos que vayan más allá de los esfuerzos tradicionales en prevención que se han venido realizando en México. Este trabajo está abierto a la crítica constructiva que permita mejorar el paquete, con el fin de que sea aplicado en lugares en donde cumpla su meta.

CAPITULO I

PROBLEMATICA DEL ABUSO DE ALCOHOL EN MEXICO.

Consideramos importante iniciar este trabajo con base en los resultados epidemiológicos sobre el consumo de alcohol en México. Estos datos ponen de relieve que si bien en este país, el índice de alcoholismo no es tan elevado en comparación a otras naciones, paradójicamente las consecuencias negativas por su consumo, son mayores que en países con tasas de consumo per cápita más altas. Esto se debe a que el consumo de bebidas alcohólicas no se distribuye de manera homogénea entre nuestra población, ya que en gran parte de las ocasiones en que se ingiere, (aunque no sea frecuente) se bebe grandes cantidades, sin poner límite al consumo (*Medina-Mora; Sepúlveda; Rascón; Lozano; Mariño; Tapia; Otero; Solache; Villatoro y López, 1989*).

Pero los datos que consideramos de mayor interés de los cuales parte este trabajo, son los referentes a los informes (*Medina-Mora, 1988*) sobre el consumo de bebidas alcohólicas, entre los jóvenes. De acuerdo a estos autores se ha encontrado que en este tipo de población el uso de bebidas alcohólicas se inicia a edades cada vez más tempranas. Esto se comprueba al comparar resultados de estos investigadores con encuestas realizadas años anteriores.

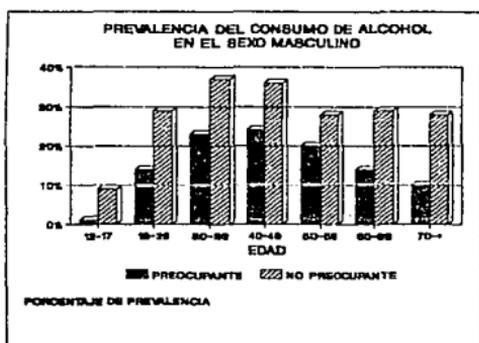
Por otra parte, la Encuesta Nacional de Salud realizada durante 1986 y 1987, presenta información sobre el hábito de beber en una población estudiada a partir de los 12 años de edad y la preocupación que esto causa a sus familiares (si les inquieta la manera de beber de algún miembro de la familia).

En dicha encuesta se obtuvo el perfil estadístico de la población mayor de 12 años de edad (55.7 millones de personas), de los cuales el 70 por ciento pertenece al grupo de no bebedores, el 20.5 al de consumidores que lo hacen en forma no preocupante; y el 7.3 por ciento, al sector de la población que consume alcohol en forma preocupante. De un 2.2 por ciento del total de la población encuestada se ignora su situación en relación con el consumo de bebidas alcohólicas.

Una vez dividida la información por sexo, se encontró que el 40 por ciento de los hombres consume alcohol, de los cuales el 26 por ciento lo hace en forma no preocupante y el 14 por ciento, de manera sí preocupante. En cuanto al grupo de edad del sexo masculino, el uno por ciento de los jóvenes de 12 a 17 años consume alcohol en forma preocupante; el grupo de 18 a 29 años lo hace el 14 por ciento y en los grupos de 30 a 39 años y de 40 a 49, causa preocupación el 23 y 24 por ciento respectivamente.

Entre los hombres de 50 a 59 años de edad, la proporción de bebedores que consume en forma preocupante es de 20 por ciento; entre los de 60 a 69 años de edad lo hace un 14 por ciento; y los hombres mayores de 70 años el 10 por ciento causa preocupación (ver gráfica 1).

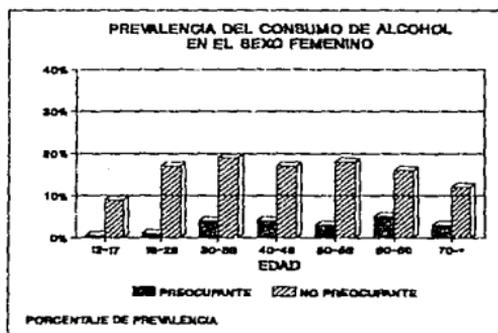
GRÁFICA 1



Un dato que es importante considerar según lo reportado por esta encuesta, es que la prevalencia del consumo de alcohol (preocupante o no) en los jóvenes de 12 a 17 años de edad, alcanza el 12 por ciento.

Por lo que se refiere a la población femenina en el país, cerca de 4,5 millones de mujeres consumen bebidas alcohólicas, es decir, el 16 por ciento del total de las mujeres mayores de 12 años de edad. De la cifra mencionada el 15 por ciento beben sin generar preocupación y uno por ciento de manera preocupante. El porcentaje de mujeres no bebedoras es de 84 por ciento. En este grupo la prevalencia de consumo preocupante aumenta con la edad, observándose la cifra más alta entre los 60 y 69 años de edad (ver gráfica 2).

GRÁFICA 2



De los resultados hasta aquí mencionados destacan dos hechos importantes: que el consumo entre jóvenes menores de 18 años es alto y además ya presentan consumo preocupante de bebidas alcohólicas. De la misma manera, es un dato relevante que la cuarta parte de la población masculina de 30 a 49 años bebe en forma preocupante (Solache y cols. 1990).

En tanto la Encuesta Nacional de Adicciones, realizada en 1988, reporta que el 51 por ciento del total de la población entre 18 y 65 años consume bebidas alcohólicas, con marcadas diferencias por sexo. Así encontramos que en la población masculina el índice de consumo es de 82 por ciento, mientras que en la población femenina se reduce al 44 por ciento.

Si se considera el grupo de población de 12 a 17 años de edad, la proporción de bebedores desciende a 36 por ciento en los hombres y el 22 por ciento en las mujeres (*Medina-Mora y Cols, 1989*).

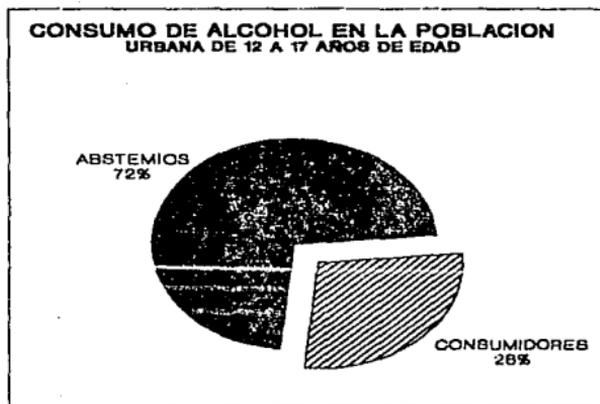
También consideramos importante reportar los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones realizada en 1988 sobre patrones de consumo y dependencia de alcohol para la región centro del país, que indican que un 15.5 por ciento de la población masculina y un 0.5 por ciento de la población femenina a partir de los 18 años de edad, alcanzó el criterio de dependencia.

De igual forma, los resultados de éste estudio indican que la proporción de bebedores que utilizan altas cantidades de alcohol por ocasión de consumo es más elevada que la proporción de bebedores que le pone límite a la cantidad que consume, confirmando el patrón de consumo típico de México, que se ha denominado episódico, o también llamado explosivo, en donde el consumo diario de alcohol no es una práctica común; sin embargo, cuando se bebe se hace sin límites hasta alcanzar la embriaguez (*Medina-Mora y Sepúlveda, 1989*).

Este tipo de consumo, ocasiona elevados índices de problemas de salud relacionados con el abuso de bebidas alcohólicas. Las consecuencias de salud y sociales que ocasiona el consumo excesivo de alcohol, son reportadas por De la Fuente (1989), siendo la población masculina de 15 a 44 años de edad la más afectada.

Estos resultados epidemiológicos en cuanto al inicio temprano del consumo de alcohol entre los jóvenes, coinciden con los datos reportados en otros países. Esto es que la mayoría de la población joven se inicia en el consumo de bebidas alcohólicas antes del tercer año de educación secundaria, o sea alrededor de los 13 años de edad (*Prevention and Treatment of Alcohol Problems, 1989*).

En México la Encuesta Nacional de Adicciones (1988) reporta que el 28 por ciento (treientos cincuenta mil de una población de ocho millones) de los jóvenes de 12 a 17 años consume alcohol (ver gráfica 3).



Una encuesta reciente sobre el consumo de psicotrópicos en la población estudiantil de la República Mexicana, indica que la mitad de la muestra había consumido bebidas alcohólicas en alguna ocasión; una tercera parte lo había hecho en los últimos 12 meses y el 15 por ciento en el

último mes; 20 estudiantes de cada mil habían bebido en 20 ocasiones o más en el último año.

La prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas es alta, sobre todo si se considera que más del 95 por ciento de los estudiantes de la muestra eran menores de 18 años de edad (Medina-Mora; Galván; Rojas; Juárez; Villatoro; López; Berenzón; Olmedo; Carreño; Ortiz, 1993).

Miller (1976), explica que tanto los efectos gratificantes que ocasiona el consumo de alcohol, como otros determinantes próximos como son: presión de los amigos, propiedades relajantes del alcohol, ausencia o baja incidencia de respuestas de afrontamiento y minimización de las consecuencias negativas, hacen que se incida en la ingesta de alcohol sobre todo entre adolescentes.

Estos datos dan pie a la pregunta acerca del papel que juega el alcohol en la sociedad. El uso temprano de alcohol aunque no es un factor determinante puede preceder a problemas conductuales relacionados con las bebidas alcohólicas y el uso de drogas (*Prevention and Treatment of Alcohol Problems 1989*).

Por lo que consideramos necesario probar programas preventivos dirigidos a adolescentes, partiendo de la idea de que un programa preventivo del consumo de alcohol y/o farmacodependencia debe incluir un examen del proceso de desarrollo de la adolescencia (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 1989).

CAPITULO II

ADOLESCENCIA

Aunque el experimentar nuevas conductas, entre ellas el consumo de bebidas alcohólicas, es parte integral del desarrollo del joven, también es cierto que el abuso de bebidas alcohólicas puede afectar dicho desarrollo. Es por ello que se considera importante realizar acciones preventivas dirigidas a la población joven, contra conductas adictivas partiendo de una comprensión del proceso de desarrollo del adolescente.

En el presente capítulo, se reportan algunas investigaciones que identifican los cambios que presenta el adolescente, resaltando la importancia que tienen los agentes socializantes como la familia y los compañeros, en la adquisición y mantenimiento de conductas adictivas.

Diversos autores han considerado (*eje.Climent,1990; Weinstein y Rosen, 1991; Schechterman y Hutchinson, 1991; Darmody,1991*), al periodo de adolescencia periodo que abarca edades de 12 a 18 años-, como una fase de transición, con alteraciones biológicas, emocionales, académicas, sociales e intelectuales. Debido a que estos cambios se presentan abruptamente, los jóvenes tienen dificultades de adaptación.

Es durante esta etapa que los jóvenes experimentan un amplio rango de conductas y patrones de estilos de vida como parte de un proceso de separación de sus padres, desarrollando un sentido de autonomía e independencia, lo que permite establecer una identidad y adquirir las habilidades necesarias para el comportamiento adulto. Sin embargo, estos cambios a su vez, incrementan el riesgo de consumir algún tipo de droga (*Butvin, Dusenbury 1989*)

Kandel y Faust (1975), reportan el desarrollo secuencial del uso de drogas entre los adolescentes. y señalan que tienden a usar progresivamente drogas en el siguiente orden: 1) cerveza o vino, 2) licor fuerte o tabaco; 3) marihuana; 4) otras drogas ilícitas. Por su parte Nelson (1978), define el uso de drogas más sintomáticamente en 4 niveles: 1) uso por experimentación; 2) uso más regular; 3) preocupación diaria; y 4) dependencia (Coombs, R.H. & Coombs, k., 1988).

Para entender el inicio en el consumo de sustancias adictivas, se deben considerar dos aspectos; primero, durante la adolescencia comienza el experimentar con esas sustancias; segundo, este inicio es frecuentemente social, en pocas ocasiones el joven consume drogas sólo, generalmente lo hace con su grupo de amigos (*op. cit.*).

La socialización del adolescente toma especial importancia ya que, en la búsqueda de su autonomía, se comienza a separar de la familia, dejándose influir ya no solamente por estos, sino también por agentes socializantes no familiares, como son amigos, maestros y televisión, principalmente.

Al respecto, Abrams y Niaura (1987) reportan que los agentes socializantes como los compañeros y la familia, juegan un papel importante en la iniciación y mantenimiento del consumo de alcohol.

En lo que se refiere a la influencia de los compañeros como parte del proceso de socialización del adolescente, los jóvenes son presionados a seguir las conductas de su grupo de amigos, lo que incluye la incitación al consumo de drogas.

Grant y Waahlberg (1985), reportan que los jóvenes que se dejan influenciar en esta forma, son personas que presentan baja auto-estima, falta de control, inadecuadas habilidades

sociales, sumisión al grupo, impulsividad, depresión, fracaso en lograr sus metas. así como baja autosatisfacción, rebeldía, alta ansiedad y falta de asertividad (Orlandi, Lieberman y Schinke, 1989). Sin embargo, la evidencia que apoya algunas de estas conductas como predictivas del uso de sustancias, es difícil de interpretar y a veces conflictiva.

Por otro lado y como parte del mismo proceso de socialización, se ha encontrado que en la etapa de la adolescencia se presentan conflictos entre padres e hijos, y un mal manejo de estos puede llevar al adolescente a tomar decisiones drásticas, como serían el dejar la escuela, abandonar su hogar o bien adquirir algún tipo de adicción. Steinberg (1988), reporta que la autonomía en los adolescentes está relacionada con un aumento en el conflicto entre los jóvenes y sus madres, así como un incremento en la distancia emocional entre los adolescentes y sus padres (Papini, Datan, MacCluskey-Fawcett, 1988).

En tanto, Skinner (1980) señala que en sistemas familiares en donde hay dificultad para manejar los cambios, especialmente los relacionados con la adolescencia, aumentan el riesgo de que los jóvenes usen drogas. Ackerman (1980), también sugiere que en estos sistemas familiares disfuncionales, el adolescente prolonga su dependencia a la familia (Cit. en Pardeck, 1991).

Los adolescentes se hacen particularmente vulnerables a las interacciones familiares negativas y cuando existe un conflicto "grande" entre padres e hijos, se han relacionado estas situaciones con el uso de drogas por parte de los adolescentes. También se ha encontrado que los adolescentes cuyos padres abusan del alcohol, están más predispuestos a un consumo excesivo de alcohol; en tanto, para el consumo de tabaco y drogas ilícitas como la marihuana, la principal influencia social predictiva es la de los amigos (Orlandi, Lieberman y Schinke 1989).

Las percepciones que tienen los adolescentes en cuanto a las actitudes de los padres y del grupo de amigos hacia el uso de alcohol y drogas, son tomadas por él con una especial

consideración. La percepción de aprobación o desaprobación en su uso, tiene un efecto en la adquisición de la conducta de consumo del adolescente (*op.cit.*).

Es dentro del proceso de socialización, en donde se establecen ciertas conductas, entre las cuales se encuentra el patrón de ingestión de bebidas alcohólicas. Este patrón de consumo, cambia dentro de las diferentes etapas de la vida, por lo que las creencias respecto al alcohol y su consumo, cambian conjuntamente con las fuerzas socializantes (*Bernes, 1979; cit. en Abrams, Niaura, 1987*).

Hay que señalar que el uso frecuente y casual de consumo de bebidas alcohólicas, es una norma que se presenta en los adolescentes y no es claro que el consumo frecuente entre los jóvenes pueda predecir el desarrollo posterior de alcoholismo. En este sentido, Jessor (1975) sugiere el hecho de que la experimentación con tabaco, alcohol y otras drogas, también forma parte del proceso de identidad personal (*Orlandi, Lieberman y Schinke, 1989*).

Sin embargo, el abuso de alcohol (o drogas) durante la adolescencia, puede dañar la formación de identidad y generar conductas irresponsables, Grant y Waahlberg (1985) señalan que son cuatro las áreas particularmente influenciadas por el abuso de alcohol, estas son:

1. Independencia: La dependencia emocional y física que presentan los niños hacia los padres, comienza a disminuir en la adolescencia temprana. Es cuando los adolescentes asumen más, o se les demanda más responsabilidad para sus elecciones y actividades. Concurrentemente, se requiere menor dominio por parte de los padres. Los problemas relacionados con el alcohol, ocurren cuando es usado inapropiadamente para ocultar los conflictos entre padres e hijos.

2. Profesión: El manejo seguro de las habilidades y una actitud positiva hacia el trabajo y estudio, es básico para un buen desarrollo profesional .

3. Interacción social: Durante la adolescencia, las relaciones interpersonales adquieren mayor importancia, como parte del proceso de independencia de los padres. Los jóvenes aprenden cuál conducta es aceptable y cuál es rechazada.

4.. Sexualidad: Establecer relaciones con el sexo opuesto es una de las nuevas y principales tareas del adolescente. Los estándares sociales, expectativas y los roles definidos por padres y amigos, son aprendidos como individuales. Los jóvenes tienen que adoptar su propia identidad ante un medio ambiente confuso.

Durante la adolescencia, el consumo de alcohol y drogas se relaciona con el conocimiento, creencias, valores, actitudes e intenciones previas que son formuladas como parte del proceso de adaptación, por la familia y compañeros (*Orlandi, Lieberman y Schinke, 1989*).

Tomando en cuenta este proceso de adaptación del joven, se considera pertinente prevenir el abuso de alcohol y/o uso de sustancias. Partiendo de la propuesta de que una de las formas de prevenir el uso de drogas es incrementar la proporción de relaciones positivas entre padres e hijos y disminuir las negativas (*Coombs, Santana, Fawzy, 1984*).

Parece ser que la tarea consiste en hacer del hogar un lugar motivante donde la comunicación entre padres e hijos sea abierta y la autoestima del joven sea fortalecida . Por lo que es necesario realizar acciones preventivas a nivel primario hacia el consumo excesivo de bebidas alcohólicas, pero sobre todo, hacia conductas responsables.

CAPITULO III

PREVENCION

Este capítulo está enfocado a reportar las estrategias para la prevención primaria del consumo excesivo de alcohol. Este tipo de prevención se puede definir como cualquier esfuerzo, plan o estrategia que sirva para disminuir la necesidad de utilizar bebidas con contenido alcohólico y reducir así la prevalencia de problemas relacionados con esta adicción. En otras palabras, la prevención a nivel primario pretende evitar que el abuso de alcohol se presente (Campillo, Díaz y Romero, 1987).

Prevención se puede igualar al cambio de actitudes de nuestra sociedad, siempre y cuando este cambio que debe llevar a una reducción voluntaria en la incidencia del abuso (Chafetz, 1972). En este sentido, se propone un modelo teórico para prevenir el consumo excesivo de alcohol entre los adolescentes.

En congruencia con este objetivo, se exploran los factores que influyen en el consumo excesivo de bebidas alcohólicas. Estos factores incluyen medidas que tiendan a modificar el ambiente (v.g. establecimiento de una edad mínima para la compra de bebidas alcohólicas, prohibición de no conducir en estado de ebriedad), así como medidas diseñadas para un cambio individual de conducta (v.g. programas educacionales).

Idealmente los resultados que proporciona la investigación en la prevención primaria contribuyen a desarrollar y aplicar estrategias de prevención adecuadas (Secretary of Health and Human Services, 1990)

Lo anterior ha dado lugar a desarrollar y probar una variedad de estrategias preventivas dirigidas hacia los adolescentes. Sin embargo el desarrollo de estrategias efectivas de prevención

ha probado ser más difícil de lo que inicialmente se imaginaba. A continuación describiremos algunas de estas estrategias que incluyen: control en cuanto a la disponibilidad de bebidas alcohólicas; control de los medios publicitarios, así como programas informativos.

La disponibilidad de bebidas alcohólicas, aunque es controlado por restricciones estatales y federales respecto a su distribución y producción, muchos de estos límites no son del todo acatados. Por otra parte se han encontrado efectos contradictorios en cuanto a este tipo de límites, por ejemplo, Rusa Gliksmán y Brook (1986), encontraron una asociación positiva entre la disponibilidad de bebidas alcohólicas y el consumo, morbilidad y mortalidad relacionados con el alcohol. Estos investigadores concluyeron que una política que restrinja la disposición de bebidas alcohólicas reducirá el consumo per cápita e, indirectamente, se podrán disminuir los daños relacionados con su consumo. No obstante, otra serie de estudios (*Popham, Schmidt y Delint, 1976; Deluca, 1981*), concluyeron que la disponibilidad del alcohol tiene poco o ningún efecto en la reducción del consumo per cápita y los problemas relacionados con su consumo (*Prevention and Treatment of Alcohol Problems, 1989*).

Por otra parte, los medios publicitarios, especialmente la televisión, juegan un papel cada vez más importante en cuanto a transmitir información a toda clase de público y es una parte significativa en la formación de público receptivo. En los años 70's, se hizo énfasis en transmitir información al público en general acerca de la importancia del consumo moderado de alcohol. Una revisión de 15 campañas de los medios de comunicación conducido por Hewitt y Blanc (1984), reveló que algunas campañas fueron efectivas en el cambio de actitudes o conductas. Posteriormente Wallack (1985, 1987), propuso que los medios de comunicación pueden ser usados como un agente de cambio intencional que incremente el conocimiento, y la discusión pública. Es posible que los cambios significativos en actitudes, conductas o ambas no ocurran precisamente a través de las campañas de publicidad (*Farquhar, Macoby y Wood, 1985*); más bien los programas de prevención deben involucrar varios agentes de cambio, en adición a los

medios de comunicación (*Prevention and Treatment of Alcohol Problems, 1989*).

En lo referente a los programas de información pública, estos han buscado detener el uso y consumo de sustancias nocivas para la salud, mediante el incremento de información en los adolescentes en cuanto a las consecuencias del consumo de esas sustancias. Aunque esta clase de estrategias han proliferado por más de dos décadas, los resultados han indicado que estas aproximaciones no son efectivas, ya que la información, como medio preventivo, puede ser arma de dos filos, debido a que el individuo es puramente receptivo y quizá no asimile la información, no la comprenda o ésta despierte interés en probar algún tipo de droga (Consejo Nacional Contra Las Adicciones, 1989).

Así nos damos cuenta que son muchas las medidas que pueden ser tomadas para prevenir el abuso de alcohol (como restringir la venta y publicidad de bebidas alcohólicas, o incrementar la edad mínima para comprar alcohol). Sin embargo, una mejor opción se encuentra en el SISTEMA EDUCATIVO, mediante programas que resalten el consumo responsable de alcohol. Entendiendo por educación a un proceso continuo, por medio del cual se estimula e incrementa el conocimiento sobre los daños que causa el abuso de bebidas alcohólicas, al mismo tiempo que los valores son definidos y clarificados aspectos que ayudan a tener una actitud responsable (*Bagnall, 1987*).

Pero hay que aclarar que la prevención no sólo es tarea de la escuela. Más bien debe de hacerse en equipo tanto con los padres y con otros miembros de la comunidad (*Echeverría, 1991*).

La investigación muestra que la prevención es un camino prometedor para lograr responsabilidad en el consumo entre jóvenes (*Bagnall, 1990*).

En México, la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social promueven la prevención desde un enfoque médico. Un folleto de la Secretaría de Salud indica que "la información al público no debe ser indiscriminada ni hacerse a la población en general, pues está demostrado que a los jóvenes les despierta mayor curiosidad usar aquello sobre lo que están informando" y añade que "con los jóvenes se deben desarrollar actividades educativas, deportivas y de orientación". La labor educativa debe de ser dirigida a los padres maestros y adultos que se relacionan con adolescentes. (Consejo Nacional Contra Las Adicciones,1989).

En algunas evaluaciones de programas de educación sobre drogas, efectuadas en Estados Unidos, se concluye que un programa de un día no es suficiente para cambiar actitudes y conductas. Se ha probado que una conferencia de cincuenta minutos no deja huella nueve días después (Consejo Nacional Contra Las Adicciones,1989).

Por ello, en la presente investigación se trabajó con los padres de familia de los adolescentes, en un curso teórico-práctico, de cinco sesiones (18 horas), teniendo como modelo la Teoría del Aprendizaje Social.

Y aunque si bien existen diversos modelos teóricos sobre el consumo excesivo de alcohol (como se verá en el siguiente capítulo), nos apoyamos en la Teoría del Aprendizaje Social, la cual explica que las conductas son aprendidas por medio de modelos o patrones. Aquí los padres de familia juegan un papel muy importante. Asimismo, éste modelo teórico, puede ser una buena estrategia preventiva.

CAPITULO IV

MODELOS PSICOLOGICOS QUE EXPLICAN EL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL

Son diversos los modelos teóricos que se han desarrollado para explicar y prevenir el consumo excesivo de alcohol. En este capítulo se hace una breve descripción de algunos de estos modelos¹ enfocándonos principalmente a la descripción de la Teoría del Aprendizaje Social, modelo que sustenta este trabajo.

MODELO MORAL.

El modelo moral ha sido el más utilizado por las diferentes sociedades como un intento de prevenir los problemas generados por el alcoholismo. Antes del desarrollo del método científico, los conceptos religiosos y los ideales filosóficos servían como modelos para dirigir lo que la sociedad consideraba conducta "normal" y "anormal".

El individuo que consumía cantidades exageradas de alcohol, era visto como inmoral y debía de sufrir el peso de la ley. Dentro de este modelo existen dos corrientes: una que acepta el consumo de alcohol siempre y cuando no sea excesivo, y otra postura más radical que condena el consumo de alcohol por muy moderado que éste sea. Ambas tendencias afirman que la única manera de no caer en el alcoholismo es mediante la fuerza de voluntad. En resumen se puede decir que este modelo no ha aportado nada valioso a la comprensión científica de la etiología y el desarrollo del alcoholismo.

¹ Descripción del modelo moral, médico, sociocultural y epidemiológico, esta basada en la revisión de: Elizondo (1988); Tarter y Schneider (1976); Rosovsky (1982); Campillo, Diaz y Romero (1987); Wierk (1988); De la Fuente y Rosovsky (1989); y Secretary of Health and Human Services (1990).

MODELO MEDICO.

Este modelo se basa en el principio de que el abusar de las bebidas alcohólicas es sólo el síntoma de algún trastorno del organismo que puede ser de origen genético, endocrinológico, cerebral o bioquímico. De acuerdo con éste modelo, el abuso de alcohol da lugar a un conjunto de síntomas clínicos, clasificables e identificables, que permiten predecir la conducta del alcohólico y que tiene, al igual que cualquier otra enfermedad, una etiología, historia natural, cuadro clínico, diagnóstico, pronóstico y tratamiento, por lo que se pueden desarrollar estrategias para prevenirlo.

A continuación se describen los factores que según el modelo, médico dan origen al alcoholismo:

1) Factores Genéticos: Se han realizado diversos estudios centrados en los factores genéticos como causa del alcoholismo, Wierik (1988), señala que el alcoholismo parece ocurrir con mayor frecuencia entre familiares cercanos de alcohólicos y reporta que algunos estudios han estimado que el 40 por ciento de alcohólicos tienen un pariente alcohólico.

Aunque se han realizado diversos estudios sobre el origen genético del abuso del alcohol, aún no se puede establecer que sea este factor el determinante o el que explique el alcoholismo.

2) Factores Endocrinológicos: El modelo médico explica que el abuso de alcohol puede deberse a un desorden glandular que se causa por la ingestión de alcohol, ya que ésta ingestión provoca un shock en el sistema endocrino. La continua ingesta lleva a una insuficiencia en la corteza adrenal. Este proceso se inicia con la intoxicación alcohólica, que en un principio lleva a un aumento de hormonas adrenocorticales para después descender abruptamente.

Esta condición lleva a continuar bebiendo.

3) Factores Cerebrales: El fenómeno de pérdida de control, consecuente a una ingesta excesiva de alcohol, ha sido interpretado como un daño cerebral en los centros que controlan el juicio y voluntad.

4) Factores Bioquímicos: La adicción se provoca por los elementos contenidos en el alcohol, que al ser ingeridos por un individuo con predisposición, se incorporan rápidamente al organismo.

En resumen, el modelo médico dá demasiada importancia a la etiología biológica, bajo esta concepción, la cronicidad es la característica esencial que distingue al alcoholismo (Ayala, 1992), no dejando lugar a la prevención ni rehabilitación de dicha conducta.

MODELO SOCIOCULTURAL

Este modelo hace hincapié en que el alcoholismo es sólo una consecuencia del medio ambiente en que se mueve el individuo, independientemente de sus problemas psicológicos o su predisposición biológica hacia la bebida. Kessel y Walten (1975) afirman que en las culturas en las que se alienta a la ingestión de alcohol, prolifera el alcoholismo.

Cuatro son los criterios de causalidad social del alcoholismo: la familia, la organización social, la disponibilidad de bebidas alcohólicas y otros aspectos socio culturales.

La familia es considerada como el elemento más importante en la génesis y desarrollo del alcoholismo. La actitud y la conducta de los padres, respecto a la bebida y las experiencias

negativas (como el divorcio, la pobreza, la desintegración familiar, el hacinamiento, entre otras) contribuyen a crear insatisfacción y desorientación que llevan al individuo a buscar satisfacción en el alcohol y otros fármacos.

Tanto una familia abstemia, en la que hay fanatismo contra el consumo de alcohol, como una familia en la que no se tienen restricciones hacia las bebidas alcohólicas, provocan con mayor facilidad que se abuse de bebidas alcohólicas. En cambio aquellas familias que beben con moderación, los hijos raramente presentarán alcoholismo, aspecto que es apoyado por las investigaciones reportadas por Abrahams y Niaura (1987).

En lo que se refiere a los aspectos relacionados con la organización social, se sugiere que el alcoholismo puede considerarse como un comportamiento opcional que responde a la continua frustración que genera la desorganización social. Los rápidos cambios sociales y económicos, la creciente industrialización, los controles sociales, la competencia etc., constituyen factores que producen tensión o estrés en el individuo, mismos que tienden a reducir mediante la ingestión de alcohol.

En cuanto a la disponibilidad de bebidas alcohólicas, se ha reportado que la publicidad, su mayor disponibilidad, el debilitamiento de las restricciones para consumirlo, y la incorporación al mercado nacional de nuevas marcas comerciales, son elementos que guardan relación con la incidencia del alcoholismo.

Entre otros aspectos socioculturales que también intervienen en el desarrollo del alcoholismo, destacan el sexo, la edad, el estado civil, la raza, la religión, el nivel socioeconómico y educativo.

En suma éste modelo sustenta que es el ambiente sociocultural lo que genera el consumo excesivo de alcohol, no tomando en cuenta la conducta de una persona, ni la interacción que mantiene con su medio ambiente.

MODELO EPIDEMIOLOGICO.

En éste modelo se establece que el alcoholismo es el resultado de una interacción compleja entre el agente (etanol), el huésped (bebedor) y el ambiente (físico, mental y social), (*Secretary of Health and Human Services, 1990; Elizondo 1988 ; Campillo, 1897*).

Existen tres objetivos generales del método epidemiológico: El primero es la identificación de aquellos grupos de personas que padecen o no la "enfermedad" (alcoholismo). El segundo objetivo es la identificación de causas o factores relacionados con la "enfermedad" a través de su historia natural con elementos del medio ambiente. El tercer objetivo es definir la magnitud y naturaleza del problema y determinar sus tendencias.

Para evaluar el curso de una "enfermedad" en la población se utilizan dos conceptos fundamentales: la incidencia, que se refiere a la ocurrencia de nuevos casos de la enfermedad en una unidad de tiempo determinada, por ejemplo seis meses o un año; mediante esta evaluación se puede obtener el dato sobre qué tan rápidamente se incrementa la "enfermedad".

El otro concepto básico es la prevalencia, que es el número de casos activos o existentes de la "enfermedad" en el momento de la observación. Cuando la incidencia crece rápidamente durante un corto periodo de tiempo, se habla de "incidencia epidémica", lo cual quiere decir que nuevos casos aparecieron en forma excesiva en comparación con los existentes. Se considera

"período endémico", cuando existe un gran número de individuos alcohólicos dada una prevalencia alta. La tasa de incidencia puede disminuir y, sin embargo, la prevalencia puede mantenerse estable.

El modelo epidemiológico ha sido útil para conocer la magnitud del problema y posteriormente, poder desarrollar estrategias preventivas.

MODELOS PSICOLOGICOS

Estos modelos subrayan la importancia del individuo (a diferencia del médico que enfoca factores biológicos, o el social que sólo da importancia al medio ambiente). Dentro de estos modelos hay diversas explicaciones (teorías) sobre la conducta del consumo excesivo de bebidas alcohólicas. A continuación se describirán brevemente las teorías que mayor influencia han tenido en el campo de adicciones, desarrollando más ampliamente la Teoría del Aprendizaje Social.

1) TEORIA PSICOANALITICA: La teoría psicoanalítica da una explicación del porqué las personas abusan del alcohol. Estos estudios están basados en la teoría freudiana y neofreudiana, que de acuerdo a Freud (citado en *Wierik, 1988*), los primeros cinco años de vida del niño son los más críticos en la formación de la estructura de la personalidad, esto es, antes de llegar a la etapa genital.

En estas teorías, los alcohólicos no han pasado la etapa oral del desarrollo, en la cual la boca mantiene el contacto con el mundo. Este carácter oral, se refiere a la predilección por fumar, comer y beber. La dependencia del adicto es consecuencia de una falla en el desarrollo.

El alcohol es considerado un sustituto para la adaptación emocional adulta. La conducta de beber se relaciona con los conflictos sin resolver, asociados con la relación de los padres durante la niñez y adolescencia.

Se ha postulado dentro de estas teorías, que las frustraciones orales originadas en la infancia, llevan a una fijación produciendo un tipo especial de personalidad oral y dependiente, por lo que el alcohólico busca satisfacer sus necesidades de seguridad y autoestima a través de un impulso oral insatisfecho.

Uno de los problemas inherentes a esta aproximación, es que los síndromes de personalidad similares ("fijación oral"), pueden predisponer hacia muchos otros tipos de conducta "desviada" como por ejemplo, cleptomanía, uso de drogas, y no solo al abuso del alcohol (Wicrik, 1988).

2) RASGOS DE PERSONALIDAD: Las teorías de la personalidad conciben al alcoholismo como una consecuencia de un desorden de personalidad. Los alcohólicos son vistos como poseedores de un tipo específico de personalidad que abarcaría elementos tales como gran labilidad emocional, inmadurez en las relaciones interpersonales, pobre tolerancia de la frustración, incapacidad de expresar adecuadamente la hostilidad, baja autoestima, compulsividad, sentimientos de aislamiento y confusión del rol sexual. Estas características son muy similares a la descripción psicoanalítica de la dependencia (Elizondo, 1988; Pearlman 1988).

Se ha intentado identificar un tipo de personalidad que tenga predisposición al alcoholismo. Una gran gama de investigaciones se han centrado en el estudio de los rasgos

psicológicos de los alcohólicos, estudiando la relación entre el consumo de alcohol y la personalidad. Wierik (1988) reporta los rasgos específicos de personalidad que se han encontrado:

- Impulsividad
- Tendencia a enojarse con facilidad
- Baja autoestima
- Baja tolerancia a la frustración,
- Sentimientos de ansiedad y depresión
- Dificultad en relaciones interpersonales
- Neurosis

Sin embargo, aún no se ha encontrado un tipo de personalidad característico de los alcohólicos.

3) TEORIA DE LA CONDUCTA DESVIADA. En esta teoría se combinan elementos de tipo psicológico y social para explicar el alcoholismo. Aquí el alcoholismo es visto como algo más que la dependencia física o una fuga psicológica. Es el resultado de una larga serie de desviaciones establecidas en las relaciones de un individuo con otras personas, su familia y la sociedad. Estas relaciones se supone son generadoras de la conducta desviada, por su cualidad de interdependencia. Los motivos y beneficios de las personas que abusan de las bebidas alcohólicas, deben tomarse en cuenta para la evaluación del desarrollo del rol alcohólico (Botvin y Dusenbury, 1989).

En el desarrollo del alcoholismo ésta teoría adjudica a las relaciones sociales la función de contribuir a la desviación inicial. Así, al clasificar a una persona como alcohólica y, por lo tanto desviada de la normatividad, depende la su status social, edad, ubicación y oportunidades sociales. (Jessor, 1968 cit. en Botvin, Dusenbury, 1989).

4) **CONDICIONAMIENTO CLASICO Y OPERANTE:** Estos dos modelos conductuales explican el consumo de bebidas alcohólicas mediante la interacción del organismo con su medio ambiente. Explican que el abuso de alcohol se mantiene por señales antecedentes (condicionamiento clásico) y reforzadores consecuentes (condicionamiento operante).

El condicionamiento clásico señala que existen estímulos (visuales, olfativos o auditivos) asociados al consumo de alcohol, señales que por apareamientos repetidos se convierten en estímulos condicionados e incrementan la motivación para consumir bebidas con contenido alcohólico (Wiker, citado en Pomerleau, Ferting, Baker [y Cooney, 1983).

En tanto, el condicionamiento operante explica el alcoholismo como resultado de una historia de aprendizaje, en la que el consumo de alcohol se ha incrementado en frecuencia, duración e intensidad por los beneficios que proporciona. Una determinada tensión produce en el individuo un estado de impulso que tiende a reducirse si en ese momento el individuo tiene disponible la ingesta de alcohol, ésta reduce la tensión y por lo tanto se convierte en reforzante. El refuerzo vuelve a fortalecer la respuesta de beber cada vez que la tensión aparezca, con lo cual su probabilidad de ocurrencia aumentará llevando al sujeto a la bebida habitual. La pauta de beber se fortalece cada vez más y se transfiere a otros estados de tensión elicitándose en numerosas situaciones mediante un proceso de generalización (*Skinner, 1974; Mayor y Labrador, 1984*).

5) **TEORIA DEL APRENDIZAJE SOCIAL:** Esta teoría ha tenido importantes avances sobre las formulaciones iniciales del condicionamiento clásico y operante.

La Teoría del Aprendizaje Social inicialmente fue desarrollada por Bandura y Walters

(1963), la cual toma en cuenta los principios y procedimientos del condicionamiento clásico y condicionamiento operante, procedimientos que para los años sesenta Eysenck (1964) y Ullmann & Krasner (1965) ya habían demostrado su efectividad en la conceptualización de diversos desórdenes clínicos. Bandura (1969), para dar una explicación sobre cómo se adquiere y modifica la conducta humana, introduce nuevos principios derivados de la psicología cognoscitiva, enfatizando la importancia de los procesos de simbolización, aprendizaje vicario y autoregulación (Wilson, 1988).

La teoría del aprendizaje social establece que los factores personales, ambientales y la conducta están entrelazados y su causalidad es multidireccional.

Este modelo de función recíproca causal es llamado Determinismo Recíproco, que se da entre tres sistemas reguladores de la conducta: 1) control de estímulos externos, que se produce principalmente de acuerdo a los principios del condicionamiento clásico; 2) el control a través de los refuerzos externos, que se ajusta de acuerdo a los procesos del condicionamiento operante y 3) control de procesos cognoscitivos de naturaleza mediacional (Abrahams y Niaura, 1987).

Se asume que el aprendizaje ocurre al experimentar los efectos de la conducta o el repetido apareamiento del estímulo y la respuesta. Un individuo es tanto un agente como un receptor de los patrones de conducta, que interactúa en el ambiente con un número de capacidades básicas cognoscitivas individuales.

Dichas capacidades son: capacidad de simbolización, capacidad anticipatoria, capacidad vicaria y capacidad autoreflexiva. La capacidad de simbolización se refiere a la capacidad de los individuos para desarrollar modelos cognoscitivos de experiencia, que sirven como guías para tomar decisiones, permite proyectar el curso de la acción y generar evaluaciones alternativas. La capacidad de anticipación se refiere a la capacidad para anticipar consecuencias de la acción y fijarse metas. La habilidad vicaria asume que el aprendizaje ocurre por la observación de la

conducta de otras personas y las consecuencias de estas, La capacidad autoregulatoria se refiere a la capacidad de regular la conducta a través de patrones internos y reacciones autoevaluativas. Si hay una discrepancia entre los patrones internos y las conductas, el individuo estará motivado para cambiar sus patrones conductuales. Finalmente la capacidad autoreflexiva se refiere a la capacidad humana para reflejar su pensamiento y monitorear sus ideas. Todos estos factores cognoscitivos ayudan a explicar cómo los individuos son agentes activos de su conducta y ejercen autocontrol sobre sus conductas en un contexto situacional (*Abrahams y Niaura, 1987*).

El determinismo recíproco y la tesis de que los individuos son agentes activos en la determinación de su conducta, es parte central de la Teoría del Aprendizaje Social en el modelo de abuso de alcohol (op.cit).

Collins y Marlatt (1981), señalan que la Teoría del Aprendizaje Social difiere de las teorías tradicionales de adicción que se enfocan en un modelo médico de enfermedad que enfatizan las propiedades farmacológicas del alcohol y sus efectos, es decir, el modelo médico considera al individuo como un ser "pasivo".

El modelo de aprendizaje social reconoce también los factores biológicos como condiciones predisponentes que modulan la conducta y el aprendizaje. Pero también, los principios de este modelo asumen una orientación adaptativa, anticipación, expectación, memoria en cuanto a la historia de uso y modelamiento, que juegan un importante papel como determinantes de la conducta (*Abrams y Niaura, 1987*).

Como resultado de una gran cantidad de investigaciones sobre uso y abuso del alcohol y con bases empíricas, se han elaborado los siguientes principios que combinan tanto la teoría como la investigación (op.cit. a, 1987):

1): Aprender a beber alcohol es una parte integral del desarrollo psicosocial y de socialización en una cultura. La juventud tiene conductas para beber alcohol que han sido formadas por influencias sociales, familiares y grupales. Gran parte del aprendizaje tiene lugar en la niñez y en la adolescencia antes de que consuman alcohol. Este aprendizaje está dado indirectamente por actitudes experiencias y creencias y directamente por el modelamiento del consumo de alcohol y reforzamiento del beber. La influencia de los agentes socializantes puede ser necesaria pero no suficiente para explicar el desarrollo del abuso y dependencia del alcohol.

2) Reconocimiento de diferencias individuales tanto de factores genéticos, como psicosociales. Estos últimos incluyen diferencia en las habilidades sociales o dificultad en el manejo de emociones negativas., ausencia de modelos moderados de consumo o la presencia de modelos de abuso pueden también resultar de alto riesgo para abusar del consumo del alcohol.

3): Experiencias directas con el alcohol pueden determinar importantes incrementos en el desarrollo y experimentación con el alcohol. El consumo continuo del alcohol de da a través del reforzamiento negativo (v.g. reducción de la tensión) y por el reforzamiento positivo (v.g propiedades eufóricas y comportamientos de interacción). Ambos tipos de reforzamiento son producto de las expectativas sociales aprendidas.

4): La principal aproximación determinante de beber es caracterizada por un alto grado de reforzamiento porque (a) los estresores ambientales se extienden en la capacidad para imitar (b) presentando baja autoeficacia como alternativa de limitar conductas, (c) y grandes expectativas en el consumo de alcohol, proporcionando resultados deseados mientras (d) se da

una maximización a largo plazo de las consecuencias negativas. Dependiendo de la generalidad de las demandas ambientales, la disponibilidad del alcohol y el repertorio de habilidades alternativas para limitar episodios de abuso de alcohol.

5): Si el consumo de alcohol es persistente se obtiene tolerancia directa, reforzando sus propiedades y necesitando ingerir cada vez mayor cantidad para lograr los mismos efectos que fueron obtenidos previamente con cantidades más pequeñas.

6): Si el nivel de consumo de alcohol se incrementa, el consumo es mantenido por más tiempo y el riesgo de desarrollar dependencia física o psicológica aumenta. La dependencia psicológica puede también motivar abuso de alcohol, las señales ambientales como signos y olores de alcohol, pueden por sí solos producir demanda de bebidas alcohólicas.

7): Un episodio de consumo de alcohol tiene consecuencias individuales y sociales que pueden exacerbar el acto de beber y producir un placentero incremento en las interacciones subsecuentes de la persona. Por un lado, el individuo aumenta su dependencia al alcohol y anhela los resultados positivos a corto plazo; por otro lado la conducta del individuo tiene un incremento devastador en cuanto a las consecuencias personales a largo plazo. El bebedor excesivo o alcohólico interactúa con modelos muy pobres y con muy limitadas e inflexibles formas alternativas de imitar, ya que las reacciones en el ambiente son evitar al alcohólico, lo cual provoca más estrés y pérdida del apoyo social y decremente la autoeficacia y la capacidad de imitar.

8): La influencia de esta diversidad social situacional y de factores intraindividuales sobre el consumo de alcohol, varía intra e inter individualmente en el tiempo.

9): La reducción en el consumo de alcohol dependerá de las habilidades individuales para elegir o explorar algunas alternativas y específicamente del control para manejar la necesidad de beber.

Por medio de la práctica directa, la persuasión verbal, el modelamiento y las características fisiológicas, el individuo podrá adquirir alternativas prácticas y eficaces, así como destrezas intra e inter personales para desarrollar mejores y mayores niveles de auto eficacia. El individuo podrá ser más autoreflexivo hasta poder identificar los riesgos potenciales del medio ambiente (v.g..r. fiestas o reuniones sociales) y personales (v.g.r. gestos negativos) antecedentes del bebe.

La tesis central de la Teoría del Aprendizaje Social sobre el uso del alcohol, es la autorregulación cognoscitiva.

En resumen, se han realizado diversas investigaciones basadas en el marco teórico de la Teoría del Aprendizaje Social, en cuanto al desarrollo, mantenimiento y modificación del abuso de bebidas alcohólicas

Estas investigaciones han encontrado que el consumo de alcohol está altamente influenciado por diferentes variables psicosociales que incluyen antecedentes ambientales, por medio del condicionamiento clásico se puede propiciar la necesidad "urgente" de beber; consecuencias conductuales de consumo que se pueden activar como reforzadores positivos o negativos; aprendizaje vicario, en donde se toman modelos a seguir en cuanto al consumo de bebidas alcohólicas; y variables interpersonales como competencia, procesos de autoregulación, factores cognoscitivos, historia de aprendizaje, así como carencias y expectativas aprendidas (Wilson, 1988).

Para los teóricos del aprendizaje aprender a beber alcohol es parte integral del desarrollo psicosocial y de socialización dentro de una cultura. La conducta, el consumo de bebidas

alcohólicas en los jóvenes, sus creencias, actitudes y expectativas relacionadas con el alcohol, están formadas por influencias sociales de la cultura, la familia y sus compañeros. Estas influencias se dan indirectamente por las actitudes y expectativas de la familia y amigos y, en forma directa por medio de modelos de consumo de alcohol de estos (*Bandura 1985, Miller 1976, Marlatt y Gordon 1985, Abrams y Niaura 1987; Nathan y Niaura 1987, en Prevention and treatment of alcohol problems*)

Existe evidencia respecto a la importancia de los modelos en cuanto al consumo de bebidas alcohólicas. Caudilli y Marlatt (1975), publicaron el primer estudio experimental sobre los efectos de modelamiento en la conducta del consumo de alcohol. Ellos compararon los efectos de un modelo de consumo excesivo, otro que lo hacía de manera moderada e incluyeron la no presencia de modelo en cuanto al consumo de alcohol. Los resultados demuestran que los sujetos que fueron expuestos a un modelo de consumo excesivo consumían considerablemente más que los sujetos que fueron expuestos a un modelo de consumo moderado o los que no tuvieron modelo. Reid (1978), mostró que los efectos del modelamiento ocurren no sólo en ambientes artificiales de laboratorio, sino también en ambientes naturales (Wilson, 1988)

La influencia del medio familiar ha sido investigada en términos de los factores que pueden contribuir a posteriores problemas relacionados con el alcohol. La investigación relacionada con las variables familiares que influyen en el inicio del consumo de alcohol en los jóvenes, ha encontrado que, los adolescentes son inducidos a tomar alcohol en su casa en presencia de su padres (Davies y Stacey 1972); la abstinencia y la forma de tomar de los padres son frecuentemente paralelos a la abstinencia y a la forma de tomar de los adolescentes (*Secretary of Health and Services 1990*).

Beddlie y Cols.(1980) estudiaron los efectos de cuatro determinantes sociales (modelos parentales, modelos de compañeros, normas parentales y normas sociales) en adolescentes, encontraron que generalmente la forma de beber de los padres se presentó en el fondo de las normas. Esta relación se modifica con la edad; los jóvenes adolescentes respondieron a las normas parentales, mientras que los jóvenes mayores de 18 años estuvieron mas influenciados por sus compañeros, confirmando lo dicho por Harford (1982) (*Mc Dermott 1984*).

La adquisición, mantenimiento y extinción de la conducta es explicada tanto por los estímulos que la mantienen como por los procesos cognoscitivos del sujeto. La fórmula que propone Wilson y O'Leary (1980), $C=f(P,E)$, en la que la conducta (C) es función (f) de las características personales (P) y ambiente externo (E) (*Mayor y Lahrador, 1984*)

Las técnicas utilizadas para modificar el ambiente son probablemente las más eficaces para modificar la conducta. Desde este punto de vista, muchas instituciones (familias, hospitales, prisiones, organizaciones y escuelas), evalúan las condiciones que se esperan maximizarán ciertos tipos de conducta, orientando cierto crecimiento personal (*Moos, 1976*).

Henry Mrray fue uno de los primeros psicólogos en concebir sistemáticamente las fuerzas medioambientales que pueden afectar la conducta individual, incluyendo el ambiente familiar, necesidades individuales (necesidad para el logro, afiliación, autonomía, orden y presión ambiental) y presión social (*Moos, 1982*)

Con este fin, se han desarrollado escalas para evaluar el clima social en ambientes diversos y comparar y contrarrestar esos ambientes. Esto ha permitido probar teorías sobre los

efectos ambientales, así como para construir modelos para conceptualizar resultados de tratamiento, ya sean psiquiátricos o psicológicos (Moos y Fuhr, 1982).

Moos (1984) principalmente en sus estudios sobre ambiente familiar, incluye el ambiente en el que se desarrolla el alcoholismo. Más que estudiar a la familia como un sistema autónomo, incluye el estudio de las características de funcionamiento familiar, y con este objetivo desarrolló el Cuestionario "Escala del Ambiente Familiar" (FES).

En relación al consumo de alcohol, Moos y sus colaboradores han enfocado su atención en diferentes determinantes situacionales, la variabilidad de beber, así como en los eventos estresantes, (como trabajo, presiones familiares, el papel que juega el ambiente y apoyo social). Estos factores biopsicosociales varían en tiempo y de un individuo a otro, a lo largo de "un continuo", iniciando la experimentación en el consumo de bebidas alcohólicas durante la adolescencia (Abrams y Niaura, 1987).

Desde esta línea de investigación en relación a el adolescente y la familia, se ha encontrado que familias cohesivas y expresivas presentan pocos problemas conductuales. La relativa ausencia de cohesión y apoyo entre los miembros de la familia, restringe el desarrollo individual y puede crear ansiedad; en las familias orientadas al logro e independencia, los jóvenes son más asertivos y autosuficientes (Moos, 1984).

Otra investigación que utilizó la Escala de Ambiente Familiar, es la realizada por Justice y Calvert (1990), en la que se encontró que los padres que tienen una carga de estrés, son padres que regularmente abusan de sus hijos, presentando poca cohesión familiar, y disminuye la independencia; estos factores llevan al joven a usar drogas y/o a la delincuencia.

En 1976, Scoresby y Christensen, utilizan el FES para evaluar a familias entrenadas en una formación conductista, este estudio mostro un incremento en la subescala de cohesión y disminución en la de subescala de conflicto, mientras que las familias del grupo control (no entrenadas), no mostraron cambio alguno en su entorno social.

Por los hallazgos encontrados en cuanto a la Escala de Ambiente familiar, resulta útil para la medición de la percepción del ambiente familiar y así poder dar solución a algunos problemas que se presentan en la vida cotidiana, siendo los padres de familia los más indicados para el proceso de cambio en el ambiente familiar, se hace necesario revisar la forma en que ellos están percibiendo el ambiente, para saber qué es lo que están proporcionando a sus hijos .

Se espera que al recibir información desde diferentes perspectivas, se den cuenta de la necesidad del cambio.

El cambio familiar es con frecuencia sencillo y efectivo para tratar diferentes conductas y actitudes (Gordon, 1988), con sólo tener conocimiento y control de los estímulos en determinados ambientes (Bijou y Ribes, 1972).

Considerando lo que la literatura reporta respecto al inicio en el consumo de alcohol a edades cada vez más tempranas que se presenta durante la etapa de la adolescencia, se hace necesario realizar medidas preventivas a nivel primario, dirigidas a esa población.

En este contexto las conductas adictivas son conceptualizadas como socialmente aprendidas y determinadas por una acción reciproca de una variedad de factores externos e interpersonales. Es por ello que en la presente investigación se desarrolló y evaluó un curso dirigido a padres de familia, con el fin de proporcionar información para mejorar el ambiente familiar y de esta manera prevenir conductas adictivas.

CAPITULO V

METODO

SUJETOS

La muestra para efectuar el presente estudio, quedó integrada por 32 padres de familia. Dieciséis formaron el Grupo Control y dieciséis el Grupo Experimental, cuyos hijos asistían a una de las cinco secundarias técnicas seleccionadas al azar de la Delegación Coyoacán, en las cuales se llevó cabo un Programa de Prevención de Consumo Excesivo de Alcohol.

Las características sociodemográficas promedio de ambos grupos, se muestran en el siguiente cuadro, Se observa una edad promedio de 38 años, tanto del grupo Experimental como del Grupo Control. El Grupo Experimental presentó una escolaridad promedio de secundaria y un nivel socioeconómico medio bajo, mientras que la escolaridad promedio del Grupo Control fue de primaria y un nivel socioeconómico bajo. El 38 por ciento de los sujetos en ambos grupos, fue del sexo femenino ..

PROMEDIO	G.EXPERIMENTAL	G.CONTROL
EDAD	38 AÑOS	38 AÑOS
ESCOLARIDAD	SECUNDARIA	PRIMARIA
N.SOCIOECONOMICO	MEDIO BAJO	BAJO

TIPO DE MUESTRA

La muestra fue de tipo casual, constituida sólo con aquellos padres de familia que decidieron acudir voluntariamente al tratamiento (curso).

ESCENARIO

El escenario específico en donde se llevó a cabo el curso fue la sala de juntas de la escuela secundaria "Ramón López Velarde", sala cuyas dimensiones aproximadas eran de 3 por 6 metros, que contaba con un ventanal y cortinas.

El mobiliario incluía tres estantes, una mesa rectangular a cuyo alrededor se dispusieron varias sillas, así como una mesa más pequeña con servicio de café.

MATERIALES

Los instrumentos que se utilizaron a lo largo de la investigación fueron el Cuestionario Escala de Ambiente Familiar (FES) forma R, desarrollado por Moos (1974); un Cuestionario sobre Conocimiento y Actitudes Respecto al Alcohol; un cuestionario sobre utilidad del curso; un tríptico que contiene una invitación y un pequeño cuestionario (*Anexo 1*); un curso de prevención dirigido a padres de familia, denominado "Como hablar con su hijo". Cabe mencionar que dicho curso se diseñó tomando en cuenta las sugerencias de la población (*Anexo 2*).

Como material auxiliar se usaron un rotafolio, hojas de papel, plumones de diferentes colores, diapositivas, un proyector, una videograbadora, un monitor a color, una película, gafetes, y lápices.

INSTRUMENTOS

Se emplearon tres tipos de instrumentos:

A). El Cuestionario Escala de Ambiente Social Familiar (FES) forma R, original de Moos (1974), traducida y adaptada por Ayala, Aduna, Echeverría, Mata (1990), (*Anexo 3*).

Este instrumento mide la calidad y disponibilidad de los sistemas de apoyo familiar; concretamente se centra en la medición y descripción de las relaciones interpersonales percibidas entre los miembros de la familia (Quiroga, Echeverría, Mata, Ayala, 1990). Dicha escala consta de 90 reactivos tipo falso-verdadero, que consiste de 10 subescalas, las cuales evalúan:

- 1) **Cohesión:** El grado de confianza relacionado con la ayuda y apoyo que los miembros de la familia dan uno a otro.
- 2) **Expresividad.** En qué medida cada miembro de la familia es estimulado para actuar abiertamente y expresar sus sentimientos en la misma forma.
- 3) **Conflicto:** La cantidad de angustia, agresión y conflicto que expresan los miembros de la familia.
- 4) **Independencia:** La medida en que cada miembro de la familia es asertivo y autosuficiente para tomar sus propias decisiones.
- 5) **Orientación a Metas:** Qué tanto, cada actividad (escolar o laboral), es orientada hacia una meta o trabajo competitivo.
- 6) **Orientación Cultural-Intelectual:** El grado de interés en actividades políticas, sociales, intelectuales y culturales.
- 7) **Orientación de Acción Reacción:** La participación en actividades sociales, recreativas y deportivas.

- 8) Enfoque Moral-Religioso: El grado de énfasis en valores éticos y religiosos.
- 9) Organización: El grado de importancia de una organización y estructura clara en la planeación de actividades familiares y toma de responsabilidades.
- 10) Control: Qué tanto se usan las reglas y procedimientos en la vida familiar.

Esta escala contempla múltiples posibilidades de empleo, de tal forma que le confieren una amplia gama de aplicaciones. Por ejemplo, permite comparar "climas sociales" de diferentes familias entre padres e hijos; el tipo de ambiente familiar que se desea o espera, lo cual permite identificar las áreas en las que se tendrá que trabajar cuando se lleve a cabo un tratamiento familiar. En este sentido, la literatura reporta que la validez de la Escala de Ambiente Familiar ha sido establecida a través de 500 estudios internacionales, demostrando en todos ellos, las posibilidades de discriminar las áreas problemáticas de las familias.

Algunas investigaciones que han utilizado la escala son: como instrumento predictivo (Ford, Baschford y Dewitt, 1979); evaluación sobre cambios que siguen a una terapia familiar (Fuht, Moss y Dishotsky, 1981); las evaluaciones del ambiente familiar en pacientes en tratamiento (Moss y Moss, 1984); como instrumento de diagnóstico y de auxilio para la formación de estrategias de intervención (Moss y Furh, 1982); evaluación familiar percibido por adolescentes farmacodependientes en zonas marginadas (Quiroga, Echeverría, Mata, Ayala, 1990); evaluación de la percepción familiar en sujetos farmacodependientes (Vega González, 1991).

B). Una serie de preguntas sobre conocimiento y actitudes respecto al alcohol. Dicho cuestionario fue elaborado basándonos en el paquete educativo de la Dra. Bagnall (1990) y en la Encuesta Nacional de Adicciones (*Anexo 4*).

C). Cuestionario de utilidad del curso. Este cuestionario se aplicó al grupo experimental y se divide en dos partes: evaluación realizada inmediatamente después de finalizado el tratamiento sobre calidad del curso, (*Anexo 5*); y evaluación realizada a los seis meses posteriores al tratamiento sobre utilidad del curso (*Anexo 6*).

DEFINICION DE VARIABLES

La variable independiente fue el curso "Cómo hablar con su hijo",

La variable dependiente fueron los cambios observados en los padres de familia entre pre y posevaluación de los instrumentos de Escala de Ambiente Familiar y Cuestionario de Conocimiento y Actitudes respecto al alcohol.

DISEÑO DE INVESTIGACION

Se llevó a cabo un diseño de investigación cuasiexperimental de grupo Control no equivalente, que comprende un grupo control y un grupo experimental; ambos grupos fueron evaluados en la fase de pre y pos evaluación. En este tipo de diseño, los grupos son formados conforme a la disponibilidad que se tenga a ellos y la asignación puede ser controlada por el investigador (Campbell y Stanley, 1982), que fue el caso de la presente investigación.

0 X 0

0 0

PROCEDIMIENTO:

Se seleccionaron al azar cinco secundarias ubicadas en la Delegación Coyoacán; de las cuales una fue elegida nuevamente al azar, se utilizó para formar el Grupo Control y en las otras cuatro para formar el Grupo Experimental.

En la escuela seleccionada para formar el grupo control, se convocó (por medio de citatorios) a los padres cuyos hijos estuvieran en el primer o segundo grado de educación secundaria¹, con el fin de realizar la fase de preevaluación, para lo cual se aplicaron dos instrumentos: 1) La Escala de Ambiente Familiar forma R (FES) y 2) El Cuestionario de actitudes y conocimiento respecto al alcohol. Seis meses después se realizó la posevaluación. Esta secundaria no recibió ningún tipo de tratamiento.

En tanto, en las cuatro secundarias que se designaron para formar el Grupo Experimental, acudimos a impartir la "Conferencia de Prevención de Alcoholismo" dirigida a padres cuyos hijos se encontraban en primero o segundo grado de educación secundaria; la duración de dicha conferencia fue 60 minutos aproximadamente. Al finalizar esta, se entregó un tríptico que contenía información general sobre la conferencia, lo mismo que un pequeño cuestionario de cuatro preguntas y la solicitud de ciertos datos para ser llenados por las personas que tuvieran interés en tomar el curso "Cómo hablar con su hijo".

¹ A los alumnos de tercer grado, recibieron información por parte del Centro de Integración Juvenil.

Posteriormente, concluido el período de conferencias en cada una de las cuatro secundarias, se procedió a recolectar los datos de los interesados en tomar el curso antes mencionado. Se seleccionó la escuela "Ramón López Velarde" como punto de reunión, ya que fue la escuela en donde hubo un número mayor de solicitudes. Se convocó por medio de citatorios a los padres de familia de las cuatro secundarias para que acudieran a la secundaria "Ramón López Velarde", para acordar algunos aspectos respecto al curso que se impartiría. Acudieron 17 personas a la cita, de las cuales 15 tenían algún hijo en la escuela de encuentro y las dos personas restantes en otra de las secundarias de la zona.

En este primer encuentro se llegó a los siguientes acuerdos: el sitio en donde se impartiría el curso sería la misma escuela de reunión "Ramón López Velarde"; se tendría una reunión por semana a efectuarse el día sábado a las 8:30 de la mañana y como fecha de inicio se decidió el 30 de Mayo de 1992.

Se revisó el temario del curso y simultáneamente se anunció que se aceptaban sugerencias. También en esta reunión se realizó la fase preevaluación del Grupo Experimental, que consistió en aplicar la Escala de Ambiente Familiar forma R (FES) y el Cuestionario de Actitudes y Conocimiento Respecto al Alcohol. Finalmente, a los padres de familia que no asistieron a la reunión y de los cuales se tenían sus datos, se les hizo la invitación vía telefónica para que acudieran al curso la fecha acordada.

El curso se inició el día y hora acordados. Asistieron 22 padres de familia a la primera sesión, de los cuales cinco fueron acompañados por su pareja, por lo que se carece de la evaluación de ellos. Con el fin de romper la tensión inicial e integrar al grupo, se comenzó la sesión con la técnica "La telaraña", en donde los participantes se presentaban ante los demás y luego exponían las razones de su interés por el curso y lo que esperaban del mismo. Posteriormente se revisó el primer tema, "Adolescencia". y al final, como tarea se pidió que

identificaran una de las conductas de su hijo que quisieran modificar, para lo cual deberían contestar las siguientes preguntas: ¿Qué sucedió antes de presentarse la conducta indeseada? y ¿Qué sucedió después?, con el fin de analizar los factores antecedentes y consecuentes de la conducta.

A la segunda sesión acudieron 15 personas. Después de hacer el resumen de la sesión anterior y revisar la tarea correspondiente, se procedió a exponer el tema II "Factores de riesgo" y se comenzó a revisar el tema de "Comunicación", en donde se expusieron los dos tipos de comunicación, tanto comunicación verbal como no verbal. Como último punto de esta sesión, se explicó la siguiente tarea que tenían que realizar, para la cual se les entregó un registro semanal, en donde tenían que anotar el tipo de comunicación que mantenían con su hijo (verbal o no verbal), así como el momento del día en que ésta ocurría (mañana, tarde, noche).

A la tercera sesión asistieron 15 personas. Se continuó con el tema de Comunicación. Se empleó el método instruccional "Lío Familiar", que resalta la importancia de transmitir un mensaje claro. Para concluir con el tema, se realizaron ejercicios para ilustrar los tipos de respuesta que terminan con la comunicación, empleando el método instruccional "Comunicación funcional y disfuncional". Enseñada se revisó el tema de valores.

En la cuarta sesión a la que acudieron 12 padres de familia, se revisó el tema "Autoestima". Para ello se realizó un ejercicio que consistió en identificar cualidades y defectos del hijo adolescente de cada participante, con el fin de observar qué es lo que identificaban más fácilmente, lo cual se discutió, ya que se observó que la mayoría de los participantes identificaron con mayor rapidez los defectos que las cualidades. Se continuó con la revisión del tema y finalmente, como tarea, se les entregó un registro en el que tenían que anotar las conductas que como padres realizan para aumentar la autoestima de su hijo.

A la quinta sesión asistieron nuevamente 12 padres de familia. Se presentó la película "Tu hijo tú mismo", con el fin de ilustrar cómo los padres pueden contribuir en la modificación de la conducta de sus hijos. Dicha película se relacionó con los temas hasta el momento revisados, lo que dio lugar a comentarios y discusión en el grupo. Posteriormente se explicó el significado de "Asertividad" y como tarea se les pidió que practicaran el ser asertivos durante la semana y anotaran sus observaciones. Por último se recordó a los participantes que la siguiente sesión sería la última, con este motivo se organizó un convivio, donde se resaltó la importancia de su presencia en esa ocasión.

A la sexta sesión asistieron 19 padres. Al revisar la tarea, se expusieron las dificultades de ser asertivo y se realizaron ensayos conductuales de asertividad ante situaciones familiares. Posteriormente se pasó a revisar el último tema del curso, "Consumo responsable de alcohol", el cual se relacionó con los temas revisados, así mismo se realizó un resumen de todo lo expuesto durante el curso.

Antes de dar por terminado el curso, se pidió a los participantes evaluaran la calidad del curso en general por medio de un cuestionario. Posteriormente, se felicitó y entregó un "diploma" a aquellas personas que fueron constantes a lo largo del curso.

Sobre las consideraciones generales del curso hay que señalar lo siguiente:

La participación al inicio del curso fue generalmente instigada, pues hubo necesidad de hacer preguntas directas a los asistentes. Sin embargo, la participación espontánea fue en aumento a lo largo del curso.

Las reuniones se iniciaban con el resumen de lo expuesto la una sesión anterior, para lo

cual se pedía a los asistentes que comentaran lo que se había revisado y posteriormente alguna de las expositoras completaba el resumen; se continuaba con la revisión de la tarea.

Al final de cada sesión se les agradecía su asistencia y participación y se les reiteraba la invitación para que acudieran a la siguiente reunión.

Por último, cabe señalar que a los padres de familia que no asistían a alguna de las reuniones, se les llamaba por teléfono para que no faltaran a la siguiente sesión.

Seis meses después se estableció contacto con las personas que formaron el Grupo Control y el Experimental con el fin de realizar la fase de posevaluación con la aplicación de la "Escala de Ambiente Familiar" y el Cuestionario de Actitudes y Conocimiento; a demás se añadió el cuestionario de utilidad del curso al Grupo Experimental. Hay que señalar que al realizar ésta evaluación, una persona del Grupo Experimental no fue localizada, por lo que hubo muerte experimental de un sujeto, quedando una muestra de 16 padres de familia.

CAPITULO VI

RESULTADOS

Los resultados de esta investigación, se presentan comparando el grupo experimental que recibió el tratamiento, (un curso dirigido a padres de familia) con el grupo control que no recibió dicho tratamiento. Ambos grupos fueron evaluados en dos ocasiones, (en la fase de preevaluación y seis meses después en la fase de posevaluación).

Un aspecto que hay que considerar para la presentación e interpretación de los resultados, es el diseño utilizado en esta investigación, que corresponde a un diseño cuasiexperimental de grupo control no equivalente, el cual comprende un grupo experimental y un grupo control. Ambos grupos recibieron dos evaluaciones, pretest y posttest; sin embargo, no poseen equivalencia preexperimental de muestreo (*Campbell, 1982; Cook y Campbell, 1979*); es decir, los grupos no se formaron aleatoriamente. De hecho, como se señaló en el capítulo anterior, el grupo experimental fue superior en cuanto a escolaridad y nivel socioeconómico, en comparación con el grupo control.

Por otro lado, hay que señalar que debido a que el grupo control ($n=20$) fue más grande que el experimental ($n=16^1$), se eliminaron al azar cuatro casos del grupo control, con el fin de evitar sesgo en las varianzas debido a la determinación de diferente número de sujetos por grupo, aspecto que hay que considerar sobre todo en muestras relativamente pequeñas, como es el caso de la presente investigación.

¹Inicialmente 17 sujetos formaron el grupo experimental, sin embargo, hubo muerte experimental de un sujeto, es decir, un sujeto no fue localizado en la fase de preevaluación.

Para analizar la efectividad del tratamiento se realizaron tres diferentes evaluaciones:

I. - Por medio de la prueba t para muestras relacionadas e independientes, se evaluaron los cambios entre el grupo control y el experimental respecto a la Escala de Ambiente Familiar de Moos forma R (FES). Esta Escala evalúa las relaciones interpersonales percibidas entre los miembros de la familia.

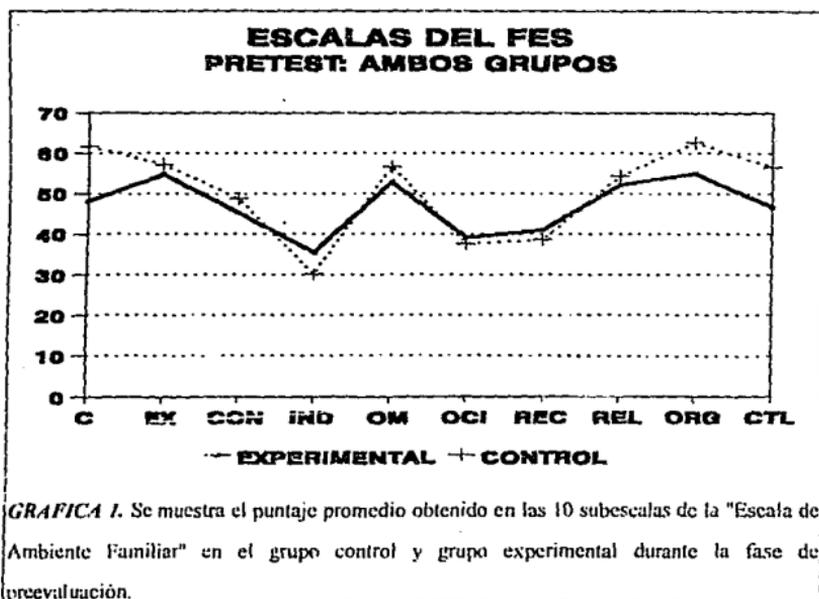
Ib.- Por medio de la prueba F para un sólo grupo, se realizó la comparación de la Escala de Ambiente Familiar forma R (FES), entre el grupo experimental y control con respecto a la norma mexicana. Los datos de dicha norma se obtuvieron con base en una muestra de 661 sujetos, quienes acudieron a solicitar atención al Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología.

II. - Comparación en el cuestionario de actitudes respecto al alcohol entre el grupo control y experimental. El cuestionario se formó utilizando preguntas de la Encuesta Nacional de Adicciones (sección de bebidas alcohólicas) y un cuestionario de actitudes respecto al consumo de bebidas alcohólicas, aplicado en el Reino Unido en un programa de prevención. Estas preguntas fueron diseñadas para medir actitudes positivas y negativas hacia el consumo de alcohol. El cuestionario para esta investigación, quedó integrado por 12 preguntas de respuesta cerrada (sí, no, no sé).

III.- Finalmente, se reportan los datos obtenidos por el grupo experimental sobre la calidad y utilidad del tratamiento. La evaluación sobre calidad, se realizó inmediatamente después de finalizado el tratamiento como preevaluación, por medio de un cuestionario de 11 preguntas, con el cual se calificó el curso en forma general en una escala de 1 a 5 puntos. La evaluación sobre utilidad, se realizó por medio de un cuestionario de 6 preguntas seis meses después como posevaluación.

A continuación se describirán los datos obtenidos en cada una de las mediciones.

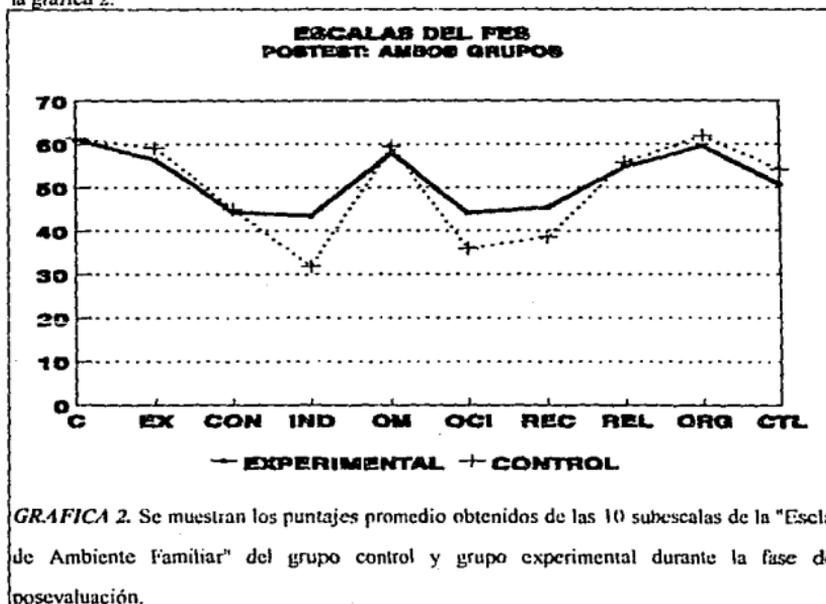
1a.- La gráfica 1 muestra el puntaje promedio en cada una de las subescalas de la "Escala de Ambiente Familiar", entre el grupo control y el experimental en la fase de preevaluación.



Se observa que el grupo control presenta un mayor número de subescalas con promedios más altos que los del grupo experimental. Sin embargo, este incremento sólo es estadísticamente significativo en las subescala de control (CTL, $t=-2.029$, $P=0.052$) y cohesión (C, $t=-2.549$, $P=0.020$).

Aunque las subescalas de independencia (IND), orientación cultural intelectual (OCI), y orientación acción reacción (REC), se presentan ligeramente más elevadas en el grupo experimental, tal diferencia no es estadísticamente significativa.

Los resultados de la fase de posevaluación en la comparación intergrupo, se muestran en la gráfica 2:

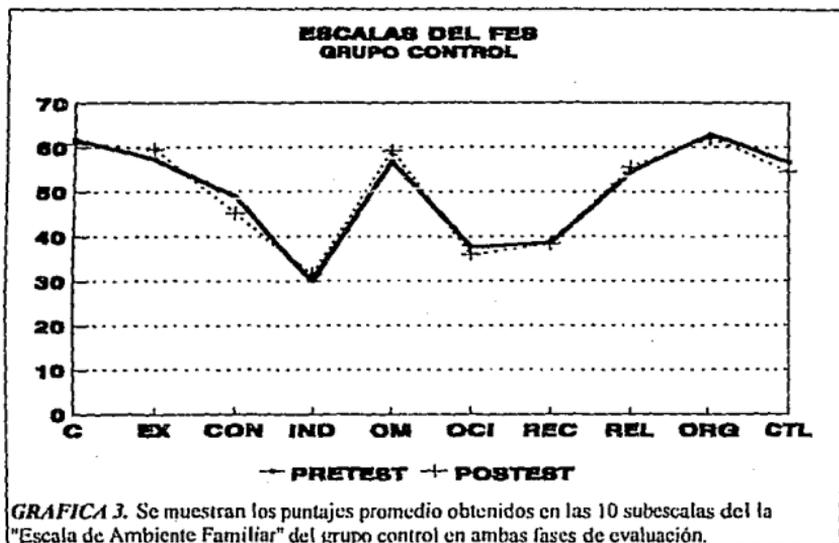


Por medio de la prueba *t* para muestras independientes, se observa que el grupo experimental obtuvo dos subescalas significativamente mayores que las del grupo control. Estas subescalas son independencia (IND, $t=2.03$ $p=0.052$) y Orientación cultural intelectual (OCI, $t=1.96$ $p=0.05$).

Las dos gráficas siguientes reportan los cambios entre las fases de pre y posevaluación intragrupo, aplicando la prueba *t* para muestras relacionadas.

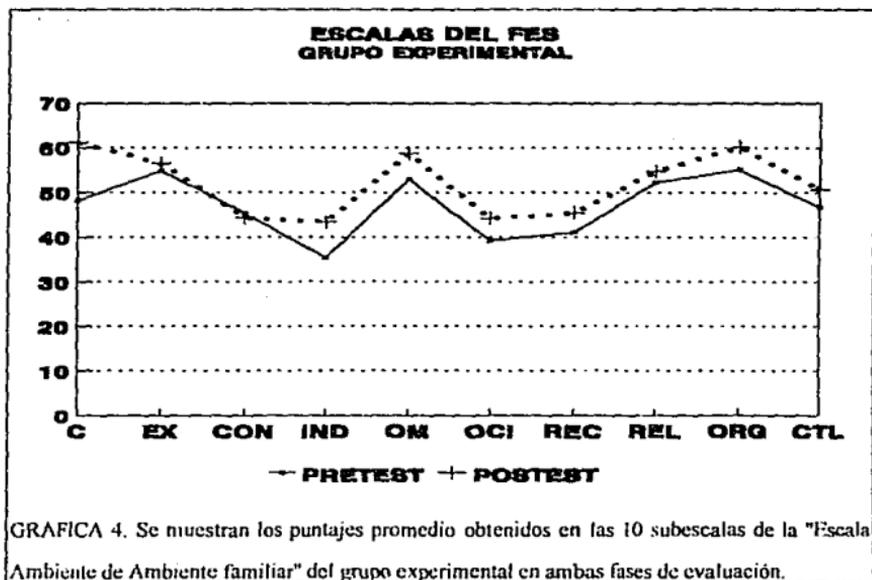
En la gráfica 3, se muestran los puntajes del grupo control, de ambas fases de evaluación. Se observa que en general no se presentaron incrementos significativos, manteniéndose un perfil relativamente homogéneo entre la pre y pos evaluación.

Sólo las escalas de expresividad (EX) y orientación a metas (OM), presentaron un ligero incremento, que no fue estadísticamente significativo.



Las comparación entre pretest-postest del grupo experimental, se muestran en la gráfica

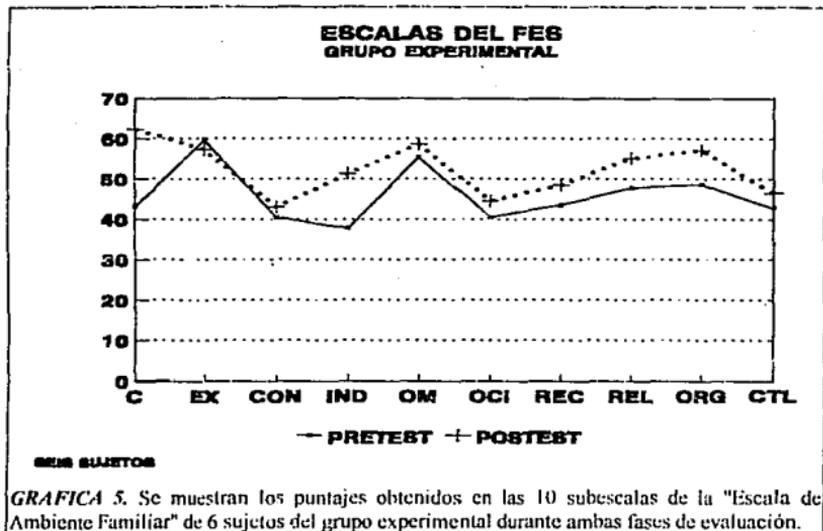
4.



Se obtuvo un incremento estadísticamente significativo en la subescala de cohesión (C, $t=2.45$, $P=0.02$). También se observa, que en general se presentaron incrementos en todas las subescalas, aunque estos no fueron estadísticamente significativos. Solamente la subescala de conflicto (CON) no presentó incremento alguno; la subescala de expresividad (EX) es la que muestra menos incremento.

Debido a que no todos los sujetos que conformaron el grupo experimental se presentaron regularmente al tratamiento, se decidió analizar los perfiles de aquellos que asistieron más frecuentemente.

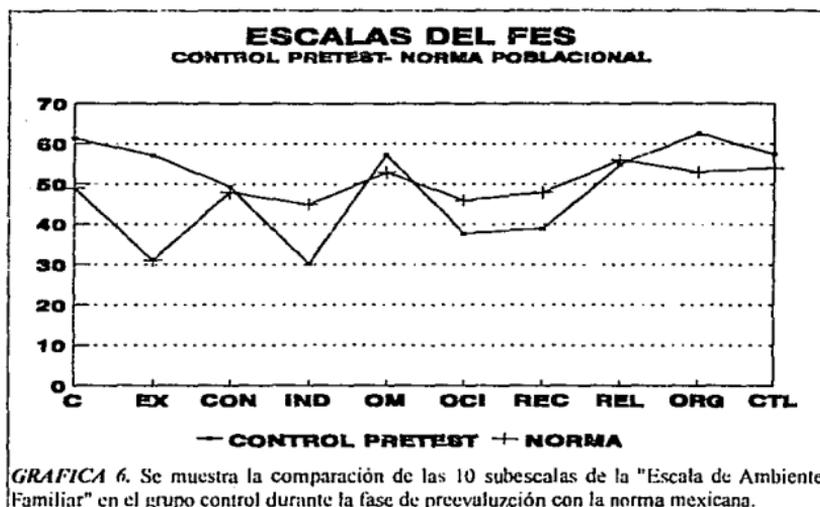
En la gráfica 5, se presentan los perfiles de los sujetos que asistieron al menos un 80% de las veces al tratamiento



Al realizar el análisis estadístico de los seis sujetos que asistieron más regularmente al tratamiento, se obtiene un incremento estadísticamente significativo en las subescalas de cohesión (C, $t=-2.44$, $P=0.05$) e independencia (IND, $t=-3.38$, $P=0.02$), en la fase de posevaluación.

1b.- Para comparar los resultados de la Escala de Ambiente Familiar de ambos grupos con la norma mexicana, se aplicó una prueba F para un solo grupo.

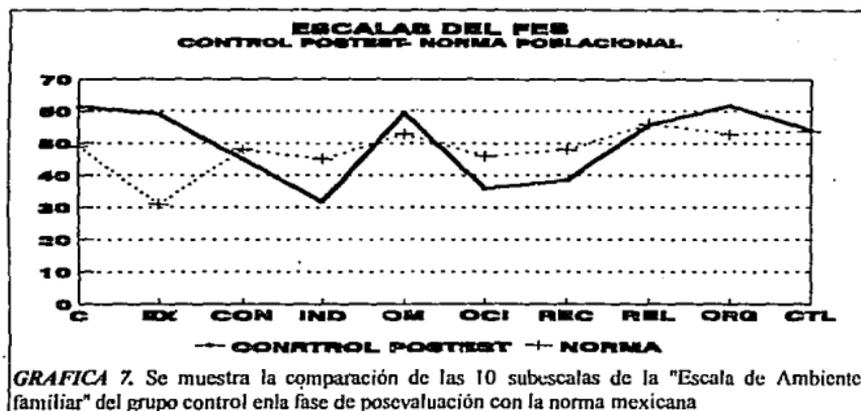
La gráfica 6 muestra las diferencias en la condición pretest del grupo control con la norma mexicana.



Por medio de la prueba F, con $\alpha = .05$, se obtuvo que las subescalas de conflicto (CON, $F = 23$), religión (REL, $F = 26$) y control (CTL, $F = .007$), no difieren significativamente entre ambos grupos.

El grupo control muestra 4 subescalas más elevadas significativamente, con respecto a la norma mexicana. Estas subescalas son: Cohesión (C, $F = 42.23$) expresividad (EX, $F = 183.28$), orientación a metas (OM $F = 13.65$), y organización (ORG $F = 12.69$). En tanto, las subescalas de independencia (IND, $F = 16$), orientación cultural intelectual (OCI, $F = 20$) y orientación de acción

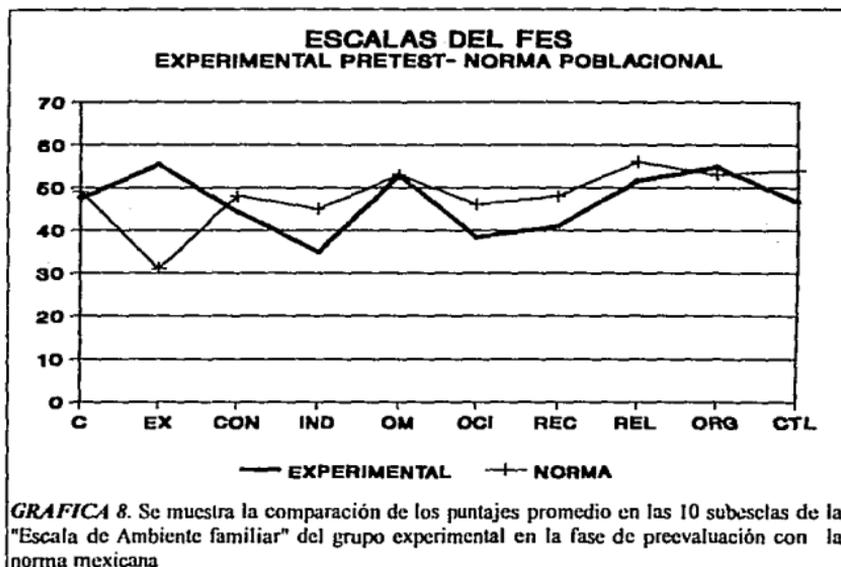
La comparación en la fase de posevaluación del grupo control, con la norma poblacional mexicana, se presenta en la gráfica 7.



Se observa que, en general, el perfil no cambió, con respecto a la preevaluación, (C, $F=37$; EXP, $F=139$; CON, $F=.56$; IND, $F=11.3$; OM, $F=18$; OCI, $F=11.5$; REC, $F=12.2$; REL, $F=.008$; ORG, $F=16.3$; CTL, $F=.007$).

En las dos gráficas siguientes, se muestra la comparación del grupo experimental con la norma mexicana.

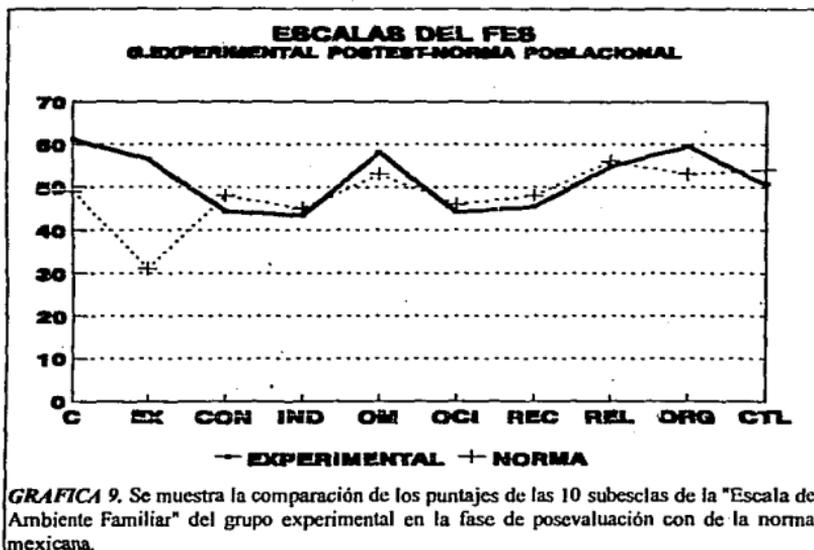
La gráfica 8, presenta las diferencias del grupo experimental en la condición pretest, con respecto a la norma mexicana.



Por medio de la prueba F, se obtiene que las subescalas de cohesión (C, $F=78$), conflicto (CON, $F=71$), orientación a metas (OM, $F=0.05$), orientación de acción reacción (REC, $F=4$), orientación moral religiosa (REL, $F=2.5$), organización (ORG, $F=14$) y control (CTL, $F=1.4$), no presentan diferencias significativas entre ambos grupos.

Sólo la escala de expresividad (EX, $F=57.5$), del grupo experimental, es superior significativamente respecto a la norma; las subescalas de independencia (IND, $F=5.9$) y orientación cultural intelectual (OCI, $F=4.5$), son significativamente superiores en la norma.

La gráfica 9, muestra los resultados al comparar al grupo experimental en la fase de posttest con la norma mexicana.



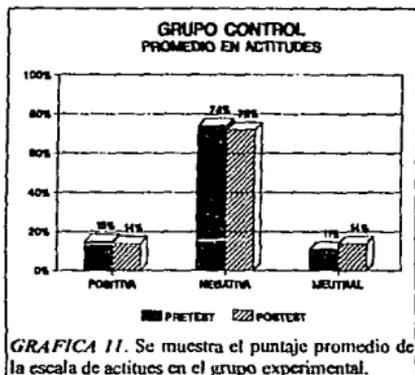
Por medio de la prueba F, se obtiene que las subescalas de conflicto (CON, $F=71$), independencia (IND, $F=1.3$), orientación cultural intelectual (OCI, $F=38$), orientación de acción reacción (REC, $F=95$), orientación moral religiosa (REL, $F=18$) y control (CTL, $F=1.4$), no difieren significativamente en ambos grupos

Las subescalas de cohesión (C, $F=45.2$), expresividad (EX, $F=165$), orientación a metas (OM, $F=7.7$) y organización (ORG, $F=10$), del grupo experimental presentaron un incremento estadísticamente significativo.

II.- Los resultados del cuestionario sobre actitudes respecto a el consumo de bebidas

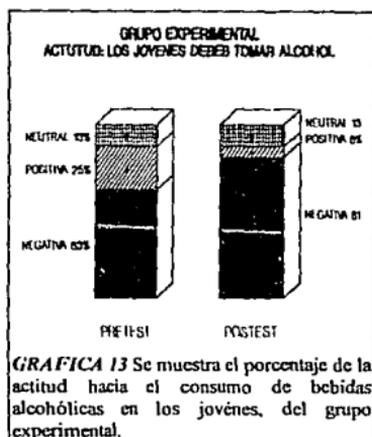
alcohólicas, se muestran en las gráficas siguientes.

Las gráficas 10 y 11 representan el porcentaje promedio en actitudes hacia el consumo de bebidas alcohólicas en el grupo control y experimental en ambas fases de evaluación.



Se observa que ambos grupos, en general no muestran actitudes positivas hacia el consumo de bebidas alcohólicas. Por el contrario, las actitudes negativas fueron apoyadas por la mayoría de los entrevistados. El número de personas con esta actitud tiende a aumentar después del entrenamiento en el grupo experimental.

Para identificar cambios en la escala de actitudes, se decidió hacer un análisis reactivo por reactivo. Se encontró que el mayor incremento de actitud negativa, se relaciona con el consumo de bebidas alcohólicas en los jóvenes, resultados que se muestran en la gráfica 12 y 13.



Catorce padres de familia del grupo control, reportaron una actitud negativa hacia el consumo de bebidas alcohólicas en los jóvenes durante la fase de preevaluación, actitud misma que fué apoyada por 15 personas en posevaluación. De modo similar, en el grupo experimental aumentó el número de personas que reportan tener una actitud negativa (de 10 padres de familia con está actitud durante la fase de preevaluación a 15 en la fase de posevaluación).

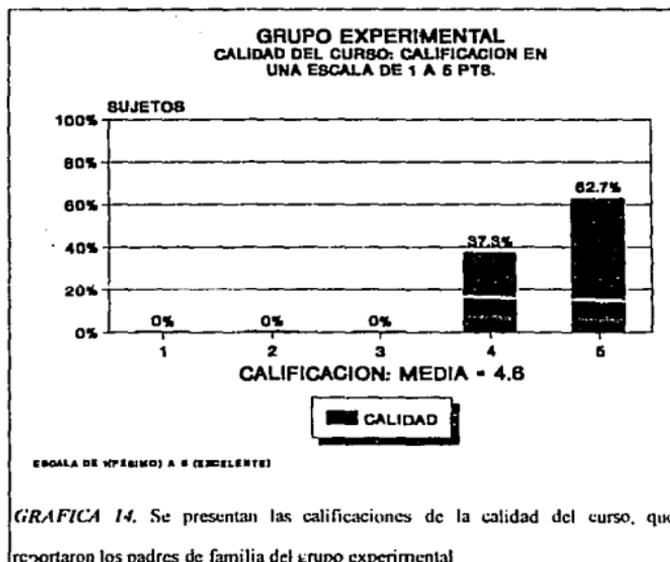
Hay que indicar que también se aplicó un cuestionario para evaluar el conocimiento respecto los efectos del consumo de alcohol, en el cual no se presentó ningún cambio entre el pretest y postest en ninguno de los dos grupos. Aunque en el siguiente capítulo se presentan más ampliamente estos resultados, se señalan los dos posibles factores que se considera influyeron estos resultados:

a) A que solamente se evaluó una sesión del curso, (la última, en donde se dió la información sobre los efectos del consumo del alcohol y el consumo responsable).

b) A que la posevaluación se realizó seis meses después.

III.- Por último se evaluó la calidad y utilidad del curso que recibió el grupo experimental. Por medio de esta evaluación se obtuvieron los siguientes resultados:

1) Calificación en la escala del cuestionario calidad del curso; la escala va de 1 (pésimo) a 5 (excelente) puntos. Como se muestra en la gráfica 14, se obtuvo una media de 4.6.



Esta primera evaluación se realizó inmediatamente después de concluir el tratamiento.

2) Los datos que se obtuvieron al aplicar un cuestionario sobre la utilidad del curso, seis meses después del término del mismo, como posevaluación, fueron : el 100% de los sujetos a los que se les aplicó esta evaluación, reportaron que el curso fue útil, así como que han utilizado la información proporcionada con sus hijos adolescentes. Hay que indicar, que no se aplicó esta última evaluación a dos sujetos, que sólo acudieron a dos sesiones del tratamiento.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Los resultados de la presente investigación tienen implicaciones interesantes.

Los resultados obtenidos al comparar el grupo control con el grupo experimental en la "Escala de Ambiente Familiar" (FES) forma R, durante la fase de preevaluación, indican que los padres de familia que conformaron el grupo control, se percibieron con un grado significativamente mayor de confianza y apoyo (subescala de cohesión), así como con mayor uso de reglas familiares (subescala de control), que los padres de familia del grupo experimental. En tanto durante la fase de posevaluación, el grupo experimental, se percibió significativamente más autosuficiente (subescala de independencia) y con mayor interés en actividades sociales y culturales (subescala de orientación cultural intelectual), en comparación con el grupo control. Es decir, el grupo control durante la preevaluación reportó dos subescalas más elevadas que el grupo experimental, aspecto que se invirtió en la fase de posevaluación.

Al realizar la comparación intra grupo en las fases de pre y pos evaluación, se encuentra que el grupo control, no reportó cambios significativos en ninguna subescala. Los resultados obtenidos por el grupo experimental durante la pre y pos evaluación, indican que estos padres de familia se percibieron con un grado mayor (incremento estadísticamente significativo en la subescala de cohesión) de confianza, ayuda y apoyo, también se puede decir, que se presenta un ligero incremento (no significativo) en la percepción de los sujetos hacia la autosuficiencia, actividades orientadas a una meta y trabajo competitivo, a actividades sociales, culturales e intelectuales; así como a la organización en cuanto a la planeación de actividades y toma de responsabilidades.

Al realizar un análisis más fino y evaluar los resultados obtenidos en la Escala de Ambiente Familiar de seis padres de familia que asistieron por lo menos a un 80 por ciento del curso se observó, que además de reportar un aumento estadísticamente significativo relacionado con la percepción de apoyo y ayuda, se percibieron como familias más autosuficientes (incremento estadísticamente significativo en la subescala de independencia).

El incremento significativo obtenido tanto en la subescala de cohesión (que mide el grado de confianza y apoyo entre los miembros de la familia), como en la subescala de independencia (que mide el grado de autosuficiencia entre los miembros de la familia), son incrementos importantes en relación al adolescente y su familia, ya que como la literatura reporta, son subescalas útiles para prevenir el consumo excesivo de alcohol o el uso de drogas.

Como se señaló anteriormente, se ha encontrado que las familias cohesivas presentan pocos problemas conductuales y poca ansiedad, y por lo tanto tienden a ayudar al desarrollo individual. En este tipo de familias con un elevado grado de independencia, se ha encontrado que los jóvenes son más asertivos y autosuficientes (Moos 1984).

Otros hallazgos que resaltan la importancia de modificar el ambiente familiar para prevenir el abuso de alcohol y/o drogas, utilizando la Escala de Ambiente Familiar, son los obtenidos por Justice Y Calvert (1990). Dichos autores encuentran que los padres que tienen carga de estrés, son padres que regularmente autoritarios con sus hijos, presentando poca cohesión familiar que, a su vez, disminuye la independencia, factores pueden llevar al joven a usar drogas y/o a la delincuencia.

Para obtener otro parámetro de comparación en la utilización de la Escala de Ambiente

Familiar, se utilizó la norma mexicana¹ de esta escala para compararla con el grupo control y experimental.

Los resultados entre el grupo control y la norma en la fase de preevaluación, reportan que el grupo control se percibe con un mayor grado (estadísticamente significativo) de confianza y apoyo entre los miembros de la familia, pueden hablar y expresar los sentimientos más libremente, orientan sus actividades hacia una meta, así como mayor organización y estructura clara en la planeación de actividades familiares y toma de responsabilidades, que la norma mexicana. Al realizar la comparación de este grupo durante la fase de posevaluación con la norma, no se reportaron cambios significativos. Esto es, el grupo control durante la fase de preevaluación reportó cuatro subescalas más elevadas (incremento estadísticamente significativo), en comparación con la norma mexicana, resultados similares se obtienen en la fase de posevaluación.

Al comparar al grupo experimental con la norma mexicana, en la fase de preevaluación, se obtiene que las personas que conformaron la norma se percibieron más (incremento estadísticamente significativo) autosuficientes y con mayor interés por actividades culturales e intelectuales; en tanto, el grupo experimental se percibió como familias más (incremento estadísticamente significativo) expresivas, que pueden actuar más libremente. Durante la fase de posevaluación, el grupo experimental presenta un incremento estadísticamente significativo en cuanto a la percepción del grado de apoyo y ayuda entre los miembros de la familia y se perciben como familias más expresivas, que orientan sus actividades a una meta, así como más organizadas en cuanto a la planeación de actividades, que las familias de la norma mexicana.

En pocas palabras, al inicio los puntajes de dos subescalas son estadísticamente superiores en la norma, sin embargo al realizar la posevaluación, el grupo experimental obtiene

¹La norma mexicana de la Escala de Ambiente Familiar, se obtuvo de 661 sujetos que acudieron al Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología.

en cuatro subescalas un incremento estadísticamente significativo respecto a la norma.

Estos resultados indican que la Escala de Ambiente Familiar es un instrumento útil para evaluar el ambiente familiar e identificar áreas en las que se tendrá que trabajar cuando se lleve a cabo una intervención.

Ya que esta escala contempla múltiples posibilidades de empleo, de tal forma que le confieren una amplia gama de aplicaciones. Por ejemplo, permite comparar "climas sociales" de diferentes familias de padres e hijos; el tipo de ambiente familiar que se desea o espera, lo cual permite identificar las áreas en las que se tendrá que trabajar cuando se lleve al cabo un tratamiento familiar.

En este sentido, la literatura indica que la validez de la Escala de Ambiente Familiar ha sido establecida a través de 500 estudios internacionales, demostrando en todos ellos, las posibilidades de identificar las áreas problemáticas de las familias.

Algunas investigaciones que han utilizado la escala son: como instrumento predictivo (Ford, Baschford y Dewitt, 1979); evaluación sobre cambios que siguen a una terapia familiar (Fuhr, Moss y Dishotsky, 1979); las evaluaciones del ambiente familiar en pacientes en tratamiento (Moss y Moss, 1984); como instrumento de diagnóstico y de auxilio para la formación de estrategias de intervención (Moss y Fuhr, 1982); evaluación de ambiente familiar percibido por adolescentes farmacodependientes en zonas marginadas (Quiroga, Echeverría, Mata, Ayala, 1990); identificación de factores del ambiente social y familiar en el rendimiento escolar (Alonso, 1992).

Por tanto que esta escala resulta útil para proporcionar un diagnóstico de las áreas familiares más problemáticas y durante una intervención conductual también puede proporcionar información como guía para que los participantes modifiquen ciertos aspectos de su ambiente

familiar, así como para mejorarlo y fortalecerlo.

Por lo que respecta a los resultados obtenidos en la Escala de Actitudes, que si bien su influencia no es tan clara, se observa que gran parte de los participantes tanto del grupo control como del experimental presentan una actitud negativa al consumo de bebidas alcohólicas durante la preevaluación; después del curso en el grupo experimental aumenta el número de personas que apoya esta actitud negativa. Estos datos coinciden con los reportados en la Encuesta Nacional de Adicciones y con los resultados de un paquete educativo del Reino Unido en donde se encuentra que la actitud en general hacia el consumo de bebidas alcohólicas es negativa.

Un comentario que merecen los resultados obtenidos en el cuestionario de conocimientos utilizado en esta investigación relacionado a que si no se observó cambio alguno en este instrumento, se debe a una imprecisión en la medición, ya que sólo se evaluaron los conocimientos de una pequeña parte del curso (la última sesión) y la posevaluación se aplicó seis meses después de la intervención y no inmediatamente después, como debió haber sido.

También hay que señalar que los resultados de la evaluación en la Escala de Actitudes y Cuestionario de Conocimientos, reiteran lo reportado por la Dra. Bagnall (1987), en cuanto a que la educación es un proceso continuo, en la que se estimula e incrementa el conocimiento y los valores son difundidos y clarificados.

En este sentido, Natera (1989), reporta que después de una revisión exhaustiva de las diferentes evaluaciones sobre el efecto de la educación, se ha visto que los principales efectos no son a corto sino a largo plazo, y los jóvenes que han recibido educación no dejan de consumir alcohol o drogas, sino que su consumo no llega a ser excesivo.

Por último en cuanto a la evaluación sobre calidad y utilidad del curso realizada por el grupo experimental se encontró que:

La evaluación sobre calidad realizada inmediatamente finalizada la intervención, se obtuvo un puntaje promedio de 4.6 con base a una escala de 1 (pésimo) a 5 (excelente) puntos, lo que sugiere que el curso en general tuvo buena aceptación por parte de los padres. En esta evaluación se incluyó: exposición de temas en forma clara, cobertura de expectativas y objetivos respecto a los temas tratados, aclaración de dudas entre otros aspectos.

En cuanto a la evaluación realizada sobre utilidad del curso, se realizó seis meses después de la intervención, en la que unánimemente los padres entrevistados, reportaron que el curso fue útil, así como que han utilizado la información proporcionada con sus hijos adolescentes.

Los resultados de este trabajo apoyan otros estudios recientes, los cuales sugieren que la educación es un camino adecuado para realizar estrategias preventivas a nivel primario (Bagnall, 1987).

Un punto que se debe destacar en este trabajo fue la importancia que se le dió a la parte de evaluación, ya que se evaluaron tres diferentes áreas (ambiente familiar, actitudes y conocimiento).

Sin embargo, hay algunos aspectos que se deben de afinar para que en futuras investigaciones se tomen en consideración:

- Analizar los resultados obtenidos por los estudiantes de las escuelas secundarias y comparar los resultados de los jóvenes cuyos padres acudieron al curso con los del grupo control.

- Asignar aleatoriamente a los sujetos al grupo experimental y control con el fin de poder verificar la efectividad de la intervención y extrapolar su aplicación.

- Realizar una evaluación continua de los conocimientos obtenidos durante todo el curso y no sólo una parte del mismo.

Es necesario tener metas realistas, que impliquen reconocer los obstáculos y errores a fin de presentar una evaluación honesta de cualquier programa, con el fin de que se hagan las modificaciones necesarias al realizar nuevos intentos.

Finalmente hay que señalar que estamos conscientes de que los jóvenes abusan del alcohol por muchos motivos y la educación nunca será la panacea para evitarlo. Sin embargo el cambio en el ambiente familiar por medio de un curso para padres de familia, propicia resultados favorables en todo el contexto familiar (Gordo, 1988).

Sin embargo, la información impartida a los adolescentes en casa debe reforzarse con los maestros, en la comunidad y a través de políticas gubernamentales, es decir, en todo el contexto ambiental en el que se desarrolla el joven.

En resumen, los resultados obtenidos sugieren que en general se mejoró el ambiente familiar, lo que permitirá a más a largo plazo prevenir el abuso de bebidas alcohólicas y/o uso de drogas y se espera una actitud responsable ante la vida.

REFERENCIAS

- Abrams, D.B, & Niaura, R.S., (1987). Social learning theory. In H.blame K.E Leonard,(eds) Psychological theories in drinking of alcohol. pp 31-172. New York: Guilford.
- Alonso, P.F. (1992). Identificación de los factores del ambiente social familiar que ofrece el rendimiento escolar. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM
- Ayala, V.H., El curso del alcoholismo: una visión Psicológica. Revista de investigación Psicológica, UNAM (en prensa)
- Bagnall, G.,(1990). Alcohol education for 13 years old does it work? Results from a controlled evaluation. British journal of addiction., 85, 89 -96.
- Bagnall, G. , Plant, M.A. (1987). Education on drugs and alcohol: Past disappointments and future challenges. Health Education Research. 2 (4) 417-422.
- Bandura.A (1982) Self efficacy mechanism in human agency. American Psychologist, 37, 122-147.
- Bandura.A. (1969).Principies of behavior modification New York, Rinehartand Winston.
- Bijou, W y Ribes, I. (1972). Modificación de Conducta en México. Ed. Trillas
- Botuin, G., Dusenbury, L., (1989). Substance Abuse Prevention and promotion of competence. Primary prevention and promotion in the schools. Lynne A. Bond and Biuce E. Compas Editors vol. XII.
- Campbell,D Y Stanley,J. Diseños experimentales y cuasiexperimentales de la investigación social. Buenos Aires Argentina .Ed Amorrutu, 1982.

- Campillo, C., Díaz, R., Romero, M. (1987). La prevención del alcoholismo y los problemas relacionados con el alcohol. Psiquiatría 3, 172-191.
- Chafetz, M., Demone, H. (1972). Alcohol and alcoholism. NIAAA, Rockville,
- Climent L. (1990) Como proteger a su hijo de la droga. Barcelona. Ed.Norma.
- Collins,R.L & Marlatt,G.A. (1981). Social modeling as a determinant of drinking behavior:Implications for prevention and treatment. Addictive behavior, 6 , 233-239.
- Cook,T.D & Campbell (1979). Quasi-experimentation Design & Analysis Issues for Field settings. Rand McNally College Publishing Company ,Chicago.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones (1989). Evaluación cualitativa de acciones en atención preventiva y curativa. Secretaría de Salud. Centros de Investigación Juvenil.
- Coombs, R.H. Coombs, K. (1988). Developmental stages in drug use: Changing Family Involvements. The family context of adolescent drug use. The Haworth press. 73-97.
- Darmody, J. (1991). The adolescence personality, formal rasoning, and values. Adolescence, 26, (103).
- De la Fuente, J.R., & Rosousky, A. (1989). Alcoholism a serious healt problem in Mexico. Voices of Mexico. UNAM. 11
- Edwards, G., Gorss, M. Keller, M., Moser, J.(1976) Alcohol related problems in the disability perspective. Quart J. Stud. Alc.
- Echeverria, S.L.; Cárdenas ,L.G.; Gutierrez O.M.E.; Vite, S.A. y Ayala, V.II. Educación en el consumo moderado. Una alternativa de prevención del alcoholismo. Ponencia presentada en el Congreso Bical de Alcoholismo. México,1991.

- Elizondo, L. J. A, (1988). Evolución histórica del concepto de alcoholismo . Alcoholismo visión integral. Rafael Velasco Fernández. ED. Trillas. 39- 46.
- Fuhr,R.A.,Moos ,R.and Dishotsky (1979).The use of family assessment and feedback in ongoing family therapy. American Journal of fam. therapy , 4, 24-36
- Grant, M., Waahlbers, R., (1985) Design considerations of a multi-faceted adolescent alcohol primary prevention program. Extending Alcohol Education. o International council on alcohol and adictions .stems. 130-141.
- Gordon,T (1988).Padres eficaces y técnicamente preparados. México Ed Diana , 1988
- Justice B.,Calvert (1990). Family evironment factors associated with child abuse. Universidad de Texas. Psychological reports. 66 (2).
- Mayor,J. y Labrador,J.,(1983). Manual de modificación de conducta. Ed Nueva Visión.
- Medina - Mora, M. E., Sepulveda, J., Rascon, M.L., Lozano,F., Mariño ,M.C., Tapia, C.R., Otero,M.R., Solache, G., Villatoro, J., López. E.R. (1989) "Patrones de onsumo de alcohol y síntomas de dependencia en una región del centro de la República Mexicana". Rev. Lat. Alcohol y Drogas, 1 (1), 47-46.
- Medina-Mora.M.E., Lazcano,F., Tapia,C.,R., Villatoro, J., Sepúlveda,J., Mariño,M.C., Rascón M.L., Otero,M.R., López E.R., De la Serna J., Solache .G., y Rojas,E., (1989). Extensión del consumo de drogas en México: Encuesta nacional de adicciones. Resultados Nacionales. Salud Mental, 12 ,(2)
- Medina-Mora.M.E., Galván, J ., Rojas,E., Villatoro,J., Juárez.,F., López.,E., Berenzon,S., Olmedo,R., Carreño,S., Ortiz,E, (1993). Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana. Salud Mental, 16(3), 2-8.
- Miller, P.M. (1976). Behavioral treatment of alcoholism. Oxford:Pregamon press.

- Moos,R (1974). Manual correctional institutionseviroments Scale. Palo Alto California.. Consulting Psychologist press incorporation.
- Moos. R.H., (1974). Evaluating Tratament Enviroments: A Social Ecological Approach. Nwe York: Wiley.
- Moss,R. (1976). The human conext enviromental determinants of conceptualizations of human enviroments. John Wilwy, New York.
- Moos, R & Fuhr (1982). The clinical use of social-enviromental concepts. The case of an adolescent girl. American Journal of othopsychiatry, 62, 111 - 122.
- Moos, R.H., (1984). The 1983 Division 27 Award for distingued Contribution to Community Psychology and Community Mental Health: Rudolf H. Moos. American Journal of Community Psychology, 12 (1).
- Orlandi, M.A., Lieberman, L.R., Schinke, S.P. (1989). The effects of alcohol and tobacco advertising. Perspectives on adolescent drug abuse. New York : Hawort press.
- Papini, D.R., Datan, N., and McCluskey - Fawcett (1988). An observational study of affective and essertive family interactions during adolescence. Journal of Youth and adolescence, 17, (6), 417-419.
- Pomerleau,O.F, Ferting,J., Baker,L & Cooney,N. (1983). Reactivity to alcohol cues in alcoholics and non alcoholics implications for a stimuluscontrol analysis for drinking. Addictive,Behaviors, 8, 1-10
- Prevention and Treatment of Alcohol Problems, (1989), Institute of Medicine, 47-96.
- Pearlam, Sheldon, (1988). Systems Theory and alcoholism. Theories on alcoholism. Ed. C.D. Chaudron and D.A. Wilkinson 289-319

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- Pradeck, J.T. (1991). A multiple regression analysis of family factors affecting the potential for alcoholism in college students. Adolescence, 26 (102), 341-348.
- Quiroga H., Echeverria L., Mata A., Ayala H (1990). Ambiente familiar percibido por adolescentes farmacodependientes de zonas marginadas. Psicología social en Mexico, III. 225-230.
- Schechterman, A., Hutchinson, R. (1991). Casual; Attributions, self-monitoring and gender differences among four virginity status groups. Adolescence, 26 (103).
- Scoresby A., and Christensen, B., (1976). Differences in interaction and environmental conditions of clinic and non-clinic families implications for counselors Marr.Fam.Counsel, 2 63-71.
- Secretary of Health and Human Services. Seventh special report to the U.S. Congress on Alcohol and Health. E.U.A. (1990), 209-241.
- Skinner, B.F. (1974). Ciencia y conducta humana. Barcelona. Ed. Fontanella .
- Solache, A. G., Tapia, C.R., León, G., Lazcano, F., Borja, V., Sepúlveda, J. (1990). Encuesta Nacional de Salud: Consumo de bebidas alcohólicas Salud Mental, 13, (3), 13-19.
- Tarter, R., Schneider, D. (1976). Models and theories of alcoholism. In alcoholism. Eds. Tarter and Sugarman.
- Weinstein, E. and Rosen E. (1991) The development of adolescent sexual intimacy: Implications for counseling. Adolescence, 26 (102), 331-340.
- Wierik, E. (1988). Factors influencing behavior in relation to alcohol. Theories on alcoholism. Ed. C.D. Chaudron and Wilkinson, 204-220.

ANEXO 1

HABLANDO DE ALCOHOLISMO

El ALCOHOLISMO representa un problema tanto para el alcohólico como para los que lo rodean. El alcohol es con siderado como una DROGA que crea dependencia y a largo plazo puede provocar la muerte.

Los jóvenes, principalmente los adolescentes, están expuestos al alcoholismo pues se encuentran en una época de cambios tanto físicos como psicológicos, es por esto que deben prepararse para evitar el abuso de alcohol.

Es en esta etapa cuando necesitan más que nunca la ayuda de sus padres, quienes deben informarse y conocer el problema en toda su magnitud.

El alcohol es conocido como la DROGA más antigua, más conocida y más usada en el mundo, pues su consumo es permitido y tolerado socialmente cuando es de forma MODERADA.

Cuando se abusa su consumo provoca alteraciones físicas, psicológicas, familiares, sociales y económicas. Es considerado también como una droga de entrada al igual que el tabaco, pues la mayoría de las personas adictas a drogas ilícitas como la marihuana o los inhalantes empezaron consumiendo alcohol y/o tabaco.

¿QUÉ PODEMOS HACER?

Podemos empezar cuando están entre los 8 y 15 años de edad, de la siguiente manera:

- Informándose sobre las causas y daños que provocan.
- Platicando abiertamente con los hijos, contestando sus dudas e inquietudes.
- Escuchándoles e interesándose en lo que les ocurre.
- Ayudando a los hijos a tener confianza en sí mismos reconociendo sus logros.
- Comportándose como modelos adecuados a seguir, dando buenos ejemplos.
- Enseñando a sus hijos a manejar situaciones en las que son presionados a beber.
- Estableciendo reglas en la familia y contratos con los hijos para el bienestar de todos.
- Fomentando actividades recreativas, sociales y culturales.
- Formando grupos con otros padres para interactuar y enriquecerse unos con otros en las actividades y educación de sus hijos.

No olvide que la familia es el mejor elemento para evitar que los niños y los jóvenes se conviertan en alcohólicos y que sus modelos son los padres, los cuales deben asumir su papel con dignidad, dándose a respetar y logrando la admiración de los hijos.

COMO PODEMOS SABER SI NUESTROS HIJOS ESTAN ABUSANDO DEL ALCOHOL

Es común que los jóvenes se reúnan a tomar, cuando empiezan a beber en exceso buscan lugares ocultos y tratan de evitar que sus padres se enteren.

A continuación aparecen algunas características que pueden servirle para identificar si su hijo está abusando del alcohol.

1. Últimamente faltat a la escuela y muestra poco interés en la misma.
2. Ha tenido pleitos callejeros y/o problemas con la policía al estar bebiendo alcohol.
3. Ha dejado de frecuentar a sus amigos por querer estar con muchachos que beben.
4. Algunas personas le han dicho que lo han visto tomando demasiado.
5. En las fiestas prefiere estar tomando que bailar o divertirse.
6. Gasta la mayor parte de su dinero en bebidas alcohólicas.
7. Se muestra irritable y agresivo con sus familiares.
8. Cuando empieza a tomar no se detiene hasta estar ebrio.
9. Su aliento es alcohólico al regresar a la casa.
10. Toma dinero sin pedirlo con fines desconocidos o para comprar alcohol.

Recuerde que muchos cambios se dan en el adolescente al iniciar esta etapa, sin embargo hay conductas típicas de la persona que se inicia en el alcohol, por esto es importante que se de tiempo para escuchar y compartir con sus hijos sus experiencias.

LA MAYORIA DE LAS PERSONAS NO ESTAN PREPARADAS PARA SER PADRES.

SI USTED ESTA INTERESADO EN APRENDER A SER UN BUEN PADRE Y A AYUDAR A PREVENIR EL ABUSO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS ENTRE SUS HIJOS SOLO NECESITA DEDICAR 2 HORAS ^{semanales} DURANTE 5 SEMANAS ASISTIENDO A UN TALLER EN EL QUE CONOCERA:

TECNICAS PARA AYUDAR A SUS HIJOS A TENER MAYOR CONFIANZA EN SI MISMOS Y A ACEPTARSE COMO SON.

EN DICHO TALLER SE AMPLIARA LA INFORMACION QUE SE PROPORCIONO EN ESTA PLATICA Y SE ACLARARAN SUS DUDAS.

ADEMAS TENDRA LA OPORTUNIDAD DE PRACTICAR LAS TECNICAS QUE SE LE ENSEÑARAN.

SI LE INTERESA ASISTIR A ESTE TALLER ANOTEA LOS SIGUIENTES DATOS:

NOMBRE:

DIRECCION:

TELEFONO:

HORARIO EN EL QUE SE LE FACILITARIA TOMAR EL CURSO:

¿DESPUES DE LA PLATICA CAMBIO SU IDEA DE LO QUE ES EL ALCOHOL?

¿QUE ENTIENDE USTED POR CONSUMO RESPONSABLE?

¿PIENSA QUE LA INFORMACION QUE ACABA DE ESCUCHAR LE AYUDARA A PREVENIR EL ABUSO DEL ALCOHOL EN SUS HIJOS?

- a) sí
- b) no
- c) faltó ampliar la información.

DE LO QUE ACABA DE ESCUCHAR, ¿DE QUE TEMA DESEARIA CONOCER MAS?

- a) Adolescencia
- b) Consecuencias del abuso del alcohol
- c) Consumo responsable
- d) Acciones a realizar en casa para prevenir el uso de drogas
- e) Conductas que pueden indicar algún tipo de adicción
- f) Comunicación con los hijos

ANEXO 2

<u>CARTA DESCRIPTIVA (PRIMER DIA)</u>					
<u>OBJETIVO ESPECIFICO</u>	<u>TEMA</u>	<u>SUBTEMAS</u>	<u>METODO INSTRUCCIONAL</u>	<u>MATERIAL DE APOYO</u>	<u>DURACION</u>
Que los participantes al término de la unidad conozcan el objetivo general del curso.	Presentación del curso.	1. Al finalizar esta unidad los participantes serán capaces de: 1.1 conocer el objetivo general del curso. 1.2 conocer los objetivos particulares del curso.	Exposición.	Rotafolio, hojas y pulrones	10 min.
Que los participantes término de la unidad, se encuentren integrados con el fin de propiciar la participación dentro del grupo.	Integración del grupo.	2. Al finalizar esta unidad los participantes serán capaces de: 2.1 Presentarse ante el grupo y exponer las razones del por que acuden al curso.	Método de "La telaraña.	Una bola de estambre rojo	30 min

CARTA DESCRIPTIVA (PRIMER DIA)

<u>OBJETIVO ESPECIFICO</u>	<u>TEMA</u>	<u>SUBTEMAS</u>	<u>METODO INSTRUCCIONAL</u>	<u>MATERIAL DE APOYO</u>	<u>DURACION</u>
Que los participan término de la unidad conozcan y analicen el desarrollo del adolescente	Adolescencia	3. Al finalizar esta unidad los participantes serán capaces de: 3.1 Identificar los cambios biológicos del adolescente. 3.2 Identificar los cambios psicológicos del adolescente. 3.3 Identificar las formas de sociali- zación del adolescente.	Exposición y lluvia de ideas	Diapositivas.	20 min.

CARTA DESCRIPTIVA (SEGUNDO DIA)

<u>OBJETIVO ESPECIFICOS</u>	<u>TEMA</u>	<u>SUBTEMAS</u>	<u>METODO INSTRUCCIONAL</u>	<u>MATERIAL DE APOYO</u>	<u>DURACION</u>
Que los participantes al término de la unidad identifiquen los factores de riesgo que ocurren durante adolescencia.	Factores de riesgo	<p>4. Al finalizar esta unidad los participantes serán capaces de:</p> <p>4.1 Identificar factores de riesgo individuales:</p> <ul style="list-style-type: none">- edad- impulsividad- imagen negativa de sí mismo- bajo rendimiento académico.- consumo de alcohol y tabaco- consumo de drogas- depresión- comportamiento transgresor <p>4.2 Identificar factores de riesgo familiares:</p> <ul style="list-style-type: none">- falta de afecto- manejo inadecuado de disciplina- falta de comunicación entre padres e hijos- actitudes y hábitos permisivos respecto al alcohol.- consumo prematuro de alcohol	Exposición y lluvia de ideas.	Díapositivas y pizarrón.	60 min.

CARTA DESCRIPTIVA (SEGUNDO DIA)

OBJETIVO
ESPECIFICO

TEMA

SUBTEMAS

METODO
INSTRUCCIONAL

MATERIAL DE
APOYO

DURACION

- El hábito de fumar
 - la depresión
 - tendencia a los comportamientos transgresores.
- 4.3 identificar factores de riesgo sociales
- 4.4 disponibilidad del alcohol.

CARTA DESCRIPTIVA (SEGUNDO DIA)

<u>OBJETIVO ESPECIFICO</u>	<u>TEMA</u>	<u>SUBTEMAS</u>	<u>METODO INSTRUCCIONAL</u>	<u>MATERIAL DE APOYO</u>	<u>DURACION</u>
Que los participantes al término de la unidad establezcan una buena comunicación con sus hijos.	Comunicación	5. Al finalizar la unidad los participantes serán capaces de: 5.1 - Conocerán la importancia de la comunicación familiar 5.2 - Identificar la comunicación verbal y la no verbal. 5.3 - Identificar formas inadecuadas de comunicación. 5.4 - Identificar formas adecuadas de comunicación. 5.5 - Identificar los tipos de respuesta que bloquean la comunicación.	Exposición y lluvia de ideas. Lio familiar Comunicación funcional y disfuncional	Pizarrón Tarjetas con mensaje. Diapositivas. Videograbación.	60 min.

CARTA DESCRIPTIVA (TERCER DIA)

<u>OBJETIVO ESPECIFICO</u>	<u>TEMA</u>	<u>SUBTEMAS</u>	<u>METODO INSTRUCCIONAL</u>	<u>MATERIAL DE APOYO</u>	<u>DURACION</u>
Que los participantes al término de la unidad identifiquen Como influir en la formación de los valores de sus hijos adolescentes	Clasificación valores	6. Al finalizar esta unidad los participantes serán capaces de: 6.1 -Identificar el concepto de " valores " 6.2 -Conocer como se transmiten los valores. 6.3 -Analizar como los padres pueden influir en la formación de valores de sus hijos adolescentes.	Exposición Lluvia de ideas	Diapositivas Pizarrón Hojas y pluma.	60 min.

CARTA DESCRIPTIVA (CUARTO DIA)

<u>OBJETIVO ESPECIFICO</u>	<u>TEMA</u>	<u>SUBTEMAS</u>	<u>METODO INSTRUCCIONAL</u>	<u>MATERIAL DE APOYO</u>	<u>DURACION</u>
Que los participantes al término de la unidad conozcan algunos aspectos para elevar la autoestima de sus hijos adolescentes	Autoestima	7. Al finalizar esta unidad los participantes serán capaces de: 7.1 - definir que es autoestima 7.2 - como afecta la baja autoestima en la conducta del adolescente. 7.3 - Identificar que conductas elevan la autoestima del adolescente	"Conociendome "	Hojas blancas y lápices.	60 min.
Que los participantes término de la unidad sean capaces de identificar que conducta influyen en el comportamiento de sus hijos.	Modificación de la conducta	8. Al finalizar esta unidad los participantes serán capaces de: 8.1 identificar los factores que refuerzan la conducta del hijo. 8.2 Analizar la importancia del ejemplo de los padres sus hijos.	"Tu hijo Tu mismo" Lluvia de ideas Aprender a ser asertivo	Película Videograbadora Videocassette	60 min.

CARTA DESCRIPTIVA (QUINTO DIA)

<u>OBJETIVO ESPECIFICO</u>	<u>TEMA</u>	<u>SUBTEMAS</u>	<u>METODO INSTRUCCIONAL</u>	<u>MATERIA DE APOYO</u>	<u>DURACION</u>
Que los participantes al término de la unidad aprendan a expresarse de manera directa, clara y abierta, es decir que aprendan a ser asertivos.	Asertividad	Al finalizar la unidad los participantes serán capaces de: 9.1 Identificar la conducta asertiva 9.2 Conocer técnicas para establecer	Exposición y lluvia de ideas	Diapositivas. Pizarrón. Videograbadora. Tarjetas con preguntas.	30 min.
Que los participantes al término de la unidad conozcan la importancia del concepto de consumo responsable y de dar un buen ejemplo como padres.	Consumo Responsable	10. Al finalizar la unidad los participantes analizara : 10.1 El alcohol es una droga 10.2 Los mitos sobre alcohol 10.3 Definición de consumo responsable 10.4 Aspectos a considerar del alcohol 10.5 Como comunicarse con su bip en cuanto al consumo del alcohol 10.6 La importancia de los amigos 10.7 Signos de reconocimiento	Exposición y lluvia de ideas	Pizarrón Videograbadora Videocassette	80 min.

CARTA DESCRIPTIVA (QUINTO DIA)

<u>OBJETIVO ESPECIFICO</u>	<u>TEMA</u>	<u>SUBTEMAS</u>	<u>METODO INSTRUCCIONAL</u>	<u>MATERIAL DE APOYO</u>	<u>DURACION</u>
Que los participantes al término de la unidad sean capaces de dar un resumen a los temas	Resumen	Al finalizar la unidad los participantes seran capaces de: 11.1 Decir ideas generales de los temas revisados.	Exposición. Lluvia de ideas.	Pizarron.	10 min.

ANEXO 3

CUESTIONARIO

NOMBRE: _____

EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

ESCOLARIDAD: _____

DOMICILIO: _____

TELEFONO: _____

TIPO DE VIVIENDA:

- A) CASA SOLA B) DEPARTAMENTO C) CUARTO CASA
D) VECINDAD E) OTRA _____

NUMERO DE CUARTOS SIN INCLUIR COCINA NI BANO _____

NUMERO DE PERSONAS QUE VIVEN EN CASA _____

NUMERO DE PERSONAS QUE ESTUDIAN: _____

NUMERO DE PERSONAS TRABAJAN: _____

TOTAL DE INGRESO ECONOMICO MENSUAL: _____

INSTRUCCIONES: Antes de aplicar este cuestionario es muy importante que usted enfatice a la persona entrevistada que todas las preguntas que se le van a hacer se refieren a su familia.
Lea cuidadosamente cada pregunta.

Pida que la respuesta a cada pregunta sea "SI" o "NO".

Cuando la persona manifieste no haber comprendido, lea nuevamente la pregunta, y si a pesar de ello no la entiende, trate de aclararla basándose en la explicación contenida en el MANUAL DE APLICACION.

01. ¿En su familia, realmente se ayudan unos a otros?
02. ¿Acostumbran hablarse de lo que sienten?
03. ¿Se pelean mucho entre ustedes?
04. ¿Cada quien hace sus cosas sin recibir ayuda de nadie?
05. ¿Creen ustedes que ser el mejor en cualquier cosa que hagan es importante?
06. ¿Hablan de política y problemas del país frecuentemente?
07. ¿Cuándo tienen tiempo libre salen de su casa?
08. ¿Van a la iglesia con frecuencia?
09. ¿Preparan con mucho cuidado las actividades de su casa?
10. ¿Se dan ordenes entre ustedes?
11. ¿Pasan muchos momentos juntos en casa?
12. ¿Pueden ustedes hablar libremente de lo que pasa en su familia?
13. ¿Se enojan muy fuerte entre ustedes frecuentemente?
14. ¿Los dejan ser libres en lo que hacen y en lo que piensan en su familia?
15. ¿Para su familia es muy importante salir adelante en la vida?
16. ¿Van seguido a conferencias, teatro o conciertos?
17. ¿Frecuentemente van amigos a visitarlos a su casa?
18. ¿En su familia, acostumbra rezar?
19. ¿Generalmente son ustedes muy limpios y ordenados?
20. ¿En su familia, hay mucha disciplina?
21. ¿Se esfuerzan mucho en los quehaceres de la casa?
22. ¿Cuándo alguien se enoja en su casa, generalmente otro se molesta?
23. ¿Algunas veces llegan a estar tan enojados que se arrojan cosas entre ustedes?
24. ¿En su familia, cada quien decide lo que hace?
25. ¿Creen ustedes que la gente vale por el dinero que tiene?
26. ¿Es muy importante en su familia aprender cosas nuevas y diferentes?
27. ¿Alguno de ustedes está en equipos de fútbol, beisbol, etc.?
28. ¿Hablan ustedes con frecuencia del significado religioso de la navidad?
29. ¿En su casa es fácil encontrar las cosas cuando se necesitan?
30. ¿Una persona en su familia es la que toma la mayor parte de las decisiones?

31. ¿Se sienten muy unidos en su familia?
32. ¿Se cuentan ustedes sus problemas personales unos a otros?
33. ¿Cuándo tienen problemas explotan con facilidad?
34. ¿Pueden salir de la casa cada vez que quieren?
35. ¿Creen ustedes que se debe luchar por ser el mejor en cualquier cosa que hagan?
36. ¿Están ustedes interesados en actividades culturales?
37. ¿Van al cine, eventos deportivos o de excursión muy seguido?
38. ¿Creen ustedes en el cielo y en el infierno?
39. ¿En su familia, son puntuales?
40. ¿Las cosas en casa se hacen como se debe?
41. ¿Son ustedes acomodados en las cosas que se necesitan en casa?
42. ¿Si tienen ganas de hacer algo de repente, lo hacen?
43. ¿Seguido se critican unos a otros?
44. ¿En su familia, pueden realizar cualquier actividad personal sin que nadie los moleste?
45. ¿Ustedes siempre tratan de hacer las cosas un poco mejor en cada ocasión?
46. ¿Seguido discuten de arte, cultura, política, etc.?
47. ¿Todos ustedes tienen uno o dos pasatiempos?
48. ¿En su familia, tienen ideas estrictas acerca de lo que es bueno o malo?
49. ¿En su familia, las personas son firmes en sus decisiones?
50. ¿En su familia, se preocupan mucho por hacer solamente lo que está permitido?
51. ¿Realmente se apoyan unos a otros?
52. ¿Cuándo alguien se queja en su familia, otro se molesta?
53. ¿Se golpean entre ustedes alguna vez?
54. ¿En su familia cada quien resuelve sus propios problemas?
55. ¿Se preocupan por mejorar el trabajo o por sacar mejores calificaciones en la escuela?
56. ¿Algún de su familia toca algún instrumento musical?
57. ¿Aparte de sus obligaciones tienen actividades de diversión?
58. ¿Creen ustedes que hay algunas cosas que se tiene que aceptar de buena fe?
59. ¿Tratan de tener ustedes la casa limpia?
60. ¿En su casa, hay poca oportunidad de opinar sobre las decisiones familiares?
61. ¿Hay mucha unión entre su familia?
62. ¿Los asuntos de dinero y deudas, se hablan delante de todos ustedes?
63. ¿Si hay desacuerdos entre ustedes, terminan discutiendo y peleándose?
64. ¿Entre ustedes se ayudan para defenderse de los demás?
65. ¿En su familia, trabajan duro para mejorar y salir adelante?
66. ¿Van a la biblioteca frecuentemente?
67. ¿Van a cursos o clases que no son parte de la escuela, por pasatiempo o interés?
68. ¿En su familia, cada persona tiene ideas diferentes acerca de lo que es bueno o malo?
69. ¿Cada uno de ustedes sabe bien cuales son sus obligaciones?
70. ¿Es difícil que puedan hacer cualquier cosa que quieran?

71. ¿Verdaderamente se llevan bien entre ustedes?
72. ¿Pueden decirse cualquier cosa entre ustedes?
73. ¿Tratan ustedes de sobresalir sobre las demás personas de su casa?
74. ¿Cuándo algún miembro de la familia hace lo que quiere, lastima los sentimientos de los demás?
75. ¿En su familia, primero es el trabajo y luego la diversión?
76. ¿Ustedes dedican más tiempo a leer que a ver televisión?
77. ¿Salen ustedes a pasear muy seguido?
78. ¿La Biblia es un libro muy importante en su casa?
79. ¿El dinero lo manejan muy cuidadosamente en su familia?
80. ¿La disciplina en su casa es muy estricta?
81. ¿En su familia, a todo se dedica tiempo y atención?
82. ¿En su familia, discuten mucho?
83. ¿Creen ustedes que gritando consiguen lo que quieren?
84. ¿En su familia, se permite que cada quien diga lo que piensa?
85. ¿A ustedes les gusta estar comparando con los demás?
86. ¿Realmente les gusta la música, la lectura, la pintura, la danza, etc.?
87. ¿La forma principal de entretenerse en su familia es ver T. V. o escuchar la radio?
88. ¿En su familia, creen que cuando alguien comete un pecado, será castigado?
89. ¿Los platos se lavan rápidamente después de comer?
90. ¿En su familia, se respetan las cosas que no están permitidas?

ANEXO 4

91. ¿CÓMO SE PUEDE CONSEGUIR MÁS INFORMACIÓN SOBRE LAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS, QUIÉN SE LA PROPORCIONA?

- | | | |
|--------------------------------------|----|----|
| a) Un médico o enfermera | SI | NO |
| b) Un sacerdote | SI | NO |
| c) Una trabajadora social | SI | NO |
| d) Amigos | SI | NO |
| e) Por medio de la T.V. o radio | SI | NO |
| f) Por medio del periódico o revista | SI | NO |
| g) Alguna más | SI | NO |

POR ÚLTIMO, NOS GUSTARÍA SABER SI USTED ESTA DE ACUERDO O EN DISACUERDO CON LAS SIGUIENTES FRASES (ENCUENTADOS O ARGUMENTOS). MARQUE CIERTO SI USTED ESTA DE ACUERDO, FALSO SI ESTA EN DISACUERDO, SI NO ESTA SEGURO, MARQUE NO SE.

- | | | | |
|--|--------|-------|-------|
| 92. El alcohol me pone más alerta | CIERTO | FALSO | NO SE |
| 93. Un vaso de ron tiene más alcohol que un litro de cerveza | CIERTO | FALSO | NO SE |
| 94. El alcohol es una droga | CIERTO | FALSO | NO SE |
| 95. El alcohol afecta por igual a hombres y mujeres | CIERTO | FALSO | NO SE |
| 96. Comer mientras se bebe ayuda a reducir los efectos del alcohol | CIERTO | FALSO | NO SE |
| 97. Es posible beber alcohol sin dañar mi salud | CIERTO | FALSO | NO SE |
| 98. La cerveza y los coolers contienen aproximadamente la misma cantidad de alcohol | CIERTO | FALSO | NO SE |
| 99. Beber, aunque sea un tarro de cerveza puede afectar las habilidades para conducir un auto | CIERTO | FALSO | NO SE |
| 100. Puede ser peligroso beber alcohol cuando se toman medicinas | CIERTO | FALSO | NO SE |
| 101. El cuerpo humano metaboliza un litro de cerveza en una hora | CIERTO | FALSO | NO SE |
| 102. En México, el alcohol daña a menos personas que el uso de drogas como la marihuana o los inhalables | CIERTO | FALSO | NO SE |
| 103. Al beber destilados como el ron es más probable que tenga un accidente que al beber coolers | CIERTO | FALSO | NO SE |
| 104. El alcohol me pone feliz | CIERTO | FALSO | NO SE |
| 105. El alcohol me relaja | CIERTO | FALSO | NO SE |
| 106. Me gusta el sabor del alcohol | CIERTO | FALSO | NO SE |
| 107. La gente que bebe nunca esta sola | CIERTO | FALSO | NO SE |
| 108. Comprar alcohol es tirar el dinero a la basura | CIERTO | FALSO | NO SE |
| 109. Aun una copa lo puede meter en problemas | CIERTO | FALSO | NO SE |
| 110. Una fiesta sin alcohol no es fiesta | CIERTO | FALSO | NO SE |
| 111. Los jóvenes no deben tomar alcohol | CIERTO | FALSO | NO SE |
| 112. La gente que no bebe es mejor que la que bebe | CIERTO | FALSO | NO SE |

ANEXO 5



PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES
EDUCACIÓN PARA LA SALUD

UNIVERSIDAD NACIONAL

AVENIDA DE
MÉXICO

EVALUACIÓN DEL CURSO DE ENTRENAMIENTO A PADRES

Por medio de este cuestionario quisieramos conocer su opinión sobre el curso que acaba usted de terminar, esta información nos permitirá evaluar, mejorar y refinar el contenido del curso de Entrenamiento a Padres.

Lea atentamente cada pregunta y anote en el espacio correspondiente la respuesta que mejor refleje su opinión.

Esta información es confidencial por lo que le pedimos contestar con la mayor honestidad posible.

1. ¿La exposición de los temas fue clara y audible?

NUNCA SIEMPRE
 1 2 3 4 5

2. ¿Los ponentes expusieron los temas en forma pausada?

NUNCA SIEMPRE
 1 2 3 4 5

3. ¿La exposición de las distintas sesiones tuvo continuidad?

NUNCA SIEMPRE
 1 2 3 4 5

4. ¿Los ponentes completaban las ideas?

NUNCA SIEMPRE
 1 2 3 4 5

5. ¿Los temas fueron ejemplificados adecuadamente?

NUNCA SIEMPRE
 1 2 3 4 5

6. ¿Se resolvieron sus dudas de manera clara?

NUNCA SIEMPRE
 1 2 3 4 5

7. ¿Los materiales de apoyo del curso fueron útiles para ejemplificar los temas tratados?

NUNCA SIEMPRE
 1 2 3 4 5

8. ¿Se cubrieron los objetivos señalados al principio del curso?.

NUNCA SIEMPRE
 1 2 3 4 5

9. ¿La duración del curso fue?

INSUFICIENTE SUFICIENTE
 1 2 3 4 5

10. En general calificaría usted el curso como:

PESIMO EXCELENTE
 1 2 3 4 5

11. ¿El curso cubrió sus expectativas con respecto al tema?

NO TOTALMENTE
 1 2 3 4 5

12. ¿TIENE USTED ALGUN COMENTARIO Y/O SUGERENCIA AL CURSO Y AL PROGRAMA EN GENERAL?

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION.

LIC. LETICIA ECHEVERRIA
PROFESOR ASOCIADO
FACULTAD DE PSICOLOGIA, UNAM

ANEXO 6

¿Ha proporcionado información a sus hijos, sobre alguno de los temas revisados en el curso al cual asistió ?

SI

NO

¿Sobre que temas ha hablado con sus hijos?

¿Como abordó el tema?

¿Como reacción su hijo?

¿Considera que fue útil el curso?

SI

No

¿Por qué?

comentarios: