

2ej



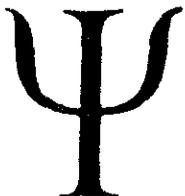
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**EFFECTOS DE UNA "PLATICA-DEBATE" EN LAS  
ACTITUDES HACIA EL CONSUMO EXCESIVO Y/O  
ADICTIVO DE ALCOHOL EN UN GRUPO DE  
ESTUDIANTES DE NIVEL MEDIO SUPERIOR.**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**LICENCIADA EN PSICOLOGIA**  
P R E S E N T A  
**AUTORA: YADEL AVALOS HERNANDEZ**



DIRECTOR: MTRO HORACIO QUIROGA ANAYA

MEXICO, D. F.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

276117 1999



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Colegio Britania y al Colegio Alexander Dul por permitir llevar a cabo la presente investigación dentro de sus instalaciones.

Deseo manifestar un profundo agradecimiento al Mtro. Horacio Quiroga por el apoyo y la confianza que me brindó durante la realización del presente trabajo, así como a la Mtra. Angeles Mata por su colaboración en el mismo.

Así mismo, deseo reconocer la orientación y ayuda que me fue otorgada por el Prof. Humberto Zepeda.

También agradezco a Fabián por su valiosa participación y a Gerardo por sus aportaciones y consejos.

Finalmente agradezco a mis padres por brindarme un apoyo incondicional.

## ÍNDICE

- Resumen	1
- Antecedentes	2 – 12
- Justificación del estudio	13
- Marco Teórico	
Actitud	14 – 23
Alcohol, Consumo excesivo y/o adictivo	24 – 35
Prevención al uso indebido de alcohol	36 – 49
- Método	50 – 55
- Resultados	56 – 82
- Discusión y Conclusiones	83 – 89
- Limitaciones y Sugerencias	90
- Referencias Bibliográficas	91 – 94
- Apéndices	95 – 105

## RESUMEN

El abuso y la adicción al alcohol repercuten negativamente en el individuo y en la comunidad. Ante el incremento constante en el consumo indebido de alcohol se han tomado medidas preventivas, como son las Pláticas-Debate utilizadas dentro del Programa de Prevención, Orientación y Tratamiento de Conductas Adictivas para estudiantes y trabajadores universitarios (Quiroga, Sanchez, Vazquez y Mata,1995) y que consisten en transmitir información de forma expositivo-participativa sobre el consumo de drogas. La presente investigación tuvo como propósito determinar si una Plática-Debate: a) contribuye al incremento de conocimientos sobre consumo excesivo y/o adictivo de alcohol; y b) basados en la Teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen(1975), observar si dicho incremento repercute en la actitud, disminuyendo la favorabilidad hacia el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol. La muestra estuvo integrada por 124 estudiantes de nivel medio superior, con una media de edad de 17 años y de ambos sexos. Los sujetos pertenecían a dos colegios particulares en cuyas instalaciones se realizaron las Pláticas-Debate. Se utilizó un diseño Pretest-Postest de un solo grupo (Siegel,1970), donde se utilizó el mismo grupo para analizar los cambios después de la Plática-Debate. Fue así que se diseñó y aplicó una Escala de Actitud hacia el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol tipo Likert y un Cuestionario de Conocimientos sobre alcohol antes y después de la Plática-Debate. Para el tratamiento estadístico y de acuerdo al nivel de medición, se utilizó la prueba de rangos señalados y pares igualados de Wilcoxon (Siegel,1970). Se encontró que un 83% de los sujetos incrementaron el conocimiento sobre el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol, después de participar en la Plática-Debate; de éstos, un 58% disminuyó la favorabilidad hacia el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol; un 32% aumentó la favorabilidad hacia el mismo; y un 10% mantuvo la favorabilidad constante. Cabe señalar que todos los cambios fueron estadísticamente significativos. Se concluyó que la Plática-Debate es un método eficaz para transmitir información, la cual, a su vez influye en las actitudes de forma parcial, ya que intervienen otros factores como el sexo de los participantes, la actitud que presenten los mismos antes de la Plática-Debate, el proceso y las condiciones bajo las que se lleva a cabo el mismo. Se recomienda para futuras investigaciones, realizar una evaluación del conocimiento, actitud y patrón de consumo, 3 meses después de la Plática-Debate para observar la permanencia de los cambios y la repercusión de éstos en la conducta.

## ANTECEDENTES

El consumo excesivo de alcohol y el alcoholismo repercuten, negativamente, no solo en los individuos que lo practican, sino que afecta en alto grado a la comunidad a la que pertenecen; es decir, las alteraciones producidas no se limitan a los daños orgánicos de los individuos afectados, sino que también, se extienden a la salud mental y al bienestar económico y social de la colectividad (Narro, Meneses y Gutiérrez, 1994).

Dichos autores establecen que uno de los patrones de ingesta de alcohol corresponde a episodios agudos de gran consumo, el cual es de carácter generalizado entre la población, y se incrementa, sensiblemente, los fines de semana y en los períodos de fiesta. Así mismo, mencionan que las consecuencias directas para el individuo de este patrón de consumo son las siguientes:

- Déficit de funciones intelectuales y pérdida del control con tendencia a la agresividad y a sufrir accidentes.
- Problemas legales de diversa índole y gravedad.
- Intoxicación alcohólica
- Desempleo
- Desintegración familiar

Por otro lado, dichos autores argumentan que el consumo crónico de alcohol (consumo propio de los individuos alcohólicos y de aquellos con problemas en sus hábitos de beber) trae las siguientes consecuencias en la salud de los individuos:

*Mortalidad:* los grandes bebedores presentan riesgos elevados de muerte prematura.

*Cirrosis hepática:* generalmente se utiliza como indicador sumario del nivel de consumo de alcohol entre la población.

*Cáncer:* el consumo de bebidas alcohólicas aumenta el riesgo de cáncer de hígado, laringe, boca y esófago. En los dos últimos casos el riesgo es proporcional a la cantidad de alcohol consumido.

*Defectos nutricionales:* por desequilibrio en la alimentación, y por complicaciones gastrointestinales.

*Afecciones cardiovasculares:* los riesgos asociados al consumo excesivo de alcohol incluyen hipertensión, apoplejía y cardiopatía alcohólica.

*Lesiones y disfunciones cerebrales:* Las lesiones encefálicas y alteraciones del funcionamiento cerebral pueden ser consecuencia del alcoholismo crónico.

*Accidentes:* los bebedores consuetudinarios sufren más accidentes que los no bebedores, principalmente accidentes de tránsito.

El primer núcleo de personas afectadas por el paciente alcohólico es su familia y los efectos son de diversa naturaleza, desde alteraciones orgánicas hasta trastornos psicológicos y desequilibrio económico; a continuación se enumeran las consecuencias para la familia del paciente alcohólico (Narro, Meneses y Gutiérrez, 1994):

- Ruptura de la armonía familiar.
- Desacuerdo conyugal.
- Maltrato y/o descuido de los hijos y del cónyuge.
- Pérdida de la estimación del bebedor.
- Problemas del desarrollo de los hijos (abandono escolar, delincuencia, drogadicción...).
- Incremento de los problemas de la salud mental de los hijos y del cónyuge.
- Lesiones fetales por alcoholismo materno.
- Problemas económicos.

Narro, Meneses y Gutiérrez (1994), resumen las consecuencias principales del consumo de alcohol para la comunidad en el siguiente cuadro:

Episodio de Consumo Agudo	}	Accidentes de tránsito	*Daños a la salud de otros individuos
		Hechos violentos	*Daños a los bienes y la propiedad
Consumo Excesivo Crónico	}	Trabajo	*Ausentismo
			*Accidentes
			*Rendimiento y productividad
		Familia	*Disolución del núcleo familiar
*Deterioro de la economía familiar			
Costo económico para la sociedad	*Violencia y maltrato a los niños		
	*Trastornos de conducta, maduración, y desarrollo de los hijos		
	*Deserción escolar		
			*Tratamiento y rehabilitación de pacientes alcohólicos (merma para otros servicios médicos)
			*Asistencia social

En la Encuesta Nacional de Adicciones realizada en 1993, se reportan los siguientes datos:

La distribución porcentual de los diferentes patrones de consumo, muestran cómo dos terceras partes de la población a nivel nacional pueden clasificarse como bebedores (individuos que han consumido alcohol en los últimos dos años, con independencia de cantidad y frecuencia), lo que permite estimar que existen poco más de 28 millones de individuos catalogados como tales. De las personas que se encuentran en un rango de edad entre los 12 y 18 años, un 53.7% son bebedores; y el 70.1% de los que pertenecen al intervalo de 19 a 65 años también lo son. Con respecto al género, el 77.2% del total de hombres son bebedores y el 57.5% del total del mujeres son bebedoras.

Es de tomar en cuenta, que en el grupo de bebedores se ubica más de la mitad de los adolescentes (53.7%). Es decir, poco más de 5 millones de jóvenes a nivel nacional ingirieron bebidas alcohólicas durante los dos últimos años anteriores a la ENA de 1993; un 43.3% nunca consumió alcohol y alrededor del 3% se clasificó como ex-bebedores.

Con respecto al género no parece haber diferencias en la distribución de bebedores: 52.9% son varones y el resto mujeres. Sin embargo, al realizar un análisis intragenérico, se muestra que de todas las mujeres entrevistadas 33.6% nunca han consumido bebidas alcohólicas, mientras que del total de hombres sólo el 15.6% no lo ha hecho.

Alrededor de la cuarta parte (23.4%) de los bebedores que consumieron bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses, lo hicieron hasta embriagarse, es decir: más de 6 000 000 de bebedores toman hasta la ebriedad. De ellos el 7% son menores y el 92.4% adultos. El género masculino representa el 88.9% de la población que llega a la embriaguez (ENA, 1993).

En cuanto a los problemas asociados al consumo de alcohol, la ENA de 1993 demuestra que del 41.6% de los bebedores que tomaron 5 ó más copas por ocasión en el último año presentaron 1 ó más problemas derivados de su consumo. Cabe destacar, que aproximadamente una quinta parte son problemas que implican violencia. Esto confirma hallazgos de estudios cualitativos, en los que se demuestra que la embriaguez está asociada a violencia familiar, riñas en la calle, accidentes, entre otras consecuencias. Asimismo, datos de los archivos de los servicios forenses demuestran como la ingestión alcohólica está fuertemente asociada con accidentes y muertes violentas.

La mayor parte de la población bebedora (casi la totalidad: 92.8%) dijo haber iniciado su consumo por presión de grupo y por curiosidad (69.6% y 23.2% respectivamente). Esto coincide, especialmente, en lo que a la presión grupal se

refiere, con la normalización social de la ingestión alcohólica. Desde la "probadita infantil", inducida en el ámbito familiar, hasta la copa para brindar. Por lo que podemos deducir que el contexto social propicia el inicio de la alcoholización como algo deseable, legítimo y parte de rituales difíciles de eludir (ENA, 1993).

En cuanto a la edad de inicio, casi la mitad (46.6%) inició entre los 15 y 18 años; cerca de la cuarta parte (21.1%) entre los 19 y 23 años. Alrededor de un 15% se inició entre los 11 y 14 años, y un 4.4% antes de los 10 años de edad. Hombres y mujeres muestran similitud en los porcentajes de edades de inicio (15 a 18 y 19 a 23 años). Sin embargo, existen más hombres que mujeres con inicio temprano (11 a 14 años y menos).

### **Investigaciones Comparativas.**

Caetano (1988), realizó un estudio entre grupos hispanos de Estados Unidos, donde encontró que las actitudes en cuanto al alcohol parecen ser diferentes entre los diversos grupos nacionales. En general, los hombres muestran actitudes más liberales hacia el consumo de alcohol que las mujeres. Entre los hombres, los México-americanos, en comparación con los puertorriqueños o los cubano-americanos, consideran en su mayoría que "el beber es uno de los placeres de la vida" y "que beber con alguien es una manera de demostrar la amistad". El nivel de permisividad para la embriaguez es mayor entre los México-americanos y puertorriqueños que entre los cubano-americanos. Así, mientras algunos tópicos parecen expresar credibilidad en el poder del alcohol como un "lubricante social" (te hace divertido, te da amigos y no debe estar ausente en una fiesta) los cubano-americanos parecen estar en contra de la embriaguez, sugiriendo tal vez, que el beber es bueno siempre y cuando sea en cantidades moderadas. Esto se relaciona en gran medida con el patrón de consumo que presentó cada uno de los grupos. Por un lado, los cubano-americanos, independientemente de la frecuencia con la que beban, lo hacen consumiendo pequeñas cantidades de alcohol, por lo cual difícilmente llegan a la embriaguez. Los puertorriqueños, en su mayoría, beben con poca frecuencia y consumiendo bajas cantidades de alcohol; sin embargo, también se encontró un porcentaje considerable

que beben grandes cantidades. Finalmente, los México-americanos, independientemente de la frecuencia, beben más que los cubano-americanos y que los puertorriqueños, tienen más problemas relacionados con el consumo y presentan una actitud más positiva hacia el alcohol, especialmente hacia el consumo de grandes cantidades.

En cuanto a las actitudes, existen tres reactivos en los cuales las mujeres puertorriqueñas se muestran más liberales en comparación con los hombres, estos son: "el beber es uno de los placeres de la vida", "beber es una de las maneras de ser amigable" y "un macho puede controlar su consumo de alcohol". Por otro lado, las mujeres México-americanas y las puertorriqueñas son más liberales que las cubano-americanas. Esto se observa en los reactivos "beber es una manera de ser amigable", "la gente que bebe tiene más amigos", "la gente que bebe se divierte más" y "es bueno emborracharse de vez en cuando".

En otro estudio realizado por Medina-Mora y cols. (1986), en el estado de Michoacán, acerca de las actitudes en torno al consumo de bebidas alcohólicas y la embriaguez, se encontró que existen diferencias importantes en los patrones de consumo entre hombres y mujeres. Mientras que la mayor parte de los hombres consumen bebidas alcohólicas (74%), solo una pequeña proporción de las mujeres lo hacen (34%).

Para el análisis de las actitudes se construyó una escala de "actitudes liberales" para la cual se sumaron las respuestas positivas a los reactivos: "beber es uno de los placeres de la vida", "tomar una copa es una forma de ser amigable"; "las gentes que beben se divierten más", "las gentes que beben tienen más amigos", "una fiesta no es fiesta sin alcohol", "le hace bien a la gente emborracharse de vez en cuando" y "emborracharse es solo una manera inocente de divertirse"; y las respuestas negativas a los reactivos: "no puede decirse nada bueno de la bebida" y "el beber es una de las principales causas por las que la gente hace cosas que no debería".

Después del género, las actitudes liberales fueron la segunda variable que más poder mostró para predecir la cantidad de alcohol consumido al mes y que las mujeres con actitudes liberales presentan mayor riesgo de embriaguez.

Calderón y cols. (1981), realizaron un estudio con el objeto de conocer la extensión de los problemas relacionados con la bebida y las respuestas de la comunidad hacia los mismos. En este trabajo se incluyó una escala de actitudes que investigó los aspectos favorables y desfavorables de la bebida a través de cuatro actitudes expresadas en forma positiva: "Es uno de los placeres de la vida", "Es una forma de ser amistoso", "De vez en cuando hace bien emborracharse" y "La gente borracha puede ser más divertida"; y cuatro expresados en forma negativa, relacionados con los aspectos indeseables del alcohol: "La gente hace cosas que no debería", "Saca lo peor de la gente", "Me avergüenzan mis parentes borrachos" y "Es desagradable ver un borracho".

En las 4 primeras actitudes que estuvieron relacionadas con posibles aspectos positivos de la bebida se encontró un patrón de respuestas similares en los hombres y en las mujeres; sin embargo, los primeros aceptaron más frecuentemente las tres primeras actitudes y la cuarta la aceptaron con la misma frecuencia que las mujeres.

Hubo una sola actitud con la que los hombres estuvieron de acuerdo en un porcentaje superior al 50%: "El tomar una copa es una forma de ser amistoso", es decir, únicamente esta actitud positiva recibió una clara aprobación de la mayoría (60%). En las otras tres actitudes, la opinión fue variable, y en el caso de "Beber es uno de los placeres de la vida" se generó una elevada desaprobación. Con este último reactivo sólo estuvo de acuerdo el 25%, es decir, la población en estudio no considera que beber sea un placer sino más bien una forma de demostrar amistad.

Los hombres, en comparación con las mujeres, reconocieron con mayor frecuencia las cualidades positivas de la bebida, mientras que las mujeres aceptaron las cualidades negativas. En las actitudes estas diferencias no son muy marcadas, sin

embargo, en la práctica del consumo, se presenta una diferencia importante entre el patrón de consumo de hombres y mujeres.

González (1978), realizó un estudio para identificar conductas específicas que puedan ser consideradas patrones de conducta responsables con relación al alcohol. Dicho autor identificó 15 conductas, las cuales proporcionan patrones realistas de conductas responsables respecto al alcohol, mismas que se presentan a continuación:

- 1) Usar el alcohol como un complemento para una actividad en vez de usarlo como el principal foco de atención;
- 2) Proporcionar comida mientras se ingiere alcohol todo el tiempo;
- 3) Proporcionar la alternativa de bebidas no alcohólicas cuando se ofrece una fiesta;
- 4) Expresar inconformidad por ofrecer otra bebida a alguien que ha estado tomando demasiado;
- 5) Establecer límites personales de cuantas bebidas vamos a tomar durante una noche fuera o en una fiesta;
- 6) Respetar a la persona que decida abstenerse a consumir alcohol;
- 7) Proporcionar transporte u hospedaje para aquellos incapaces de manejar precavidamente después de beber;
- 8) No insistir en servir más bebida;
- 9) Decirle a los amigos que no es nada gracioso estar tomado cuando están exagerando sobre la bebida;
- 10) Pensar seriamente sobre los problemas de abuso de alcohol;
- 11) Hablar con un amigo acerca de cómo usar el alcohol responsablemente;
- 12) Parar de beber, después de tomar pocos tragos;
- 13) Conocer y quedarse con su personal límite de beber basado en el peso corporal si vas a manejar;
- 14) Asegurarse de que el alcohol es usado cuidadosamente en conjunto con otras drogas;
- 15) Buscar ayuda si piensas que tienes un problema de beber.

González (1978) identificó otras 5 conductas generalmente consideradas como conductas irresponsables con respecto al alcohol. Estas fueron: 1) Racionalizar el beber por comentarios como "Sólo necesito una más para relajarme" o "Una para el camino"; 2) Tomar "hidalgos" por los efectos fuertes que produce el tomar rápido; 3) Celebrar con bebida todo el tiempo que las cosas vayan bien; 4) Tomar solo por un deseo de escapar del aburrimiento o de la soledad; 5) Tomar sólo para emborracharse.

Habiendo propuesto estos patrones de conducta responsable e irresponsable con respecto al alcohol, dicho autor investigó el hecho de que estos patrones sirvan para predecir, confiablemente, la incidencia de consecuencias negativas experimentadas como resultado del beber. Además, saber si el conocimiento sobre el alcohol tiene una relación con los patrones propuestos.

González (1978) encontró en estudiantes, que existe una relación inversamente significativa entre los patrones de conducta responsable hacia el alcohol propuestos y la incidencia de consecuencias negativas experimentadas como resultado del beber. Sin embargo, no se encontró relación significativa entre el conocimiento y los patrones propuestos, ni entre el conocimiento y la incidencia de consecuencias negativas experimentadas. Así, es claro que los esfuerzos en la prevención al abuso de alcohol deben ser algo más que solo buscar incrementar el conocimiento acerca del alcohol.

Dicho autor argumenta que es evidente que para lograr una prevención más efectiva se requerirá indudablemente del desarrollo de recursos adicionales y frescos, tales como nuevos manuales y módulos centrados en alternativas claramente definidas al abuso de alcohol, que ofrezcan a los participantes la oportunidad para la discusión de estas alternativas.

González (1980) realizó otro estudio entre estudiantes de la Universidad de Florida, para el cual diseñó un módulo de educación sobre alcohol, dirigido a alentar entre los estudiantes, la discusión sobre los patrones de conductas responsables con relación al alcohol. Dicho autor se planteó, que una serie de actividades de educación sobre alcohol presentadas, a través de un módulo que provee información objetiva acerca del alcohol y facilita grupos pequeños de discusión sobre patrones claramente definidos de conductas responsables relacionadas con el alcohol, alentaría a los estudiantes a examinar sus propias actitudes y conductas con respecto al beber y ayudaría a prevenir consecuencias negativas del beber. Se encontró que el módulo de educación sobre alcohol afectó favorablemente el grado de responsabilidad en las actitudes hacia el alcohol y el nivel de conocimientos acerca del mismo. Además, el

cambio producido por el módulo en estas 2 variables perduró por lo menos tres meses. Sin embargo, no se encontró una diferencia significativa entre el grupo experimental y el grupo control en la incidencia de consecuencias de conductas negativas reportadas por cada grupo después de un período de tres meses. El autor argumentó que los resultados pueden ser interpretados en dos formas:

1) Que el cambio de actitud podría ser el primer paso hacia cambios efectivos en la conducta, los cuales quizá ocurran como un resultado de continuas actividades que permitan a los estudiantes practicar las conductas deseadas.

2) Que la actitud hacia el alcohol puede ser modificada en una dirección más responsable sin un correspondiente cambio en la conducta.

En México, debido a que el abuso de sustancias se ha convertido en un problema de salud pública, diversas instituciones de los sectores público y privado se han abocado a llevar a cabo múltiples tareas para combatir las adicciones.

En la Facultad de Psicología de la UNAM, Quiroga, Sanchez, Vazquez y Mata (1995), diseñaron un "Modelo de prevención, orientación y tratamiento de conductas adictivas para estudiantes y trabajadores universitarios".

El objetivo de este modelo, en un primer nivel, es evitar el inicio del uso de drogas por parte de estudiantes y trabajadores universitarios que presenten factores de riesgo, así como realizar una detección temprana y su canalización a tratamiento de aquellos usuarios iniciales y farmacodependientes.

Para transmitir la información preventiva, se emplean las "Pláticas-Debate", lo que permite a los destinatarios participar, es decir, expresarse mediante sugerencias y preguntas que desemboquen en diálogo y reflexión.

Los temas a tratar durante las "Pláticas-Debate", versan sobre alguno(s) de las siguientes drogas: Alcohol, Tabaco y Drogas, de acuerdo al siguiente programa.

- 1.-Conceptos básicos sobre el alcohol, tabaco y/o drogas
- 2.-Efectos sobre el sistema nervioso y órganos relevantes
- 3 -Factores contextuales
- 4.-Etapas del alcoholismo, tabaquismo y/o drogadicción
- 5.-Motivos para beber, fumar y/o drogarse
- 6.-Signos y síntomas de dependencia
- 7.-Daños sobre el organismo, familia y sociedad
- 8.-Influencia de los medios masivos
- 9.-Instituciones de atención
- 10.-Legislación vigente
- 11.-Alternativas preventivas al consumo de alcohol, tabaco y/o drogas

## JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Debido a los datos anteriores, es evidente que el abuso y adicción al alcohol constituyen problemas cuyos efectos destruyen al hombre, lenta pero inevitablemente, consumen su salud y estabilidad, tanto física como psicológica, además de afectar de forma significativa a la comunidad. Sin embargo, es muy difícil persuadir a la gente para que renuncie a un consumo excesivo de alcohol y menos si esta actividad es estimulada y respaldada por la sociedad, por lo cual, una de las formas más adecuadas para evitar el abuso y el consumo adictivo de alcohol, es mejorando la capacidad de las personas para manejar apropiadamente su propio consumo, es decir a temperar la ingesta de alcohol.

Es así que se ha realizado una serie de "Pláticas-Debate" basadas en el "Modelo de Prevención, Orientación y Tratamiento de Conductas Adictivas para estudiantes y trabajadores universitarios" (Quiroga, Sanchez, Vazquez y Mata, 1995), con la finalidad de prevenir el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol; sin embargo no se ha llevado a cabo una evaluación rigurosa del proceso, y así mismo, no se han analizado de manera sistemática y completa los resultados obtenidos, por lo cual, se consideró relevante realizar un estudio que permitiera evaluar la efectividad de dicha "Plática-Debate", en lo que respecta a la adquisición de conocimientos y el cambio de actitudes por parte de los participantes, además de examinar otros factores que puedan estar interviniendo en el proceso.

El marco teórico de la presente investigación contempla en una primera instancia, el concepto de actitud, incluyendo cambio, medición, modelos y teorías sobre la misma; en segundo lugar se plantean los conceptos de consumo excesivo de alcohol y consumo adictivo del mismo; y finalmente se aborda el tema de la prevención al uso indebido de alcohol.

## ACTITUD

Existen varias definiciones y teorías acerca de las actitudes, sin embargo, se seleccionaron aquellas cuyo contenido se consideró relevante para la presente investigación.

Bem (citado por Perlman, 1992), dice: "las actitudes son lo que nos gusta y lo que nos disgusta. Son nuestras afinidades y aversiones hacia objetos, situaciones, personas, grupos y cualquier otro aspecto identificable de nuestro ambiente, incluso ideas abstractas y políticas sociales". Así, las actitudes son nuestros sentimientos evaluadores sobre lo bueno y lo malo hacia determinados objetos.

Para Young (1976), la palabra "actitud", en un sentido estricto, indica "una tendencia a la acción". Una actitud es esencialmente una forma de respuesta anticipatoria, el comienzo de una acción que no necesariamente se completa. En este sentido es dinámica y permite predecir más fácilmente las tendencias del comportamiento que una opinión o idea.

Rodriguez (1976) define actitud como "una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva en favor o en contra de un objeto social definido que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto" (Cap. 12).

Fishbein y Ajzen (1975) mencionan que deben considerarse tres características básicas de la actitud: la noción de que la actitud es aprendida, que es una predisposición a la acción, y que tal predisposición a la acción es consistentemente favorable o desfavorable hacia el objeto en cuestión. Estas tres características son explicadas a continuación.

Con relación a la consistencia se pueden distinguir, al menos, tres tipos. En el primero, una persona puede ejecutar consistentemente la misma respuesta o serie de respuestas en la presencia de un estímulo (objeto) dado. Esta consistencia de estímulo-respuesta quizá sea tomada como un reflejo de una actitud hacia un objeto. Una segunda interpretación involucra el grado de consistencia entre diferentes respuestas con respecto al mismo objeto. Aquí lo que se plantea es que, cualquiera que sea la respuesta hacia el objeto, esta debe ser consistente con alguna otra. Esta consistencia de respuesta-respuesta es tomada como indicador de una actitud hacia el objeto.

El tercer tipo de respuesta consistente está relacionado a múltiples respuestas en diferentes momentos. Esto es, aunque la persona quizá ejecute diferentes conductas en diferentes ocasiones, y aunque estas conductas quizá no sean consistentes con las otras, el grado de favorabilidad o desfavorabilidad expresado por su conducta hacia el objeto quizá quede constante.

La noción de conducta favorable o desfavorable juega un papel importante en toda definición. La consistencia evaluativa o afectiva es lo que distingue a la actitud de otros conceptos, además, de que la dimensión evaluativa ha sido frecuentemente considerada como la característica más distintiva de las actitudes.

El segundo rasgo considerado en la definición de actitud es la noción de que la actitud es una predisposición. La consistencia implica que el individuo está predispuesto a ejecutar una respuesta particular o serie de respuestas en la presencia de un objeto dado. El conocimiento de la actitud de una persona, por lo tanto, permite predecir una ó más conductas. Al sostener una persona una actitud favorable hacia el objeto se esperaría que ejecutara cualquier conducta favorable y no ejecutara conductas desfavorables con relación a éste y viceversa.

El aspecto sobresaliente de este modelo de la consistencia de la actitud y la conducta es, que las actitudes predicen únicamente el total de beneficios y las clases de conducta hacia el objeto. Por ejemplo, de acuerdo con Fishbein y Ajzen (1975), su actitud hacia otra persona predecirá que tan favorablemente actúa usted en general hacia esa persona, pero su actitud no predecirá las conductas específicas hacia esa persona. Este argumento refleja el hecho de que las actitudes favorables o desfavorables pueden manifestarse de diferentes maneras. Así, diferentes personas pueden actuar en forma diferente aún cuando sostengan actitudes similares. Sin embargo es de presumir que tales diferencias de idiosincrasia deberán surgir a través del conjunto total de conductas relevantes hacia el objeto, y por lo tanto las actitudes predecirán las ventajas de la categoría de las acciones de modo más eficaz.

Finalmente, el que las actitudes sean aprendidas implica que las predisposiciones a responder en forma consistentemente favorable o desfavorable se atribuyen al resultado de experiencias anteriores. La predisposición a ejecutar una respuesta en particular es, probablemente, guiada por consideraciones de experiencias pasadas directamente relacionadas a la ejecución o no ejecución de la respuesta conductual en la presencia del estímulo (objeto).

A partir de lo anterior se puede definir la actitud como: *“Una predisposición aprendida a responder de manera consistentemente favorable o desfavorable con respecto a un objeto dado”* (Fishbein y Ajzen, 1975).

### **Teoría de la Acción Razonada.**

Para entender con mayor claridad la definición de actitud, así como la formación y cambio de la misma, se describirá el modelo planteado por Fishbein y Ajzen (1975), sobre la Teoría de la Acción Razonada. Estos autores argumentan que los humanos son normalmente muy razonables y hacen uso sistemático de la información de que

disponen Proponen que la gente considera las implicaciones de sus acciones, antes de decidir conducirse o no de un cierto modo. Estos autores, para explicar lo anterior, presentan su modelo de las relaciones entre las creencias, actitudes, intenciones de conducta y conductas. Antes de exponer este modelo, es necesario definir los conceptos anteriores en términos de dichos autores.

"Las creencias representan la información que se tiene acerca del objeto. Específicamente, la creencia une al objeto con algún atributo. Así el objeto de una creencia puede ser: una persona, un grupo de gente, una institución, una conducta, un evento, etc., mientras que el atributo asociado a dicho objeto puede ser cualquier otro objeto, una propiedad, característica, cualidad o evento" (Fishbein y Ajzen, 1975).

El segundo concepto a definir es el de actitud, el cual ya fue definido con anterioridad, como "Una predisposición aprendida a responder de manera consistentemente favorable o desfavorable con respecto a un objeto dado" (Fishbein y Ajzen, 1975). El tercer concepto es la intención conductual, el cual se refiere a la intención de la persona a ejecutar varias conductas. En muchos aspectos, la intención quizá sea vista como un caso especial de creencia, en la cual el objeto es siempre la persona en sí y el atributo es siempre la conducta (Fishbein y Ajzen, 1975).

Por último la conducta, desde este modelo se define como los actos observables del sujeto. Usualmente, tales respuestas no son tratadas como registro de conducta, sino son, más bien, usadas para inferir creencias, actitudes o intenciones (Fishbein y Ajzen, 1975).

Una vez definidos estos conceptos se explicará la estructura conceptual del modelo: Las creencias son el bloque fundamental en esta estructura conceptual. Con base en la observación directa, la información recibida desde fuentes externas o por

varios procesos de inferencia, una persona aprende o forma un número de creencias acerca de un objeto. Esto es, asocia el objeto con varios atributos. De esta manera se forman creencias acerca de sí mismo, de otras personas, instituciones, conductas eventos, etc. La totalidad de las creencias de una persona sirve como la base de información que finalmente determina sus actitudes, intenciones y conductas. Así, esta aproximación ve al hombre como un organismo esencialmente racional, quien usa la información a su disposición para hacer juicios, formar evaluaciones y llegar a una decisión.

El modo como sentimos acerca de objetos o personas, depende de lo que conocemos acerca de ellos; es decir, las actitudes dependen de algún modo de las creencias (conocimiento).

Según lo anterior, parece ser que las actitudes que cierto individuo pueda tener hacia un objeto dependen de las creencias que este mismo individuo tenga hacia dicho objeto, es decir, la información que el individuo posee del objeto. Consecuentemente, para entender la formación de las actitudes, se debe considerar de dónde provienen las creencias.

El conocimiento acerca de los diferentes objetos, grupos y problemas, se obtiene principalmente a partir de dos fuentes básicas: la experiencia personal directa y la demás gente o las instituciones, para muchos problemas sociales no se ha tenido experiencia personal con los objetos pertinentes, así se depende de otros para la información y las creencias. Estas fuentes de información pueden ser los padres, los grupos de compañeros, los medios de comunicación masiva, entre otros. Todas estas fuentes funcionan dentro de un sistema, lo cual significa que inevitablemente cada fuente es influida por cada una de las otras fuentes. El impacto combinado del sistema total sobre las creencias es muy profundo y a su vez esto influye en la formación de las actitudes.

### **Cambio de actitudes.**

Según Triandis (1973), el cambio de actitudes ocurre cuando desarrollamos nuevas creencias y cambiamos las viejas acerca del objeto y/o cuando nuevos afectos vienen a ser condicionados al objeto. De modo inevitable, el cambio de creencias es un componente importante del cambio de actitudes.

Los teóricos de cambios de actitudes han tomado varias perspectivas sobre el cambio de creencias, su relación con el cambio de actitudes y las condiciones que facilitan ambos tipos de cambio.

Para Fishbein y Ajzen (1975), la actitud de la persona cambia como una función de variaciones en su sistema de creencias. Algunas actitudes quizá sean relativamente estables con el tiempo, y otras quizá exhiban cambios frecuentes. Sin embargo, la actitud de una persona hacia un objeto puede ser vista como determinada por su serie sobresaliente de creencias acerca del objeto. De esta forma, las actitudes pueden ser cambiadas al cambiar una o más de las creencias sobresalientes existentes, al introducir nuevas creencias sobresalientes o al cambiar la evaluación de la persona de los atributos.

*Cambiar creencias acerca de un objeto.* Típicamente, se asume que si se puede cambiar ciertas creencias que el sujeto sostiene, habrá un cambio en las actitudes del sujeto hacia el objeto, persona, concepto o conducta. El primer problema consiste en identificar las creencias principales para una actitud dada. Cualquier creencia que asocie al objeto actitudinal con algún otro objeto, concepto o propiedad y que es parte de las creencias sobresalientes de la persona jerárquicamente, constituye una creencia principal. Es importante notar que el objeto de la creencia primaria es exactamente el mismo que el objeto de la actitud el cual es cambiado.

El cambio de actitud es esperado solo si las creencias seleccionadas son inicialmente parte de la jerarquía de creencias sobresalientes del sujeto, o si se convierten en sobresalientes como resultado del intento de influencia.

### **Modelos de Consistencia**

En las áreas relacionadas al cambio de actitudes se menciona, con frecuencia, el concepto de consistencia cognoscitiva. Todos los modelos de consistencia tienen en común el postulado básico de que un individuo tiende a evitar la inconsistencia cognoscitiva. Así, cuando hay inconsistencia varios mecanismos comienzan a funcionar para mitigarla. Una de las teorías que maneja este concepto de consistencia cognoscitiva es la Teoría de Disonancia Cognoscitiva de Festinger (1957), que comienza con una consideración de la relación entre dos elementos cognoscitivos.

Los términos disonancia, consonancia e irrelevancia son utilizados para describir tres tipos de relación que quizá exista entre cualquiera de dos elementos cognoscitivos.

Los conocimientos irrelevantes son creencias que están totalmente independientes. Los conocimientos consonantes son congruentes con otros, son compatibles o se apoyan uno al otro. Festinger postula que la gente prefiere relaciones consonantes entre sus conocimientos.

Los conocimientos disonantes son incongruentes o incompatibles; se contradicen psicológicamente uno al otro. La conciencia de conocimientos disonantes produce disonancia psicológica. A esto describe Festinger como un estado desagradable de tensión o molestia. Debido a que la disonancia es desagradable y aversiva, la gente está motivada a reducirla. La teoría de Festinger está primordialmente interesada en los efectos de la disonancia sobre las creencias, actitudes y conductas de la gente.

Cuando dos elementos cognoscitivos existen en una relación disonante, la tensión psicológica o incomodidad motivará a la persona a reducir la disonancia y alcanzar la consonancia. La única forma para eliminar completamente la disonancia existente es cambiar uno de los dos elementos involucrados. La magnitud de cualquier disonancia que aparezca es función de las siguientes variables conceptuales: primero, la importancia de cada uno de los elementos disonantes y cognoscitivos. Así, cuando una opinión no tiene gran importancia, la conducta inconsistente con dicha opinión no crea sino relativamente poca disonancia: también es cierto lo contrario. La segunda variable consiste en que la magnitud de la disonancia está en función del número de cogniciones consonantes y disonantes que existen en un momento dado. En otras palabras, a mayor proporción de elementos disonantes en comparación con elementos consonantes, mayor disonancia se llega a experimentar. Finalmente, la disonancia también es función de la superposición cognoscitiva, es decir, de la equivalencia funcional de los objetos o actividades representados por cada cognición. Así, mientras menos tengan en común dos elementos mayor será la disonancia (Festinger, citado por Fishbein y Ajzen, 1975).

Este mismo autor afirma que existen tres modos en que la disonancia puede reducirse. Primero podemos cambiar uno o más nuestros conocimientos disonantes para hacerlos consonantes con nuestros demás conocimientos. Segundo podemos adicionar nuestros conocimientos consonantes. Tercero, podemos cambiar la importancia de una o más ideas e incrementar la importancia de los conocimientos constantes o reducir la de los disonantes.

Para Fishbein y Ajzen (1975), los conceptos consonancia y disonancia se refieren a la relación entre creencias y solo entre creencias. Otras variables como actitudes, intenciones y conductas, son relevantes solo hasta el punto de que son representados cognoscitivamente. Sin embargo, la relación entre creencias quizá influya en estas otras variables (tan bien como las creencias mismas). Así, el cambio en creencias, actitudes, intención y conducta está visto como influenciado de forma

similar por la relación disonante entre creencias. Aunque Festinger consideró las creencias acerca de una de nuestras conductas como una serie especial de elementos cognoscitivos, hizo poca o ninguna distinción entre la representación cognoscitiva de creencias y actitudes. Así, la Teoría de la Disonancia hace predicciones no diferenciadas acerca de los efectos de disonancia en cambios en creencias y actitudes. Además, en muchas aplicaciones de la Teoría de la Disonancia, usualmente no hay distinciones entre creencias, actitudes y conductas en sí mismas por un lado, ni en su representación cognoscitiva por otro.

Quizá la contribución más importante de la Teoría de Disonancia, ha sido dirigir la atención a la posibilidad de que diferente cantidad de disonancia, quizá sea creada por la ejecución de una conducta dada, y por lo tanto, la ejecución de la conducta, algunas veces induzca a un cambio considerable, y otras veces, a un cambio pequeño en cualquier creencia, actitud o intención dadas. El argumento básico es, que la disonancia es creada solo debido a que la persona siente que tiene la libertad de escoger.

Otra teoría que maneja el modelo de consistencia es la Teoría del Balance de Heider (1944, 1958). Este modelo se interesa primordialmente en situaciones que incluyan a dos personas y a un objeto de la actitud. La Teoría del Balance postula que las relaciones balanceadas psicológicamente son más confortables, estables y resistentes al cambio. Las relaciones desbalanceadas se postulan para despertar inconformidad o tensión y son inestables y abiertas al cambio (Perلمان, 1992)

Insko y Tashakkori (1979), al tratar de explicar el grupo de las variables intrapersonales hablan del balance entre la relación de varios elementos. Los sujetos formulan una comparación social en la que "o" es similar a ellos mismos (p), y así constituyen una relación positiva entre p-o. De esta manera, cuando hay congruencia entre p-x y o-x existe el balance dado que se asume que la relación positiva p-o completa la triada fenomenológica del sujeto (cit. por Cialdini, 1981).

### **Medición de actitud.**

Para Triandis (1973), las actitudes son internas y no observables, por lo tanto, los investigadores deben inferir las actitudes individuales hacia los objetos desde una conducta evidente, como las respuestas a un cuestionario o actos en una situación estructurada. Así, las mediciones de las actitudes siempre son indirectas, asumiendo que reflejan los sentimientos evaluativos de la gente.

Los métodos más comunes para medir las actitudes usan la medición de autorreporte con papel y lápiz, en el cual, los interrogados deben contestar uno o más puntos en un cuestionario o escala de actitudes.

Entre los métodos de medición de actitud se encuentra la técnica de Likert (1932) desarrollada para medir las actitudes y se han mantenido como uno de los métodos más aceptados. La técnica de Likert mide indirectamente las actitudes al calcular el alcance, en el cual alguien sostiene creencias positivas o negativas acerca del objeto de una actitud.

Como se puede observar al inicio de este capítulo, en las definiciones de actitud se hace alusión a un objeto en cuestión, esto es, para que exista una actitud, siempre tiene que existir un objeto con respecto al cual se adquiere dicha actitud, este objeto en cuestión es llamado "objeto actitudinal".

En la presente investigación el objeto actitudinal fue el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol, el cual es definido en el siguiente capítulo.

## **ALCOHOL, CONSUMO EXCESIVO Y/O ADICTIVO**

Para comprender los conceptos de consumo excesivo de alcohol y consumo adictivo del mismo, es necesario, en una primera instancia, analizar el concepto de alcohol, el cual puede ser definido desde varias perspectivas

Desde el punto de vista químico, "el alcohol que se consume en las bebidas alcohólicas es el alcohol etílico o etanol y se obtiene por fermentación anaerobia de los hidratos de carbono" (Yuguero, 1993, pág. 23).

Este mismo autor definió el alcohol como "una sustancia química capaz de crear dependencia psicosocial y adicción, que presenta tolerancia y que ocasiona importantes efectos tóxicos en el organismo, tras su uso prolongado." (Pág. 23).

"El alcohol es considerado por muchos como un estimulante, pero es, en realidad, una sustancia depresora que parece disminuir la fatiga y hacer sentir a uno vigoroso, porque en efecto, disminuye las restricciones emocionales. Incluso una pequeña cantidad de alcohol disminuye las inhibiciones acostumbradas." (Miller, 1972).

Por otra parte, en CESAAL (1991), se describe al alcohol como una droga potencialmente adictiva, como un depresor que actúa sobre el Sistema Nervioso Central en general y el cerebro en particular. Además una persona puede ir haciéndose dependiente del alcohol y llegar a convertirse en un verdadero adicto, de la misma manera que ocurre con otras drogas.

### **Consumo excesivo de alcohol**

Los términos mal uso y abuso se utilizan para significar el uso no médico de las drogas o un uso indebido reincidente que expone al consumidor al hábito de la droga, y en el caso específico del alcohol significa su uso excesivo. Ambas palabras implican juicios de valor que varían en las distintas sociedades y que resultan difíciles de validar. Más aún, la palabra abuso es de elección desafortunada en tanto que

constituye un adjetivo peyorativo excesivo hacia aquellos que mal usan el alcohol. Los términos, sin embargo, siguen utilizándose en los casos en los que los patrones de consumo de la sustancia no alcanzan a merecer el calificativo de dependencia.

Medina-Mora (1994), define abuso como "el punto a partir del cual el uso de las sustancias constituye un riesgo significativo de ocurrencia del trastorno que produce" (pág.26). Esta misma autora, argumenta que el uso de sustancias es una condición incierta, y su distinción del abuso no es clara. La mayor dificultad estriba en que ambos fenómenos no pueden colocarse como extremos de una sola dimensión; existen dimensiones médicas, biológicas, psicológicas, legales, sociales, etc.

Una persona promedio puede tolerar alcohol en cantidades variadas, usualmente llamadas "moderadas" sin efectos dañinos (Miller, 1972).

Velasco Fernández (1994), determina que el término bebedor problema es equivalente, en el lenguaje común, al bebedor excesivo. Según dicho autor, puede hablarse de un exceso cuando la ingestión de alcohol representa más del 20% de la ración calórica cotidiana. Así mismo, este autor en 1987, menciona que la ingestión excesiva de alcohol es la que comprende a los individuos que acostumbran ingerir bebidas alcohólicas en forma habitual por más de 3 días a la semana y en más de 100 mililitros de alcohol absoluto, cada vez. Esto equivale a más de un cuarto de litro de bebidas destiladas (tequila, vodka, whisky, ginebra).

El consumo de grandes cantidades de alcohol, independientemente de otros factores, puede causar estados de coma y aún la muerte, además, el consumo frecuente puede tener importantes consecuencias médicas; por ejemplo, la dependencia o los problemas del hígado se presentan independientemente de las circunstancias en que se consume y aún sin que se llegue a una intoxicación notable; estos problemas suelen ser más frecuentes en sociedades en las que el consumo diario es común (Medina-Mora, 1994).

Desde el punto de vista psicológico Miller (1972), menciona que el placer del alcohol constituye uno de los grandes peligros. Su habilidad para crear una atmósfera fácil para reducir tensiones y liberar inhibiciones es también, con frecuencia, y fácilmente seguido por su uso excesivo, lo que constituye un uso indebido o un mal uso del alcohol, resultando perjudicial.

Medina-Mora (1994) menciona, que el estado emocional del individuo en el momento del consumo, las diferencias de susceptibilidad, factores como sexo, peso, talla, edad del consumidor, la frecuencia de consumo, las ocasiones y circunstancias de consumo, y las expectativas de los individuos cuando consumen las drogas, desempeñan un papel importante en que los efectos de las mismas sean positivos o negativos.

En el aspecto social, el uso del alcohol no está sancionado legalmente, y aún más, la sociedad le atribuye características positivas en su supuesta función de integración social. Ultimamente se ha tratado de definir los niveles de consumo sin riesgo, es decir el denominado consumo moderado. Este consumo moderado puede definirse como el que generalmente no causa problemas ni para el usuario ni para la sociedad (Medina-Mora, 1994).

En el DSM-IV (1995) se establece que la característica esencial del abuso de sustancias, consiste en un patrón desadaptativo de consumo, manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con su consumo repetido. En el caso del abuso de alcohol, la actividad escolar y el rendimiento laboral pueden verse afectados por los efectos de la bebida o de la intoxicación. El sujeto puede beber en situaciones peligrosas (p.ej., conduciendo, manejando máquinas). El beber alcohol puede causar problemas legales como, detenciones por intoxicación o conducir bajo los efectos del alcohol. Por último, los sujetos con abuso de alcohol pueden continuar bebiendo a pesar de que saben los problemas sociales e

interpersonales que ello les acarrea (P ej., discusiones violentas con la mujer mientras está intoxicado, abuso de los niños).

Desde la Encuesta Nacional de Adicciones de 1993, que se llevó a cabo en México por la Secretaría de Salud de México, se estableció la siguiente clasificación, en cuanto a los patrones de consumo:

*Bebedores:* Individuos que han consumido alcohol en los últimos dos años, con independencia de cantidad y frecuencia.

*Bebedores consetudinarios:* Personas que reportan consumir una vez por semana o con mayor frecuencia, y que consumen 5 o más copas por ocasión.

*Bebedores frecuentes de alto nivel:* Personas que reportan consumir una vez por semana o con mayor frecuencia, y que consumen 5 o más copas por ocasión.

*Bebedores frecuentes de bajo nivel:* Personas que reportan consumir una vez por semana o con mayor frecuencia y que no consumen 5 o más copas por ocasión.

*Bebedores moderados de alto nivel:* Personas que reportan beber de una a tres veces al mes y ocasionalmente toman 5 o más copas.

*Bebedores moderados de bajo nivel:* Personas que reportan consumir de una a tres veces al mes, menos de 5 copas por ocasión.

*Bebedores poco frecuentes:* Personas que reportan consumir menos de una vez al mes, y por lo menos una vez al año, independientemente de la cantidad.

*No bebedores:* Personas que dicen no haber consumido bebidas alcohólicas.

*Ex-bebedores:* Los que habiendo consumido en cualquier cantidad y frecuencia no lo han hecho en los últimos dos años

### **Factores etiológicos del consumo excesivo**

Velasco Fernández (1988), hace la siguiente clasificación de los factores etiológicos del consumo excesivo de alcohol:

*Consumo excesivo de alcohol por el efecto de la droga.-* El bebedor puede padecer un sentimiento crónico de frustración, de inseguridad o de vacío vital, al cual domina con el alcohol. Un consumidor excesivo de alcohol busca con frecuencia alterar su propia percepción de un mundo que encuentra complicado y amenazador o mejorar el concepto de sí mismo. Desgraciadamente, para producir el efecto deseado, el sujeto tiene que ingerir, en forma repetida y continua, cantidades que amenazan su salud.

*Consumo excesivo de alcohol asociado con enfermedad mental.-* Casi todas las llamadas enfermedades mentales pueden constituirse en el principal antecedente para que un individuo empiece a consumir alcohol de una manera peligrosa. Los episodios de hipomanía en el curso de una psicosis afectiva, la propia esquizofrenia y en general, los estados psicopatológicos que generan intensa angustia y/o depresión, son condiciones que favorecen el abuso de alcohol; pueden considerarse situaciones de riesgo, pero de ninguna manera debemos concluir que en cada caso de alcoholismo existe una patología subyacente.

*Consumo excesivo de alcohol en situaciones que generan angustia.-* En el curso de la vida normal, existe siempre la posibilidad de que los individuos se sometan al estrés que provocan las situaciones difíciles, las cuales generan una angustia que no se había experimentado previamente o que, por lo menos no se relacionaba con acontecimientos y vivencias de nuevo significado existencial. En muchos de estos casos, el permanecer en estado de intoxicación alcohólica puede llegar a ser un fin en

sí mismo, cuyo propósito es el de disminuir la angustia y volverle la espalda a una realidad insoportable.

*Consumo excesivo de alcohol por razones psicodinámicas.*- Antes se creía que la ingestión de alcohol podía tener significado dinámico, válido y aplicable a todos los casos. Las explicaciones de este tipo, que además no pueden verificarse científicamente, no han tenido éxito en las psicoterapias ni han ayudado a esclarecer el fenómeno de la adicción. No se niega, por supuesto, que el beber alcohol puede tener un significado simbólico inconsciente; pero este es diferente para los distintos bebedores, e incluso, puede tener diversos significados para un mismo individuo. No existen formulas psicodinámicas fijas, como no hay una personalidad típica, cuyos impulsos inconscientes expliquen la predisposición a desarrollar una farmacodependencia.

*Consumo excesivo de alcohol debido principalmente a las influencias socioculturales.*- Uno de los caminos más prometedores en lo que se refiere a la patogenia del alcoholismo, es el estudio de los factores sociogenéticos que favorecen su desarrollo. Las investigaciones más dignas de crédito indican que los grupos sociales con menor índice de alcoholismo tienen las siguientes características:

a) Desde pequeños, los niños ingieren bebidas alcohólicas pero en poca cantidad, muy diluidas y siempre dentro de un grupo familiar unido.

b) Por lo general se consumen bebidas de bajo contenido alcohólico.

c) Las bebidas se consideran alimentos y se consumen comúnmente con las comidas.

d) Los padres son ejemplos de bebedores moderados.

e) Las bebidas alcohólicas no tienen ningún valor subjetivo, es decir, ingerirlas no es virtuoso ni vergonzoso y no prueba que el bebedor sea más viril.

f) La abstinencia es una actitud socialmente aceptable. En cambio, no es socialmente aceptable beber en exceso o intoxicarse

Bales (citado por Velasco Fernández, 1988), supone que una sociedad que genera tensiones internas como culpabilidad, agresión contenida, conflictos sociales e insatisfacción sexual, y cuya actitud hacia el alcohol es la de aceptado utilitariamente como un reductor de tales tensiones, es una sociedad que tiende a producir un alto porcentaje de alcohólicos.

*Consumo excesivo de alcohol debido a la falta de control de los factores desencadenantes.*- Aquí se habla de una falla de los controles, una incapacidad para contener las poderosas influencias que conducen a una práctica peligrosa en torno al alcohol. Además, existen factores psicológicos individuales que disminuyen la capacidad para enfrentar las presiones, ejemplo: la deficiencia mental, daño cerebral, etc.

*Beber excesivamente por la preponderancia de factores biológicos.*- Los factores fisiológicos no definen la etiología del alcoholismo (al menos hasta ahora), en cambio el papel que estos factores juegan en la evolución del alcoholismo es muy claro. El alcohol tiene un efecto depresor sobre el Sistema Nervioso Central que depende de la duración y la cantidad de la ingestión; una vez que se metaboliza y sus efectos desaparecen, el tejido nervioso reacciona con una mayor excitabilidad durante un periodo proporcional. Las manifestaciones clínicas de la acción depresora varían desde fenómenos psíquicos relativamente simples hasta la supresión de los centros vitales y la muerte. Los signos y síntomas de la excitabilidad secundaria se manifiestan en forma de temblores o agitación y molestias que pueden aliviarse temporalmente al ingerir otra vez alcohol; esta mejoría se hace cada vez más urgente e importante para el bebedor conforme su trastorno progresa, eventualmente se convierte en una necesidad y se establece una dependencia.

*Beber excesivamente como resultado de un proceso clínico.*- El proceso clínico involucra tanto factores individuales como socioculturales. Se observa claramente en el caso de un hombre que debido a su prolongado estado de alcoholización llega a

perder su autoestima y a considerarse indigno y culpable, de manera que cree que la única salida para contrarrestar su depresión es continuar bebiendo, se da cuenta entonces que solo otros bebedores crónicos y sus compañeros de cantina lo aceptan y respetan, al integrarse a ese grupo el comportamiento se perpetúa. El daño que la intoxicación crónica produce en el Sistema Nervioso Central, bien puede ser también un factor que hace perdurar el hábito de ingerir alcohol.

Las sustancias que alteran los procesos mentales, como el alcohol, se han utilizado para propósitos no necesariamente nocivos, como el consumir de forma ocasional y en pequeñas cantidades para promover la relajación durante las reuniones sociales, etc. Es una manera de recurrir al alcohol que ha sido vista como permisible por diversas culturas en muchas épocas, y que por regla general, puede practicarse moderadamente sin ocasionarle efectos adversos al organismo. Pero el consumo abusivo de alcohol puede ser nocivo, con capacidad de afectar la mente, puede producir al mismo tiempo incapacidades mentales, físicas y sociales en las personas que abusan de él y tener repercusiones negativas en la sociedad. También, es común que las consecuencias desafortunadas se manifiesten por el uso abusivo de la sustancia cuando el individuo manifiesta por lo menos algunas de las características típicas de lo que se ha llamado dependencia (Madden, 1986).

### **Consumo adictivo de alcohol o Alcoholismo**

Mark Keller (citado en CESAAL, 1991) da la siguiente definición "El alcoholismo es una enfermedad crónica, un desorden de la conducta caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas, hasta el punto de que excede a lo que está socialmente aceptado y que interfiere con la salud del bebedor, así como con sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el trabajo"(pág. 41).

La anterior definición distingue al alcoholismo de la intoxicación aguda, al establecer que es una enfermedad crónica, es decir, de larga duración. No puede hablarse de alcoholismo si no se ha llegado a ciertas etapas en las que ya se ven los

síntomas característicos de la dependencia, es decir, el verdadero estado de farmacodependencia (alcohol-dependencia), ya que ante el rechazo social de su exceso en el beber, es evidente que el alcohólico preferiría dejar de hacerlo, pero no lo hace debido a que se ha creado esa dependencia que primero es sólo psicológica, pero que con el tiempo y de manera inevitable será también física, si continua bebiendo.

Y por último, en la definición dada se señala la existencia de un daño físico y mental. Esto es lo que se indica en la última frase de la definición, donde se menciona la salud física, las relaciones interpersonales y la capacidad para el trabajo; donde otra vez se hace evidente que la cronicidad es un elemento indispensable para el diagnóstico, puesto que sólo el tiempo lleva al padecimiento hasta las etapas en que el daño aparece.

Garza y Vega (1990) mencionan que las reacciones que las drogas provocan en el organismo modifican el comportamiento psicológico, físico y social del sujeto. Una de estas modificaciones es que algunas personas muestran el impulso irreprimible de continuar administrándose la droga (alcohol) en una forma periódica o continua, para poder experimentar repetidamente los efectos que esta sustancia produce.

Existen sujetos que consumen alcohol para sentir bienestar. Otros bebedores intentan escapar de sus problemas y de la angustia de la vida diaria; dependen del alcohol como un tranquilizante o de una ayuda que les permita vivir las situaciones con menor angustia. La toma de bebidas alcohólicas y el ambiente confortable que ordinariamente le rodea, se convierten en una necesidad psicológica apremiante. En la ausencia del alcohol aparece inquietud y angustia en el sujeto, pero desaparece al ingerirlo de nuevo, a lo anterior se le denomina dependencia psicológica al alcohol (Garza y Vega, 1990). La dependencia psicológica se manifiesta como un estado de angustia cuando falta el alcohol, en cambio la dependencia física provoca el llamado síndrome de abstinencia, donde el alcohólico necesita alcohol para funcionar y la falta

de ingestión provoca dolor de cabeza, malestar general, temblor, etc. Uno de los cuadros más graves provocados por la abstinencia es el "delirium tremens".

En el DSM-IV (1995) está establecido que la dependencia fisiológica al alcohol se reconoce por la demostración de tolerancia o de síntomas de abstinencia. La abstinencia de alcohol se caracteriza por la aparición de síntomas de abstinencia unas 12 horas después de disminuir la ingesta de grandes cantidades tras un consumo prolongado. Debido a que la abstinencia de alcohol puede ser desagradable e intensa, los sujetos con dependencia del alcohol pueden continuar consumiendo alcohol, a pesar de las consecuencias adversas, para evitar o aliviar los síntomas de abstinencia. Estos sujetos continúan con frecuencia el consumo de alcohol, a pesar de la demostración de las consecuencias adversas físicas y psicológicas (depresión, pérdidas de memoria, enfermedades hepáticas, etc.)

Los indicadores de dependencia incluyen compulsión del uso, incapacidad de control, abstinencia, consumo para aliviar la abstinencia, tolerancia, reducción del repertorio conductual, abandono de las actividades y placeres alternativos por el uso de alcohol, persistencia del abuso a pesar de las consecuencias dañinas, y reinstalación rápida del síndrome después de un periodo de abstinencia (Medina-Mora, 1994).

Sin embargo, aunque se sabe que el alcohol es una droga capaz de producir las dependencias mencionadas anteriormente, existen ciertos aspectos psicológicos y sociales que justifican que se trate al alcohol de forma especial.

El consumo de bebidas alcohólicas, por sí mismo, no es necesariamente un problema de conducta y no es una conducta indeseada. Incluso, existen datos que sugieren que el consumo moderado de bebidas alcohólicas es saludable (Marmot y Brummer, citados por Bryant, Windle y West, 1997). De esta forma, en contraste con el uso de drogas ilícitas y el tabaco, cuando se trata del consumo de alcohol, se necesita

ser cuidadoso acerca de asumir que cualquier consumo de éste se considere problemático.

En realidad, algunos grados de consumo de alcohol son normales en muchas poblaciones (incluso entre menores, para quienes tal consumo es legalmente permitido), y la abstinencia al alcohol puede representar una forma de desviación social en algunos grupos (Bryant, Windle y West, 1997).

Como el tabaco, el alcohol está legalmente permitido en muchos países. En estos países, como México, no es muy probable que tengan éxito las medidas legales para implantar su prohibición, a no ser que una mayoría considerable de la población llegara a desear la legislación. Tampoco es probable que en un futuro cercano ocurra un cambio tan profundo. Además, sus connotaciones difieren de las demás drogas, debido a que existe un amplio grado de aceptación cultural y social del alcohol. En nuestro país el alcohol se emplea, en un momento u otro, por la mayoría de las personas, como recurso de elección, en cualquier acto social imaginable, a pesar de ser una droga potencialmente peligrosa.

Rosovsky (1994) menciona que la influencia del alcohol ha sido muy importante desde tiempos remotos en la vida social y religiosa de los pueblos, como es el caso de México, en las normas y rituales de los distintos subgrupos de la población, en el contacto ceremonial con la deidad, en los mitos y creencias. Casi no ha existido aspecto de la vida mexicana con el que las bebidas alcohólicas no estén asociadas. El consumo de alcohol, cuando es adecuado a las restricciones o normas prevalecientes en un momento dado en un grupo determinado, ha sido reconocido como un factor de integración social y favorecedor de la convivencia.

Por otra parte, existen datos de que un 70 1% de adultos y más de la mitad de los adolescentes a nivel nacional consumen alcohol (ENA, 1993). Existen también evidencias de que el índice de consumo de alcohol está aumentando entre los jóvenes.

El joven tiene acceso al alcohol desde muy temprana edad, incluso dentro del hogar. Por una parte, presencia continuamente su utilización por parte de sus padres y hermanos y, en muchas ocasiones, es invitado a que lo consuma.

Por lo anteriormente mencionado, es apropiado, dar al alcohol una consideración especial y, aunque se le siga catalogando como droga, conviene reservarle una categoría diferente de la de las demás sustancias psicoactivas, de manera que, las medidas para minimizar las incapacidades derivadas del consumo abusivo del alcohol deben concentrarse en promover su uso moderado y su abstinencia como modos aceptables de prevención.

## PREVENCIÓN DEL CONSUMO INDEBIDO DE ALCOHOL

La prevención al consumo indebido de alcohol es un tema extenso, el cual abarca varios aspectos de la problemática. En la presente investigación se contemplan únicamente aquellos temas cuyos contenidos se consideraron relevantes para la misma.

### **Definición y tipos de prevención**

Prevenir significa preparar, disponer con anticipación lo necesario para lograr un fin "Es la acción y efecto de prevenir, es decir, implica un proceso que pone en marcha los medios o condiciones apropiados para impedir la aparición o surgimiento de un problema" (Secretaría de Salud, 1994). Así, la prevención en el ámbito que nos compete consiste en la realización de diversas acciones que tienen como objetivo minimizar la probabilidad de que un individuo se inicie en el consumo y/o abuso de alcohol o que adquiera una adicción al mismo (Secretaría de Salud, 1994).

En el ámbito de las sustancias adictivas, la complejidad de lo que se intenta prevenir dificulta la definición de las acciones, ya que se presentan grandes diferencias en la frecuencia en que estas sustancias puedan consumirse: desde la abstinencia a la adicción. Dentro de estos polos, se dan distintos niveles: puede tratarse de la mera experimentación, en la que se prueba una sustancia; del consumo ocasional, en eventos sociales o reuniones esporádicas con un grupo de amigos; del abuso de una sustancia en ciertas ocasiones o con frecuencia, que puede llegar a una intoxicación que ocasione daños graves a la salud o la muerte; y puede tratarse del uso frecuente o crónico de una misma sustancia, que provoque dependencia a la misma (CONADIC, 1998). De esta diversidad de tipos de consumo que pueden ser prevenidos, nace la necesidad de desarrollar diversos abordajes preventivos complementarios:

La prevención primaria se dirige a impedir el desarrollo de problemas generados por el consumo de drogas, a través de medidas que promueven estilos de vida sanos,

eleven el nivel de conocimientos y sensibilicen a la comunidad acerca del tema (CONADIC, 1998).

La prevención secundaria se propone disminuir los riesgos o daños ocasionados por el uso de drogas; o detectar en sus inicios los problemas de consumo y derivarlos a servicios de atención especializada (CONADIC, 1998).

La prevención terciaria brinda atención a las intoxicaciones por abuso de drogas o sobredosis, y tratamiento tanto de los trastornos asociados al consumo, como de los adictos (CONADIC, 1998).

### **Modelos conceptuales de prevención**

*El modelo moral.*- Este modelo considera que el alcohol es una droga perjudicial e indeseable y a quien abusa de él, un infractor de las normas morales, un sujeto potencialmente peligroso para la sociedad o un "débil moral" que debe ser humillado, castigado y marginado. Dentro de este modelo, existen dos corrientes: una moderada que acepta el consumo de alcohol siempre y cuando no sea excesivo y otra radical, que condena el uso del alcohol, por moderado que sea. Ambas tendencias afirman que la única manera de no caer en el alcoholismo es mediante la fuerza de voluntad (Velasco Fernández, 1988).

*Modelo ético-jurídico.*- Pone el énfasis sobre la droga como el agente activo que afecta a un individuo a quien hay que proteger manteniendo a la droga lejos de él. La estrategia de prevención basada en este modelo se enfoca, fundamentalmente hacia la oferta de drogas, a través de la represión del narcotráfico, de la distribución de productos, etc. También incide sobre la demanda actual y potencial, mediante campañas de información en las que se destacan los efectos nocivos de las drogas y las penas en las que se incurre por su venta, uso y posesión. Este tipo de prevención parte del supuesto de que el castigo y la amenaza de castigo impedirán la adopción de una conducta punible (Secretaría de Salud, 1992).

*Modelo médico-sanitario.*- También otorga a la droga el papel más importante, en tanto que se comporta como un agente infeccioso al cual hay que controlar. Este modelo abarca, entre las drogas a controlar, a la nicotina, a la cafeína y muy especialmente al alcohol. Los esfuerzos dentro de la prevención primaria se centran en el nivel de la protección específica, aplicando una especie de "vacunación", mediante la información al público sobre el riesgo para la salud que representa el uso de las drogas. La información derivada de esta estrategia de prevención parte del supuesto de que la mayoría de los seres humanos desean conservar su salud y de que la información incide sobre la conducta (Secretaría de Salud, 1992).

*Modelo psicosocial.*- Desplaza la atención hacia el individuo. El consumo de las drogas, más que sus propiedades farmacológicas o sus implicaciones legales, constituye el factor dinámico y complejo donde han de centrarse las acciones preventivas. La estrategia de prevención derivada de este modelo no es específica para la farmacodependencia sino similar a la que se aplica contra todo comportamiento desviado o destructivo. Dicha estrategia se basa en la premisa de que el consumo o la falta de consumo de drogas forman conductas complejas y de que la farmacodependencia es siempre la manifestación de ciertas necesidades del individuo. En esta medida se utiliza la información, pero ésta no es proporcionada en forma indiscriminada ni con la intención de que se reciba pasivamente, sino que se relaciona con las actitudes y los valores del grupo al que está dirigida. Pero la información es una medida secundaria en relación con la atención de las necesidades individuales y sociales que la farmacodependencia satisface (Secretaría de Salud, 1992).

*Modelo sociocultural.*- centra su atención sobre el ambiente. El consumo de drogas es provocado por problemas sociales, donde adquiere gran importancia la reacción de una sociedad ante dicho consumo. La estrategia de prevención en que se basa este modelo considera como su meta no tanto la adaptación del individuo a la sociedad como la adaptación de la sociedad al individuo y a sus necesidades. Dentro

de este marco, las medidas preventivas están encaminadas a modificar las instituciones, particularmente las educativas, a elevar el nivel de vida, a reducir la aceptabilidad social de las drogas lícitas y a transformar la vida para que sea más satisfactoria y haya menos necesidad de consumir drogas (Secretaría de Salud, 1992).

*Modelo Psicosociocultural.*- Este modelo reconoce la complejidad de cada ser humano y la influencia determinante de los factores psicológicos y del medio circundante, en la génesis del problema. El uso indebido de drogas se visualiza como un comportamiento humano que, al igual que otras conductas, dependen de múltiples factores interrelacionados. Es una respuesta a circunstancias de entorno familiar y social, en el que el individuo como tal desempeña un papel limitado ya que en gran medida éstas no dependen de él; y, además, vienen a completar el cuadro, con todo su peso, los factores socioeconómicos y el determinante cultural. Una verdadera política preventiva no puede hacer abstracción de la estructura socioeconómica dentro de la cual viven y se desenvuelven los consumidores de drogas, ni dejar de considerar el aspecto propiamente cultural del uso de ciertas drogas por parte de ciertos grupos (Massün, 1991).

*Modelo epidemiológico.*- De acuerdo con este modelo, el alcoholismo es el resultado de una interacción compleja entre el agente (etanol), el huésped (bebedor) y el ambiente (físico, mental y sociocultural). Los problemas que surgen debido al uso inadecuado o excesivo de alcohol, pueden afectar a la comunidad en diversas formas (violencia, accidentes, disminución de la productividad, costo económico de la mano de obra y de los servicios, etc.). De acuerdo con lo anterior, la prevención de la enfermedad requiere centrar los esfuerzos en el agente, en el huésped y en el ambiente e interrumpir las líneas de comunicación entre ellos (Velasco Fernández, 1988).

*Modelo geopolítico-estructural.*- Este modelo pretende superar los enfoques clásicos, incluyendo el psicosociocultural en lo que este se limitaría al escenario

individual del sujeto en su ambiente inmediato (familia, escuela, comunidad), ignorando los determinantes estructurales mayores del problema. El modelo busca una conceptualización del consumo y tráfico de drogas como fenómeno global, estructuralmente inseparable de las condiciones que generan el subdesarrollo y la dependencia de los países latinoamericanos (Massùn, 1991).

*Modelo integral.*- Este modelo propone la aplicación simultánea y racional de todos los modelos. Los modelos médicos y psicológicos son fundamentales, pero ello, no excluye la importancia de los factores socioculturales. Los modelos sociocultural y epidemiológico son básicos para la prevención del alcoholismo, pero también pueden utilizarse los elementos psicobiológicos de los demás modelos. Incluso el modelo moral aporta algunos conceptos útiles; por ejemplo, introducir la idea de beber con moderación y responsabilidad entre los bebedores no alcohólicos. En sociedades como la nuestra, que son tan tolerantes para el beber excesivo y en las que es mal vista la abstinencia, el modelo moral, podría propagar actitudes de cambio que darían lugar al fenómeno inverso y deseable, es decir, condenar el exceso en el beber y considerar una virtud el beber con moderación (Velasco Fernández, 1988).

El modelo integral pretende ofrecer opciones al individuo para que no se inicie en el consumo de drogas. Incide en los factores causales, propone alternativas de conductas e intenta disminuir los factores de riesgo (Secretaría de Salud, 1994).

Dentro de este modelo, existen dos grandes grupos de medidas: las indirectas y las directas. Las medidas indirectas se refieren a los esfuerzos que en gran escala influyan sobre las condiciones políticas y económicas de la sociedad y que transforman la calidad de vida, los valores, las normas de los individuos que viven en ella. Las medidas directas se subdividen en específicas e inespecíficas. Las primeras comprenden a la información y a la educación, las cuales deben abarcar a diversos públicos bien definidos, como padres de familia, maestros, alumnos de diversos grados, grupos de alto riesgo, usuarios, etc. Con objetivos, contenidos y medios

diferentes según las necesidades de cada grupo. Otras medidas específicas se inscriben en el campo de la salud pública, aplicando reglamentos para las drogas, estableciendo un sistema de inspección de recetas médicas, tratando y rehabilitando a usuarios a fin de reforzar la prevención primaria en grupos todavía no afectados, etc. Además, se cuentan aquí las medidas jurídicas de fiscalización y de represión del narcotráfico, así como las acciones de investigación biomédica y social. Las medidas no específicas son aquellas que pretenden ofrecer alternativas al consumo de drogas (Secretaría de Salud, 1992).

### **Información y educación como medidas preventivas.**

Dentro de las medidas preventivas que se mencionan, tanto en el Modelo Integral como en otros modelos, se encuentran la información y la educación. La información debe ser manejada con cautela y más allá de la mera información, es necesario propiciar procesos de educación cuyo contenido debe ser selectivo de acuerdo con las necesidades del grupo al que vaya dirigida. Constituye un grave error confundir la información con la educación. La información comprende el envío de un mensaje en un sentido único, que no suele permitir al receptor el planteamiento de preguntas, la aclaración de problemas o malentendidos ni la manifestación de sus propios intereses y preocupaciones. Por lo contrario, la educación posibilita la comunicación en dos direcciones. Bien planeada, la información resulta un instrumento de la educación (Secretaría de Salud, 1992).

“Es evidente que una de las razones más influyentes para que se produzcan los problemas relacionados con el abuso de alcohol, es que muchos individuos nunca aprendieron a beber moderadamente. De hecho, gran parte de la gente común no toma una decisión consciente acerca de si va a beber o no y, en caso afirmativo, cómo lo hará. El comportamiento ante el alcohol, al igual que ocurre con muchos hábitos, se va adquiriendo de una manera no crítica, como una respuesta reflejo a diferentes circunstancias de la vida. Al dar información objetiva sobre la forma en que nuestro organismo reacciona al alcohol, las posibles causas del abuso de las bebidas, las

características de la dependencia de las drogas, etc., se proporciona seguramente una ayuda a las personas para que tomen decisiones más conscientes” (CESAAL, 1991, pp.95).

La información es un requisito para cualquier decisión inteligente y, como tal, constituye una etapa necesaria en la educación preventiva. Es necesario contrarrestar la información deformante, sensacionalista, llena de prejuicios que caracteriza a los medios de comunicación en general; y reducir la ignorancia, si se quiere que el joven sea capaz de tomar decisiones bien fundamentadas frente a la oferta de la droga (Massün, 1991).

“La decisión de ingerir o no bebidas alcohólicas es propiamente una decisión privada y personal que tiene que tomar cada individuo: sin embargo, si la elección es por el alcohol, se asume la responsabilidad de no destruirse a sí mismo ni a los demás” (Chafetz cit. En CESAAL, 1991).

El papel de la educación como medida preventiva resalta aún más cuando se toma en cuenta que el problema de la drogadicción se relaciona con los valores universales, la actitud ante la vida y la cultura misma, que se adquieren en la escuela, el hogar y la comunidad (Cuéllar, 1995).

Massün (1991) considera que, en la práctica, la información y la educación se confunden entre sí y se complementan a la vez. Una información correcta constituye un instrumento útil de educación: más aún, es indispensable para poder tomar decisiones bien fundamentadas. Por otro lado, la información tiene mucho más probabilidades de llegar a sus fines si se administra dentro del marco de una verdadera comunicación en doble sentido, es decir: dentro de un proceso educativo.

*Debates.*- Para Massün (1991) la forma más recomendable para transmitir una información son los debates, que permiten a los destinatarios participar, es decir,

expresarse mediante sugerencias y preguntas que desemboquen en diálogo. Este autor considera que, en materia de drogas las exposiciones unilaterales, discursos, sermones o prédicas tienen, en general, muy poco efecto preventivo. Afirma que un adolescente cree más en una información y la asimila mejor cuando ha tenido que colaborar para obtenerla, que cuando la recibe toda hecha desde la altura de una cátedra. Por lo tanto, en la medida de lo posible los jóvenes deberán estar involucrados activamente en discusiones, exploraciones y descubrimientos a fin de lograr el conocimiento necesario. La investigación, el descubrimiento por uno mismo hacen el aprendizaje más satisfactorio, y también más duradero (Massün, 1991).

*Protección de riesgos.*- La complejidad de los fenómenos sociales que actualmente afectan a la juventud, requiere de enfoques realistas y efectivos. El enfoque de riesgo permite asumir que en la actualidad ciertos riesgos son inevitables: las drogas seguirán circulando en el medio ambiente por muchas décadas más y las manifestaciones psicológicas negativas en los ambientes comunitarios, familiares y sociales difícilmente serán modificadas en el corto plazo. Por ello es más realista propiciar una cultura de protección de riesgos que una eliminación de estos. (Secretaría de Salud, 1992).

*Mensajes adecuados.*- "Unos mensajes sutiles y matizados, engarzados en un contexto más amplio y anclados o relacionados con otros valores, metas, estilos de vida, o con valores y estilos de otros individuos que considere importantes el destinatario, pueden no producir un impacto fuerte e inmediato, pero aumentarán la probabilidad de que haya efectos a largo plazo y perdurables" (Hellen Nowlis cit. en Secretaría de Salud, 1992)

*Motivos de consumo.*- La prevención más actualizada se orienta hacia las situaciones y motivos que inducen al consumo de drogas. Esta nueva tendencia, basada en medidas sociales y ambientales tendientes a generar mejores condiciones de vida, ha tenido mayores repercusiones que cualquier otro recurso utilizado hasta el

momento. Además esta prevención actualizada, también considera que es muy difícil persuadir a la gente para que renuncie a prácticas que le producen alivio a sus tensiones o simplemente placer. Y más difícil aún, cuando muchas de estas prácticas son estimuladas y respaldadas por la sociedad, como es el caso del consumo de alcohol. En cambio, es posible mejorar la capacidad de las personas para manejar con inteligencia su propio consumo (a temperar el uso de alcohol), o lograr que no sientan la necesidad de tomarlas, centrando su interés en actividades relajantes o placenteras, o que encuentren otras formas de resolver conflictos internos (Massün, 1991).

Según este mismo autor, la información más importante es la que se centra en el porque. Consiste en analizar las motivaciones como la curiosidad, la inseguridad, la falta de identidad, la presión de pares pero también los problemas socioeconómicos.

*Alternativas al uso de drogas.-* Sin duda, la creación de alternativas es el aspecto más decisivo a la prevención de la farmacodependencia. Es necesario ofrecer a los usuarios actuales o potenciales, alternativas que resulten más satisfactorias para ellos que la farmacodependencia. El consumo de drogas cumple ciertas funciones y satisface algunas necesidades del usuario. La creación de alternativas se basa en el principio de que si se encuentra algo que satisfaga mejor la misma necesidad e incluso que cumpla algunas funciones más que el consumo de drogas, los usuarios dejarán de recurrir a los fármacos para satisfacer tal necesidad. Se pretende, entonces, proporcionar un modo más satisfactorio de vivir las experiencias que se buscan con las drogas y de resolver los conflictos y las necesidades que propician su consumo. Las alternativas al uso de drogas incluyen aquellas actitudes y valores que forman el núcleo del comportamiento individual y del grupo, y que a menudo guardan relación con el consumo de drogas (Secretaría de Salud, 1992).

## **Importancia de las actitudes en la prevención**

Como en otras actividades humanas, la de beber alcohol está determinada en cada individuo por sus actitudes y valores, el conocimiento (o desconocimiento) de los hechos relativos al alcohol, sus motivaciones personales, la herencia, el medio cultural y el contexto social en el que vive, etc. Las actitudes responsables hacia la bebida debieran servir para conducirnos de tal manera que nunca tengamos que sentirnos avergonzados de nuestros actos. Así, para el individuo que bebe ocasionalmente o con regularidad, pero que no es alcohólico y está consciente del peligro de llegar a serlo, existen normas que le permiten con seguridad evitar el estado de ebriedad y sus consecuencias. Estas normas están al alcance del individuo a través de la educación preventiva (Massün, 1991).

Este mismo autor argumenta, que para lograr verdaderamente una educación preventiva, como se mencionó anteriormente, se parte de la información, la cual debe proporcionar el conocimiento objetivo acerca de las drogas y las razones de su consumo. Este conocimiento conduce a la motivación, que a su vez influye en las actitudes y en los comportamientos.

Massün (1991), menciona que esta forma de educación no será efectiva sino en la medida en que lleguen a cambiar las actitudes y comportamientos favorables al uso indebido de drogas, por actitudes y comportamientos favorables a la salud. Ya que es bien sabido que gran parte de lo aprendido (en lo que se refiere a la parte cognoscitiva de la enseñanza) se olvida relativamente pronto. En cambio, una vez adquiridos, las actitudes y comportamientos tienen mucho más posibilidades de perdurar.

Entre los factores de riesgo individuales asociados con el uso indebido de drogas se encuentran las actitudes. En una investigación realizada por Bachman, Johnston, O'Malley y Humphrey en 1988 (cit. por Medina-Mora, 1993), se encontró que el decremento en el número de usuarios de drogas en Estados Unidos consistentemente se ha asociado con el incremento de la percepción de riesgo

asociado con su uso. En estudiantes mexicanos, la percepción de riesgo es en general baja, inferior a la observada en Estados Unidos y lo que es más grave, muestra una tendencia hacia la disminución (Medina-Mora, 1993). Esta misma autora argumenta que, específicamente en el caso de consumo de alcohol, la percepción de riesgo disminuye con respecto al consumo frecuente y en grandes cantidades. En general, el menor nivel de riesgo se asocia con el abuso de alcohol, poco más de 10 estudiantes de cada 100 consideraron que tomar 5 ó más copas por ocasión de consumo, 1 ó 2 veces por semana, no es peligroso.

En México, la percepción de riesgo distingue a los usuarios de los no usuarios y discrimina entre aquellos que abandonan el uso después de experimentar con drogas de aquellos que persisten en él. Esta variable también produce la involucración con más de una sustancia (Medina-Mora, 1994).

Flay y Petraitis (1992), dividen los marcos conceptuales que se han utilizado para explicar la manifestación del abuso de sustancias en seis grandes grupos, entre dichos grupos se encuentra el "Cambio de conocimientos, actitudes y conductas". Se considera que estas tres variables son las más próximas al abuso, e incluyen el saber los efectos de las sustancias en el organismo, el conocimiento y expectativas de las consecuencias, actitudes hacia el uso y temas relacionados, así como, las intenciones conductuales.

### **Evaluación de un programa preventivo**

Uno de los principales retos para los programas de intervención preventiva es la forma de evaluar estos cambios; es decir la repercusión que tiene el programa en cuestión. Los programas de prevención del uso indebido de drogas, buscan un cambio de valores y de actitud, que incida directamente en el estilo de vida de las comunidades, facilitando así conductas protectoras y evitando conductas de riesgo (Castro, Almazan y Villaseñor, 1992).

La evaluación permite la toma de decisiones, porque informa sobre los cambios requeridos en actitud, comportamiento, estilo de vida y conocimiento. Implica, así mismo, un proceso de autoevaluación que, finalmente, es una vía eficaz para lograr un incremento de la calidad. La evaluación exige socializar a distintos niveles lo ocurrido dentro del programa y permite publicar los resultados. Con estas funciones se contribuye en forma significativa al avance y eficacia de los programas, puesto que se puede replicar y mejorar (Secretaría de Salud, 1994).

### **Modelo de prevención, orientación y tratamiento de conductas adictivas para estudiantes y trabajadores universitarios**

Como ya se mencionó en los antecedentes de la presente investigación Quiroga, Sanchez, Vazquez y Mata (1995), diseñaron el Modelo de Prevención, Orientación y Tratamiento de Conductas adictivas para estudiantes y trabajadores universitarios, cuyo objetivo en un nivel de prevención primaria, es evitar el uso de drogas, así como realizar una detección temprana de usuarios iniciales y farmacodependientes

Los escenarios en que se realiza este tipo de acción son, escuelas y facultades de la UNAM. Las estrategias fundamentales para llevarla a cabo consisten en "pláticas-debate", folletos y audiovisuales sobre alcohol, tabaco y/o drogas en general. En este nivel se aplica, previamente, un sondeo en una muestra representativa de la población, con el fin de elaborar el contenido de la "plática-debate" informativa-expositiva a realizar. Por otro lado, durante la "plática-debate" se aplica un Cuestionario sobre Patrones de Consumo a fin de detectar a groso modo a usuarios y abusadores de drogas, a fin de que sean canalizados al Programa de Conductas Adictivas de la Facultad de Psicología de la UNAM para su intervención oportuna o tratamiento, respectivamente.

## **Lineamientos del programa de prevención y orientación de la farmacodependencia**

La prevención va más allá de la transmisión de conocimientos, ya que su objetivo es la formación de los individuos para que sean capaces de enfrentarse con sus problemas y de vivir de experiencias satisfactorias o placenteras sin necesidad de drogas. Para lograr tal objetivo se parte, en un primer momento, de la información. Para que esta sea efectiva, debe proporcionar a la población destinataria un conocimiento objetivo sobre las potencialidades, tanto benéficas como nocivas de las drogas a su alcance, y hacerles comprender las causas que generalmente los motivan a su uso y/o abuso. Se parte de que este conocimiento conducirá a la motivación, que a su vez influirá en las actitudes.

Además este modelo considera que resulta difícil persuadir a la gente para que renuncie a prácticas que le producen alivio a sus tensiones o simplemente placer, y todavía más difícil aún cuando muchas de estas prácticas son estimuladas y respaldadas por la sociedad como es el caso del alcohol y el tabaco, se hace necesario plantear objetivos a dos niveles: 1) Evitar que se haga uso indebido de las drogas "lícitas" (socialmente aceptadas); y 2) Evitar el uso de las drogas "ilícitas" (prohibidas legalmente).

En el segundo caso, el objetivo de la prevención es que la persona no necesite y rechace libremente la oferta de drogas, en donde este rechazo sea el resultado, más que del miedo, de una elección libre (porque sabe y entiende lo que significa el uso de dichas drogas) que no se sienta como privación.

En cuanto a la información que se da, a parte de proporcionar datos objetivos acerca de las sustancias, debe estimular la reflexión sobre las razones del consumo, las consecuencias del hábito para el individuo y su grupo, y proponer opciones que sean más interesantes y satisfactorias que consumir drogas.

El análisis de la experiencia internacional de las últimas décadas en materia de información acerca de las drogas, permite formular una serie de pautas básicas:

- No exagerar ni mentir.- La información debe ser creíble, objetiva y apelar más a la razón que al temor provocado por exageraciones.
- No identificar drogas con juventud.- No resulta conveniente crear un prototipo de usuario potencial.
- No discriminar entre drogas legales e ilegales.- Es inútil y deshonesto negar e ignorar que algunas drogas legales pueden ser mucho más peligrosas que otras ilegales.
- Evitar la información tipo "Manual de uso".- Evitar que una información demasiado explícita acerca de las drogas y las distintas formas de consumirlas despierte únicamente la curiosidad e incite a probarlas.

## METODO

### **Planteamiento del problema.**

¿Habrá un incremento en el conocimiento sobre alcohol y por consiguiente un cambio de actitud hacia el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol en estudiantes de nivel medio superior después de participar en una "Plática-Debate" sobre alcohol?

**Sujetos.-** 124 estudiantes de nivel medio superior de dos colegios particulares de la Ciudad de México, DF. Las edades de los sujetos comprendieron entre los 15 y 22 años, presentaron una media de 17 años. El grupo estuvo conformado por 63 mujeres y 61 hombres.

**Escenarios.-** Los escenarios utilizados fueron el salón de ceremonias del Colegio Britania, el cual contó con un espacio amplio, ventanas altas, y luz tenue; y un salón de clases del Colegio Alexander Dul, el cual era pequeño para el tamaño del grupo y solo contaba con una ventana por lo que la ventilación y la iluminación no eran las adecuadas.

**Muestra.-** Se utilizó una muestra no probabilística de los sujetos-tipos (Hernández, Baptista y Fernández, 1997, pp. 232). Se consideró como requisito que fueran estudiantes de nivel medio superior, los cuales fueron convocados para participar en la Plática-Debate, considerandose esta como una actividad escolar.

### **Instrumentos:**

**1)Escala de Actitud tipo Likert hacia el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol** (ver apéndice A). La escala constó de 10 declaraciones (6 favorables hacia el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol y 4 desfavorables hacia el mismo), ordenadas al azar y presentando las siguientes 5 opciones de respuesta:

- a) Totalmente de Acuerdo
- b) De Acuerdo
- c) Indiferente

- d) En Desacuerdo
- e) Totalmente en Desacuerdo

El instrumento se aplicó de forma colectiva y para llevar a cabo la calificación, a cada opción de respuesta se le asignó un valor diferente entre 1 y 5, así cada declaración tuvo un valor máximo de 5 puntos, se sumaron los valores correspondientes a las respuestas proporcionadas por los sujetos en cada una de las declaraciones, de forma que una mayor puntuación indicó una mayor favorabilidad hacia el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol y viceversa.

Se utilizó la validez interjueces, en la cual participaron 5 jueces, con la finalidad de seleccionar aquellos reactivos que se relacionaran mejor con un consumo excesivo y adictivo de alcohol. Se utilizó la prueba de Alpha de Cronbach de Consistencia Interna, resultando una confiabilidad de .70 en el total de la escala.

**2)Cuestionario de Conocimientos sobre alcohol** (ver apéndice B). Constó de 13 preguntas, de las cuales 7 fueron de opción múltiple y 6 fueron abiertas. Cada pregunta tuvo valor de un punto. Siendo la calificación máxima 13 y la mínima 0.

**3)Cuestionario de patrón de consumo de alcohol** (ver apéndice C). Constó de 6 preguntas relativas al consumo de alcohol del sujeto, las cuales permitieron clasificar al sujeto según su patrón de consumo en los siguientes tipos de bebedores:

- 1- *No bebedor* = Personas que no consumen bebidas alcohólicas.
- 2- *Bebedor moderado de bajo nivel* = Consumo de 1-3 veces al mes, menos de 5 copas por ocasión.
- 3- *Bebedor moderado de alto nivel* = Consumo de 1-3 veces al mes, 5 ó más copas por ocasión.
- 4- *Bebedor frecuente de bajo nivel* = Consumo de 1 vez por semana o con mayor frecuencia y que consumen 5 o menos copas por ocasión.
- 5- *Bebedor frecuente de alto nivel* = Consumo 1 vez por semana o con mayor frecuencia, y que consume 5 ó más copas por ocasión.

**4)Hoja de Evaluación** (ver apéndice D). Consta de 4 preguntas con relación a la evaluación de la "Plática-Debate" por parte de los asistentes.

**5)Cuestionario Sobre Salud** (ver apéndice E). Consta de 13 preguntas alusivas a la salud del sujeto, a su relación con personas consumidoras de alcohol o alcohólicas, a su consumo personal y a la perspectiva de daños causados por el mismo.

**Material.-** Durante la aplicación de las Pláticas-Debate se requirió de acetatos, esquemas, carteles, pizarrón, gises, proyector de acetatos y pantalla.

### **Planteamiento de Hipótesis.**

**Hipótesis Conceptual:** Con base en la observación directa, la información recibida desde fuentes externas o por varios procesos de inferencia, una persona aprende o forma un número de creencias acerca de un objeto y la totalidad de estas creencias sirve como la base de información que finalmente determina sus actitudes (Fishbein y Ajzen, 1975).

**Hipótesis Nula1:** No existen diferencias estadísticamente significativas en el conocimiento sobre el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol en estudiantes de nivel medio superior, después de participar en una Plática-Debate sobre alcohol.

**Hipótesis Alterna1:** Existen diferencias estadísticamente significativas en el conocimiento sobre el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol en estudiantes de nivel medio superior, después de participar en una Plática-Debate sobre alcohol.

**Hipótesis Nula2:** No existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol, en estudiantes de nivel medio superior, antes y después de participar en una "Plática-Debate" sobre alcohol.

**Hipótesis Alterna2:** Existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol, en estudiantes de nivel medio superior, después de participar en una "Plática-Debate" sobre alcohol.

**Variable Independiente:** "Plática-Debate" sobre alcohol.

**Variables Dependientes:** Conocimiento sobre el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol y Actitud hacia el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol

**Definición Conceptual de Plática-Debate sobre alcohol:** Método para transmitir información que permite a los destinatarios participar y expresarse mediante sugerencias y preguntas que desemboquen en diálogo (Quiroga, Sanchez, Vazquez y Mata, 1995).

**Definición Operacional de Plática-Debate sobre alcohol:** Método de prevención primaria, utilizado por el "Modelo de Prevención, Orientación y Tratamiento de Conductas Adictivas para estudiantes y trabajadores universitarios" (Quiroga, Sanchez, Vázquez y Mata, 1995), que consiste en realizar una plática Expositivo-Participativa, que guíe a los sujetos para que descubran por sí mismos las verdades acerca del alcohol y los problemas relacionados con su abuso y su uso adictivo, la cual abarcó los siguientes 11 puntos:

- 1) Conceptos básicos sobre alcohol
- 2) Efectos sobre el Sistema Nervioso y órganos relevantes
- 3) Daños sobre el organismo, familia y sociedad
- 4) Factores contextuales
- 5) Influencia de los medios masivos de comunicación
- 6) Legislación vigente
- 7) Etapas de la adicción
- 8) Signos y síntomas de dependencia
- 9) Motivos para el consumo de alcohol
- 10) Alternativas preventivas al consumo de drogas
- 11) Instituciones de atención

**Definición Conceptual de Conocimiento:** Acción y efecto de conocer, producto de una relación polar entre el sujeto cognoscente y el objeto conocido (Diccionario Enciclopédico Bruguera, 1979, pp. 522)

**Definición Operacional de Conocimiento:** Puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Conocimiento sobre alcohol.

**Definición Conceptual de Actitud:**

Actitud.- "Una predisposición aprendida a responder de manera consistentemente favorable o desfavorable con respecto a un objeto dado" (Fishbein y Ajzen, 1975).

**Actitud hacia el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol.-** Predisposición aprendida a responder de manera consistentemente favorable o desfavorable con respecto al consumo excesivo y/o adictivo de alcohol.

**Definición Operacional de Actitud hacia el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol:** Puntuaciones obtenidas en la Escala de Actitud tipo Likert, hacia el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol.

**Tipo de estudio.-** Es una investigación Descriptiva y Preexperimental de campo (Sellitz, 1965; y Hernández, Baptista y Fernández, 1997, pp.139)

**Diseño.-** Se utilizó un diseño Pretest-Postest de un solo grupo, donde este mismo sirvió como su propio control (Siegel, 1970).

**Procedimiento**

Se aplicó el Cuestionario Sobre Salud en las preparatorias, para identificar la existencia de consumo de alcohol por parte de los estudiantes, así como el riesgo de los mismos a incrementar dicho consumo.

Antes de la Plática-Debáte, se aplicó una batería de pruebas que contenía: Escala de Actitud tipo Likert hacia el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol, Cuestionario de Conocimientos sobre el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol y el Cuestionario de Patrón de Consumo. Posteriormente, se llevó a cabo la Plática-Debáte y al finalizar la misma se aplicó de nuevo la Escala de Actitud, el Cuestionario de Conocimientos y la Hoja de Evaluación. Cabe mencionar que todas las aplicaciones se realizaron de forma anónima.

### PLÁTICA DEBATE:

Las Pláticas-Debate se llevaron a cabo dentro de las instalaciones de cada colegio y fue planeada para que tuviera una duración de 120 min. Se utilizaron acetatos, esquemas, carteles y pizarrón como material de apoyo durante la misma. La plática fue Expositiva-Participativa y se utilizó la técnica de Lluvia de Ideas (ver carta descriptiva en apéndice F).

Se realizó una evaluación del proceso de la Plática-Debate, de forma que se registró cada plática, considerando los puntos de la relatoría (ver apéndice G). Así mismo, un grupo de observadores independientes (estudiantes de 8º semestre de la Facultad de Psicología) realizó una evaluación de acuerdo a los criterios para exponer un tema en público (ver apéndice H), que consistió en evaluar: la información proporcionada; al expositor de dicha información; y registrar los temas cubiertos durante la plática.

### **Control de variables**

- Las Pláticas-Debate se llevaron a cabo por el mismo expositor para evitar diferencias de estilos que pudieran influir en los resultados.
- El Postest fue aplicado inmediatamente después de la Plática-Debate para eliminar la posible existencia de otros acontecimientos que interfirieran en los resultados.

## RESULTADOS

Tomando en cuenta que en la presente investigación se empleó la teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (1975), en la cual se menciona que con base en la información recibida desde fuentes externas, una persona aprende o forma un número de creencias acerca de un objeto y la totalidad de las creencias de una persona sirve como base para determinar actitudes, intenciones y conductas, se *consideró necesario realizar el análisis* de los datos tomando en cuenta, en una primera instancia, a aquellos sujetos que presentaron un incremento en la puntuación del cuestionario de conocimientos sobre consumo excesivo y/o adictivo de alcohol CEEA, después de haber participado en la Plática-Debate, a estos sujetos se les nombró *GRUPO1*. Por otra parte, el *GRUPO2* lo conformaron aquellos sujetos que no obtuvieron incremento en la puntuación del cuestionario de conocimientos sobre el CEEA.

Se llevó a cabo un análisis del nivel de conocimientos, obteniéndose porcentajes y medias con respecto a dicha variable, además se analizó el nivel de significación estadística de su cambio antes y después de la Plática-Debate.

Posteriormente, considerando únicamente a los sujetos del *GRUPO1*, se analizaron los cambios de actitud hacia el CEEA después de la Plática-Debate, obteniéndose así 3 subgrupos de acuerdo a la dirección del cambio de actitud:

- a) Disminución de la favorabilidad hacia el CEEA
- b) Aumento de la favorabilidad hacia el CEEA
- c) Favorabilidad hacia el CEEA constante

Se obtuvieron medias y niveles de significación estadística del cambio de actitud de cada subgrupo.

Se consideró importante analizar a aquellos sujetos que no obtuvieron incremento en el conocimiento (GRUPO2), debido a que este grupo de sujetos puede aportar datos relevantes a la presente investigación, por lo que se subdividió de igual manera que el GRUPO1, se obtuvieron medias y niveles de significación estadística de cada subgrupo.

Para el análisis estadístico se utilizó estadística no para métrica con la prueba de rangos señalados y pares igualados de Wilcoxon, determinándose un nivel de significación de .01.

Se realizó una comparación entre el GRUPO1 y GRUPO2 con respecto a la variable Actitud.

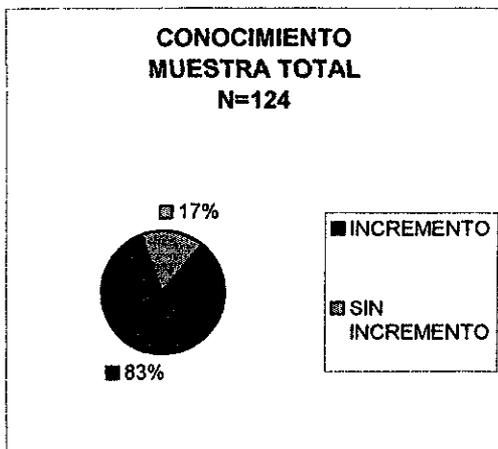
Se analizó el factor sexo en el GRUPO1, el GRUPO2 y sus respectivos subgrupos, además se llevó a cabo una comparación entre ellos, de igual forma se analizaron los factores edad y patrón de consumo de alcohol.

Por último se realizó una detección de grupos extremos, seleccionando a los sujetos que presentaron una actitud más favorable hacia el CEEA, antes de la Plática-Debate y aquellos que presentaron una actitud menos favorable hacia el CEEA antes de la misma.

Además del análisis estadístico, se llevó a cabo un análisis del proceso de la Plática-Debate, considerando la evaluación de la misma por parte de los participantes, el cumplimiento de los criterios para exponer un tema en público y la relatoría de cada una de las Pláticas-Debate realizadas.

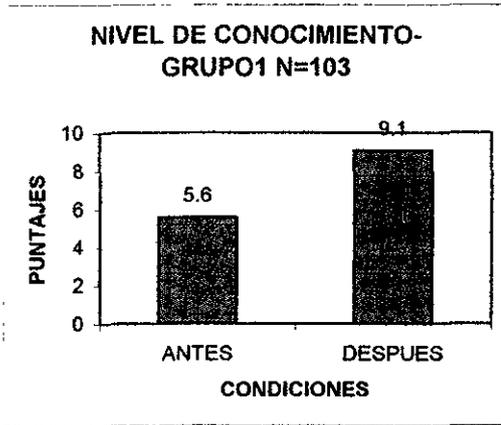
## NIVEL DE CONOCIMIENTO EN GRUPO1 Y GRUPO2

El número total de sujetos fue de 124, de los cuales 103, que corresponde a un 83%, son sujetos que incrementaron su conocimiento sobre el CEAA, conformando el *GRUPO1*. El *GRUPO2* estuvo conformado por los 21 sujetos restantes que corresponden a un 16.9%, y son aquellos cuyo conocimiento sobre el CEAA no se incrementó e incluso disminuyó ligeramente (Ver *GRAFICA 1*).



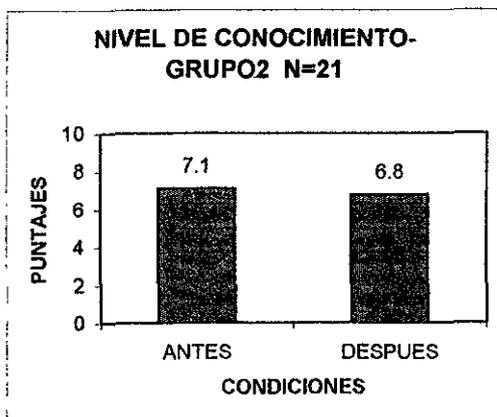
**GRAFICA1**-Porcentaje de sujetos que incrementaron su conocimiento hacia el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol contrastado con el porcentaje de sujetos cuyo conocimiento no fue incrementado.

El *GRUPO1* presentó una media en el nivel de conocimiento antes de la Plática-Debate igual a 5.6 y una media de 9.1 después de la misma. En cuanto al incremento de conocimiento sobre el CEAA que se presentó en este grupo, se encontró un valor de  $Z=-8.840$  y una probabilidad asociada con su ocurrencia de .000, la cual es menor al grado de significación, por lo tanto, se rechazó la Hipótesis Nula<sup>1</sup> y se aceptó la Hipótesis Alterna<sup>1</sup>, es decir, si existen diferencias estadísticamente significativas en el conocimiento sobre el CEAA después de participar en una Plática-Debate sobre alcohol, lo cual indica que el incremento de conocimiento sobre el CEAA en el *GRUPO1* si fue estadísticamente significativo (Ver *GRAFICA 2*).



**GRAFICA 2-** Medias del GRUPO1 (sujetos con incremento con respecto al conocimiento sobre el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol), antes y después de la Plática-Debate.

El *GRUPO2* presentó una media de 7.1 en el nivel de conocimiento antes de la Plática-Debate y una media de 6.8 después de la misma. En cuanto al incremento de conocimiento sobre el CEEA que se presentó en el *GRUPO2*, se encontró un valor de  $Z=-1.409$  y una probabilidad asociada con su ocurrencia de .159, la cual es mayor al grado de significación, por lo tanto, se aceptó la Hipótesis Nula<sup>1</sup>, es decir, no existen diferencias estadísticamente significativas en el conocimiento sobre el CEEA después de participar en una Plática-Debate sobre alcohol, lo cual indica que el incremento de conocimiento sobre el CEEA en el *GRUPO2* no es estadísticamente significativo (Ver *GRAFICA 3*).

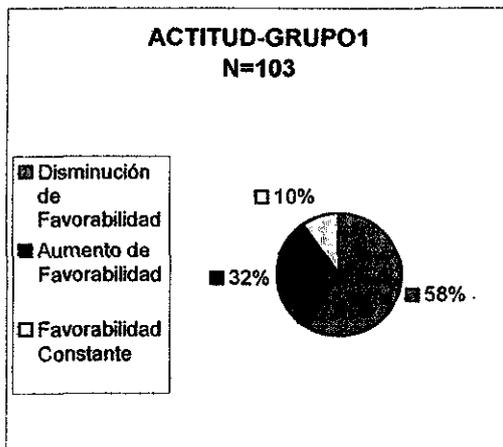


**GRAFICA 3-** Medias del GRUPO2 (sujetos sin incremento de conocimiento sobre el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol), antes y después de la Plática-Debate.

### **CAMBIOS DE ACTITUD EN EL GRUPO1**

Considerando únicamente a los sujetos del *GRUPO1* se obtuvieron los siguientes resultados con respecto a la variable Actitud hacia el CEEA. Los 103 sujetos que conformaron el *GRUPO1*, se subdividieron en tres subgrupos que se presentan a continuación:

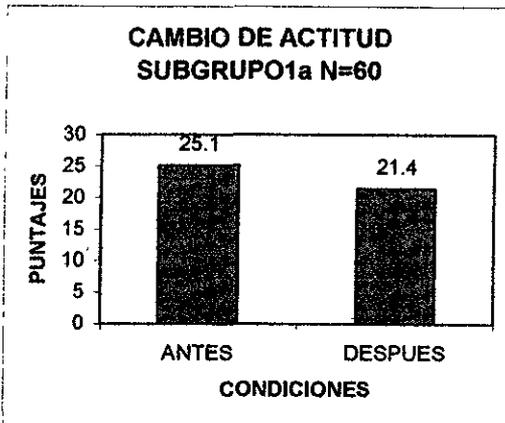
- *SUBGRUPO1a*: Sujetos que disminuyeron la favorabilidad hacia el CEEA, los cuales resultaron ser 60 sujetos (58.25%)
- *SUBGRUPO1b*: Aquellos sujetos que aumentaron la favorabilidad hacia el CEEA, siendo éstos 33 sujetos (32%)
- *SUBGRUPO1c*: Sujetos que permanecieron constante en la favorabilidad hacia el CEEA, resultando 10 sujetos (10%) (Ver GRAFICA 4)



**GRAFICA 4-** Porcentajes de los subgrupos del *GRUPO1* (sujetos que incrementaron conocimientos) con respecto a la dirección de la favorabilidad hacia el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol.

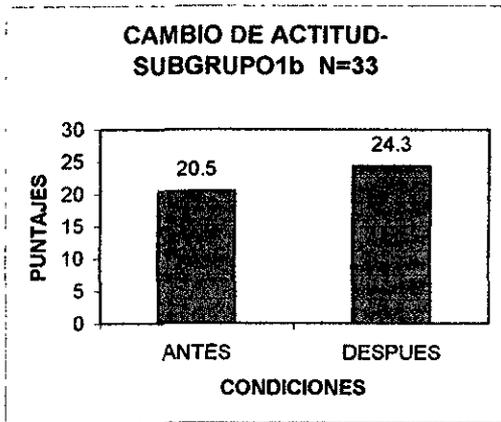
Los sujetos que pertenecen al *SUBGRUPO1a* presentaron una media de 25.1 en el grado de favorabilidad hacia el CEEA antes de la Plática-Debate y una media de 21.4 después de la misma. En cuanto la disminución de favorabilidad hacia el CEEA, el *SUBGRUPO1a* presentó un valor de  $Z=-6.771$  y una probabilidad asociada a su

ocurrencia de .000, como esta probabilidad calculada es menor que el grado de significación, por lo tanto, se rechazó la Hipótesis Nula2 y se aceptó la Hipótesis Alterna2, es decir, si existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia el CEEA después de participar en una Plática-Debate sobre alcohol, indicando que la disminución de la favorabilidad hacia el CEEA en el *SUBGRUPO1a* es estadísticamente significativa (Ver GRAFICA 5).



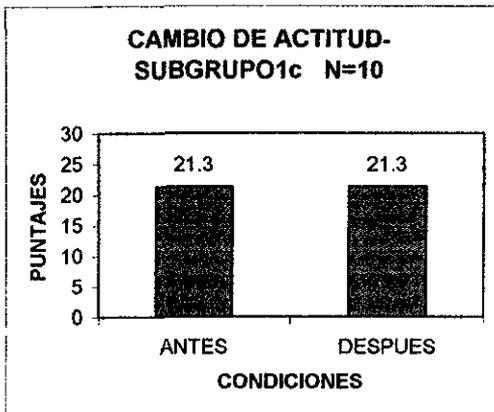
**GRAFICA 5-** Medias de las puntuaciones en actitud antes y después de la Plática-Debate, en los sujetos del *SUBGRUPO1a* (sujetos que incrementaron conocimiento y disminuyeron favorabilidad hacia el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol).

Los sujetos del *SUBGRUPO1b* presentaron una media de 20.5 en el grado de favorabilidad antes de la Plática-Debate y una media de 24.5 en el mismo después de participar en la Plática-Debate. Con respecto al aumento de favorabilidad en el *SUBGRUPO1b* se encontró un valor de  $Z=-5.031$  y una probabilidad asociada de .000, debido a que esta probabilidad calculada es menor que el grado de significación, por lo tanto, se rechazó la Hipótesis Nula2 y se aceptó la Hipótesis Alterna2, es decir, si existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia el CEEA después de participar en una Plática-Debate sobre alcohol, lo que indica que el aumento de favorabilidad hacia el CEEA en el *SUBGRUPO1b* es estadísticamente significativo (Ver GRAFICA 6).



**GRAFICA 6-** Medias de las puntuaciones en actitud antes y después de la Plática-Debate, en el *SUBGRUPO1b* (sujetos que incrementaron conocimiento y aumentaron favorabilidad hacia el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol)

El *SUBGRUPO1c* presentó una media de 21.3 en el grado de favorabilidad hacia el CEEA antes y después de la Plática-Debate (Ver GRAFICA 7).

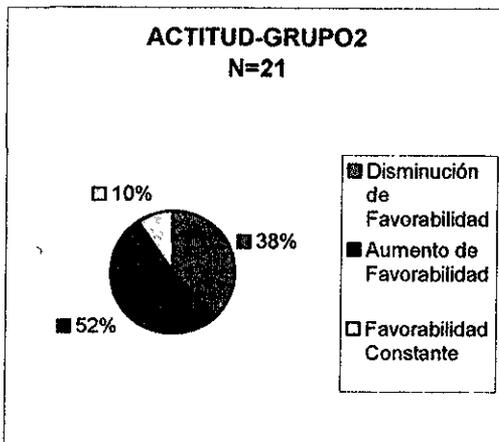


**GRAFICA 7-**Medias de las puntuaciones en Actitud antes y después de la Plática-Debate, en el *SUBGRUPO1c* (sujetos que incrementaron conocimiento y mantuvieron su favorabilidad hacia el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol constante).

## CAMBIOS DE ACTITUD EN EL GRUPO2

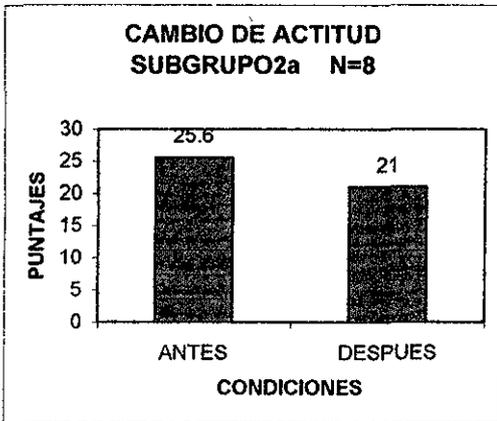
El *GRUPO2* (sujetos que no presentaron incremento en el conocimiento sobre el CEEA) está compuesto de un total de 21 sujetos, de los cuales se obtuvo la siguiente clasificación en subgrupos con respecto a la variable Actitud hacia el CEEA.

- *SUBGRUPO2a*: Sujetos que disminuyeron su favorabilidad hacia el CEEA, los cuales resultaron ser 8 sujetos, que corresponden a un 38% del *GRUPO2*
- *SUBGRUPO2b*: Sujetos que aumentaron su favorabilidad hacia el CEEA, los cuales son 11 sujetos, es decir, un 52.38%
- *SUBGRUPO2c*: Son aquellos sujetos que permanecieron constantes en su favorabilidad hacia el CEEA, a este subgrupo pertenecen 2 sujetos, que corresponden a un 10% (Ver *GRAFICA 8*)



**GRAFICA 8-** Porcentajes de los subgrupos del *GRUPO2* (sujetos que no incrementaron su conocimiento sobre el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol) con respecto al cambio de Actitud hacia el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol después de la Plática-Debate.

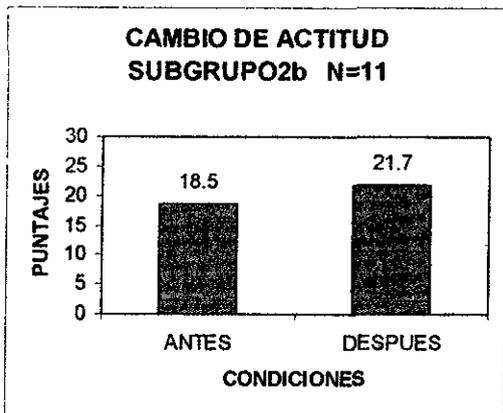
El *SUBGRUPO2a* presentó una media de 25.6 en el grado de favorabilidad antes de la Plática-Debate y una media de 21 después de la misma. Con respecto a la variable Actitud, el *SUBGRUPO2a*, presenta un valor de  $Z=-2.536$  y una probabilidad asociada con su ocurrencia de .001, como esta probabilidad calculada es menor que el grado de significación, por lo tanto, se rechazó la Hipótesis Nula2 y se aceptó la Hipótesis Alterna2, es decir, si existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia el CEEA después de participar en una Plática-Debate sobre alcohol, indicando que la disminución de la favorabilidad hacia el CEEA en el *SUBGRUPO2a* es estadísticamente significativa (Ver GRAFICA 9).



**GRAFICA 9-** Medias de las puntuaciones en la variable Actitud antes y después de la Plática-Debate en el *SUBGRUPO2a* (sujetos que no incrementaron conocimiento y disminuyeron la favorabilidad hacia el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol).

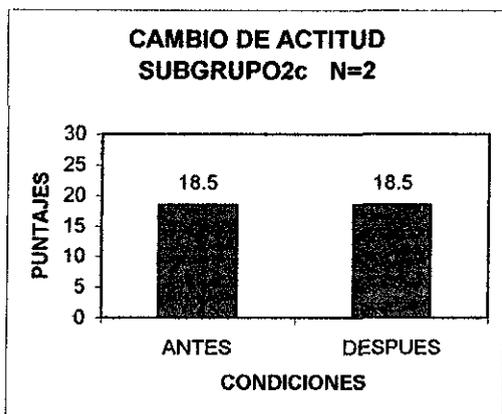
El *SUBGRUPO2b* presentó una media de 18.5 en el grado de favorabilidad hacia el ceaa antes de la Plática-Debate y una media de 21.7 después de la misma. En este subgrupo, con relación a la variable Actitud, se encontró un valor de  $Z=-2.969$  y una probabilidad asociada con su ocurrencia de .003, debido a que la probabilidad calculada es menor que el grado de significación, se rechazó la Hipótesis Nula2 y se aceptó la Hipótesis Alterna2, es decir, si existen diferencias estadísticamente

significativas en la actitud hacia el CEEA después de participar en una Plática-Debate sobre alcohol, lo cual indica que el aumento de favorabilidad hacia el CEEA en el *SUBGRUPO2b* es estadísticamente significativo (Ver GRAFICA 10).



**GRAFICA 10-** Medias de las puntuaciones de la variable Actitud antes y después de la Plática-Debate, en el *SUBGRUPO2b* (sujetos que no incrementaron conocimiento y aumentaron favorabilidad hacia el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol).

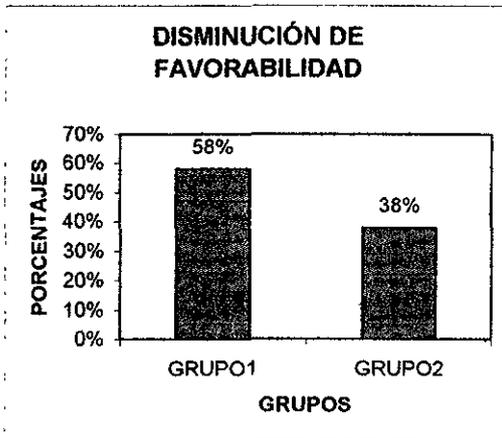
Finalmente, los sujetos que conformaron el *SUBGRUPO1c* presentaron una media de 18.5 con respecto al grado de favorabilidad hacia el CEEA, antes y después de participar en la Plática-Debate (Ver GRAFICA 11).



**GRAFICA 11-** Medias de las puntuaciones de la variable Actitud antes y después de la Plática-Debate, en el *SUBGRUPO2c* (sujetos que no incrementaron conocimiento y su favorabilidad hacia el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol se mantuvo constante).

## COMPARACION ENTRE GRUPO1 Y GRUPO2

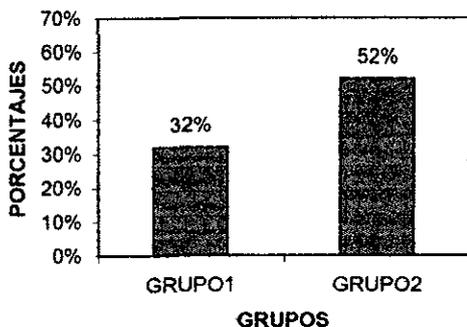
Comparando el *GRUPO1* con el *GRUPO2*, en lo que respecta a la variable Actitud se observó que el porcentaje de sujetos que disminuyeron la favorabilidad hacia el CEAA en el *GRUPO1* fue de 58%, en tanto que el porcentaje de sujetos que disminuyeron la misma en el *GRUPO2* fue tan solo de 38% (Ver GRAFICA 12). Lo anterior indica que el porcentaje de sujetos que disminuyó la favorabilidad hacia el CEAA es mayor en el grupo cuyo conocimiento sobre el CEAA incrementó que en el grupo donde no existió dicho incremento.



**GRAFICA 12:** Porcentaje de sujetos que disminuyeron su favorabilidad hacia el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol en el *GRUPO1* (incremento de conocimiento) y *GRUPO2* (sin incremento de conocimiento)

El porcentaje de sujetos que aumentaron su favorabilidad hacia el CEAA fue de 32% en el *GRUPO1*, en tanto que en el *GRUPO2* fue de 52% (Ver GRAFICA 13). Lo que indica que el porcentaje de sujetos que aumentó la favorabilidad hacia el CEAA es mayor en el grupo cuyo conocimiento sobre el CEAA no incrementó que en el grupo donde si existió dicho incremento.

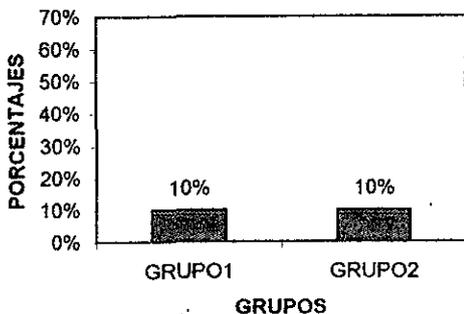
### AUMENTO DE FAVORABILIDAD



**GRAFICA 13:** Porcentaje de sujetos que aumentaron su favorabilidad hacia el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol en el *GRUPO1* (incremento de conocimiento) y *GRUPO2* (sin incremento de conocimiento)

Comparando el porcentaje de sujetos, en el *GRUPO1* y el *GRUPO2*, que permanecieron constantes con respecto a su favorabilidad hacia el CEAA, se encontró un porcentaje de 10% en ambos grupos (Ver *GRAFICA 14*). Lo que indica que la constancia en la favorabilidad hacia el CEAA es independiente del incremento o no incremento del conocimiento sobre el mismo.

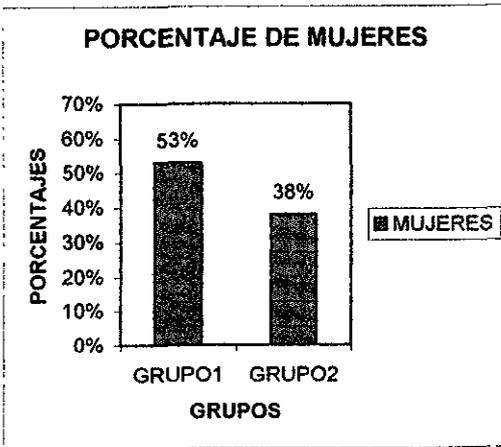
### FAVORABILIDAD CONSTANTE



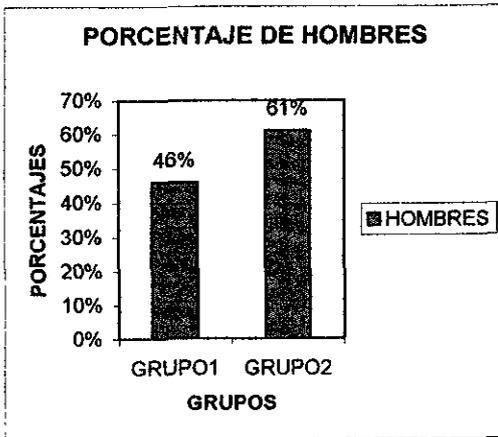
**GRAFICA 14:** Porcentaje de sujetos que mantuvieron su favorabilidad hacia el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol constante en el *GRUPO1* (incremento de conocimiento) y *GRUPO2* (sin incremento de conocimiento)

### DIFERENCIAS CON RESPECTO AL SEXO EN EL GRUPO1 Y EL GRUPO2

Con respecto al factor SEXO, se presentaron los siguientes datos: el número de mujeres que conformaron el GRUPO1 fue de 55, que correspondió a un 53% y el número de hombres en este grupo fue de 48, lo que correspondió a un 46%. De los 21 sujetos que conformaron el GRUPO2, 8 de ellos fueron mujeres, lo que equivale a un 38%; y 13 fueron hombres, lo que equivale a un 61% (Ver GRAFICAS 15 y 16).



GRAFICA 15: Porcentaje de mujeres que se encuentran en el GRUPO1 (incremento de conocimiento) y GRUPO2 (sin incremento de conocimiento) respectivamente.



GRAFICA 16- Porcentaje de hombres en el GRUPO1 (incremento de conocimiento) y en el GRUPO2 (sin incremento de conocimientos) respectivamente.

Lo anterior indica que un porcentaje mayor de mujeres incrementó su conocimiento sobre el CEEA y un porcentaje menor de hombres presentó dicho incremento

En los subgrupos del *GRUPO1* se obtuvieron los siguientes datos con respecto al factor SEXO (Ver TABLA 1).

**TABLA 1: SUBGRUPOS GRUPO1 – SEXO**

SEXO	SUBGRUPO1a	SUBGRUPO1b	SUBGRUPO1c
Mujeres	28 (46%)	23 (59.6%)	4 (40%)
Hombres	32 (53%)	10 (30.3%)	6 (60%)

Como se puede observar en la **TABLA 1**, el *SUBGRUPO1a* presentó poca diferencia con respecto al número de mujeres y hombres; en el *SUBGRUPO1b* el porcentaje de mujeres fue mayor que el de los hombres, indicando que el número de mujeres que incrementaron su conocimiento y aumentaron su favorabilidad hacia el CEEA fue mayor que el de los hombres. Por otra parte, existe mayor porcentaje de hombres que mantuvieron constante la favorabilidad hacia el mismo (*SUBGRUPO1c*).

En los subgrupos del *GRUPO2* se observó lo siguiente referente al factor SEXO (Ver TABLA 2)

**TABLA 2: SUBGRUPOS GRUPO2 - SEXO**

SEXO	SUBGRUPO2a	SUBGRUPO2b	SUBGRUPO2c
MUJERES	4 (50%)	3 (27%)	1 (50%)
HOMBRES	4 (50%)	8 (72%)	1 (50%)

Como se puede observar en la **TABLA 2**, en los **SUBGRUPO2a** y **2c** presentaron el mismo número de mujeres y hombres; y el **SUBGRUPO2b** presentó un porcentaje de hombres mayor que el porcentaje de mujeres.

Comparando los subgrupos del **GRUPO1** y los subgrupos del **GRUPO2** se observó lo siguiente:

Con respecto al factor **SEXO** se observó, en las **TABLAS 1** y **2**, que en general el porcentaje de hombres y mujeres no presentó diferencias, sin embargo, en el **SUBGRUPO1b** el porcentaje de mujeres fue mayor que el de hombres, ocurriendo lo contrario en el **SUBGRUPO2b**, donde el porcentaje de mujeres fue menor que el porcentaje de hombres.

#### **DIFERENCIAS CON RESPECTO A LA EDAD EN EL GRUPO1 Y EL GRUPO2**

En cuanto a la **EDAD**, el **GRUPO1** presentó un rango de edad de 15 a 22, una media de 17 años y una mayor frecuencia en la edad de 16 años como se observa en la **TABLA 3** (Ver **GRAFICA 17**).

**TABLA 3: GRUPO1 - EDAD**

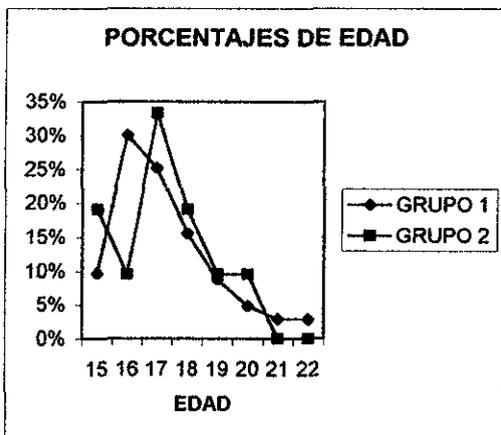
EDAD	SUJETOS
15	10
16	31
17	26
18	16
19	9
20	5
21	3
22	3

En el *GRUPO2* con relación a la *EDAD* se presentó un rango de 15 a 20 años, con una media de 17 y mayor frecuencia en la misma edad, como se muestra en la **TABLA 4** (Ver **GRAFICA 17**).

**TABLA 4: GRUPO2 – EDAD**

EDAD	NUMERO DE SUJETOS
15	4
16	2
17	7
18	4
19	2
20	2

En el factor *EDAD*, no se encuentra ninguna diferencia relevante entre ambos grupos.



**GRAFICA 17:** Porcentaje de edades presentes en el *GRUPO1* (incremento de conocimiento) y *GRUPO2*. (sin incremento de conocimiento)

Los tres subgrupos del *GRUPO1* presentaron una media de edad de 17 años (Ver **TABLA 5**).

**TABLA 5: SUBGRUPOS GRUPO1 – EDAD**

EDAD	SUBGRUPO 1a	SUBGRUPO 1b	SUBGRUPO1c
15	4	5	1
16	21	7	3
17	14	11	1
18	9	4	3
19	6	2	1
20	2	3	0
21	1	1	1
22	3	0	0

El *SUBGRUPO2a* presentó una media de 16.8 y el *SUBGRUPO2b* presentó una media de 17.6 (Ver TABLA 6).

**TABLA 6: SUBGRUPOS GRUPO2 – EDAD**

EDAD	SUBGRUPO 2a	SUBGRUPO 2b	SUBGRUPO 2c
15	2	1	1
16	1	1	0
17	3	3	1
18	0	4	0
19	2	0	0
20	0	2	0

Con relación al factor EDAD, no se observaron diferencias entre los subgrupos (Ver TABLAS 5 y 6).

### ***DIFERENCIAS EN EL PATRON DE CONSUMO EN EL GRUPO1 Y EL GRUPO2***

La clasificación del Patrón de Consumo se basa en la clasificación que estableció la ENA en 1993, los números de las tablas referentes al PATRON DE CONSUMO corresponden a los siguientes valores:

- 1= No bebedores
- 2= Bebedores Moderados de Bajo Nivel
- 3= Bebedores Moderados de Alto Nivel
- 4= Bebedores Frecuentes de Bajo Nivel
- 5= Bebedores Frecuentes de Alto Nivel

La definición de cada tipo de bebedor se encuentra en el marco teórico de la presente investigación.

En cuanto al PATRON DE CONSUMO de alcohol se presentaron los siguientes datos:

En el *GRUPO1* con respecto al PATRON DE CONSUMO la media fue de 2.5 (Ver TABLA 7).

**TABLA 7: GRUPO1 - PATRON DE CONSUMO**

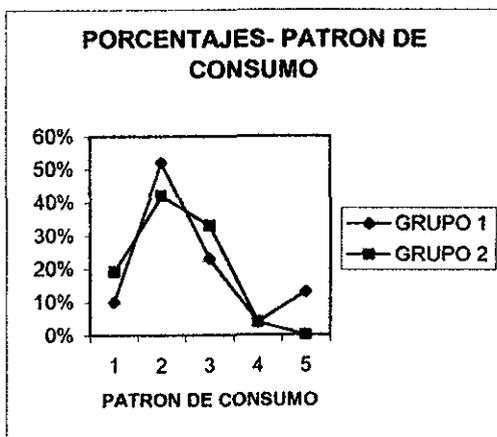
PATRON DE CONSUMO	NUMERO DE SUJETOS	PORCENTAJE
1	11	10%
2	52	52%
3	23	23%
4	4	4%
5	13	13%

El PATRON DE CONSUMO de alcohol en el *GRUPO2* presentó una media de 2.4 (Ver TABLA 8).

**TABLA 8: GRUPO2 - PATRON DE CONSUMO**

PATRON DE CONSUMO	NUMERO DE SUJETOS	PORCENTAJE
1	4	19%
2	9	42%
3	7	33%
4	1	4%
5	0	0

Con relación al PATRON DE CONSUMO de alcohol no se observa diferencia entre los sujetos del GRUPO1 y los sujetos del GRUPO2 (Ver GRAFICA 18).



**GRAFICA 18:** Porcentaje de sujetos de acuerdo al patrón de consumo de alcohol en GRUPO1 (incremento de conocimiento) y GRUPO2 (sin incremento de conocimiento)

En lo que refiere al PATRON DE CONSUMO, los tres subgrupos del GRUPO1 presentaron una media igual a 2 (Ver TABLA 9).

**TABLA 9: SUBGRUPOS GRUPO1 - PATRON DE CONSUMO**

PATRON DE CONSUMO	SUBGRUPO1a	SUBGRUPO1b	SUBGRUPO1c
1	5 (8%)	6 (18%)	0
2	28 (46%)	19 (57%)	5 (50%)
3	14 (23%)	6 (18%)	3 (30%)
4	3 (5%)	0	1 (10%)
5	10 (16%)	2 (6%)	1 (10%)

En lo que respecta al *GRUPO2*, también se presentó una media de 2, en los tres subgrupos (Ver TABLA 10).

**TABLA 10: SUBGRUPOS GRUPO2 - PATRON DE CONSUMO**

PATRON DE CONSUMO	SUBGRUPO2a	SUBGRUPO2b	SUBGRUPO2c
1	1 (12%9	3 (27%)	0
2	2 (25%)	5 (45%)	2 (100%)
3	5 (62%)	2 (18%)	0
4	0	1 (9%)	0
5	0	0	0

Lo anterior indica que no existen diferencias en lo que al PATRON DE CONSUMO se refiere entre los subgrupos.

## DETECCION DE GRUPOS EXTREMOS

Se llevó a cabo una detección de grupos extremos con los datos de la variable Actitud antes de la P-D. Para tal efecto se obtuvieron las sumatorias y los cuartiles de la muestra total. Los sujetos que se encontraron en el 1er cuartil se consideraron sujetos con Actitudes Inicialmente Bajas que fueron de un rango de 12-18 en la calificación de la escala de actitud hacia el CEEA; y los sujetos que se encuentran en el 4º cuartil se consideraron sujetos con Actitudes Inicialmente Altas, que correspondió a un rango de 27-33 en las calificaciones obtenidas en dicha escala, es decir se conformaron dos grupos extremos.

Con respecto al cambio de Actitud después de participar en la P-D, se muestran los siguientes datos en la **TABLA 11**:

**TABLA 11: SUBGRUPOS-ACTITUDES INICIALES**

ACTITUD INICIAL	S1a	S1b	S1c	S2a	S2b	S2c
ALTA	23(82%)	0	1(3.5%)	3(10%)	1(3.5)	0
BAJA	3(12%)	12(48%)	2(8%)	0	7(28%)	1(4%)

S=Subgrupo

Como se puede observa el *SUBGRUPO1a* presentó el mayor porcentaje de sujetos (82%) con Actitud Inicialmente Alta, seguido por el *SUBGRUPO2a*.

En cuanto a las Actitudes Inicialmente Bajas, se encuentra un mayor porcentaje de sujetos en el *SUBGRUPO1b*, seguido por el *SUBGRUPO2b* y un menor número de sujetos con esta característica en el *SUBGRUPO2a*.

## **RESUMEN DE RESULTADOS SOBRE ACTITUD Y CONOCIMIENTO**

En resumen, después de la Plática-Debate, se presentó un incremento estadísticamente significativo en el conocimiento sobre el CEEA, en un mayor número de sujetos (83%) de la muestra total, de los cuales el 58% disminuyó de forma estadísticamente significativa su favorabilidad hacia el CEEA, un 32% aumentó dicha favorabilidad de forma estadísticamente significativa y el 10% mantuvo la favorabilidad constante.

El resto de la muestra (17%), no incrementaron el conocimiento sobre el CEEA, de este grupo un 38% de los sujetos disminuyó de forma estadísticamente significativa la favorabilidad hacia el CEEA, 52% aumentaron de manera estadísticamente significativa dicha favorabilidad y el 10% mantuvo esta constante.

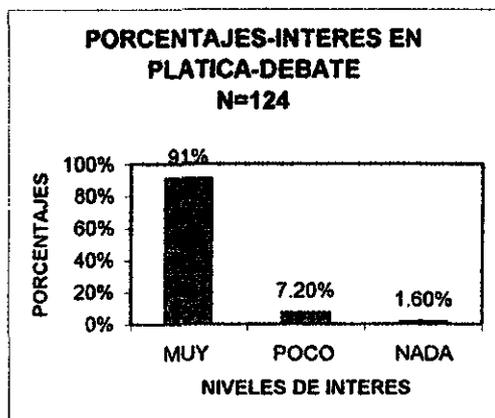
Por otra parte se observó un mayor número de mujeres en el grupo de sujetos que incrementaron el conocimiento sobre el CEEA. En cuanto a la edad y el patrón de consumo no se encontraron diferencias.

Finalmente, se presentó un mayor número de sujetos con Actitud Inicialmente Alta en los subgrupos donde disminuyó la favorabilidad después de la Plática-Debate y un mayor número de sujetos con Actitud Inicialmente Baja en los subgrupos cuya actitud aumentó.

## RESULTADOS DE LA HOJA DE EVALUACION

En la hoja de Evaluación de la Plática-Debate sobre alcohol que se aplicó al final de la misma se encontraron los siguientes datos:

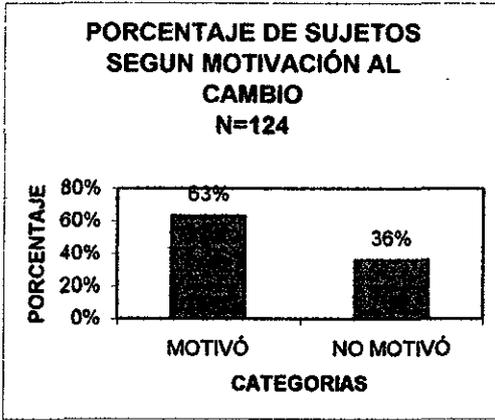
De los 124 sujetos que participaron en las Plática-Debate, 113 de ellos, que equivale a un 91%, dijeron que la plática les pareció Muy Interesante, 9 sujetos (7.2%) afirmaron que la plática les pareció Poco Interesante, y sólo 2 de los sujetos (1.6%) contestaron que la plática les pareció Nada Interesante.



**GRAFICA 19-Niveles de interés hacia la Plática-Debate en la muestra total.**

Por otra parte, 77 sujetos (63%) dijeron que la plática los motivó hacia algún cambio, mencionando en su mayoría como principales cambios, la moderación en el consumo de alcohol, no tomar alcohol, reflexionar o pensar las consecuencias del consumo excesivo del mismo y tomar con responsabilidad. Los 45 sujetos restantes (36%), afirmaron que la plática no los motivó hacia algún cambio.

**GRAFICA 20-**Porcentaje de sujetos según su motivación al cambio después de participar en la Plática-Debate.



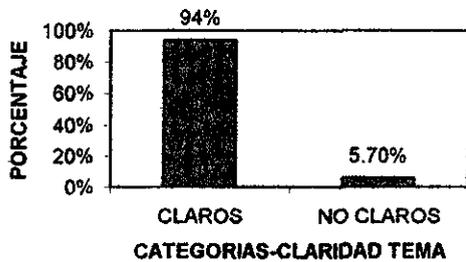
En el *SUBGRUPO1a* (sujetos con incremento de conocimiento y disminución de actitud) presentaron un 58% de sujetos que dijeron estar motivados al cambio después de participar en la Plática-Debate y un 41% que dijo no estarlo.

Así mismo, es relevante informar que en el *SUBGRUPO1b* y en el *SUBGRUPO2b* (subgrupos donde la favorabilidad aumento), un 68% y un 63%, respectivamente, dijeron estar motivados al cambio después de la Plática-Debate.

Finalmente 114 sujetos (94%) consideraron que la exposición de todos los temas fue clara y 7 sujetos (5.7) dijeron que no todos los temas habían sido claros, pero al preguntarles "cuál", 5 sujetos no contestaron; 1 contestó que el de "Alcohol" y otro que el de "Drogadicción".

**ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA**

**PORCENTAJE - CLARIDAD EN  
PLÁTICA-DEBATE  
N=124**



**GRAFICA 21** – Porcentaje de sujetos con respecto a su opinión de la claridad de los temas expuestos durante la Plática-Debate.

## **RESULTADOS HOJA DE CRITERIOS PARA EXPONER Y RELATORIA**

Se llevaron a cabo un total de 3 pláticas, en 2 colegios particulares y en diferentes fechas.

**1ª Plática-Debate:** Día 13 de Abril de 1999

Lugar: Colegio Britania

Turno: Matutino

En esta Plática-Debate a criterio de los evaluadores faltó durante la misma disposición al diálogo por parte del expositor, y que se enriqueciera y clarificara la información proporcionada por el mismo, además de no existir la posibilidad de aclarar dudas al final de la Plática-Debate, en lo que respecta a los demás puntos de la hoja de criterios de para exponer, se cubrieron completamente. Es relevante mencionar que debido a circunstancias externas al expositor, la Plática-Debate comenzó 25 min. después de la hora estipulada previamente, lo que ocasionó un retraso de la misma y la necesidad de ajustar las actividades a esta reducción de tiempo.

Por otra parte el horario previsto para la Plática-Debate fue de 12:00PM a 13:40PM, horario que equivale a la última clase del turno matutino, lo que ocasionó cierta inquietud por parte de los sujetos, principalmente al contestar la 2ª batería de pruebas.

En general los sujetos que participaron en esta Plática-Debate, mostraron mayor inmadurez, tanto en su comportamiento, actitudes y forma de vestir, aunque es importante mencionar que se mostraron en general más participativos que los sujetos del turno vespertino del mismo colegio.

**2ª Plática- Debate:** 15 de Abril de 1999

Lugar: Colegio Britania

Turno: Vespertino

En la evaluación del expositor se hizo notar la falta de voz audible y presencia de actitud de poca aceptación por parte del mismo. Los demás criterios para exponer si fueron cubiertos. La plática se llevó a cabo dentro del tiempo estipulado previamente y el ambiente resultó más serio y formal que el ambiente de la Plática-Debate anterior (13 de Abril, 1999). Los sujetos se comportaron con mayor formalidad e incluso algunos vestían traje y corbata; además de que en ocupación dijeron trabajar además de estudiar.

Cabe mencionar que el horario de la Plática-Debate fue de 2:30PM a 4:30PM, lo cual equivale a la primera hora de clases del turno vespertino.

### **3ª Plática-Debate: 20 de Abril de 1999**

Lugar: Colegio Alexander Dul

Turno: Vespertino

Por parte de los evaluadores se mencionó: falta de cambios de voz para enfatizar en algunos aspectos de la plática, presencia de muletillas comportamentales (hacer un mismo ademán o gesto durante la exposición), además de falta de actitud de aceptación por parte del expositor. Se presentaron también problemas con la nitidez de los acetatos utilizados durante la Plática-Debate, ya que el salón no tenía las condiciones apropiadas para proyectar los mismos. En lo que respecta a los demás criterios para exponer, se cubrieron completamente.

Durante esta 3ª plática surgió como tema extra "la mariguana", haciéndose algunos comentarios sobre la misma, y posteriormente se retomó el tema a tratar.

En esta Plática-Debate, la diferencia más relevante es que se llevó a cabo en un colegio distinto al de las pláticas anteriores, en este 2do colegio se observó mayor disciplina y orden en general; además de que los sujetos se mostraron más desenvueltos, participativos, plantearon preguntas y comentarios más certeros.

## DISCUSION

Conforme a los resultados encontrados se observó que un 83% de la muestra total incrementó su conocimiento sobre el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol, después de participar en la Plática-Debate, lo cual indica que esta cumplió con uno de los objetivos de la prevención primaria mencionada por CONADIC (1998), que es el de elevar el nivel de conocimiento sobre el tema. De esta forma, estos resultados apoyan lo mencionado por Massün (1991) al recomendar los "Debates" para transmitir información.

Lo anterior sustenta las "Pláticas-Debates" utilizadas por el Modelo de Prevención, Orientación y Tratamiento de Conductas Adictivas para Estudiantes y Trabajadores Universitarios (Quiroga, Sanchez, Vazquez y Mata, 1995), como una técnica eficaz para transmitir información objetiva, estimular la reflexión sobre las razones del consumo, las consecuencias del hábito para el individuo y su grupo, y proponer opciones que sean más interesantes y satisfactorias que consumir alcohol en exceso, puntos considerados por el modelo anteriormente mencionado.

Con lo que respecta a la variable actitud, se encontró que de los sujetos que incrementaron su conocimiento, un 58% disminuyó la favorabilidad hacia el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol después de la Plática-Debate, lo cual sustenta la Teoría de la Acción Razonada, planteada por Fishbein y Ajzen (1975), de forma que los sujetos al adquirir información nueva sobre el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol, cambiaron sus creencias erróneas o falsas sobre el mismo, por creencias basadas en información objetiva y verdadera, lo cual implica un cambio de actitud que sea consistente con el nuevo conjunto de creencias adquiridas, a su vez se espera que esta actitud desfavorable hacia el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol, se refleje en la conducta del sujeto, es decir, que su conducta sea consistente con sus actitudes,

de manera que evite consumir alcohol de forma excesiva, previniendo así los problemas ocasionados por este tipo de consumo, incluyendo la adicción.

De igual forma, los resultados encontrados sustentan que la actitud puede ser cambiada al cambiar una o más de las creencias sobresalientes existentes, al introducir nuevas creencias sobresalientes o al cambiar la evaluación de lo que la persona le atribuye al objeto (Fishbein y Ajzen, 1975).

De la misma manera, estos resultados apoyan los Modelos de Consistencia que consideran que el individuo tiende a evitar la inconsistencia cognoscitiva, funcionando mecanismos para mitigar dicha inconsistencia. De acuerdo con la Teoría de Disonancia Cognoscitiva de Festinger (1957), la única forma para eliminar la disonancia (inconsistencia) y alcanzar la consonancia (consistencia) es cambiando uno de los dos elementos involucrados, en este caso, la adquisición de conocimiento inconsistente con la actitud inicial, causó disonancia, por lo que los sujetos cambiaron uno de los dos elementos involucrados, siendo en este caso, la actitud la que se modificó.

Existe un 32% de sujetos que incrementaron el conocimiento sobre el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol, pero aumentaron la favorabilidad hacia el mismo, mostrando que no todos los sujetos se comportaron conforme a lo esperado, e incluso lo hicieron de manera inversa a lo propuesto por la Teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (1975), ya que dicha teoría propone que con base en la información recibida una persona aprende o forma un número de creencias acerca de un objeto y la totalidad de las creencias sirve como la base de información que finalmente determina sus actitudes, de forma que las actitudes sean consonantes con el conocimiento adquirido, situación que no sucedió en dicho porcentaje de sujetos.

Por otra parte, existe un 10% de sujetos que a pesar de presentar incremento en el conocimiento sobre el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol, la actitud se mantuvo constante, es decir, el conocimiento adquirido no presentó influencia alguna sobre las actitudes, lo cual puede explicarse desde la Teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (1975), de manera que, dicha información resultó ser irrelevante para estos sujetos y por lo tanto, si la actitud es inconsistente con dicha información, se creó relativamente poca disonancia.

En este subgrupo se puede observar una mayor presencia de hombres, por lo cual quizá presenta mayor dificultad disminuir la favorabilidad hacia el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol en esta población, ya que en general presentan actitudes más liberales hacia el alcohol Medina Mora (1986) y Caetano (1988).

Por otra parte se consideró importante analizar a aquellos sujetos que no obtuvieron incremento en el conocimiento, debido a que este grupo de sujetos puede aportar datos relevantes a la presente investigación. De esta manera, se observó que este grupo está conformado por un grupo reducido de sujetos, el cual equivale a un 17% de la muestra total. El hecho de que dichos sujetos no presenten incremento en el conocimiento puede deberse a múltiples causas. Sin embargo es importante hacer notar que el 100% de estos sujetos dijo que la Plática-Debate les pareció "Muy Interesante" y un 90% dijo que todos los temas expuestos en la Plática-Debate fueron claros, lo cual indica que la ausencia en el incremento de conocimiento sobre el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol, se debe a factores ajenos a la falta de interés por la información proporcionada y la incomprensión de la misma.

Es importante observar que este grupo (sujetos sin incremento en conocimiento sobre el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol), presenta un mayor porcentaje de

hombres, los cuales como ya se mencionó tienden a presentar actitudes más liberales hacia el alcohol, según investigaciones previas de Calderón y cols, (1981), Medina-Mora (1986) y Caetano (1988), por lo tanto es probable que se muestren mayores dificultades por parte de los hombres para hablar del tema desde un contexto de prevención al consumo excesivo y/o adictivo de alcohol, razón por la cual pudieron prestar menor atención a la información proporcionada durante la Plática-Debate, reflejándose en el nivel de conocimiento adquirido sobre el tema.

Por otra parte quizá los sujetos, si adquirieron la información proporcionada durante la Plática-Debate, pero el instrumento no fue lo suficientemente fino para detectar dicha información adquirida.

Con respecto a la variable Actitud, de estos sujetos que no incrementaron su conocimiento sobre el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol, aproximadamente una 3ª parte (38%) de ellos, disminuyeron la favorabilidad hacia el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol y la mitad (52%), aumentó la favorabilidad hacia el mismo, dichos cambios evidentemente no se pueden atribuir a la información proporcionada durante la Plática-Debate, sin embargo si se pueden formar algunas hipótesis al respecto.

Existe la probabilidad de que el cambio de actitud sin incremento en el conocimiento se deba al grado de identificación de los sujetos con el expositor, de manera que no fue la información la que logró el cambio de actitud, sino la identificación o la falta de la misma la que consiguió este cambio. De este modo, se espera, que a mayor identificación con el expositor, los sujetos tratan de contestar de acuerdo a lo que ellos suponen que el expositor quiere que contesten, lo cual podría ser el caso del SUBGRUPO2a, y viceversa, si existió poca identificación por parte de los sujetos hacia el expositor, los primeros podrían mostrarse opositores, que sería el caso del SUBGRUPO2b. A esto se le suma, la edad en que se encuentran los

sujetos, en su mayoría adolescente, por lo cual podría existir una reacción paradójica a los mensajes recibidos, mostrando un comportamiento opositor característico de dicha población.

Por otra parte, desde la Teoría de Festinger, (1957) en el SUBGRUPO2b (sujetos sin incremento en conocimiento sobre el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol y aumento en la favorabilidad del mismo), la información recibida contradice sus creencias anteriores, causándoles disonancia cognoscitiva, por lo que rechazan dicha información y refuerzan sus creencias anteriores, reflejándose lo anterior en el aumento de actitud.

Resulta importante observar que el SUBGRUPO2a (sujetos que disminuyeron actitud sin incrementar el conocimiento), no presentó ningún sujeto con Actitud Inicial Baja, lo cual relacionado con el porcentaje alto de sujetos con Actitud Inicial Alta presentes en el SUBGRUPO1a (sujetos que disminuyeron actitud con incremento en conocimiento), indica que un nivel alto de favorabilidad hacia el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol es una característica relevante para conseguir una disminución de la misma.

Lo anterior se refuerza al observar que un porcentaje mayor de sujetos con Actitud Inicial Baja se encuentra en los subgrupos S1b y S2b (subgrupos que presentaron un aumento en la favorabilidad hacia el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol), esto indicaría que un requisito para obtener un aumento de favorabilidad es la presencia de una Actitud Inicial Baja.

En términos generales, en el presente estudio se observó un incremento en el conocimiento sobre el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol, sin embargo,

González (1978) demostró que no existe relación significativa entre el conocimiento y los patrones de conducta, ni entre el conocimiento y la incidencia de consecuencias negativas experimentadas como resultado del beber, por lo tanto los esfuerzos de la prevención al abuso de alcohol deben ser más que sólo buscar incrementar el conocimiento acerca del alcohol. Así mismo, Massun (1991), argumentó que lo aprendido (parte cognoscitiva de la enseñanza) se olvida relativamente pronto, en cambio una vez adquiridos actitudes y comportamientos hay más probabilidades de perdurar.

Al analizar los resultados encontrados en la presente investigación, se observó que son similares a los obtenidos por González en 1980, donde el "Modulo de Educación sobre Alcohol" afectó favorablemente el grado de responsabilidad en las actitudes hacia el alcohol y el nivel de conocimiento sobre el mismo; sin embargo, no se encontraron diferencias en la incidencia de consecuencias de conductas negativas 3 meses después de la aplicación. Lo anterior indica que para prevenir efectivamente el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol es necesario poner mayor atención en las actitudes de los sujetos hacia el mismo, considerando que éstas son un primer paso para hacer cambios de conductas. Sin embargo, como sugirió González (1980), éstas no son suficientes, si no se refuerzan con continuas actividades que permitan a los estudiantes practicar las conductas deseadas.

## CONCLUSIONES

La Plática-Debate sobre consumo excesivo y/o adictivo de alcohol, es un método eficaz para transmitir información objetiva, la cual a su vez repercute en las actitudes, de forma que estas últimas estén en concordancia con los nuevos conocimientos adquiridos, por consiguiente se puede afirmar que dicha plática tiene un efecto en las actitudes de los sujetos. Sin embargo, influyen una serie de factores para que dicho conocimiento sea adquirido y para que la actitud cambie en la dirección deseada, como son: el sexo de los participantes, el nivel de favorabilidad antes de participar en la Plática-Debate, el proceso y las circunstancias bajo las que se lleva este a cabo.

De esta forma, podemos concluir que la Plática-Debate es una herramienta útil como medio de prevención primaria, ya que cubre uno de los requisitos primordiales de dicho nivel de prevención, el cual es la adquisición de información objetiva.

## LIMITACIONES

- Existen una serie de dificultades para tener acceso a la población que realmente requiere de este tipo de Pláticas-Debate, ya que es la población que se muestra más renuente a hablar del tema.
- Este tipo de pláticas se realizan en escuelas principalmente, sin embargo, el acceso a las mismas es complicado, ya que existe temor por parte de las autoridades, a un mal manejo de datos con respecto al uso y/o abuso de drogas por parte de los alumnos que pertenecen a sus instituciones.

## SUGERENCIAS

- Se debe informar con claridad a las autoridades de la institución donde se impartirá la Plática-Debate sobre: la finalidad de la misma; el tiempo que se requiere para llevar a cabo la plática (haciendo hincapié en lo relevante de respetar dicho tiempo); las condiciones físicas y el material necesario para llevar a cabo la misma.
- Se recomienda que la Plática-Debate, se dirija a sujetos que en un inicio muestren actitudes altamente favorables hacia el consumo excesivo de alcohol con la finalidad de obtener mejores resultados con lo que respecta a una disminución de la favorabilidad.
- Para futuras investigaciones, se sugiere, obtener datos con respecto al grado de identificación de los sujetos con el expositor, ya que esto podría arrojar datos interesantes con relación a la dirección del cambio de actitud.
- Finalmente se recomienda, ampliar la investigación, midiendo tanto las actitudes como el patrón de consumo que presentan los sujetos 3, 6 y 12 meses después de la aplicación, de forma que se pueda observar la permanencia de los resultados.

## REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- Bryant, K., Windle, M., West, S. (1997). The Science of Prevention. Methodological Advances from alcohol and substance abuse research. E.U.A, **American Psychological Association**, págs. 4 y 5
- Caetano, R. (1988). Alcohol use among hispanic groups in the United States. **American Journal Drug Alcohol Abuse**, 14(3) pp. 293-308.
- Calderon, G.; Campillo, C.; Suarez, C. (1981). **Respuestas de la Comunidad ante los Problemas Relacionados con el Alcohol**. Instituto Mexicano de Psiquiatría, Organización Mundial de la Salud.
- Castro, M.E., Almazan, G. y Villaseñor, S. (1992). **Una Alternativa de Diseño y Evaluación de Programas Preventivos del Uso Indebido de Drogas**. México, Secretaría de Salud.
- Centro de Estudios Sobre Alcohol y Alcoholismo, CESAAL (1991). **Las Bebidas Alcohólicas y la Salud**, México, Editorial Trillas, pp. 33-34
- Cialdini, R., Petty, R., y Cacioppo, J (1981), Attitude and Attitude Change. E.U., **Annual Review of Psychology**, 32:357-404
- Climent, C., Carvajal, M.E. (1990). **Como Proteger a su Hijo de la Droga**. México, Editorial Norma, Cap. 1
- Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC (1998). **Prevención de las Adicciones en las Escuelas**, México, pp. 2 y 3.
- Cuéllar García, V. (1995). **Octavo Seminario Regional. Medidas Efectivas para Combatir Delitos de Drogas y Mejorar la Administración de Justicia Penal**. Costa Rica, Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para la Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente.
- Diccionario Enciclopédico Bruguera (1979). México, Tomo 5, pp. 522
- **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)** (1995). Editorial Masson, pp.200-210
- **Encuesta Nacional de Adicciones, ENA** (1993). Alcohol. Secretaría de Salud, México, pp. 38, 40, 41, 43, 47 y 50.
- Fishbein, M., Ajzen, I. (1975). **Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research**. USA, Addison-Wesley Publishing Company, Cap. 1,2,6 y 9.

- Flay, B.R. y Petraitis, J. (1992). Methodological issues in drug use prevention research: theoretical foundations. In: Leukefeld, C.G. y Bukoski, W.J. (Eds.) **Drug Abuse Prevention Intervention Research: Methodological Issues**. NIDA Research Monograph, 107, pp.81-109.
- Garza de la F., Vega, A. (1990). **La Juventud y las Drogas**. México, Editorial Trillas, Cap. 1 y 3.
- González, G. (1978). What do you mean-prevention?. **Journal of Alcohol & Drug Education**, Vol.23, pp.14-23.
- González, G. (1980). The effect of a model alcohol education module on college students' attitudes, knowledge and behavior related to alcohol use. **Journal of Alcohol & Drug Education**, Vol.25(3) pp.1-12.
- Hernández S., Baptista L., Fernández Collado. (1997). **Metodología de la Investigación**. México, Mc Graw Hill, pp. 232 y139.
- Madden, J.S. (1986). **Alcoholismo y Farmacodependencia**. México, Editorial Manual Moderno, Cap 1.
- Massün, E. (1991). **Prevencion del Uso Indebido de Drogas**. México, Editorial Trillas, Cap. 1 y 2
- Medina-Mora, M.E.; García, Z.G.; Rascon, M.L.; Otero, M.R. (1986). Normas y actitudes en torno a la ingesta de bebidas alcohólicas y su relación con las prácticas de consumo. **Memorias del I Congreso de Psicología Social, La Psicología Social en México**, pp. 218-223. La Trinidad, Tlax.
- Medina-Mora, M.E. y López K. (1993). Prevención en materia de adicciones. En: Galván E., Reid J., García (Eds.) **Prevención en Psicología**, UNAM-CONACYT, pp.112.
- Medina-Mora, M.E. (1994). Los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición. En: Tapia-Conyer (Ed.) **Las Adicciones, Dimensión, Impacto y Perspectiva**, México, Ed.Manual Moderno.
- Medina-Mora, M.E., Lopez, K., Villatorio, J., Carreño, S., Berenzon, S.H., Juarez, F. y Rojas E. (1994). La relación entre la ideación y el abuso de sustancias. Resultados de una encuesta en la población estudiantil. **Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría**, pp.7-14.
- Miller, B., Burt, J. (1972). **Personal Health Behavior in Today's Society**. E.U., W.B. Saunders Company, pp. 41

- Narro, J.; Meneses, F. y Gutiérrez, H. (1994). Consecuencias comunitarias del consumo de alcohol. En: Tapia-Conyer, **Las Adicciones, Dimensión, Impacto y Perspectivas**, México, Ed. Manual Moderno.
- North, R., Orange, R. (1991). **El Alcoholismo en la Juventud**. México, Editorial Concepto S.A. Cap. 1 y 3
- Nowlis, H. (1975). **La Verdad sobre las Drogas**. París, UNESCO.
- Perlman, D., Cozby, P. (1992). **Psicología Social**. México, Editorial McGrawHill. Cap. 4 y 5.
- Quiroga, H., Sanchez, R., Vazquez, G. y Mata, A. (1994). **Modelo de Prevención, Orientación y Tratamiento de Conductas Adictivas para Estudiantes y Trabajadores Universitarios**. México, UNAM.
- Reich, B., Adcock, C, (1980). **Valores, Actitudes y Cambio de Conducta**. México, Compañía Editorial Continental,S.A. Cap.7.
- Rodriguez, A. (1976). **Psicología Social**. México, Editorial Trillas, Cap. 12.
- Rosovsky, H. (1994). Salud pública, disponibilidad y consumo de alcohol: implicaciones y controversias. En: Tapia-Conyer (Ed.) **Las Adicciones, Dimensión, Impacto y Perspectivas**, México, Ed. Manual Moderno.
- Secretaría de Salud (1992). **Farmacos de Abuso**. México, Consejo Nacional Contra las Adicciones, Cap. II: Estrategias de Prevención.
- Secretaría de Salud (1993). **Encuesta Nacional de Adicciones**. México, Tomo I, Págs. 32 y 33
- Secretaría de Salud (1994). **Guía para el Diseño y Desarrollo de Programas Preventivos en Materia de Adicciones**. México, Consejo Nacional Contra las Adicciones. Cap.1: Conceptos generales relativos a las adicciones.
- Sellitz, Jahoda, Deutsch y Cook (1965). **Métodos de Investigación en las Relaciones Sociales**. España, Ediciones Rialp, pp.84-98.
- Siegel, S. (1970). **Estadística No Paramétrica**. México, Editorial Trillas, pp. 99-108.
- Triandis, H. (1973). **Attitude and Attitude Change**. E.U.,Series Preface, Cap. VI
- Velasco Fernández, R. (1987). **Esa Enfermedad Llamada Alcoholismo**. México, Trillas, pp. 27

- Velasco Fernández, R. (1988). **Alcoholismo, Visión Integral**. México, Editorial Trillas, Cap. 1
- Velasco Fernández, R. (1994). Detección temprana del bebedor problema. En: Tapia-Conyer (Ed.) **Las Adicciones, Dimensión, Impacto y Perspectivas**, México, Ed. Manual Moderno.
- Young, K. y Flugel, J. (1976). **Psicología de las Actitudes**. Argentina, Editorial Paidós.
- Yuguero, J. (1993). Alcoholismo; En: **Tratado de Medicina Práctica: Medicina**, México, Vol. 45.

# APENDICES

## APENDICE A

### CUESTIONARIO DE ACTITUDES HACIA EL CONSUMO DE ALCOHOL

El presente cuestionario forma parte de un estudio que se está llevando cabo y tiene como propósito recabar información sobre las actitudes que tienen los estudiantes hacia el consumo de alcohol.

Para lograr este propósito es muy importante que conteste con la mayor honestidad. Toda la información que nos brinde es estrictamente confidencial, y no es necesario que nos proporcione su nombre, pero si un seudónimo (un nombre falso).

Edad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Seudónimo: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

**1. Una fiesta con poco alcohol es aburrida**

a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo

**2. Es desagradable el aspecto y el olor de una persona que consume alcohol**

a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo

**3. Entre mayor cantidad de alcohol tomemos podemos expresar con más facilidad nuestros sentimientos**

a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo

**4. Abusar del alcohol nos hace perder el control sobre nosotros mismos**

a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo

**5. Tomar alcohol en grandes cantidades ayuda a olvidarnos de nuestros problemas**

a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo

**6. Abusar del alcohol solo algunos días también ocasiona daños permanentes a la salud**

a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo

**7. Consumir alcohol en exceso puede propiciar una adicción**

a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo

**8. Las persona que aguantan bebiendo más, tienen menos probabilidades de ser alcohólicas**

a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo

**9. Cualquier persona que consuma alcohol en exceso puede realizar actos delictivos con mayor facilidad**

a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo

**10. Sólo abusan del alcohol las personas irresponsables**

a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo

Gracias por su colaboración

## APENDICE B

### CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS HACIA EL CONSUMO DE ALCOHOL

**1. El etanol o alcohol es:**

- a) Estimulante del Sistema Nervioso Central
- b) Depresor del Sistema Nervioso Central
- c) Estimulante del Sistema Nervioso Periférico
- d) Ninguna de las anteriores

**2. Anote tres características del beber responsablemente:**

\_\_\_\_\_

**3. El consumo de alcohol**

- a) No es dañino cuando se consumen bebidas moderadas
- b) No es dañino porque es socialmente aceptado
- c) Solamente es dañino cuando se abusa de él
- d) Ninguna de las anteriores

**4. Mencione tres características de las personas con dependencia al alcohol**

\_\_\_\_\_

**5. Es un factor contextual que influye en el consumo de bebidas alcohólicas:**

- a) La disponibilidad
- b) La accesibilidad
- c) La publicidad y la propaganda
- d) Todas las anteriores

**6. El consumir alcohol aumenta la capacidad sexual de las personas:**

- a) falso
- b) verdadero

**7. Qué tipos de dependencia provoca el consumo frecuente de alcohol:**

\_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_

**8. La persona que bebe alcohol para realizar sus actividades cotidianas se puede clasificar como consumidor:**

- a) Social
- b) Funcional
- c) Experimental
- d) Disfuncional

**9. Cuando una persona necesita tomar más alcohol para sentir que se emborracha, se dice que ha desarrollado: \_\_\_\_\_**

**10.Cuál de los siguientes métodos es efectivo para disminuir los síntomas de la borrachera?**

- a) Un baño con agua fría
- b) Tomar un café bien cargado
- c) Tomar un caldo bien picoso y caliente
- d) Ninguna de las anteriores

**11. Mencione tres alternativas para prevenir el abuso de drogas**

\_\_\_\_\_

**12.El consumo excesivo de alcohol puede traer como consecuencia:**

- a) Ausentismo laboral
- b) Desorganización familiar
- c) Problemas legales
- d) Todas las anteriores

**13. Mencione el número máximo de copas que se recomienda tomar por cada hora: \_\_\_\_\_**

## APENDICE C

### CUESTIONARIO DE PATRON DE CONSUMO DE ALCOHOL

1. Ha consumido alguna vez en la vida alcohol?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Si su respuesta es "no" finalice el cuestionario

2. Consume alcohol actualmente o consumió durante los últimos 6 meses? Si ( ) No ( )

3. Qué tan a menudo consume alcohol:

- |                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| a) Diario              | f) 2 veces a la semana |
| b) 6 veces a la semana | g) 1 vez a la semana   |
| c) 5 veces a la semana | h) 3 veces al mes      |
| d) 4 veces a la semana | i) 2 veces al mes      |
| e) 3 veces a la semana | j) 1 vez al mes        |

4. En cada ocasión que bebe, qué tipo de bebida y cantidad acostumbra tomar? Puede marcar más de una opción si lo requiere.

SUSTANCIA	CANTIDAD
a) Vino	_____ copas
b) Cerveza	_____ latas, botellas, vasos
c) Bebidas como "Coolers"	_____ copas o vasos
d) Presidencola, "Q-bitas"	_____ copas o vasos
e) Pulque	_____ vasos
f) Alcohol puro o aguardiente	_____ copas o cubas
g) Tequila	_____ copas
h) Otra(s), especifique tipo y cantidad:	_____

5. En cada ocasión que bebe alcohol aproximadamente cuántas horas pasa tomando?

- |            |             |
|------------|-------------|
| a) 1 hora  | f) 6 horas  |
| b) 2 horas | g) 7 horas  |
| c) 3 horas | h) 8 horas  |
| d) 4 horas | i) 9 horas  |
| e) 5 horas | j) 10 horas |

6. Considera que su consumo de alcohol es:

- a) Leve    b) Moderado    c) Severo

## APENDICE D

### EVALUACION DE LA PLATICA-DEBATE SOBRE ALCOHOL

1. La plática le pareció  
a) Muy interesante                      b) Poco interesante                      c) Nada interesante
  
2. La plática le motivó hacia algún cambio?  
    Sí \_\_\_\_\_                      Cuál? \_\_\_\_\_  
    No \_\_\_\_\_
  
3. Considera que la exposición de algún tema no fue claro?  
    Sí \_\_\_\_\_                      No \_\_\_\_\_  
  
    En caso afirmativo, señale cuál: \_\_\_\_\_
  
4. Sobre qué aspecto o tema le gustaría tener mayor información?  
\_\_\_\_\_

## APENDICE E

### CUESTIONARIO SOBRE SALUD

El presente cuestionario tiene como propósito recabar información sobre la salud de estudiantes de nivel medio superior con énfasis sobre el uso de alcohol.

Para lograr este propósito, es muy importante que conteste con la mayor honestidad posible. Toda la información que nos brinde es estrictamente confidencial, y no es necesario que nos proporcione su nombre.

FECHA: \_\_\_\_\_  
EDAD: \_\_\_\_\_  
SEXO: \_\_\_\_\_

ESTATURA: \_\_\_\_\_  
GRADO ESCOLAR: \_\_\_\_\_  
PESO: \_\_\_\_\_

1. Cómo considera que es su salud actualmente?

a) Buena      b) Mala      c) Regular

2. Ha padecido alguna enfermedad en los últimos treinta días?

Si ( ) No ( )

En caso afirmativo, indique cuál(es): \_\_\_\_\_

3. Alguien en su familia consume alcohol? Si ( ) No ( )

4. Alguien en su familia ha presentado alcoholismo? Si ( ) No ( )

5. Alguno de sus amigos o compañeros consume alcohol?

Si ( ) No ( )

6. Alguno de sus amigos o compañeros ha presentado alcoholismo?

Si ( ) No ( )

7. Ha consumido ud. alguna vez en la vida alcohol? Si ( ) No ( )

Si su respuesta es "No" pase a la pregunta 13.

8. Consume alcohol actualmente o consumió durante los últimos 6 meses? Si ( ) No ( )

9. Qué tan a menudo consume alcohol:

a) Diario	f) 2 veces a la semana
b) 6 veces a la semana	g) 1 vez a la semana
c) 5 veces a la semana	h) 3 veces al mes
d) 4 veces a la semana	i) 2 veces al mes
e) 3 veces a la semana	j) 1 vez al mes

10. En cada ocasión que bebe, qué tipo de bebida y cantidad acostumbra tomar? Puede marcar más de una opción si lo requiere.

SUSTANCIA	CANTIDAD
a) Vino	_____ copas
b) Cerveza	_____ latas, botellas, vasos
c) Bebidas como "Coolers"	_____ copas o vasos
d) Presidencola, "Q-bitas"	_____ copas o vasos
e) Pulque	_____ vasos
f) Alcohol puro o aguardiente	_____ copas o cubas
g) Tequila	_____ copas
h) Otra(s), especifique tipo y cantidad:	_____

11. En cada ocasión que bebe alcohol aproximadamente cuántas horas pasa tomando?

a) 1 hora	f) 6 horas
b) 2 horas	g) 7 horas
c) 3 horas	h) 8 horas
d) 4 horas	i) 9 horas
e) 5 horas	j) 10 horas

12. Considera que su consumo de alcohol es:

a) Leve    b) Moderado    c) Severo

13. Qué problemas considera que son causados por el consumo de alcohol? Puede tachar el número de opciones que considere necesarias

a) Ausentismo escolar	f) Legales
b) De salud	g) Bandalismo
c) Económicos	h) Robos
d) Familiares	i) Peleas
e) Laborales	j) Otros, especifique: _____

Gracias por su colaboración

APENDICE F

OBJETIVO	CONTENIDO	TECNICAS	MATERIAL	TIEMPO	EXPOSITOR
Establecer rapport e informar de los objetivos de la plática, debate	Presentación del expositor colaboradores y de la dinámica a realizar	Expositivo	Pizarrón y gises	5 min	Yadel Avalos
Evaluar las actitudes, conocimientos y patrón de consumo	Aplicación de instrumentos	Autoadministración	Escala de actitud Cuestionarios conocimiento y Patrón de Consumo	15 min	Yadel Avalos y col.
Dar a conocer los conceptos básicos sobre alcohol	Conocimientos Básicos sobre alcohol	Lluvia de ideas Expositivo-participativa	Acetatos	10 min	Yadel Avalos
Explicar los Daños al SNC y otros órganos	Efectos en el SNC y órganos relevantes	Lluvia de ideas Expositivo-participativo	Acetatos y Esquemas	10 min	Yadel Avalos
Dar a conocer los daños en otras áreas	Daños sobre el organismo familia y sociedad	Lluvia de ideas Expositivo-participativo	Acetatos	5 min	Yadel Avalos
Explicar los factores contextuales que influyen en el consumo de alcohol	Factores Contextuales Influencia del medio ambiente	Lluvia de ideas Expositivo-participativo	Acetatos	10 min	Yadel Avalos
Mencionar la influencia de los medios masivos de comunicación de comunicación	Influencia de los medios masivos de comunicación en el consumo de alcohol	Lluvia de ideas	Carteles	5 min	Yadel Avalos
Dar a conocer la legislación vigente al consumo de alcohol	Legislación vigente	Expositivo	Acetatos	5min	Yadel Avalos
Explicar el proceso de la adicción	Etapas de la adicción	Expositivo	Acetatos	5 min	Yadel Avalos
Dar a conocer los Signos y síntomas de dependencia al alcohol	Signos y síntomas de dependencia al alcohol	Lluvia de ideas Expositivo-participativo	Acetatos	5min	Yadel Avalos
Analizar los motivos de consumo de alcohol	Motivos para el consumo de alcohol	Lluvia de ideas Expositivo-participativo	Acetatos	10 min	Yadel Avalos
Analizar las alternativas al consumo excesivo de alcohol	Alternativas preventivas al consumo excesivo de alcohol	Lluvia de ideas Expositivo-participativo	Acetatos y Cartel	10 min	Yadel Avalos
Dar a conocer instituciones de ayuda al alcohol y aclarar dudas	Instituciones de ayuda al consumo excesivo de alcohol	Informativo	Lista de instituciones con dirección y telefono	5 min	Yadel Avalos
Evaluación de actitudes conocimientos y de la plática-debate	Aplicación de instrumentos	Autoadministración	Escala de Actitud Cuestionario conocimiento y Patrón de Consumo	15 min	Yadel Avalos y col.
Cierre	Finalizar la plática	Expositiva		5 min	Yadel Avalos

## APENDICE G

### PUNTOS DE LA RELATORÍA

- Tema
- Expositor(es)
- Colaborador(es)
- Fecha
- Lugar
- Población
- Número de asistentes
- Mujeres:
- Hombres:
- Duración de la plática
- Hora de inicio
- Hora de termino
- Descripción del lugar (iluminación, ventilación, mobiliario, amplitud, etc...)
- Breve explicación de lo que se llevó a cabo (como se inicio, que actividades se llevaron a cabo, cómo se expusieron los temas, cómo se concluyó, técnicas utilizadas, etc...)
- Material que se utilizó
- Ambiente durante la plática
- Situaciones imprevistas
- Presencia de personas ajenas a la plática
- Preguntas y participaciones que surgieron por parte de los estudiantes
- Temas ajenos a la plática
- Puntos relevantes a considerar

## APENDICE H

### HOJA DE CRITERIOS PARA EXPONER UN TEMA EN PUBLICO:

- \_\_\_ 1. Se completó cada idea iniciada
- \_\_\_ 2. Las ideas se siguieron una a otra
- \_\_\_ 3. Se evitaron al máximo los eventos distractores

#### CON RESPECTO A LA INFORMACION:

- \_\_\_ 1. La información se llevó a cabo en el orden estipulado (ver siguiente hoja)
- \_\_\_ 2. Se complementó la información con ejemplos
- \_\_\_ 3. Se habló únicamente de los temas a tratar
- \_\_\_ 4. Se apoyó la exposición con esquemas o ilustraciones
- \_\_\_ 5. Existió congruencia entre las imágenes y el contenido de la exposición
- \_\_\_ 6. La imagen de los acetatos fue nítida y legible
- \_\_\_ 7. La información fue:
  - \_\_\_ a) Objetiva
  - \_\_\_ b) Clara
  - \_\_\_ c) Creíble
  - \_\_\_ d) Desapasionada

#### CON RESPECTO AL EXPOSITOR:

- \_\_\_ 1. Ante las preguntas del público la actitud del expositor fue:
  - \_\_\_ a) Clarificadora
  - \_\_\_ b) Aceptante
  - \_\_\_ c) Enriquecedora
  - \_\_\_ d) Punitiva
  - \_\_\_ e) De ignorancia
  - \_\_\_ f) De rechazo
- \_\_\_ 2. El expositor evitó las muletillas de tipo:
  - \_\_\_ a) Verbal (ej: este, o sea, ehee...)
  - \_\_\_ b) Comportamental (hacer un mismo ademán o gesto repetidamente durante la exposición)
- \_\_\_ 3. El expositor mantuvo:
  - \_\_\_ a) Tono de voz audible
  - \_\_\_ b) Cambios de voz en función de su interés
- \_\_\_ 4. El ritmo de las intervenciones propició la participación
- \_\_\_ 5. El expositor presentó:
  - \_\_\_ a) Actitud Abierta
  - \_\_\_ b) Disposición al diálogo
  - \_\_\_ c) Disposición para escuchar
  - \_\_\_ d) Inspiró confianza
  - \_\_\_ e) Dirigió la mirada constantemente al auditorio

Se cubrieron los siguientes temas a tratar:

- \_\_\_ Conceptos básicos sobre alcohol
- \_\_\_ Efectos sobre el Sistema Nervioso y órganos relevantes
- \_\_\_ Daños sobre el organismo, familia y sociedad
- \_\_\_ Factores Contextuales
- \_\_\_ Influencia de los medios masivos de comunicación
- \_\_\_ Legislación vigente
- \_\_\_ Etapas de la adicción
- \_\_\_ Signos y síntomas de dependencia
- \_\_\_ Motivos para el consumo de alcohol
- \_\_\_ Alternativas preventivas al consumo de drogas
- \_\_\_ Instituciones de atención

COMENTARIOS: