



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"DIFERENCIAS DE ASERTIVIDAD EN ESTUDIANTES DE
NIVEL MEDIO SUPERIOR CON DIFERENTES PATRONES DE
CONSUMO DE ALCOHOL".

T E S I S
PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
TERESITA CABRERA ARTEAGA



FACULTAD
DE PSICOLOGÍA

DIRECTOR: MTRO. HORACIO QUIROGA ANAYA
REVISORA: MTRA. MARIANA GUTIERREZ LARA

FEBRERO, 2004



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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

A MIS SINODALES:

Gracias por su apoyo.

MTRD. HUMBERTO:

Que Dios le permita enseñar a más personas ser tan buena gente como usted y que le recompense todo lo que nos ha ayudado a los que hemos confiado en usted....MUCHAS GRACIAS POR LO QUE ME ENSEÑÓY CUIDESE...

LIC. MARCOS VERDEJO:


Gracias por tu paciencia y apoyo para poder hacer realidad este anhelo...CUIDATE MUCHO Y MIL GRACIAS...

A LOS INTEGRANTES DEL PROGRAMA DE CONSUELTAS ADICTIVAS:

Gracias por su cariño y por lo que me enseñaron...

MTRD. HORACIO:

Le agradezco su apoyo y paciencia para con miso...CUIDESE MUCHO...

Autonzo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: Teresa Cabrerera Artega
FECHA: 23/Enero/04
FIRMA: 

PAPAS:

Gracias por su apoyo y ayuda en todo momento, por enseñarme a nunca rendirme y luchar por lo que quiero. LOS AMO.

ROSY:

Corazón, te agradezco desde el fondo de mi corazón tu apoyo para lograr llegar a esta meta; eres uno de los Angeles que Dios me ha mandado para superar los momentos difíciles. Que Dios te siga recompensando por lo que me has apoyado. TE AMO.

TIOS:

Buscando las palabras que expresaran mi gratitud por todo su amor y apoyo solo encontré una: ¡GRACIAS!

Le agradezco a Dios por hacerme parte de esta familia tan linda y fuerte ...¡QUE DIOS LOS BENDIGA!

OHIO Y GRACIELA:

Gracias por brindarme su amistad y estar con mígo en los buenos, en las malas, en las peores y mucho más en las mejores. Gracias por hacerme reír en los momentos que quería llorar y hacerme llorar cuando necesitaba hacerlo...MIL GRACIAS.

MECHE Y KARLA:

Gracias patitas mías por su amistad y compartir con mígo momentos tan importantes. LES DESEO LO MEJOR...

INDICE

	PAG.
RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5
CAPITULO I: ALCOHOL	11
1.1. QUIMICA DEL ALCOHOLISMO	11
1.2. ABSORCIÓN Y METABOLISMO	12
1.3. ETIOLOGÍA	13
1.4. EPIDEMIOLOGIA DEL CONSUMO DEL ALCOHOL ENTRE ADOLESCENTES	20
1.5. CAUSAS DE CONSUMO ENTRE LOS ADOLESCENTES	22
1.6. CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DEL ALCOHOL	23
1.6.1. CONSECUENCIAS POR SEXO	28
CAPITULO II: PREVENCIÓN DEL ALCOHOLISMO	30
2.1. DEFINICION	30
2.2. OBJETIVOS DE LA PREVENCIÓN	31
2.3. HISTORIA DE LA PREVENCIÓN DEL ALCOHOLISMO	31
2.4. MODELOS DE PREVENCIÓN	34
2.5. NIVELES DE PREVENCIÓN	37
2.6. DIVISION DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE ABUSO DE SUSTANCIAS	38
2.7. PROGRAMAS PREVENTIVOS APLICADOS EN ADICCIONES	39
2.8. FACTORES QUE INFLUYEN PARA QUE LA GENTE DEJE CONDUCTAS RIESGO	39
CAPITULO III: ASERTIVIDAD	41
3.1. DEFINICION	41
3.1.1. ESTUDIO DE LA ASERTIVIDAD	44

3.2.	TIPOS DE CONSUCTAS INTERPERSONALES	45
3.3.	COMPONENTES DE LA ASERTIVIDAD	48
3.4.	ADQUISICION DE LA CONDUCTA ASERTIVA	49
3.5.	FACTORES QUE IMPIDEN LA ADQUISICIÓN DE LA ASERTIVIDAD	51
3.6.	EFFECTOS DEL GENERO, EDAD Y ESCOLARIDAD EN LA ASERTIVIDAD	52
3.7.	ESTUDIOS DE LA ASERTIVIDAD EN ALCOHOLICOS	54
CAPITULO IV: METODO		56
4.1.	JUSTIFICACIÓN	56
4.2.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	56
4.3.	OBJETIVOS	56
4.4.	HIPÓTESIS	57
4.5.	VARIABLES	57
4.6.	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	57
4.7.	DEFINICIÓN OPERACIONAL	57
4.8.	SUJETOS	58
4.9.	MUESTREO	59
4.10.	DISEÑO	59
4.11.	TIPO DE ESTUDIO	59
4.12.	INSTRUMENTOS	59
4.13.	PROCEDIMIENTO	62
CAPITULO V: RESULTADOS		64
5.1.	DESCRIPCION GENERAL	64
5.2.	DESCRIPCION DE LOS PATRONES DE CONSUMO DE LOS PARTICIPANTES	67
5.2.1.	PATRON DE CONSUMO POR SEXO	67
5.2.2.	PATRON DE CONSUMO POR EDAD	68
5.2.3.	PATRON DE CONSUMO POR SEMESTRE	71

5.3.	DESCRIPCION DEL DIAGNOSTICO DE ASERTIVIDAD DE LOS PARTICIPANTES	73
5.3.1.	DISTRIBUCIÓN DEL DIAGNOSTICO DE ASERTIVIDAD EN LA POBLACION	73
5.3.2.	DIAGNOSTICO DE ASERTIVIDAD POR SEXO	74
5.3.3.	DIAGNOSTICO DE ASERTIVIDAD POR EDAD	75
5.3.4.	DIAGNOSTICO DE ASERTIVIDAD POR SEMESTRE	77
5.4.	DIFERENCIA DE DIAGNOSTICO DE ASERTIVIDAD EN LOS PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL	78
5.4.1.	DISTRIBUCION DEL DIAGNOSTICO DE ASERTIVIDAD DE LOS PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL	78
5.4.2.	DIFERENCIAS ESTADISTICAS DEL DIAGNOSTICO DE ASERTIVIDAD EN LOS PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL	82
CAPITULO VI: CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN		84
6.1.	LIMITACIONES	87
6.2.	SUGERENCIAS	87
REFERENCIAS		88

RESUMEN

Debido a que una de los problemas de salud y social más importantes en los adolescentes es el consumo de alcohol (problema que ha ido en aumento), se consideró importante conocer que factores influyen en que ellos inicien y continúen en uso de bebidas alcohólicas.

Por ello, el presente estudio exploratorio-descriptivo estuvo encaminado a conocer si existían diferencias de asertividad entre los distintos patrones de consumo de alcohol en 363 estudiantes de ambos sexos que cursaban cualquier semestre en el Colegio de Ciencias y Humanidades (Plantel Vallejo) por medio del Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey (versión estandarizada por Guerra en 1996) y preguntas de frecuencia y cantidad de consumo de alcohol.

Al analizar los datos se encontró que, respecto a los Patrones de consumo de alcohol, había un porcentaje de consumo mayor en hombres que en mujeres, siendo los primeros los que consumía en altas cantidades y las mujeres en bajas cantidades; también se observó que el consumo de alcohol aumentaba conforme los participantes tenían mayor edad y cursaban semestres más avanzados. En lo que respecta al diagnóstico de asertividad, se observó que la muestra era asertiva, presentándose mayor porcentaje de casos en los sujetos de mayor edad y semestres más avanzados. Entre patrones de consumo de alcohol también se encontraron diferencias significativas, siendo más asertivos los patrones de moderado alto, moderado bajo y consuetudinario.

INTRODUCCIÓN.

El abuso de alcohol representa en la actualidad uno de los problemas de salud más preocupantes, debido a que dicha conducta ha venido incrementándose con el tiempo. Esto es, su consumo ya no se restringe a los hombres adultos, sino que se ha propagado en la población juvenil e incluso infantil, además de que ya es más común el hecho de ver a mujeres bebiendo fuera del hogar.

En 1980 la UNAM realizó una encuesta a 5225 estudiantes universitarios, encontrando que el 32.5% reportó haber iniciado su consumo de alcohol entre los 16 y 18 años y el 31.6% entre los 19 y 21 años (SSA - CONADIC).

En 1983, el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP) reportó que el 39% de los estudiantes de entre 14 y 18 años de enseñanza media y media superior del D.F. eran usuarios leves y el 8% eran usuarios altos (es decir, consumían más de 200 ml de alcohol por ocasión). Además se encontró que el 22.4% había presentado algún problema por su consumo de alcohol (Tapia, 2001).

Datos que en la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) de 1993 se vieron aumentados: adolescentes de entre 12 y 18 años eran el 54.1% de la población que consumía alcohol, del cual el 7% consumía hasta llegar a la embriaguez, siendo más frecuente en los hombres (4.2%) que en las mujeres (0.7%) (Tapia, 2001). De hecho, Mancía (1996) comenta que la edad de inicio en el consumo de drogas se sitúa entre la preadolescencia y mediados de la adolescencia (siendo esta última en la que se empieza a desarrollar los patrones de uso).

Aunque generalmente, el consumo de alcohol en los adolescentes aún no ha llegado al grado de producir daños físicos graves, si se ha reportado que lleguen a episodios agudos y, por lo tanto, a la embriaguez, lo cual aumenta la probabilidad de accidentes, actos violentos, problemas legales o una intoxicación (Tapia, 2001).

Desgraciadamente, algunos grupos de adolescentes que ya se han iniciado en el consumo de alcohol continúan su uso –pudiendo llegar al abuso- en las etapas siguientes de la vida, por lo que las consecuencias afectan no solo al individuo, sino que repercuten en amplios sectores de la sociedad. De esta manera, se pueden analizar las consecuencias del uso excesivo de alcohol desde tres niveles: individual, familiar y social:

ψ NIVEL INDIVIDUAL:

En cuanto a la *salud*, el uso inmoderado de alcohol conlleva a serias alteraciones en el organismo, tales como: esteatosis hepática, hepatitis alcohólica, cirrosis hepática, alteraciones en la motilidad, esofagitis por reflujo, cáncer de estómago, gastritis (aguda y crónica), mal absorción intestinal, diarrea, alteraciones de la mucosa del intestino grueso, cáncer de colon y recto, pancreatitis aguda y crónica, cáncer de páncreas, miocardiopatías alcohólicas, anemia, atrofia testicular, infertilidad etc. (Secades, 1998).

Referente al *área académica*, el problema causado por el consumo de alcohol es básicamente el fracaso escolar por inasistencia a clases (Secades, 1998).

ψ NIVEL FAMILIAR:

Los problemas familiares se van desarrollando paulatinamente conforme va avanzando la adicción. Generalmente, lo primero que se daña es la armonía familiar que se refleja en el desacuerdo conyugal, violencia y maltrato intrafamiliar, que lleva a la pérdida de la estima del bebedor. Esto puede agravarse hasta llegar a la disolución familiar (Quiroga, Mata y Vázquez.; 1990-2002).

ψ NIVEL SOCIAL:

Posiblemente esta sea el área que mayor énfasis recibe, debido a que los problemas que ocasiona son los más difundidos (robos, violaciones, agresiones, accidentes, peleas, riñas, vandalismo).

Económicamente se observa que, debido a que la mayor parte de los consumidores de alcohol comienzan a edades tempranas, al llegar a la edad adulta (en la cual se esperaría que el individuo contara con un *empleo*) ya presenta una dependencia, en ocasiones física, los problemas que se presentan son: el ausentismo laboral, accidentes, pérdida de prestaciones, bajo rendimiento y productividad que puede llegar al despido (Tapia; 2001).

Aunque se ha realizado una difusión sobre temas referentes al alcohol, tales como: que el alcohol (o etanol) es una droga, la cual si se consume en exceso puede provocar dependencia (física y psicológica), tolerancia y Síndrome de dependencia, e incluso puede provocar la muerte, aún no se ha podido frenar el consumo en los adolescentes.

Pero, ¿porqué es este periodo de la vida el más vulnerable con respecto al inicio del consumo de drogas (en este caso, el alcohol)?, ¿Qué los motiva a hacerlo?

Como es ya sabido, la adolescencia es la etapa en la cual el individuo pasa por numerosos cambios (tanto físicos como psicológicos), necesita acoplarse a los cambios que se presentan en su cuerpo y a la vez tiene que satisfacer las necesidades que conllevan, debe manejar las exigencias y conflictos que se le presentan dentro de diversos ámbitos (familiar, personal, de amistades, etc.) y basándose en todo ello poder establecer su identidad y lograr su independencia. Todo ello provoca en el adolescente - en mayor o en menor grado- un estado de estrés, el cual es necesario abandonar ya sea por medio de alternativas sanas (como lo deportes, recreaciones, comunicación e información, etc.) o por medio de opciones "dañinas" (tal es el caso del consumo de alcohol) provocando estas últimas empeorar y/o ampliar los conflictos estresantes (Davidoff, 1989).

Los motivos que tiene cualquier adolescente para iniciarse en el uso de alcohol, como estrategia de afrontamiento, son variados.

Por su parte Secades (1998) menciona las siguientes:

- ψ Disponibilidad del alcohol.
- ψ Aceptación del consumo.
- ψ Presión del grupo de iguales a que lo consuma.
- ψ Imitación del comportamiento de otras personas (familiar, amigo, profesores, artista, etc.).
- ψ Como medio para lograr reconocimiento de personas significativas.
- ψ Para lograr aprobación de sus iguales.
- ψ Por status en el grupo.
- ψ Por curiosidad.
- ψ Para reducir estados de estrés y/o tensión.

Manciá Antón (1996) también propone las siguientes causas:

- ψ Bajo nivel de autocontrol.
 - ψ Eliminación transitoria de aburrimiento.
 - ψ Búsqueda de una sensación de placer.
 - ψ Por seguir una moda.
 - ψ Como modo de expresar una rebeldía ante los padres.
 - ψ Por falta de comunicación familiar.
-
-

-
-
- ψ La disponibilidad y accesibilidad.
 - ψ Falta o deficiencia de habilidades sociales.

Debido a que una posible causa del consumo de alcohol es la deficiencia o falta de habilidades sociales (en especial las que permiten expresar sentimientos y defender derechos ante los demás), se considera importante investigar el nivel de asertividad en las personas que consumen, o no, alcohol.

Una de las habilidades sociales que ha sido más estudiadas es la *asertividad*; es decir, "la capacidad de expresar, directa o adecuadamente, sus opiniones y sentimientos (tanto positivos como negativos) en situaciones sociales e interpersonales" (Flores, 1989; p.4). Esto es debido a su amplia aplicación en el proceso de socialización, aspecto tan importante en la adolescencia.

Puesto que algunas personas que consumen alcohol lo hacen con la finalidad de volverse "más sociables", varias investigaciones han estudiado la relación de la asertividad con el consumo de alcohol, algunos de ellos son:

Sturgis, Calhoun y Best (1979; citados en Ayala; 1993) propusieron que entre los bebedores problemas existen dos grupos: uno de los sujetos positivos y poco asertivos que consumen alcohol para facilitar sus interacciones sociales y otro grupo formado por sujetos altamente asertivos que consumen alcohol para cambiar sus sensaciones y reducir el tedio.

Miller y Eisler (1977; citados en Ayala, 1993) estudiaron a pacientes psiquiátricos bebedores problema y bebedores moderados con base en la asertividad y el beber operante, encontrando que ambos grupos tenían déficits similares en su asertividad; sin embargo, los bebedores problema tendían a percibirse más asertivos. Estos estudios fueron confirmados por Hamilton y Maisto (1979) en una población no psiquiátrica de bebedores problema y bebedores moderados.

Goldberg y Botvin (1993; citados en Concha y Rodríguez; 2001) realizaron un estudio con adolescentes hispanos con la finalidad de saber si algunos factores de asertividad pueden servir como elementos predictores de la frecuencia en el consumo de alcohol,

encontrando que el factor de rechazar presiones de otros para ingerir bebidas embriagantes correlacionó negativamente con la frecuencia de uso del alcohol.

Por su parte, Wills, Beker y Botvin (1989; citados en Concha y Rodríguez; 2001) realizaron una investigación con adolescentes para determinar si existe una relación entre la asertividad y el uso de sustancias tóxicas (como alcohol, marihuana y tabaco) encontrando una correlación negativa con la conducta de rechazo a presiones para ingerir bebidas alcohólicas o drogas.

Una manera que se ha utilizado para hacer frente al problema del consumo de alcohol ha sido la *Prevención*, "la cual es aquello que permite contrarrestar o detener la evolución del fenómeno (en éste caso el abuso de alcohol, tanto en adolescentes como adultos) en cualquiera de sus fases, para evitar su avance a estados de mayor destructibilidad personal o social" (Llanes, 1982; citado en Quiroga, Mata y Vázquez; 1990-2002).

La Prevención tradicionalmente se ha dividido en tres niveles, dependiendo de la etapa en la que se encuentra el fenómeno.

Adaptando los niveles propuestos por Secades (1998) al consumo del alcohol se pueden dividir en:

- *Prevención primaria:* Proporciona una educación para la salud información a los no usuarios de alcohol, usuarios sociales y ocasionales, con el fin de concientizar sobre las consecuencias del consumo de alcohol y así poder eliminar o disminuir el riesgo de consumo de alcohol y evitar nuevos casos.
- *Prevención secundaria:* Educa, al inicio del consumo, a grupos que se encuentren en riesgo abuso (como es el caso de los adolescentes que ya consumen), para detectar y canalizar a tratamiento y así evitar que avance el problema.
- *Prevención terciaria:* Proporciona tratamiento, en caso de abuso, a consumidores habituales y dependientes para detener la evolución y propagación del problema y sus consecuencias físicas, psicológicas y sociales.

Para realizar la Prevención del consumo de alcohol se debe de: identificar los factores que están presentes en los ambientes claves en los que se desarrollan los consumidores como: escuela, familia, sociedad, amigos, etc. que aumentan la probabilidad de que se consuma alcohol (*factores de riesgo*) y los que disminuyen la probabilidad del uso

(factores de protección), manipular los factores que evitan, posponen o aminoran los efectos de los factores de riesgo (Quiroga y cols.; 1990-2002).

Una de las instituciones que colabora con la tarea de prevenir el consumo de drogas es la UNAM, la cual cuenta con el PROGRAMA DE CONDUCTAS ADICTIVAS de la Facultad de Psicología (Quiroga y cols.; 1990-2002), el cual ofrece a los estudiantes, personal académico y administrativo universitarios que presenten o estén en riesgo de presentar algún problema de farmacodependencia (alcoholismo, tabaquismo y drogadicción) servicios de orientación, prevención y tratamiento.

Los servicios que proporciona se encuentran estructurados en tres niveles:

- I. Nivel primario: De carácter informativo. Consiste en la implementación de pláticas-debates -a usuarios y no usuarios- en las diferentes Escuelas, Colegios y Facultades; para ello, se realizan Sondeos para determinar qué droga es la que predomina en la población, las cantidades y frecuencia con que se consumen las drogas, factores de riesgo y de protección, aspectos sociodemográficos y puntos que abarcará la plática.
- II. Nivel secundario: Se realiza detección temprana y orientación oportuna a usuarios excesivos y abusadores (no dependientes) Proporciona cursos de orientación en los sectores previamente detectados.
- III. Nivel terciario: Se realiza detección y derivación a tratamiento a usuarios excesivos y abusadores que presenten dependencia. Proporcionan tratamiento basado en un Modelo de Consejo Psicológico Multimodal abarcando las siguientes técnicas:
 - Entrenamiento de Autocontrol Conductual.
 - Entrenamiento en Relajación.
 - Entrenamiento de Sensibilización Encubierta Asistida.
 - Entrenamiento en Habilidades Sociales.

Debido a la controversia que existe con respecto a la relación entre la asertividad y el consumo de alcohol, se consideró importante confirmar - o no - los resultados obtenidos en las investigaciones en la población adolescente, en particular los adolescentes del Colegio de Ciencias y Humanidades (Plantel Vallejo); para, en el caso de ratificar que una deficiencia en la asertividad es un factor de riesgo para ésta población, poder prevenir el uso y abuso de alcohol por medio de talleres enfocados a fortalecer dicha deficiencia.

CAPITULO I.

ALCOHOL

Actualmente, el alcohol es la única sustancia sedante que, por ser aceptada socialmente, nuestra sociedad maneja y consume con toda libertad.

A pesar del creciente consumo de otras drogas, el alcohol sigue siendo el principal protagonista: el alcoholismo es una adicción principal en el mundo actual y uno de los problemas de salud social más grave.

Encontramos presente el consumo de alcohol en pequeñas, o grandes, cantidades en las comidas, reuniones, y casi todos los eventos sociales, ya que en nuestra sociedad el alcohol es considerado como un recurso que proporciona beneficios. Se destaca su función de reducir la tensión y ansiedad, así como es considerado símbolo de experiencia y como un bien económico, generador de impuestos y empleos.

Es importante resaltar que también puede desorganizar al bebedor, provocándole daños, accidentes, estimularle la violencia, la pasión sexual o desarrollar una tendencia compulsiva de beber (Medina-Mora,1993), esto sumado a que el consumo del alcohol no está sancionado legalmente, y más aún, la gente le atribuye características positivas en su función de integración social, e incluso en pequeñas dosis se le considera preventivo de mortalidad para ciertas condiciones médicas (como es el caso de la circulación coronaria).

1.1. QUIMICA DEL ALCOHOL

El término *alcohol* hace referencia a un amplio grupo de moléculas orgánicas. El alcohol etílico, también llamado etanol, es la forma más frecuente de alcohol.

El alcohol que se ingiere comúnmente (alcohol etílico o etanol) cuenta con elementos químicos como: Carbono, Hidrógeno y Oxígeno, y se puede producir por la acción del hongo de la levadura que fermenta ciertos azúcares, y levaduras de plantas (tal es el caso de la cerveza, cebada, vino de uva y sidra de manzana, los cuales son relativamente bajos en contenidos de alcohol).

Este proceso de fermentación fue el único método conocido para producir alcohol por el hombre primitivo, y es hasta alrededor del año 800 a.C. en que se desarrolló el proceso de destilación, el cual consiste en hervir y aislar el alcohol más volátil de otros fluidos,

permitiendo la producción de bebidas más potentes, ya que contienen porcentajes mayores de alcohol, que usualmente alcanzan entre el 40 y 50 % de alcohol por volumen (NIAAA, 1976,1993; citado en López,1997).

1.2. ABSORCIÓN Y METABOLISMO

El alcohol no se digiere en el estómago y el intestino delgado como otros "alimentos", sino que es absorbido por medio de la membrana del estómago y es vertido en la corriente sanguínea, distribuyéndose a los tejidos. Una pequeña cantidad escapa a este proceso y es eliminado por la orina, el aliento y la sudoración (López, 1997). Una vez que se encuentra en la corriente sanguínea, el alcohol viaja al hígado, donde será metabolizado por medio de un proceso de oxidación. Este proceso incluye principalmente tres etapas:

1. El etanol se oxida en el hígado produciendo acetaldehído por acción de la enzima dehidrogenasa de alcohol.
2. El acetaldehído se convierte en acetato libre o acetil-coenzima "A" por influencia de la enzima dehidrogenasa de aldehído.
3. La masa de acetato penetra en el ciclo tricabroxítico en los tejidos periféricos (como músculos) y de ahí es oxidado hasta convertirse en Bióxido de Carbono y agua (López.1997).

Si se bebe en forma excesiva, se pueden presentar temblores, sudoración, dolor de cabeza, malestar gástrico, diarrea, vómito y nauseas como efectos del proceso de eliminación (López.1997).

La velocidad con que el alcohol deja el estómago y el intestino para ser absorbido por la corriente sanguínea y producir sus efectos en el individuo está condicionada por varios factores:

- Ψ Cantidad de alcohol ingerida: Entre mayor cantidad de alcohol ingerida, más tiempo se requiere para eliminarlo.
 - Ψ Rapidez con que se ingiere: El hígado es el único organismo que metaboliza el alcohol, por lo que si se bebe a una velocidad mayor a la que el hígado lo metaboliza, la intoxicación aumentará progresivamente.
-
-

-
-
- Ψ Tipo de bebida ingerida: Algunas bebidas se absorben más rápido que otras, como las bebidas destiladas; bebidas fermentadas que contienen Dióxido de Carbono en forma de "burbujas" ya que producen una más rápida abertura del píloro (que es la válvula que permite pasar al interior y de ahí directamente pasar al fluido sanguíneo).
 - Ψ Peso de la persona: Personas de mayor peso están en mayor riesgo, ya que cuentan con mayor cantidad de tejido adiposo.
 - Ψ Edad: Se observa mayor efecto de intoxicación en personas de edad avanzada debido al hecho de que la proporción de grasa aumenta con la edad en ambos sexos (NIAAA, 1993; citado en López, 1997, p.26).
 - Ψ Sexo del bebedor: Dado que el organismo de la mujer tiene mayor cantidad de grasa y menor cantidad de agua que el del hombre; el alcohol se disuelve con mayor lentitud en la mujer por la grasa presentando efectos generalmente más fuertes en comparación con el hombre. También se intoxican más rápido las mujeres debido a que hay una diferencia en la cantidad enzimática contenida en el tejido del estómago (cuatro veces menos activas que en el hombre) que desdoblan el alcohol antes de llegar al torrente sanguíneo (NIAAA, 1993; citado en López, 1997, p.26).
 - Ψ Presencia de comida en el estómago: Si se come mientras se bebe se retardará el pasaje del alcohol al intestino y en consecuencia al torrente sanguíneo.
 - Ψ Condiciones orgánicas: Una persona fatigada puede verse más afectada, al igual que una persona enferma, o aquella que esté tomando alguna otra droga.
 - Ψ Tolerancia: Una persona que presenta ya tolerancia al alcohol cada vez requerirá de mayores cantidades para alcanzar el grado de intoxicación que antes obtenía con la misma cantidad de copas.
 - Ψ Expectativas: Cuando se bebe esperando embriagarse, se observa una embriaguez con mayor rapidez.
 - Ψ Estado de ánimo: El alcohol parece afectar con mayor rapidez a las personas que se encuentran deprimidas (Quiroga y cols., 1990-2002, p.12).

1.3. ETIOLOGIA

Es bien sabido que el consumo de alcohol cuenta con una variedad amplia de causas, aunque en cada caso pueden tener diferente importancia. En el presente trabajo estos factores se clasificarán en sociales, biológicas y psicológicas.

A) FACTOR BIOLÓGICO.

Dentro de este factor se encuentra lo referente a los aspectos genéticos.

Diversos estudios han tratado de determinar la influencia de la genética con relación al consumo de alcohol. Las investigaciones genéticas (que incluyen estudios de familias, de adopción y de gemelos) han mostrado que la vulnerabilidad al alcohol puede estar determinada por una compleja interrelación de factores genéticos y ambientales.

Ψ Estudios de adopción:

Los estudios de adopción, comparan la historia de hijos de alcohólicos dados en adopción a edades tempranas con la de hijos de no alcohólicos adoptados, tratan de comprobar la premisa de que si los factores genéticos representan una función, entonces los hijos adoptivos de alcohólicos deberían presentar durante su etapa adulta más problemas con el consumo del alcohol (Tapia, 2001).

Ejemplo de estos estudios es el realizado por Goodwin y cols. (1974, 1977; citados en Tapia, 2001) utilizaron la información del Registro de Adopción Danés y concluyeron que los hijos de los alcohólicos tienden a tener una susceptibilidad de 3 a 4 veces mayor para el alcoholismo, independientemente del tipo de padres adoptivos (alcohólicos o no). Esto apoya la existencia de un componente genético.

Por su parte, Cloninger (1981; citado en Tapia, 2001), utilizó el Registro de Adopción Sueco, confirmando la existencia de una mayor prevalencia de abuso de alcohol en aquellos individuos provenientes de padres alcohólicos.

Estos estudios han identificado dos tipos de alcoholismo: El TIPO I, se expresa en ciertos ambientes y afecta por igual a hombres y mujeres, se caracteriza por una edad de inicio tardía (20 años o más) y se observa una rápida progresión de un abuso moderado hasta la dependencia severa. No está asociada a criminalidad. Al parecer los factores medioambientales afectan la ocurrencia y la severidad del uso de alcohol en personas genéticamente susceptibles; y el TIPO II, se trata de una forma más severa del trastorno, se observa principalmente en varones que se iniciaron más temprano en el abuso de alcohol. Se le asocia con problemas sociales y legales recurrentes. El uso de alcohol parece estar influenciado por factores genéticos y su manifestación no parece estar influenciada por factores medioambientales (López, 1997).

Los estudios de crianza han mostrado que los factores genéticos influyen sobre muchas características relacionadas al uso del alcohol. No obstante, la genética puede incrementar el riesgo de abuso de alcohol (NIAAA, 1993; citado en López, 1997).

Ψ Estudios familiares:

Proponen que gran parte de los individuos alcohólicos tienen una Historia Familiar Positiva de Alcohol (HFP-A).

Cotton y cols. (1979), por ejemplo, estimaron que una tercera parte de los alcohólicos tienen al menos un padre alcohólico.

Merikangas (1990; citado en Tapia, 2001) analizó los trabajos publicados hasta 1990 y concluyó que "existen en promedio un rasgo siete veces mayor entre los familiares de primer grado de sujetos alcohólicos para desarrollar alcoholismo comparado con controles".

Como señalan Goodwin, 1985; Fletcher, et..al. (1991; citado por Tapia, 2001): la influencia familiar en el alcoholismo se ve reflejada por el hecho de que los alcohólicos con una HFP-A tienden a presentar mayor cantidad de problemas relacionados con el alcohol y una edad menor de inicio al beber que los alcohólicos sin antecedentes familiares.

Ψ Estudios en gemelos:

Se han realizado estudios de gemelos monocigóticos o idénticos (los cuales comparten el 100% de su genoma) contra gemelos dicigóticos o fraternos (aquellos que comparten el 50% de su genoma). Estos estudios proponen que si el alcoholismo o cualquier rasgo asociado al consumo de alcohol posee un componente genético, debe de existir una concordancia significativamente mayor en los gemelos monocigóticos en relación con los dicigóticos (Tapia, 2001).

Estos estudios se han llevado a cabo desde 1960. Los resultados que han obtenido son que la tasa de concordancia para el alcoholismo es mayor en los gemelos monocigóticos, además de que presentan problemas de forma más frecuente y tienen hábitos de consumo de alcohol más similares que los gemelos dicigóticos (Heath, et al. 1991; Kendler, et. al., 1997; citados en Tapia,2001).

También han confirmado la relativamente alta heredabilidad del alcoholismo, estimándose un valor promedio de 50% (McGae, 1994; Kendler, et.al.,1994; citados en Tapia, 2001).

En conclusión, estos estudios han encontrado que la heredabilidad es mucho más importante que el ambiente familiar, ya que muchos comenzaban a beber independientemente de que en su familia adoptiva se consumiera o no alcohol de manera excesiva (Cloninger, et al., 1985, citado en Carlson, 1996). También han aportado evidencias de la influencia genética de transmisión del padre alcohólico al hijo varón, hecho que no se ha comprobado en el caso de la mujer.

B) FACTOR PSICOLOGICO.

Abarca los aspectos conductuales y del aprendizaje.

Una de las teorías que ha abordado este problema es la Teoría del aprendizaje social. Dicha teoría, descrita por Bandura y aplicada al alcoholismo por Nathan y cols. (1970; citado en Secades, 1998), propone que la conducta de consumir alcohol es adquirida y mantenida por modelamiento (imitación del comportamiento de otras personas), el reforzamiento social y la anticipación de los efectos del alcohol. El abuso de alcohol no se aprende solamente por el reforzamiento directo, sino por aprendizaje imitativo.

Sugiere que la tolerancia y el síndrome de abstinencia, además de desarrollarse como función de las características farmacológicas del alcohol, son en función de un proceso de condicionamiento clásico. La motivación para que una persona con síndrome de abstinencia siga bebiendo se debe a que las personas "aprenden" que el continuar bebiendo disminuye las molestias del síndrome (Ayala, 1993).

Esta visión sugiere la posibilidad de que existan diferentes procesos causales de la problemática. Propone que el alcoholismo tiene un número de componentes, alguno de los cuales preceden a otros, sin que necesariamente mantengan una relación temporal (Ayala, 1993).

La aportación de la teoría es que trata de explicar el comportamiento del bebedor, partiendo desde la adquisición del hábito de enfrentamiento, hasta la pérdida del control observado en los alcohólicos después de una recaída (Marlatt y Donovan, 1982; citados en López, 1998).

Puesto que la familia y los compañeros, son agentes de socialización, juegan un papel muy importante en el inicio y/o mantenimiento del uso de alcohol. Ambos pueden afectar de forma general las actitudes, estándares y valores hacia el alcohol, así como el modelar

la conducta de beber dentro del contexto social (Biddle y cols., 1980; Margukies, Kessler y Kandel, 1977; citados en Ayala, 1993).

Barnes (1977) y McDermott (1984) sugieren que algunos predictores de la conducta adictiva en los adolescentes son la actitud y la conducta de los padres con relación al alcohol. Así, actitudes discordantes hacia el alcohol en los padres están relacionadas a un beber excesivo entre los jóvenes, al igual que los hijos de padres abstemios que mantienen actitudes extremas en contra del alcohol los cuales están en riesgo de desarrollar problemas con el alcohol (Wittman; 1938; citado en Ayala, 1993).

El consumo de los *padres* se transmite a los hijos por la convivencia por medio de dos vías:

1. Vía indirecta: En el hogar donde el progenitor es alcohólico, los sentimientos de inseguridad y desesperanza proliferan entre los descendientes, lo cual puede llevar al inicio del consumo de alcohol.
2. Vía directa: Al identificarse parcialmente con el progenitor y reproduciendo el modelo del consumo del padre. (Fernández; 1988).

La conducta imitativa del consumo de alcohol también se desarrolla por la influencia de los *compañeros*, sobre todo de los que tienen capacidad de liderazgo. La iniciación en el consumo está asociada a la curiosidad e imitación con el fin de vivir las consecuencias positivas que observan en su medio social (amigos, padres, etc.) (Secades, 1998, p.52).

Harford y Spiegler (1982) y McDermott (1984) encontraron que existe una mayor probabilidad de que los jóvenes beban y consuman mayor cantidad en lugares donde están presentes sus compañeros (citados en Ayala, 1993).

Las *creencias y expectativas* que tienen las personas acerca de los que el alcohol les va a producir (disminuir su ansiedad, fortalecer las relaciones sociales, Disminuir el malestar emocional, etc.) pueden hacer que aprendan y mantengan pautas de consumo problemático.

Las expectativas se establecen en un estado temprano de la vida, antes de establecerse los patrones de beber, y son el resultado de la influencia de agentes primarios y secundarios de socialización. Dichas expectativas interactúan con experiencias directas con el alcohol y determinan en gran parte las experiencias de intoxicación aguda con alcohol (Ayala, 1993). Estas se elaboran a través de 3 procesos: exposición directa a modelos (padres, compañeros, artistas, etc.), por influencia de la cultura (especialmente

por medio de los medios masivos de comunicación), y la propia experiencia con el alcohol.

Christiansen y cols. (1982; citados en Secades, 1998) realizaron un estudio con jóvenes entre 12 y 19 años y encontraron diferentes expectativas sobre los efectos del alcohol: reducción de tensión, ayuda a divertirse, mejora la imagen personal, cambia las experiencias personales de forma positiva, aumenta el placer físico y social, mejora la ejecución y experiencia sexual, aumenta el poder y las Habilidades sociales.

C) FACTOR SOCIAL.

Dentro de este factor se sitúa la aceptación social que se le da al consumo de alcohol.

La conducta del bebedor no podría separarse de los múltiples lugares que la sociedad asigna a las bebidas en ciertos grupos, mientras que los limita en otros, especifica los lugares y los momentos adecuados para consumirlas y, en forma más general, legislan sobre su producción y comercio (López, 1997).

Las normas sociales varían de acuerdo al grupo, ya que existen una serie de expectativas relacionadas con lo que la persona debe hacer o le está prohibido hacer, ya que lo permitido en un grupo puede estar prohibido en otro (Medina-Mora, 1987; citada en López, 1997).

Algunas de estas diferencias son:

Ψ Diferencias en la actitud del consumo dependiendo del sexo del bebedor:

En nuestro país, el sexo influye más que la edad en la manera de consumir alcohol. Las mujeres, independientemente de su edad, consumen pocas cantidades y cuando se considera la frecuencia de consumo, se agudizan las diferencias por sexo (Medina-Mora, 1987; citada en López, 1997).

La cultura Mexicana establece diferencias especialmente entre géneros. Estas incluyen en la manera en que hombres y mujeres beben; por ejemplo, en nuestro país la embriaguez, en la población masculina, es una práctica aceptada socialmente; sin embargo, esta forma de beber se asocia a un número importante de consecuencias (Medina-Mora y cols. 1988; citada en Medina-Mora, 1993).

Una vez que hombres y mujeres han desarrollado dependencia, su sintomatología será muy similar. Sin embargo, el efecto de una intoxicación frecuente varía en forma importante debido a las diferencias en su función social y a las expectativas culturales. Así es que, la existencia de normas diferentes para hombres y mujeres no depende del hecho de que una mujer intoxicada puede ser más irresponsable, deshonesto o egoísta comparada con un hombre en las mismas circunstancias, sino por que se piensa que la mujer no debe de beber. Esto no se debe a argumentos racionales, sino que son expresiones de valor (Knupter, 1982; citado en Medina-Mora, 1993).

Ψ *Situación de consumo:*

La situación en que tiene lugar el consumo es un segundo gran organizador de la conducta convencional de consumo.

En toda sociedad en la que se da el consumo, se considera a algunas situaciones de no consumo y otras en las que se considera adecuado beber. Esta definición puede variar también para diferentes grupos de la población, por ejemplo:

El Departamento de Salud de E.U. considera que no deben de beber alcohol las siguientes personas:

1. Mujeres embarazadas o que pretendan concebir: El consumo de 2 ó 3 copas por día durante el embarazo se asocia con bebés de menor talla, peso y circunferencia craneal al nacer.
2. Personas que van a conducir automóviles.
3. Personas que se van a involucrar en actividades que requieren atención y habilidad (como personas que manejen maquinaria).
4. Aquellas que estén tomando medicamentos: Se sabe que el alcohol interactúa con más de 100 fármacos incluyendo algunos que se venden sin receta médica.
5. Alcohólicos.
6. Menores de edad. (NIAAA, 1992; citado en Medina-Mora, 1993).

Por otra parte, las situaciones en donde se permite beber son:

1. Fiestas.
 2. Celebraciones.
 3. Ceremonias religiosas., etc.
-
-

Uno de los factores que no permite la erradicación del consumo de alcohol es que la industria del alcohol y su consumo generan empleos y ganancias, desde la producción de materias primas (granos, cañas, agave, vid, etc.) y procesos de destilación, hasta la fermentación, producción de botellas para su envasado, distribución, publicidad, impuestos a la renta, etc. (Tapia, 2001). Estas industrias, en conjunto, producen una recaudación fiscal impresionante, al mismo tiempo que generan empleos (De la Fuente, 1987^a; citado en López, 1997). Por ello, cada estrategia que se plantea para prevenir el uso y abuso de alcohol está basada en la influencia económica que tiene esta industria en nuestra economía nacional.

1.4. EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE ALCOHOL ENTRE ADOLESCENTES.

Los adolescentes se suman cada vez más al grupo de consumidores de alcohol, copiando los modelos de los adultos (tanto en frecuencia como en episodios de embriaguez).

Esto se debe a que muchos jóvenes no consideran al alcohol como una droga, el uso de bebidas alcohólicas es aceptado en nuestra sociedad y su uso adecuado (sin llegar a la intoxicación) puede no ocasionar daños severos.

Se ha observado que las mujeres inician su consumo más tardíamente que los hombres, ya que estas lo hacen entre los 18 y 29 años, mientras los hombres lo hacen entre los 12 y 15 años o al cumplir la mayoría de edad (CONADIC, INP, DGE, INEGI, 2003).

Aunque De la Fuente (1990) indicó que el patrón típico de consumo de alcohol en nuestro país, en la población masculina, es de grandes cantidades en un breve lapso de tiempo, lo que se asocia con problemas individuales, familiares y sociales; además de que, con frecuencia, las ocasiones en las que se bebe son también ocasiones de embriaguez (López, 1997), en la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) del 2002 se observó que los patrones de consumo más frecuentes entre los varones son el de moderado alto y consuetudinario, ya que fueron reportados por el 16.9% y 12.4% respectivamente; mientras que el de las mujeres fueron los de moderado bajo y alto (4.8% y 2.7% respectivamente) (CONADIC, INP, DGE, INEGI, 2003).

Aunque el consumo de alcohol sigue siendo una práctica predominantemente varonil, cada vez más las mujeres presentan más frecuentemente esta conducta.

En la ENA de 1998 se reportó que el 33% de los adolescentes varones ya habían consumido alcohol en comparación de un 23% en las adolescentes (ENA, 1998)

En la Encuesta sobre El Uso de Drogas entre la Comunidad Escolar de 1993, los hombres presentaron una mayor prevalencia de consumo en el último mes que las mujeres (31% y 18% respectivamente) (SSA, INP, Dirección General de Epidemiología, 1999).

También se ha observado que el consumo ha aumentado progresivamente conforme aumenta la edad, de tal forma que en la Encuesta Estudiantil de 1993 se encontró que el 8% de los adolescentes menores de 16 años ya habían bebido alcohol, porcentaje que aumentó a 38% en los mayores de 16 años y a un 88% en los mayores de 18 años (ENA, 1998).

Con respecto al número de copas ingeridas por ocasión de consumo, la ENA (1998) reportó que el 3.6% de los varones y el 1.5% de las mujeres consumían cinco copas o más por ocasión de consumo. Los mayores de 16 años presentaron una mayor prevalencia de consumo de cinco copas o más por ocasión, y alrededor del 8% de los jóvenes de 18 años o más consumían esta cantidad una o dos veces por semana (ENA, 1998).

Resultados de la última Encuesta Nacional de Adicciones (ENA,2002) muestran que el 30% de los adolescentes consumen alcohol, siendo aún mayor el porcentaje de varones que consumen (35%) en comparación con las mujeres (25%). De esta forma, por cada mujer que consume alcohol hay cuatro hombres que también lo hacen (CONADIC, INP, DGE, INEGI, 2003).

En esta misma Encuesta, se observó que la mayoría de los adolescentes consumen alcohol de manera poco frecuente a bajas cantidades (CONADIC, INP, DGE, INEGI, 2003).

El consumo de cinco copas o más por ocasión de consumo lo presentó el 10.5% de los varones y el 3.4% de las mujeres (CONADIC, INP, DGE, INEGI, 2003).

Como se puede observar, ha habido cambios en la ingesta de alcohol entre los adolescentes de 1998 al 2002:

-
-
- Ψ Aumentó el consumo entre esta población: En 1998, el 27% de los varones consumían alcohol y en el 2002 fue de un 35%. Entre las mujeres cambió de 18% a 25%.
- Ψ Aumentó el número de varones que bebían mensualmente cinco copas o más por ocasión de consumo: De 6.3% en 1998 a 7.8% en el 2002 (CONADIC, INP, DGE, INEGI, 2003).

1.5. CAUSAS DE CONSUMO ENTRE LOS ADOLESCENTES

Aunque son múltiples las causas por las cuales un adolescente consume alcohol, algunos de los motivos más frecuentes son:

1. Modelamiento.
 2. Reconocimiento y atención de personas significativas.
 3. Aprobación social de sus iguales.
 4. Estatus (por medio de la tolerancia).
 5. Actitud de iguales hacia el consumo.
 6. La discrepancia en la toma de decisiones familiares incrementa la probabilidad de abuso de alcohol (Secades; 1998).
 7. Comunicación defectuosa entre el adolescente y sus padres hacen más probable el consumo.
 8. Tanto la disciplina negligente como las normas rígidas e inflexibles se han asociado con niveles altos de consumo de alcohol por parte de los hijos (Baumrind, 1983; citado en Secades 1998).
 9. El recibir mensajes aterrizantes sobre el alcohol y, al mismo tiempo, observar a los progenitores asumir al alcohol como vía de escape de problemas aumenta la probabilidad de consumo (Secades, 1998).
 10. Un modelo abstemio muy rígido puede ser el medio de rechazo hacia los padres en aras de la búsqueda de individualidad y autoexpresión del adolescente (Secades, 1998).
 11. La falta de atención y preocupación de los padres puede desembocar en una influencia mayor del grupo de amigos (Macia, 1998).
-
-

Por su parte, la OMS (1973; citado en Macia, 1998) propone los siguientes motivos por los que los adolescentes consumen alcohol:

1. Satisfacer la curiosidad de los efectos.
2. Adquisición de sensaciones de pertenencia a un grupo, ser aceptado por otros.
3. Expresar independencia y, a veces, hostilidad o rebeldía.
4. Tener experiencias placenteras, emociones nuevas o peligrosas.
5. Provocar una sensación de bienestar y tranquilidad.
6. Escapar de algo, necesidad de evasión.
7. El grupo proporciona apoyo y seguridad para nuevas experiencias y pueden "auxiliar" al sujeto ante un problema en el consumo.
8. En cuanto a la familia, puede influir:
 - Ψ Una deficiente comunicación puede provocar un distanciamiento de los padres al no encontrar ayuda a sus problemas, recurriendo generalmente a los amigos.
 - Ψ Los conflictos familiares provocan tensión y deseos ciegos que se pueden descargar con los amigos y el consumo de alcohol.
 - Ψ Pautas incorrectas de educación: Una actitud sobreprotectora impide autonomía, creando sentimientos de inseguridad, inferioridad, etc, Dificulta el proceso de decisiones propias, establecimiento de criterios propios y el ejercicio de la responsabilidad personal. Una actitud rigurosa bloquea e inhibe las capacidades.
9. Inadaptación escolar, expresada en bajo rendimiento académico, abstencionismo, deserción escolar.
10. Falta de alternativas para ocupar su tiempo libre.
11. Pérdida de trabajo.

1.6. CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL

El problema de beber entre los adolescentes no es tan grave; en cuanto a daños físicos, principalmente por su edad. Sin embargo, esto no quiere decir que no puedan presentarse algunas dificultades relacionadas con su forma de beber.

Las consecuencias negativas derivadas del abuso de alcohol resultan ya evidentes a corto plazo al presentarse conductas de riesgo (por ejemplo: conducir después de beber), comportamientos violentos y delictivos, alteraciones del orden público, ausentismo y

fracaso escolar, etc. (Los adolescentes www.sal.itesm.mx/DEA/consejeria/articulo_adolescentes.htm).

Entre las principales consecuencias que presentan los adolescentes por el consumo de alcohol se encuentran:

Ψ El abuso de alcohol en la adolescencia puede asociarse a un retraso o detención en el desarrollo reproductivo (Smit y cols. 1987; citados en Medina-Mora, 1993).

Ψ Accidentes automovilísticos: El alcohol afecta el tiempo de reacción (enlentece los reflejos), disminuye el ángulo de visión hasta 90 grados, deteriora la capacidad para seguir objetos con la vista, retrasa la recuperación de la visión después de un deslumbramiento, produce somnolencia, "proporciona" al conductor una confianza para conducir superior a la real (Secades, 1998).

Se ha estimado que entre el 21 y 22% de los ingresos a las salas de urgencias se relacionan con el abuso de alcohol (Rosovsky, et al., 1998; García et al., 1991; Borges et al., 1997; citado en CONADIC, 1995). El 13% de los que ingresos se relacionan con accidentes de tránsito (Borges, et al., 1998; citado en CONADIC, 1995)

La relación entre los accidentes automovilísticos y el consumo de alcohol no necesariamente es debido al consumo continuo, sino también a la intoxicación esporádica (Secades, 1998). Datos mostrados en la ENA (1998; citada en Tapia, 2001) mostraron que: menos del 1% de los jóvenes de entre los 12 y 17 años había manejado un automóvil después de beber, 10% se subió a un carro cuando el conductor estaba ebrio, 0.5% expresó haber tenido un accidente automovilístico relacionado con el abuso.

En la ENA (1988; citada en Medina-Mora, 1993) se encontró que del total de personas que sufrieron accidentes automovilísticos relacionados con el alcohol solo el 18% eran dependientes a dicha sustancia.

Ψ Otros accidentes: El 19% de los atropellados presentaban niveles positivos de alcohol en sangre. Un 18.9% de las caídas son a consecuencia de una intoxicación alcohólica (CONADIC, 1995).

Ψ Peleas: 41% de las personas que participaron en peleas son dependientes (Medina-Mora, Tapia y cols., 1991; citados en Medina-Mora, 1993). Problemas con la policía: En la ENA (1998; citada en Medina-Mora, 1993) se reportó que el 25% de las personas que tenían este tipo de problema eran dependientes al alcohol. En la ENA

2002, el 3.6% de los hombres y un 0.3% de las mujeres adolescentes reportaron haber iniciado peleas mientras bebían.

- Ψ **Violencia:** Bajo un estado de intoxicación aguda se incrementa la probabilidad de incurrir en delitos o manifestar conductas violentas. Natera y cols. (1997; citada en CONADIC, 1995) reportaron que una porción importante de detenidos en Agencias del Ministerio público estuvo relacionado con el consumo de alcohol: 62% habían consumido alcohol antes del evento por el que fueron detenidos, 48% se había sentido embriagado y 8% había estado "muy borracho". Medina-Mora et al. (1997; citada en CONADIC, 1995) informó que es 22 veces más probable que un adolescente que bebe más de 5 copas por ocasión de consumo una vez al mes o con más frecuencia participe en riñas. La violencia intrafamiliar: Ocurre después de que el agresor había bebido alcohol (Natera, et al., 1997; citado en CONADIC, 1995).
 - Ψ **Delincuencia:** El estado de intoxicación aguda está relacionado como facilitador de conductas violentas y delincuencia. En general, entre mayor cantidad de alcohol se consume más aumenta la probabilidad de que cometa un acto ilegal, falta o delito (Secades, 1989).
 - Ψ **Escuela:** El fracaso escolar es uno de los graves problemas con los que se enfrenta el sistema educativo actual. Se ha visto que el fracaso escolar se encuentra asociado a un mayor nivel de consumo alcohol. Los jóvenes faltan a clases cuatro veces más que los que no beben y la gran mayoría deja de participar en actividades escolares y extraescolares (Secades, 1998).
 - Ψ **Consumo de otras drogas:** Uno de los problemas principales del consumo de alcohol entre jóvenes es que puede facilitar el acceso a otros tipos de drogas. Casi todos los consumidores de cannabis se iniciaron con el alcohol y tabaco; además, entre más tempranamente se iniciaron en el consumo de alcohol más temprano se iniciaron en otra droga, y por lo tanto más problemas acarrearán al individuo. La combinación del alcohol con otras drogas puede producir efectos altamente peligrosos, como: La combinación entre el alcohol con otros depresores (barbitúricos y ansiolíticos) tiene como efecto potenciar su efecto y puede enlentecer el funcionamiento del organismo hasta llegar a detener la respiración; la combinación con analgésicos potencia la posibilidad de úlceras al aumentar la secreción gástrica; si se combina con paracetamol, aumenta la hepatotoxicidad del fármaco; si se combina con narcóticos aumenta el efecto depresor sobre el SNC y disminuye los reflejos (Secades, 1998). Se
-
-

ha observado que el consumo de cannabis, cocaína, heroína, anfetaminas y diferentes sedantes e hipnóticos están asociados al uso y abuso de alcohol (López, 1997).

A pesar de que la mayoría de los adolescentes no presentan graves problemas con su manera de beber, pero si hay un consumo frecuente puede tener importantes consecuencias médicas, principalmente en las sociedades en las que el consumo es diario. Las consecuencias sociales, en cambio, se presentan más a menudo en las sociedades en las que se consume en exceso o hasta llegar a la embriaguez, aún aunque no se ingiera con regularidad. Algunos de los problemas dependen de la combinación poco afortunada de la intoxicación episódica en ambientes peligrosos y demandantes; otros son resultado de la intoxicación en situaciones que requieren "sobriedad", por lo que se considera al usuario como irresponsable o poco confiable (Medina-Mora, 1993, p.41).

A) EFECTOS EN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

El alcohol actúa sobre el cerebro deprimiéndolo y, por lo tanto, deprime el SNC. Deprime los centros que controlan la conducta, por lo que la persona parece excitada.

En estado de embriaguez, primero se disminuye la calidad del juicio y el sujeto se desinhibe (se "excita"). Después se presentan conductas inadecuadas, falta de coordinación muscular, trastornos de la vista, problemas para pronunciar adecuadamente (disartria) y para entender lo que se le dice. Se presenta una confusión mental, se tambalea al caminar, visión doble, pánico, agresividad, temblor, llanto. Hay inconsciencia, ausencia de reflejos, estado de coma que puede llegar a la muerte por parálisis respiratoria. (SSA, CONADIC, CESAAL, 1993).

Además de estos efectos inmediatos, el consumo excesivo está relacionado con muchos problemas:

B) PROBLEMAS DE SALUD:

El consumo excesivo de alcohol afecta principalmente a los sistemas gastrointestinal, cardiovascular y el hígado.

-
-
- Ψ Hígado: Los principales efectos adversos relacionados con el consumo de alcohol tiene que ver con el daño hepático. El alcohol puede producir una acumulación de grasas y proteínas a veces en periodos cortos, esto provoca el aumento del tamaño del hígado. Algunas de los trastornos que se pueden presentar son: Cirrosis hepática, Hígado graso (Kaplan, 1999).

 - Ψ Sistema Gastrointestinal: A largo plazo, el consumo de grandes cantidades de alcohol se relaciona con esofagitis, gastritis, alteraciones en el intestino delgado, pancreatitis, cáncer del páncreas o úlcera gástrica (Kaplan, 1999).

 - Ψ Sistema cardiovascular: El consumo de alcohol puede provocar un aumento de la tensión arterial, disregulación de las proteínas y triglicéridos, aumentando el riesgo de infarto al miocardio, hipertensión, falla cardiaca y trastornos cerebrovasculares. Aunque el consumo contribuye poco, es responsable de una gran proporción del total de muertes relacionadas con el abuso de alcohol (CONADIC, 1995).

Además de estos trastornos, se puede presentar los siguientes padecimientos:

- Ψ Desnutrición.
- Ψ Polineuritis.
- Ψ Anemia.
- Ψ Pérdida de tejido muscular.
- Ψ Inflamación y sangrado del intestino.
- Ψ Impotencia sexual.
- Ψ Cáncer: El abuso de alcohol, se asocia con cáncer en la cavidad oral, faringe, laringe, esófago e hígado, pero no existe consenso en el tamaño del riesgo (Single, 1998; citado en CONADIC, 1995).

Algunas *alteraciones mentales* causadas por el consumo excesivo de alcohol son:

- Ψ Psicosis alcohólica.
 - Ψ Delirium Tremens (alucinaciones, angustia, temblores, pérdida de la conciencia, convulsiones y muerte).
 - Ψ Paranoia Alcohólica: Se caracteriza por la presencia de ideas delirantes de infidelidad y celos. Este problema se presenta con mayor frecuencia en varones (Secades, 1998).
-
-

-
-
- Ψ Síndrome de Korsakov-Wernicke: Se caracteriza por pérdida de memoria, ataxia, temblores fríos, fabulación, desorientación en tiempo y espacio y disminución del nivel de conciencia (Secades, 1998).

C) PROBLEMAS FAMILIARES

- Ψ Ruptura de la armonía familiar.
- Ψ Desacuerdo conyugal.
- Ψ Deterioro de la economía familiar.
- Ψ Pérdida de la estima del bebedor.
- Ψ Violencia y maltrato intrafamiliar.
- Ψ Lesiones fetales (Quiroga y cols. 1990-2002).
- Ψ Maltrato, descuido de los hijos y/o cónyuge. (Tapia, 2001).

D) PROBLEMAS SOCIALES

- Ψ Desaprobación.
- Ψ Soledad.
- ψ Incapacidad laboral (SSA, 1993): El consumo de bebidas alcohólicas ocurre con más frecuencia en las etapas productivas de la vida, la mayoría de las personas dependientes y que beben en grandes cantidades están integrados a la fuerza de trabajo. Un porcentaje de problemas son causados no por personas alcohólicas, sino por bebedores en exceso en circunstancias de riesgo en las que se suponía no debían beber (SSA, IMP, Dirección General de Epidemiología, 1999).
- Ψ Accidentes laborales.
- Ψ Ausentismo laboral.

1.6.1. CONSECUENCIAS POR SEXO.

Estas consecuencias varían entre hombres y mujeres debido a las diferencias biológicas entre ellos (Medina-Mora, 1993).

La *mujer* presenta riesgos específicos, diferentes a los del hombre, desde el punto de vista biológico, psicológico y social. Por ejemplo: se ha encontrado que la mujer alcohólica

tiene mayor riesgo de desarrollar enfermedades del hígado en una edad más temprana y en un periodo menor de consumo consuetudinario y aparentemente con una menor cantidad de consumo que el hombre. Una vez dañado el hígado, las mujeres parecen tener el riesgo adicional de mayor mortalidad que los hombres (Medina-Mora, 1993). En relación a los riesgos psicológicos, se maneja un nivel de culpa mayor, socialmente repercute en un mayor rechazo y en mayor número de pérdidas, suelen ser más abandonadas por sus parejas (Medina-Mora, 1993). En el alcoholismo femenino se ve un mayor rechazo social y más frecuentemente son abandonadas por sus cónyuges a consecuencia de su alcoholismo (Fernández, 1988).

Dunne (1988; citado en Medina-Mora, 1993) menciona que las mujeres, especialmente en su periodo premenstrual, se intoxican más rápidamente que el hombre, sin importar la influencia del peso corporal. El abuso y dependencia del alcohol se asocia a amenorrea, anovulación a menopausia prematura.

Mello (1988; citado en Medina-Mora, 1993) encontró que el consumo de 4-8 copas diarias producen problemas en el ciclo menstrual en mujeres que, en ausencia de alcohol, tenían ciclos normales.

El abuso de alcohol en el *varón* se ha asociado con atrofia testicular, menores niveles de testosterona y ginecomastia (Mello, 1988; citado en Medina-Mora, 1993). En biopsias que se han realizado a testículos de alcohólicos, se ha observado que los espermatozoides tienen menor movilidad, son menos abundantes y presentan malformaciones como efecto directo del alcohol sobre las gónadas (Galvao-Telest y cols., 1983; citados en Medina-Mora, 1993). También se han encontrado problemas de erección y eyaculación, impotencia y bajos niveles de interés sexual (Medina-Mora, 1993).

Como se puede ver, las consecuencias del consumo de alcohol en los adolescentes tiene causas importantes y que, si se dejan, a largo plazo, acarrea mayor número de problemas; por tal motivo, se considera importante tratar de prevenir el consumo excesivo de alcohol en dicha población y evitar las costosas consecuencias que tiene.

CAPITULO II. PREVENCIÓN DEL ALCOHOLISMO.

Debido a que el costo social del alcoholismo es alto, podría incrementarse la longitud de vida de un gran número de personas que consumen alcohol y evitarse tal costo si se consiguiera cambiar sus comportamientos de riesgo por otros de prevención, enfocándose tanto en los factores que facilitan la práctica del consumo como en los que la dificultan.

La tendencia que se registra con el consumo, la acentuación de los factores que los generan y los costos sociales que trae consigo el alcoholismo (en términos de accidentes automovilísticos, de trabajo, enfermedades y problemas sociales) determina la necesidad y obligación de reforzar las medidas preventivas, ya que, como menciona Camarena (2001;p.6) "es específicamente útil si se requiere cortar de raíz un fenómeno"

2.1. DEFINICIÓN.

El término de prevención se refiere a "aquello que permite contrarrestar o detener la evolución de un determinado fenómeno, para evitar su avance a estados más destructibles. De tal manera que la prevención del alcoholismo se refiere a toda medida o actuación que tiende a evitar el consumo excesivo de esta sustancia y los problemas derivados de su uso inadecuado" (Secades,1998;p.75).

La prevención también puede definirse como "la protección y promoción de la salud de la población, la protección y el mejoramiento del ambiente ecológico y social, la eliminación de los riesgos identificables y la protección de los grupos de alto riesgo" (Barruecos, Castro, Díaz-Leal, Medina-Mora, Reyes, 1994; p.134).

Caplan (1964; citado en Cruz,1994;p.53) señala que "la prevención involucra las reducciones de la incidencia de un problema, que en este caso sería el consumo excesivo de alcohol, (prevención primaria), la duración de un problema relacionado con el individuo (prevención secundaria), y el impedimento como resultado de un problema (prevención terciaria)".

En un sentido más amplio, la prevención del alcoholismo, es "la meta social en que se incluye desde el tratamiento y la rehabilitación de los dependientes, la creación de medidas legales más justas y más apegadas a la población real de la farmacodependencia en un contexto social determinado, hasta la formulación de posibles

alternativas de la salud, promoción social que evite el comportamiento del consumo de fármacos, y la influencia de factores de diversa índole que lo determinan" (Camarena,2001;p.15).

2.2. OBJETIVO DE LA PREVENCIÓN

El objetivo de la prevención "es evitar o disminuir la incidencia o gravedad de los problemas relacionados con la utilización de las drogas que producen dependencia. Este objetivo requiere las siguientes estrategias:

- Ψ Identificar y disminuir los factores y condiciones de riesgo.
- Ψ Fomentar una cultura que promueva y conserve la salud, reforzando factores que protejan al individuo, la familia y la sociedad de los problemas causados por el abuso de sustancias (como el alcohol).
- Ψ Promover la concientización y participación de la sociedad con respecto a los riesgos frente al uso de drogas" (Barruecos, Castro, Díaz-Leal, Medina-Mora, Reyes, 1994; p.154).

Sin embargo, Nató y Rodríguez (2001; p.84) proponen que la prevención tiene cinco objetivos:

- 1) "Educar a las personas para que sean capaces de mantener relaciones responsables con la droga.
- 2) Retrasar la edad de inicio del consumo.
- 3) Modificar condiciones del entorno social y cultural que favorece el aprendizaje con relación al uso de drogas.
- 4) Intervenir en las causas que producen el consumo, intentar modificarlas y ayudar a la persona a superarlas.
- 5) Ofrecer alternativas de vida saludable, opciones para el tiempo libre, etc."

2.3. HISTORIA DE LA PREVENCIÓN DEL ALCOHOLISMO.

Durante la 28ª. Asamblea de la Salud Mental en 1975, la Organización Mundial de la Salud (OMS), puso de manifiesto la extensión y gravedad de los problemas individuales, sociales y de salud pública asociados con el uso del alcohol, y al hecho de que su consumo mostrara una tendencia a incrementarse.

De esta forma, en 1976 se inició un proyecto de la OMS, sobre la prevención de los problemas relacionados con el consumo de alcohol.

Posteriormente, en un segundo proyecto también de la OMS, se investigaron "las respuestas de la comunidad a los problemas relacionados con el alcohol", donde participaron México, Escocia y Zambia. En este estudio se analizaron desde dos puntos de vista los problemas ocasionados por la bebida:

- Ψ Problemas de salud: Se tomó en cuenta las consecuencias negativas a la salud pública o el bienestar psicológico del individuo.
- Ψ Sus consecuencias sociales: Tomaron en cuenta las evidencias de conflictos del sujeto con el medio social.

Como resultado, se puso de manifiesto que los problemas relacionados con el alcohol afectan no solo al individuo, sino también a su familia y a la sociedad; por lo que, visto desde el modelo de la salud pública, se considera que se trata de una intervención compleja entre agente (alcohol), el huésped (el bebedor) y el ambiente (tanto físico, mental y sociocultural) (López, 1997).

Partiendo desde esta perspectiva, se han realizado diferentes medidas orientadas a actuar en cada uno de los elementos:

- Ψ Al agente se le ha tratado de controlar para limitar su disponibilidad (horas y días de venta) y prohibición para ciertos sectores de la población (tal es el caso de los menores de edad). También se han tratado de producir bebidas con menores cantidades de alcohol, favoreciendo su venta con precios más bajos y aumentando el de los demás.
 - Ψ En el huésped se ha considerado que el alcoholismo es una consecuencia grave del abuso de alcohol y que las personas vulnerables, como los hijos de alcohólicos, deben ser informados y tratados cuando se vean afectados. Por ello, se han utilizado medidas de educación, las cuales están orientadas a moldear las formas de beber para hacerlas menos riesgosas. También se han utilizado medidas coercitivas como regulación y consecuencias legales del uso inadecuado (o abuso) de alcohol.
 - Ψ En el medio ambiente se ha tratado de controlar la publicidad para controlar la percepción social sobre el consumo en ocasiones de riesgo, como es el caso del no consumo entre los menores de edad o las embarazadas. (Barruecos, Castro, Díaz-Leal, Medina-Mora, Reyes, 1994).
-
-

Después de utilizar esta perspectiva, se consideró que el control del alcohol no solo debería incluir cualquier acción gubernamental que incidiera en el mercado de las bebidas, sino también acciones dirigidas hacia la demanda mediante programas educativos que redujeran la prevalencia de los patrones de consumo asociados a los problemas que causa (accidentes, pérdida de empleo, enfermedades, etc.), por lo que se señaló al medio ambiente como el lugar en donde se le puede proveer al consumidor de contextos más seguros (Tapia,2001). Por tal motivo, se optó por una perspectiva etiológica, la cual pretende predecir el riesgo enfatizando en los factores que afectan la probabilidad de que ocurra el consumo. Para ello, es necesario identificar los factores de riesgo y los factores de protección (Barruecos, Castro, Díaz-Leal, Medina-Mora, Reyes, 1994).

Los *factores de riesgo* son "los factores interpersonales, sociales, ambientales o individuales que están presentes en los ambientes claves en el que se desarrolla el individuo (familia, escuela, comunidad, trabajo, etc.) y que aumentan la probabilidad de que un individuo inicie un proceso adictivo" (Quiroga y cols., 1990-2002; p.32). Ejemplo de ellos son: "Leyes y normas tolerantes hacia las conductas problemáticas, la disponibilidad, la desorganización comunal, factores psicológicos (bioquímicos y genéticos), la conducta familiar hacia la droga, las prácticas y conflictos familiares que llevan a la baja autoestima, la falla en los valores, grupos de pares, migración, problemas escolares" (Barruecos, Castro, Díaz-Leal, Medina-Mora, Reyes, 1994; págs.135,137 y 142), "la accesibilidad y disponibilidad, actitudes y creencias en relación con ésta sustancia" (Tapia, 2001;p.127), "ambientes caóticos en el hogar, especialmente en donde los padres abusan de sustancias o sufren de enfermedades mentales, crianza ineficaz (en especial con niños de temperamento difícil o trastornos de conducta), falta de apego y cariño mutuo, conducta tímida o agresiva, fracaso en la escuela, insuficientes conocimientos prácticos para hacerle frente a la sociedad, asociación con compañeros pervertidos o con compañeros que muestran conductas pervertidas, participación de que en el marco de la familia, el trabajo, la escuela, los compañeros y la comunidad aprueba la conducta relacionada el uso de drogas" (NIDA,1991).

Como contraparte a esos factores se encuentran los *de protección*, los cuales son "todos aquellos factores interpersonales, sociales, ambientales e individuales que están presentes en el ambiente en que se desarrolla el individuo y que eliminan, disminuyen o

neutralizan el riesgo de que se inicie un proceso adictivo" (Quiroga y cols., 1990-2002;p. 33). Ejemplo de ellos son "el cambio de normas sociales, estrategias de resistencia e influencia social, ambiente familiar" (Barruecos, Castro, Díaz-Leal, Medina-Mora, Reyes, 1994; págs.135 y 136), "lazos fuertes y positivos dentro de una familia prosocial, vigilancia por parte de los padres, claras reglas de conducta que se aplican constantemente dentro de la familia, participación de los padres en la vida de sus hijos, éxito en la escuela, lazos fuertes con instituciones prosociales (como organizaciones escolares y religiosas) y adopción de las normas convencionales sobre el abuso de drogas" (NIDA,1991).

2.4. MODELOS DE PREVENCIÓN.

Históricamente se han generado distintos modelos refiriéndose a diferentes dimensiones del problema; cada uno de ellos se centra, exclusivamente, en algún subconjunto o aspecto del fenómeno. Los modelos más importantes son:

Ψ Modelo ético-jurídico:

Enfatiza a la droga como el agente activo que afecta al individuo, al cual hay que alejarlo de la droga para protegerlo de ella.

Divide a las drogas en lícitas (tabaco y alcohol) e ilícitas (cocaína, marihuana, inhalables, anfetaminas, etc.) y solo las últimas son controladas en cuanto a su uso.

Este modelo plantea a la farmacodependencia como un problema legal.

Sus estrategias preventivas se enfocan hacia la oferta de la droga a través del castigo por la fabricación de alcohol de manera ilícita, su adulteración y distribución; la divulgación de los perjuicios físicos, psicológicos y sociales que acarrea el consumo de la droga.

Parte de el supuesto de que el castigo y la amenaza del mismo impide la adopción de la conducta a castigar. Pero se ha encontrado que el castigo solo resulta efectivo como elemento disuasivo si se aplica de manera regular y amplia. Además de que la información basada en este modelo provoca un sentimiento de rebeldía o de oposición a las medidas represivas en los usuarios reales o potenciales (Camarena,2001).

Ψ Modelo médico - sanitario:

Ve a la droga como agente infeccioso al cual hay que controlar.

No diferencia a las drogas entre lícitas e ilícitas, sino de acuerdo con el grado en que la droga resulta nociva y a la posibilidad de obtenerlo, por lo que abarca entre las drogas a controlar al alcohol.

Considera el riesgo de que un consumo ocasional puede aumentar su frecuencia, llegando a producir una dependencia (Maciá, 1996).

Se centra en informar al público sobre el riesgo que es para su salud el uso de la droga, para así "vacunarlos".

Se trata a la farmacodependencia como un problema médico, por lo que debe prevenirse como problema de salud pública.

La información derivada de esta estrategia parte del supuesto de que la mayoría de los seres humanos desean conservar su salud y de que la información también suele resultar contraproducente en la medida en que se presenta en forma indiscriminada para todo tipo de público, provocando la curiosidad de muchos usuarios potenciales (Camarena, 2001).

Ψ Modelo psicosocial:

Centra su atención en el individuo ya que considera que el consumo de la droga es un comportamiento humano; por lo tanto, al prevenir dicha conducta debe atenderse a los factores psicológicos y ambientales que actúan sobre ella. Por ello, este modelo pone a las necesidades psicológicas y sociales de la persona como prioridad y deja a un lado a las drogas, que por sí mismas no justifican la aparición del problema (Nató y Rodríguez, 2001).

Considera la drogadicción como un problema de comportamiento humano en un contexto social y cultural complejo y variado. Por ello, las actividades preventivas intentan poner al descubierto factores causales subyacentes de tipo personal y descubrir factores sociales (como la carencia de cohesión familiar, falta de comunicación, presión de grupo, crisis de identidad en la adolescencia, etc.) que se relacionen con el consumo (Maciá, 1996).

Las estrategias de prevención son similares a las aplicadas al comportamiento desviado o destructivo, cuya premisa es que "el consumo o la falta de consumo de la

droga forma conductas complejas y que la farmacodependencia es la manifestación de ciertas necesidades del individuo" (Barrera, 1973; citado en Camarena, 2001;p.21).

Esta medida utiliza la información relacionándola con las actitudes y valores del grupo al que se dirige, pero es una medida secundaria en relación con la atención de las necesidades individuales y sociales que son satisfechas por el consumo de la droga (Camarena, 2001).

Ψ Modelo sociocultural:

Centra su atención en el ambiente. El consumo de la droga es visto en función de lo que representa para la sociedad, por lo que estará en base a cómo define esa cultura el uso de la droga y al usuario. Ve a la farmacodependencia como una conducta desviada que provoca daños al individuo (por el comportamiento y la reacción de la sociedad)"

Este modelo propone que las causas de la farmacodependencia son condiciones sociales que presionan (tal es el caso de: la pobreza, el hacinamiento, la desnutrición, la migración, la urbanización, la industrialización, el desempleo, etc.).

Sus estrategias consideran como meta la adaptación de la sociedad al individuo y a sus necesidades, por lo que las estrategias van encaminadas a modificar las instituciones, principalmente las educativas, para elevar los niveles de vida, hacer del trabajo algo más motivante, disminuir la aceptabilidad de la droga y a transformar la vida para hacerla más satisfactoria para no tener que recurrir a las drogas (Camarena, 2001;p22).

ψ Modelo geopolítico – estructural:

Fue propuesto en 1985 por la Comisión Internacional contra el Uso Ilícito de Drogas (CONACUID) con la finalidad de atender las características específicas de Latinoamérica y ante las limitaciones de los otros modelos.

Concibe el consumo de drogas como un fenómeno global consustancial a las circunstancias que crea y mantiene el subdesarrollo y propician la dependencia.

Propone superar los enfoques clásicos, ineficaces en Latinoamérica; educar y mejorar las condiciones de vida de los narcotraficantes que, más que delincuentes,

son víctimas del analfabetismo y la pobreza; y modificar los factores sociopolíticos, económicos y culturales que originan perpetúan el consumo (Nató y Rodríguez,2001)

2.5. NIVELES DE PREVENCIÓN.

Las acciones preventivas pueden diferenciarse si se considera el grado de evolución que ha alcanzado la farmacodependencia (en este caso el abuso de alcohol). Se puede hablar de tres niveles:

Ψ *Prevención primaria*: "Se aplica en la génesis, abarca acciones de promoción, fomento, educación y protección de la salud" (Barruecos, Castro, Díaz-Leal, Medina-Mora, Reyes, 1994; p.134). Con la finalidad de reducir la tasa de incidencia del problema (Amenátegui, 1997).

De acuerdo con Camarena (2001) hay dos medidas de cómo actuar:

1. Medidas indirectas: Son los esfuerzos de contar con condiciones políticas y económicas de la sociedad, para transformar la calidad de vida, los valores y las normas del individuo.

Estas se subdividen en dos: Las *específicas*, que comprende a la información y educación que se otorga a los no usuarios, usuarios sociales y ocasionales con el fin de eliminar o disminuir el riesgo de consumo de alcohol y evitar nuevos casos, aplicación de reglamentos, acciones de investigación biomédica y social; y las *no específicas*, las cuales pretenden ofrecer alternativas al consumo de drogas con temas que plantean como condiciones preventivas básicas a la familia, la adolescencia, los grupos de pares, etc.

Ψ *Prevención secundaria*: Se implementa después de que se ha identificado claros marcos de riesgo en la población (Amenátegui, 1997). Consiste en la identificación o diagnóstico temprano de la población de alto riesgo (Vargas, 1983), la cual no ha desarrollado aún dependencia, para así, disminuir el número de casos que presentan consecuencias graves (Amenátegui,1997). Conlleva la elección de la población de riesgo y la forma de tratarla; para lo cual se han identificado como factores importantes "la migración social, la carencia de habilidades específicas como las

necesarias para interactuar socialmente, las de automanejo y las habilidades para resolver problemas" (Vargas, 1983; p.16).

Se centra en el tratamiento oportuno, diagnóstico preciso y específico, y la limitación de las incapacidades, identificando a los usuarios para tratar de minorizar, o eliminar, el riesgo (Barruecos, Castro, Díaz-Leal, Medina-Mora, Reyes, 1994).

Ψ *Prevención terciaria*: Se aplica en una fase más avanzada, cuando ya hay complicaciones y consecuencias (Camarena, 2001). Se centra en la rehabilitación para evitar la invalidez, disminuyendo el nivel general de deterioro y tratar que se inserte nuevamente a la sociedad (Barruecos, Castro, Díaz-Leal, Medina-Mora, Reyes, 1994).

2.6. DIVISION DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE ABUSO DE SUSTANCIAS.

Bukoski (1991; citado en Barruecos, Castro, Díaz-Leal, Medina-Mora, Reyes, 1994) dividió a los programas de prevención del abuso de drogas en cuatro grupos:

1. Programas de información: Buscan describir las consecuencias físicas y psicológicas del consumo; incluyen programas de comunicación masiva, de educación para la salud, panfletos y otros materiales de difusión.
 2. Programas de difusión diseñados para remediar deficiencias de habilidades sociales y psicológicas: Tratan de mejorar la comunicación interpersonal, promueven la autocomprensión, aceptación y dominio de diferentes estrategias para contrarrestar la influencia del medio ambiente para que se experimente el consumo de sustancias y/o su continuación de su uso.
 3. Programas alternativos: Proporciona a los individuos en riesgo oportunidades para desarrollarse en actividades opuestas al consumo (como actividades deportivas, al aire libre, culturales y de apoyo comunitario).
 4. Programas de intervención: Se dirigen principalmente a la población en riesgo, con el objetivo de lograr evitar el avance del problema, buscando el tratamiento temprano y brindar atención a los adictos. Abarca desde la intervención en crisis, consejería por parte del grupo de pares, la intervención comunitaria, hasta la terapia individual o familiar.
-
-

2.7. PROGRAMAS PREVENTIVOS APLICADOS EN ADICCIONES

Se han realizado programas basados en la inducción al miedo, los cuales cayeron en descrédito por parte de los jóvenes que no habían experimentado los "desastres" que ocasionaba el consumo, principalmente por que la mayoría eran consumidores experimentales.

También se han llevado a cabo programas que pretenden proporcionar información objetiva, los cuales han tenido como resultado producir, o aumentar, la curiosidad de los posibles usuarios, por lo que ésta estrategia se ha tenido que modificar, de tal manera que la información que se proporciona se adecue a las necesidades de información de la población.

Otros programas que se han realizado enfatizan el aclarar los valores, reforzar la autoestima, desarrollar o reforzar las respuestas instrumentales que permitan a los sujetos resistir la presión del grupo, sin olvidar la organización comunitaria (Barruecos, Castro, Díaz-Leal, Medina-Mora, Reyes, 1994).

2.8. FACTORES QUE INFLUYEN PARA QUE LA GENTE DEJE CONDUCTAS DE RIESGO.

Aún desarrollando tan variadas estrategias para hacer frente al problema del abuso del alcohol, existen aún personas que adoptan conductas de riesgo (como el beber alcohol en exceso cuando se va a manejar) en lugar de las de prevención, pero ¿por qué actúan de dicha manera?. Bayés (1991) sugiere que en las situaciones en las que un sujeto debe elegir entre realizar un comportamiento de riesgo o uno preventivo, la decisión es el resultado de un proceso en donde la demora tiene un papel principal (Jeffery, 1989; McReynolds, Green y Fisher, 1983; Richlin, Logue, Giboon et al.; 1986; Sweitzer y Sulzer-Azaroff, 1988; citados en Bayés, 1991), por lo que lo más probable es que elija la estimulación placentera, efímera, pero inmediata, proporcionado generalmente por la conducta de riesgo (a pesar de las consecuencias que a largo plazo puedan derivarse).

"Las personas que eligen el comportamiento preventivo lo hacen ya que logran posponer sus satisfacciones o son capaces de encontrar alternativas incompatibles con los comportamientos de riesgo" (Bayés, 1991; págs. 103 y 104).

Otro factor que influye en la elección es la interacción social. Es probable que la forma de comportarse cambien si "personas importantes", para el sujeto, (como colegas, líderes,

personas admiradas y/o respetadas) manifiestan que practican comportamientos de prevención o proporcionan aprobación a la práctica de los mismos (Bayés, 1991).

Bajo esta perspectiva, la presente investigación propone como alternativa preventiva fortalecer a los grupos de riesgo para evitar, posponer o minorizar el riesgo por medio de habilitarlos con herramientas que les permitan evitar el abuso, o hacerlo de manera moderada, como puede ser por medio de las habilidades sociales, y en especial la asertividad.

CAPITULO III. ASERTIVIDAD.

Debido a que algunos de los motivos por los que las personas consumen alcohol están relacionados con la imposibilidad de poder expresar negativas, expresar sentimientos (tanto positivos como negativos) y la dificultad de socializar se considera importante poder evaluar la habilidad de asertividad para saber hasta que punto los adolescentes que se encuentran deficientes en dicha habilidad están en riesgo de iniciarse en el consumo de alcohol.

3.1. DEFINICION

La asertividad surge en el contexto de la psicología clínica a fines de los 40's y principios de los 50's, pero es hasta la década de los 60's que hay un interés sobre el concepto. Algunas de las definiciones desarrolladas desde entonces y hasta la actualidad son:

Desde el punto de vista etimológico, aserción proviene del latín assertio-tionis, que significa la acción y efecto de afirmar una cosa, por lo que es la posición en que se afirma o se da por cierto alguna cosa (Diccionario Enciclopédico Ilustrado Sopena, 1980; Enciclopedia Universal Ilustrada, 1973; Gran Enciclopedia Larousse, 1973; Diccionario Enciclopédico grijalbo, 1986; Diccionario de la Lengua Española, 1956; citados en Flores, 1994; p.6).

Uno de los primeros en utilizar el término fue Wolpe en 1958 (citado en Flores, 1989; p.3) al definir la asertividad como "la expresión adecuada dirigida hacia otra persona, de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad".

Por su parte Lazarus (1973; citado en Flores, 1989; p.4) definió a la conducta asertiva en términos de cuatro patrones de respuestas: "la habilidad de decir "no", habilidad para pedir favores y hacer demandas, para expresar sentimientos positivos y negativos, y para iniciar, continuar y mantener conversaciones generales".

Posteriormente Alberti y Emmons (1974; citados en Flores, 1994; p. 6) dijeron que "la asertividad es la conducta que permite a una persona actuar para implantar su propio

interés, defenderse a sí mismo sin ansiedad y expresar sus derechos sin destruir los derechos de otros".

En ese mismo año Rimm y Master (citados en Concha y Rodríguez, 2001; p.17) mencionaron que era "la conducta interpersonal que implica la expresión honesta y relativamente recta de los sentimientos".

Gambrill y Richey en 1975 (citados en Guerra, 1996; p. 27) propusieron que " las conductas típicamente asertivas se componen de un elemento emocional (ausencia de incomodidad subjetiva) y de la manifestación conductual propiamente dicha".

Por su parte, Rich y Schroeder (1976; citados en Flores, 1994; p. 6) mencionaron que "la asertividad es la habilidad para buscar, mantener o aumentar el reforzamiento en una situación interpersonal, a través de la expresión de sentimientos o deseos".

Gambrill (1977; citado en Guerra, 1996; p.27) señaló que la conducta asertiva es "la habilidad tanto para emitir conductas que son reforzadas positivas o negativas y para emitir conductas que son castigadas o extinguidas por otros".

Jakubowski y Lange (1978; citados en Flores, 1989; págs. 3 y 4) postularon que "la asertividad es la expresión de nuestras propias opiniones, creencias, sentimientos y deseos, de manera directa, honesta y apropiada". Plantearon cuatro tipos de conducta asertiva:

1. Asertividad básica: Es la simple expresión de asentar derechos, creencias y sentimientos personales, expresión de afecto o aprecio hacia otra persona. No implica otras destrezas o habilidades como empatía, confrontación o persuasión.
 2. Asertividad empática: Cuando la persona quiere más que una expresión de sentimientos o necesidades y transmite sensibilidad a otra persona. Implica la transmisión de reconocimiento de la situación o de los sentimientos de la persona.
 3. Asertividad escalar: Implica comenzar con una mínima respuesta asertiva que puede ir acompañada de emoción negativa y una posibilidad de consecuencias negativas.
 4. Asertividad confrontativa: Consiste en describir objetivamente a la persona lo que dijo y lo que hizo, para confrontarlo a los hechos. Implica juzgar a la persona.
-
-

Posteriormente Bartolomé Corrobbles y Costa del Ser (1979; citados por Flores, 1989; p.4) mencionaron que "la conducta asertiva es aquella conducta de aquellos individuos capaces de expresar directa o adecuadamente sus opiniones y sentimientos (tanto positivos como negativos) en situaciones sociales e interpersonales".

Blanco (1983; citado en Concha y Rodríguez, 2001; p.20) proporcionó una definición social del término, señaló que "la conducta asertiva es la manifestación de habilidades sociointeractivas tales como: la capacidad de decir "no" a peticiones ilógicas o fuera de lugar, expresar sentimientos positivos y negativos, mantener o finalizar una conversación, mostrarse tal como uno es; salvaguardar los derechos propios y manifestar opiniones, creencias personales, todo ello de acuerdo con los requerimientos de la situación".

En 1988 Aguilar (citado en Flores, 1989; p. 5) mencionó que "ser asertivo implica actuar bajo la plena convicción de que se tiene derecho de ser uno mismo y de expresar los propios pensamientos y sentimientos en tanto se respeten los derechos y la dignidad de los demás. Se refiere, en otros términos, a la exteriorización de cómo se siente uno verdaderamente, de modo tal que se produzca el más positivo de los resultados posible".

Por su parte, Caballo (1991 citado en Concha y Rodríguez, 2001; p.21) propuso 12 tipos de conductas que son generalmente aceptadas como habilidades asertivas: iniciar y mantener conversaciones; hablar en público; expresión de amor, agrado y afecto; defensa de los propios derechos; pedir favores; rechazar peticiones; hacer y aceptar cumplidos; expresión de opiniones personales, incluido el desacuerdo; expresión justificada de molestia, desagrado o enfado; disculparse o admitir ignorancia; peticiones de cambios en la persona de otro; afrontamiento de la crítica".

Jeffrey (1992, p.175) definió a la asertividad como "la capacidad de un individuo para transmitir a otra persona sus posturas, opiniones, creencias o sentimientos de manera eficaz y sin sentirse incómodo".

En México, Flores (1994; citada en Guerra, 1996; p. 25) la definió como "la habilidad verbal para expresar deseos, creencias, necesidades, opiniones tanto positivas como negativas, así como también el establecimiento de límites de manera directa, honesta y

oportuna respetándose a sí mismo como individuo y además durante la interacción social. Entendiéndose ésta última como: a) relaciones o situaciones de la vida cotidiana en donde existe una interacción con desconocidos, b) relaciones afectivas en donde existe una interacción con personas involucradas sentimentalmente; es decir, familia, amigos y pareja, y c) relaciones educativo-laborales en donde la interacción se da con autoridades y compañeros en un contexto sociocultural determinado".

Además, Castanyer (1996; citado en Concha y Rodríguez, 2001; p.18) mencionó que la es "la capacidad de autoafirmar los propios derechos, sin dejarse manipular y sin manipular a los demás".

3.1.1. ESTUDIO DE LA ASERTIVIDAD.

El concepto de asertividad, en el contexto clínico, surge en E.U. a fines de la década de los 40's y principio de los 50's.

Su desarrollo se remonta a los escritos de Salter (1949; citado en Flores, 1994) en su libro "Conditioned Relax Therapy", en donde describe las primeras formas del entrenamiento asertivo. Apoyado esencialmente en los conceptos pavlovianos de excitación (el cual considera como la expresión de una emoción o excitación afectiva) y de inhibición (Ladoucer, Bouchard y Granger, 1983).

En 1958 Wolpe (citado por Guerra, 1996) utiliza por primera vez el término "conducta asertiva", retomando las ideas de Salter, que no había tenido mucha aceptación y difusión. Por ello, es señalado por el responsable del desarrollo del concepto de asertividad más utilizado (Flores, 1994).

Es hasta los 60's que diferentes autores se interesaron en el concepto y en el entrenamiento asertivo como técnica (Flores, 1994).

El *enfoque humanista* consideraba a la asertividad como "una técnica para el desarrollo de la realización del ser humano" (Flores, 1994; p.5).

El *enfoque conductista*, desde la perspectiva del aprendizaje social de Bandura (1976; citado por Flores, 1994; p.5), planteaba que "la conducta asertiva o no asertiva se aprende a través de la observación de los modelos significativos que la presentan".

Es en los 70's que surge una nueva perspectiva de la asertividad, la cual es propuesta por los *cognoscitivistas*, representados por Lange y Jackubowski (1976; citados en Flores, 1994; p.5), los cuales "sostenían la necesidad de la incorporación de 4 procedimientos básicos en el adiestramiento asertivo (ayudar a identificar y aceptar sus propios derechos, y los derechos de los demás; reducir obstáculos cognoscitivos y afectivos para actuar de manera asertiva y reducir las ideas irracionales, ansiedades, culpas y desarrollar destrezas asertivas a través de la práctica activa de dichos métodos) y señalaron la diferencia entre asertividad y agresividad".

Otros autores que han colaborado en el desarrollo del término han sido J.M. Moreno (padre del psicodrama) y G. Kelly y su terapia de reloj fijo.

Moreno proporcionó el ensayo de la conducta, procedimiento básico del entrenamiento asertivo. Por su parte, la terapia de reloj fijo aporta el hecho de asumir como propios las características de un personaje que está libre de los problemas que aquejan al paciente (Guerra, 1996).

3.2. TIPOS DE CONDUCTAS INTERPERSONALES

Aunque la asertividad es una habilidad que nos permite interactuar con los demás de forma más sana, existen otras formas (no sanas) de hacerlo.

La conducta interpersonal suele clasificarse en Conducta no asertiva, agresiva y asertiva.

- a) CONDUCTA NO ASERTIVA: "Consiste en no comunicarse o hacerlo de una manera débil, hablando con los demás con suavidad o "timidez", ocultando lo que se piensa en contenido o intensidad, siendo comúnmente indirecto en el mensaje, rodeando el tema o disculpándose cuando la situación requiere que se hable con más claridad respecto a lo que se desea o necesita" (Aguilar, 1987; p.14). Su objetivo es el de apaciguar a los demás para evitar conflictos a toda costa. Muestra una falta de respeto hacia las propias necesidades. La probabilidad de satisfacer las necesidades es sustancialmente reducida debido a la comunicación indirecta o incompleta (El Psicólogo en la red).

Aguilar (1987) considera como causas principales de la conducta no asertiva las siguientes:

-
-
1. Falta de control emocional, predominio del temor y la ansiedad: El temor y ansiedad son algunas de las causas más comunes para inhibir la conducta, principalmente provocado por la necesidad de ser aprobado por todas las personas (sobre todo de las más significativas). Otro temor es el relacionado con el de evitar a toda costa algún conflicto, temiendo choques que se tornen agresivos, que impliquen gritos o tal vez violencia, por lo que no se actúa.
 2. Mensajes sociales de no ser egoísta: Con frecuencia se da el caso de que la persona se siente utilizada por pensar poco en sus necesidades y tratar de satisfacer las ajenas, sintiéndose atrapada y culpable al no ser valorados sus esfuerzos reales y evidentes que hace por los demás.
 3. No valer lo suficiente: Un error de aprendizaje que afecta el valor de las personas son los atributos o cualidades que se poseen; estas escalas arbitrarias restan seguridad y hacen sentirse "menos" a las personas, provocando que la expresión o comunicación se inhiba.
 4. Falta de habilidad: En ocasiones se actúa no asertivamente por que no se practican las habilidades. La falta de exposición a situaciones novedosas, o poco comunes, provoca tensión lo cual bloquea a la persona.
 5. Ignorar los derechos de las personas: La mayoría de la gente desconoce lo referente a los derechos humanos. Ignoran que tienen derecho a ser personas fiables, con límites, sentimientos y necesidades y que merecen ser tratadas con respeto y dignidad. En la conducta no asertiva con frecuencia la persona, al no aceptar o no identificar sus derechos, se convierte en el más severo crítico de sí mismo.
- b) **CONDUCTA AGRESIVA:** "Es la forma de expresar los sentimientos, creencias u opiniones que pretenden hacer valer lo propio, atacando o no considerando la autoestima, dignidad, sensibilidad o respeto de los demás" (Aguilar, 1987; p.48). Su objetivo es la dominación de los demás, logrando la victoria por medio de la humillación y la degradación. Su meta es conseguir los objetivos a cualquier precio, incluso si eso supone transgredir las normas éticas y sobrepasar los derechos de los demás. Muestra falta de respeto por los demás (El Psicólogo en la red).
- Las causas principales de la conducta agresiva, de acuerdo con Aguilar (1987) son:
-
-

-
-
1. Falta de control emocional, predominio de la inseguridad e irritación: En muchos casos la conducta agresiva se debe a ideas negativas que quitan seguridad a la persona, provocando sentimientos de vulnerabilidad o amenaza ante la situación, lo cual desencadena el comportamiento de defensa o ataque ante los demás, formándose así un círculo vicioso. La acción agresiva se ve reforzada al eliminar el "peligro", garantizando la utilización de dicha conducta en futuras ocasiones.
 2. No reconocer los derechos de los demás o propios: La persona agresiva se caracteriza por defender lo propio, pero tiene poca sensibilidad a la situación o a los sentimientos de los demás. Niega los derechos de los demás y en ocasiones, al hacer esto, se pone poca atención o se prohíben los propios derechos juzgando cruelmente los propios errores y los de los otros.
 3. Previa conducta no asertiva: En ocasiones, por el hecho de no actuar asertivamente, se acumulan sentimientos negativos que explotan agresivamente después o se descargan con facilidad de manera destructiva bajo el efecto del alcohol u otra droga.
 4. Éxito previo al haber actuado agresivamente: Ante la conducta agresiva las personas pueden ajustarse más rápidamente a la conducta, dejando de actuar de alguna manera o comportarse de diferente forma ante la persona agresiva. Esto puede hacer sentirse bien a la persona atacante, ya que sus deseos se cumplen rápidamente, obteniendo ciertas sensaciones de poder, control o seguridad.
 5. Errores en la forma de expresarse: Generalmente la falta de habilidades para expresar mensajes es una causa principal de la conducta agresiva, se confunde la sinceridad y el ser directo con el tener libertad de decir todo lo que uno piensa en forma cruda, inapropiada o inoportuna.
 6. Intolerancia a la frustración: Se a creído que la agresividad sigue a la frustración. La frustración muchas veces es causada por las expectativas rígidas y falsas de cómo los demás o la realidad "debe" funcionar.
- c) **CONDUCTA ASERTIVA:** Plantea como innecesaria la posición extremista de la conducta no asertiva y la agresiva, promoviendo la dignidad y el autorespeto en un plano de igualdad con los demás (Aguilar, 1987).
- Debido a que algunos autores emplean como equivalentes el término de asertividad y Habilidades sociales, se considera importante mencionar la diferencia
-
-

que existe entre ambos términos. De esta forma, Flores (1994) considera que la asertividad es un tipo de habilidad social, la cual implica la expresión de derechos en un contexto de desacuerdo o riña entre dos personas; mientras que las habilidades sociales se ponen en juego en otras situaciones (solucionar problemas, autovalorarse, formas de afrontar problemas, realizar citas, etc.)

Así, una persona puede ser hábil socialmente y no ser necesariamente asertiva.

3.3. COMPONENTES DE LA ASERTIVIDAD.

Como se mencionó anteriormente, existen diferentes formas de interactuar con los demás, cada una con componentes diferentes.

Debido a que la conducta que interesa a la presente investigación es la asertiva, que suele ser la menos utilizada por las personas, a continuación se describen dichos componentes.

Para que una conducta se pueda evaluar como asertiva debe de incluir los siguientes componentes:

a) Aspectos verbales:

El presentar una conducta asertiva implica el respetarse a sí mismo y a los demás, ser directo, honesto, apropiado, positivo, tener control emocional, saber decir los mensajes y saber escucharlos, así como el poder establecer límites. El discurso debe incluir una frase que indique el reconocimiento del punto de vista del otro, pero a la vez la disconformidad o desacuerdo con su postura, la petición de un cambio en la conducta específica y la propuesta de una solución aceptable del conflicto.

La conducta verbal dependerá de la situación; así, por ejemplo, se utilizará el "Yo" para expresar sentimientos negativos y positivos, los verbos se utilizan para expresar sentimientos, deseos necesidades o creencias. En los discursos no se utilizan interrogantes, oraciones indirectas y son concisos y cortos (Flores, 1994).

b) Aspectos no verbales:

Una conducta asertiva deberá de presentar un tono de voz apropiado para la situación, contacto visual firme, gestos corporales activos y dinámicos (movimientos de brazos y manos mientras se habla pero de manera que no denote ansiedad); habla fluida, sin tropiezos, expresiva y clara, con énfasis en las palabras (Barretos, 1985).

Eisler, Miller y Hersen (1953; citados en Ortiz, 1998) señalaron como componentes no verbales de la asertividad la duración del discurso, el tono de voz y al afecto puesto en la plática.

Larios (1982) menciona como componentes, además de los ya citados, al espacio corporal y la elección del momento oportuno para comportarse asertivamente.

Estos componentes deben de ser congruentes con los verbales para transmitir el mensaje adecuado, ya que una conducta asertiva puede volverse no asertiva o agresiva dependiendo de la conducta no verbal.

3.4. ADQUISICION DE LA CONDUCTA ASERTIVA

Aunque no se conoce exactamente cuándo se aprende a ser asertivo, existen diferentes teorías que intentan explicar de qué manera se adquiere la asertividad. Algunas de ellas son:

Ψ TEORIA CONDUCTUAL:

Considera que se aprende de la misma forma que otro tipo de conducta; es decir, a través del refuerzo y el castigo de "conductas socialmente aceptadas y/o inaceptados" (Morales y Oviedo, 2002), de tal manera que en la medida en que ciertas situaciones llevan a consecuencias positivas para el sujeto (es decir, que tengan un valor subjetivo reforzante) estas se incluirán en su repertorio interpersonal ya que existe un precedente de que son un medio para obtener beneficios (Jeffrey, 1992).

Cabello (1993; citado en Morales y Oviedo, 2002) considera que es una habilidad que no es innata y que es probable que su desarrollo dependa de la maduración y las experiencias de aprendizaje.

Por su parte, Castanyer (1996; citado en Morales y Oviedo, 2002) mencionó que la capacidad de ser asertivo dependerá de lo ocurrido después de la conducta (la aparición de un refuerzo o un castigo), de los antecedentes de la misma y de los modelos que se tengan para imitar.

Ψ TEORIA DEL APRENDIZAJE SOCIAL:

Esta teoría propone que la asertividad se aprende a través de las experiencias interpersonales directas o vicarias, las cuales se manifiestan por las consecuencias sociales del comportamiento (especialmente del refuerzo social).

El comportamiento de los demás ante la conducta es una retroalimentación sobre la propia conducta. Estas experiencias, modelado e instrucciones, van generando las expectativas de autoeficacia en el ámbito interpersonal (Hidalgo y Abarca, 1991; citados en Morales y Oviedo, 2002).

Monjas (1995) propuso que la asertividad se aprende a través de:

- a) Aprendizaje por experiencia directa: Cuando la conducta interpersonal está en función de las consecuencias aplicadas por el entorno después de cada comportamiento social (Morales y Oviedo, 2002).
- b) Aprendizaje por observación: Consiste en aprender las conductas de relación como resultado de la exposición ante modelos significativos, dentro de los cuales se encuentran: la familia (padres y hermanos) puesto que moldea el comportamiento social a través de las diversas prácticas de disciplina (Aarón y Miliac, 1992; citados en Morales y Oviedo, 2002); la escuela, ya que permite ampliar el mundo social y las posibilidades de continuar el aprendizaje de la asertividad de la persona por medio de modelos (profesores y personas con las que se tiene contacto a diario dentro de ella); y el grupo de iguales, ya que la interacción con ellos afecta el desarrollo de la conducta social, proporcionando muchas oportunidades de aprender normas sociales y claves para diferenciar entre comportamientos adecuados e inadecuados en el ámbito social, además de que los amigos permiten a la persona autoconocerse, conocer sus habilidades y las limitaciones de las mismas (Aarón y Miliac, 1992; citados en Morales y Oviedo, 2002).
- c) Aprendizaje verbal o instruccional: El sujeto aprende a través de lo que se dice (lenguaje hablado, preguntas, instrucciones, incitaciones, explicaciones o sugerencias verbales) la habilidad; es decir, de forma no directa, lo cual se puede observar dentro de la familia (Morales y Oviedo, 2002).
- d) Aprendizaje por Feedback interpersonal: Es la exposición, por parte de los observadores, de cómo ha sido nuestro comportamiento, lo cual ayuda a la corrección del mismo sin necesidad de ensayos (Morales y Oviedo, 2002).

Ψ TEORIA COGNITIVA:

Sugiere que la conducta social está mediada por diversos factores cognitivos, tales como: expectativas, atribuciones, creencias, mecanismos de compensación de la información,

resolución de problemas, etc., que mediatizan los procesos de interacción social (Morales y Oviedo, 2002).

Esos factores se vuelven expectativas cognitivas sobre la probabilidad de afrontar una determinada situación con éxito. Estas expectativas se desarrollarán como resultado de la experiencias directas del sujeto ante la probabilidad del manejar con efectividad una interacción social; así, una persona desarrollará su expectativa de éxito positiva si la interacción fue específicamente significativa y por lo tanto tendrá mayor probabilidad de que la repita (Jeffrey, 1992).

De esta manera, el grado de funcionalidad dependerá de la frecuencia con la que la persona la ejercite, ya sea por la importancia que tenga o por el valor del objetivo a alcanzar por medio de una habilidad específica. También puede ir dependiendo de la persona con la que se tenga que aplicar determinada habilidad (un familiar, amigo, jefe, un extraño, etc.) e incluso pueden verse afectadas por el sexo y edad de la persona con la que se interactuará.

3.5. FACTORES QUE IMPIDEN LA ADQUISICION LA ASERTIVIDAD.

El fracaso de un individuo para mostrar conductas asertivas puede deberse a diversas razones, tales como:

- Que la persona no ha aprendido a ser asertivo o lo ha aprendido de forma inadecuada: Puede suceder que en la historia de aprendizaje de la persona existan castigos sistemáticos de la conducta asertiva, falta de refuerzo suficiente ante la conducta asertiva, que el refuerzo no fuera valorado por el sujeto, que sea más reforzada la conducta agresiva o no asertiva que la asertiva, o que no se logren discriminar adecuadamente las situaciones en donde debe emitirse una respuesta concreta.
 - La persona conoce la conducta apropiada, pero siente tanta ansiedad que la emita de forma parcial: Puede ser que una persona asertiva ha tenido experiencias altamente aversivas o desagradables cuando emite la conducta asertiva que han quedado unidas a situaciones concretas, por lo que las generaliza.
 - La persona no conoce o rechaza sus derechos: La educación tradicional nos enseña a respetar a los demás, pero en ocasiones se exagera esta norma al grado de pasar por alto nuestros derechos, lo cual nos hace no asertivos.
-
-

-
-
- La persona posee patrones irracionales de pensamientos que le impiden actuar de forma asertiva: Suele pasar que las personas se vean detenidas por sus "ideas irracionales" para no realizar una conducta asertiva (Castanyer, 1996; citado en Morales y Oviedo, 2002).

3.6. INFLUENCIA DEL GENERO, EDAD Y ESCOLARIDAD EN LA ASERTIVIDAD.

En lo que respecta a la influencia del género en la asertividad, se han encontrado tanto efectos a favor como en contra.

Dentro de los grupo que sugieren que no hay diferencias, se encuentran los Gambrill y Richey que en 1975, (citados en Egozcue, 1997) al desarrollar su inventario de asertividad, encontraron que no habían diferencias significativas entre los puntajes de hombres y mujeres.

Olozac y Goldman (1981; citados en Egozcue, 1997) al aplicar la Escala de asertividad de Rathus y la de Galassi de Autorrealización también encontrón que no habían diferencias significativas entre ambos sexos.

En México, Flores G. (1994; citada en Egozcue, 1997) al elaborar la Escala Multimodal de la asertividad, encontró que el género no tenía ningún efecto significativo en la asertividad.

De igual forma, Guerra (1996) al estandarizar el Inventario de asertividad de Gambrill y Richey (1975) a los habitantes de la Cd. de México, observó que en cuanto al género, no se encontraban diferencias significativas entre hombres y mujeres (Egozcue, 1997).

Más recientemente, Swanson (1999) estudiando la asertividad y agresividad como moderadores potenciales de intenciones verbales encontró que no habían diferencias entre hombres y mujeres, pero los hombres eran más agresivos.

En contraste con este grupo de investigaciones, se encuentran las que sugieren que alguno de los sexos es más asertivo que otro.

De esta forma, Block (1983; citado en Egozcue, 1997) encontró diferencias en la asertividad entre hombres y mujeres, siendo los primeros más asertivos, competitivos e independientes; mientras que las mujeres eran más dóciles, sumisas y menos asertivas.

Beck y Heimberg (1983; citados en Egozcue, 1997) encontraron que usualmente los hombres se describen a sí mismos como más asertivos que las mujeres.

En contraste, Brenner y Bertsch (1983; citados en Egozcue, 1997) encontraron que las mujeres son más asertivas que los hombres, al igual que Pal-Hegedus y Jensen (1983; citados en Egozcue, 1997) al utilizar la Escala de asertividad de Rathus.

Crawford (1988; citado por Flores, 1994) estudió el efecto del género y la edad en la percepción de la asertividad, encontrando que existen diferencias dependiendo del género y la edad de los sujetos y de la interacción del tipo de modelo utilizado.

Algunos autores han tratado de explicar dichas diferencia.

Por ejemplo, Broverman, Clarkson, Rosenkrantz y Vogel (1970; citados en Egozcue, 1997) proponen que los hombres son percibidos y evaluados con atributos tales como asertivos, dominantes y competentes; mientras que las mujeres eran vistas como sumisas, dependientes, incompetentes y excitables. Por lo que la conducta asertiva puede ser una característica deseable para los hombre, pero no para las mujeres.

Por su parte, Jakubowski y Spector (1973; citados en Egozcue, 1997) sugirieron que la falta de asertividad en las mujeres se presenta por el miedo de responder asertivamente, debido a que este tipo de conducta es considerada como inapropiada para ellas culturalmente.

Gaebelin (1977; citado en Egozcue, 1997) sugiere que las mujeres esperan consecuencias negativas de la asertividad y consecuencias positivas para la pasividad.

Hass (1979) y Spence, Helmreich y Stapp (1975; citados en Egozcue, 1997) indican que la asertividad se ha tratado más como una característica predominantemente masculina.

Deluty (1981; citados en Egozcue, 1997) encontró que la asertividad es más problemática para las mujeres que para los hombres, ya que se le asocia con la popularidad y autoconcepto en los hombres pero no es así en las mujeres, ya que ellas tienden a recibir menor reforzamiento por la conducta asertiva.

Además, MacDonald (1982; citado en Egozcue, 1997) sugirió que la asertividad es una característica del estereotipo sexual más deseable en los hombres que en las mujeres.

Otra variable estudiada fue la escolaridad. Hersen y Bellach en 1977, comentaron que mientras se tuviera una mayor escolaridad, se tendría una serie de habilidades asertivas para enfrentar situaciones sociales, disminuyendo así la ansiedad ante situaciones sociales (Wolpe, 1958; Lazarus, 1973; Dawley y Wenrich, 1976; citados en Flores, 1994).

Como se puede ver, no existen datos claros sobre si existe dicho efecto o no, por lo que se considera importante seguir investigando.

3.7. ESTUDIOS DE LA ASERTIVIDAD EN BEBEDORES.

Aunque la asertividad ha sido investigada y relacionada con otros problemas o trastornos, existen pocas investigaciones que busquen la posible relación entre el consumo de alcohol y la asertividad.

Dentro de las investigaciones realizadas *en adultos* se encuentra la realizada por Miller y Eisler (1977; citados en Ayala, 1993) quienes la estudiaron en pacientes psiquiátricos que eran bebedores problema y moderados, encontrando que ambos grupos tenían déficit similares de asertividad; aunque los bebedores problemas tendían a percibirse más asertivos.

Por su parte, Hamilton y Maisto (1979; citados en Ayala, 1993) repitieron esta investigación con población no psiquiátrica, confirmando los hallazgos.

Sturgis, Calhoun y Best (1979; citados en Ayala, 1993) propusieron que dentro de los bebedores problema existen dos grupos generales: uno donde los bebedores suelen ser pasivos y poco asertivos, que consumen con la finalidad de facilitar sus interacciones sociales; y el otro subgrupo integrado por sujetos altamente asertivos que consumen por cambiar sus sensaciones y disminuir el tedio. Con ello, se puede pensar que existen bebedores que les beneficiaría un entrenamiento asertivo (el primer grupo) y a otro (el segundo grupo) el abrir opciones para realizar actividades sanas en tiempo libre.

Otros autores como Jessor y Jessor, 1977; Chessin, Pressson, Sherman, Corty y Olshevsky, 1981; Wills y Waeshawsky, 1983 (citados en Ayala; 1993) sugieren que individuos con déficits de habilidades generales de afrontamiento tienden a aislarse cada vez más, siendo apartados por los compañeros que sí cuentan con dichas habilidades. Aquellos sujetos con habilidades generales de afrontamiento cuentan con alta autoestima, adecuada eficacia, expectativas realistas sobre los efectos del alcohol, mayor conocimiento de las consecuencias negativas del consumo, se apegan a compañeros cuyo uso del alcohol es apropiado y desalientan su uso como forma de afrontamiento, por lo que se pueden autorregular y convertirse en bebedores sociales normales.

En lo que respecta a la investigaciones realizadas en *población adolescente* está la hecha por Wills, Baker y Botvin (1989 citados en Concha y Rodríguez, 2001) al investigar la relación entre asertividad y el uso de sustancias tóxicas (como alcohol, marihuana y

tabaco) en adolescentes. Los resultados mostraron que la dimensión de rechazo a presiones para ingerir bebidas alcohólicas o drogas correlacionó negativamente con la frecuencia de uso de la sustancia; sin embargo, las dimensiones del manejo de las interacciones sociales y la habilidad de concertar citas correlacionaron positivamente.

Dicho estudio coincidió con los resultados encontrados por Goldberg y Botvin (1993 citados en Concha y Rodríguez, 2001) al estudiar a adolescentes hispanos observando que los factores de rechazar presiones de otros para ingerir bebidas embriagantes, la disposición de hacer citas, el manejo de relaciones sociales y la defensa de los derechos individuales correlacionaban negativamente con el consumo de alcohol.

También Scheier, Botvin, Díaz y Griffin (1999) examinaron hasta que punto la asertividad, la competencia personal y la eficacia de negarse predecía el involucrimiento de beber alcohol; encontrando que los varones estaban en mayor riesgo por contar con habilidades pobres para negarse e informar mayor involucrimiento de beber alcohol.

Suelves y Sánchez-Turet (2001) estudiaron la relación entre la asertividad y uso del tabaco, alcohol, cannabis y drogas sintéticas en adolescentes; encontrando que aunque no había una correlación significativa, el uso de tabaco, alcohol y cannabis correlacionó significativamente con agresividad.

Epstein y Botvin (2002) estudiaron la tendencia de tomar riesgos, de negarse asertivamente a beber y la percepción de beber de los amigos para conocer factores de riesgo y de protección; encontrando que una tendencia alta de tomar riesgos y una baja habilidad de negarse asertivamente a beber aumenta el riesgo de consumir alcohol.

Por su parte, Hensing, Spak, Thundal y Ostlund (2003) analizaron la identidad de género y su asociación con los desórdenes psiquiátricos y consumo de alcohol en mujeres, encontrando que una baja asertividad se asociaba a la dependencia de alcohol y con una mayor frecuencia de beber episódicamente.

Basándose en estas investigaciones se puede considerar que en la medida en que un adolescente cuente con la habilidad de asertividad podrá prevenir el abuso de alcohol, ya que podrá negarse a las peticiones de consumir (sin sentirse culpable, obligado, ansioso o rechazado), y no recurrirá al alcohol. Además de que, como se puede observar, no hay estudios que traten este tema en la población mexicana, de ahí que se desee conocer un panorama sobre el tema.

CAPITULO IV. METODO.

JUSTIFICACION.

Debido a que uno de los problemas de salud y sociales más importantes es el consumo de alcohol por parte de los jóvenes, y que dicho porcentaje de consumidores se ha visto aumentado, se consideró importante conocer qué factor(es) influye(n) en que los adolescentes se inicien, y continúen, en el consumo de bebidas alcohólicas.

Es sabido que son diversos los factores que influyen en el consumo de alcohol, algunas de ellas son cuestiones sociales (falta de comunicación, problemas familiares, antecedentes de consumo de alcohol, etc.), otras son deficiencias en ciertas habilidades sociales (como es el caso de la asertividad).

Debido a la controversia que existe con respecto a la relación entre la asertividad y el consumo de alcohol, se consideró importante confirmar - o no - los resultados obtenidos en las investigaciones en la población adolescente, en particular los adolescentes del Colegio de Ciencias y Humanidades (Plantel Vallejo); para, en el caso de ratificar que una deficiencia en la asertividad es un factor de riesgo para ésta población, poder prevenir el uso y abuso de alcohol por medio de talleres enfocados a fortalecer dicha deficiencia.

PREGUNTA DE INVESTIGACION.

¿Existen diferencias de asertividad entre los estudiantes de nivel medio superior - pertenecientes al Colegio de Ciencias y Humanidades (Plantel Vallejo) - con diferentes Patrones de consumo de alcohol?

OBJETIVOS.

Objetivo general:

- ψ Conocer si existían diferencias de asertividad entre los estudiantes de nivel medio superior - pertenecientes al Colegio de Ciencias y Humanidades (Plantel Vallejo) - con diferentes Patrones de consumo de alcohol.

Objetivos específicos:

- ψ Conocer los diferentes Patrones de consumo de alcohol de la muestra.
 - ψ Saber el diagnóstico de asertividad de los participantes.
 - ψ Identificar el diagnóstico de asertividad de cada patrón de consumo.
-
-

HIPOTESIS:

H.O.: No existen diferencias estadísticamente significativas entre el diagnóstico de Asertividad y los Patrones de consumo de alcohol de los estudiantes de nivel medio superior del Colegio de Ciencias y Humanidades (Plantel Vallejo).

H.1.: Existen diferencias estadísticamente significativas entre el diagnóstico de Asertividad y los Patrones de consumo de alcohol de los estudiantes de nivel medio superior del Colegio de Ciencias y Humanidades (Plantel Vallejo).

VARIABLES.

V.I.: Patrones de Consumo de alcohol.

V.D.: Conducta Típicamente asertiva (Asertividad).

DEFINICIÓN CONCEPTUAL.

V.I.: Se entendió como Patrón de consumo de alcohol a la "frecuencia con la que acostumbraban beber los sujetos en los últimos doce meses anteriores a la entrevista, así como la cantidad que habitualmente ingerían por ocasión" (García, 1989; p. 120).

V.D.: La Conducta Típicamente asertiva (Asertividad) "se compone de un elemento emocional (ausencia de incomodidad subjetiva) y la manifestación conductual propiamente dicha" (Gambrell y Richey, 1975; citadas en Guerra, 1996; p. 27).

DEFINICION OPERACIONAL:

V.I.: Se consideraron como Patrón de consumo de alcohol los utilizados en la ENA 1998:

ABSTEMIO	Persona que no consumió alcohol en el último año.
BEBEDOR POCO FRECUENTE DE BAJO NIVEL	Persona que bebió por lo menos una vez en el último año, pero no más de cinco copas por ocasión de consumo.
BEBEDOR POCO FRECUENTE DE ALTO NIVEL	Persona que bebió por lo menos una vez en el último año cinco copas o más por ocasión de consumo, pero no en el último mes.
BEBEDOR MODERADO DE BAJO NIVEL	Persona que bebió en el último mes, no en la última semana y consumió menos de cinco copas por ocasión de consumo.
BEBEDOR MODERADO DE ALTO NIVEL	Persona que bebió en el último mes, no en la última semana y consumió cinco copas

	o más por ocasión de consumo al menos una vez en el último año.
BEBEDORES FRECUENTES DE BAJO NIVEL	Persona que bebió en la última semana pero no más de cinco copas por ocasión de consumo.
BEBEDORES FRECUENTES DE ALTO NIVEL	Persona que bebió en la última semana cinco copas o más por ocasión de consumo al menos una vez al año.
BEBEDOR CONSUECUDINARIO	Persona que bebió en la última semana cinco copas o más por ocasión de consumo una vez por semana o más frecuente.

V.D.: La asertividad se midió basándose en los puntajes obtenidos en las dos subescalas del Inventario de Asertividad, de Gambrill y Richey, los cuales se transformarán al respectivo diagnóstico y posteriormente se reagruparon de la siguiente forma:

PUNTAJES G.I.		PUNTAJES P.R.		DIAGNOSTICO ORIGINAL	DIAGNOSTICO AGRUPADO
De (ALTO)	111-200	De (BAJO)	114-200	Inasertivo	Inasertivo
De (ALTO)	111-200	De (ALTO)	40-92	Actor ansioso	Inasertivo
De (BAJO)	40-87	De (BAJO)	114-200	Indiferente	Inasertivo
De (ALTO)	111-200	De (PROMEDIO)	93-113	Promedio inferior	Inasertivo
De (PROMEDIO)	88-110	De (BAJO)	114-200	Promedio inferior	Inasertivo
De (PROMEDIO)	88-110	De (PROMEDIO)	93-113	Promedio	Asertivo
De (BAJO)	40-87	De (PROMEDIO)	93-113	Promedio superior	Asertivo
De (PROMEDIO)	88-110	De (ALTO)	40-92	Promedio superior	Asertivo
De (BAJO)	40-87	De (ALTO)	40-92	Asertivo	Asertivo

SUJETOS:

La muestra se conformó por 363 estudiantes de ambos sexos del nivel medio superior que cursaban sus estudios en el Colegio de Ciencias y Humanidades (Plantel Vallejo),

que residían en el D.F. o el Edo. de México y presenten alguno de los Patrones de consumo ya mencionados.

TIPO DE MUESTREO:

El tipo de muestreo que se utilizó en la presente investigación fue no probabilístico de sujeto-tipo, ya que se seleccionaron a los sujetos que cubrían con las características de cada Patrón de consumo de alcohol (Hernández; Fernández y Batista, 1998; p.227).

DISEÑO:

El diseño que se utilizó para realizar esta investigación fue no experimental transaccional descriptivo; ya que se buscaba conocer un panorama de las variables en un momento determinado (Hernández; Fernández y Batista, 1998; p.188).

- O1 (Abstemios)
- O2 (Bebedores poco frecuentes de bajo nivel)
- O3 (Bebedores poco frecuentes de alto nivel)
- O4 (Bebedores moderados de bajo nivel)
- O5 (Bebedores moderados de alto nivel)
- O6 (Bebedores frecuentes de bajo nivel)
- O7 (Bebedores frecuentes de alto nivel)
- O8 (Bebedores consuetudinarios)

Donde: O significa la medición de la V.D. (Asertividad).

TIPO DE ESTUDIO:

La presente investigación fue un estudio exploratorio descriptivo; puesto que se pretendía conocer más sobre el tema de la asertividad (poco estudiado en la población) y analizar cómo se manifestaba el fenómeno (Hernández; Fernández y Batista, 1998; p.71).

*INSTRUMENTO:**

Se utilizó el Inventario de asertividad de Gambrell y Richey de 1975, el cual fue estandarizado para la población mexicana del Distrito Federal por Guerra en 1996.

* El instrumento puede solicitarse con el Dr. Samuel Jurado de la Facultad de Psicología de la UMAN

Esta prueba fue elegida debido a que cuenta con normas para la población mexicana pertenecientes al D.F. (lugar donde se realizará la investigación), cuenta con una alta confiabilidad (Coeficiente de Cronbach de 0.924 y una consistencia interna de 0.922). Evalúa un factor emocional (G.I.) y un factor conductual (P.R.), y además es sencilla de calificar y no requiere mucho tiempo de aplicación (aproximadamente 15 min.).

El inventario es una prueba de autoinforme que consta de 40 reactivos (los cuales deben ser contestados basándose en una escala tipo Likert) que plantean diferentes situaciones de interacción personal de acuerdo a ocho dimensiones:

1. Rechazar peticiones.
2. Admitir limitaciones personales.
3. Iniciar contacto social.
4. Expresar sentimientos positivos.
5. Afrontar la crítica de los demás.
6. Discrepar de la opinión de otros.
7. Conducirse asertivamente en situaciones de servicio.
8. Expresar sentimientos negativos.

El Inventario cuenta con dos subescalas:

- ψ GRADO DE INCOMODIDAD: Se refiere al malestar subjetivo que la persona puede expresar al tener que enfrentarse a cualquiera de las situaciones descritas en el inventario. Los puntajes de la subescala van del uno al cinco (1= nada, 2= un poco, 3= regular, 4= mucho y 5= demasiado). Cuenta con nueve factores: reconocer limitaciones personales/ hacer halagos, conductas de confrontación y defensa de opiniones, defensa de derechos en situaciones comerciales e interacción con personas cercanas, hacer peticiones, expresión de sentimientos positivos, rechazar peticiones, resistir la presión de otros, iniciar contactos sociales y afrontar situaciones molestas.
 - ψ PROBABILIDAD DE RESPUESTA: Se refiere a la probabilidad de que la persona lleve a cabo alguna de las conductas descritas en el inventario. Sus puntajes también van del uno al cinco (1= siempre, 2= usualmente, 3= la mitad de las veces, 4= rara vez y 5= nunca). Cuenta con nueve dimensiones: reconocer limitaciones personales, conductas de confrontación y defensa de opiniones, defensa de derechos en situaciones comerciales e interacción con
-
-

personas cercanas, hacer peticiones, expresión de sentimientos positivos, rechazar peticiones, resistir la presión de otros, afrontar situaciones molestas y manifestar molestia, enfado o desacuerdo.

También se determina las situaciones en las que a las personas les gustaría conducirse con mayor seguridad (para fines terapéuticos).

Los resultados de la prueba se obtienen mediante la sumatoria de cada subescala (por separado), las cuales se transforman en normativas para indicar los niveles de GI y de PR.

Partiendo de tales niveles, se obtiene el diagnóstico, el cual puede ser:

- **ASERTIVO:** Persona altamente asertiva que experimenta un bajo nivel de incomodidad y su probabilidad de actuar asertivamente cuando tiene que enfrentar situaciones de interacción social es alta.
- **INASERTIVO:** Persona que manifiesta alto nivel de incomodidad y su probabilidad de actuar asertivamente es muy baja.
- **ACTOR ANSIOSO:** Persona que presenta una alta probabilidad de presentar una conducta asertiva, pero que también experimenta altos niveles de incomodidad.
- **INDIFERENTE:** Persona que experimenta un grado de incomodidad muy bajo, pero su probabilidad de respuesta es muy baja.
- **PROMEDIO:** Persona que experimenta un grado de incomodidad moderado y su probabilidad de respuesta es promedio.
- **OTRAS COMBINACIONES:** a) **PROMEDIO INFERIOR:** Persona que experimenta un grado de incomodidad promedio y su probabilidad de respuesta es baja; así como la persona que experimenta una probabilidad de respuesta promedio y un alto grado de incomodidad. b) **PERSONAS SUPERIOR:** Persona que experimenta un grado de incomodidad moderado y su probabilidad de respuesta es alta; persona que presenta una probabilidad de respuesta promedio y su grado de incomodidad es bajo.

Para agrupar a la muestra con respecto a su consumo de alcohol, se anexaron los siguientes datos:

¿Consumiste alcohol en el último año?

Si

No

¿Qué tan frecuente consumiste alcohol en el último año?

Nunca

Una vez al año

Al menos una vez al año, pero no en el último mes

En el último mes, no en la última semana.

Una vez en el año, en el último mes, pero no en la última semana

En la última semana

En la última semana, una vez o más frecuente

¿Habitualmente qué cantidad consumes por ocasión? *

Menos de cinco copas

Más de cinco copas

*Con base a la siguiente tabla:

BEBIDA	EQUIVALENTE A :
1 cerveza de 341 ml. 1 copa de vino de meza (142 ml.) 1 copa de licor o destilado (43 ml.)	1 copa
1 botella de vino (750 ml.)	5 copas
1 botella de vino (1 litro)	7 copas
1 botella de destilado (340 ml.) como whisky, ron, brandy, tequila.	8 copas
1 caguama de cerveza	3 copas

PROCEDIMIENTO:

Se acudió al Colegio de Ciencias y Humanidades (Plantel Vallejo) para pedir aprobación de llevar a cabo la presente investigación con su población estudiantil.

Posteriormente, se acudió a la institución para pedirles a los estudiantes que se encontraban en los pasillos y explanadas si gustaban participar en la investigación (explicándoles de antemano los requisitos para hacerlo: ser alumno de la institución y cumplir con alguna de las condiciones de consumo de alcohol).

A los que aceptaban participar se les entregaba el Inventario, pidiéndoles que leyeran las instrucciones para resolverles sus dudas. En el caso de no haber dudas se les pedía que contestaran el Inventario sin dejar un solo reactivo por contestar. Al terminar, se les agradeció por su participación.

Cada participante fue clasificado dependiendo de su condición de consumo hasta contar con el total de la muestra.

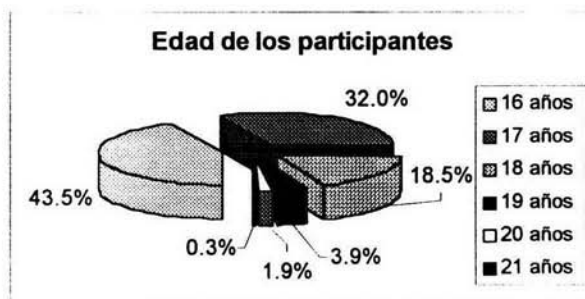
Ya clasificada la muestra, y "calificados" los instrumentos se continuó con el análisis estadístico.

CAPITULO V RESULTADOS.

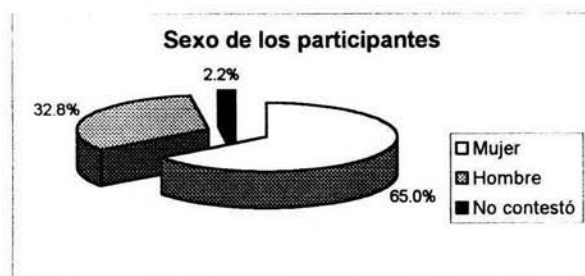
5.1. Descripción general:

Los sujetos que participaron en esta investigación fueron 363 sujetos del Colegio de Ciencias y Humanidades (Plantel Vallejo), cuyas edades oscilaron entre los 16 y 21 años de edad (con una media de edad fue 18.5 años) (Gráfica 1). De los cuales, 236 (65%) fueron mujeres y 119 (32.8%) hombres. El porcentaje restante no proporcionó la información (Gráfica 2).

Gráfica 1

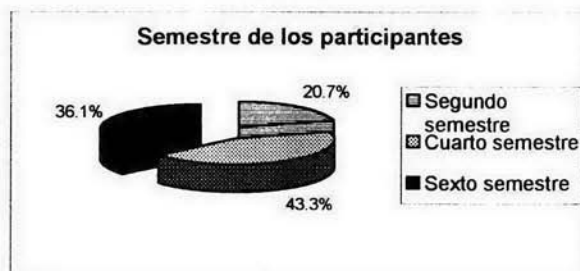


Gráfica 2



En lo referente al *semestre* que cursaban los participantes 157 (43.3%) cursaban el cuarto semestre, 131 (36.1%) estudiaba el sexto semestre, y los alumnos que estudiaban el segundo semestre fueron 75 (20.7%). (Gráfica 3)

Gráfica 3



En cuanto a la *residencia* de los participantes, 178 casos (49%) eran del D.F. , 163 (44.9%) vivía en el Estado de México, y el porcentaje restante no contestó. (Gráfica 4)

Gráfica 4



Con respecto al *Patrón de Consumo de alcohol*, 78 participantes (21.5%) no consumieron alcohol en el último año (por lo que se les consideró abstemios) y 285 (el 78.5%) si consumieron. De estos últimos, 68 (18.7%) eran personas que bebieron por lo menos una vez en el último año no más de cinco copas por ocasión, por lo que se clasificaron como bebedores poco frecuentes de bajo nivel; 59 (16.3%) fueron bebedores moderados de bajo nivel ya que bebieron en el último año, no en la última semana, no más de cinco copas por ocasión de consumo; 47 (el 12.9%) consumieron alcohol en la última semana no más de cinco copas por ocasión, por lo que se consideraron como bebedores frecuentes de bajo nivel; 36 (un 9.9%) fueron bebedores consuetudinarios ya que bebieron en la última semana, o más frecuente, cinco copas o más por ocasión de consumo; 31 (8.5%) se clasificaron como bebedores frecuentes de alto nivel puesto que habían bebido en la última semana, por lo menos una vez al año, cinco copas o más por

ocasión de consumo; 25 (6.9%) fueron considerados bebedores moderados de alto nivel puesto que habían bebido (al menos una vez en el último año) en el último mes, pero no en la última semana, cinco copas o más por ocasión de consumo; y los restante 19 (5.2%) eran bebedores poco frecuentes de alto nivel, ya que eran personas que habían bebido por lo menos una vez en el año, pero no en el último mes, cinco copas o más por ocasión de consumo (Gráfica 5).

Gráfica 5



Referente al *diagnóstico de asertividad* los resultados fueron los siguientes:

Del total de participantes, 85 (23.4%) fueron asertivos, ya que experimentaban un bajo nivel de incomodidad y su probabilidad es alta al actuar asertivamente cuando tienen que enfrentar situaciones de interacción social; 75 (20.7%) se consideraron promedio inferior puesto que presentaban un grado de incomodidad promedio y su probabilidad de respuesta era baja o su probabilidad de respuesta era promedio y presentaban un alto grado de incomodidad; 73 (20.1%) obtuvieron un diagnóstico de promedio superior, ya que eran personas que experimentaban un grado de incomodidad moderado y una probabilidad de respuesta alta o una probabilidad de respuesta promedio y un bajo grado de incomodidad; 73 (20.1%) fueron promedio, ya que eran personas que presentaron un grado de incomodidad promedio al igual que su probabilidad de respuesta; 46 (12.7%) eran inasertivos, puesto que eran personas que manifestaban alto grado de incomodidad y tenían una baja probabilidad de respuesta asertiva; 6 (1.7%) fueron indiferentes, ya que eran personas con un bajo grado de incomodidad y su probabilidad de respuesta era baja; y 5 (1.4%) se les consideraron Actores ansiosos, ya que tanto su grado de incomodidad como su probabilidad de respuesta eran altas (Gráfica 6).

5.2. Descripción de los Patrón de consumo de los participantes.

5.2.1. Patrón de consumo por sexo:

Puesto que en diversas investigaciones y encuestas se han encontrado diferencias en el consumo de alcohol entre hombres y mujeres, se consideró importante mencionar la distribución de los patrones de consumo de cada sexo de la muestra.

Del total de la muestra, las *mujeres* abstemias fueron 63 (26.7%); 54 (22.9%) presentaron un patrón de poco frecuente de bajo nivel; 47 (19.9%) consumían alcohol de manera moderada a bajos niveles; 34 (14.4%) consumían alcohol de manera frecuente a bajos niveles; 12 (5.1%) bebían moderadamente a altos niveles; otras 12 (5.1%) se les consideró bebedoras consuetudinarias; 10 (4.2%) tienen un patrón de bebedoras poco frecuentes de alto nivel; y 4 (1.7%) consumían alcohol frecuentemente a altos niveles (Gráfica 7).

Gráfica 6



Gráfica 7



Por su parte, 27 *hombres* (22.7%) consumían alcohol de forma frecuente a altas cantidades; 24 (20.2%) eran bebedores consuetudinarios; 13 (10.9%) fueron bebedores moderados de alto nivel; otra cantidad igual eran bebedores frecuentes de bajo nivel; 12 (10.1%) eran bebedores moderados de bajo nivel; solo 11 de ellos (9.2%) fueron abstemios; 10 (8.4%) eran bebedores poco frecuentes de bajo nivel; y 9 (7.6%) fueron bebedores poco frecuentes de alto nivel (Gráfica 8).

Como se puede observar, las mujeres obtuvieron mayor porcentaje en los patrones de abstemios, bebedores poco frecuentes de bajo nivel, moderados de bajo nivel, frecuentes de bajo nivel; mientras que los hombres tuvieron mayor puntaje en los patrones de bebedores poco frecuentes de alto nivel, bebedores moderados de alto nivel, frecuentes de alto nivel y consuetudinarios; por lo que se puede decir que las mujeres beben generalmente a bajos niveles (o no lo hacen), mientras que los hombres lo hacen a altos niveles.

Gráfica 8



5.2.2. Patrón de consumo por edad:

En cuanto al patrón de consumo en las diferentes edades de los participantes, se encontró lo siguiente:

El patrón predominante de los 158 sujetos de 16 años era el de abstemio, ya que 41 de ellos (25.9%) presentaban dicho patrón de consumo; este fue seguido por el de bebedor poco frecuente de bajo nivel (37 sujetos que representan el 23.4%), los siguientes fueron los de moderado de bajo nivel y frecuente de alto nivel con 17 sujetos (10.8%)

respectivamente; 15 (9.5%) fueron bebedores frecuentes de bajo nivel; 12 (7.6%) consumían de manera moderada a altos niveles; 10 (6.3%) de ellos eran bebedores poco frecuentes de alto nivel; y solo 9 (5.7%) de ellos eran consuetudinarios (Gráfica 9).

Gráfica 9.



En cuanto a los participantes de 17 años, se encontró que 26 (22.4%) de los 116 integrantes de dicho grupo de edad tienen un patrón de consumo de abstemios o de bebedores poco frecuente de bajo nivel; 20 (17.2%) bebían moderadamente a bajo nivel; 16 (13.8%) consumían frecuentemente a bajos niveles; 15 (12.9%) eran consuetudinarios; 7 (6%) se agruparon en bebedores frecuentes de alto nivel; 5 (4.3%) eran bebedores poco frecuentes de alto nivel, y 1 sujeto (0.9%) tenían un patrón de consumo moderado pero de alto nivel (Gráfica 10).

Gráfica 10



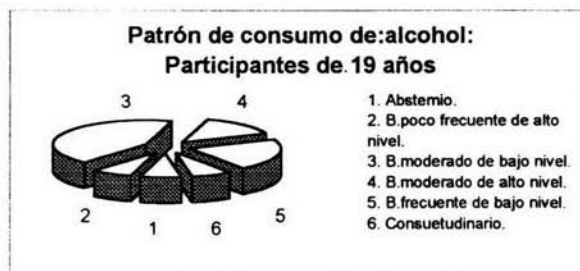
De los 67 participantes de 18 años, 15 (22.4%) consumían alcohol moderadamente a bajos niveles; 12 (17.9%) eran bebedores frecuentes de bajo nivel; 10 (14.9%) fueron agrupados en los patrones de abstemios, moderado de alto nivel y consuetudinario respectivamente; 5 (7.5%) eran bebedores poco frecuentes de bajo nivel; 3 (4.5%) se consideraron bebedores poco frecuente de alto nivel; y 2 (3%) fueron bebedores frecuentes de alto nivel (Gráfica 11).

Gráfica 11



De la edad de 19 años participaron 14 sujetos, en los cuales 6 (42.9%) presentaron un patrón de bebedor moderado de bajo nivel; le siguieron 3 sujetos (21.4%) que se catalogaron como bebedores frecuentes de bajo nivel; 2 (14.3%) bebían moderadamente a altos niveles; mientras que en los patrones de abstemio, bebedor poco frecuente de alto nivel y consuetudinario solo hubo 1 sujeto (7.1%) respectivamente. Cabe decir que en éste grupo de edad no se encontró el patrón de bebedor poco frecuente de bajo nivel ni el de bebedor frecuente de alto nivel (Gráfica 12).

Gráfica 12



En los 7 sujetos cuya edad era de 20 años, 4 de ellos (57.1%) consumían alcohol frecuentemente a altos niveles; mientras que en los patrones de bebedor moderado de bajo nivel, frecuente de bajo nivel y consuetudinario se presentó solo 1 sujeto (14.3%) respectivamente. En éste grupo de edad no se encontraron los patrones de abstemio, bebedor poco frecuente de alto y bajo nivel, y el de bebedor moderado de alto nivel (Gráfica 13).

Gráfica 13



En lo que respecta a la edad de 21 años solo hubo 1 sujeto, el cual tenía un patrón de frecuencia de alto nivel.

Con base a estos datos, se puede concluir que a menor edad de los sujetos se presentan más casos de abstemios; con excepción de la edad de 18 años donde la mayor frecuencia fue de bebedor moderado de bajo nivel.

5.2.3. Patrón de consumo por semestre:

En cuanto al patrón de consumo predominante en cada uno de los semestres se encontró lo siguiente:

De los 75 participantes que cursaban el *segundo semestre*, 23 (30.7%) fueron abstemios; 13 (17.3%) tenía un patrón de poco frecuente de bajo nivel; 8 (10.7%) bebían moderadamente de bajo nivel; otra cantidad igual lo hacía consuetudinariamente; 7 (9.3%) eran bebedores poco frecuentes de alto nivel; 6 (8%) presentaron un patrón de moderado

de alto nivel; otros 6 (8%) bebían frecuentemente de alto nivel; y 4 (5.3%) eran bebedores frecuentes de bajo nivel (Gráfica 14).

Gráfica 14



Con respecto a los 157 participantes de *cuarto semestre*, el patrón predominante fue el de bebedor poco frecuente de bajo nivel, ya que lo presentaron 36 sujetos (23%); 32 (20.4%) eran abstemios; 25 (16%) bebían frecuentemente a bajos niveles; 19 (12.1%) presentaron un patrón de moderado de bajo nivel; 17 (10.8%) consumían alcohol frecuentemente a altos niveles; 13 (8.3%) eran consuetudinarios; 9 (5.7%) fueron bebedores moderados de alto nivel; y 6 (3.8%) bebían con un patrón de poco frecuente de alto nivel (Gráfica 15).

De los 131 sujetos de *sexto semestre*, 32 (24.4%) presentaban un patrón de bebedor moderado de bajo nivel; 23 (17.6%) eran abstemios; 19 (14.5%) bebían con un patrón de poco frecuente de bajo nivel; 18 (13.7%) fueron bebedores frecuentes de bajo nivel; 15 (11.5%) presentaron un patrón de consuetudinarios; 10 (7.6%) bebían moderadamente a bajos niveles; 8 (6.1%) consumían alcohol frecuentemente en altos niveles; y 6 (4.6%) fueron bebedores poco frecuentes de alto nivel (Gráfica 16).

Como se puede observar, estos datos muestran que a mayor semestre va aumentando el nivel de consumo de alcohol: de abstemio en segundo semestre a bebedor poco frecuente de bajo nivel en cuarto semestre y en moderado de bajo nivel en el sexto semestre.

Gráfica 15



Gráfica 16



5.3. Descripción de los Diagnósticos de asertividad de los participantes.

5.3.1. Distribución de Diagnóstico de asertividad en la población:

Para finalidades de la presente investigación, los siete diagnósticos de asertividad originales se reagruparon en inasertivos y asertivos. Al realizar dicho ajuste, se encontró que 132 de los participantes (36.4%) obtuvieron el diagnóstico de inasertivos, y 231 sujetos (63.6%) eran asertivos. Por lo que se puede considerar a la muestra asertiva (Gráfica 17).

Gráfica 17



5.3.2. Diagnóstico de asertividad por sexo:

Puesto que la proporción de mujeres y hombres en la muestra es muy desigual en número, se realizó el análisis por separado.

En las *mujeres*, se encontró que 143 (60.6%) fueron asertivas; y 93 personas (39.4%) obtuvieron un diagnóstico de inasertivas (Gráfica 18).

Gráfica 18



En los *hombres*, 37 (31.1%) fueron inasertivos y 82 (68.9%) asertivos (Gráfica 19).

Comparando los porcentajes de ambas muestras, se puede concluir que hay una tendencia en los hombres de esta población hacia ser más asertivos que las mujeres, ya que hay una diferencia de 8.3% a favor de ellos.

Gráfica 19



5.3.3. Diagnóstico de asertividad por edad:

Buscando un posible cambio en la asertividad en cuanto a la edad, se encontró lo siguiente:

En la edad de 16 años los casos de asertivos fueron 87 (55.1%), mientras que 71 (44.9%) sujetos fueron inasertivos (Gráfica 20).

Gráfica 20



Del grupo de 17 años 73 participantes (62.9%) resultaron asertivos y 43 (37.1%) eran inasertivos (Gráfica 21).

En los participantes de 18 años, 51 de ellos (76.1%) presentaron diagnóstico de asertividad y 16 (23.9%) de inasertividad (Gráfica 22).

Los 14 participantes del grupo de 19 años presentaron diagnóstico de asertividad, al igual que el único sujeto de 21 años

Gráfica 21



Gráfica 22



El grupo restante, 20 años, 5 participantes (71.4%) fueron asertivos y los 2 restantes (28.6%) eran inasertivos (Gráfica 23).

Estos datos confirman los encontrados al analizar el diagnóstico general de la población al observarse que la muestra es generalmente asertiva; además de que va aumentando el porcentaje de casos de asertividad con la edad.

Gráfica 23

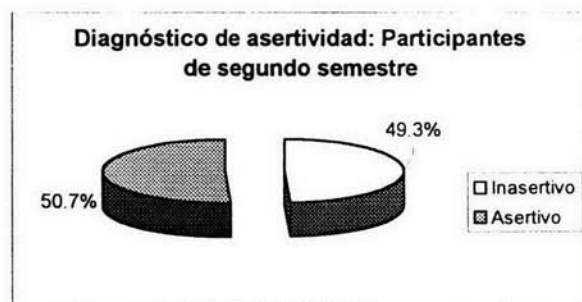


5.3.4. Diagnóstico de asertividad por semestre:

En lo referente a cómo se distribuye el diagnóstico de asertividad en los tres semestres, los resultados fueron:

En el *segundo semestre* los casos de asertividad fueron 38 (50.7%), mientras que los de inasertividad fueron 37 (49.3%) (Gráfica 24).

Gráfica 24



En *cuarto semestre*, 98 personas (62.4%) presentaron diagnóstico de asertividad y 59 (37.6%) de inasertividad (Gráfica 25).

Gráfica 25



En el grupo de *sexto semestre* 95 sujetos fueron asertivos (72.5%) y los restantes 36 (27.5%) eran inasertivos (Gráfica 26).

Gráfica 26



Estos datos corroboran que la muestra es en su mayoría asertiva, aunque se puede observar que el porcentaje de asertividad aumenta con forme al semestre.

5.4. Diferencia de diagnóstico de asertividad en los patrones de consumo de alcohol.

5.4.1. Distribución del diagnóstico de asertividad en los patrones de consumo de alcohol.

En lo que respecta a la distribución de casos de asertividad en los diferentes patrones de consumo de alcohol se encontró lo siguiente:

De las 78 personas abstemias, 46 casos (59%) obtuvieron un diagnóstico de asertivos y 32 (41%) de inasertivos (Gráfica 27).

Gráfica 27



En el grupo de bebedores poco frecuentes de bajo nivel (68 casos), 34 (50%) fueron asertivos y otra cantidad igual eran inasertivos (Gráfica 28).

Gráfica 28



De los 19 personas con un patrón de consumo de bebedores poco frecuentes de alto nivel 11(57.9%) resultaron ser asertivas y otras 8 (42.1%) inasertivas. (Gráfica 29).

Gráfica 29



Entre los 59 casos de bebedor moderado de bajo nivel, 43 (72.9%) eran asertivos y los 16 restantes (27.1%) inasertivos (Gráfica 30).

Gráfica 30



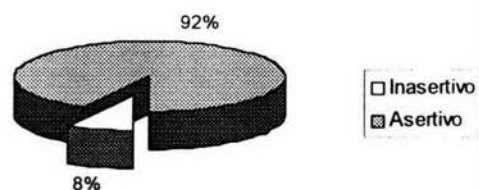
Dentro de los 25 bebedores moderados de alto nivel, 23 (92%) fueron diagnosticados como asertivos y los 16 restantes (8%) inasertivos (Gráfica 31).

Entre los 47 casos de bebedores frecuentes de bajo nivel, 29 (61.7%) eran asertivos y 18 (38.3%) inasertivos (Gráfica 32).

De los 31 bebedores frecuentes de alto nivel, 17 (54.8%) fueron asertivos y 14 (45.2%) inasertivos (Gráfica 33).

En el grupo de bebedores consuetudinarios (36 casos), 28 de ellos (77.8%) obtuvieron un diagnóstico de asertividad y 8 (22.2%) el de inasertividad (Gráfica 34).

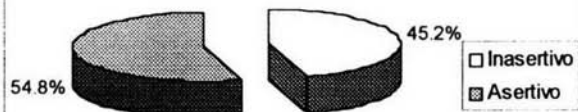
Gráfica 31

Diagnóstico de asertividad: Bebedor moderado de alto nivel

Gráfica 32

Diagnóstico de asertividad: Bebedor frecuente de bajo nivel

Gráfica 33

Diagnóstico de asertividad: Bebedor frecuente de alto nivel

Gráfica 34



Como se puede observar, en la mayoría de los patrones de consumo de alcohol, con excepción del de bebedores poco frecuentes de bajo nivel, el diagnóstico predominante es el de asertividad y solo en 2 grupos (bebedor moderado de alto nivel y el de consuetudinarios) las diferencias son más marcadas. Por lo que estos datos vuelven a mostrar la predominancia del diagnóstico de asertividad en la muestra.

5.4.2. Diferencias estadísticas de diagnóstico de asertividad en los patrones de consumo de alcohol.

Para determinar las posibles diferencias entre los puntajes de asertividad y las de los diferentes patrones de consumo de alcohol, se realizó el análisis estadístico de *chi cuadrada* en el programa SPSS, en donde se encontraron diferencias significativas con 7 grados de libertad (Tabla1).

Estas diferencias se deben a que, aunque en la mayoría de los patrones de consumo de alcohol el diagnóstico predominante es el de asertividad, hay 3 grupos que marcan más estas diferencias (bebedores poco frecuentes de bajo nivel, bebedor moderado de alto nivel y el de consuetudinario).

Tabla Resultados del análisis Chi-Cuadrada.

	Value	g.l.	Asymp. Sig. (2-sided)
Person Chi-Square	21.562(a)	7	0.003
Likelihood Ratio	23.861	7	0.001
Linear-by-Linear Association	4.825	1	0.028
N of Valid Cases	363		

CAPITULO VI. DISCUSION Y CONCLUSIÓN .

La muestra participante se caracterizó por estar formada principalmente de mujeres que estudiaban el cuarto semestre, residían en el D.F., cuyo patrón de consumo de alcohol era poco frecuente de bajo nivel y presentaban un diagnóstico de asertivo.

En general, el *patrón más reportado* por la población fue el de poco frecuente con bajos niveles; patrón de consumo reportado por la ENA (2002) para esta población. Esto fue debido a que la gran parte de la muestra cursaba el cuarto semestre, cuyo patrón de consumo característico era el ya mencionado. Además de que podría ser resultado de que estos bebedores pudieran autocontrolarse al negarse asertivamente (Ayala, 1993) y además, de que su grupo de amigos bebiera adecuadamente (como sugieren Jeser y Jessor, 1977; Chassin, Presson, Sherman, Corty y Olshervsky, 1981; Wills y Warshawsky, 1983; citados en Ayala, 1993).

En cuanto a las *diferencias de consumo de alcohol por sexo*, se encontró que un porcentaje mayor de hombres consumían alcohol, en comparación con las mujeres. Esto es debido a que el consumo de alcohol es socialmente más aceptado en los hombres que en las mujeres; además de que estas últimas posiblemente se inicien, y se mantengan, en el consumo de alcohol por imitar a los varones y buscar obtener las consecuencias positivas que estos obtienen. Dichos datos son similares a los que se han venido reportando en las diferentes encuestas respecto a que la conducta de beber sigue siendo practicada predominantemente por los varones.

También se observó que las mujeres que beben lo hacen en bajas cantidades, mientras que los hombres consumen en grandes cantidades; ya que la mayoría de ellas se inician en su consumo y con pocas cantidades logran experimentar los efectos del alcohol. Datos que reafirman los mencionados por Medina-Mora (1987), sobre que las mujeres consumen alcohol en pocas cantidades.

En lo referente al *consumo de alcohol por edad*, se observó que los participantes con menores edades predominaron en los patrones de menor consumo (abstemio, poco frecuente bajo, poco frecuente alto y frecuente alto) y los de mayor edad en los de mayor

consumo (moderado bajo y alto, frecuente bajo y consuetudinario); lo cual se debe a que, al obtener la mayoría de edad, los sujetos pueden legalmente consumir mayores cantidades de alcohol y por ello consumen más que los que son menores de edad.

Estos datos corroboran lo reportado en la ENA (1998) y la Encuesta Estudiantil de 1993, de que el consumo de alcohol aumenta conforme se tiene mayor edad.

Puesto que la muestra era predominantemente femenina, estos datos también demuestran que las mujeres están iniciando su consumo a edades más tempranas y no entre los 18 y 29 años como lo menciona la ENA (2002).

Debido a que la edad de los sujetos aumentaba conforme avanzaban en sus *semestres* de estudio, se encontró que el consumo se incrementó dependiendo del grado que estudiaban; presentándose un patrón de consumo más fuerte en los sujetos que cursaban el sexto semestre.

En lo que respecta a la *asertividad*, no se encontraron diferencias entre *hombres* y *mujeres*. Esto puede deberse a que, como mencionan Broverman y cols. (1970), Jakubowski y Spector (1973), socialmente se espera que las mujeres sean más pasivas o sumisas que asertivas, y al comportarse asertivamente pueden obtener consecuencias negativas (Gaebelin, 1997) o menor reforzamiento (Deluty, 1981), dependiendo de que tan liberal sea su entorno. Y podría pensarse que, con las ideas de igualdad entre hombres y mujeres, estas últimas busquen obtener con la conducta asertiva los resultados que tienen los hombres.

Otra posibilidad es el hecho de que el instrumento, por su constitución, no reporte diferencias; ya que ni en la elaboración original realizada por Gambrill y Richey en 1975 ni en la estandarización que hizo Guerra en 1996 se encontraron diferencias.

Estos resultados fueron similares a los obtenidos por Gambrill y Richey (1975), Olozac y Goldman (1981), Flores (1994) y Guerra (1996)

Aunque la muestra fue asertiva, los porcentajes de *asertividad* aumentaron conforme los sujetos tenían mayor *edad*, siendo las de 18 y 19 años las que tenían mayores porcentajes; datos que se parecen a los mencionados por Crawford (1988).

Al igual que en la edad, se encontró que el porcentaje de casos de *asertividad* aumentó conforme los sujetos cursaban *semestres* más avanzados, siendo el de mayor porcentaje

el sexto semestre; ya que al tener mayor escolaridad se tiende a desarrollar más habilidades asertivas, como mencionaron Hersen y Bellach (1977).

En cuanto al *diagnóstico de asertividad entre los patrones de consumo de alcohol* se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Esto se debió a que tres patrones presentaron mayor porcentaje de asertividad que de inasertividad (moderado alto, moderado bajo, y consuetudinario) y de que el patrón característico (poco frecuente bajo) tenía un igual porcentaje de casos de asertividad que de inasertividad.

También se observó que los patrones más asertivos contaban con la combinación de presentar las edades y sexo más asertivo.

Otra posible explicación es el hecho de que en la población se encontraban bebedores que eran asertivos, pero que consumían para cambiar sensaciones o disminuir el tedio (como mencionaron Sturgis, Calhoun y Best, 1979). Aunque también podría deberse a que, como mencionan Miller y Eisler (1977); Hamilton y Maisto (1979), que los bebedores que consumían más se percibían como más asertivos, sin que realmente lo fueran.

Estos resultados son opuestos a los encontrados por Goldberg y Botvin (1993); Suelves y Sánchez-Turet (2001); Epstein, Botvin (2002); Hensing, Spak, Thundal, Ostlund (2003) que reportaron que no había relación o que a mayor consumo de alcohol los sujetos eran menos asertivos (incluyendo el hecho de ser menos hábiles para negarse asertivamente).

En base a lo encontrado, se deberían crear y apoyar programas que permitieran a los adolescentes ocupar su tiempo libre en actividades sanas y preferiblemente con su grupo de amigos; además de seguir apoyando a los programas y talleres que permiten habilitar a los sujetos de menor edad para hacerlos menos vulnerables ante el consumo de alcohol, como lo hace el Programa de Conductas Adictivas de la Facultad de Psicología de la UNAM, tanto en su área de prevención como de tratamiento.

Por todo lo anterior, se puede concluir que los patrones de consumo cambian dependiendo del sexo (presentándose un porcentaje de consumo de alcohol mayor en hombres que en mujeres), siendo los hombres los que consumía en altas cantidades y las mujeres en bajas cantidades; también se observó que el consumo de alcohol aumentaba conforme los participantes tenían mayor edad y cursaban semestres más avanzados. En lo que respecta al diagnóstico de asertividad, se encontró que se presentaban mayor porcentaje de casos de asertividad en los sujetos de mayor edad y semestres más

avanzados. Entre patrones de consumo de alcohol también se encontraron diferencias significativas, siendo más asertivos los patrones de moderado alto, moderado bajo y consuetudinario, ya que contaban con la combinación de presentar las edades y sexo más asertivo.

Ψ LIMITACIONES

Desafortunadamente no se pudo igualar la muestra en cuanto al sexo de los participantes, ya que los hombres generalmente no deseaban participar; lo que demuestra que pueden rehusarse asertivamente a no hacer alguna tarea más frecuente que las mujeres (quienes en ocasiones aceptaban sin quererlo); por lo que se dio por concluido el muestreo.

Otro factor que interfirió fue el hecho de que durante el periodo en que se aplicó el instrumento los estudiantes iniciaban el periodo de exámenes ordinarios, por lo que algunos se negaban a contestarlo o se perdían casos por no regresar el cuestionario.

Además, se considera que el instrumento no mide la asertividad en situaciones referentes al consumo de alcohol.

Ψ SUGERENCIAS

Para futuras investigaciones se sugiere:

- Estudiar la influencia del sexo, edad y escolaridad en la asertividad en población mexicana; tanto en adultos como en adolescentes.
 - Investigar si se obtienen diferencias de asertividad entre bebedores adultos con patrones ya más establecidos.
 - Crear instrumentos que midan la asertividad en base a situaciones de riesgo al consumo de alcohol.
-
-

FUENTES DOCUMENTALES.

- Aguilar Kubli, E. (1987) *Cómo ser tu mismo sin culpa* 7 a. Ed. Edit. Pax. México.
- Amenátegui Undurraga, L.F., (1997) *Psicología preventiva: Avances recientes en técnicas y programas de prevención* Ediciones Pirámide. Madrid.
- Ayala Velázquez, H. (1993) El curso del alcoholismo: Una visión Psicológica. *Investigación Psicológica. Vol. 3 (1)*
- Barreto Rivera, C.A. (1985) *Interacción de la Conducta Asertiva y las relaciones objetales*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UNAM. Mexico.
- Berruecos Villalobos, L., Castro Sariñana, M.E., Díaz -Leal, L., Medina-Mora, M.E., Reyes Del Olmo, P., *Curso básico sobre adicciones* Fundación "Ama la vida" IAP. Diplomado sobre adicciones.
- Bayés, R., *Prevención y la Psicología de la salud. Revista de la Psicología de la Salud* 1991, Vol. 3, Número 1.
- Buela-Casali, G., Fernández-Rios, L., y Carrasco-Giménez, T.J. (1997) *Psicología Preventiva: Avances recientes en técnicas y programas de prevención*, Edit. Pirámide. España.
- Camarena Luna, M. (2001) *La prevención de la farmacodependencia en los internos de una institución de penitenciaria a través de un programa de educación para la salud*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Carlson, N. (1996) *Fundamentos de Psicología Fisiológica*. 3ª. Ed. Edit. Prentice-Hall. México.
- Concha Gutiérrez, C. F. y Rodríguez Fragoso, G. (2001) *Asertividad en los estudiantes de Ciudad Universitaria: Un enfoque epidemiológico*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- CONADIC (1995) *Manual para elaborar el diagnóstico situacional de las adicciones*. México
- CONADIC (1995) *Manual de autoayuda para adolescentes y jóvenes. Construye tu vida sin adicciones*. México.
- Cruz Almanza, M.A. (1994) *Prevención primaria con adolescentes de alto riesgo de adicción al alcohol, tabaco e inhalación de solventes en una secundaria técnica*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Davidoff, L. (1989) *Introducción a la Psicología*. (3ª. Ed.) Edit. McGraw-Hill. México.

-
-
- El Psicólogo en la red (s.f.) *Técnicas de entrenamiento asertivo* (en red) Disponible en: http://www.cuidadfutura.net/psico/técnicas/tec_habilidades.htm
 - Epstein, J.A., Botvin, G.J., (2002) The moderating roles of risk-taking tendency and refusal assertiveness on social influences in alcohol use among inner-city adolescents. *Journal Stud of alcohol*. 63 (4): 456-459.
 - Egozcue Romero, M.M., (1997) *La asertividad y el género en jóvenes estudiantes de Ciudad Universitaria*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
 - Fernández, F.E. (1988) *Alcoholdependencia. Personalidad del alcohólico* 2da. Edición. Edit. Salvat. España.
 - Flores Galaz, M.M. (1989) *Asertividad, agresividad y solución de situaciones problemáticas en una muestra mexicana*. Tesis de maestría. Facultad de Psicología. UNAM.
 - Flores Galaz, M.M. (1994) *Asertividad: Conceptualización, medición y su relación con otras variables*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. UNAM.
 - García Zavala, G. (1989) *Presencia de alcohol en pacientes que ingresan a servicio de urgencias en Hospitales de Acapulco, Guerrero*. Tesis de Licenciatura. Escuela de Psicología. Universidad Intercontinental.
 - Gil Rodríguez, F.; León Rubio, J.M. (1998) *Habilidades Sociales. Teoría, investigación e intervención*. Edit. Síntesis Psicología. Madrid.
 - Guerra Ramos, M. T. (1996) *Estandarización del Inventario de Asertividad de Gambрил y Richey para la población de la Ciudad de México*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México.
 - Hersing, G., Spak, F., Thundal, K.L., y Ostlund, A. (2003) *Decreased risk of alcohol dependence and/or Misuse in woman with high self-assertiveness and leadership abilities*. Disponible en: www.Ncbi.nlm.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=12711657&dopt=Abstract.
 - Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C.; Baptista Lucio, P. (1998) *Metodología de la Investigación*. 2 da. Edición. Edit. McGraw-Hill. México.
 - Jeffrey A., K.(1987) *Entrenamiento en Habilidades sociales*. Edit. Bilbao: Desclée de Broumer. España.
 - Kaplan H. (1999) *Sinopsis de psiquiatría* 8a. Edición Editorial Médica Panamericana. España.
-
-

-
-
- Larios Navarrete, T. (1982) *Entrenamiento asertivo en sujetos alcohólicos*. Tesis de Licenciatura. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Campus Iztacala. UNAM. México.
 - Ledouceur, R., Bouchard, M., Granger, L. (1983) *Principios y aplicaciones de las terapias de la conducta*. Edit. Debate. Madrid.
 - López Jiménez, J.L. (1997) *Identificación de problemas previos asociados al consumo de alcohol en una muestra de pacientes atendidos en servicios de urgencias de la Ciudad de México*. Tesis de Maestría en Psicología clínica. Facultad de Psicología. UNAM. México.
 - Los adolescentes. Disponible en: www.sal.itesm.mx/Dea/consejeria/articulo_adolescentes.htm
 - Maciá Antón, D. (1998) *Las drogas: conocer y educar para prevenir*. Edit. Pirámide. España.
 - Medina-Mora Icaza, M.E. (1993) *Diferencias por género en la práctica de consumo de alcohol: Resultados de un estudio llevado a cabo en la población de 18 años y más de una entidad urbana y otra rural del Estado de Michoacán*. Tesis de Doctorado en Psicología social. Facultad de Psicología. UNAM. México.
 - Morales Romero, K.; Oviedo González, G.T. (2002) *Entrenamiento asertivo dirigido a padres: Efectos conductual en los hijos*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México.
 - Nato, A.; Rodríguez Querejazu, G. (2001) *Las víctimas de las drogas*. Edit. Universidad. Argentina.
 - NIDA (s.f.) *Enseñanza de investigación sobre la prevención*. [en red]. Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/>
 - Ortiz Cruz, V. (1998) *Una aproximación al estudio de la separación y divorcio partiendo de las relaciones objetales y la interacción con las conductas adictivas*. Tesis de doctorado. Facultad de Psicología. UNAM. México.
 - Quiroga H., Mata A. y Vázquez G., (1990-2002). *Manual de operaciones y procedimientos generales*. Programa de Conductas Adictivas. Facultad de Psicología. UNAM.
 - Secades Villa, R. (1998) *Alcoholismo juvenil. Prevención y tratamiento* (3ª. Ed.). Edit. Pirámide. España.
 - Secretaría de Salud, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología (1999) *Tercera Encuesta Nacional de adicciones 1998*. México.
-
-

-
-
- Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Estadística, Geográfica e Informática. (1999) *Cuarta Encuesta Nacional de Adicciones 2002*. México.
 - Séller, L.M., Botvin, G.J., Díaz, T., Griffin, K.w: (1999) *Social skills, competence and drug refusal efficacy as predictors of adolescent alcohol use*. Disponible en: www.ncbi.nlm.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=10645126&opt=Abstract.
 - SSA, CONADIC. *Programa contra el alcoholismo y el abuso de las bebidas alcohólicas. 1992-1994*. México.
 - SSA, CONADIC, CESAAL (1993) *¿Qué sabe usted sobre el alcoholismo?* México.
 - Suelves, J.M., y Sánchez-Turet, M. (2002) Asertividad y uso de sustancias en la adolescenci: Resultados de un estudio transversal. *Anales de Psicología*. 63(4): 456-459.
 - Swanson, S.R. (1999) Re-examination of assertiveness and aggressiveness as potencial moderators of verbal intentions. *Psychological Reports*. 84:1111-1114.
 - Tapia Conyer, R. (2001) *Las adicciones: Dimensiones, impacto y perspectivas*._(2da. Ed.) Edit. Manual Moderno. México.
 - Vargas Kühn, P.A. (1983). *La Prevención en la Psicología Clínica*. Tesis de Lic. FES Iztacala. UNAM. México.
-
-