



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

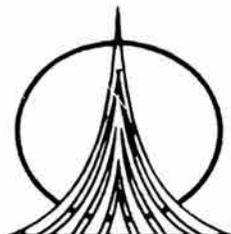
PREVENCION PSICOLOGICA DEL ALCOHOLISMO EN ADOLESCENTES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE: LICENCIADA EN PSICOLOGIA PRESENTA N: VALENCIA MIRANDA ARGELIA XELHA VIEYRA CASTILLO ALEJANDRINA



DIRECTORA DE TESIS: MTRA. ALMA MARTINEZ OLIVERA



Unidad en la Diversidad: Zaragoza Frente al Siglo XXI

MEXICO, D. F.

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.

A mis padres, por brindarme su apoyo incondicional, su amor y paciencia. A ustedes les dedico esta obra con mucho amor, aunque no sea suficiente para demostrarles cuanto los quiero.

Deyanira y Cousteau, son el mejor legado que mis padres me han dado. Los quiero porque entre bromas, juegos y disgustos tiene sentido la fraternidad.

Fer y Pablo, mis queridos sobrinos han inyectado felicidad a mi vida al poder ser participe de su crecimiento.

Arturo por ser como un hermano y no por lo latoso, sino por el cariño que nos une.

David, agradezco mucho el contar contigo porque en cada paso que he dado junto a ti siento tu amor y compañía. Porque por ti soy más feliz, te amo.

Ale, Alfa, Carlos, Cesar, Edgar, Lourdes, Marionka y Romy, por los buenos momentos que hemos compartido y disfrutado juntos, que nuestra amistad perdure.

Argelia Xelha Valencia Miranda.

Octubre, 2004

Con todo mi amor y agradecimiento infinito, dedico este sueño (que parecía inalcanzable) a:

Ustedes, los que me aman.

Ustedes, los que me han guiado y enseñado que nunca hay que dejarse vencer.

Ustedes, que han pregonado con el ejemplo, lo hermoso que es amar y compartir.

Ustedes, que han estado y siempre estarán conmigo.

¡Muchas gracias!

Alejandrina Vieyra Castillo.

Octubre, 2004

Agradecemos enormemente a la Mtra. Alma Martínez Olivera

el apoyo, la paciencia y sus invaluable enseñanzas.

¡Gracias por ayudarnos a culminar este sueño!

Damos gracias a la UNAM, nuestra alma mater.

La institución que nos vio crecer y convertirnos

en mejores seres humano.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	1
<b>FUNDAMENTACIÓN</b>	1
<b>ADOLESCENCIA</b>	5
Definiciones	5
Teorías de la adolescencia	6
Características de la adolescencia:	
Físicas	10
Cognoscitivas	12
Psicosociales	13
Problemas o dificultades en los adolescentes	18
<b>ALCOHOLISMO</b>	23
Uso, abuso y dependencia del alcohol	23
Trastornos por consumo de sustancias: dependencia del alcohol y abuso del alcohol	25
Clasificación de bebedores	26
Definición de alcoholismo	28
Consecuencias generales por abuso y dependencia de alcohol	
Físicas	28
Psiquiátricas	31
Rasgos y características psicológicas que describen la personalidad alcohólica	32
Consecuencias del abuso de alcohol en adolescentes	38
Teorías etiológicas del alcoholismo	
Psicología	39
Psicoanálisis	39
Aprendizaje Social	41
Terapia familiar sistémica	43
Sociología	44
Antropología	45
Fisiología	45
Alcohólicos Anónimos (AA)	46
Estadísticas de patrones de consumo en México	47

<b>PSICOLOGÍA PREVENTIVA</b>	<b>58</b>
Prevencción primaria	59
Modelo de competencia	60
Prevencción del abuso de alcohol	61
Programas de Prevencción de Consumo de Drogas desarrollados en México	65
<b>PROPÓSITO</b>	<b>68</b>
<b>METODOLOGÍA</b>	<b>68</b>
<b>FUNDAMENTACIÓN</b>	<b>68</b>
Grupo Operativo	69
Elementos característicos del grupo operativo	70
Grupos operativos en la enseñanza	70
Ámbitos del trabajo grupal	71
Proceso evolutivo grupal	72
Estrategias para el aprendizaje	73
<b>MÉTODO</b>	<b>74</b>
Planteamiento del problema	74
Objetivos de aprendizaje	75
Hipótesis	75
Instrumentos de medición	75
Procedimiento	76
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>78</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>80</b>
<b>TALLER REFLEXIVO “ALCOHOLISMO: CAUSAS Y CONSECUENCIAS”</b>	<b>87</b>
PRESENTACION	90
OBJETIVOS DE APRENDIZAJE	93
ESTRUCTURA DEL TALLER	93
PLANEACIÓN DIDÁCTICA	96

ENCUADRE (Sesión 1)	99
UNIDAD TEMÁTICA I. ALCOHOLISMO	
Sesión 2	102
Sesión 3	104
UNIDAD TEMÁTICA II. FACTORES DE RIESGO	
Sesión 4	107
Sesión 5	110
UNIDAD TEMÁTICA III. CONSECUENCIAS DEL ABUSO DE ALCOHOL Y DEL ALCOHOLISMO	
Sesión 6	113
Sesión 7	115
UNIDAD TEMÁTICA IV. FACTORES DE PROTECCIÓN	
Sesión 8	120
Sesión 9	124
CIERRE	127
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL TALLER	130
ANEXOS	
1. Cuestionario de datos de identificación personal	133
2. Cuestionario de categorías de análisis	135
3. Guión de entrevista semiestructurada	138
4. Presentación del taller (presentación acetatos)	139
5. Uso, abuso y dependencia del alcohol (presentación acetatos)	140
6. Material de apoyo	141
7. Hoja de procesamiento	145
8. Dependencia o adicción	146
9. Clasificación de bebedores	147
10. Situaciones ficticias	148
11. Hoja de procesamiento	150
12. Factores de riesgo y su definición	151
13. Guiones para el juego de roles	153
14. Alcohol, Lo que usted no sabe, puede perjudicarlo	155
15. Asertividad	159

16. Ejercicio: Piensa rápido y habla claro	161
17. Hoja de procesamiento	162
18. Toma de decisiones (presentación en acetatos)	163
19. La ruleta de la vida	164
20. Escala de Bonet	165
21. Historia	166
22. La docena mágica de la autoestima ( presentación en acetatos)	167
23. Relajación	168
24. Cuestionario de opinión personal	175
25. Lotería	176

## **RESUMEN**

En México, el alcoholismo se ha convertido en un problema de salud que afecta principalmente a los adolescentes debido a los múltiples cambios inherentes a la etapa de desarrollo. Por lo anterior, se presenta el diseño de un Programa de Prevención Psicológica del Alcoholismo en Adolescentes, fundamentado en la metodología del Grupo Operativo aplicado a la Enseñanza y apoyado en la propuesta didáctica del Taller Reflexivo. La propuesta intenta que los adolescentes ejecuten una participación proactiva en el programa, para reforzar habilidades que les permitan fomentar factores de protección como la asertividad, buena autoestima y adecuada toma de decisiones, que los lleven a la reflexión de las consecuencias del abuso del alcohol y reducir así, la incidencia de la adicción.

## **FUNDAMENTACIÓN**

La adolescencia es un periodo de transición entre la niñez y la adultez (12 y 21 años de edad) que conlleva cambios paulatinos físicos, cognitivos, psicológicos y sociales, que favorecen la comprensión e interacción con el entorno y permiten alcanzar la madurez. Sin embargo, es posible que para muchos jóvenes sea una etapa complicada por los cambios que se experimentan y por las etiquetas sociales y culturales que se tienen hacia ellos: flojos, rebeldes, conflictivos, complicados, etc.

No obstante, la adolescencia es una etapa decisiva para el ser humano, puesto que en ella tiene lugar la búsqueda de identidad y la individualización, ya que las reglas y límites impuestos por los padres y la sociedad en general son revalorados y reevaluados, controlando así la toma de decisiones, como sería la confirmación del papel sexual o de género, es decir, adoptar la forma de vida y comportamientos establecidos por la sociedad. Cuando los adolescentes son capaces de lograr la separación del seno familiar y asumen el rol sexual que desean, han encontrado su identidad y se dirá entonces que se está llegando a la madurez.

La necesidad de estudiar a este sector de la población con sus cambios y características propias, obedece a dos razones principales: la primera es que de acuerdo a los datos dados a conocer por la Organización de las Naciones Unidas (Santos-Preciado, 2003), en el mundo existen 170 millones de adolescentes y en México, el 21.3% (29.7 millones) de la población nacional se encuentra entre los 10 y 24 años de edad; en segundo lugar, y como se ha dicho anteriormente, la adolescencia es una etapa conflictiva por los cambios inherentes a ella, además de los inconvenientes sociales, psicológicos y emocionales a los que se pueden enfrentar como son las huidas del hogar, la deserción escolar, embarazos no deseados y las adicciones. En México, el abuso en el consumo de bebidas alcohólicas es un grave problema de salud pública, relacionado con cinco de

las 10 principales causas de defunción: las enfermedades del corazón, los accidentes, la patología cerebrovascular, la cirrosis hepática y los homicidios y lesiones en riña.

Por otra parte, indicadores epidemiológicos muestran que el consumo de alcohol entre la población ha aumentado en los últimos 10 años, al igual que los problemas asociados a esta práctica. Los efectos dañinos del abuso en el consumo de bebidas alcohólicas en los planos individual, familiar y social son evidentes. Los problemas en la economía familiar se suman a los ocasionados por la violencia, por la disminución de la productividad y de la prosperidad individual y social, así como por el sufrimiento moral del propio bebedor y de terceras personas (Secretaría de Salud-SSA, 2001,p. 20)..

Las drogas legales como el alcohol al incrementar su uso en cantidad y frecuencia generan dependencia o adicción, que se caracteriza por un impulso irresistible de consumir cierta droga; esta dependencia puede ser física cuando existe una adaptación fisiológica hacia determinada sustancia o dependencia psicológica porque se presenta un uso compulsivo para experimentar sensaciones o sentimientos placenteros (Medina-Mora, 1994). La dependencia o adicción al alcohol son sinónimos de alcoholismo, que se cataloga como un estado patológico o enfermedad, caracterizado por la falta de control para consumir alcohol, aunque esta conducta propiciará problemas físicos (cirrosis, gastritis), sociales (pérdida de trabajo, rechazo de los amigos), psicológicos (depresión, alucinaciones) o familiares (abandono, divorcios).

En México, el número de personas que tienen problemas con su forma de consumir alcohol, es representativo. Los resultados de diversas encuestas y estadísticas, como la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 1993-1998, Secretaría de Salud) señalan que de una muestra de 20 000 personas, las dos terceras partes de la población son bebedores (13, 332 personas, aproximadamente) y que el 53.7% se ubica entre los 12 y 18 años de edad; además, México se ubica en los primeros lugares de mortalidad por cirrosis hepática en el mundo con tasas de 22 muertos por cada 100 000 habitantes. De igual manera, el Instituto Nacional de Psiquiatría (INP) y la Secretaría de Educación Pública (SEP) a través de la Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria del Distrito Federal, efectuada en el 2000 (Villatoro, Medina-Mora et.al), permitieron detectar que la edad de inicio en la ingesta de bebidas alcohólicas se ubica entre los 13 y 14 años de edad, siendo en el Distrito Federal, la delegación política, Benito Juárez la que presenta los mayores índices de consumo: adolescentes de 13 o menos años de edad, 22.2% y de 14 años de edad, 29.9%.

Las cifras anteriores, permiten observar que el consumo y abuso del alcohol en México representa un problema grave que requiere de acciones efectivas para detenerlo, es decir, se requieren prácticas preventivas. La atención primaria a la salud tiene como meta principal reducir la incidencia de enfermedades

(como el alcoholismo). La prevención evitará la aparición de la enfermedad ya que afronta los factores de riesgo y fomenta los de protección, por lo tanto es necesario para evitar el abuso del alcohol y el alcoholismo la intervención de la prevención porque evita "la ocurrencia de la enfermedad o del daño, reduciendo la incidencia, sus acciones se efectúan previo a cualquier síntoma" (De la Fuente, 1997; CONADIC, 2000; Fernández-Ríos, 1994). Para apoyar las acciones de la prevención se recurre a la Psicología Preventiva, ya que ésta utiliza principios teóricos y tecnológicos desde una visión proactiva (incluyente, participativa) e integral (contexto sociocultural). Para lograrlo retoma las bases del Modelo de Competencia (Fernández-Ríos, L, 1994), que se anticipa a los problemas para evitarlos, enfocándose en el desarrollo cognitivo, en el entrenamiento y fortalecimiento de competencias o habilidades, etc. Las intervenciones de este modelo se centran en la identificación de factores de riesgo para reducirlos y ubicar también los factores de protección, pero éstos para fortalecerlos.

El consumo excesivo de alcohol en adolescentes, es una conducta que puede prevenirse a través de la educación e información oportuna de sus consecuencias y puede ser manejado a través de una metodología incluyente y activa que lleve a los adolescentes a reflexionar sobre los daños y consecuencias que éste acarrea a la salud física y psicológica. La metodología del Grupo Operativo es una opción adecuada por el tipo de dinámica que maneja, ya que las metas que pretenden alcanzar son aprender a pensar, hacer explícito lo implícito, romper con estereotipos y promover el trabajo grupal para lograr un objetivo común (Pacheco, 1986).

La estrategia didáctica respaldada por esta metodología es el taller, que resulta ser un instrumento flexible que permite relacionar contenidos temáticos con características poblacionales. Los talleres presentan características distintas a partir de los contenidos y objetivos que se pretendan lograr. En el taller psicológico se pretende reforzar los factores de protección y reducir factores de riesgo para lograr la prevención de conductas nocivas o dañinas para ciertos grupos de población, además se busca la modificación de estrategias de enfrentamiento y el desarrollo o fomento de habilidades asertivas [Hernández, 1992, cit. por Gómez ,J. y Velandia, R. (2000)].

Por todo lo anterior, se propone el diseño de un Programa de Prevención Psicológica para adolescentes de 12 a 14 años, apoyado en la propuesta didáctica del Taller reflexivo: "Alcoholismo: causas y consecuencias", construido a partir de la metodología del Grupo Operativo aplicado a la Enseñanza. Con esta propuesta se pretende que los adolescentes que participen proactivamente en el programa, desarrollen habilidades que los lleve a fomentar factores de protección como son las competencias de reflexión, asertividad, alta autoestima y toma de decisiones, para reflexionar sobre las consecuencias del consumo y abuso de alcohol y evitar la adicción.

Para sustentarlo se presentan los siguientes capítulos:

**Adolescencia**, en el que se expone el concepto de la misma, las teorías psicológicas que la explican y las problemáticas y características a las que se enfrentan los adolescentes.

**Alcoholismo**. En este capítulo se hace la diferenciación entre lo que es el consumo, el abuso y la adicción al alcohol, con la finalidad de esclarecer por qué el programa propuesto busca la prevención del abuso de alcohol. De igual manera, se expondrán las disciplinas que explican el origen del alcoholismo (Psicología, Antropología, Sociología, Fisiología y Alcohólicos Anónimos); las consecuencias físicas, psiquiátricas, psicológicas y de los adolescentes. Por último se mostrarán los patrones de consumo (estadísticas) que se han registrado en México a través de instituciones especializadas.

**Prevención**. En éste se explican los tipos de prevención que existen, así como la importancia de la Psicología Preventiva para alcanzar un estilo de vida saludable y fomentar el afrontamiento a los factores de riesgo que originan la enfermedad.

Por último se presenta la propuesta didáctica del Taller reflexivo: "Alcoholismo: causas y consecuencias", que está construido a partir de la metodología del Grupo Operativo aplicado a la Enseñanza. En él se pretende fomentar habilidades que permitan a los adolescentes enfrentarse a las situaciones de riesgo de una manera asertiva y evitar además, el abuso de alcohol al generar en ellos la reflexión sobre las consecuencias de ingerir bebidas alcohólicas.

## ADOLESCENCIA

La adolescencia es una etapa complicada por los cambios y modificaciones propias del desarrollo, así como por los estereotipos que existen con respecto a ellos. Para la sociedad los adolescentes están catalogados como sujetos conflictivos, exagerados, rebeldes, flojos, etc. Estas percepciones que la población tiene hacia los adolescentes son las que de una u otra manera los conflictúan, haciéndoles todavía más difícil el proceso de crecimiento y madurez.

De acuerdo con datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO), la Encuesta Nacional de la Juventud (ENJ), el Instituto Mexicano de la juventud (IMJ) y los Anuarios Estadísticos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) complementados con datos del Banco Mundial (Santos-Preciado, 2003) se establece que en el mundo existen 6 100 millones de personas, de los que adolescentes y jóvenes (10 a 24 años de edad) representan la cuarta parte de la población mundial (170 millones de personas).

El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), estableció en el Censo de Población 2000 (op. cit.) que en México, el 21.3% de la población es adolescente, representado por 29.7 millones de adolescentes y jóvenes (20.7 millones de adolescentes entre 10 y 19 años; 9 millones de jóvenes de 20 a 24 años de edad), de la que, con respecto al género, la población masculina es de 16.5 millones (49%) y la femenina de 17.1 millones (51%).

Esta población presenta cambios paulatinos de madurez sexual, cognitiva y psicosocial, que permiten al individuo comprender e interactuar de otras formas con su entorno y prepararse para entrar a la adultez. Los cambios cognitivos facilitan a los individuos el entendimiento de materias complejas como el álgebra, filosofía, historia, teología, etc., así como, los valores humanos que pueden propiciar un mejor aprovechamiento escolar y empatía con otros.

### Definiciones

Desde la perspectiva de la Psicología del Desarrollo, Papalia y Wendkos(1998) y Craig (1997), definen a la adolescencia como el periodo de transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta, tal etapa conlleva cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales característicos de la misma. El inicio y final de la adolescencia no son exactos, ni iguales entre los sexos y los individuos, sin embargo, se reconoce que oscilan entre los 12 y 21 años de edad. Para identificar los rasgos de esta etapa es importante considerar el contexto histórico y cultural al cual pertenecen.

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (1996), define la adolescencia como la etapa que "transcurre

entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. Paralelamente con éste tenemos también la juventud que comprende el periodo entre 15 y 24 años de edad. Es una categoría psicológica que coincide con la etapa post-puberal de la adolescencia, ligada a los procesos de interacción social, de definición de identidad y a la toma de responsabilidad, es por ello que la condición de juventud no es uniforme, varía de acuerdo al grupo social que se considere". (Dominguez, Y., 2003)

Según Erik Erikson, "la adolescencia es la 5ª de las 8 edades del hombre. Identificándola como una crisis de identidad en oposición a confusión de papel" (Ruano y Serra, 2001 p.44). Ante desafíos generales propios de cada etapa, el sujeto busca soluciones individuales adecuadas a su contexto cultural. La adolescencia se caracteriza por la necesidad de mantener la secuencia del sí mismo a pesar de los cambios corporales, enfocándose en la búsqueda y conservación de la identidad.

Ruano y Serra (2001) define a la adolescencia como "una transición del desarrollo, ya que es predecible, se relaciona con el paso de una etapa a otra y se puede intervenir sobre ella preparando al sujeto para aminorar el grado de estrés y de vulnerabilidad que acompaña a cualquier transición, además es normativa pues ocurre a todos los individuos" (p.45).

En consideración, las cuatro definiciones de adolescencia, señaladas anteriormente no presentan ninguna divergencia, puesto que se concibe como una fase del desarrollo humano que es posterior a la niñez y anterior a la adultez que se presenta aproximadamente entre los 12 años y los 21 años de edad. En esta etapa surgen características de madurez física, cognoscitiva y psicológica que permitirán al adolescente iniciar su papel como adulto, en esta transición se presentan ciertas crisis debido a los cambios múltiples ante la desadaptación. Existen diversas teorías psicológicas que permiten comprender a la adolescencia, estas señalan la importancia del desarrollo psicosocial en este período.

### **Teorías de la Adolescencia.**

A continuación, de manera breve y en orden cronológico se mencionarán algunas de las teorías que explican a la adolescencia como una etapa del desarrollo humano con sus características particulares:

- **Psicoanálisis.**

Los psicoanalistas en general, afirman que la adolescencia es más un estado de la personalidad que un estadio del desarrollo del individuo, es decir, el psicoanálisis considera que la personalidad se forma bajo la

dirección de los impulsos o libido, que se centran en distintas zonas del cuerpo dando lugar a las fases psicosexuales (oral, anal, fálica y genital). Cada fase está relacionada con características de la personalidad, y las diferencias individuales tienen su origen en aspectos del desarrollo que quedan fijados en alguna de las fases.

· **Sigmund Freud.** Propone, según Kimmel y Wiener (1998), que los adolescentes se enfrentan por segunda ocasión con preocupaciones psicosexuales que habían experimentado en la infancia. Por ejemplo, resurge el complejo de Edipo, es decir, el adolescente vuelve a experimentar un sentimiento especial por el progenitor del sexo opuesto y un rechazo al progenitor del mismo sexo, lo que le genera ansiedad y culpa; la diferencia es que ahora el adolescente opta por alejarse del progenitor deseado y se acerca al del mismo sexo.

· **Anna Freud.** Su teoría se sustenta principalmente en el concepto de mecanismos de defensa, proponiendo que estos permiten al sujeto enfrentar situaciones amenazadoras y estresantes.

Además, de los ya propuestos por el psicoanálisis clásico (represión, negación, proyección, formación reactiva) Anna Freud sugiere que en la adolescencia se desarrollan dos más (op. cit.):

- Ascetismo. Hay un rechazo de las tentaciones y la negación ante cualquier situación que produzca placer normal, para evitar así, cualquier indicio de ansiedad; los jóvenes que recurren a este mecanismo de defensa evitan hasta las diversiones más simples (fiestas, por ejemplo) para prevenir algún riesgo de que los impulsos no puedan ser controlados.
- Racionalización. Para minimizar la ansiedad el adolescente decide pensar detenidamente en sus ideas, estudiar las causas y debatir sobre aspectos morales, así el sujeto se muestra impersonal ante las situaciones amenazadoras y reduce la importancia real. "Las personas pueden mudar sus conflictos e incertidumbres en perspectivas abstractas que los mantengan a distancia" (op. cit., p. 39).

· **Peter Blos.** La teoría propuesta se distingue por estudiar a la adolescencia a partir de cinco estadios, que son:

1. Preadolescencia. Ligada al inicio de la pubertad, por lo que existe un aumento de la pulsión sexual, pero meramente cuantitativo porque en realidad todavía no existe un objeto afectivo.
2. Primera adolescencia. Al liberarse el adolescente de los padres (objetos edípicos), se realiza el duelo por esta pérdida. Además, el adolescente se ve involucrado en una situación homosexual, que le permite la separación de los padres, sustituyéndolo por el grupo de amigos.
3. Adolescencia. Se descubre el objeto heterosexual y se logra la separación total con los progenitores.

4. Final de la adolescencia. "El yo es el heredero de la adolescencia, al igual que el superyo es el heredero del complejo de Edipo" (op. cit.;p. 22). Existe la consolidación de la identidad sexual y de la aceptación del yo, lo que permite el acceso al objeto heterosexual.
5. Postadolescencia. Se entra a la vida adulta, es decir, al trabajo, la pareja, los hijos. Ahora el objeto amoroso está fuera del sí mismo (Aguirre, 1994).

- ***Harry S. Sullivan y el Enfoque Interpersonal.***

La propuesta de Sullivan sostiene que los individuos son seres sociales modelados por el ambiente cultural e interpersonal, por lo que los adolescentes evolucionan en la medida en que se adaptan al contexto sociocultural, el cual se encuentra determinado por los padres, amigos, docentes, etc.

Por ejemplo, los padres pueden aceptar con gusto que los adolescentes tengan un amigo o confidente del mismo sexo; "pero ahora, conforme el interés comienza a desviarse hacia personas del sexo opuesto, se registra una influencia represiva por el grupo familiar" (Sullivan 1974, p.311).

La adolescencia desde este enfoque se divide en tres periodos:

1. Preadolescencia. Los niños (a un paso de la adolescencia) generalmente, tienen un amigo íntimo o colega, usualmente del mismo sexo, que les permitirá prepararse para las relaciones interpersonales posteriores, que son mucho más maduras y gratificantes con personas de ambos sexos.
2. Adolescencia temprana. Comienza con la aparición del interés sexual o libinidoso. Sullivan lo llamó "dinamismo libinidoso, que explica como un modelo que supone una tensión recurrente o una zona corporal concreta, es decir, los genitales" (Kimmel y Wiener, 1998; p.43). Esta necesidad está en estrecha relación con la necesidad de seguridad y la necesidad de intimidad, las que eliminan la ansiedad y estrechan relaciones de colaboración.
3. Adolescencia tardía. Tiene lugar en el momento en que los jóvenes lograron la integración de las tres necesidades: seguridad, intimidad y libinosidad., con lo que tendrá mejores relaciones interpersonales

- ***Erik Erikson y el Enfoque Epigenético.***

La teoría de la Psicología psicoanalítica del yo de Erikson (op. cit.), incluye además la perspectiva sociocultural. Acentúa el predominio de la adaptación más que la de los instintos, asimismo integra las influencias ambientales, los efectos del modelado y la modificación de la conducta.

Erikson propone la división del desarrollo humano en ocho fases o estadios, tienen una epigénesis, es decir, las fases se conciben como acontecimientos en donde se involucra la maduración y el aprendizaje de manera interactiva.

De las ocho fases mencionadas, la quinta y sexta son las correspondientes a la adolescencia:

- a. *Identidad contra confusión de la identidad* (quinta fase). Inicia con la aparición de la pubertad y la necesidad social de encontrar una identidad, además de reflejar la nueva capacidad de pensamiento abstracto. En esta fase existe un periodo de moratoria, que se define como un cese en el desarrollo psicológico del adolescente; época en la que el adolescente aprende o se aventura, se autodisciplina o hace travesuras, buen aprovechamiento escolar o vagancia. La moratoria es consecuencia de la búsqueda de identidad, por lo que una vez que el adolescente logra dar respuesta a su interrogante, pasa a la siguiente fase.
- b. *Intimidad contra aislamiento* (sexta fase). Generalmente, se propone que es en la adolescencia cuando existe mayor curiosidad o necesidad de intimar con otras personas. Sin embargo, desde la postura epigenética, el adolescente no logra establecer una relación de intimidad hasta que su identidad esté construida. En este momento es cuando surge la intimidad contra el aislamiento, puesto que el adolescente sabe que socialmente (los amigos) se le avisa y presiona para lograr esta intimidad, no obstante se tienen dudas de que involucrarse sentimentalmente con otra persona facilite la definición de la identidad buscada, de tal manera que el adolescente se aísla para pensarlo mejor o bien acepta involucrarse para reafirmarse.

- ***Albert Bandura: Enfoque del Aprendizaje Social.***

El enfoque destaca los procesos objetivos y observables y supone que el aprendizaje se da a través del condicionamiento cuando se relaciona un refuerzo a una conducta específica; aunque también el aprendizaje es observacional, es decir, la persona debe seguir fielmente las conductas del modelo. Desde esta postura se supone que el adolescente presenta cambios como consecuencia de las condiciones externas que él observa e imita (interacciones sociales).

- ***Jean Piaget: Enfoque Cognitivo***

La postura cognitiva argumenta que las transformaciones y estadios de la adolescencia se deben al desarrollo de las competencias operatorias y no sólo a lo biológico, psíquico o social.

Para Piaget, hacia los 12 años el pensamiento se hace formal, situándose en lo abstracto y en lo posible, el pensamiento se torna hipotético-deductivo, lo que otorga al adolescente el pensamiento proposicional (Aguirre, 1994).

La etapa cognitiva de la adolescencia corresponde al estadio de las operaciones formales, que inicia

aproximadamente a los 12 años de edad. En esta etapa el adolescente presenta ciertas características como son:

- Deseo de ser agradable y afirmado por los iguales.
- Existe conformidad con los estereotipos sociales y aceptación de las reglas sociales
- La moral es interna y responsable.
- Conflicto y decisión entre dos normas.
- Los sujetos actúan no por normas exteriores, sino por normas interiorizadas, etc.

- **Arnold Gesell y la Teoría de la Maduración.**

La teoría de Gesell está cimentada en el concepto de crecimiento y maduración; proponiendo que el crecimiento es un proceso de cambios formales y funcionales, sujeto a leyes biológicas, es decir, es resultado de la maduración. Este planteamiento propone que es la biología y no los factores ambientales, la que establece los rasgos del desarrollo y la maduración (consecuencia de la genética) que posibilita el aprendizaje (Aguirre, 1994). Gesell llamaba "aculturación al proceso ulterior a la maduración en el que los factores ambientales (familia, escuela, etc.) conforman la conducta individual o colectiva, aunque la aculturación nunca puede prevalecer sobre la maduración" (op.cit., p. 18).

Manifiesta que las características más representativas de la adolescencia son:

- Sociabilidad y responsabilidad.
- Independencia familiar e integración a grupos de su misma edad.
- Autocrítica e idealismo.
- Autoafirmación de la personalidad.
- Alta autoestima, etc.

Las teorías psicológicas propuestas dan mayor énfasis a las características psicosociales, no obstante se presentan otros cambios propios de la etapa, los que en conjunto definen al adolescente. A continuación se describirán las características físicas, cognitivas y psicosociales:

## **Características de la Adolescencia**

### **Físicas**

Estas inician en la fase denominada **pubertad**, que es un proceso de madurez sexual que permitirá la reproducción humana. Los cambios que se presentan en el ámbito biológico y físico son: crecimiento corporal (estatura y peso), maduración de los órganos sexuales primarios y el desarrollo de las características

sexuales secundarias.

Los cambios propios de las niñas son:

- La principal señal de la pubertad es la menarquia (primera menstruación)
- Crecimiento corporal (estatura y peso)
- Maduración y crecimiento de las características sexuales primarias (órganos de reproducción): ovarios, trompas de Falopio, útero y vagina.
- Desarrollo de las características sexuales secundarias, que son signos fisiológicos de la madurez sexual: crecimiento de los senos; crecimiento del vello púbico y axilar; ensanchamiento y aumento de la profundidad pélvica; mayor actividad de las glándulas sebáceas y sudoríparas.

Los cambios propios de los niños son:

- Primera eyacuación seminal
- Crecimiento corporal (estatura y peso)
- Maduración y crecimiento de las características sexuales primarias (órganos de reproducción), estas son: testículos, pene, escroto, vesículas seminales y próstata.
- Desarrollo de las características sexuales secundarias, que son signos fisiológicos de la madurez sexual: crecimiento del vello púbico, axilar y facial; cambios en la voz; mayor actividad de las glándulas sudoríparas y sebáceas; ensanchamiento de los hombros.

Los cambios físicos y emocionales típicos de la adolescencia son provocados por la producción de hormonas secretadas por las glándulas endocrinas, estas a su vez, han sido estimuladas y reguladas por la hipófisis o pituitaria. En los hombres, los testículos (glándulas sexuales) aumentan la secreción de andrógenos principalmente testosterona y producen espermatozoides; y en las mujeres los ovarios (glándula sexual) producen óvulos y aumentan la secreción de estrógenos y progesterona.

El crecimiento y la madurez biológica de los adolescentes requieren de un proceso de adaptación, el que se dificulta debido a las discrepancias de madurez ya sea tardía o temprana de un sujeto en comparación con los compañeros de escuela o del grupo de amigos de la misma edad, es decir, el adolescente al contrastar su propio desarrollo con el de los otros o con su ideal, suele sentirse "diferente" a lo que él desearía, ya que en esta etapa los muchachos le dan mucha importancia al aspecto físico (Papalia y Wendkos, 1999; Craig, 1997; Grinder, 2001).

## Cognoscitivas

Para reconocer el desarrollo del adolescente en el ámbito cognitivo se retoman los conceptos de Piaget descritos por Lutte (1991) y Lara (cit. por Aguirre, 1994). Piaget en 1955 postula una teoría del desarrollo cognitivo humano desde el nacimiento a la madurez, dividiéndolo en estadios con base a la manera de asimilar y acomodar la información del medio, considerando la maduración neurológica y la estimulación ambiental de cada individuo. Los estadios en que se divide el desarrollo cognitivo son: sensomotriz (0-24 meses), preoperacional (2-6 años), operaciones concretas (6- 12 años) y operaciones formales (a partir de los 12 años), cada uno de estos poseen diferencias en la estructura cognitiva para enfrentar los estímulos ambientales a los que se expone.

El estadio propio de la adolescencia es el de las **operaciones formales**, caracterizado por la capacidad del pensamiento abstracto con lo que se prescinde de lo tangible, esta habilidad y otras se perfeccionan a través de la evolución de los primeros estadios que sirven como base para el siguiente. Además de poder hacer y comprender abstracciones, el adolescente también es capaz de resolver problemas (lógico-matemáticos, sociales, filosóficos, etc.) hipotetizando soluciones por medio de proposiciones mentales previas a la experimentación, tales formulaciones implican las variables que componen el problema y las combinaciones posibles de éstas, al comprobar o rechazar las hipótesis previamente planteadas y cotejarlas con la realidad se emplea el razonamiento hipotético-deductivo correspondiente al método científico, todo este procesamiento de la información es ordenado y sistematizado.

En resumen las capacidades cognitivas de los adolescentes son:

- Capacidad de abstracción, con lo que aprenden aspectos que impliquen símbolos o términos abstractos como la religión y filosofía.
- Subordinación de lo real a lo posible.
- Razonamiento hipotético-deductivo, al resolver un problema plantea posibles soluciones que verificará con la realidad.
- Pensamiento proposicional.
- Resolución de problemas aislando las variables y aplicando las leyes de la combinatoria.
- Empleo de la introspección, para analizar sus sentimientos.
- Identificación y comprensión de las ideas y sentimientos ajenos.
- Replanteamiento de valores morales (Lutte,1991; Lara cit. en Aguirre, 1994; Papalia y Wendkos, 1999 y Craig, 1997).

## Psicosociales

Los cambios físicos y cognitivos provocan modificaciones en la identidad y en las relaciones interpersonales de los adolescentes. Las características principales del desarrollo psicosocial del adolescente según Ruano y Serra (2001) son: búsqueda de identidad, desapego de los padres y mayor relación con grupos de coetáneos. Estas se reconocen como **tareas evolutivas de los adolescentes**, puesto que los cambios en el desarrollo psicológico de los mismos se caracterizan por búsquedas y adaptaciones, las cuales se encuentran integradas en el contexto sociocultural, básicamente.

A continuación se explicarán estas tareas evolutivas:

### *1. Desarrollar nuevas relaciones con amigos.*

Los adolescentes manifiestan su necesidad de establecer lazos afectivos diferentes a los del ámbito familiar, por lo que los iguales (amigos) se convierten en los personajes idóneos para lograrlo.

Martí y Onrubia (1997) proponen que los amigos pueden "contribuir de un modo positivo al desarrollo de las capacidades cognitivas, afectivas y relacionales de los adolescentes, además, favorecen el debate y la confrontación de puntos de vista, los cuales pueden ayudar en la construcción del conocimiento" (p.109)

En este sentido los adolescentes comienzan a tener conciencia de la importancia de escuchar diferentes posturas y aprender a respetarlas, puesto que aun siendo sus iguales, no necesariamente tienen que pensar o actuar de la misma forma. Sin embargo, estas diferencias no entorpecen el vínculo afectuoso e íntimo, por el contrario, los lleva a la reciprocidad de conductas profundamente emotivas.

Las relaciones amistosas entre adolescentes generalmente inician porque es posible realizar actividades comunes (practicar algún deporte, hacer tareas, etc), pero después de un tiempo de convivencia, se espera confianza y lealtad mutua, ahora las perspectivas de los amigos son de confianza y complicidad.

Por otro lado, la pertenencia a un grupo parece facilitar la separación del entorno familiar, puesto que los adolescentes no enfrentan solos los múltiples cambios, en un grupo de iguales todos pasan por lo mismo; de tal manera, que el grupo en general se siente seguro y protegido ante las situaciones sociales y emocionales desconocidas. Asimismo, la pertenencia social ayuda a la autoaceptación y autovaloración, lo que permite desarrollar una autoestima positiva.

### *2. Independencia emocional de la familia y establecimiento de la autonomía.*

Esta tarea evolutiva está íntimamente relacionada con la individualización, en la medida que las reglas, límites, valores, costumbres que anteriormente habían impuesto los padres a los adolescentes, se revaloran y reevalúan, se logra un control sobre la toma de decisiones.

Desde la perspectiva sistémica familiar "la presencia de los hijos adolescentes introduce la reorganización de los patrones familiares, un proceso de redefinición en las expectativas sobre los recíprocos roles relacionales, el cambio de recursos, y la expresión de la afectividad" (Minuchin, 1985 cit. en Ruano y Serra, 2001, p.60).

En la etapa de la adolescencia se llega a la separación emocional entre padres e hijos, puesto que los jóvenes están en busca de la autonomía y además consideran que existe una brecha generacional que no permite que los padres los entiendan. Los adolescentes creen que esta diferencia de edad, es la que ocasiona que sus progenitores critiquen su forma de vestir, de hablar, de caminar, los amigos, la música y en general todo su ambiente adolescente. Las percepciones generan mayor descontento entre los jóvenes y los hace pensar en la necesidad extrema de separarse de la familia, mientras que los padres tienden a minimizar el problema, argumentando que es una situación pasajera y que el adolescente es un niño que requiere todavía los cuidados excesivos de los padres. Estas problemáticas pueden ser reforzadas por las emociones y cogniciones de los adolescentes: quieren tener el control total sobre su vida y decisiones, pero se niegan a abandonar completamente las relaciones y la protección de los padres, por lo que el camino exitoso a la autonomía es cuando el adolescente logra un equilibrio.

Las ideas y valores que la familia ha inculcado al adolescente, son decisivos en la autonomía o no autonomía del joven. Al respecto Martí y Onrubia (1997), proponen la existencia de tres patrones de participación social de las familias:

- Las familias que son **democráticas**, ejercen un control moderado y flexible en la vida del adolescente, por lo que éste presenta una autoestima positiva y un equilibrio emocional, que los lleva a la autonomía deseada, sin conflictos emocionales por lo que sienten con respecto a su familia.
- Las familias **autoritarias** se caracterizan por la presencia de padres exigentes y controladores arbitrarios en el comportamiento de los hijos. Ante esta participación familiar, los jóvenes son inseguros, temerosos, emocionalmente inestables y por lo tanto, alcanzar la autonomía se vuelve complicado.
- En la familia **permisiva** se carece de control con respecto a los hijos jóvenes. La pasividad y condescendencia de los padres hacia los adolescentes, propicia que estos tengan dificultades de adaptación a situaciones o contextos diferentes a los que se viven en casa, esto se debe a que en

casa nunca conocieron las reglas y cuando se enfrentan a la sociedad no son capaces de identificarlas y acatarlas, por lo que su timidez les dificultará alcanzar la autonomía.

Por lo anterior expuesto, se concluye que la participación de la familia en la vida del adolescente será más enriquecedora, en la medida que los padres permitan a los hijos equivocarse y empezar a tomar decisiones sobre su vida, pero sin dejar de lado las reglas y límites, que no sólo la familia establece sino la sociedad en general. Esto conlleva a que los adolescentes logren alcanzar su autonomía sin emociones antagónicas que los ponen en conflicto, como el romper con la familia, pero sentir pánico ante esta ruptura.

### *3. Búsqueda de identidad.*

Los adolescentes se encuentran en una etapa de confusión, puesto que aquello en lo que confiaban y de lo que se sentían seguros, ahora se encuentra en duda. En la búsqueda de su nueva identidad les preocupa su apariencia física y que ésta sea aceptada por los amigos; quieren ser individuales y diferentes de sus iguales pero sin dejar de ser valorados e incluso admirados.

El patrón de comportamiento de una persona es el de identidad; Erikson (cit. por Martí y Onrubia, 1997) propone que la identidad es la "diferenciación personal inconfundible" (p. 88). Son cuatro los elementos que la conforman:

- 1 Sentimiento reflexivo de la identidad individual.
- 2 Esfuerzo inconsciente por la continuidad personal.
- 3 Síntesis del yo y sus actos.
- 4 Solidaridad interior con la identidad y los ideales grupales.

El esclarecimiento de la identidad está íntimamente relacionado con la individualización, por lo que a medida que ésta se construya se logrará la separación emocional de los padres.

Bolívar (s/a) propone que el inicio de la búsqueda de identidad tiene lugar "con el moldeamiento del yo por parte de otras personas, pero la información de la identidad implica ser uno mismo, en tanto el adolescente sintetiza más temprano las identificaciones dentro de una nueva estructura psicológica". Es decir, para formar una identidad el yo organiza las habilidades, necesidades y deseos de una persona y la ayuda a adaptarlos a las exigencias de la sociedad. Durante la adolescencia la búsqueda de la identidad se vuelve insistente a medida que termina o culmina el moldeamiento del yo por parte de otras personas (identificación del adolescente).

De acuerdo con Marcia (cit. por Bolívar, Y) los adolescentes, como parte de la búsqueda de identidad, es

posible que se ubiquen en uno de los cuatro diferentes niveles del desarrollo del ego. Éstos se desarrollan con características de personalidad, ansiedad, autoestima, etc. Los cuatro niveles son:

- Exclusión. En el que el adolescente no se ha detenido a buscar alternativas, por lo que resulta más sencillo comprometerse con los objetivos de algún conocido y de esta manera no es necesario adquirir compromisos.
- Moratoria. El adolescente comienza a explorar algunas alternativas, que desencadenan crisis porque hay posibilidad de adquirir compromisos.
- Logro de la identidad. Se adquiere un compromiso después de haber atravesado por una crisis, al reflexionar sobre las diversas alternativas.
- Confusión de la identidad. Se puede presentar de dos maneras: por la exploración de alternativas pero sin adquirir compromisos o sin exploración de alternativas y la misma ausencia de compromisos.

El conflicto de alcanzar una identidad será más sencillo para el adolescente, cuando comprenda que a diferencia de la niñez, no es necesario depender o confiar en otros, principalmente en los padres; durante la adolescencia es importante que los jóvenes aprendan a confiar únicamente en ellos.

Eric Erikson (cit. por Maier, 1980) señala que en la adolescencia, "el yo realiza una síntesis gradual del pasado y del futuro. Dicha síntesis es el problema esencial de esta fase final, antes de la adultez sociopsicológica. Puede describirla como un periodo de autoestandarización en la búsqueda de identidad sexual, de edad y ocupacional" (p.67). Es decir, para formar una identidad el yo organiza las habilidades, necesidades y deseos de una persona y la ayuda a adaptarlos a las exigencias de la sociedad.

#### *4. Toma de decisiones.*

Ruano y Serra (2001) proponen que en esta tarea evolutiva la decisión más importante corresponde a la confirmación del papel sexual o de género.

La adolescencia es una etapa complicada en la construcción del género, principalmente porque aquellas características sociales y culturales destinadas para el hombre y la mujer, son cuestionadas porque el adolescente busca la independencia de los padres y no permite que ellos sigan marcando sus pautas de conducta. Sin embargo, los adolescentes reciben los modelos de identificación de los roles sexuales en el entorno familiar, es ahí donde se establecen las normas que se han de seguir para ser *un buen hombre o una buena mujer*.

Bakan (cit. por Aguirre, 1994) sugiere al respecto, que existen dos modalidades que caracterizan a las personas:

- La *agency*\*, que se manifiesta por autoprotección, aislamiento, alineación, soledad, represiones de los pensamientos, emociones o impulsos; que da a lugar una personalidad asociada con el engrandecimiento del ego y el dominio de los demás, característico de los varones.
- La *comuni6n*\*, que se caracteriza por la carencia de separaci6n, el contacto, la cooperaci6n y eliminaci6n de la represi6n, por lo que la personalidad resultante es de un individuo participativo que facilita la apertura al contacto social, tal y como lo hacen las mujeres.

Estas formas de comportamiento y aprendizaje las modelan principalmente los progenitores. Rocha (2000), propone que las conductas del padre representan para el adolescente, al individuo fuerte que establece reglas, que soluciona los conflictos econ6micos de la familia y tambi6n los conflictos entre los hijos (peleas entre hermanos, castigos, etc.), pero adem6s de realizar todas estas actividades, todav6a tiene la posibilidad de atender y querer a la esposa, as6 como de divertirse. Mientras que para las adolescentes la figura paterna es percibida como flojo y ajeno para la situaci6n familiar, puesto que no ayuda con las labores dom6sticas y no sabe divertirse.

Por otro lado, los adolescentes tienen una percepci6n m6s positiva de s6 mismos, pues se consideran m6s asertivos, capaces, competentes, audaces, etc. Estas percepciones son reforzadas por los padres y tambi6n por la sociedad, ya que culturalmente el hombre tiene una figura m6s fuerte y de superioridad sobre la mujer; lo que provoca la reafirmaci6n en las percepciones de las adolescentes que se consideran m6s d6biles, menos decididas, prueba de ello son aquellas que se dejan llevar por las presiones o esquemas tradicionales y "al tratar de tener una carrera, trabajar o viajar, y no tener como primera meta el casarse o tener hijos ya no son buenas o valoradas malas y por tanto se perciben como ego6stas, envidiosas y exigentes" ( op. cit., p. 96).

Por lo anterior la tarea del adolescente es decidir si confirma el g6nero tradicional o modifican sus percepciones adopt6ndose como mujer u hombre que busca la superaci6n personal y el logro de todos sus objetivos sin sentir remordimientos y culpas; adem6s de la adopci6n del rol sin menospreciar al otro, pero sin dejar de ser asertivos y decididos.

Durante el proceso de cambio de la adolescencia, donde se definen las caracter6sticas f6sicas, cognoscitivas y psicosociales anteriormente descritas, suelen presentarse algunas dificultades de desarrollo.

---

\* T6rminos utilizados por Bakan cit. por Aguirre, 1994.

## **Problemas o Dificultades en los Adolescentes**

La adolescencia, como se ha descrito, es una etapa de transición que genera múltiples conflictos y conductas distorsionadas entre los jóvenes. Sin embargo, y a pesar de que pueden ser situaciones normativas, existen algunas dificultades o problemas que alteran e impiden el desarrollo además, perjudican la salud del adolescente. A continuación se realizará una exposición de estas problemáticas.

### **▪ Consumo y abuso de drogas.**

Entre los problemas o dificultades más comunes en los adolescentes se encuentra el consumo y abuso de drogas, siendo el alcohol la sustancia más utilizada en los jóvenes.

Los adolescentes consumen drogas experimentalmente porque esperan que "el alcohol u otras drogas, los ayuden a funcionar mejor socialmente o en actividades deportivas o intelectuales, corriendo un riesgo relativamente alto de implicarse en las drogas de manera progresiva" (Kimmel y Wiener, 1998 p. 483)

Generalmente, cuando el consumo experimental resulta gratificante se recurre al consumo social de las drogas. Éste es usual entre los adolescentes pues se encuentran en una etapa de transición y de búsqueda, necesitan reafirmar su identidad (apenas formada o en proceso de) y sentirse aceptados y valorados por los iguales. Este consumo es ocasional, porque habitualmente se encuentra limitado a fiestas, reuniones, etc. Pero no por ello, deja de ser un problema grave al que se enfrentan, puesto que esta conducta ocasional se puede convertir en una adicción.

Existe, según Kimmel y Wiener (1998) el consumo medicinal de drogas, en el que los adolescentes las ingieren para mitigar o aliviar la ansiedad y el estrés, por lo que hay muchas posibilidades de que se adopte como una forma de vida, es decir, ante situaciones generadoras de estrés (un examen escolar, una discusión familiar, etc.) el adolescente escapará de ellas ingiriendo las sustancias psicoactivas.

El consumo adictivo, genera habituación a las drogas (dependencia) y al no ingerirlas se presenta el síndrome de abstinencia (malestar físico y/o psicológico). La adicción ocasiona múltiples consecuencias: físicas (daño al hígado, riñones, corazón, estómago, etc.), psicológicas (ansiedad, depresión, angustia, entre otras), sociales (despido del trabajo, accidentes, riñas...) y familiares (desintegración familiar, violencia intrafamiliar).

Las causas por las que los adolescentes deciden utilizar drogas son diversas, las características personales (timidez, inseguridad, baja autoestima), la excesiva disposición de ellas, la tolerancia social ante drogas como el alcohol, la búsqueda de nuevas emociones, entre otros. Con respecto a las causas que propician el consumo de drogas, Kandel (1981, cit. por op. cit.), propone que el inicio se encuentra determinado ante todo por "las influencias de los padres y los compañeros y no demasiado por las características personales" (p. 485).

Estas influencias son modeladas, es decir, los adolescentes imitan la conducta de las personas cercanas como son el padre, madre o algún otro familiar.

#### ▪ **Fugas.**

Es posible hacer una clasificación de las fugas, a partir de la gravedad y la frecuencia con la que se realizan (op. cit.). Los *fugitivos* son aquellos que decidieron por su propia voluntad abandonar el hogar, incluso en repetidas ocasiones y por periodos de tiempos breves o prolongados.

Los *expulsados* son adolescentes que han sido motivados a dejar el hogar; las causas pueden ser violentas cuando se utiliza la fuerza o no violentas cuando los padres animan a los hijos a dejar la casa.

Existen también los adolescentes que se fugan, para escapar de una situación difícil en casa y los que huyen para buscar nuevas aventuras interesantes o emocionantes.

Las causas o factores que propician las fugas son similares para los fugitivos, expulsados o los que escapan de los problemas. Generalmente las causas están relacionadas con dificultades familiares constantes y reiterativas, problemas escolares como pueden ser el bajo rendimiento, la antipatía del o hacia el docente, entre otros; así como la incapacidad para comunicarse efectiva y asertivamente con la familia, los amigos, los adultos, etc. Otro factor constante para que los adolescentes huyan de sus casas, son los múltiples abusos a los que son sometidos, el abuso verbal, físico y sexual, así como las discusiones y riñas constantes entre los miembros de la familia.

La falta de comunicación es una causa que también puede propiciar la fuga de los adolescentes. Ellos creen que no encajan en ningún lugar, ni en la casa, la escuela o incluso con los pares, por lo que tienden a autoexcluirse de los diversos entornos y experimentan incompetencia, irrelevancia, fracaso, etc. Ante estas cogniciones y la comunicación ineficaz la fuga es un escape, pero también una llamada de atención, es decir, los padres, amigos o maestros, resienten su ausencia y aprenden a valorarlos.

#### ▪ **Suicidio.**

Para muchos adolescentes resulta muy complicado enfrentar los cambios propios de la edad, es posible que experimenten demasiada ansiedad y tensión, por lo que una posibilidad es hacerse algún daño para terminar definitivamente con la angustia y estrés.

Kimme! y Wiener (1998), proponen que el incremento de suicidios entre los adolescentes, sea posiblemente consecuencia del estrés extremo de la modernidad y de las tensiones del mundo caótico e inseguro. Por otro lado, sugieren que una vez que el adolescente ha pensado en la posibilidad de un suicidio o bien lo ha intentado, la conducta suicida se vuelve un riesgo pues los jóvenes lo seguirán intentando hasta consumarlo.

Asimismo, plantean otras cuatro causas generadoras del suicidio:

1. Complicaciones familiares en general. Usualmente los jóvenes que intentan o se suicidan, pertenecen a familias disfuncionales y conflictivas, que experimentan: divorcio de los padres, abandono o la muerte de alguno de los padres; inestabilidad familiar; falta de respeto, constantes agresiones entre cónyuges, o entre padre-hijo, etc. Estas circunstancias generan ambientes de angustia, enojo, miedo y frustración, por lo que el adolescente considera que acabar con su vida es acabar con el sufrimiento constante.

2. Molestia emocional. La frustración suele generar en los adolescentes sentimientos de tristeza, furia, resentimiento, soledad, desamparo, angustia, depresión, se sienten rechazados, ajenos a la vida. Estas emociones intensifican sus percepciones y cogniciones de los problemas personales y familiares, provocando que las relaciones con sus padres se vuelvan más tensas y caóticas, ya que no pueden expresar sus verdaderos sentimientos y son criticados y acusados por sus padres, de ser neuróticos, exagerados y alarmistas. En otras circunstancias los jóvenes interpretarían estas actitudes de sus padres como consecuencia de su edad (brecha generacional), pero para el adolescente que ha pensado constantemente en el suicidio se vuelve un malestar emocional que le da una razón contundente para suicidarse.

3. Desintegración de las relaciones sociales. Ante la dañada relación existente entre el adolescente y los padres, éstos buscan una figura sustituta, como puede ser algún familiar, profesor o pareja. Sin embargo, "los adolescentes suelen sentirse prescindibles en sus relaciones interpersonales" (p. 499).

Esta conducta los lleva a la intolerancia en todos los sentidos, no toleran que el novio hable con otras personas o que los profesores mantengan una relación estrecha con algún otro alumno, por lo que la ruptura se vuelve casi inminente y los adolescentes no pueden tolerarlo y de todos modos llegan al suicidio.

4. Esfuerzos insatisfactorios para resolver los problemas. Los adolescentes suicidas han intentado constantemente darle solución a sus problemas. Desean solucionar los conflictos con sus padres, buscan apoyo en otros lugares, con otras personas; algunos recurren a fugas, a conductas delictivas para llamar la atención y poder establecer un diálogo, sin embargo, consideran que estos esfuerzos han sido en vano y concluyen que lastimarse es una manera de alertar a los padres y amigos. Algunos sólo lo piensan, otros lo intentan y están aquellos que lo consuman.

▪ ***Aceptación de la muerte.***

La manera en que los adolescentes responden a la muerte de algún ser querido es compleja, algunos recurren a figuras parentales sustitutas como puede ser un tío, un profesor o un hermano mayor que les guíe y apoye como lo haría el padre o la madre. Ante tales figuras parentales los adolescentes pueden continuar con la incompatibilidad que tenía con el progenitor muerto y que les reforzaba la afirmación de su autonomía.

Para algunos adolescentes la pérdida resulta tan dolorosa e insoportable, que albergan fantasías de que el familiar fallecido sigue vivo, visualizan la muerte como un sueño, por lo que la pérdida no existe, es sólo una pesadilla. Muchos de estos jóvenes, incluso realizan actividades cotidianas llenas de entusiasmo y alegría, que evidentemente confunden a los adultos, es decir, el resto de la familia se pregunta si la pérdida no le afectó y por eso no respeta el fallecimiento. Sin embargo, éstos son solo escapes para mitigar el dolor causado por la pérdida.

Según Papalia y Wendkos (1999) y Florenzano (1998) existen otras dificultades que ocurren en la adolescencia, éstas se presentan por carencia de destrezas o conocimientos necesarios ante situaciones novedosas y estresantes. Señalan que los problemas que se muestran más comúnmente en los adolescentes son:

- **Sexualidad “irresponsable”**, que puede generar embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual.
- **Desórdenes alimenticios**, debido a que los jóvenes le brindan demasiada importancia a la imagen corporal y aún no se adaptan a los cambios físicos por los que atraviesan, suelen rechazar su imagen porque no cumple con sus ideales o con los estereotipos de belleza, esto puede desembocar en anorexia o bulimia.
- **Conductas delictivas**, con el fin de pertenecer a un grupo, divertirse o sólo por romper con las reglas establecidas, los muchachos optan por conductas de robo, destrucción, violencia, etc.
- **Problemas escolares**, se caracterizan por el bajo rendimiento y la deserción escolar, que son consecuencias de las actitudes de los docentes y compañeros, de la calidad del sistema escolar, de las bajas calificaciones o de tener más edad que los compañeros.

## Conclusiones

La adolescencia es una etapa de transición que va marcando el camino hacia la adultez; esta transición presenta modificaciones en los ámbitos físico, cognitivo y psicosocial lo que puede ser o no, favorable para los adolescentes.

La emancipación del seno familiar propicia que el adolescente pueda establecer una autonomía y lograr una identidad propia que le permite a su vez tomar decisiones importantes como lo es el establecimiento del rol sexual. Es posible que estas tareas del desarrollo representen una dificultad para los jóvenes puesto que los patrones de conducta que la sociedad establece lo hacen más difícil. Al respecto y retomando el Enfoque Interpersonal de Sullivan, que establece que los individuos son seres formados por el ambiente y que los adolescentes se desarrollan en la medida en que se adecuan al contexto sociocultural, es posible notarlo con la identificación de los roles de género, puesto que en la sociedad mexicana el hombre es educado para

ordenar y dar bienes materiales a la familia, mientras que la mujer tiene como obligaciones principales el cuidado de los hijos, así como la sumisión y obediencia hacia el cónyuge; estos patrones son adoptados, más no aceptados por algunos adolescentes, lo que les genera descontento y confusión. Al no adaptarse a los cambios de la etapa y al no desarrollar destrezas de afrontamiento al estrés (presión social, problemas escolares y de relación ya sea con amigos y/o padres) se llegan a presentar dificultades comunes de esta población, tales como: conductas suicidas, fugas, consumo de drogas, etc., que alteran la salud física y psicológica de los adolescentes. El uso de drogas entre los adolescentes a incrementado y la edad de inicio a disminuido, siendo una de las drogas de inicio el alcohol, el consumo de éste se ha integrado como alternativa para interactuar entre coetáneos, por lo mismo es importante para este estudio la descripción del alcoholismo como problema de desarrollo entre los adolescentes.

## ALCOHOLISMO

Actualmente se reconoce que el consumo de alcohol en grandes dosis es un problema de salud mundial<sup>1</sup>, ya que provoca altos índices de muertes y problemas sociales, familiares, laborales y educativos entre los mismos consumidores así como en las personas que los rodean. El alcohol es catalogado como una droga legal, ya que su venta y producción son permitidas por las autoridades sanitarias mexicanas, lamentablemente esta disponibilidad legal aunada a la aceptación social del alcohol como un medio de convivencia, ha propiciado un abuso en su consumo e incluso ha minimizado los efectos adictivos que ocasiona. La sociedad mexicana manifiesta actitudes favorables en torno al consumo de alcohol en fiestas, reuniones familiares e incluso para hacer negocios, es *normal* asistir a reuniones familiares o de amigos en donde no faltan las bebidas alcohólicas para que celebren los adultos, tal actitud es imitada y aprendida por los adolescentes, sin considerar los problemas que acarrea el consumo excesivo. Los mitos que se han generado hacia el consumo del alcohol, distorsionan y disminuyen las consecuencias adversas que puede desencadenar el ingerir bebidas embriagantes. El mito más común que se escucha es que el alcohol no es una droga y por lo mismo los que lo ingieren no se pueden convertir en drogadictos ni provocar daños severos. No obstante, al consultar los medios de comunicación masivos se pueden observar casos diversos, tales como: violencia, accidentes automovilísticos y laborales, actos delictivos, suicidios, entre otros, donde el alcohol se presentó como detonante de estos.

### Uso, Abuso y Dependencia del alcohol

Se reconoce que el alcohol es una droga<sup>2</sup>, y que su consumo se puede clasificar en: uso, abuso y dependencia. Las diferencias primordiales entre estos radican en la cantidad, la frecuencia y las consecuencias adversas que se generan.

Medina-Mora (1994), Solís (2003) y Castro (2000), coinciden en la siguiente diferenciación de los términos: uso, abuso y dependencia. Reconocen como **uso** de alcohol, cuando al ingerirlo, ya sea por primera vez o de forma ocasional no se alcanza la intoxicación<sup>3</sup> o embriaguez, por lo que no se alteran las funciones orgánicas como el control motor, los reflejos y la percepción sensorial, entre otros; además, este uso no ocasiona

---

<sup>1</sup> En 1979, la Asamblea de la OMS dejó formalmente establecido que "Los problemas relacionados con el abuso del alcohol están entre los problemas de salud pública más importantes en el mundo" (Secretaría de Salud-SSA, 2001,p. 21).

<sup>2</sup> "las drogas son todas aquellas sustancias que al introducirse en el organismo pueden modificar una o más funciones de éste, capaz de generar dependencia caracterizada por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden la necesidad de consumir la sustancia de manera continua, a fin de obtener sus efectos y a veces de evitar el malestar de su falta" (CONADIC, 2004).

<sup>3</sup> "La característica esencial de la intoxicación alcohólica es la presencia de un cambio psicológico o comportamental desadaptativo clínicamente significativo (p. ej., comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que aparece durante la ingestión de alcohol o poco tiempo después. Estos cambios se acompañan de lenguaje farfullante, falta de coordinación, marcha inestable, nistagmo, deterioro de la atención o la memoria, estupor o coma". (DSM-IV, 2000,p.203).

daños en el usuario ni en terceras personas. Al continuar bebiendo (aumentando la dosis) se obtiene un nivel de intoxicación, caracterizada por desinhibición, dificultad para la coordinación motora, trastornos en la percepción sensorial, confusión mental, así como cambios en el comportamiento etc. Para obtener estos efectos en el organismo se **abusó de la sustancia**, éste se puede presentar en una sola ocasión o repetirse en situaciones diferentes (por ejemplo en fiestas) sin embargo, las secuelas se presentan tanto en el consumidor como en terceras personas, ya sea a corto o largo plazo, por ejemplo: problemas de salud, accidentes automovilísticos o laborales, conductas violentas, ausentismo laboral, etc. Si los episodios de abuso de alcohol se incrementan en frecuencia y cantidad, puede desarrollarse **dependencia o adicción**, que se caracteriza por un impulso irresistible de consumir cierta droga, con el propósito de experimentar sus efectos sobre el organismo o para evitar el malestar si no se consume. Estado que provoca síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la droga de forma continua y esporádica, a pesar de tener problemas ocasionados por su consumo.

Se considera que la dependencia se divide en dos tipos:

- a) *Física*. Caracterizada principalmente por un estado de adaptación fisiológica del organismo hacia cierta droga. Al detener su consumo se presenta el Síndrome de Abstinencia.
- b) *Psicológica*. Se cataloga como un uso compulsivo frecuente de una droga para producir sentimientos agradables o para evitar malestar; no presenta aún rasgos de dependencia física. Por ejemplo, ciertas personas consideran que tomar una copa de vino tinto durante la comida les hace bien, y si por alguna circunstancia no lo hacen presentan malestar.

Las diferencias entre la dependencia física y psicológica, son básicamente los síntomas de tolerancia y abstinencia, a pesar de que en la literatura citada se hace mención de tal diferenciación, no se profundiza más sobre el tema, situación que puede provocar confusión ya que la dependencia psicológica podría también concebirse como un consumo de uso o ser parte de la dependencia física. En el presente trabajo sólo se hará mención del término *dependencia* para referirse a ambos tipos, además se seguirán los criterios del DSM-IV que a continuación se presentan.

El DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition), establece los criterios que deben considerarse para el diagnóstico de trastornos relacionados con sustancias (incluido el alcohol), estos se dividen en dos grupos: trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, entre otros).

## **Trastornos por consumo de sustancias: Dependencia del alcohol y Abuso de alcohol**

**Abuso de alcohol:** Patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

1. Consumo recurrente de alcohol, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa.
2. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (conducir un automóvil).
3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia
4. Consumo continuado de alcohol, a pesar de tener problemas sociales continuos y recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p.ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación o violencia física).

**Dependencia de alcohol:** Es un patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia. Necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
2. Abstinencia. Caracterizado por la interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades, además de la presencia de dos o más de los síntomas siguientes: hiperactividad autonómica (sudoración o más de 100 pulsaciones), temblor distal de las manos, insomnio, náuseas o vómitos, alucinaciones visuales táctiles o auditivas transitorias o ilusiones, agitación psicomotora, ansiedad y crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas).
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia

7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia

De acuerdo con estos criterios no se especifica que existan dos tipos de dependencia (física y psicológica), puesto que al parecer no son divisibles ni diferenciables. Lo único que se señala en el diagnóstico es la especificación *con dependencia o sin dependencia*.

### **Clasificación de Bebedores**

De acuerdo a la forma en que las personas consumen alcohol (uso, abuso y dependencia) se les clasifica en diferentes grupos, considerando la frecuencia, la cantidad y la circunstancia en que lo ingieren. Según González y Manjarrez (1996, p.p. 28-34)), los bebedores se clasifican en:

1. **Bebedores sociales.** Son los que beben con propósitos sociales y en la cantidad que acepta y permite el grupo. Este grupo se divide en tres:
  - a) Bebedores poco frecuentes. Son los que toman una copa ocasionalmente. Este grupo parece mostrar un control total de la cantidad que ingiere y beberá como máximo dos copas.
  - b) Bebedores frecuentes. Dentro de este grupo se encuentra el mayor número de consumidores de alcohol. Consumen alcohol en toda ocasión social.
  - c) Consumidores excesivos constantes. Se incluyen los que beben diariamente, los que lo hacen en exceso y con regularidad y los que se emborrachan frecuentemente. Las bebidas con alcohol representan un estilo de vida y son un símbolo de las costumbres sociales dentro de las prácticas nacionales, de convivencia, de amistad, etc.
  
2. **Bebedores excesivos o alcohólicos.** El alcohólico va encontrando gradualmente un mayor atractivo por el alcohol y se hace dependiente de él. Siente que sin alcohol no puede hacer frente a los problemas. Los alcohólicos se dividen en tres grupos:
  - a) Bebedores dependientes continuos sin borracheras prolongadas. No parecen pasar nunca de una cierta euforia y punto de saturación. Pueden dejar de beber por recomendaciones del médico. Aumenta la tolerancia
  - b) Dependientes continuos con borracheras prolongadas ocasionales. Aunque beben

constantemente, pueden conservar un buen control la mayoría del tiempo, pero cuando las presiones crecen se emborrachan para después volver a su beber controlado

- c) Bebedores periódicos. Pueden abstenerse del alcohol durante semanas o meses. Estos alcohólicos están luchando contra sí mismos lo que les permite lograr un control parcial en el aspecto intelectual, pero emocionalmente no lo consiguen

**Alcohólicos Anónimos (AA, 2003)**, propone otra clasificación que divide al consumo en tres "Etapas del alcoholismo" que son:

- a) Primera. Se focaliza en los **bebedores sociales** que no causan problemas y sólo consumen alcohol para desenvolverse. Estos suelen beber en reuniones de trabajo o amigos, tomando dos o tres copas.
- b) Segunda. Considera que los **bebedores fuertes** son aquellos que beben diario u ocasional, pero aún controlan su forma de beber (cumple con los criterios para considerarse abuso).
- c) Tercera etapa corresponde a los **bebedores problema (alcohólicos)**, estos aceptan que su forma de beber es incontrolable y tratan de buscar ayuda, no obstante sus relaciones afectivas se han dañado y han perdido su trabajo, ya que su vida sólo gira entorno del alcohol ya que pierden todo el interés en las relaciones sociales del mundo que les rodea, y quizás aún en la vida misma. La única emoción que muestran con alguna consistencia es la auto-lástima.

Por otra parte Solís, Sánchez y Cortés (2003), clasifica a los consumidores de drogas de acuerdo al uso o abuso:

**a) De uso**

Experimentadores, utilizan la droga una sola ocasión por curiosidad.

Sociales u ocasionales, consumen cuando están en grupo o en una situación ocasional.

**b) De Abuso**

Funcionales: son aquellos que necesitan usar drogas para funcionar en sociedad; además presentan trastornos al no consumirla.

Disfuncionales: no funcionan en la sociedad, se dedican sólo a consumirlas y conseguirlas.

Las tres clasificaciones citadas muestran en diferentes agrupaciones a los consumidores de alcohol, algunas son más específicas y otras son más generales, sin embargo, ninguna se contradice puesto que incluyen desde los usuarios experimentadores; los bebedores sociales (sin intoxicación o con intoxicación) frecuentes u ocasionales; y a los alcohólicos o dependientes. Es importante reconsiderar los criterios y características antes mencionadas (DSM-IV) para identificar qué tipo de consumo (uso, abuso o dependencia) prevalece en el consumidor para diagnosticar y clasificar el trastorno que presenta.

## **Definición de Alcoholismo**

La dependencia del alcohol se reconoce con el término **alcoholismo** (conceptos intercambiables), éste cumple con los criterios de consumo desadaptativo señalados por el DSM-IV para la dependencia. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) "es un estado patológico físico y a la vez psicológico, un trastorno de la conducta que se caracteriza porque el individuo bebe alcohol en exceso, más de lo aceptado socialmente, a pesar de que sabe que esa conducta es la causa de los problemas de salud, familiares y sociales que ya padece" (SSA, 2001, p.14). Estas dos definiciones se basan en el modelo médico, al señalar que el alcoholismo es una enfermedad crónica que se caracteriza por la conducta repetida de ingerir alcohol sin control del usuario, convirtiéndose en una necesidad.

Otra definición médica con los mismos elementos describe que el alcoholismo es "una dependencia extrema del alcohol asociada con la aparición progresiva de trastornos en el comportamiento. Es una enfermedad crónica de comienzo lento e insidioso que puede aparecer a cualquier edad. La causa es desconocida pero tienen especial incidencia en ella factores de tipo cultural y psicosocial" (Diccionario de Medicina, 1998, p.38).

La definición médica que se ha expuesto considera que tal enfermedad ocasiona diferentes consecuencias en el individuo y su entorno.

### **Consecuencias generales por el Abuso y Dependencia del alcohol.**

Las consecuencias que se generan por el abuso y dependencia del alcohol son diversas, sin embargo, comparten una característica, se van agravando y alteran a todos los sistemas del cuerpo humano, así como los ámbitos sociales del individuo. Se iniciará por la exposición de las consecuencias físicas.

#### **Consecuencias físicas.**

Árboles (1995), Edwards (1986) y la ENA (1998), sugieren que las consecuencias físicas que se presentan con mayor frecuencia por el abuso del alcohol, se pueden clasificar de la siguiente manera:

**1. Aparato Digestivo.** El alcohol puede afectar al aparato digestivo porque irrita la mucosa que protege a los órganos del sistema. Las enfermedades más comunes que se presentan en este aparato son:

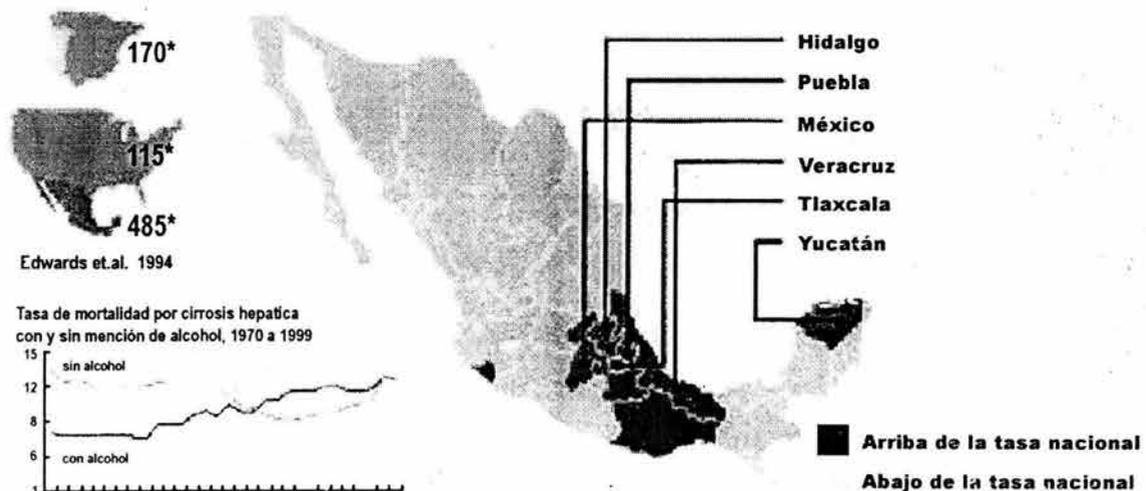
- a) Cirrosis. La característica principal de esta enfermedad es que hay una lesión o cicatrización del tejido hepático. Edwards explica que esta condición puede generar dos tipos de complicaciones; por un lado la pérdida del tejido perturba el funcionamiento adecuado del hígado, y por otro la desorganización hace que se bloqueen las venas y provocar hemorragias masivas del esófago, llamadas várices esofágicas.

Es importante mencionar que, como anteriormente se había dicho, la ENA estableció que México ocupa los primeros lugares de mortandad por cirrosis hepática, con índices de 22 muertos por cada 100 000 habitantes.

- b) Gastritis tóxica alcohólica. Es la inflamación y desgaste de la mucosa del estómago, a grados tan extremos como la ulceración, la que ocasiona hemorragias por la perforación de las paredes del estómago. La gastritis puede estar acompañada de náuseas y vómitos.
- c) Hepatitis alcohólica. Se trata de una inflamación del hígado caracterizada por aumento de volumen y destrucción de las células que incluso llega a destruir totalmente el hígado. Puede provocar náuseas, vómito, diarrea y hemorragias.
- d) Pancreatitis. Es una inflamación aguda del páncreas y se produce cuando las enzimas que segrega la glándula provocan la destrucción del organismo, por lo tanto no hay una transformación adecuada de grasas. Esta enfermedad se caracteriza por dolor abdominal intenso, náuseas y vómitos, gases, fiebre, pérdida de peso, etc.
- e) Mala absorción. Sucede cuando a pesar de ser adecuada la dieta, no se absorben los componentes alimenticios, provocando desnutrición en el ser humano; la causa más común se debe a que el intestino delgado se encuentra irritado e inflamado por el exceso de alcohol. Los síntomas más comunes son diarrea, pérdida de peso, lesiones en la piel, anemias, etc.

La figura 1, muestra una de las principales consecuencias físicas derivadas del consumo de alcohol

#### Mortalidad por cirrosis



Fuente: Medina-Mora, Natera, G. y Borges, G. (2002). Alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas. En Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas. México: CONADIC, SSA.

**2. Aparato Respiratorio.** Es importante mencionar que este es uno de los aparatos menos afectados por el consumo de alcohol, los daños más frecuentes pueden ser:

- a) Depresión respiratoria. El alcohol puede originar debilidad muscular que afecta a los músculos respiratorios y provoca una disminución de la actividad.
- b) Insuficiencia respiratoria. Indica un fracaso en el intercambio de gases; hay una disminución de oxígeno(O<sub>2</sub>) y un aumento de dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>) en la sangre. La falta de oxígeno puede provocar sensación de vértigo, inconsciencia, convulsiones, dolor de cabeza, trastornos de la visión y en casos extremos el paciente puede llegar a un estado de coma.

**3. Aparato circulatorio.** Las enfermedades circulatorias que puede generar el consumo desmedido de alcohol y del alcoholismo son:

- a) Hipertensión arterial. Consiste en la elevación permanente de la presión arterial. Puede afectar al corazón, cerebro, riñón y retina. Generalmente, el alcohol provoca la elevación del colesterol en la sangre o bien arteriosclerosis, que es el endurecimiento de las arterias.
- b) Cardiomiopatías. Es una enfermedad del miocardio; cuando este músculo se afecta, el impulso de la sangre se vuelve deficiente. Por estudios se sabe que el alcohol lesiona las células del miocardio. Y que en los alcohólicos existe una dilatación del corazón.
- c) Sangre. El consumo excesivo de alcohol provoca que se pierda el hierro de la misma o bien que disminuyan el número de plaquetas, afectando la adecuada coagulación.

**4. Aparatos reproductores.** El consumo de alcohol afecta a hombres y mujeres; los principales padecimientos son: Impotencia y frigidez. La impotencia en el hombre y la frigidez en la mujer son las consecuencias más directas, porque a diferencia de las creencias de muchos varones que aseguran que algunas copas les permiten tener un mejor desempeño sexual, si el consumo y abuso persiste se puede presentar la disfunción eréctil, además el abuso de alcohol puede provocar en el varón disminución del número de espermatozoides.

**5. Metabolismo.** Es el conjunto de transformaciones que sufren los alimentos. Su función es conservar y renovar la sustancia viva orgánica. El caso de la Diabetes mellitus se caracteriza por una disminución de la insulina, que se encarga del metabolismo de los azúcares. Su carencia da lugar a exceso de azúcar. Esta sustancia es producida por el páncreas y como se mencionó el alcohol daña severamente esta glándula.

### **Consecuencias psiquiátricas.**

Las consecuencias psicológicas y psiquiátricas que se presentan ante el consumo excesivo o adicción al alcohol, usualmente están relacionadas con la convivencia social (familia, amigos, trabajo, etc.). Este tipo de secuelas lastiman severamente al bebedor, pero su entorno se ve lamentablemente afectado; la esposa ante los celos injustificados, los hijos al vivir las alucinaciones, etc.

Las consecuencias psicológicas y psiquiátricas van aumentando su magnitud hasta llegar al desenlace final que es la muerte, no sin antes, atravesar por el delirium tremens. Las secuelas psiquiátricas que se presentan con mayor frecuencia son:

1. Alucinosis alcohólica. El principal síntoma son las constantes alucinaciones auditivas o visuales. Los bebedores generalmente oyen voces amenazadoras o insultantes. Con respecto a las visuales, pueden ser variadas, animales que cruzan una calle, gente persiguiendo, etc. (Escotto, 1999).
2. Demencia alcohólica. Se presenta después de haber consumido grandes cantidades de alcohol en un periodo prolongado. La memoria se deteriora; no se encuentran semejanzas o diferencias entre las palabras.
3. Delirio de celos o celos patológicos. Las teorías psicodinámicas explican este trastorno diciendo que "el individuo duda de su virilidad y, por tanto, bebe; su alcoholismo le provoca impotencia y la reacción a ella son los celos" (Edwards, 1986; p.100). El sujeto cree que su pareja le es infiel, aunque sus celos no están basados en hechos reales y mucho menos en evidencia de esta infidelidad.
4. Delirium tremens. Este trastorno, fundamenta Edwards (1986), se caracteriza por "tres síntomas principales que son la alucinación, el delirio y los temblores" (p.77). El delirio está presente cuando el consumidor no está del todo ubicado en la realidad, las alucinaciones son visuales, auditivas, táctiles e incluso olfativas, y los temblores son variados, a veces los familiares están tan acostumbrados a ellos, por los síntomas de la abstinencia o bien por el exceso de alcohol en la sangre, que pueden no ser tan alarmantes. Este trastorno dura de 3 a 5 días.
5. Amnesias. La pérdida temporal de la memoria, no es un trastorno exclusivo del alcohólico. Una persona que bebe en exceso en una reunión de amigos, puede manifestar esta ausencia de memoria, situaciones que ejemplifican este problema son bastantes: aquel joven que no recuerda que bailó desnudo sobre una mesa de cristal, la señora que no recuerda la agresión hacia su marido, y obviamente el alcohólico que no sabe dónde estuvo las últimas dos horas y porque está golpeado.

6. Trastorno depresivo. El bebedor está deprimido, presenta altos niveles de ansiedad y no encuentra placer en nada ni nadie. En ocasiones puede haber sentimientos de culpabilidad y autocastigo, como el no hablar con los hijos por la vergüenza de haber consumido alcohol otra vez. Como cualquier persona deprimida, el bebedor deprimido no tiene apetito, no logra descansar a pesar de haber dormido lo suficiente, hay pérdida de apetito sexual, la higiene personal es deplorable y los estados de ánimo son antagónicos del llanto se pasa a la carcajada, esto después de haber consumido algunas copas. El alcohólico deprimido no deja de beber, por el contrario aumenta en un afán de superar la tristeza.

### ***Rasgos y Características Psicológicas que describen la Personalidad Alcohólica.***

Las personas que consumen alcohol generalmente lo hacen en un inicio por deseo de sentirse bien, relajarse, ser sociables y aceptados por el grupo, etc. Sin embargo, cuando el consumo se vuelve crónico y se presenta el alcoholismo, las personas dejan de ser *agradables*, y aparecen conductas típicas de los adictos.

La personalidad es consecuencia de la unión de aspectos cognitivos, afectivos, psicológicos, fisiológicos y morfológicos.

Clay Lindgren (1997) la define como "los aspectos relativamente duraderos y coherentes de nuestra conducta por los que nos parecemos a otros en algunas cosas y somos singulares en otras. (...) La personalidad incluye también los conceptos del carácter y el temperamento" (p.229)

Por lo tanto, debe ser entendida como algo propio e inherente del individuo, que los hace reaccionar de distintas formas ante situaciones similares, además, representa la estructura intermedia que la Psicología necesita interponer entre la estimulación del medio y la conducta con la que los sujetos responden a este, para dar razón del modo individualizado en que lo hacen.

El estudio de la personalidad logra esclarecer el cómo un individuo encaja o funciona dentro de la sociedad, pero también el cómo puede separarse o alejarse cuando las situaciones no son gratificantes; por eso se dice que los teóricos de la personalidad centran sus estudios en la estructura del individuo y sobre todo sobre la estructura psicológica (Boeree, G., 2001).

Con base en lo anterior, se explicará como algunos teóricos de la personalidad y del alcoholismo, expresan los rasgos más representativos y significativos que llegan a presentar los consumidores excesivos del alcohol y que en el presente trabajo de investigación se enunciarán como las consecuencias psicológicas del alcoholismo; debido a que son situaciones que afectan o trastocan la personalidad de los individuos, llevándolos a situaciones conflictivas en el ámbito familiar, laboral y social.

La personalidad del alcohólico es caracterizada según Cervantes (2002) por ciertos rasgos como son:

- La inmadurez y dependencia emocional.
- Constante necesidad de ser el centro de la atención (egocentrismo).
- Existe una paradoja en la expresión de los sentimientos. Las personas alcohólicas difícilmente pueden dar y recibir amor, sin embargo artistas (poetas, compositores) expresan muy bien el amor.
- Soledad existencial, el alcohólico se siente solo y rechazado ante ciertos grupos, por lo que busca personas que tengan un nivel social más bajo o bien personas menores. De esta manera se explica la supuesta amistad entre una persona adulta y un grupo de adolescentes.
- El alcohólico fantasea y sueña, su mundo es perfecto y suele mentir sobre ello para que la gente le crea.
- Como el alcohólico se siente desintegrado internamente, le resulta complicado integrarse al grupo, aunque claro, si el grupo se reúne para tomar entonces sí se integra.
- Los alcohólicos son incapaces de tolerar la frustración. Ante un fracaso, se siente culpable pero tiene resentimiento hacia los demás.
- Existe una incapacidad de tolerancia al sufrimiento.
- Para el alcohólico es más sencillo huir del sufrimiento que encararlo.
- Cambios drásticos de comportamiento: de lo afectuoso pasa a lo frío, de la introversión a la extroversión, etc.
- El alcohólico niega su dependencia, a pesar de que día a día requiere más y más alcohol

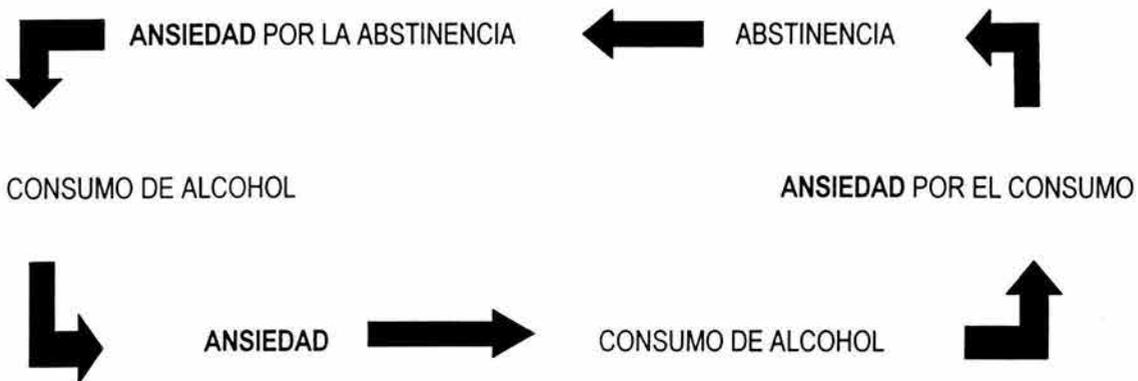
A continuación se explicarán las principales características psicológicas de la personalidad alcohólica según los psicólogos Lammoglia (1990) y Elizondo (2002).

La **inmadurez emocional** es una de las características más importantes de la personalidad alcohólica. El bebedor se caracteriza por ser excesivamente egocéntrico, al grado de tener comportamiento infantil para captar la atención del grupo (familia, amigos, pareja...), por lo que es caprichoso, berrinchudo, rebelde contra los símbolos de autoridad, manipulador. en conclusión: su comportamiento es como el de un niño de escasos siete años.

Se argumenta que los factores culturales de la sociedad mexicana han influido enormemente en el desarrollo de la personalidad alcohólica. La mujer (esposa, madre o hermana) es vista como una persona que debe ser dominada, pero también maternal y protectora. El alcohólico desea tener el control en la vida de sus *mujeres*, pero que ellas también lo cuiden y protejan de todas las adversidades, incluyendo los dolores de cabeza, ocasionados por los síntomas de abstinencia (la cruda).

Otra característica importante de la personalidad del adicto es la **ansiedad y angustia**, así como la incapacidad para manejarla.

Lammoglia (1990) describe la ansiedad como "un estado aversivo que genera tensión, la cual es reducida por la ingestión de alcohol" (p.116). Sin embargo, para los alcohólicos resulta una paradoja complicada: el alcohol les alivia la angustia, pero al seguir consumiendo se sienten culpables y saben que se hacen daño y al dejarlo de hacer regresa la ansiedad por los síntomas de la abstinencia, para aliviar esta angustia vuelven a consumir la bebida embriagante, y el ciclo se repite, llegando a un círculo vicioso estresante. Retomando estos conceptos se esquematiza de la siguiente forma:



El alcohólico es **egocéntrico**, por que es única manera de sentirse fortalecido. Los bebedores tienen la necesidad de ser admirados y aplaudidos por los demás, todo el tiempo quieren tener la razón y son incapaces de escuchar a los demás. Esta conducta sólo es consecuencia del miedo a no ser aceptados o tomados en cuenta, debido a que pueden tener un marcado complejo de inferioridad, que se disfraza con esa conducta de aquí estoy y el mundo gira alrededor de mí.

Una de las características más representativas de la personalidad del adicto es quizás la **mitomanía**. Las

mentiras del enfermo alcohólico se vuelven crónicas. Se la pasa alardeando de las múltiples aventuras *emocionantes y peligrosas* que ha experimentado y de las cuales siempre ha salido victorioso.

El alcohólico tiene muy arraigado el hábito de la mentira, desde la primera copa el adicto comenzó a mentir, siempre mentía sobre la cantidad, la frecuencia y después para justificar su adicción. Cuando el círculo del adicto se cansa de las múltiples fantasías y mentiras, hay un rechazo que propicia ansiedad, culpa y vergüenza en el bebedor, por lo que su consumo aumenta en un afán de olvidar sus problemas, entonces las mentiras seguirán creciendo para disfrazar su adicción crónica.

La **poca tolerancia a la frustración** es una característica que acarrea severas consecuencias para el adicto. Ante múltiples situaciones como perder el trabajo o ser abandonado por la pareja, el alcohólico se frustra presenta una respuesta emocional de resentimiento en contra de la vida y busca con quien descargar su furia, sin embargo, cuando este resentimiento termina, el individuo se siente culpable por las respuestas que tuvo.

Los alcohólicos presentan una marcada **tendencia a la manipulación**, el bebedor no tiene la capacidad de aceptar la realidad de sus emociones, por lo que procura manejarla a través del autoengaño. El enfermo aprende a engañar y fingir para conseguir la satisfacción de sus necesidades emocionales.

Elizondo (2002) propone que una forma de autoengaño común en los adictos es la proyección. Los bebedores proyectan su incapacidad para dejar el alcohol acusando a familiares o amigos de ocasionarle daño y acarrearle problemas sin que él pueda dejar de ser adicto.

Los rasgos que se han descrito de acuerdo a Lammoglia (1990), Elizondo (2002) y Cervantes (2002) se consideran típicos de los alcohólicos, ya que se han observado que forman parte de un patrón de comportamiento peculiar de estos enfermos, no obstante las características señaladas también pudieron estar presentes en los sujetos antes del alcoholismo. Cabe señalar que tales rasgos se presentan en personas que no consuman alcohol y estos forman parte de su personalidad o que padecen otro tipo de trastorno mental; no obstante se considera importante resaltar tales características de la personalidad alcohólica para comprender la forma en que se altera el funcionamiento individual resultante de la dependencia.

Como se mencionó anteriormente, las consecuencias del alcoholismo no se limitan al deterioro físico; éste es el inicio de un desequilibrio que lleva al sujeto a presentar conflictos psicológicos que le acarrearán secuelas en su entorno social, como pueden ser la pareja, los hijos e incluso personas ajenas a su entorno familiar pero

que tienen contacto ocasional en la calle, el trabajo, etc.

Las complicaciones de carácter social que se presentan en los alcohólicos y que se relacionan con los cambios en su personalidad, Vega Fuente (1998) los ha clasificado en tres rubros:

a) **Las complicaciones familiares**, que se manifiestan principalmente en el maltrato físico y/o psicológico a los hijos o la esposa, por considerarlos sujetos débiles y dependientes; así como separaciones familiares que derivan en divorcios, abandonos etc. En algunos casos, los hijos buscan salir del sistema familiar y al huir de casa llegan a imitar conductas como el consumo de alcohol u otro tipo de drogas.

b) **Complicaciones laborales**, en el ambiente laboral, las personas consumidoras de alcohol presentan altos índices de ausentismo, bajo desempeño, disturbios o peleas con los compañeros o con las propias autoridades, así como los accidentes de trabajo, los cuáles generalmente ocurren porque el empleado se encontraba bajo los influjos del alcohol o bien porque está presentando los síntomas de la abstinencia, la famosa cruda del lunes.

También hay que agregar las pérdidas monetarias de las empresas, ya que algunos trabajadores, en cuyo entrenamiento se ha invertido tiempo y trabajo, al tomarse alcohólicos enferman y causan incapacidades a pesar de estar en una plena etapa productiva.

c) **Complicaciones Sociales en General**, se ha encontrado que existe una íntima relación entre el consumo de alcohol y las infracciones a la ley, hechos criminales y accidentes de tránsito, debido a que el consumo de alcohol altera los ánimos, los reflejos y hace perder la percepción de distancias y tiempos.

Las consecuencias del abuso reportadas con mayor frecuencia son los problemas con la policía, accidentes automovilísticos, riñas, muertes violentas, etc.

La figura 2 permite analizar el impacto del abuso de alcohol en accidentes

### Presencia de alcohol en accidentes

#### Ingresos en salas de urgencias

El 21% de los ingresos por accidentes = niveles positivos de alcohol en la sangre

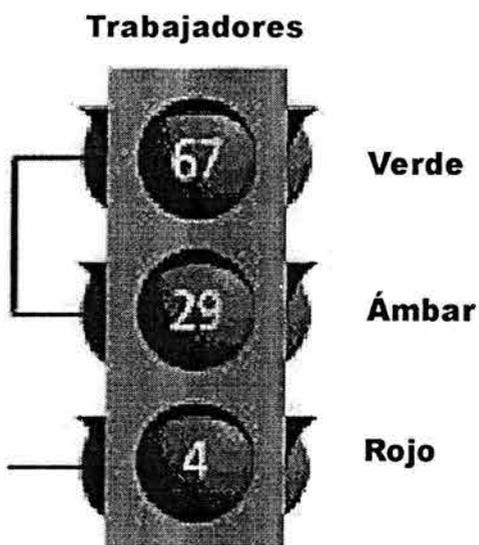
1 de cada 5 - el accidentado había estado bebiendo en un establecimiento comercial

Del 100% de Ingresos con NAS  
7% eran dependientes  
93% intoxicación aguda

Pueden evitarse con programas de intervención sencillos

98%

2%



Fuente: Medina-Mora, Natera, G. y Borges, G. (2002). Alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas. En Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas. México: CONADIC, SSA.

Además, en los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones (1998-2002) dados a conocer por la Secretaría de Salud (SSA) se establecieron las consecuencias sociales de los adolescentes y adultos. Los siguientes datos se tabularon basándose en los resultados de la ENA:

#### VARONES ADULTOS \*

	POBLACIÓN RURAL	POBLACIÓN URBANA
DISCUSIÓN MARITAL	12.9%	11.6%
PROBLEMAS CON AUTORIDADES	3.7%	8.4%
CONducir ALCOHOLIZADO	2.4%	3.2

\* Población entrevistada: 13 938 882

## ADOLESCENTES ENTRE 12 Y 17 AÑOS \*

	POBLACIÓN RURAL	POBLACIÓN URBANA
CONDUCIR AUTOMÓVILES	2.9%	9.7%
PELEAS	1.8%	3.6%
ARRESTOS	EL DATO NO FUE ESPECIFICADO	1.7%

\* Población entre 12 y 17 años entrevistada: 13 705 941

### ***Consecuencias del abuso de alcohol en adolescentes***

Las consecuencias negativas que genera el abuso del alcohol en los adolescentes se dividirán en dos bloques:

#### **1. Consecuencias emocionales y sociales**

Secades (1996) señala que algunas de las problemáticas derivadas del abuso de alcohol en adolescentes suelen ser: Accidentes de tráfico y laborales, problemas en el hogar, conductas agresivas y delictivas, y problemas escolares (ausentismo y fracaso escolar)

Se reconoce que el consumo de alcohol al deprimir el Sistema Nervioso Central deteriora la capacidad de juicio, modificando la toma de decisiones, lo que conlleva a que los adolescentes al consumir alcohol en exceso se involucren en prácticas sexuales de riesgo, ocasionando embarazos no deseados así como la transmisión de enfermedades venéreas [Trejo (2001) y Souza (2000)].

#### **2. Problemas de salud física**

Entre los padecimientos físicos que conlleva el abuso de alcohol en los adolescentes, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000), considera como peligro específico la sobredosis, por su parte Secades (1996) considera que el consumo reiterado de alcohol puede facilitar el acceso a otro tipo de drogas y propiciar la aparición de alcoholismo en edades más avanzadas.

Silva (2000) en el boletín del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente en México, menciona que los adolescentes con trastorno por abuso o dependencia de alcohol (TADA) se correlaciona con un menor volumen hipocampal tanto izquierdo como derecho, tal hipótesis se basó en una investigación del Centro Médico de la Universidad de Pittsburg.

También el abuso de alcohol provoca inflamación en el estómago y páncreas, úlceras gástricas y respiración problemática. Además, se considera que el abuso de alcohol se relaciona con el sobrepeso que presentan

algunos adolescentes, este consumo puede provocar deficiencias en hierro, vitamina E, zinc y fosfatos (Dateline Dream, 1996).

Anteriormente se ha descrito la definición médica del alcoholismo, las consecuencias que produce, los trastornos por abuso o dependencia de alcohol, así como las características psicológicas que describen la personalidad alcohólica. Estos conceptos son retomados por diferentes disciplinas para estudiar dicho fenómeno, sin embargo, difieren en la etiología del abuso y dependencia del alcohol.

### ***Teorías Etiológicas del Alcoholismo.***

Diferentes disciplinas estudian al alcoholismo con el fin de aportar herramientas para su tratamiento y prevención, sus aportaciones enfatizan la importancia de uno u otro factor que origina la dependencia, de tal forma la Psicología, la Antropología, la Sociología y la Fisiología han construido diferentes teorías para explicar la etiología del alcoholismo, sin embargo no existe un consenso entre éstas, lo que actualmente se reconoce es el origen multifactorial (factores psicológicos, sociales y biológicos). Por lo que a continuación, de manera breve y en orden cronológico se describen algunas de las teorías etiológicas divididas por disciplinas que explican el origen del alcoholismo:

**PSICOLOGÍA.** Esta a su vez engloba las aportaciones del Psicoanálisis, del Aprendizaje Social y de la Terapia familiar sistémica.

#### **PSICOANÁLISIS**

El psicoanálisis establece la existencia de un aparato intrapsíquico compuesto de instancias funcionales de la vida mental que cumplen una función particular, pero que están entrelazadas. Freud (1926) las llamó:

Ello. Actúa conforme a un principio del placer, por lo que representa a los instintos e impulsos y permanece inconsciente.

Yo (Ego). Busca la satisfacción, pero sin olvidar la realidad, por lo que se rige por el principio de la realidad, por lo tanto, es el mediador entre ésta y los impulsos.

Superyó. Valora los actos teniendo como referente las normas morales. Por lo tanto, se relaciona con la conciencia.

A partir de estas instancias y de las relaciones entre ellas, el Psicoanálisis supone que son los síntomas los que originan las enfermedades y que éstos son consecuencias de acontecimientos impresionantes que se han olvidado (aparentemente) en las primeras etapas de la infancia, por lo que es importante el descubrimiento de las raíces inconscientes de las emociones y de los actos de la persona.

Freud (1945), fundamenta que los síntomas son actos nocivos e inútiles, resultado de un conflicto surgido de un nuevo modo de satisfacción de la libido; por lo tanto, su daño principal se deriva del esfuerzo psíquico, que

primero exige la ejecución y luego la lucha contra la satisfacción. Si la libido no se satisface completamente, inconscientemente se recurre a la regresión para buscarla en momentos anteriores de la vida, por ejemplo la infancia.

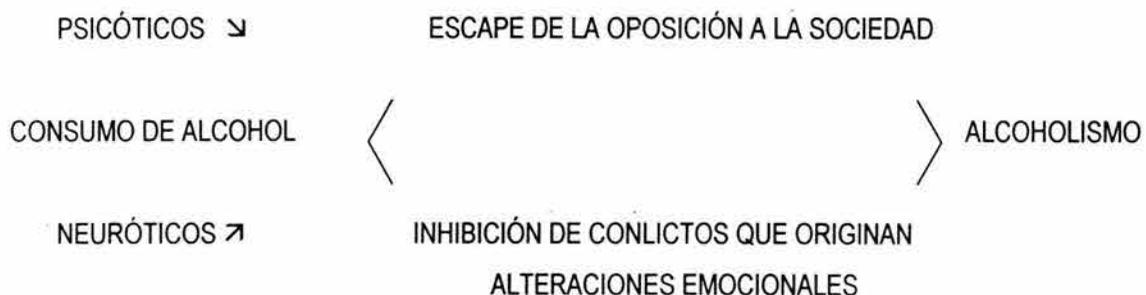
Al respecto, autores como López (1997) y Árboles (1995) explican el alcoholismo como un problema de carácter oral, en donde el sujeto no ha podido superar una etapa del desarrollo psicosexual. Los alcohólicos tienen una fijación oral que les estimula al beber y, en general, a usar la boca como la principal fuente de gratificaciones.

Retomando las posturas anteriores, se proponen dos alteraciones que preceden a la enfermedad:

Un trastorno emocional subyacente, que puede ser explicado como situaciones o estímulos que al generar en el individuo afectividad, se desencadenan emociones de angustia o ansiedad propiciando un desorden psicosomático, del que se escapa a través del alcohol.

Un trastorno psíquico anterior, en donde se establece que cuando el individuo identifica perfectamente una dificultad, el consumo de alcohol le permite evadirse de sus problemas. No obstante, el consumo se vuelve más frecuente y en mayores cantidades, por lo que ahora el sujeto debe enfrentarse a un problema mayor, su dependencia al alcohol; entonces, el alcoholismo será la consecuencia de otra u otras enfermedades.

De acuerdo a los conceptos anteriores, señalados por Árboles (1995), se esquematiza como el alcoholismo se presenta por la influencia de trastornos previos, tales como la psicosis y neurosis:



El esquema anterior describe que las personas con trastornos previos al alcoholismo (neuróticos y psicóticos, por ejemplo) recurren al consumo de alcohol en un afán de escapar o evadir su conflicto real, como el rechazo a la autoridad, el antagonismo a las normas sociales establecidas, complicaciones o conflictos emocionales.

De igual manera, Souza y Machorro (2000) propone que la causa del alcoholismo se debe a "inmadurez de la

personalidad y mal manejo de los recursos yóicos" (p.13), en otros términos, el alcohólico está bajo los efectos del alcohol para manejar sentimientos de ansiedad, inferioridad o depresión, que generan inseguridad, frustración, culpabilidad; por su parte Edwards (1986), fundamenta que "el consumo en exceso tiene significados simbólicos y subconscientes muy importantes (...) Puede ser parte de una representación donde el bebedor está atrapado como especie de objeto escénico y la bebida está involucrada una y otra vez, con transacciones dinámicas importantes entre esa persona y otras que la rodean" (p.26)

Después de revisar las propuestas anteriores y desde esta teoría, se concluye que la causa del alcoholismo es principalmente un trastorno anterior no superado, que se ve acrecentado por estados afectivos de ansiedad, inseguridad, etc.

#### APRENDIZAJE SOCIAL

Este fundamenta que las causas del alcoholismo están íntimamente relacionadas con factores cognitivos, ambientales y conductuales. Este modelo, es posiblemente el que de manera más práctica describe el origen de la adicción al alcohol.

Con respecto a lo anteriormente dicho, Mc Crady (1998) asume que los problemas de alcoholismo se deben a conductas aprendidas y mantenidas por diversas señales, que a su vez son reforzantes. Una estrategia que mantiene el consumo de alcohol puede ser que, ante el estrés y la ansiedad, el alcohol se vuelve un aliado y las personas aprenden a usarlo para protegerse de los conflictos.

Fernández (1997), retoma el condicionamiento operante de Skinner para explicar el alcoholismo, estableciendo que el consumo de alcohol se vuelve un hábito, reforzado por bienestar físico y social. El cerebro se siente complacido ante la euforia del alcohol y las personas se sienten socialmente aceptadas, porque al estar bajo los efectos del mismo, son más agradables y sociables.

Para comprender la relación entre el consumo de alcohol y el modelo de aprendizaje social, es necesario explicar algunos de sus principios básicos, los cuales son:

- El aprendizaje observacional postula que los seres humanos adquieren conductas sin reforzador obvio. El único requisito para el aprendizaje es el modelo.
- Se acentúa la importancia ambiental sobre la conducta en oposición a otras influencias supuestas o hereditarias.

- Principios de regulación, implica que una persona es capaz de responder de manera activa ante los estímulos ambientales y no sólo como un receptor pasivo. Es decir, las personas autorregulan sus conductas de acuerdo a sus esquemas internos y sus autoevaluaciones.
- Determinismo recíproco. Aquí, se propone que el funcionamiento psicológico es percibido como una interacción de factores cognitivos, ambientales y conductuales (Bernstein, 1988)

Retomando estos principios del aprendizaje social, Abrams y Niaura (1987, cit. por Mc Crady, 1998), los aplican directamente sobre el consumo de alcohol, de la siguiente manera:

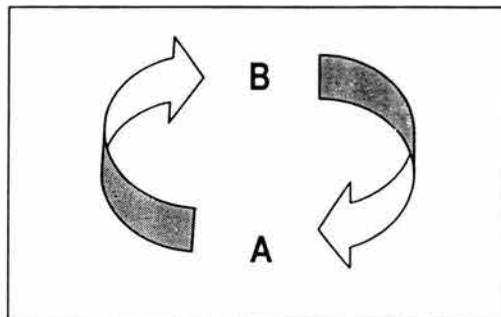
1. El consumo de alcohol forma parte general del proceso de socialización y del desarrollo de una sociedad.  
Esto es posible ejemplificarlo en la sociedad mexicana, en donde la influencia se determina por creencias o mitos, imitación de familiares o amigos, la publicidad y los medios de comunicación, así como otros refuerzos sociales.
2. La predisposición del sujeto al interactuar con influencias sociales.
3. La experimentación de ciertos sucesos cuando se está bajo los efectos del alcohol, los vuelve importantes y en un afán de volver a sentirlos el consumo se va incrementando.
4. No se tienen las adecuadas habilidades psicosociales que permitan afrontar los problemas, por lo que el sujeto se percibe como incapaz e ineficaz.
5. Aumenta la tolerancia al alcohol, incrementándose los reforzadores directos.
6. Para eliminar o evitar los síntomas de la abstinencia, la conducta se refuerza negativamente, porque el alcohol es utilizado como un medio para afrontar los problemas económicos, familiares, laborales, emocionales, etc. del sujeto.
7. La interacción entre factores biológicos, ambientales y psicológicos, justifican el círculo vicioso entre interacciones negativas de la persona y el ambiente.

Como conclusión del enfoque se establece la importancia que desempeñan las creencias, los valores, las expectativas y las percepciones que tienen los individuos sobre los efectos del alcohol, tanto individuales como sociales, estos factores además son aprendidos, modelados y reforzados. De esta manera las condiciones ambientales propician el consumo, las cuales se interrelacionan con características personales posibilitando que se desencadene un consumo desmedido o incluso la dependencia.

## TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

A partir de los años cincuenta la Terapia familiar retoma los postulados de la Teoría General de Sistemas y de la Teoría de la Cibernética, por lo que centran su atención al sistema familiar para explicar la incidencia de los trastornos psicológicos que presenta algún miembro de la familia. Esta epistemología modifica al objeto de estudio, ya que considera que el "enfermo" es solo el portador del malestar familiar y no lo aísla para identificar las variables intrapsíquicas que han causado su desajuste emocional sino que se centra en las variables interpersonales. Eguiluz (1991) considera que la epistemología sistémica, pone acento en la interacción tomando en cuenta el contexto de dónde ocurre la realidad y trata con la totalidad, lo que significa que se incluye tanto al sujeto que presenta el problema como a las otras personas que interactúan con él en un momento y en un lugar preciso.

Puesto que se considera a la familia como un sistema, cuando hay un fragmento que no funciona, el sistema se ve alterado y deteriorado, por lo tanto es necesario trabajar sobre su totalidad para hacer un cambio que repercutirá y producirá modificaciones en el resto de los componentes. Maurizio Andolfi (1990) considera que en la visión sistémica es importante identificar lo que ocurre entre las unidades del sistema, porque los cambios de una unidad van seguidos o precedidos por cambios de las otras unidades; ya que la familia es un sistema relacional. El planteamiento es: **B** afecta a **A** y este a su vez afecta a **B**, en un círculo de eventos que se afectan y modifican unos a otros.



Este esquema muestra como **A** y **B** al interactuar forman un sistema, y para comprenderlo se requiere conocer la dinámica entre las unidades, así que si en el sistema existe una crisis se modificara para reestablecer el equilibrio. Ya que desde el punto de vista sistémico, la familia es un sistema, que busca la estabilidad por medio del síntoma para permanecer igual, el cual surge ante un proceso de cambio. Desde el enfoque estructural de la terapia familiar sistémica, Jay Haley considera a "los problemas de esquizofrenia, delincuencia y drogadicción como una interrupción en el desarrollo normativo del ciclo vital familiar, que impide que el hijo en edad juvenil se emancipe del hogar. Este tipo de síntomas indica que la familia tiene

dificultades para superar la etapa del ciclo en que los hijos se independizan de sus padres. La conducta del joven es protectora voluntaria para ayudar a sus progenitores que están enfrentados entre sí" (Ochoa I, 1995, p.194).

Steinglass (et. al. 1993) propone el **modelo homeostático** para explicar el alcoholismo. Supone que la adicción surge como síntoma de una familia en desequilibrio, que tiene miedo a la separación, principalmente durante la etapa de la adolescencia de un hijo, la adición de este miembro proporciona una resolución paradójica del dilema de mantener o disolver del sistema familiar, es decir, el adicto protege y conserva el equilibrio homeostático del sistema familiar; en el proceso cíclico de la adicción se forma un sistema interdependiente constituido por una tríada adicto-padres, que a su vez refuerza otra dependencia, la familiar y no solo afectiva sino también económica y social.

Desde este modelo la familia alcohólica tiene cuatro principios básicos:

1. Las familias alcohólicas son sistemas conductuales en los cuales el alcoholismo y las conductas vinculadas con este se han convertido en principios organizadores centrales de la vida familiar.
2. La introducción del alcoholismo en la familia posee la capacidad potencial de alterar con profundidad el equilibrio que existe entre el crecimiento y la regulación de la familia buscando la estabilidad a corto plazo (regulación), a expensas del crecimiento a largo plazo.
3. El impacto del alcoholismo y de las conductas conexas con el alcohol sobre el funcionamiento sistemático se advierte con mayor claridad en los tipos de cambios que se producen en las conductas que la familia adopta para cubrir las exigencias del alcoholismo.
4. Los tipos de alteraciones que se producen en las conductas reguladoras pueden verse en su profunda influencia sobre la forma general de crecimiento y de desarrollo de la familia tales cambios en el ciclo formativo se denomina "deformaciones del desarrollo".

## **SOCIOLOGÍA**

La Sociología es una ciencia que ha tratado de explicar el consumo del alcohol, proponiendo la importancia de éste en el funcionamiento de una sociedad.

Por lo anterior dicho, se retoma la postura de Villamil (1980) quien establece que "al alcohol se le atribuyen una o varias funciones dentro de la estructura del grupo o la estructura social. La función o funciones que el alcohol tiene dentro de la sociedad es la de relajar e inhibir la ansiedad, la tensión y crear un ambiente de tranquilidad y esparcimiento" (p. 22).

Las teorías sociológicas proponen que es necesario conocer cuáles son las tensiones que tiene el sujeto, y como interactúa con su grupo, para saber si dos amigos que consumen alcohol es para superar una decepción amorosa, aceptar la muerte de algún ser querido, olvidar que se perdió el empleo, etc. A pesar de que en el consumo de alcohol interfieren características psicológicas del individuo, se da mayor importancia a la función que el grupo atribuye al alcohol.

## ANTROPOLOGÍA

Estas posturas dan énfasis, al igual que las sociológicas, al contexto y la función del alcohol en el grupo social. Menéndez (1987) enuncia la teoría de la *representación cultural del alcoholismo*, reconoce que la alcoholización es un aprendizaje sociocultural por lo cual define al "beber como una representación cultural, donde las condiciones de alcoholización constituyen (...) sistemas de expectativas sociales e ideológicas a realizar" (p.46).

El objeto de estudio de las investigaciones antropológicas sobre alcoholismo es el **contexto** donde se ingieren las bebidas embriagantes, donde el alcohol cumple funciones, tales como convivencia, aceptación, diversión, desinhibición, reafirmación de identidad, etc.; a partir de éstas, se determinan los patrones de consumo que existen en la comunidad para distinguir cuál es el patrón *normal* de consumo en ésta. El enfoque antropológico no considera al alcoholismo como enfermedad ni como desviación social, determinando que el no consumo de alcohol podría ser la desviación social, puesto que "la función simbólica generalizada del alcohol... implica no sólo la obligación sino la limitación o imposibilidad del beber solitario" (op.cit., p.49), es importante señalar que los patrones cambian de acuerdo a la comunidad. Por ejemplo, en la sociedad mexicana es común, etiquetar como anormal, a aquel que no cede ante la presión del grupo, el cual considera tal rechazo como un desprecio a las actividades recreativas e incluso como desaire o descortesía.

## FISIOLOGÍA

De las teorías fisiológicas algunas no son del todo aceptadas y otras siguen realizando diversas experimentaciones para avalarlas. A continuación se hará una descripción de ellas.

Souza y Machorro (2000) propone la explicación del consumo del alcohol como parte de la genética molecular y señala que "algunos marcadores genéticos como el correspondiente al gen del receptor D2 a dopamina se encuentra asociado al aumento de consumo de etanol" (p.11)

Estos estudios están basados principalmente en los genes asociados con el alcoholismo, centrándose en los del sistema de neurotransmisión dopaminérgica. Al respecto tal teoría se resume diciendo que existe un gen del alcoholismo y es el causante de que la enfermedad se transmita por vía generacional, sin embargo, los

resultados finales aun no arrojan datos concluyentes.

Algunos estudios en el ámbito taxonómico consideran que la participación de neurotransmisores cerebrales como la dopamina y enzima monoaminoxidasa (MAO) o la baja función de la tiroides, aumentan el riesgo de desarrollar el alcoholismo. Según Souza y Machorro (2000) "los pacientes alcohólicos que han sido sometidos a diversas pruebas han reportado una menor respuesta de la actividad estimulada de la adenilatociclasa plaquetaria, que es una proteína que señala la trasducción intracelular, y menor actividad de MAO" (p.12).

## ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS (AA)

La perspectiva de AA (2004) no obedece a leyes científicas, ni busca teorizar o aportar datos cuantificables del cómo y él por qué del alcoholismo; no obstante retoma los conceptos de las ciencias médicas, psicológicas y sociales para comprender la dependencia del alcohol. El objetivo general de la comunidad de AA es ayudarse mutuamente para detener la enfermedad que los aqueja. Actualmente los servicios de AA se ejercen en diferentes países del mundo (EUA, Canadá, Rusia, México, España, etc.) y se les considera como una alternativa funcional en el tratamiento del alcoholismo.

Alcohólicos Anónimos (2004) considera que el alcoholismo es una enfermedad progresiva e incurable, que se detiene. El origen de dicha enfermedad es una relación entre la sensibilidad física y la obsesión mental hacia el alcohol.

Generalmente las personas que acuden a los grupos de ayuda de AA son personas que se declararon como moralmente débiles o en casos extremos como víctimas de desequilibrios mentales.

La postura de AA mas que explicar propone la recuperación a través de Los Doce Pasos que son:

1. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
2. Llegamos al convencimiento de que un Poder Superior podrá devolvemos el sano juicio.
3. Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.
4. Sin miedo, hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos de carácter.

7. Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
9. Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.
10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.
11. Buscamos, a través de la oración y la meditación, mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.
12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

En este trabajo se retoma la explicación psicológica basada en el enfoque de aprendizaje social, la cual engloba factores sociales, cognoscitivos y conductuales como desencadenantes del alcoholismo. Es decir, la sociedad manifiesta aceptación hacia el consumo de alcohol (a pesar de ser una droga) adjudicándole símbolos y valores (honor, bienestar, diversión, elimina angustia, igualdad sexual en las mujeres, etc.) creando así expectativas erróneas sobre sus efectos; tales conductas e ideas se aprenden y refuerzan en la convivencia cotidiana.

### ***Estadísticas de Patrón de Consumo en México***

Los resultados de diversas estadísticas realizadas en México, permite observar que el número de personas que consumen alcohol es muy alto y que los adolescentes son los principales consumidores, el consumo excesivo e irresponsable es generador de diferentes consecuencias entre las que se pueden incluir dificultades familiares, accidentes de tránsito, embarazos no deseados, sentimientos de culpa por las relaciones sexuales, suicidios, trastornos de la salud, etc.

La Secretaría de Salud a través de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 1993-1998) señalan que, las 2/3 partes de la población nacional son bebedores, y de éstos el 53.7% está entre los 12 y 18 años.

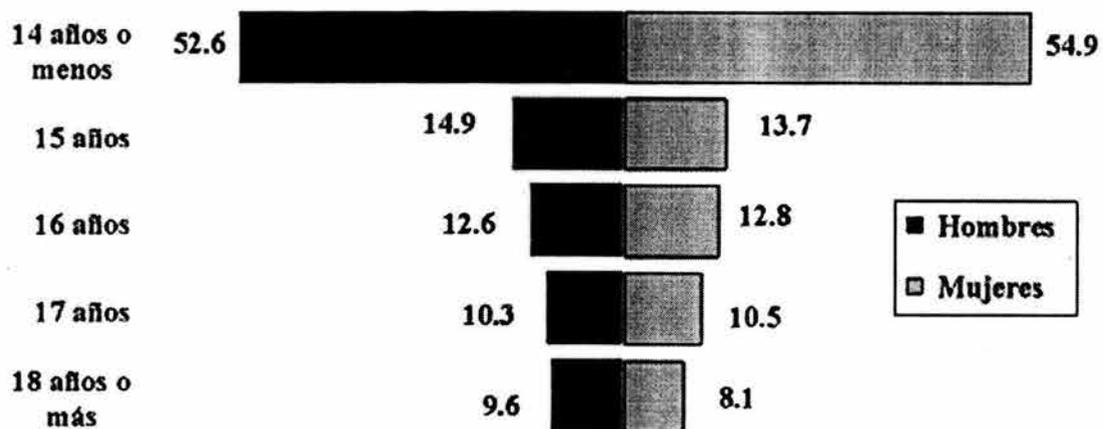
Con respecto al género se señalan diferencias en el inicio del consumo de alcohol así como su prevalencia, las mujeres inician antes de los 18 años, siendo la etapa más frecuente, la adolescencia, mientras que los varones lo inician entre los 12 y 15 años. Es decir, el 55% de los varones y el 27% de las mujeres inician el consumo antes de llegar a la mayoría de edad.

La ENA (1998) también señaló que los jóvenes son más susceptibles a ser víctimas de muerte por accidentes. El 10% del total de las defunciones en 1998 en México eran jóvenes entre los 15 y 19 años. Los intentos de suicidio fueron dos veces más frecuentes entre quienes beben; también el conducir después de haber bebido fue reportado por 9% de los menores entre 12 y 17 años. Por último, México se ubica en los primeros lugares de mortalidad por cirrosis hepática en el mundo con tasas de 22 muertos por cada 100 000 habitantes.

Otro sondeo importante en México fue la Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria del Distrito Federal, efectuada en el 2000 (Villatoro, Medina-Mora et.al, 2001), por el Instituto Nacional de Psiquiatría (INP) y la Secretaría de Educación Pública (SEP).

Los datos se tomaron a partir de una muestra de 6225 estudiantes, el 50.2% fueron mujeres y el 49.8% fueron hombres (Figura 3).

### Distribución por Edad y Sexo (N=10578)



Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Rojano, C., Fleiz, C., Villa, G., Jasso, A., Alcántar, M.I., Bermudez, P., Castro, P., Blanco, J. (2001). Reporte Global. INP-SEP. México.

Los resultados señalan con respecto al consumo de bebidas alcohólicas, que en el Distrito Federal el 61.4 % ha usado alcohol alguna vez en su vida, el 43.1 % en el último año y el 31.9 % lo consumió el último mes (Tabla 1)

**Tabla1. Prevalencia de Consumo de Alcohol**  
(N= 10,173)

	Alguna Vez %	Ultimo Año %	Ultimo Mes %
Álvaro Obregón	61.2	43.2	31.3
Azcapotzalco	56.2	37.2	27.1
Benito Juárez	71.7	53.9	39.3
Coyoacán	66.4	45.3	35.0
Cuajimalpa de Morelos	59.3	44.1	33.2
Cuauhtémoc	70.1	49.1	36.7
Gustavo A. Madero	69.0	49.7	36.8
Iztacalco	61.1	40.5	30.4
Iztapalapa	63.2	44.0	36.3
Magdalena Contreras	58.4	41.8	31.2
Miguel Hidalgo	62.5	43.5	29.2
Milpa Alta	41.8	26.1	19.8
Tlahuac	57.4	39.0	30.1
Tlalpan	63.6	45.2	32.7
Venustiano Carranza	57.7	42.8	30.2
Xochimilco	54.8	39.0	26.7

Fuente: Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Rojano, C., Fleiz, C., Villa, G., Jasso, A., Alcántar, M.I., Bermúdez, P., Castro, P. (2001). Reporte Estadístico. INP-SEP. México.

Según esta encuesta la frecuencia de consumo en el Distrito Federal es:

Tabla 2. Frecuencia de Consumo de Cualquier Bebida Alcohólica						
	Menos de una vez en el último año	De 1 a 2 veces en el último año	De 3 a 11 veces en el último año	De 1 a 3 veces en el último año mes	Una o más veces en la última semana	No bebe alcohol
	%	%	%	%	%	%
Álvaro Obregón	18.0	1.8	2.1	27.3	4.0	38.8
Azcapotzalco	19.0	8.1	2.0	23.3	3.8	43.8
Benito Juárez	17.8	10.8	3.8	32.9	6.4	28.3
Coyoacán	21.1	8.1	2.2	31.2	3.8	33.6
Cuajimalpa de Morelos	15.2	8.2	2.7	26.6	6.6	40.7
Cuauhtémoc	21.0	1.4	3.1	32.1	4.5	29.9
Gustavo A. Madero	19.3	1.1	3.8	32.0	4.8	31.0
Iztacalco	20.7	8.0	2.0	26.6	3.8	38.9
Iztapalapa	19.2	6.2	1.4	32.6	3.6	36.8
Magdalena Contreras	16.5	8.6	2.1	28.7	2.5	41.6
Miguel Hidalgo	19.0	11.4	3.0	24.1	5.1	37.5
Milpa Alta	15.8	5.3	1.0	16.7	3.1	58.2
Tlahuac	18.4	7.0	1.1	25.7	4.4	42.6
Tlalpan	18.4	1.5	2.1	28.9	3.9	36.4
Venustiano Carranza	14.9	9.0	3.6	28.2	2.0	42.3
Xochimilco	15.8	9.1	3.3	22.9	3.7	45.2

Fuente: Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Rojano, C., Fleiz, C., Villa, G., Jasso, A., Alcántar, M.I., Bermúdez, P., Castro, P. (2001). Reporte Estadístico. INP-SEP. México.

La encuesta mostró que las delegaciones políticas del D.F que presentan mayores índices por el abuso de bebidas alcohólicas son: Gustavo A. Madero (26.1%), Benito Juárez (25.7%), Iztapalapa (25.7%), Cuauhtémoc (24.6 %) y Álvaro Obregón (23.1%).

La **tabla 3** representa los datos con respecto a la prevalencia <sup>4</sup>de consumo de alcohol alguna vez por sexo.

**Tabla 3. Prevalencia de Consumo de Alcohol alguna vez por sexo**

	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>Álvaro Obregón</b>	31.8	29.4
<b>Benito Juárez</b>	30.7	41.0
<b>Cuauhtémoc</b>	34.0	36.1
<b>Gustavo A. Madero</b>	31.2	37.8
<b>Iztapalapa</b>	36.2	27.0

Fuente: Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Rojano, C., Fleiz, C., Villa, G., Jasso, A., Alcántar, M.I., Bermúdez, P., Castro, P. (2001).  
Reporte Estadístico. INP-SEP. México.

---

<sup>4</sup> La prevalencia se define como una proporción. La Psicología la define "como el dominio de una acción refleja sobre otras" (<http://www.cpcunc.edu/mirrors.ccp.htm>).

Como se señala en la tabla 4, la prevalencia de consumo de alcohol alguna vez, tuvo mayor porcentaje en la delegación Iztapalapa para la población masculina, mientras que en la delegación Benito Juárez el porcentaje fue más alto para la población femenina. Se presentan los resultados con respecto a la prevalencia de consumo de alcohol, pero en el último mes del año 2000.

**Tabla 4. Prevalencia de Consumo de Alcohol  
en el Último Mes Por Sexo**

	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>Álvaro Obregón</b>	33.1	29.4
<b>Benito Juárez</b>	42.6	36.1
<b>Cuauhtémoc</b>	41.8	31.1
<b>Gustavo A. Madero</b>	38.5	35.3
<b>Iztapalapa</b>	40.2	31.5

Fuente: Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Rojano, C., Fleiz, C., Villa, G., Jasso, A., Alcántar, M.I., Bermúdez, P., Castro, P. (2001). Reporte Estadístico. INP-SEP. México.

La población masculina presenta porcentajes más altos en comparación con la población femenina, de igual manera se percibe que los índices más altos se presentan una vez más en la delegación Benito Juárez, en hombres y mujeres.

Con respecto a la edad se indica que un 20.3% de los adolescentes de 14 años de edad o menos consumieron alcohol en el último mes y el 28.4% en el último año, lo que indica que el consumo de alcohol inicia a muy temprana edad (12-14 años aproximadamente).

Los datos arrojados muestran que la edad de consumo de alcohol en el último mes inicia antes de los 13 años de edad. La **tabla 5** permite mostrar estos porcentajes.

**Tabla 5. Prevalencia de Consumo de Alcohol en el Último Mes Por Edad**

	<=13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años	>=19 años
	%	%	%	%	%	%	%
Álvaro Obregón	12.5	26.2	35.2	45.1	58.6	81.3	58.3
Benito Juárez	22.2	29.1	48.8	62.5	55.6	62.5	51.5
Cuauhtémoc	20.6	29.0	32.6	48.7	57.1	75.8	66.7
Gustavo A. Madero	16.3	28.1	38.8	56.1	45.0	57.1	55.1
Iztapalapa	20.4	31.7	44.1	56.7	50.8	48.0	62.8

Fuente: Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Rojano, C., Fleiz, C., Villa, G., Jasso, A., Alcántar, M.I., Bermúdez, P., Castro, P. (2001). Reporte Estadístico. INP-SEP. México.

Los datos presentados señalan que la edad de 18 años es la que presenta mayores porcentajes de consumo sin embargo, los datos referentes a adolescentes menores de 15 años resultan altos y alarmantes. Asimismo, se observa que la delegación Benito Juárez vuelve a presentar los índices más altos.

Referente al nivel escolar, se señala que conforme aumenta el nivel educativo, el consumo es mayor (**tabla 6**).

**Tabla 6. Prevalencia de Consumo de Alcohol por nivel escolar**

	Secundarias	Bachillerato	Técnicas
	%	%	%
Álvaro Obregón	22.2	65.6	73.8
Benito Juárez	35.4	82.4	58.3
Cuauhtémoc	40.4	53.5	74.6
Gustavo A. Madero	34.1	62.8	59.3
Iztapalapa	36.5	56.7	63.0

Fuente: Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Rojano, C., Fleiz, C., Villa, G., Jasso, A., Alcántar, M.I., Bermudez, P., Castro, P. (2001). Reporte Estadístico. INP-SEP. México.

Los datos indican que 21.4% de los estudiantes consumen 5 copas o más por ocasión de consumo, al menos una vez al mes. Aunque los índices más altos se registraron en la categoría de por lo menos una vez en el último año (tabla 7).

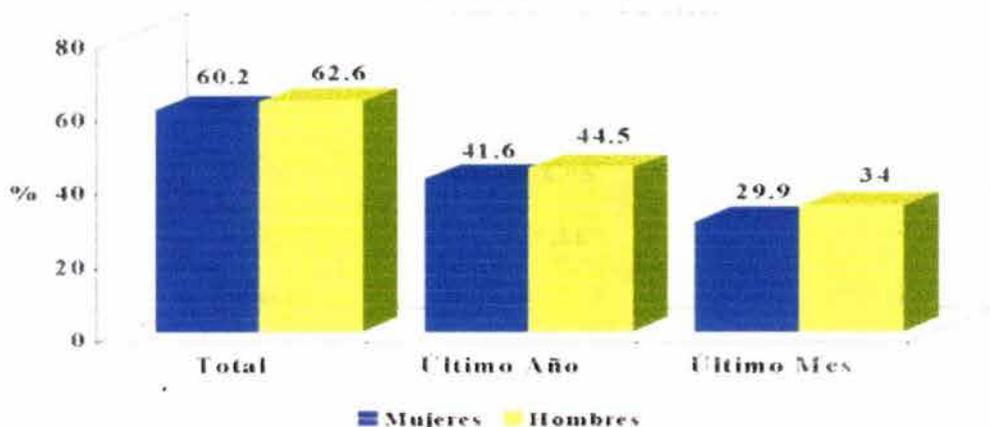
**Tabla 7. Estudiantes que Tomaron 5 ó más Copas de Alcohol en Una Sola Ocasión**

	Nunca en el último mes	Por lo menos 1 vez en el último año	Una vez en el último mes	2 a 3 veces en el último mes	1 o más veces en la última semana	No bebe alcohol
	%	%	%	%	%	%
Álvaro Obregón	14.1	21.9	11.4	6.8	3.1	40.1
Benito Juárez	18.8	25.6	12.2	8.7	5.0	29.0
Cuauhtémoc	18.5	25.3	11.6	10.3	3.8	30.9
Gustavo A. Madero	16.4	24.5	12.6	6.1	4.2	32.1
Iztapalapa	14.3	20.6	12.0	10.7	3.8	38.2

Fuente: Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Rojano, C., Fleiz, C., Villa, G., Jasso, A., Alcántar, M.I., Bermúdez, P., Castro, P. (2001). Reporte Estadístico. INP-SEP. México.

Al analizar el consumo por género se percibe que la población masculina (34.0%), es con respecto a la femenina (29.9%), la que presenta mayores índices en el consumo de bebidas alcohólicas (**Figura 4**).

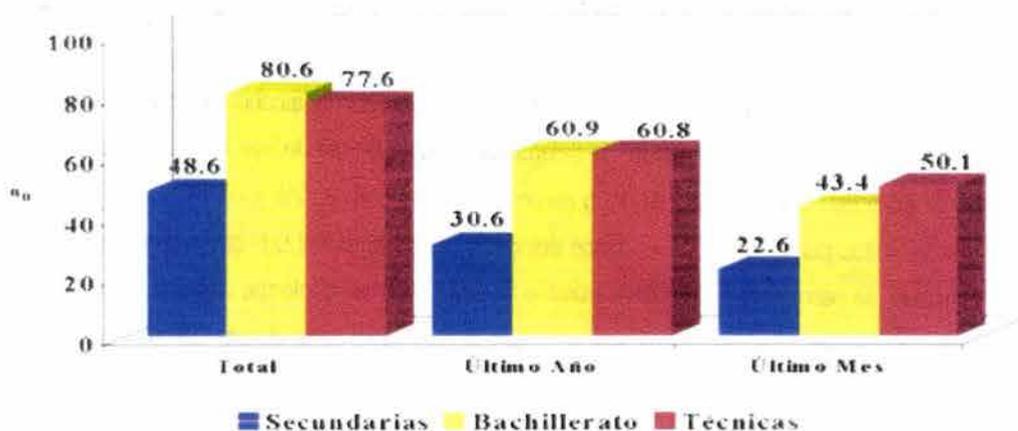
### Consumo de Alcohol por Sexo en Estudiantes del D. F. 2000



Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Rojano, C., Fleiz, C., Villa, G., Jasso, A., Alcántar, M.I., Bermudez, P., Castro, P., Blanco, J. (2001). Reporte Global. INP-SEP. México.

Con respecto al nivel educativo, la **figura 5** muestra la relación existente entre éste y el consumo de alcohol.

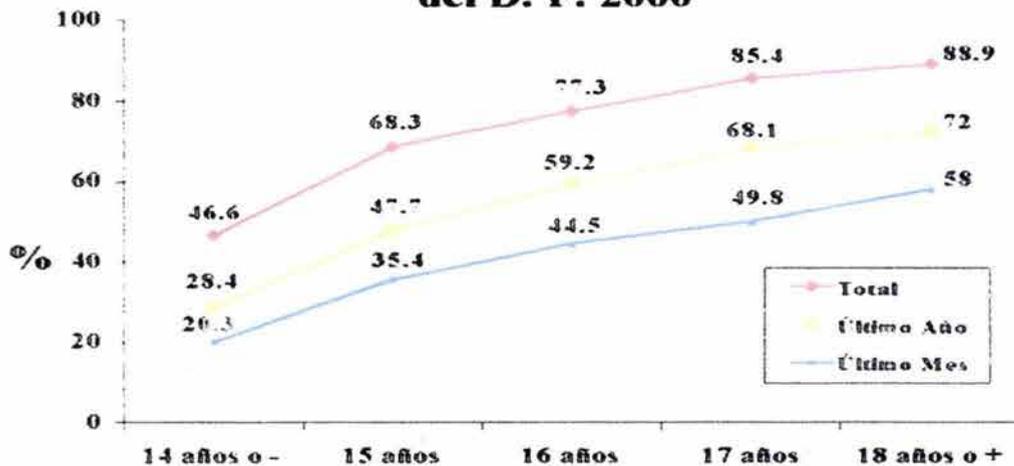
### Consumo de Alcohol por Nivel Educativo en Estudiantes del D. F. 2000



Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Rojano, C., Fleiz, C., Villa, G., Jasso, A., Alcántar, M.I., Bermudez, P., Castro, P., Blanco, J. (2001). Reporte Global. INP-SEP. México.

En cuanto a la edad de los adolescentes, el porcentaje de consumidores de 14 años o menos, es menor a la mitad de los que tienen 18 años o más. Asimismo, la mitad de los adolescentes de 17 años han bebido alcohol en el último mes, aún cuando son menores de edad (figura 6).

### Consumo de Alcohol por Edad en Estudiantes del D. F. 2000



Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Rojano, C., Fleiz, C., Villa, G., Jasso, A., Alcántar, M.I., Bermúdez, P., Castro, P., Blanco, J. (2001). Reporte Global. INP-SEP. México.

Los datos indicados en las tablas y figuras anteriores, permiten observar que la población masculina es la principal consumidora de alcohol. De los 6225 estudiantes entrevistados del D.F en el año 2000, el 62.6% correspondió a los varones sobre un 60.2 % de la población femenina. Sin embargo, se observa que la diferencia porcentual es realmente muy pequeña, lo que hace constar que el número de mujeres consumidoras se ha incrementado.

También es posible detectar que la edad de inicio en el consumo de las bebidas alcohólicas oscila entre los 13 y 14 años de edad aproximadamente, siendo la delegación política Benito Juárez la que presenta los índices más altos de consumo: adolescentes de 13 o menos años de edad, 22.2% y de 14 años de edad, 29.9%. Al observar los datos porcentuales de las cinco delegaciones políticas del D.F que presentan mayor prevalencia de consumo, se percibe que aumenta el número de consumidores conforme aumenta la edad, no obstante las diferencias entre los 14 y 15 años es pequeña para delegaciones como Álvaro Obregón (26.2% a 35.2%) y Cuauhtémoc (29% a 32.6%).

Con respecto al nivel educativo es posible revelar que los estudiantes del nivel básico (secundaria) si consumen alcohol (48.6%), sin embargo, al aumentar el nivel educativo también aumentan los consumidores, ya que los datos registraron que el 80.6% de los estudiantes de bachillerato ingieren alcohol.

consumen alcohol (48.6%), sin embargo, al aumentar el nivel educativo también aumentan los consumidores, ya que los datos registraron que el 80.6% de los estudiantes de bachillerato ingieren alcohol.

Asimismo, se advierte que en la Ciudad de México la delegación política con mayor prevalencia de consumidores es Benito Juárez, presentando un porcentaje total de consumo del 71.1%, seguida de la delegación Cuauhtémoc 70.1%, sucedidas por Gustavo A. Madero, con un porcentaje del 69%.

## **Conclusiones**

Sintetizando la información expuesta, se considera que el alcohol es una droga psicoactiva, que altera las emociones, percepciones y sentidos de quien lo consume además, provoca dependencia o alcoholismo. Éste, es un fenómeno estudiado por diversas disciplinas, que han retomado investigaciones médicas, sociales y psicológicas para establecer la definición, las características y las consecuencias del mismo, incluso se han generado datos epidemiológicos para medir el impacto de esta enfermedad, estableciendo que la dependencia del alcohol se ha convertido en un problema de salud.

Para definir qué es el alcoholismo se retoma la perspectiva médica, que lo cataloga como una enfermedad progresiva que se caracteriza por el impulso de consumir alcohol a pesar de los daños que puede acarrear, además este trastorno presenta otros rasgos que se consideran particulares del alcoholismo (señalados por el DSM-IV). Tal propuesta médica se considera adecuada para comprender el fenómeno. Ésta integra tanto los síntomas físicos de la dependencia del enfermo así como las alteraciones emocionales y sociales que conlleva, no segmenta la enfermedad sino que la observa de manera sistémica, también permite la contribución interdisciplinaria para continuar investigando el por qué y el cómo de la dependencia para brindar tratamiento y prevención.

En la perspectiva psicológica no existe un consenso claro del por qué las personas abusan y dependen del alcohol, no obstante emplean la definición y características del alcoholismo señaladas por el modelo médico. En el presente trabajo se retoma la teoría del aprendizaje social para describir la etiología del abuso y dependencia del alcohol. Esta postura señala la importancia que desempeña el aprendizaje en las conductas consumistas al seguir modelos que se presentan en la sociedad (padres, amigos, publicidad, etc.) las que son reforzadas por beneficios individuales y sociales. Sin embargo, tal postura no es determinista porque no considera que las personas al observar que otras beben ellos también lo harán, sino que considera el papel activo del sujeto.

De acuerdo a las estadísticas de patrón de consumo en México se diferencia que en la etapa de la adolescencia (12-13 años de edad aprox.) se inicia; lamentablemente tanto los jóvenes como los adultos incurrir en el abuso, lo que conlleva a diversas consecuencias adversas que dañan al usuario y a los que lo rodean (accidentes automovilísticos, fracaso escolar, enfermedades crónicas, etc) además puede generar adicción.

## PSICOLOGÍA PREVENTIVA<sup>5</sup>

Con el fin de evitar o reducir los efectos que producen ciertas condiciones o accidentes, se puede optar por emprender acciones anticipatorias, que propicien habilidades en los individuos para enfrentarse y protegerse de las consecuencias que acarrearán ciertos padecimientos; tal es el caso de la vacuna contra el sarampión, ya que actúa antes de cualquier síntoma, evitando la aparición de dicha enfermedad y en dado caso de que se presente, los efectos sean menores. Por medio del conocimiento previo de lo que propicia una enfermedad u accidente, los sujetos pueden evitar conductas o situaciones que alteren su salud.

A pesar de que se han empleado los conceptos de salud y enfermedad, es importante considerar que son difíciles de definir, ya que no existe unanimidad en la literatura científica de cuáles son los criterios que se deben de considerar para identificar a los individuos como sanos o enfermos; para poder diferenciar estos conceptos es importante recalcar que su significado también depende de los constructos sociales que se forman a partir de las cogniciones individuales, que a su vez se han establecido a través del aprendizaje social (Buela-Casal; Fernández-Ríos y Carrasco, 1997). A pesar de estas complicaciones para definir qué es la salud y la enfermedad, la OMS propone que la **salud** es "el estado de bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedad" (Durán, 1998, p.63), este enfoque propone la atención integral del individuo como un ser biopsicosocial, señalando la importancia de brindar atención primaria a la salud, lo que implica evitar la aparición del daño que ocasiona la enfermedad. De acuerdo a Souza y Machorro (1988) la **enfermedad** se concibe como el estado en el que la persona, al exponerse a ciertos estímulos físicos, psicológicos o sociales, provocan desajustes que impiden el reestablecimiento de la homeostasis en el organismo. Puesto que no existe una definición universal aceptada de salud y enfermedad, Buela-Casal et. al. (1997) consideran que no es relevante centrar la atención en proponer o plantear definiciones de salud y enfermedad, sino referirse al concepto *positivo de salud*, que recalca la necesidad de promover la salud y prevenir lo patológico.

---

<sup>5</sup> Fernández-Ríos, L. (1994), señala que "el título del texto Manual de Psicología preventiva, teoría y práctica, trata de poner de manifiesto la necesidad de configurar un nuevo campo de conocimiento, una nueva disciplina bajo la denominación psicología preventiva" (Introducción p. XXI), que es la aplicación de un conjunto de conocimientos de múltiples disciplinas y que está en proceso de construcción, por lo tanto no se le ha concedido la relevancia científica y social pertinente.

Puesto que retoma los conceptos de la Prevención empleando los avances teóricos y prácticos de la Psicología y otras disciplinas, no especifica el origen histórico del concepto, sin embargo señala que es a partir del énfasis y del manejo de la prevención primaria en los 70s en los trabajos de Kesler y Albee (1975) y de la Organización Mundial de la Salud (1978), cuando se inician los avances en la materia.

Para reducir la incidencia de las enfermedades, se propone emplear estrategias preventivas por medio de la atención primaria a la salud. Según Llanes y Castro (2002) "la prevención es tener conciencia de los riesgos y disponer de las habilidades de protección para evitar o minimizar los posibles daños" (p.9), es decir que para impedir los efectos negativos que conllevan las patologías se deberá o es preferible intervenir previniendo estos.

Las acciones preventivas se clasifican en tres diferentes niveles, que son:

- *Prevención primaria*, que evita la ocurrencia de la enfermedad o del daño, reduciendo la incidencia, sus acciones se efectúan previo a cualquier síntoma.
- *Prevención secundaria*, considera un diagnóstico temprano para limitar las secuelas o la prevalencia de la enfermedad.
- *Prevención terciaria o rehabilitación*, sus estrategias se dirigen a limitar las incapacidades provocadas por la enfermedad (De la Fuente, 1997; CONADIC, 2000; Fernández-Ríos, 1994).

### **Prevención Primaria**

Las características de la prevención primaria se consideran idóneas, ya que ante cualquier posible aparición de enfermedad o situación de riesgo se actúa evitando o disminuyendo las consecuencias negativas. En la presente investigación se hace énfasis en la *prevención primaria en salud mental*, que "trata de reducir la incidencia de enfermos mentales en general durante un período de tiempo, o de algún tipo específico de trastorno" (Fernández-Ríos, 1994, p. 138). Es importante señalar que pretende disminuir el riesgo de una población, aunque algunos puedan enfermar, el número será reducido, puesto que no es posible prevenir por completo las enfermedades, porque constantemente existen personas vulnerables y factores desencadenantes.

Dentro de la prevención primaria, Catalano y Dooley (1982, cit. por op.cit.), diferencian entre la prevención proactiva y reactiva; en la primera las estrategias están encaminadas a evitar o reducir la ocurrencia de factores de riesgo anticipándose a los mismos, y la *reactiva* tiene como objetivo preparar al sujeto para superar y afrontar situaciones de riesgo. Álvarez y Haces (1998) señala que en el campo de la prevención se promueve la concepción de que las intervenciones preventivas "deben ser promotoras del desarrollo humano y no reacciones a la problemática existente" (p. 40), es decir, es preferible emplear estrategias proactivas, para promover competencias y destrezas que faciliten la adaptación de los sujetos ante eventos estresantes, así como a las demandas del ambiente sociocultural en el que se desenvuelven.

### **Características de la prevención primaria**

Fernández-Ríos (1994) considera como peculiaridades de la prevención primaria las siguientes:

- Énfasis en aspectos de la salud mental y física, y su interconexión.
- Reconoce los aportes de las diferentes disciplinas.
- Es proactiva más que reactiva.
- Orientación comunitaria.
- Intenta equipar a las personas con recursos ambientales y personales para confrontarse y superar los problemas que puedan surgir, para formar sujetos competentes.

### **Procedimientos preventivos**

Albee y Gullotta (1986, cit. por Fernández-Ríos, 1994) consideran que existen dos procedimientos básicos y prioritarios de la tecnología de la prevención, estos son:

- a) *Educación*, que facilita información, fomentando cambios en las actitudes y en la adquisición de estilos de vida sanos.
- b) *Promoción de la competencia individual y comunitaria*.

### **Psicología Preventiva**

Buela- Casal (1997) define que:

"La 'psicología preventiva' constituye un campo de investigación-acción interdisciplinar que desde una perspectiva proactiva, ecológica y ética y una conceptualización integral del ser humano en su contexto sociomaterial (o sociocomunitario) real y concreto, trata de utilizar los principios teóricos y la tecnología de la intervención actualmente disponible en cualquier disciplina que resulten útiles para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud física y mental y de la calidad de vida a nivel comunitario, tanto a corto como a largo plazo"(p.42).

### **MODELO DE COMPETENCIA**

La Psicología Preventiva retoma los principios del Modelo de Competencia, a través de estrategias proactivas, ya que se anticipan a los problemas para evitarlos, sus estrategias se enfocan a promover el desarrollo cognitivo, entrenamiento en destrezas conductuales y socioemocionales que conducirán a resultados adaptativos y a un sentido de control personal. Algunos componentes de la competencia, de acuerdo a Raven (1984, cit. por op.cit.), son:

- habilidad para ejercer autocontrol
- autoconfianza
- disposición a pensar por uno mismo y ser original
- pensamiento crítico
- persistencia
- confiabilidad
- habilidad para tomar buenas decisiones
- responsabilidad personal
- manejo de conflictos, entre otros.

Cada una de estas características personales permiten al sujeto enfrentarse de mejor manera ante estresores durante su desarrollo, sin embargo cabe destacar que el ser competente se aprende en el transcurso del propio desarrollo y con base a las exigencias del medio circundante.

Las intervenciones preventivas de este modelo se centran en sujetos sanos y vulnerables (poblaciones que se hallen o no en elevados niveles de riesgo). Se define como **vulnerabilidad** a la probabilidad que tiene una persona a desarrollar una enfermedad, porque coexiste un conjunto de factores de riesgo que aumentan la susceptibilidad a que padezca cierto trastorno. Es necesario identificar los **factores de riesgo** (características, variables o peligros) que propician la vulnerabilidad de las personas ante un padecimiento con la finalidad de eliminarlos o reducirlos, además se pueden fortalecer los **factores de protección** (competencias), los cuales se consideran como resistencias que reducen la posibilidad de enfermar; los factores que protegen a los individuos pueden ser internos y externos; en los internos se pueden señalar el manejo de estresores, competencias cognitivas y de comunicación, autoeficiencia- autoconfianza, autoestima, relaciones emocionales estables y en los externos se consideran la atención de los padres, relaciones padre-hijo positivas, apoyo emocional, estructura y reglas en el hogar, valores compartidos, amigos y acceso a los servicios (Fernández-Ríos, 1994; LLanes y Castro, 2002; De la Fuente, 1997).

### **Prevención del Abuso de Alcohol**

De la Fuente (1997) señala que en la *prevención primaria*, "otro sector de problemas mentales y conductuales en los que es posible prevenir, es el relacionado con el abuso de alcohol y otras sustancias que modifican la conciencia, el humor y la conducta y que además son adictivas. Estos problemas pueden ser significativamente reducidos mediante educación, limitación de su disponibilidad y otras medidas legales"(p. 397). De la misma manera LLanes (1999) considera que la adicción es una enfermedad curable que es prevenible, ya que está mediada por factores psicológicos, conductuales y ambientales.

La Psicología Preventiva es una de las disciplinas que se involucra en la prevención de las adicciones, tiene como objetivo prevenir la enfermedad y promocionar la salud física y mental. Sus planteamientos se basan en los principios del Modelo de Competencia, considerando que el fortalecimiento de las competencias individuales prepara al sujeto para enfrentarse a factores de riesgo que lo pueden involucrar en el consumo y abuso del alcohol u otras drogas. Para evitar el incremento del abuso de las drogas es importante informar a los adolescentes de las consecuencias del alcoholismo y reforzar sus habilidades de afrontamiento. Mata (1993) propone que "si consideramos que el consumo de drogas es una conducta sujeta a observarse, registrarse y modificarse, entonces podemos señalar que la Psicología, como ciencia abocada al estudio del comportamiento, es una de las disciplinas con mayor injerencia en esta problemática" (cit. por Álvarez y Haces, 1998, p.37); Además señala que el psicólogo puede intervenir (FES Z. UNAM, 2003) en diversas áreas como son:

- *Detección*, se identifican fenómenos que solicitan orientación o apoyo psicológico.
- *Evaluación*, se obtiene información por medio de un diagnóstico, que al valorar los recursos y procedimientos permite la toma de decisiones con respecto al fenómeno observado.
- *Planeación*, a partir de la evaluación, se observan las necesidades y se diseñan programas de prevención y/ o detección.
- *Intervención*, con tratamiento individual o grupal u orientación a población vulnerable para cumplir con los objetivos de la planeación.
- *Prevención*; a través de diversas técnicas o instrumentos se interviene par evitar que el fenómeno o desequilibrio se presente.
- *Rehabilitación*, también llamada tratamiento. En ella se establecen métodos que permitan la solución del problema o fenómeno ya detectado y desarrollado.
- *Investigación*, a través del método científico se estudian los fenómenos con sus posibles causas y consecuencias, con la finalidad de comprenderlos y evitarlos o prevenirlos.

Puesto que se considera relevante en esta investigación la promoción de la salud y no sólo "curar" la enfermedad, sólo se hace énfasis en las áreas de intervención que corresponden a la *Prevención de las adicciones*. Para evitar o disminuir la incidencia de la drogadicción se debe identificar a la población vulnerable; los factores de riesgo individuales y ambientales que propician el consumo y abuso de drogas; y los factores de protección que evitan o disminuyen la probabilidad de abusar de las drogas. La población más vulnerable a iniciar patrones de consumo y abuso de drogas son los adolescentes, puesto que debido a sus características biológicas, cognitivas y sociales, se enfrentan a situaciones conflictivas y novedosas que propician el consumo de drogas o el inicio de conductas adictivas. Algunos **factores de riesgo** asociados a este sector de la población en el abuso de drogas son:

- exposición a sustancias
- conocer o tener un amigo usuario
- disponibilidad
- nivel de tolerancia social
- percepción del riesgo asociado con el uso
- consumo familiar
- estados de ánimo displacenteros (minusvalía y depresión)
- ausencia de relaciones estrechas entre padres e hijos
- conflictos familiares
- abandono de la escuela
- distorsión o falta de información de las drogas (mitos)
- conducta antisocial y conducta agresiva, etc.

Los **factores protectores** que se identifican con la finalidad de reforzarlos son:

- información objetiva y realista de las drogas
- relaciones positivas padres- hijos
- ambiente familiar positivo
- estilo de crianza democrático
- habilidades sociales, etc. (Secades, 1997).

Estos factores de protección se complementan con los anteriormente citados por Raven (1984) como competencias de los individuos para desarrollarse como sujetos sanos.

Uno de los procedimientos de la prevención para evitar conductas adictivas en adolescentes es la *educación*, que permite contrarrestar los factores de riesgo por medio del fortalecimiento de factores de protección. Llanes (1999) la denomina **educación preventiva** (otros autores la denominan educación para la salud como: Mille, 2000, CIJ; García, S. y Domínguez, M., 2000), esta emplea la información para concientizar sobre los factores de riesgo individuales y comunitarios, con el propósito de propiciar cambios conductuales y el desarrollo de habilidades protectoras, por medio de acciones proactivas.

Para planear la educación preventiva en el ámbito de las adicciones se debe de considerar las características de la población a prevenir. Según Millé (2000) hay que tomar en cuenta el nivel de consumo de los individuos

para seleccionar el tipo de prevención con sus correspondientes acciones, retomando estos conceptos se propone la esquematización de sus conceptos de la siguiente manera:

Niveles de consumo	Tipos de prevención	Acciones preventivas
Abstinencia Experimentación	Prevención <b>primaria</b> , impide que se inicie el consumo de sustancias promoviendo estilos de vida sanos, elevando el nivel de conocimientos y sensibilizando	Información Control Educación para la salud
Consumo ocasional	Prevención <b>secundaria</b> , se propone disminuir los riesgos o daños ocasionados por el uso de sustancias adictivas, así como detectar casos con problemas de consumo inicial para ser canalizados a servicios especializados	Detección temprana
Abuso de una sustancia ocasional o con frecuencia, puede ocasionar daños incluso la muerte		Disminución de riesgo y daño
Uso frecuente o crónico provocando dependencia	Prevención <b>terciaria</b> , atención a intoxicaciones por abuso o sobredosis, además tratamiento a los trastornos asociados al consumo y dependencia	Desintoxicación Urgencias Tratamiento Rehabilitación

En resumen, la prevención del abuso de alcohol y del alcoholismo dirige sus acciones hacia sujetos que aún no presenten ningún síntoma de alguna enfermedad, sin embargo se consideran como vulnerables a padecerla, ya que reúnen factores de riesgo que los hacen susceptibles. Un sector de la población más vulnerable a la adicción de drogas (legales o ilegales) son los adolescentes; la estrategia para evitar que presenten factores de predisposición es mediante el reconocimiento de los factores de protección para potencializarlos y para reducir la probabilidad de enfermar. Al emplear estrategias educativas proactivas (que motiven la participación) se fortalecen las competencias individuales para evitar los riesgos, permitiendo que los individuos fortalezcan destrezas y habilidades que los lleven a enfrentar algunos factores de riesgo personales y ambientales. Siendo el objeto de toda intervención preventiva primaria el estimular y fortalecer los recursos individuales y sociales, por medio del fomento a la reflexión y el análisis crítico de la información, los adolescentes pueden tomar conciencia de sus problemas, tomando decisiones y actitudes que les permitan desarrollar estilos de vida saludables.

De acuerdo a Marlatt (1985, cit. por Fernández 1997, p.304), "los programas de prevención primaria harían

énfasis de forma general en: incrementar la conciencia y capacidad de elección del individuo en relación a su conducta, desarrollar estrategias de afrontamiento, autocontrol, un mayor sentido de confianza, dominio, autoestima y autoeficacia de su vida".

### **Programas de Prevención de Consumo de Drogas Desarrollados en México**

En la actualidad las adicciones se han convertido en un problema de salud pública mundial, como lo demuestran los altos índices de población afectada, es necesario evitar que este problema aumente a través de estrategias preventivas que fortalezcan la salud de la población. En México el Gobierno Federal ante el incremento de la población que sufre las consecuencias por el abuso y la adicción al alcohol ha implementado el *Programa de Acción contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas*, dentro del marco del Programa Nacional de Salud y del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. Dentro del Mensaje del Secretario de Salud el Dr. Frenk (SSA, 2001) señala que "El Programa aprovecha el conocimiento acumulado durante los últimos tiempos en materia de prevención y de tratamiento, con el objetivo principal de: *disminuir la prevalencia del alcoholismo, los daños a la salud, los problemas psicológicos, económicos y sociales producidos por el abuso en el consumo de bebidas alcohólicas, y proporcionar tratamiento oportuno a quienes lo padecen*" (p.5).

El área de Prevención y Promoción de la Salud del *Programa de Acción contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas*, tuvo como objetivo "fomentar en la población las actitudes, los valores y los hábitos para el autocuidado de la salud que prevengan el abuso de bebidas alcohólicas y promuevan la responsabilidad en el consumo, por medio de la estrategia del fomento de actitudes, valores y hábitos" (Op. Cit.).

En México, actualmente las instituciones que participan en el *Programa de Acción contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas*, con acciones preventivas a nivel primario son:

- **Modelo Preventivo Construye tu vida sin adicciones**, desarrollado en la Secretaría de Salud, por el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC). El objetivo de este modelo es desarrollar estilos de vida protectores de la salud integral. Sus acciones están diseñadas para prevenir el desarrollo de adicciones al tabaco, al alcohol, a los tranquilizantes y a otras drogas. La población a las que se dirige el modelo son: preadolescentes, adolescentes, jóvenes y adultos (los materiales y acciones están adecuados a las características del grupo de edad); se aplica principalmente en Centros de Salud, como en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (Unidades DIF).
- El método empleado es el trabajo grupal para "adoptar nuevas actitudes y acciones que modifiquen y mejoren su estilo de vida, a partir de la toma de conciencia y una percepción diferente sobre el riesgo. Por ello, los contenidos temáticos con los que se trabaja deberán

contar con el factor vivencial, propiciando que el individuo se sienta involucrado" (CONADIC, 2000, p.13); los recursos técnicos utilizados son: trabajo con imágenes, trabajo psico-corporal y reflexión grupal.

- **Proyecto Orientación Preventiva a Adolescentes (OPA)** de Centros de Integración Juvenil (CIJ, 2004), emplea como estrategia la educación para la salud. Su objetivo general es promover el cambio de actitudes en torno al cuidado de la propia salud y al interior de la familia y de los grupos en que interactúan, a fin de motivar el desarrollo de alternativas para prevenir el consumo de drogas. Los contenidos que maneja son: Autoestima, Asertividad, Comunicación, Amistades y pareja, Responsabilidad en el ejercicio de la sexualidad, Vocación y Apego escolar.

- **Programa de Educación Preventiva Contra las Adicciones (PEPCA)**, creado por la Secretaría de Educación Pública (SEP) a través de la Subsecretaría de Servicios Educativos para el Distrito Federal (SSEDF). Tiene como propósito "incorporar en el proceso educativo la estrategia de educación preventiva integral sustentada en la promoción y fomento de valores que fortalezcan en los educandos la capacidad de discernimiento para hacer frente a problemas sociales que puedan limitar su desarrollo armónico" (Cardiel, H. y Néquiz, G. ,1998; p.10). El PEPCA se ordena en siete proyectos opcionales de prevención, que se seleccionan de acuerdo a la problemática de cada escuela, estos son: Construcción de valores, Aprovechamiento creativo del tiempo, Educación ambiental, Manejo responsable de la sexualidad, Prevención del uso del tabaco, Prevención del uso y abuso del alcohol y Prevención del uso de drogas. Cada proyecto señala las actividades que puede aplicar el docente en su trabajo cotidiano, ya que se vinculan con las diferentes asignaturas del ciclo escolar.

La corriente pedagógica que retoma es la "escuela crítica", que propone una reflexión conjunta entre maestros y educandos, por medio del trabajo grupal como estructura generadora de aprendizajes significativos<sup>6</sup> entre sus participantes.

- **Modelo Preventivo de Riesgos Psicosociales Chimalli**, creado por el Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos (INEPAR). Es un modelo participativo y vivencial, de acción ecológica y de desarrollo humano (acciones proactivas). Se imparte a través de la educación preventiva en centros escolares (primarias), centros de desarrollo o comunidades abiertas. Su base teórica es la teoría de la resiliencia<sup>7</sup>. El programa Chimalli, pretende incrementar la

---

<sup>6</sup> El aprendizaje significativo es el proceso mediante el cual se integra el conocimiento a la vida diaria de los individuos, las ideas que se expresan simbólicamente están relacionadas en la estructura cognoscitiva con el contenido afectivo. (Ausubel, D., 1978)

<sup>7</sup> Resiliencia, "es la capacidad de una persona para surgir o salir de situaciones adversas, adaptarse, superar y acceder a una forma de vida que resulte significativa y productiva" (Solís, L., Sánchez, A. y Cortés, R., 2003; p. 125).

capacidad de las comunidades educativas de enfrentar la adversidad que resulta de la exposición a los factores de riesgo.

Las áreas de trabajo son: Consumo de drogas, Conducta antisocial, Salud, Sexualidad, Conducta consumista y Manejo de eventos negativos. Éstas se seleccionan con base a los resultados del Inventario de riesgo-protección (IRPA) (Margain, M., Castro, E. y Llanes, J., 2002).

Estos Programas de Prevención de Consumo de Drogas desarrollados en México emplean como estrategia a la educación preventiva, a través del trabajo grupal, formados principalmente por adolescentes de ambos géneros. Además retoman el enfoque de riesgo-protección, es decir se identifican los factores de riesgo que propician las adicciones pretendiendo evitarlos por medio del fortalecimiento de factores de protección, esta concepción se basa en la teoría de la resiliencia, que considera que las personas son resistentes o capaces de desarrollarse de manera saludable a pesar de las adversidades en las que se desenvuelvan.

## PROPÓSITO

Diseñar la propuesta de un Programa de Prevención Psicológica para evitar la adicción al alcohol, dirigido a adolescentes de 12 a 14 años de edad, que no hayan ingerido alcohol y que acudan a clases regulares de secundaria en el Distrito Federal.

## METODOLOGÍA

### Fundamentación

De acuerdo a la información expuesta, se considera que la población vulnerable de iniciar conductas de abuso y adictivas al alcohol, son los adolescentes debido a que sus características evolutivas propician a que se enfrentan a factores de riesgo que alteran o evitan la adaptación a su medio ambiente, esto puede desencadenar no sólo el abuso del alcohol sino también la adicción a otras drogas o presentar distintas conductas de riesgo (accidentes, embarazos no deseados, suicidio, etc) que ocasionan consecuencias físicas, psicológicas y sociales que perjudican el desarrollo sano del adolescente. Puesto que la edad de los consumidores de droga (especialmente alcohol como droga de inicio) ha disminuido y el número de éstos ha aumentado, así como los daños que genera en los usuarios y en terceras personas, se considera necesario no sólo rehabilitar sino *prevenir la adicción al alcohol* promoviendo la salud. La propuesta de programa retoma los principios de la Psicología Preventiva y al Modelo de Competencia, que emplea estrategias proactivas con el fin de promover destrezas y habilidades cognitivas, conductuales y socioemocionales en las personas, que permiten enfrentar situaciones de estrés que aumentan las probabilidades de adquirir una adicción. El procedimiento básico dentro de la prevención es la *educación preventiva*, que trata de contrarrestar el efecto de los factores de riesgo, a través del fortalecimiento de los factores de protección que evitan o disminuyen la incidencia de padecer alcoholismo. Para proceder dentro de la educación preventiva es importante fomentar el pensamiento crítico y el análisis reflexivo de la información para que los sujetos sean competentes en la toma de decisiones y en el cambio de actitudes que permitan establecer un estilo de vida sano. Como se considera importante el aprendizaje activo de los participantes, se retoman los principios teóricos del *Grupo Operativo* aplicados a la enseñanza para el diseño de la propuesta de un Programa de Prevención Psicológica del alcoholismo en adolescentes, para que estos sean parte activa dentro del proceso de aprendizaje. A continuación se exponen los conceptos básicos del grupo operativo.

## Grupo Operativo

Se define como grupo operativo, aquel cuyo objetivo está "centrado en la tarea y que tiene por finalidad aprender a pensar en términos de resolución de las dificultades creadas y manifestadas en el campo grupal" (Pichon-Rivière, 1977, p.128).

Para Bauleo (1969) el grupo operativo, es "todo grupo en el cual la explicitación de la tarea y el accionar a través de ella permite no sólo su comprensión sino también su ejecución" (p.201)

Los grupos operativos surgieron en 1958, a partir de la Experiencia Rosario dirigida por Enrique Pichon-Rivière, y su metodología se aplicó al aprendizaje, la empresa y la terapia.

Mediante el acercamiento terapéutico al grupo básico: la familia, Pichon- Rivière detectó que de éste emerge un portavoz del malestar del grupo, teniendo como función ser el depositario de la ansiedad del grupo y el denunciante de la situación conflictiva que yace en su núcleo familiar. Los demás miembros del grupo son los depositantes de la ansiedad sobre el emergente. Los roles (depositario- depositantes) que se establecen en la dinámica familiar tienden a ser estereotipados, rígidos y generan conflictos intrafamiliares.

La acción terapéutica al tratar de romper con los roles estereotipados asumidos hasta el momento por el grupo, se enfrenta con una resistencia ante el cambio; provocada principalmente por la ansiedad. Se reconocen dos ansiedades o miedos inconscientes: miedo a la pérdida (aceptación de la pérdida del pasado para insertarse en un proyecto) y miedo al ataque (temor a lo desconocido del futuro y la búsqueda de pautas pasadas como huida); éstos evitan la adaptación activa al medio. Por medio del trabajo terapéutico se pretende "hacer explícito lo implícito", para esclarecer el malentendido grupal enfrentando la resistencia al cambio grupal para reorganizar los roles rígidos a plásticos.

Para Pichon-Rivière los propósitos y finalidades de los grupos operativos "están centrados en la movilización de estructuras estereotipadas a causa del monto de ansiedad que despierta todo cambio". Puesto que en éste "el esclarecimiento, la comunicación, el aprendizaje y la resolución de tareas coinciden con la curación, creándose así un nuevo esquema referencial" (p.120).

Pacheco (1986) señala que los objetivos y metas del grupo operativo son:

- Aprender a pensar
- Analizar las contradicciones que surgen al interior del proceso grupal y su relación con las contradicciones sociales.
- Hacer explícito lo que parece implícito (aspectos verbales y no verbales de la dinámica)
- Incidir en la ruptura de estereotipos
- Analizar la ideología subyacente del grupo
- Confrontar el análisis interno en relación con la práctica social
- Ensayar nuevos modos de relación al interior para validarlos al exterior

Este autor considera, que "el grupo operativo promueve la salud mental en la medida en que los miembros que lo integran se proponen desarrollar su sentido crítico y apropiarse de un instrumento que les permita conocer y transformar la realidad en la perspectiva de un cambio radical de las estructuras de dominación" (p.403)

### **Elementos Característicos del Grupo Operativo**

**Tarea**, factor por el cual el grupo se ha reunido para apropiarse de él y luego accionar con él. Ésta "alcanzará su racionalidad [...], por el grado integrativo que se dio a través de un pasaje entre lo afectivo y lo pensado" (Bauleo, 1969, p.201)

**Emergente de un grupo**, es el individuo que sale al paso del suceder grupal como parte comprometida del grupo siendo el portavoz de la ansiedad. Se puede manifestar como conspirador impidiendo el desarrollo del trabajo o como líder del progreso.

**Coordinador del grupo**, se encarga de evitar el estereotipo de roles y de situaciones; interpreta el acontecer grupal; enuncia la unión temática verbalizada con la dinámica del funcionar grupal; y facilita la comunicación.

**Observador**, organiza los elementos emergentes grupales.

### **Grupos Operativos en la Enseñanza**

En la enseñanza se puede aplicar la metodología del grupo operativo como alternativa para fomentar el aprendizaje activo de los participantes. Los principios de éste señalan que el enseñar y aprender son incluyentes, y forman una estructura funcional.

El proceso que comúnmente se sigue en la enseñanza tradicional funciona por medio de un emisor (profesor) y varios receptores (alumnos), lo que fomenta la pasividad en los alumnos, ya que sólo acumulan o memorizan información acabada por parte del profesor. Estas condiciones se incorporan en los esquemas referenciales de los sujetos creando estereotipias que distorsionan o bloquean el aprendizaje. Cuando se cambian las condiciones acostumbradas de aprender y se presenta como alternativa al "grupo de aprendizaje", el sujeto se resiste por medio de conductas saboteadoras del cambio, es decir, que al movilizar las estructuras estereotipadas se provoca ansiedad por el cambio.

De acuerdo con la literatura de los grupos operativos, se considera que al aprender se modifican ciertas pautas de conducta características de la personalidad del sujeto. Al propiciar un cambio (en este caso el aprendizaje sobre un objeto) se altera el estado de equilibrio del organismo, provocando ansiedad; siendo ésta la expresión de dos miedos básicos (pérdida y al ataque), los cuales producen la resistencia al cambio.

Si se pretende cambiar ciertas conductas en los integrantes de un grupo, se requiere fomentar el operar sobre la información, por medio de la indagación sobre el objeto de conocimiento, lo que facilita una mayor comprensión sobre éste a través de la integración de la teoría y la práctica, como un todo. El manejo de la información que se propicia en los grupos de aprendizaje, por parte del coordinador y que da como resultado la modificación de ciertas pautas de conducta en los participantes sobre cierto tema, involucra además nuevos patrones de socialización, puesto que en la escuela los estudiantes aparte de aprender cierta información, también integran a su esquema referencial patrones de relación social, que involucran actitudes como seguir instrucciones, no pensar por sí mismo, el profesor es la autoridad, el alumno obedece, etc. Ante esta situación es necesario plantear tres tipos de objetivos de aprendizaje:

- De adquisición y manejo de contenidos informativos
- Correspondientes al tipo de vínculos con los contenidos informativos (actitudes, habilidades, métodos)
- De socialización con los participantes del grupo (Zarzar, 1988b; p. 56 - 58).

Bleger (1977) señala que la consigna de la enseñanza operativa "es la de romper estereotipias en todos los niveles y planos en que aparezcan. [...] En esta acción, el estudiante aprende, con su participación directa, a problematizar tanto como emplear los instrumentos para hallar soluciones y plantear las posibles vías de solución" (p.411). De acuerdo a esta percepción se concibe a los estudiantes como coautores de los resultados, los cuales emplean sus conocimientos como instrumentos para indagar y actuar sobre la realidad.

Cada miembro del grupo de aprendizaje posee su Esquema Referencial, que se define como, "el conjunto de conocimientos, de actitudes que cada uno tiene en su mente y con el cual trabaja en relación con el mundo y consigo mismo" (Pichon-Riviére, p 81); la tarea grupal consiste en unificar los esquemas referenciales, para formar un Esquema Conceptual Referencial Operativo (ECRO) grupal que se realimente y sea flexible.

Cuando se incorpora el método del aprendizaje operativo en los sujetos se aprende a mantener un esquema referencial de carácter dinámico y plástico que facilita y propicia el aprendizaje. Al romper las estereotipias y al modificar los esquemas referenciales individuales convirtiéndolos en flexibles y dinámicos, se permite una adaptación activa a la realidad, "en el sentido de que en tanto el sujeto se transforma, modifica al medio, y al modificar al medio se modifica a sí mismo" (Pichon-Riviere, p. 66).

### **Ámbitos del Trabajo Grupal**

Los elementos que conforman al trabajo grupal son: la **Tarea**, siendo el objetivo que el grupo se ha propuesto alcanzar, referente al "para qué". Ésta se desarrolla por medio de una **Temática**, que es el contenido

programático de un curso, representando "al qué" de éste; que se desenvuelve por medio de una **Técnica** y se refiere al "cómo" se trabajará. Cuando un grupo se reúne en torno a una tarea trabajándola por medio de una temática a través de técnicas, surgen reacciones que generan una **Dinámica grupal** particular, siendo ésta el resultado de la interacción de factores individuales, metodológicos, ambientales, contextuales y sociales característicos de un momento y de los integrantes del grupo.

El grupo tiene dos tareas que elaborar, la primera es la explícita que es la adquisición de un aprendizaje sobre determinado tema; y la segunda es la implícita, que tiene como propósito identificar obstáculos (pautas estereotipadas) que impiden el funcionamiento grupal, así como la búsqueda de medios para superarlos; también dentro de lo implícito se requiere construir un esquema referencial grupal. Hoyos (1980) señala que la integración de un Esquema Conceptual Referencial Operativo (ECRO), posibilita mayor enriquecimiento individual y facilita la resolución de la tarea.

Para facilitar la ejecución de ambas tareas así como para propiciar el óptimo desempeño de los integrantes en ésta, el coordinador del grupo debe analizar la dinámica grupal que se desarrolla con el fin de localizar obstáculos que paralicen el desenvolvimiento de los objetivos que se pretenden alcanzar. El recurso que emplea, es el análisis de las conductas manifiestas y latentes. El contenido manifiesto es todo aquello que se percibe con los sentidos y es susceptible de medir, por el contrario lo latente no se puede observar, pero sí condiciona a lo manifiesto; para conocer el contenido implícito de cierta actitud (individual o grupal) se plantea una hipótesis de lo que se observa, denominada interpretación, ésta debe ser corroborada por medio de aproximaciones progresivas, teniendo tres opciones para manejarla:

- a) continuar observando para reconocer manifestaciones que contradigan o confirmen las interpretaciones,
- b) señalar al grupo el fenómeno manifiesto,
- c) dar la interpretación para que el grupo la trabaje.

Un elemento que se emplea para comprobar las hipótesis acerca de los contenidos latentes y así entender el significado de las actitudes grupales es la aparición de un emergente o portavoz que manifiesta la ansiedad que subyace en el proceso (Zarzar, 1988b).

### **Proceso Evolutivo Grupal**

Bauleo (1974) señala que el grupo atraviesa por un "proceso evolutivo grupal" que consta de tres fases. La primera es **fase de indiscriminación**, caracterizada por una confusión grupal en torno a los objetivos de la tarea y los roles; los integrantes participan de forma individual. La siguiente es la **fase de discriminación o diferenciación**, en la que surge un esclarecimiento de roles (coordinador e integrantes), aportaciones para resolver la tarea (pertinencia a la tarea), además surgen conductas de resistencia al cambio (observables y no

observables; conscientes e inconscientes) manifestando el miedo al ataque y a la pérdida. La última es la **fase de síntesis o productividad**, caracterizada por la elaboración de la tarea, y por una conjunción entre lo vertical (individual) y lo horizontal (grupal); además surgen experiencias integradoras.

Por su parte Zarzar (1988b) señala también que se perciben tres momentos grupales en relación con la tarea (Pretarea, tarea y proyecto), que no se diferencian del todo, puesto que se superponen uno del otro; no obstante que el grupo haya transitado por alguna de las etapas, se puede volver a presentar rasgos de otra. Las características de cada una son las siguientes:

1. Pretarea, en ésta surge la resistencia al cambio provocada por la pérdida del status aprendido anteriormente (estudiante pasivo); denominado miedo a la pérdida; y por que se ven amenazados los intereses propios del sujeto (miedo al ataque). Puesto que el grupo se enfrenta a un estado de desequilibrio y ansiedad, surgen respuestas defensivas para evitar la tarea, las cuales son iniciadas por el subgrupo conspirador. Las técnicas empleadas por éste oscilan entre proponer al coordinador cambiar de método por no ser óptimo, hasta "hacer como si trabajaran", ya que existe confusión acerca de la tarea y cómo llevarla a cabo, además persisten las estructuras estereotipadas.
2. Tarea, en este momento se requiere trabajar sobre las actitudes defensivas (tarea implícita) que han obstruido el adecuado desempeño grupal por medio de las intervenciones del coordinador. También se inicia un esclarecimiento de roles (coordinador- participante) y de la tarea, lo que permite al subgrupo-protarea asumir la corresponsabilidad sobre las acciones para ejecutar la tarea reflejando una mayor productividad grupal. Por último esta etapa se caracteriza por la flexibilidad en los roles establecidos y porque el grupo se hace cargo de interpretar y manejar los contenidos latentes.
3. Proyecto, se termina el ciclo cuando el grupo se plantea objetivos que van más allá de la tarea que se había explicitado.

### **Estrategias para el Aprendizaje**

Para planear un curso bajo los lineamientos del grupo operativo, Zarzar (1993) sugiere las siguientes actividades para propiciar aprendizajes significativos:

1. Definir los objetivos de aprendizaje
2. Diseñar el plan de trabajo del curso y redactar el programa para los participantes
3. Desarrollar el encuadre
4. Diseñar e instrumentar actividades de aprendizaje y de evaluación de los aprendizajes

## TALLER

Para el diseño del Programa Preventivo Psicológico del Alcoholismo en adolescentes, se utilizará como estrategia didáctica el Taller. De acuerdo a Ander (1991), éste se define como una forma de enseñar y de aprender mediante la realización de una tarea que se lleva a cabo conjuntamente. "Es un aprender haciendo en grupo" (p.10).

El taller se fundamenta en el aprendizaje por descubrimiento y utiliza una metodología participativa, es decir, desarrolla actitudes que le permiten al participante contribuir al proceso de aprendizaje.

Desde el punto de vista organizativo sobresalen tres tipos de taller:

- Taller total, que integra a los docentes y alumnos de un centro educativo para ejecutar un proyecto.
- Taller horizontal donde participan alumnos de un mismo grado escolar o bien personas de la misma edad.
- Taller vertical caracterizado por la intervención de alumnos de diferentes grados escolares o diferentes edades, pero que están integrados con un fin común (op. cit. ).

De acuerdo a las definiciones anteriores, en este programa se propone un taller de tipo vertical; ya que habrá adolescentes de diferentes grados escolares pero integrados con un fin común: adquirir destrezas y habilidades, que les permitan enfrentar las situaciones y factores que pueden desencadenar el alcoholismo.

Ander (op. cit. p. 27) propone que un taller puede ser clasificado en dos tipos, de acuerdo a sus objetivos:

- El taller que forma profesionales o técnicos dentro de una disciplina.
- El taller para adquirir destrezas y habilidades que se pueden aplicar en una disciplina científica, pero también en un problema cotidiano.

En este programa se elaborara un taller que desarrolle y potencialize habilidades cognitivas, interpersonales, emocionales, conductuales y sociales para que los adolescentes disminuyan la probabilidad de presentar alcoholismo.

## MÉTODO

### Planteamiento del problema

- El fomento de factores protectores o competencias como el pensamiento crítico, la reflexión, la información objetiva de las drogas, la asertividad, la autoestima y la toma de decisiones que contiene un programa de prevención psicológica favorecen la prevención del abuso y la adicción al alcohol en adolescentes de 12 a 14 años de edad que acuden a la escuela.

### **Objetivo General:**

Propiciar que los adolescentes reflexionen sobre las causas y consecuencias del alcoholismo para evitar su adicción mediante la metodología del grupo operativo.

### **Objetivos de Aprendizaje:**

#### **a) Objetivos informativos**

- Conocer las características del alcoholismo
- Conocer las causas (factores de riesgo) que propician el alcoholismo
- Conocer las consecuencias (físicas, psicológicas y sociales) del alcoholismo
- Comprender las implicaciones sociales y emocionales que genera el alcoholismo en la vida del sujeto
- Identificar patrones de conducta que fomentan el consumo de alcohol
- Señalar los beneficios de consumir alcohol responsablemente

#### **b) Objetivos formativos**

- Desarrollar una actitud crítica en torno al consumo y usos del alcohol
- Identificar sentimientos, afectos y estados emocionales individuales originados por los ámbitos familiares o escolares que podrían propiciar el consumo de alcohol
- Fomentar habilidades asertivas en la convivencia escolar y familiar para evitar la influencia social en el consumo de alcohol
- Fortalecer actitudes de respeto y responsabilidad sobre su cuerpo al consumir alcohol

### **Hipótesis de Trabajo**

- La participación de los adolescentes en el taller del grupo operativo desarrollará habilidades que fomenten los factores de protección para prevenir el abuso y la adicción al alcohol.

### **Instrumentos de Medición para selección del grupo:**

- Cuestionario Datos de identificación personal, que arroje datos cuantitativos y de frecuencia de la población (Anexo 1).
- Cuestionario de categorías de análisis que arroje datos cuantitativos y cualitativos acerca de la información, creencias y experiencias sobre el consumo de alcohol en los adolescentes (Anexo 2).
- Entrevista semiestructurada que permita identificar aspectos subjetivos de los participantes para reconocer características personales y emocionales (Anexo 3).
- Evaluación clínica para valorar habilidades intelectuales (WISC- RM), así como tipo de personalidad (16 PF). Estas pruebas psicométricas se emplearán, con el fin de determinar si los adolescentes tienen la capacidad de abstracción y resolución de problemas informativos y

sociales, además determinar el tipo de personalidad de los integrantes para descartar problemas emocionales que se relacionen con factores de riesgo que propicien consumo de alcohol u otros problemas personales.

## Procedimiento

Cuando el Programa de Prevención Psicológica se aplique se sugiere realizarse en cuatro fases:

### 1ª Fase. Contacto, difusión y convencimiento.

Seleccionar una escuela secundaria que se considere como de alto riesgo por las instituciones especializadas (SSA, SEP, INP) en el consumo de alcohol.

Presentar en dicha escuela el Programa Preventivo con las autoridades académicas, administrativas y con profesionales que existan en la misma (psicólogos, trabajadores sociales, mesa directiva o junta de padres de familia, otros) señalando datos estadísticos de instituciones especializadas (SSA, PGR) que la identifiquen como zona con mayor índice de consumidores de drogas.

Publicar carteles y trípticos para la difusión del taller.

Se requiere de un periodo de 30 días aproximadamente para completar esta fase.

### 2ª Fase. Características de la población cautiva y análisis de datos.

Para identificarlas se aplicarán los siguientes instrumentos:

Cuestionario Datos de identificación Personal (Anexo 1).

Cuestionario de Categorías de Análisis que proporcione datos cuantitativos y cualitativos sobre información, creencias y experiencias sobre el consumo de alcohol en los adolescentes en los ámbitos escolares y familiares (Anexo 2).

Entrevista semiestructurada que permita identificar aspectos subjetivos de los participantes, es decir, valores, sentimientos, ideas, afectos, relaciones interpersonales y familiares del adolescente (Anexo 3).

Evaluación clínica por medio de las pruebas psicométricas WISC- RM y 16 PF. Análisis de datos de los instrumentos anteriores a través de pruebas estadísticas (Cuestionario Datos de identificación, Cuestionario de Categorías de Análisis) y análisis de carácter psicológico interpretativo (Entrevista semiestructurada y pruebas psicométricas).

Se requiere de un periodo de 45 días aproximadamente para cubrir esta fase.

### 3ª Fase. Implementación del **Taller reflexivo "Alcoholismo: causas y consecuencias"** dirigido para adolescentes entre 12 y 14 años de edad.

**Características generales del taller:**

*Duración:* 25 horas, divididas en 10 sesiones de 2:30 hrs. cada una

*Participantes:* 20 estudiantes de secundaria de la delegación Benito Juárez, entre 12 y 14 años de edad de ambos sexos.

*Criterios de selección:* participar en la evaluación de diagnóstico de la población.

*Escenario:* Aula cerrada con ventilación e iluminación adecuadas con medidas aprox. de 5 X 3 m.

**Procedimiento:**

Información del programa.

Encuadre.

Señalar objetivos y forma de trabajo del taller.

Desarrollo del taller.

*Perfil del coordinador:* Se sugiere que el (los) coordinador (es) cuenten con habilidades de:

- Comunicación verbal
- Enseñanza
- Entusiasmo, motivación, confianza, empatía, sensibilidad
- Manejo de grupos
- Experiencia de trabajo con adolescentes
- Conocimiento de los contenidos temáticos
- Permitir la construcción y reflexión grupal, por lo que no deberá asumir una postura de dirección y mando, su posición debe ser de facilitador del proceso de aprendizaje.

Así que, por las características antes mencionadas consideramos que psicólogos, pedagogos y/o profesores de educación básicas cubren satisfactoriamente el perfil del coordinador del taller.

**4ª Fase. Evaluación final y seguimiento.**

Las técnicas del grupo operativo permiten una autoevaluación en cada sesión en el ámbito individual y grupal.

Al finalizar el taller se realizarán actividades que integren el contenido de las sesiones para reconocer los aprendizajes obtenidos.

Seguimiento de los participantes después de 6 meses para constatar que los adolescentes no presenten comportamientos adictivos o de consumo excesivo, por medio de una entrevista semiestructurada.

Análisis de datos, por medio de la interpretación cualitativa.

## CONCLUSIONES

Al retomar como uno de los objetivos de la Psicología la atención de la salud mental, sus intervenciones se centrarán en establecer: el diagnóstico, el tratamiento, la orientación y la prevención. Por lo tanto al identificar un problema que altera la salud de la comunidad, el psicólogo es un profesional apto para intervenir en este, apoyándose en los avances teóricos y metodológicos existentes y el de otras disciplinas, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas. En definitiva las acciones que se ejercen en los servicios sanitarios en el área de la salud mental son principalmente curativos, ya que intervienen cuando la alteración psíquica aqueja al usuario y no se le concede la importancia necesaria al fomento de la salud mental o a la promoción de ésta como parte integral del bienestar de la comunidad.

De acuerdo a la información teórica se considera que la adolescencia es una etapa del desarrollo humano que exige cambios radicales en la vida sociocultural de los sujetos, para que se desenvuelvan de forma saludable. Puesto que los cambios que los adolescentes presentan en los ámbitos físico y psicosocial se relacionan con problemas sociales (rebeldía, problemas escolares, problemas familiares, etc.) que incluso se consideran típicos de esta etapa, los identifican como un grupo de alto riesgo a presentar alteraciones psicológicas que afectan su sano desarrollo. Una de las problemáticas que presentan es la drogadicción, la que a través de la revisión de los datos epidemiológicos se ha determinado que es un fenómeno que ha aumentado y además ha disminuido la edad de inicio de consumo de drogas, es decir, que algunos adolescentes de 12 años ya han ingerido algún tipo de droga siendo la principal: el alcohol. Éste es una droga catalogada como legal y por lo tanto está disponible para su consumo además la sociedad acepta su uso para fines de convivencia, no obstante su venta es permitida sólo para mayores de 18 años, sin embargo esta restricción no limita su accesibilidad a personas menores. Las actitudes de aceptación y las creencias que se han generado en torno a su uso, tales como: los adultos son los que beben, los hombres aguantan mucho, estarás más tranquilo si te tomas una copa, etc; provocan que los adolescentes en el afán de ser "como los adultos" la ingieran porque han aprendido estas conductas y observan que son reforzadas socialmente, sin considerar las consecuencias que esto conlleve porque el abuso del alcohol provoca accidentes, conductas de riesgo como relaciones sexuales sin protección, fracaso escolar, alteraciones en las relaciones sociales, embarazos no deseados, enfermedades venéreas y la muerte por sobredosis, etc. Además puede provocar adicción o alcoholismo.

El abuso y la adicción al alcohol es un problema que actualmente los adolescentes mexicanos están presentando, lo que requiere de intervenciones del personal del sector salud. Por lo que consideramos que atender este fenómeno es de vital importancia, pero no es necesario esperar a que enfermen si se puede prevenir, de esta manera se le otorga un papel primordial a la atención primaria, por medio de los aportes de

la Psicología Preventiva a través de estrategias educativas proactivas que permitan a los adolescentes enfrentarse a los factores de riesgo como la presión de sus amigos a consumir alcohol, por medio del fomento de habilidades y competencias cognitivas, psicológicas y sociales como factores protectores ante los eventos estresantes del ambiente sociocultural.

Debido al interés de señalar a la Psicología como disciplina competente en la elaboración de programas preventivos para disminuir la incidencia del alcoholismo en poblaciones vulnerables como los adolescentes, es que proponemos el Taller reflexivo: "Alcoholismo: causas y consecuencias, retomando los principios de la metodología del Grupo Operativo para fortalecer los factores protectores como: información real del alcoholismo, aprendizaje reflexivo y crítico, asertividad, toma de decisiones y manejo de estrés. Se empleó esta metodología porque favorece el aprendizaje significativo de los participantes del grupo, ya que permite que estos sean parte activa en el proceso de aprendizaje porque manipulan u operan la información, permitiendo que los adolescentes integren a sus conocimientos información que ellos mismos han criticado y reflexionado a través del proceso grupal, pretendiendo la modificación de conductas sobre el tema con el que se trabajo para que lo lleven a la realidad.

Los costos económicos para los gobiernos mundiales serán menores en la medida que se pueda crear una educación preventiva en el ámbito biológico, social y psicológico. La Psicología Preventiva es utilizada para fortalecer las habilidades de las personas, es decir, fortalece a los sujetos para ser competentes al afrontar los múltiples factores de riesgo y poner en práctica los factores protectores (asertividad, toma de decisiones, autoestima desarrollada, etc.) con el fin de evitar la aparición de enfermedades que deterioran la calidad de vida de las personas y de todo su entorno.

Los psicólogos son profesionistas que tienen las herramientas adecuadas para la promoción de la educación preventiva. Como parte de la formación de todo psicólogo es importante tomar en cuenta el ambiente social del sujeto para poder ubicar aquellos factores o causas que propician una alteración en el comportamiento. La Psicología Preventiva busca primordialmente cuáles son los factores estresantes que pueden propiciar u ocasionar un desequilibrio en la persona y que éste puede llegar a enfermar, pero también aquellos factores que le favorecen y propician la buena calidad de vida

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrams y Niaura (1987) en Mc Crady, B (1998). Los problemas de la bebida: Un sistema de tratamiento paso a paso. Manual del terapeuta. Manual de Autoayuda. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Acevedo, I. A (1989) Aprender jugando: 60 dinámicas vivenciales. México: Limusa. Vol. 2
- Acevedo, I. A (1992) Aprender jugando: 60 dinámicas vivenciales. México: Limusa Vol. 3
- Aguirre, B. A (1994) Psicología de la Adolescencia. Barcelona: Marcombo.
- Albee y Gullotta (1986) citado por Fernández-Ríos, L. (1994) Manual de Psicología preventiva. Teoría y práctica. España: Siglo Veintiuno.
- Alcohólicos Anónimos (2004a). Etapas del Alcoholismo. Revisado en agosto de 2004 de [www.alcoholicos-anonimos.org.mx/aaya.3.html](http://www.alcoholicos-anonimos.org.mx/aaya.3.html)
- Alcohólicos Anónimos (2004b). Alcoholismo. Revisado en agosto de 2004 de <http://www.alcoholicos-anonimos.org.mx/aaya.html>
- Álvarez, S. Y Haces, P. (1998) Diseño de un programa psico-educativo para la prevención de adicciones en pre-escolares. Tesis Licenciatura de Psicología UNAM
- Ander, E. (1991). El Taller una alternativa de renovación pedagógica. Buenos Aires: Magisterio del Río de la Plata.
- Andolfi, M. (1990). Terapia Familiar. Buenos Aires: Paidós.
- Árboles, G.J.(1995). Sociología y Causas del Alcoholismo. Barcelona: Ed. Bellaterra
- Ausubel, D. (1978) Psicología Educativa. Un punto de vista Cognoscitivo. México: Trillas.
- Bakan cit. en Aguirre, B. A (1994) Psicología de la Adolescencia. Barcelona: Marcombo.
- Bauleo, A. (1969) Grupo Operativo. En Zarzar, C. (comp.) (1988) Antología sobre grupos operativos en la enseñanza. (pp. 199-206)México: Programa Nacional de Formación de Profesores Universitarios en Ciencias Sociales. SEP- COMECOSO-U. de Guadalajara.
- Bauleo, A. (1974) Ideología, grupo y familia. Buenos Aires: Kargieman.
- Bernstein, D. y Nietzel, M. (1988) Introducción a la Psicología Clínica México: Ed. Mc Graw Hill.
- Bleger, J. (1977). Temas de Psicología. Entrevista y grupos. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bolívar, Y. La Adolescencia. Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Departamento de Pedagogía, Caracas. Revisado agosto de 2004 de <http://www.monografias.com/trabajos4/adol/adol.shtml>.
- Bonet (1994) Citado por Castro, P. (2000) Guía de autoestima para educadores. Salamanca: Amaru Ediciones.

- Boeree, G. (2001). Teorías de la personalidad. Revisado en agosto de 2004 de <http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/Introduccion.htm>
- Branden (1988) En Pick, S., Aguilar, J., Rodríguez G. (et. al) (1992) Planeando tu vida. Programa de educación sexual y para la vida dirigido a los adolescentes. Manual para el instructor. México: Grupo Editorial Planeta.
- Buela - Casal, G., Fernández-Ríos, L. y Carrasco, J. T. (1997) Psicología Preventiva. Avances recientes en técnicas y programas. España: Pirámide.
- Cardiel, H. Y Néquiz, G. (1998) Programa de educación preventiva contra las adicciones PEPCA. México: Subsecretaría de servicios educativos para el Distrito Federal.
- Castro, P. (2000) Guía de autoestima para educadores. Salamanca: Amaru Ediciones.
- Castro, S. E., Margain, C. M. y Llanes, B. J. (2000). Construye tu vida sin adicciones. Guía para el facilitador. México: CONADIC.
- Catalano y Dooley. (1982) citado en Fernández-Ríos, L. (1994) Manual de psicología preventiva. Teoría y práctica. España: Siglo Veintiuno.
- Cattell, R.; Eber, H; Tatsuoka, M. (1980) Cuestionario de 16 factores de la personalidad. México: Ed. Manual Moderno.
- Cautela, J. Y Groden, J. (1988). Técnicas de relajación (manual práctico para adultos, niños y educación especial). México: Ediciones Roca.
- Centro de Integración Juvenil. Proyecto de Orientación Preventiva a Adolescentes. De <http://www.cij.gob.mx> (Revisado en agosto de 2004 el Procedimiento para acceder es: Prevención – Para vivir sin drogas- Orientación- Proyecto Orientación Preventiva Adolescentes).
- Cervantes, L. Y. (2002). Personalidad del alcohólico en Revista ANUDANDO, Consejo Estatal Contra las Adicciones del Estado de Querétaro, Año 3, Edición 17, Mayo-Junio.
- Clay Lindgren, H. (1997). Introducción a la Psicología Social. México: Trillas.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones (1994). Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas (1992-1994). México: Secretaría de Salud.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones-CONADIC (2000) Construye tu vida sin adicciones. Guía para el facilitador. México.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones-CONADIC (2004) Definición de Droga. de <http://www.conadic.gob.mx/definicion.asp>
- Craig, G. (1997). Desarrollo Psicológico. Séptima edición. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Dateline Dream (April/May, 1996). Alcohol and Youth. Revisado en agosto del 2004 en: <http://www.teenchallenge.com/includes/template3print.cfm?articleID=9&centerID=1194>.

- De la Fuente, R., Medina-Mora, E. y Caraveo, J. (1997) Salud mental en México. México: Fondo de Cultura Económica.
- Díaz, L (2000). Prevención de riesgos. Adolescentes y alcohol. En Cuadernos FISAC "Los jóvenes y los riesgos en el consumo de bebidas con alcohol, ¿Qué podemos prever?" Abril 2000, Año 1, Vol. 1, No. 5.
- Diccionario de Medicina (1998) España: Océano Mosby.
- Dijkstra ( 1991) En Morales, C.F. (1999). Introducción a la psicología de la salud. Buenos Aires: Paidós.
- Domínguez, Y. (2003). Adolescencia-salud. Revisado en agosto del 2004 en <http://www.monografias.com/trabajos13/adosa/adosa.shtml>
- DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition). (2000) Versión CD.
- Durán, G. L. (1998) En Rodríguez, O. G. y Rojas, M. coord.(1998) La Psicología de la salud en América Latina. México: Porrúa.
- Edwards, G. (1986) Tratamiento de alcohólicos. Guía para el ayudante profesional. México: Trillas.
- Eguiluz, L (1991) Epistemología de la terapia familiar México: tesis universidad de las Americas Capítulos IV y V.
- Elizondo,L.J. (2002). Síntomas de la Borrachera Seca. Artículo tomado de <http://www.liberaddictus.org/elizondo55.html> en Revista Liberaddictus, Número 63, Septiembre.
- Encuesta Nacional de Alcoholismo ENA (1993-1998-2002). México: SSA.
- Erikson cit. en Maier,H (1980). Tres teorías sobre el desarrollo del niño:Erikson, Piaget y Sears. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Escotto, V,J. (1999). El alcohol y sus enfermedades. México: JGH Editores.
- Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. (2003) Manual de titulación. Carrera de Psicología. México: UNAM. 7ª. reimpresión
- Fernández, P,J (1997). Estudio sobre la perturbación emocional y su repercusión en las adicciones en la juventud. México: Tesina de Licenciatura Pedagogía de la Universidad Panamericana.
- Fernández-Ríos, L. (1994). Manual de psicología preventiva. Teoría y práctica. España: Siglo Veintiuno.
- Florenzano, U. R . (1998)El adolescente y sus conductas de riesgo. Chile: Ed. Universidad Católica de Chile.
- Freud, S. (1945) Obras completas. XXIII Sobre psicoterapia. Madrid: Biblioteca Nueva. Tercera Edición.

- Freud (1926) El análisis profano. México: Editorial Iztaccihuatl. S.A
- García, S., Domínguez, M. y Jiménez, A. (2000). Información y educación base para la prevención. En Salud Mental V.23, No. 3, junio del 2000.
- Gómez, J. y Velandia, R. (2000). Prevención del Abuso Sexual Infantil. Universidad Nacional de Colombia. Revisado en agosto de 2004 en <http://www.geocities.com/prevencion2/tesis.htm>.
- González, G.J, Manjarrez, M.E (1996). Soluciones para convivir con un alcohólico. México: Editorial Concepto S.A.
- Grinder, R. (2001). Adolescencia. México: Limusa.
- Hernández (1992) cit. en: Gómez, J. y Velandia, R. (2000). Prevención del Abuso Sexual Infantil. Universidad Nacional de Colombia. De <http://www.geocities.com/prevencion2/tesis.htm>
- Hoyos, C. (1980) La noción de grupo en el aprendizaje: Su operatividad. En Zarzar C. (comp.) (1988) Antología sobre grupos operativos en la enseñanza. (pp. 455-469) México: Programa Nacional de Formación de Profesores Universitarios en Ciencias Sociales. SEP- COMECESO-U. de Guadalajara.
- Instituto Latinoamericano de la Comunicación Educativa.(Autor institucional). (2002) Daños que ocasiona el alcoholismo. ¿Qué es el alcoholismo?. [Video, formato swf]. (Disponible en <http://www.conadic.gob.mx> )
- Instituto Nacional sobre el Abuso del Alcohol y Alcoholismo (2002) Alcohol. Lo que usted no sabe, puede perjudicarlo en <http://www.niaaa.nih.gov>
- Kandel cit. en Kimmel, D. y Wiener, I. (1998). La adolescencia: una transición del desarrollo. Barcelona: Ariel Psicología.
- Kimmel, D. y Wiener, I. (1998). La adolescencia: una transición del desarrollo. Barcelona: Ariel Psicología.
- Lammoglia, R.E. y Eisenberg, G.A (1990). Modificaciones a un inventario para medir la predisposición al alcoholismo. México: Tesis de Licenciatura Facultad de Psicología UNAM.
- Lara cit. en Aguirre, B. A (1994) Psicología de la Adolescencia. Barcelona: Marcombo.
- López, J.J (1997). Tesis Maestría. Identificación de problemas previos asociados al consumo de alcohol en una muestra de pacientes atendidos en servicios de urgencias de la Ciudad de México. Facultad de Psicología UNAM.
- Lutte, G. (1991). Liberar la adolescencia. La Psicología de los jóvenes de hoy. Barcelona: Herder.
- Llanes, J. (1999) Evolución de las ideas en prevención del uso indebido de drogas. Psicología Iberoamericana, Vol. 7 No. 4.
- Llanes, J. y Castro, E. (2002) Cómo proteger a los preadolescentes de una vida con riesgos. Habilidades de prevención para padres y maestros México: Ed. Pax México.

- Maier,H (1980). Tres teorías sobre el desarrollo del niño:Erikson, Piaget y Sears. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Marcia cit. por Bolívar, Y. La Adolescencia. Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Departamento de Pedagogía. Caracas. En <http://www.monografias.com/trabajos4/adol/adol.shtml>
- Margain, M., Castro, E. y Llanes, J. (2002). Modelo preventivo de riesgos psicosociales. Libro del conductor. Aprendiendo a pasarla bien. México: Editorial Pax.
- Marlatt (1985) citado en Fernández-Ríos (1994) Manual de psicología preventiva. Teoría y práctica. España: Siglo Veintiuno.
- Martí, E. y Onrubia, J. (1997). Psicología del desarrollo: el mundo del adolescente. Barcelona: ICE/HORSORI
- Mata (1993) citado en Álvarez, S. Y Haces, P. (1998) Diseño de un programa psico-educativo para la prevención de adicciones en pre-escolares. Tesis Licenciatura de Psicología UNAM.
- Mc Crady, B (1998) Los problemas de la bebida: Un sistema de tratamiento paso a paso. Manual del terapeuta. Manual de Autoayuda. Madrid: Ediciones Pirámide
- Medina-Mora, M,E (1994) Los conceptos de uso abuso, dependencia y su medición En Tapia-Conyer,R (1994) Las adicciones, dimensión, impacto y perspectivas. México: Editorial El Manual Moderno.
- Medina-Mora (1999). Manual para elaborar el diagnóstico situacional de las adicciones. México:SSA.
- Medina-Mora, Natera, G. y Borges, G. (2002) "Alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas". En Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas. México: CONADIC, SSA.
- Menéndez E., (1987) Alcoholismo II. La alcoholización, un proceso olvidado... Patología, Integración funcional o Representación cultural. Cuaderno No. 150 de la Casa Chata, CIESAS, México.
- MEXFAM (Producción). (1985). Ditirambo Farfulla [Diapositivas]. Disponible por Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A.C. (MEXFAM), Juárez 208, Tlalpan 14000, México, D.F.
- MEXFAM –JOICFP (Producción) & García, A. C. (Director). (1987). Como cuates [Cinta cinematográfica, formato VHS]. Disponible por Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A.C.(MEXFAM), Juárez 208, Tlalpan 14000, México, D.F.
- Millé, C. (2000) Hacia una escuela sin adicciones. Guía de prevención para maestros. México: Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC)
- Minuchin, S. (1985) cit. en Ruano, R. y Serra, E. (2001) La familia con hijos adolescentes: Sucesos vitales y estrategias de afrontamiento. España: Octaedro- E.U.B
- Morales, C.F. (1999). Introducción a la Psicología de la salud. Buenos Aires: Paidós.
- Moreno (1995) En Castro, P. (2000) Guía de autoestima para educadores. Salamanca: Amaru

Ediciones.

- Ochoa de Alda, I. (1995). Enfoques en Terapia Familiar Sistémica. Barcelona: Editorial Herder.
- Organización Mundial de la Salud (2000) Consecuencias del alcoholismo. De: [www.fisac.org.mx](http://www.fisac.org.mx)
- Pacheco, G. (1986) Un modelo teórico-metodológico de investigación en procesos comunitarios. En Zarzar, C. (comp.) (1988) Antología sobre grupos operativos en la enseñanza. (pp. 397-408) México: Programa Nacional de Formación de Profesores Universitarios en Ciencias Sociales. SEP-COMECSO-U. de Guadalajara.
- Papalia, D. y Wendkos, S. (1999). Psicología del Desarrollo. Séptima edición. México: Mc Graw Hill.
- Pasut, M. y Ferreira, H. (1998). Técnicas grupales. Elementos para el aula flexible. Argentina: Ed. Novedades Educativas.
- Peña-Corona (2000) El consumo moderado de bebidas con alcohol y la salud en El consumo moderado de bebidas con alcohol como factor de protección. México: FISAC. Octubre, 2000. Año 1. Vol. 1
- Pichon-Riviére, E. (1977) El proceso grupal. Del psicoanálisis a la Psicología social. Buenos aires: Nueva Visión.
- Pick, S., Aguilar, J., Rodríguez G. (et. al) (1992) Planeando tu vida. Programa de educación sexual y para la vida dirigido a los adolescentes. Manual para el instructor. México: Grupo Editorial Planeta.
- Raven (1984) cit. en Buela- Casal, G., Fernández-Ríos, L. y Carrasco, J. T. (1997) Psicología Preventiva. Avances recientes en técnicas y programas. España: Pirámide.
- Rocha, S. T. (2000) Roles de género de los adolescentes mexicanos y rasgos de masculinidad-feminidad. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM
- Ruano, R. y Serra, E. (2001) La familia con hijos adolescentes: Sucesos vitales y estrategias de afrontamiento. España: Octaedro- E.U.B
- Santos-Preciado, J (et. al) (2003). La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México en Salud Pública de México. Volumen 45, suplemento 1. México.
- Secades, V. R. (1997) Alcoholismo juvenil: Prevención y tratamiento. España: Pirámide.
- Secretaría de Salud- SSA (2001) Programa de Acción: Adicciones. Alcoholismo y Abuso de Bebidas Alcohólicas. México.
- Silva, C. J. (2000) Los adolescentes con trastorno por abuso de alcohol y la disminución del volumen hipocámpal. En Boletín de Información Clínica del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INP), vol. 11, no. 7 de julio del 2000.
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (s/a). Dinámicas grupales. México: DIF.

- Solís, L., Sánchez, A. y Cortés, R. (2003) Drogas: las 100 preguntas más frecuentes. Centros de Integración Juvenil CIJ.
- Souza y Machorro, M. (1988) Educación en salud mental para maestros. México: Manual Moderno.
- Souza y Machorro. (1988). Alcoholismo: conceptos básicos. México: Manual Moderno.
- Souza y Machorro M. (2000) Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos. México: JGH Editores.
- Steinglass, P, Bennett, L y Wolin, S (1993) La Familia Alcohólica. Barcelona: Gedisa.
- Sullivan, S.H (1974) La teoría interpersonal de la psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Psique.
- Tamahori, L. (Director). (1994). Somos guerreros [Cinta cinematográfica]. Nueva Zelanda.
- Trejo, B. C. (2001) Adolescentes y jóvenes: diversión, sexualidad y consumo de alcohol. En Revista Liberaddictus, no. 50, Junio 2001.
- Valencia, M. A y Vieyra C. A (2003).
- Vega, F.A. (1998) Como educar sobre el alcohol en las escuelas. Salamanca: Amarú Ediciones
- Velasco, J. (1998). Ser asertivo. Cómo sentirse bien uno mismo. España: Editorial Obelisco.
- Villamil, P.R y Sotomayor, G.J (1980) El alcoholismo en el D.F. Un Enfoque Socio-Ecológico. México: Escuela Nacional de Estudios Profesionales Acatlán. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Villatoro, J., Medina-Mora M. E, et. al. (2001) Reporte Estadístico. INP-SEP. México.
- Wechsler, D (1984) Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC). Adaptado y Estandarizado por Margarita Gómez Palacios. México: Ed. Manual Moderno.
- Zarzar, C. (comp.) (1988a) Antología sobre grupos operativos en la enseñanza. México: Programa Nacional de Formación de Profesores Universitarios en Ciencias Sociales. SEP- COMECSO-U. de Guadalajara.
- Zarzar, C. (1988b) Grupos de Aprendizaje. México: Nueva Imagen.
- Zarzar, C. (2002) Habilidades básicas para la docencia. México: Ed. Patria. Décima Primera Reimpresión
- <http://www.cpcunc.edu/mirrors.ccp.htm>

## **TALLER: "ALCOHOLISMO: CAUSAS Y CONSECUENCIAS"**

**Dirigido a: Adolescentes de 12 a 14 Años de Edad.**

**Duración: 25 Horas en 10 Sesiones**

### **Coordinadoras:**

Psic. Argelia Xelha Valencia Miranda

Psic. Alejandrina Vieyra Castillo

## ÍNDICE

PRESENTACIÓN	90
OBJETIVOS DE APRENDIZAJE	93
ESTRUCTURA DEL TALLER	93
PLANEACIÓN DIDÁCTICA	96
ENCUADRE (Sesión 1)	99
UNIDAD TEMÁTICA I. ALCOHOLISMO	
Sesión 2	102
Sesión 3	104
UNIDAD TEMÁTICA II. FACTORES DE RIESGO	
Sesión 4	107
Sesión 5	110
UNIDAD TEMÁTICA III. CONSECUENCIAS DEL ABUSO DE ALCOHOL Y DEL ALCOHOLISMO	
Sesión 6	113
Sesión 7	114
UNIDAD TEMÁTICA IV. FACTORES DE PROTECCIÓN	
Sesión 8	120
Sesión 9	124
CIERRE	127
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL TALLER	130
ANEXOS	
1. Cuestionario datos de identificación personal	133
2. Cuestionario de categorías de análisis	135
3. Guión de entrevista semiestructurada	138
4. Presentación del taller (presentación acetatos)	139
5. Uso, abuso y dependencia del alcohol (presentación acetatos)	140
6. Material de apoyo: consumo y abuso de alcohol	141

7. Hoja de procesamiento	145
8. Dependencia o adicción	146
9. Clasificación de bebedores	147
10. Situaciones ficticias	148
11. Hoja de procesamiento	150
12. Factores de riesgo y su definición	151
13. Guiones para el juego de roles	153
14. Alcohol, Lo que usted no sabe, puede perjudicarlo	155
15. Asertividad	159
16. Ejercicio: Piensa rápido y habla claro	161
17. Hoja de procesamiento	162
18. Toma de decisiones (presentación en acetatos)	163
19. La ruleta de la vida	164
20. Escala de Bonet	165
21. Historia	166
22. La docena mágica de la autoestima ( presentación en acetatos)	167
23. Relajación	168
24. Cuestionario de opinión personal	175
25. Lotería	176

## Presentación

El Taller reflexivo "Alcoholismo: causas y consecuencias" tiene como objetivo general desarrollar en adolescentes la reflexión sobre las causas y consecuencias del alcoholismo para evitar la adicción. El diseño del mismo se sustenta por la metodología del grupo operativo, por lo que su aplicación puede ser la propuesta por las coordinadoras, o bien, reorganizar algunas sesiones, modificar técnicas grupales e incluso cambiar o sustituir contenidos temáticos, siempre y cuando, los participantes logren el objetivo general o tarea grupal.

La importancia fundamental del presente taller es propiciar la reflexión en los adolescentes con respecto al consumo de alcohol. Esta reflexión está encaminada a que los jóvenes no asuman la ingestión como una conducta necesariamente prohibida y reprochable, lo importante es que ellos puedan consumir alcohol responsablemente y que no les genere una adicción, ya que en los últimos años, numerosas instituciones especializadas como la Secretaría de Salud (SSA), los Centros de Integración Juvenil (CIJ), el Instituto Nacional de Psiquiatría (INP), entre otros; han reafirmado que el alcohol es una droga (socialmente permitida) que afecta a personas de todas las edades, sin embargo la población más vulnerable siguen siendo los adolescentes. Los datos proporcionados por estas instituciones señalan que México se ubica en los primeros lugares de mortalidad en el mundo por cirrosis hepática, con tasas de 22 muertos por cada 100 000 habitantes y que las dos terceras partes de la población nacional son bebedores, de los que el 53.7 % se ubica entre los 12 y 18 años de edad.

Las causas o factores que desencadenan el alcoholismo, han sido explicados por psicólogos, sociólogos, antropólogos y médicos, sin embargo, no se ha podido llegar a un consenso. En lo que sí coinciden es que su origen se debe a factores sociales, biológicos y psicológicos, pero de acuerdo a la perspectiva de estudio se enfatizan la importancia de uno u otro factor.

Por ejemplo, las teorías psicodinámicas han explicado al alcoholismo como un problema de carácter oral, en donde el sujeto no ha podido superar una etapa del desarrollo psicosexual, mientras que el enfoque del aprendizaje social asienta que las causas del alcoholismo están íntimamente relacionadas con factores cognitivos, ambientales y conductuales, es decir, se asume que los problemas de alcoholismo se deben a conductas aprendidas y mantenidas por diversas señales, que a su vez son reforzantes.

La Sociología, por su parte ha tratado de explicar el consumo del alcohol, proponiendo la importancia de éste en el funcionamiento de una sociedad, de igual manera la Antropología pone énfasis al contexto y la función del alcohol en el grupo social, ya que el objeto de estudio de las investigaciones sobre alcoholismo es el

contexto donde el alcohol cumple funciones, tales como convivencia, aceptación, diversión, desinhibición, reafirmación de identidad, etc.

Las teorías médicas proponen la existencia de un gen del alcoholismo, que es el causante de que la enfermedad se transmita por vía generacional, sin embargo, los resultados finales aun no arrojan datos concluyentes.

Sin embargo, aunque las causas que pueden desencadenar una adicción al alcohol sean tratadas de diferente manera por las diversas disciplinas, todas aseveran que las consecuencias sí son las mismas. Éstas pueden ser de carácter físico como alteraciones en el aparato digestivo (cirrosis, gastritis, hepatitis, pancreatitis, etc.), afecciones en el aparato respiratorio (insuficiencia), en el aparato circulatorio los trastornos más recurrentes son la hipertensión, cardiomiopatías, etc.

Las consecuencias son también psicológicas y psiquiátricas como alucinosis, demencia, celos patológicos, amnesias, delirium tremens o depresión; pero además, estas problemáticas no sólo afectan al enfermo sino que están relacionadas con la convivencia social (trabajo, familia, etc.), porque la magnitud de las mismas va en aumento hasta llegar a la muerte.

En el ámbito social también se presentan consecuencias graves y diversas, como son las complicaciones familiares que se manifiestan a través del maltrato físico y/o psicológico hacia los hijos o cónyuges, el divorcio. En el ambiente laboral, se presentan altos índices de ausentismo, bajo desempeño, disturbios o peleas con los compañeros o con las propias autoridades, así como los accidentes en el trabajo. Pero también se presentan complicaciones sociales en general como en conductas delictivas, accidentes de tránsito, riñas, etc.

En adolescentes, las consecuencias pueden ser de tipo emocional y social como accidentes de tráfico, problemas en la escuela, agresión, etc. Además, se reconoce que el consumo de alcohol al deprimir el sistema nervioso central deteriora la capacidad de juicio, modificando la toma de decisiones, que puede ser un factor para que los adolescentes alcoholizados se involucren en prácticas sexuales de riesgo, ocasionando embarazos no deseados o contagio de enfermedades de transmisión sexual. En el ámbito de la salud física se fundamenta que el abuso de alcohol provoca inflamación en diferentes órganos del aparato digestivo, así como deficiencias en hierro, vitamina E y zinc.

Para propiciar la salud en los adolescentes es necesario retomar los conceptos básicos de la prevención en Psicología, ya que como propone Dieskstra (1991, cit. por Morales, 1999) "los trastornos de los hábitos como

el alcoholismo y los problemas interpersonales y sociales como la timidez o la falta de asertividad son problemas susceptibles de intervenciones psicológicas en el nivel primario de atención" (p.168).

Para la promoción de la salud es necesario el apoyo de conceptos o variables psicológicas como hábitos, motivaciones, acciones interpersonales, etc. Estas variables son las que les permiten a los psicólogos asociar los factores de riesgo al ambiente social y personal del sujeto para poder prevenir enfermedades.

Por lo tanto, la psicología preventiva es un complemento de las medidas económicas y educativas que se adoptan para la educación del fomento de la salud. Al tomar en consideración las variables psicológicas que pueden afectar la salud, es posible promover el desarrollo de competencias en los individuos para evitar conductas nocivas como lo son las adicciones. Dotar a los sujetos de habilidades como la toma de decisiones, la asertividad, etc., los costos serán menores para los gobiernos mundiales, ya que los sujetos serán capaces de enfrentarse a los factores de riesgo y utilizar los factores de protección para evitar la enfermedad y desarrollar un estilo de vida saludable.

Además de utilizar los conceptos de la psicología preventiva para la elaboración del presente taller, también se retoma la metodología del Grupo Operativo, ya que se considera que satisface el objetivo de la psicología preventiva al fundamentar que el grupo operativo "promueve la salud mental en la medida en que los miembros que lo integran se proponen desarrollar su sentido crítico y apropiarse de un instrumento que les permita conocer y transformar la realidad en la perspectiva de un cambio radical de las estructuras de dominación" (Pacheco, 1986, p. 403). Es decir, la propuesta metodológica del Grupo Operativo permite que los participantes, de forma activa y directa, aprendan a enfrentar sus problemáticas hallando las posibles vías de solución, de tal manera que puedan romper con el proceso tradicional-pasivo de enseñanza para llegar a un aprendizaje activo e incluyente.

### **Propuesta Didáctica.**

El taller es un instrumento flexible de trabajo grupal que permite enlazar contenidos y actividades de acuerdo con las características de la población y el contenido, además su naturaleza grupal facilita cubrir amplios grupos poblacionales, lo que convierte al taller en una adecuada estrategia de prevención.

Hernández (1992, cit. por Gómez, J. y Velandia, R., 2000) define al taller como la "conformación de un grupo de personas(...) convocadas para el desarrollo de un programa alrededor de una problemática en particular, por lo que se respalda por la necesidad de lograr una mayor cobertura frente a

problemas que se consideran en determinado momento como prevalentes en grupos poblacionales específicos"

Los objetivos de aprendizaje que se pretenden alcanzar en este taller son:

**Objetivo General:**

Propiciar que los adolescentes reflexionen sobre las causas y consecuencias del alcoholismo para evitar su adicción mediante la metodología del grupo operativo.

**Objetivos De Aprendizaje:**

**a) Objetivos informativos**

- Conocer las características del alcoholismo.
- Conocer las causas (factores de riesgo) que propician el alcoholismo.
- Conocer las consecuencias (físicas, psicológicas y sociales) del alcoholismo.
- Comprender las implicaciones sociales y emocionales que genera el alcoholismo en la vida del sujeto.
- Identificar patrones de conducta que fomentan el consumo de alcohol.
- Señalar los beneficios de consumir alcohol responsablemente.

**b) Objetivos formativos**

- Desarrollar una actitud crítica y reflexiva en torno a al consumo y usos del alcohol.
- Identificar sentimientos, afectos y estados emocionales individuales originados por los ámbitos familiares o escolares que podrían propiciar el consumo de alcohol.
- Fomentar habilidades asertivas en la convivencia escolar y familiar para evitar la influencia social en el consumo de alcohol.
- Fortalecer actitudes de respeto y responsabilidad sobre su cuerpo al consumir alcohol.

**Estructura del Taller**

**Duración:** 25 horas: 10 sesiones con duración de 2.30 horas c/u.

**Horario:** Lunes, miércoles y viernes de 16:00 a 18:30 horas.

**Características espaciales:** Aula cerrada con ventilación e iluminación adecuadas, con medidas aprox. de 5 X 3 metros.

**Población:** 20 adolescentes<sup>8</sup> (de preferencia 10 hombres y 10 mujeres) con edades de 12 a 14 años, estudiantes de la escuela secundaria donde se llevara a cabo el taller o que vivan en zonas aledañas. Para que ellos ingresen se sugiere que se incorporen voluntariamente a partir de la campaña de difusión del taller, además deberán cumplir con los requisitos de inclusión (ser estudiante y no ingerir ninguna droga) y participar en el diagnóstico de la población.

**Actividades de aprendizaje:** exposición, técnicas grupales, proyección de películas.

**Evaluación:** El Taller reflexivo- Alcoholismo: causas y consecuencias-, está dividido en cuatro unidades temáticas: Alcoholismo, Factores de riesgo, Consecuencias del abuso y dependencia del alcohol y Factores protectores. Cada unidad plantea una tarea grupal, además se plantean objetivos de aprendizaje que se dividen en informativos y formativos. Los objetivos informativos se refieren al conocimiento, comprensión y manejo de la información, y los objetivos formativos se refieren a la adquisición y/o desarrollo de sistemas de trabajo, habilidades y destrezas, hábitos, actitudes y valores.

A través del planteamiento de los objetivos de aprendizaje se pretende fomentar aprendizajes significativos, siendo las condiciones necesarias para propiciarlos la motivación, la comprensión del material, la elaboración activa de esa información y su aplicación a situaciones reales.

Las actividades se desarrollan en tres niveles: individual, trabajo en pequeños grupos y sesiones plenas. Se da mayor énfasis al trabajo grupal para fomentar la participación activa dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje, ya que en el aprendizaje grupal el cambio de conducta se da como resultado de la interacción, en el intento de apropiación o construcción de un conocimiento. La dinámica del grupo permite lograr simultáneamente dos aprendizajes: a) los que se refieren a la construcción y apropiación de un conocimiento determinado y, b) los que se dan como resultado de la interacción para el logro del mismo.

Para alcanzar los objetivos planteados y la reflexión de la información se emplean diferentes estrategias como:

- Lectura del material para que los participantes del grupo emitan su opinión, propiciando el desarrollo del pensamiento crítico y la habilidad para clarificar y redactar sus ideas personales.
- Comprensión a fondo de principios teóricos, capacidad de transferencia de los mismos principios a diferentes situaciones.

---

<sup>8</sup>La muestra es pequeña porque es un programa piloto. Además la metodología del grupo operativo sugiere que los grupos sean pequeños para mejorar la interacción entre los integrantes y el coordinador.

- Discusión de un tema en subgrupos o en plenario, propiciando el desarrollo de la comunicación, saber escuchar a los demás, respetar las posiciones de los demás, expresar las propias ideas y argumentarlas, modificar los esquemas propios en función de las aportaciones de los demás.

Para evaluar o interpretar el proceso reflexivo del grupo o de cada integrante se empleará la apreciación subjetiva del coordinador, ya que la reflexión es subjetiva y no se podrá calificar, sin embargo se reflejara en las conclusiones grupales o individuales escritas, discusiones, debates o cualquier actividad de aprendizaje que permita obtener por cada sesión un producto para analizar la evolución del grupo, además se sugiere que todas las sesiones sean videograbadas para favorecer este análisis. También los mecanismos de evaluación permitirán identificar el cumplimiento de los objetivos planteados.

Zarzar (2002) señala que la evaluación del proceso de enseñanza- aprendizaje tiene dos objetivos: el explícito y el implícito. El explícito, analiza el cumplimiento de los objetivos de aprendizaje planteados, para detectar fallas y mejorarlas. Y el implícito depende de la reflexión de los integrantes del grupo en torno a su propio proceso de aprendizaje.

**Coordinación:** Las coordinadoras tendrán como función principal ser un vínculo facilitador entre el grupo y la temática, por lo que será necesario el manejo de los contenidos temáticos, así como las habilidades necesarias para propiciar la reflexión del grupo a través del uso adecuado de las técnicas y actividades de aprendizaje. De igual manera, será necesario la objetividad de las coordinadoras para evitar los juicios de valor ante la participación de los integrantes del grupo.

Las habilidades que deberá poseer el coordinador para el taller son:

- Comunicación verbal.
- Enseñanza.
- Entusiasmo, motivación, confianza, empatía, sensibilidad.
- Manejo de grupos.
- Experiencia de trabajo con adolescentes.
- Conocimiento de los contenidos temáticos.
- Permitir la construcción y reflexión grupal, por lo que no deberá asumir una postura de dirección y mando, su posición debe ser de facilitador del proceso de aprendizaje.

## Planeación Didáctica del taller: Alcoholismo: causas y consecuencias

Unidad Temática	Sesión	Tema	Actividades de aprendizaje	Duración	Materiales	Anexos	Mecanismos de evaluación
I	1	Encuadre	Presentación de los coordinadores	15 Min.			Conclusiones en hojas de rotafolio
			Exposición de los coordinadores de los contenidos temáticos	15 Min.	Acetatos	4	
			Exposición de los coordinadores de la organización y funcionamiento general del taller	20 Min.	Acetatos		
			Técnica grupal: Presentación por parejas	30 Min.			
			Técnica grupal: Detección de expectativas	30 Min.	Hojas Blancas y de rotafolio, Plumones		
	2	Alcoholismo	Técnica grupal: La cacería	30 Min.			Mesa redonda, Hoja de procesamiento, Conclusiones en hojas de rotafolio, Diario
			Exposición teórica de los coordinadores: Abuso, consumo y alcoholismo	20 Min.	Acetatos	5	
			Análisis y discusión del material de apoyo	35 Min.	Copias Fotostáticas	6	
			Mesa redonda Grupal para conclusiones	25 Min.			
			Solución a la hoja de procesamiento	15 Min.	Hoja de procesamiento	7	
	3	Alcoholismo	Canasta Revuelta	20 Min.	Sillas		Debate plenario. Hoja de procesamiento, Conclusiones en hojas de rotafolio, Diario
Exposición teórica de los coordinadores: Criterios de la Adicción			15 Min.	Acetatos	8		
Síntesis y Resumen del grupo			10 Min.				
Debate Plenario: El consumo ¿Genera adicción?			20 Min.				
Conclusiones subgrupales y grupales			20 Min.				
Exposición teórica: Clasificación de bebedores			15 Min.	Acetatos	9		
Clasificación y relación entre información teórica y situaciones ficticias			20 Min.	Situaciones ficticias impresas	10		
Solución a la hoja de procesamiento			15 Min.		11		

II	4	Factores de riesgo	Técnica Grupal:Reacción en cadena	20 Min.	3 hojas de Periódico por participante	12	Discusión grupal, Conclusiones en hojas de rotafolio,Diario
			Exposicion teórica: Definición y clasificación de los factores de riesgo	20 Min.	Acetatos		
			Proyección de la película: "Como cuates" (MEXFAM, 1987)	25 Min.	Televisión y videocasetera		
			Análisis grupal de la película	30 Min.			
	5	Factores de riesgo	Técnica grupal: ¡El bum!	15 Min.		13	Juego de Roles, Conclusiones grupales en hojas de rotafolio, Diario
			Juego de Roles	50 Min.	Guiones		
			Análisis y reflexión en equipos	20 Min.			
III	6	Consecuencias I	Técnica: Lluvia de ideas	35 Min.		14	Documentos escritos:individuales, parejas y grupales,Diario
			Técnica: Un hombre de principios	20 Min.			
			Proyección de la película: " Somos guerreros"	70 Min.	Televisión y videocasetera		
			Técnica: Descubriendo problemas	25 Min.			
	7	Consecuencias II	Conclusiones en plenario	20 Min.		14	Documentos escritos de conclusiones grupales y clasificación de consecuencias, Diario
			Técnica: La doble rueda	20 Min.	Radio		
			Proyección: Ditirambo Farfulla	20 Min.	Diapositivas		
			Técnica: Grupos de discusión	30 Min.			
			Lectura de material didáctico	20 Min.	Fotocopias		
			Sintesis del material	20 Min.			
Grupos de discusión	20 Min.						
Técnica: El mundo	15 Min.	Pelota					

IV	8	I. Factores de Protección: Asertividad y toma de decisiones	Exposición: Asertividad	10 Min.	Acetatos	15	Dramatización: discusión grupal, Cuestionario individual, conclusiones grupales, Diario
			Dramatización	30 Min.	Hojas y Plumas		
			Técnica: Piensa rapido y habla claro	30 Min.	Gises y premios	16	
			Solución de cuestionario	10 Min.	Cuestionario	17	
			Ronda de opiniones	10 Min.			
			Preguntas de reflexiones	10 Min.			
			Toma de decisiones (exposición)	10 Min.	Acetatos	18	
			Técnica: Ruleta de la vida	20 Min.	Gises y premios	19	
	9	II. Factores de Protección: Autoestima y Manejo del estrés	Técnica: Cuerpos expresivos	15 Min.	Papeles		Documento escrito por equipos, Collage, Conclusiones individuales y grupales, Conclusiones en hojas de rotafolio, Diario
			Escala de Bonet	10 Min.	Material de apoyo	20	
			Juego: La caja adivina	20 Min.	Caja Adivina		
			Historia de Moreno	10 Min.	Material de apoyo	21	
			Docena mágica de la autoestima	5 Min.	Material de apoyo	22	
			Técnica: Todos valemos	25 Min.	Plastilina		
			Procedimiento de relajación	50 Min.		23	
			Técnica: La última letra	20 Min.			
	10	Cierre	Cuestionario de opinión personal	20 Min.	Cuestionario	24	Cuestionario de opinión personal, Actividad: Lotería
			Técnica: La lotería	30 Min.	Lotería	25	
			Comentarios finales	30 Min.			

## ENCUADRE. SESIÓN 1

### Tarea grupal:

El grupo conocerá el objetivo, contenido y metodología del taller, así como el desarrollo de empatía entre los participantes y coordinadores para conformar condiciones de trabajo grupal.

### Objetivos informativos:

- Conocer los contenidos temáticos del taller.
- Conocer la metodología del taller.

### Objetivos formativos:

- Comprender las expectativas de los participantes.
- Lograr la conformación inicial del grupo, así como una adecuada empatía.

### Contenidos temáticos:

- Unidades temáticas.
- Metodología del taller:
  - a) Compromisos de los coordinadores (puntualidad, asistencia, respeto y manejo ético)
  - b) Compromisos de los participantes (asistencia, puntualidad, respeto y manejo ético)

### Actividades:

- Presentación de los coordinadores.
- Exposición de los coordinadores de los objetivos y contenidos temáticos.
- Exposición de los coordinadores de la organización y funcionamiento general del taller.
- Técnica grupal: Presentación por parejas.
- Técnica grupal: Detección de expectativas.

**Duración:** 2: 30 horas.

## DESARROLLO DE LA SESIÓN 1.

1. Los coordinadores se presentarán ante el grupo, expresando sus datos generales: nombres, profesión, escolaridad, experiencia laboral, etc.

2. Exposición de los coordinadores sobre los objetivos, contenidos temáticos y metodología del taller (Anexo 4).

3. TÉCNICA GRUPAL: Presentación por parejas (DIF, s/a, p. 34).

OBJETIVO: Que el grupo se conozca y logre comunicarse a través de un ambiente agradable.

DURACIÓN: 2:30 horas.

MECÁNICA:

- Los coordinadores dan la indicación de que se van a presentar por parejas y que éstas deben intercambiar determinado tipo de información que sea de interés para todos: nombre, interés por el curso, sus expectativas, etc.
- Cada persona busca un compañero que no conozca y conversa durante cinco minutos.
- Cada participante en plenario, presenta a su pareja.

4. TÉCNICA GRUPAL: Detección de expectativas (Acevedo, 1989).

OBJETIVO: Conocer las expectativas del grupo con relación al taller.

RECURSOS MATERIALES: Salón amplio e iluminado, hojas tamaño carta, de rotafolio, lápices y plumones.

DURACIÓN: 30 minutos.

DISPOSICIÓN DEL GRUPO: Primero individual y posteriormente en subgrupos de 3 personas.

MECÁNICA:

- Se solicita a los participantes que respondan de manera individual, en hoja carta, a las siguientes preguntas:
  - ¿Por qué estoy aquí?
  - ¿Qué me gustaría aprender?
  - ¿Qué pienso aportar?
  - ¿Qué me gustaría que no ocurriera durante el evento?
  - ¿Qué me gustaría que sí ocurriera durante el evento?
- Ya respondidas, se les pide que se numeren del 1 al 3 progresivamente y que se reúnan en equipos del mismo número.
- Se le solicita a los subgrupos que den respuesta a las mismas preguntas a partir de las respuestas individuales de sus miembros y que las conclusiones las pongan en hojas de rotafolio.

- Cuando los equipos acaban, se cuelgan las hojas de rotafolio en las paredes y se da lectura a ellas por medio de un representante de cada equipo. Pidiendo aclaraciones, si fuese menester.
  - El instructor debe cuidar que las expectativas no discrepen con los objetivos del evento, pero si ello ocurriese deberá resaltarlo, de tal manera, que se entablen negociaciones entre los participantes o simplemente acordar que la expectativa no será satisfecha por el taller.
5. El coordinador solicitará a los integrantes del grupo que de forma individual y como trabajo en casa realicen un **Diario personal**, que narre sus sentimientos, emociones y pensamientos que se susciten en torno a su asistencia al taller. La presentación o formato será a consideración de cada participante.
- A través del diario se pretende tener un registro individual al finalizar el taller, para conocer el impacto de éste.
- Esta actividad se retomará en el cierre del taller para comentarse en grupo y se recogerán los diarios (estos podrán ser anónimos o incluir el nombre del autor).

**Actividad en casa:** Buscar la definición de alcoholismo, en cualquier libro o diccionario.

## **UNIDAD TEMÁTICA I. ALCOHOLISMO**

Sesiones 2 y 3.

Duración: dos sesiones.

### **Tarea Grupal:**

El grupo comprenderá las características del alcoholismo y la tipología de los bebedores para reflexionar sobre la adicción al alcohol y desarrollar una actitud crítica y una conducta preventiva.

### **Objetivos Informativos:**

- Conocer la definición del consumo y abuso de alcohol.
- Conocer la definición del alcoholismo y de la adicción.
- Conocer la tipología de los bebedores.
- Comprender las características del alcoholismo.
- Manejo y síntesis de ambos temas por medio de un debate para reflexionar sobre el consumo y la adicción.

### **Objetivos Formativos:**

- Desarrollar una actitud crítica en torno al consumo y abuso del alcohol.
- Reflexión sobre la adicción al alcohol.
- Fundamentación y defensa de argumentos para conductas y decisiones reflexivas.

### **Contenidos Temáticos:**

- Consumo y abuso de alcohol.
- Definición del alcoholismo y de adicción.
- Características del alcoholismo y tipología de los bebedores.

### **Mecanismos de Evaluación:**

- Mesa redonda.
- Hoja de procesamiento.
- Conclusiones grupales anotadas en hojas de rotafolio.

## **DESARROLLO DE LA SESIÓN 2.**

### **Objetivos Informativos:**

- Conocer la definición del consumo y abuso de alcohol.
- Conocer la definición del alcoholismo.

**Actividades:**

- Técnica grupal: La cacería.
- Exposición del coordinador 1.
- Lectura, análisis y discusión de conclusiones por subgrupos.
- Mesa redonda para conclusiones sobre la diferencia entre consumo y abuso de alcohol.
- Solución individual a la hoja de procesamiento.

**Duración:** 2:30 hrs.

**Desarrollo:**

1. TÉCNICA GRUPAL: La cacería (DIF, s/a, p.p 93-94).

OBJETIVO: Que el grupo se relaje para iniciar la sesión, a través de una dinámica basada en el descubrimiento de una clave.

RECURSOS MATERIALES: Un salón amplio e iluminado.

DURACIÓN: 15 minutos.

DISPOSICIÓN DEL GRUPO: En círculo.

MECÁNICA:

- El coordinador explica: "vamos a ir de cacería y cada uno debe llevar algo".
  - La clave secreta está en que sólo se va a poder llevar aquello que empiece con la primera letra del nombre de cada uno. Por ejemplo: Luis puede llevar una linterna, una lámpara, una luna, etc., Sandra puede llevar una silla, un susto...
  - El compañero debe justificar para qué lleva ese objeto a la cacería (sea lo que sea) y los demás que conocen la clave lo apoyan.
  - El que lleve algo que no empiece con la primera letra de su nombre se le dice que eso no lo puede llevar de ninguna manera.
  - Es importante que por lo menos halla dos personas que conozcan la clave, para incentivar a los demás a descubrirla. Es importante repetir de vez en cuando las cosas que los que se saben la clave han llevado a la cacería. Por ejemplo: Luis ha llevado una linterna, una lámpara, una luna...
2. El coordinador hará una exposición teórica sobre la diferencia entre consumo y abuso de alcohol (Anexo 5), definición del alcoholismo y características del mismo.
3. Cuestionar a los participantes acerca de las similitudes o diferencias de la definición expuesta y la revisada por cada uno de ellos en su casa.

4. Entrega al grupo del material de apoyo (Anexo 6). Formación de subgrupos de tres participantes para que realicen lectura, hagan un análisis de la misma y discutan las conclusiones a las que llegaron.
5. Mesa redonda del grupo para llegar a conclusiones finales. Un voluntario escribirá las conclusiones a las que llegó el grupo en una hoja de rotafolio, la cual se pegará en el salón.
6. De manera individual el grupo dará respuesta a la hoja de procesamiento (Anexo 7).

**Actividad en casa:** Entrevistar a tres personas sobre ¿Qué son las adicciones? y ¿A qué se puede ser adicto?

### DESARROLLO DE LA SESIÓN 3.

#### Objetivos Informativos:

- Conocer la definición de adicción
- Conocer la tipología de los bebedores
- Comprender las características del alcoholismo
- Manejo y síntesis de ambos temas por medio de un debate para reflexionar sobre el consumo y la adicción.

#### Actividades:

- Técnica grupal: Canasta revuelta.
- Exposición del coordinador de criterios de inclusión de la adicción.
- Síntesis y resumen de la exposición por parte del grupo.
- Debate plenario: el consumo ¿genera una adicción?
- Conclusiones en subgrupos y grupal.
- Exposición del coordinador de la clasificación propuesta (González y Manjarrez, 1996) para los bebedores.
- Clasificación y relación con la información teórica de casos ficticios de diferentes tipos de bebedores.
- Solución individual a la hoja de procesamiento.

#### Desarrollo:

1. TÉCNICA GRUPAL: Canasta revuelta (DIF, s/a p.p 42-43)

OBJETIVO: Crear un ambiente de relajación y animación en el grupo.

RECURSOS MATERIALES: Un salón suficientemente iluminado y amplio, sillas

DURACIÓN: 20 minutos

DISPOSICIÓN DEL GRUPO: En círculo

MECÁNICA:

- Todos los participantes se forman en círculo con sus respectivas sillas. El coordinador queda al centro, de pie.
  - Se explica a los participantes que están a la derecha de cada quien que se les llamará "piñas" (u otra cosa).
  - Y a quienes están a la izquierda, "naranjas" (u otra).
  - Además todos deben saber el nombre de los dos compañeros que están sentados a su lado.
  - En el momento que el coordinador señale a cualquiera diciéndole ¡Piña!, éste debe responder el nombre del compañero que esté a su derecha. Si le dice ¡Naranja!, debe decir el nombre del que tiene a su izquierda. Si se equivoca o tarda más de 3 segundos en responder pasa al centro y el coordinador ocupa su puesto.
  - En el momento que se diga ¡Canasta Revuelta!, todos deberán cambiar de asiento. (El que está al centro, deberá aprovechar esto para ocupar una y dejar a otro compañero al centro).
2. Exposición del coordinador 1 de los criterios de inclusión de la adicción según la definición teórica (SSA, 2001) (Anexo 8).
  3. Los coordinadores pedirán algunos voluntarios para que escriban con sus propias palabras, cuales son los criterios de inclusión con respecto a la exposición teórica. Además se solicita que comparen las respuestas de sus entrevistas (actividad en casa), con los criterios señalados.
  4. Formación de dos subgrupos (6 personas cada uno) para el debate plenario. El primer subgrupo defenderá la postura de que el alcohol no genera una adicción. El segundo subgrupo defenderá la postura de que el alcohol sí genera una adicción.
  5. Cada subgrupo discutirá y expresará sus conclusiones.
  6. El grupo manifestará las conclusiones finales.
  7. Exposición del coordinador sobre la clasificación propuesta (González y Manjarrez, 1996) para los bebedores (Anexo 9)
  8. Formación de parejas para que analicen y comenten las situaciones ficticias que repartirá el coordinador 2 (Anexo 10)
  9. Clasificación y relación con la información teórica de los casos ficticios.

10. Un voluntario escribirá las conclusiones a las que llegó el grupo en una hoja de rotafolio, la cual se pegará en el salón.
11. Respuesta individual a la hoja de procesamiento (Anexo 11).

**Actividad en casa:** Enlistar dos causas que consideren generadoras para consumir alcohol, dos para abusar del mismo y dos que provoquen alcoholismo.

## UNIDAD TEMÁTICA II. FACTORES DE RIESGO

Sesiones 4 y 5.

Duración: dos sesiones.

**Tarea Grupal:** Conocer las causas del alcoholismo, así como sus implicaciones sociales y emocionales.

### Objetivos Informativos:

- Conocer las causas (factores de riesgo) del alcoholismo.
- Definición de factores de riesgo.
- Conocer la clasificación de los factores de riesgo.
- Identificar patrones de conducta que fomentan el consumo de alcohol.

### Objetivos Formativos:

- Analizar sobre las implicaciones sociales y emocionales que generan al alcoholismo, como son: sentimientos, afectos y estados emocionales individuales.

### Contenidos Temáticos:

- Factores de riesgo del alcoholismo.
- Clasificación de los factores de riesgo: cognitivos, socio-afectivos, interpersonales, ambientales, culturales, económicos, familiares, escolares...

### Mecanismos de Evaluación:

- Registro con videograbación.
- Discusión en subgrupos.
- Mesa redonda plenaria.
- Lluvia de ideas.
- Conclusiones grupales anotadas en hojas de rotafolio.

## DESARROLLO DE LA SESIÓN 4.

### Objetivos Informativos:

- Conocer las causas (factores de riesgo) del alcoholismo. Definición de factores de riesgo.
- Conocer la clasificación de los factores de riesgo.

### Actividades:

- Técnica grupal: Reacción en cadena.
- Exposición por parte del coordinador de la definición y clasificación de los factores de riesgo..
- Proyección de la película "Como cuates" (MEXFAM, 1987).
- Análisis grupal de la película.

### Desarrollo:

1. TÉCNICA GRUPAL: Reacción en cadena (Acevedo, 1992).

OBJETIVO: Revitalizar y relajar al grupo, por medio de la risa y la broma.

RECURSOS MATERIALES: UN salón iluminado y amplio y tres hojas de papel periódico.

grandes para cada participante.

DURACIÓN: 20 minutos

DISPOSICIÓN DEL GRUPO: De pie y libre.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- Los coordinadores tienen que buscar entre los miembros del grupo, tres personas que les ayuden a provocar la reacción en cadena de periodicosos, con los cuales se pondrán de acuerdo previamente, indicándoles que a su señal y ya habiendo enrollado el papel, todos comiencen a dar periodicosos con discreción a sus compañeros.

MECÁNICA:

- Los coordinadores invitan a los participantes al área más desalojada del salón y les dan sus tres hojas de periódico a cada uno de ellos.
- Les piden que lo enrollen cuidadosamente y que lo tomen por un extremo para levantarlo por encima de sus cabezas.
- Los coordinadores verifican que todos hayan hecho lo anterior y gritan "ahora", con el cual ellos y sus compañeros (aquellos que le van a ayudar) comienzan a propinar periodicosos a los miembros del grupo.
- Cuando se haya generalizado la reacción en cadena se deja fluir unos minutos.
- Cuando consideren los coordinadores que hay suficiente risa y tono de broma en el grupo paran el ejercicio, invitan a los participantes a tomar sus asientos para procesar el juego.
- Se suele hacer énfasis en la reacción en cadena y en la relajación alcanzada.

- Se presenta a los ayudantes del ejercicio y se llega a conclusiones.

2. Los participantes comentaran en grupos de cuatro las diferentes causas que encontraron en su actividad de casa, posteriormente lo harán en plenario.
3. El coordinador 1 expondrá la definición teórica de lo que son los factores de riesgo, así como la clasificación de los mismos (Anexo 12).
4. El grupo acomodará sus sillas frente al televisor. Haciendo la aclaración de que se pueden sentar o acostar en el piso si se sienten más cómodos.
5. Proyección de la película "Como cuates".

Producción: MEXFAM-JOCIFP/1987

Duración: 21 minutos

Idioma: Español.

Formato: Video VHS

Director: Carlos García Agraz.

Guión: Rubén Cohen.

Fotografía: Servando Gaja.

Actores: Roberto Sosa M., Angélica Cruz, Roberto Sosa R., Francisco Guerrero.

Sinopsis: Como cuates, relata la historia de una familia de la zona marginal a la que pertenece Roberto, un joven de 14 años, estudiante, el mayor de tres hermanos.

Roberto y su familia enfrentan serios problemas de relación y comunicación. Su padre realiza trabajos de albañilería y mantiene con ellos una relación violenta y de autoritarismo, su madre se dedica al hogar y asume una actitud pasiva y de resignación. Sus hermanos menores estudian y colaboran en forma desigual en las actividades del hogar.

Roberto es el que muestra mayor compromiso y responsabilidad ante la situación familiar.

Sin embargo, esto llega a su límite cuando, por causa de su padre, pierde a su novia.

Desesperado, decide enfrentar a su padre, quien lo golpea. Ante esta respuesta sale a la calle, en donde se encuentra con un amigo que le ofrece marihuana como un alternativa para olvidarse de sus problemas.

6. Al terminar la película el grupo formará un círculo para que todos puedan verse.
7. El coordinador 2 registrará la sesión a través de una filmación con la videgrabadora.
8. Se harán preguntas sobre la opinión del grupo hacia el protagonista y su familia, etc.
9. Un voluntario escribirá las conclusiones a las que llegó el grupo en una hoja de rotafolio, la cual se pegará en el salón.

**Actividad en casa:** Elegir una canción o mensaje publicitario (TV., Radio o Prensa) que involucre al alcohol y cuál es el factor de riesgo que está presente en el mismo. Enlistar las cinco causas más comunes por las que se consume alcohol.

## DESARROLLO DE LA SESIÓN 5.

### Objetivos Informativos:

- Identificar patrones de conducta que fomentan el consumo de alcohol.

### Actividades:

- Técnica grupal: ¡El Bum!
- Juego de Roles.
- Análisis, reflexión y conclusiones en subgrupos sobre las causas que originan el beber.
- Conclusiones grupales a partir de la técnica Lluvia de ideas.

### Desarrollo:

1. TÉCNICA GRUPAL: ¡El Bum! (DIF, s/a p. 82)

OBJETIVO: Relajar al grupo a través de una dinámica divertida, pero que requiere de concentración.

RECURSOS MATERIALES: Un salón iluminado y amplio.

DURACIÓN: 15 minutos

DISPOSICIÓN DEL GRUPO: En círculo y sentados en el piso.

MECÁNICA:

- Los participantes se sientan en círculo y se numeran en voz alta y a todos los que les toque un múltiplo de tres (3, 6, 9, 12, etc) o un número que termina en tres (13, 23,33...) deben decir ¡BUM! en lugar del número.
- El que sigue continúa la numeración.
- Pierde el que no dice BUM o el que se equivoca con el número siguiente. Los que pierden salen del juego y se vuelve a iniciar la numeración por el UNO.
- La numeración debe ser rápida; si un compañero se tarda mucho también queda descalificado (5 segundos máximo).

VARIACIONES: Se pueden utilizar múltiplos de números mayores, o combinando múltiplos de tres con múltiplos de cinco por ejemplo.

2. Formación de tres subgrupos de cuatro personas.
3. Comentar sus conclusiones de la actividad en casa.

4. El coordinador 2 explicará que un representante del grupo tomará un papel, los cuales contienen los guiones para el juego de roles (Anexo 13).  
Variaciones: Habrá dos guiones para la realización del juego de roles y un papel en blanco. Se les explicará a los subgrupos que los que hayan tomado hoja en blanco tendrán que inventar una situación en donde se involucren los factores de riesgo.
5. De manera voluntaria los subgrupos representarán las situaciones que se les asignaron.
6. El coordinador 1 servirá de apoyo si así lo requieren los subgrupos.
7. El coordinador 2 registrará la sesión a través de una filmación con la videgrabadora.
8. Al concluir la actuación del primer subgrupo, se le pedirá al resto del grupo que trate de identificar cuáles son los factores de riesgo que ocasionaron el consumo de alcohol y que los clasifiquen, es decir, si intervienen los sentimientos, las relaciones interpersonales, etc.
9. Se repetirá el mismo procedimiento para los tres subgrupos.
10. Al concluir el juego de roles, el coordinador 2 le pedirá a cada subgrupo que reflexione sobre la actividad que acaban de realizar y que concluyan sobre las causas que originaron el consumo de alcohol en la situación que acaban de representar.
11. El grupo se unirá nuevamente para llegar a conclusiones finales, a través de la técnica grupal: Lluvia de ideas.

TÉCNICA GRUPAL: Lluvia de ideas (DIF, s/a, pp. 128-133).

OBJETIVO: Que el grupo llegue a una síntesis y conclusión final sobre los factores de riesgo del alcoholismo.

DURACIÓN: 30 minutos.

MATERIALES: Rotafolio y plumones.

MECÁNICA:

- El coordinador hará una pregunta clara, donde exprese el objetivo que se persigue. La pregunta debe permitir que los participantes puedan responder a partir de su experiencia. Por ejemplo. ¿Los factores de riesgo explicados son causas suficientes para que alguien se vuelva alcohólico?
- Cada participante debe decir una idea a la vez sobre lo que piensa acerca del tema. Se aclara al grupo que en esta etapa no se permite discutir las ideas que van surgiendo, en caso de que la idea no se haya comprendido lo aclarará.
- La cantidad de ideas que cada participante exprese puede ser determinado de antemano por los coordinadores. Pero todos los participantes deben decir por lo

menos una idea.

- Mientras los participantes expresan sus ideas, el coordinador las anota en las hojas de rotafolio. Estas ideas se pueden anotar tal y como van surgiendo (en desorden) y al final el grupo escoge las más indicadas para resumir y concluir o bien se pueden ir acomodando en orden.
- Ronda de comentarios y dudas.

12. Un voluntario escribirá las conclusiones a las que llegó el grupo en una hoja de rotafolio, la cual se pegará en el salón.

**Actividad en casa:** Buscar un artículo de periódico o de revista que mencione los daños que genera el abuso de alcohol.

### **UNIDAD TEMÁTICA III. CONSECUENCIAS POR EL ABUSO DE ALCOHOL Y POR EL ALCOHOLISMO**

Sesiones: 6 y 7

Duración: dos sesiones.

#### **Tarea Grupal:**

Conocer las consecuencias que genera el abuso de alcohol y el alcoholismo, para determinar los problemas físicos, psicológicos y sociales en el bebedor, así como las alteraciones familiares que conlleva el abuso y principalmente el alcoholismo.

#### **Objetivos Informativos:**

- Identificar las consecuencias por el abuso de alcohol y por el alcoholismo.
- Clasificar las consecuencias del abuso del alcohol y del alcoholismo.
- Comprender las implicaciones físicas, psicológicas, sociales y familiares que conlleva el abuso del alcohol y del alcoholismo.

#### **Objetivos Formativos:**

- Analizar las consecuencias del abuso del alcohol y del alcoholismo.
- Exponer, discutir y fundamentar las propias ideas.
- Propiciar la construcción de un esquema referencial grupal.

#### **Contenidos Temáticos:**

- Consecuencias físicas, psicológicas, sociales y familiares.

#### **Mecanismos de Evaluación**

- Escrito con los comentarios y conclusiones.
- Supervisión del trabajo de los equipos.
- Síntesis de lectura.

### **DESARROLLO DE LA SESIÓN 6**

#### **I. CONSECUENCIAS POR EL ABUSO DE ALCOHOL Y POR EL ALCOHOLISMO**

##### **Objetivos informativos:**

- Identificar las consecuencias por el abuso de alcohol y por el alcoholismo
- Comprender las implicaciones físicas, psicológicas, sociales y familiares que conlleva el abuso del alcohol y del alcoholismo

### Actividades

- Técnica grupal: Un hombre de principios .
- Proyección del video: "Somos guerreros".
- Técnica grupal: Descubriendo problemas.
- Conclusiones en plenario (las cuales se escriben en el pizarrón, para que en la siguiente sesión se retomen y se coloquen en el salón).

### Desarrollo:

1. TÉCNICA GRUPAL: Un hombre de principios (DIF, s/a, p. 58).

OBJETIVOS: Animación.

DURACIÓN: 20 min.

MECÁNICA:

- Todos los participantes se sientan en círculo. El coordinador en el centro, inicia el juego narrando cualquier historia donde todo debe empezar con una letra determinada.

Ejemplo: Tengo un tío que es un hombre de principios muy sólidos, para él todo debe empezar con la letra "P". Así su esposa se llama... Patricia (participante)  
A ella le gusta mucho comer... Papa (participante).

Y un día fue a pescar a... Pekín.

Y se encontró un... Plumero.

- El que se equivoca o se tarda más de 4 segundos en responder pasa al centro y/o da una prenda. Después de un rato se varía la letra. Las preguntas deberán hacerse rápidamente.

2. Proyección del video: "Somos guerreros".

3. TÉCNICA GRUPAL: "Descubriendo problemas" (adaptada de Pasut y Ferreira, 1998).

OBJETIVO: Identificar y compartir una problemática social de la realidad circundante, también exponer, discutir y fundamentar las propias ideas.

DURACIÓN: 30 min.

MECÁNICA:

- Proponer preguntas reflexivas referentes a la película, tales como: ¿Cuáles creen que sean los puntos principales demostrados en la película?, ¿Qué problemas se originan por las conductas adictivas?, ¿Qué le sucede al protagonista debido a su forma de beber o por sus conductas?, ¿Quiénes y de qué manera se ven afectados debido al alcohol?

- Individualmente, cada participante enunciará por escrito los problemas que se originan por consumir bebidas embriagantes con base en la película y a los artículos de periódico (actividad en casa). Luego formará pareja con otro, y ambos conversarán sobre los problemas que enunciaron cada uno y agregarán otros que surjan del dialogo, también se elaborará por escrito.
  - Las parejas formarán cuartetos. Allí, cada pareja presentara los problemas y, entre todos, delimitarán un campo problemático al que pertenezca el tema (alcoholismo y abuso de alcohol).
  - Seguidamente, los subgrupos presentarán en plenario sus conclusiones, las cuales anotará un secretario (previamente seleccionado por el grupo) en el pizarrón, confeccionando una lista de problemas ordenados, según las prioridades que señale el grupo por consenso.
  - Las conclusiones finales de todo el grupo se presentaran en la siguiente sesión en un rotafolio, para ser retomadas como repaso y como un material de consulta.
4. Ronda de comentarios y dudas. Por último recoger las conclusiones de los subgrupos, para ser analizadas como evaluación de la sesión.

**Actividad en casa:** Identificar tres consecuencias personales, familiares y sociales del abuso del alcohol y del alcoholismo por escrito.

## DESARROLLO DE LA SESIÓN 7

### I I. CONSECUENCIAS POR EL ABUSO DE ALCOHOL Y POR EL ALCOHOLISMO

**Objetivos informativos:**

- Clasificar las consecuencias del abuso del alcohol y del alcoholismo
- Comprender las implicaciones físicas, psicológicas, sociales y familiares que conlleva el abuso del alcohol y del alcoholismo

**Actividades**

- Técnica grupal: La doble rueda
- Proyección de diapositivas "*Ditirambo Farfulla*" y/o el video "*Daños que ocasiona el alcoholismo. ¿Qué es el alcoholismo?*". Estos materiales se pueden escoger o presentar ambos.
- Grupos de discusión
- Lectura del texto: "*Alcohol, Lo Que Usted No Sabe, Puede Perjudicarlo*"

- Síntesis del material
- Grupos de discusión, anotando las conclusiones por escrito

## Desarrollo

### 1. TÉCNICA GRUPAL: La doble rueda (DIF, s/a, p.p. 57-58)

OBJETIVO: Animación

DURACIÓN: 20 min.

RECURSOS MATERIALES: Un lugar amplio, número ilimitado de participantes y un radio potente o algún material que haga ruido.

MECÁNICA:

- Se divide a los participantes en dos grupos iguales (si un grupo puede ser de mujeres y otro de hombres, mejor).
- Se coloca a un grupo formando un círculo tomados de los brazos, mirando hacia fuera del círculo.
- Se coloca al otro grupo a su alrededor, formando un círculo, tomados de las manos, mirando hacia adentro.
- Se les pide que cada miembro de la rueda exterior se coloque delante de uno de la rueda interior, que será su pareja y que se fijen bien, en esa pareja de cada cual.
- Una vez identificadas las parejas, se les pide que se vuelvan de espaldas y queden nuevamente tomados de las manos unos y de los brazos otros.
- Se indica que se va a hacer sonar una música (o el ruido de algún instrumento) y que mientras suena deberán moverse los círculos hacia su izquierda (así cada rueda girará en sentido contrario a la otra), y que cuando pare la música (o el ruido) deberán buscar su pareja, tomarse de las manos y sentarse en el suelo; la última pareja en hacerlo, pierde y sale de la rueda (El coordinador puede interrumpir la música en cualquier momento).
- Las parejas que salen van formando el jurado que determinará qué pareja pierde cada vez.
- La dinámica continúa sucesivamente hasta que queda una pareja sola al centro, que es la ganadora.

### 2. Proyección del video *"Daños que ocasiona el alcoholismo. ¿Qué es el alcoholismo?"* (ILCE,

2002) y/o diapositivas "*Ditirambo Farfulla*" (Mexfam, s/a).

3. TÉCNICA GRUPAL: Grupos de discusión (adaptada de Zarzar, C. 2002, p.101)

OBJETIVO: Discutir un tema o material, además propiciar la construcción de un esquema referencial grupal.

DURACIÓN: 30 min.

MECÁNICA:

- El coordinador divide al grupo en equipos de tres o cuatro personas cada uno.
  - Una vez integrados los equipos realizarán una discusión basándose en el material proyectado, así como sus conclusiones (por escrito) que deben presentar ante el plenario. Para apoyar esta actividad, el coordinador formulará una guía que contenga preguntas abiertas sobre el tema, tales como: ¿Qué consecuencias genera el abuso del alcohol?, ¿En qué esferas de la vida de los individuos repercute el abuso del alcohol?, ¿Los problemas generados se pueden dividir en categorías?
  - Realizar un plenario con dos momentos.
  - En el primero, cada equipo expone sus conclusiones, o el producto que se les solicitó, y en el segundo se abre el debate para continuar la discusión sobre el tema y llegar a conclusiones grupales.
  - Los coordinadores completarán el tema y tratarán los aspectos que consideren que no han sido tratados adecuadamente por el grupo.
4. Lectura del texto: "*Alcohol, Lo Que Usted No Sabe, Puede Perjudicarlo*" (Instituto Nacional sobre el abuso del Alcohol y Alcoholismo, 2002). Repartir el material a cada integrante del grupo para que lo lean, se solicita una síntesis breve por escrito. Posteriormente formar cuatro grupos de tres integrantes, para que comenten sus opiniones y síntesis del texto. (Anexo 14).
5. Cada grupo deberá clasificar las consecuencias en categorías (se sugiere integrar las que hayan observado en el material de proyección, así como las identificadas en su actividad en casa). Las conclusiones emitidas por los subgrupos se harán por escrito.
6. La clasificación de cada subgrupo se anotará en el pizarrón, posteriormente se integrarán las de los cuatro subgrupos para formar una sola clasificación (las clasificaciones posibles pueden ser:) familiares, sociales, emocionales, laborales, físicas, etc.)
7. Ronda de comentarios y dudas, ya sea por grupos o de manera individual

**Actividad en casa:** Narrar cualquier situación (en casa o en la escuela) donde no estuvieron de acuerdo y cómo fue que lo manejaron.

#### **UNIDAD TEMÁTICA IV. FACTORES DE PROTECCIÓN**

- I. FACTORES DE PROTECCIÓN: ASERTIVIDAD Y TOMA DE DECISIONES.
- II. FACTORES DE PROTECCIÓN: AUTOESTIMA Y MANEJO DEL ESTRÉS.

Sesiones: 8 y 9

Duración: dos sesiones

**Tarea Grupal:** Conocer habilidades que permitan la interacción interpersonal, tales como: asertividad, toma de decisiones, autoestima y manejo del estrés, con el fin de evitar la presión social o manipulación de los demás para emitir conductas adictivas.

#### **Objetivos Informativos**

- Conocer que es la asertividad y los estilos de comunicación verbal (agresivo, pasivo o asertivo).
- Identificación del estilo individual de comunicarse.
- Comprender la utilidad de la comunicación asertiva frente al consumo de alcohol u otras conductas.
- Distinguir la relación entre asertividad y toma de decisiones.
- Identificarse como individuos.
- Reconocer los elementos de la autoestima.
- Conocer formas de relajación.

#### **Objetivos Formativos**

- Reconocer cómo se comunican y hacen valer sus derechos.
- Manejo de la asertividad y toma de decisiones.
- Valorarse como individuos.
- Manejar el estrés de la vida cotidiana.

#### **Contenidos Temáticos**

- Asertividad y derechos personales.
- Estilos de comunicación.
- Facilitadores y obstaculizadores de la comunicación.
- Toma de decisiones.
- Autoestima.
- Manejo del estrés.

## Mecanismos de evaluación

- Participación grupal que demuestre asertividad a través del juego de roles. La asertividad se espera ver reflejada en criterios conductuales como cambios en el tono de voz, la mirada, la duración de la respuesta, acercamientos entre participantes y hacia los coordinadores.
- Comentarios personales.
- Cuestionario estructurado de asertividad.
- Escala adaptada de Bonet, (1994, cit. en Castro, 2000).

## DESARROLLO DE LA SESIÓN 8

### I. FACTORES DE PROTECCIÓN: ASERTIVIDAD Y TOMA DE DECISIONES

#### Objetivos Informativos:

- Conocer qué es la asertividad y los estilos de comunicación verbal (agresivo, pasivo o asertivo).
- Identificación del estilo individual de comunicarse.
- Comprender la utilidad de la comunicación asertiva frente al consumo de alcohol u otras conductas.
- Distinguir la relación entre asertividad y toma de decisiones.

#### Actividades

- Técnica grupal: El mundo.
- Exposición de los coordinadores sobre asertividad: definición, derechos asertivos, estilos de comunicación- agresiva, pasiva y asertiva-, obstaculizadores y facilitadores de la comunicación.
- Técnica grupal: Dramatización de los estilos de comunicación a través de la formulación grupal.
- Comentarios e intercambios de experiencias por subgrupos.
- Técnica grupal: Piensa rápido y habla claro.
- Resolución de un cuestionario estructurado de manera individual.
- Ronda de opiniones y dudas.
- Preguntas de reflexión planteadas por el coordinador: ¿Existe relación entre la asertividad y la toma de decisiones; ¿Cómo se toma una decisión? y ¿De qué factores dependen sus decisiones? El grupo deberá emitir conclusiones en plenario.
- Mostrar las formas de tomar decisiones y el modelo racional de toma de decisiones (acetatos).
- Técnica grupal: La ruleta de la vida (opcional).

## Desarrollo

1. TÉCNICA GRUPAL: El Mundo (DIF, s/a, 84)

OBJETIVO: Animación, Concentración.

DURACIÓN: 15 min.

RECURSOS MATERIALES: Pelota o pañuelo anudado o bola de papel.

MECÁNICA: El número de participantes es ilimitado. Se forma un círculo y el coordinador explica que se va a lanzar la pelota, diciendo uno de los siguientes elementos: AIRE, TIERRA O MAR. La persona que reciba la pelota debe decir el nombre de algún animal que pertenezca al elemento indicado, dentro del tiempo de 5 segundos. En el momento en que cualquiera de los participantes al tirar la pelota dice: "MUNDO", todos deben cambiar de sitio.

Pierde el que se pasa del tiempo, o no dice el animal que le corresponde al elemento indicado.

Ejemplo: se lanza la pelota a cualquiera de los participantes, al mismo tiempo que le dice "AIRE", el que recibe la pelota debe responder en cuestión de 5 segundos "paloma".

Inmediatamente se lanza la pelota a cualquier otro participante diciendo "MAR", por ejemplo, y así sucesivamente.

El coordinador controla los 5 segundos y debe estar presionando con el tiempo.

2. Exposición del tema por el coordinador 1, apoyándose en acetatos (Anexo 15).

3. TÉCNICA GRUPAL: Dramatización (adaptada de Pasut y Ferreira, 1998).

OBJETIVO: Representar situaciones reales para profundizar sobre el tema de asertividad

DURACIÓN: 30 min.

RECURSOS MATERIALES: hojas y plumas.

MECÁNICA:

- El coordinador presentará al grupo, el tema: Asertividad
- Formar grupos de tres o cuatro integrantes, el coordinador ayudará a los grupos a definir qué situación específica del tema planteado desean representar, de preferencia representar los tres estilos de comunicación (pasividad, agresividad y asertividad), cada uno de estos caracterizarlos por medio de conductas verbales y no verbales. Conversarán sobre el tema en cuestión y se construirá la historia, para desarrollar esta actividad se retomara la información de la exposición.
- Los grupos identificarán los personajes y se adjudicarán los respectivos papeles o roles. Se organizará la acción; esto implicará asumir los roles de los personajes, disponer el espacio

físico y los elementos necesarios para la puesta en escena.

- Se realizará la dramatización por turnos, los equipos que sean espectadores tendrán que adivinar a qué estilo de comunicación se refiere la actuación, especificando el por qué de sus respuestas.
- Los grupos comentarán lo presentado y sus dudas

3. TÉCNICA GRUPAL: Piensa rápido y habla claro (adaptada de Pick, S., Aguilar, J., Rodríguez, G. (cols.), 1992, pp. 250-251) Anexo 16.

OBJETIVO: Distinguir las frases asertivas de las que no lo son.

DURACIÓN: 30 minutos.

RECURSOS MATERIALES: Pizarrón, gises, premios (por ejemplo: galletas paletas dulces, etc.) y sección de apoyo didáctico.

MECÁNICA:

- Formar dos equipos con los adolescentes.
- Indicar que la tarea a realizar consiste en identificar el tipo de frase que se les dirá.
- Explicar que las frases que se les dirán tendrán características de pasividad, agresividad, o bien serán oraciones asertivas (ver sección de apoyo didáctico).
- Leer las frases al azar y dar un minuto para que cada equipo identifique el tipo de frase. Indicar a los adolescentes que deberán alzar la mano como señal de que ya identificaron el tipo de frase y para que se les dé la oportunidad de explicar las razones de su clasificación.
- Anotar un punto a favor del equipo que contestó de manera correcta; en caso contrario se le restará al equipo un punto.
- Al término de las frases, sumar los puntos obtenidos por cada equipo y dar un premio a los ganadores (galletas, dulces aplausos, etc.).
- Pedir al equipo perdedor que cambie a frases asertivas las oraciones que nuevamente se leerán.
- Cerrar el ejercicio comentando con los adolescentes las dificultades que tuvieron para realizar la actividad. ¿Qué frases se les hicieron más sencillas de identificar y cuáles fueron más difíciles?
- Recordar a los adolescentes que con la práctica constante la comunicación asertiva se facilita.

4. Brindar un cuestionario (Anexo 17) que resolverán de manera individual cada integrante del grupo.

5. Sesión de comentarios de manera voluntaria.

6. Preguntas de reflexión planteadas por el coordinador: ¿Existe relación entre la asertividad y la toma de decisiones?; discusión breve en pequeños grupos de tres integrantes cada uno, los cuales escribirán sus conclusiones. Una vez resuelta la pregunta, cuestionar: ¿Cómo se toma una decisión? y ¿De qué factores dependen sus decisiones? Continuar con la discusión inicial por parte de los subgrupos y anexar sus conclusiones al documento. Las conclusiones de los subgrupos se anotarán en el pizarrón por un secretario, para posteriormente elaborar una conclusión grupal en plenario.
7. Mostrar las formas de tomar decisiones y el modelo racional de toma de decisiones (acetatos, Anexo 18).
8. Ronda de comentarios y dudas.
9. De acuerdo a la disposición grupal y al tiempo, aplicar la TÉCNICA GRUPAL: La ruleta de la vida (adaptada de Pick, S., Aguilar, J., Rodríguez, G. (cols.), p. 299) Anexo 19.

OBJETIVO: Ilustrar una forma de tomar decisiones que dependan de la suerte.

DURACIÓN: 20 minutos.

RECURSOS MATERIALES: Pizarrón, gises, pañuelos desechables, pañuelo para cubrir los ojos y sección de apoyo didáctico.

MECÁNICA:

- Dividir al grupo en equipos de tres o cuatro elementos.
- Pedir un representante de cada equipo, al cual se le vendan los ojos y deberá ir cambiando en cada ocasión.
- Dibujar la ruleta en el pizarrón.
- Darle vueltas al representante del equipo y pedirle lance un pañuelo desechable mojado hecho bolita hacia la ruleta, quitarle la venda y pedirle que le diga al grupo en voz alta lo que dice la parte de la ruleta en la que cayó el papel,
- Discutir con el grupo:
  - ◆ Qué tipo de toma de decisiones es ésta.
  - ◆ Qué beneficios trae el dejar las decisiones a la suerte.
  - ◆ Por qué la creencia en la suerte no debe influir en las decisiones.
  - ◆ Otras formas de tomar decisiones.
- Fomentar la participación de los adolescentes y cerrar el ejercicio, resaltando la importancia de que saber tomar decisiones responsablemente influye en todos los aspectos de la vida.
- Considerando los temas revisados (asertividad y toma de decisiones) de qué forma

ellos se han comunicado y han emitido decisiones, retomando la actividad en casa.

Variación: Puede sólo pasar un integrante de cada equipo para analizar la situación

**Actividad en casa:** Elaborar un dibujo que los represente.

## DESARROLLO DE LA SESIÓN 9

### II. FACTORES DE PROTECCIÓN: AUTOESTIMA Y MANEJO DE ESTRÉS

#### Objetivos informativos:

- Identificarse como individuos
- Reconocer los elementos de la autoestima
- Conocer formas de relajación

#### Actividades

- Técnica grupal: Cuerpos expresivos.
- Escala adaptada de Bonet.
- Juego "La caja adivina"
- Lectura de la historia de Moreno.
- Ronda de comentarios por equipos
- Exponer "La docena mágica de la autoestima"
- Técnica grupal: Todos valemos
- Procedimientos de relajación.

#### Desarrollo

##### 1. TÉCNICA GRUPAL: Cuerpos expresivos (DIF, s/a, p.60)

OBJETIVO: Animación

RECURSOS MATERIALES: Papeles pequeños.

MECÁNICA:

- Se escriben en papelitos nombres de animales (macho y hembra), ejemplo León en un papelito, en otro leona (tantos papeles como participantes).
- Se distribuyen los papelitos y se dice que durante 5 minutos, sin hacer sonidos deben actuar como el animal que les toco y buscar a su pareja. Cuando creen que la han encontrado, se toman del brazo y se quedan en silencio alrededor del grupo, no se puede decir a su pareja que animal es.

- Una vez que todos tienen su pareja, dice que animal estaba representando cada uno, para ver si acertaron. También puede hacerse que la pareja vuelva actuar y el resto de los participantes decir que animal representa y si forman la pareja correcta.

2. Repartir individualmente la Escala de Bonet (1994), en Castro (2000, p. 203) Anexo 20.

3. JUEGO DE LA CAJA ADIVINA (Castro, 2000, p. 22)

MATERIALES: Una caja de cartón que se cierre y en el fondo colocar un espejo grande que abarque el fondo de la caja.

MECÁNICA:

- Una vez que hayan contestado la escala los participantes y señalado quién es la persona más importante para cada uno. Se les pide que vayan, uno a uno, a la mesa donde está la caja, la abran y verifiquen lo que la caja ha adivinado.

Nota: la caja debe estar colocada en un lugar tal que obligue a los participantes a levantarse de su sitio e ir a comprobar la respuesta que está en la caja

4. Lectura de la historia de Moreno (1995, en Castro, 2000, p. 22-23) Anexo 21.

5. División del grupo en pequeños equipos de trabajo (4 personas), a los cuales se les solicita intercambie sus opiniones acerca de las actividades anteriores (Escala de Bonet, Juego de la caja adivina y la historia de Moreno), además la elaboración de un documento donde se señale un comentario en general, para ser presentado ante todo el grupo. Cada grupo presentara sus conclusiones.

6. Presentar "La docena mágica de la autoestima" de Branden, (Anexo 22). Ésta puede mostrarse por medio de un acetato o en copia para cada equipo, para que lo lean; es importante preguntar que se entiende por autoestima y construir entre todos una definición.

7. TÉCNICA GRUPAL: Todos valemos (adaptada de Pick, S., Aguilar, J., Rodríguez, G. (cols.), 1992, p. 285)

OBJETIVO: Simbolizar la percepción que el adolescente tiene de sí mismo.

DURACIÓN: 25 minutos.

RECURSOS MATERIALES: Plastilina.

MECÁNICA:

- El coordinador explicará a los participantes que deberán reflexionar acerca de sí mismos.
- Dar a cada adolescente una barra de plastilina y pedir que se represente a sí mismo positivamente a través de un símbolo (por ejemplo, si un participante

desea representar que es libre puede diseñar una paloma). Dar un tiempo de 10 minutos para la elaboración de la tarea.

- Al terminar, solicitar a los participantes que de manera individual y voluntaria expresen sus sentimientos acerca del trabajo realizado (el de plastilina y el dibujo elaborado en casa).
- Comentar con todo el grupo la importancia de la autopercepción en el incremento de la autoestima.
- El coordinador cuidará que todos los miembros del grupo ejecuten la tarea y se representen de forma positiva. Es importante promover la ayuda mutua, si algún participante tiene dificultad para realizar el trabajo.

8. Procedimientos de relajación para enseñar a adultos y niños mayores (Cautela, J. y Groden, J. , 1988, pp. 47-57) Anexo 23.

9. Ronda de comentarios y dudas.

**Actividades en Casa:** Redactar en una cuartilla su opinión respecto al taller. Además realizar un:

COLLAGE (Acevedo, 1978) que se empleará para expresar tensiones, intereses y motivaciones individuales.

Los recursos materiales que se requieren son: una cartulina, papel, tijeras y revistas. Para desarrollar la actividad cada participante con recortes pegados al cartoncillo debe contestar a la pregunta:

¿Qué puedo reflejar de lo que aprendí en este taller?

¿Qué hay de nuevo en mí a partir del taller?

## **CIERRE**

Sesión: 10

Duración: una sesión

**Tarea grupal:** Sintetizar los contenidos temáticos y exponer comentarios de realimentación con respecto al taller.

### **Objetivos formativos:**

- Realimentación de las experiencias de la participación en el taller.

### **Actividades:**

- Técnica grupal: La última letra.
- Cuestionario de opinión personal.
- Técnica grupal: Lotería.
- Contraste de expectativas iniciales de los participantes acerca del taller.
- Comentarios y agradecimientos finales.

Duración: 2: 30 horas

## **DESARROLLO DE LA SESIÓN 10**

### **1. TÉCNICA GRUPAL: La última letra (DIF, s/a, p.242)**

**OBJETIVO:** Desarrollar la concentración y ejercitar la rapidez mental

**MECÁNICA:**

- En plenario, un compañero dice el nombre de una persona, ciudad, fruta, etc. y el compañero que le sigue tiene que empezar con otro nombre con la última letra de l nombre que dijo el compañero y sobre el mismo asunto.
- Si un compañero no encuentra una palabra se pasa a otro compañero.
- Si se quiere hacer cómo competencia se pueden dar "castigos" o "prendas" a los que no respondan, o simplemente van saliendo del ejercicio y se declara un ganador.

### **2. Formar subgrupos, mostrarse entre ellos el Collage de cada cual, posteriormente uno de los integrantes interpretara para los demás subgrupos el trabajo de alguno de su grupo, al terminar el autor explica o aclara su obra.**

3. Repartir a cada uno de los integrantes del grupo el cuestionario de opinión personal (Anexo 24).
4. Después de que lo hayan resuelto, formar subgrupos de tres o cuatro participantes para que comenten sus opiniones acerca del cuestionario y del Collage, a través de un portavoz emitir un sólo comentario.
5. TÉCNICA GRUPAL: : Lotería (DIF, 19; pp. 196-197)

OBJETIVO: Aclarar dudas, reafirmar el manejo de un tema o evaluar la comprensión del mismo.

DURACIÓN: 30 min.

RECURSOS MATERIALES: Láminas de papel o cartones grandes, plumones de colores o lápices.

MECÁNICA:

- Utilizando las mismas reglas del juego de la lotería (o bingo) se preparan láminas o cartones grandes (de 50X60 cm.) donde se dibujan nueve cuadros, en éstos se combina los diferentes nombres, palabras o conceptos del tema que se va a tratar, que deben ser seleccionados de antemano por la persona que coordina (abuso, consumo y adicción al alcohol; factores de riesgo, consecuencias del abuso de alcohol y del alcoholismo y factores de protección).
- Las palabras deben combinarse de diferente en cada uno de los cartones.
- Luego se elaboran una serie de tarjetas con definiciones o reflexiones, o preguntas que corresponden a una de las palabras que están en los cartones de la lotería. Se sugieren algunas preguntas como la del Anexo
- Debe aparecer así mismo una tarjeta por cada palabra que aparece en el cartón.
- Se forman grupos, y a cada uno se le da un cartón, el grupo que lo llene primero gana. Cualquier objeto puede hacer de ficha.
- La persona que coordina o cualquier otro compañero es el que "canta" (o lee) las tarjetas.
- En el grupo que todos deben estar de acuerdo si creen que tienen la respuesta, para eso el que "canta" debe de dar un poco de tiempo para que cada equipo decida si tiene la respuesta o no.
- Una vez terminado el juego, preguntar si existen dudas; además, comparar las respuestas emitidas por el grupo y las formuladas en las tarjetas del juego.

5. Con los mismos grupos ya formados de la actividad anterior; identificar si se cumplieron sus expectativas personales iniciales respecto al taller. Se puede mostrar los rotafolios de la sesión 1 donde se anotaron las expectativas.
6. Solicitar a los integrantes que en una mesa dejen sus Diarios personales (este puede o no incluir nombre).
7. Para finalizar se pide que de manera voluntaria mencionen sus comentarios u opiniones respecto a su experiencia en el taller, además que emitan una despedida. Los coordinadores agradecerán la participación de los jóvenes y darán por terminado el taller.

## Referencias Bibliográficas del Taller<sup>9</sup>

- Acevedo, I. A (1989). Aprender jugando: 60 dinámicas vivenciales. México: Limusa. Vol. 2
- Acevedo (1992) Aprender jugando: 60 dinámicas vivenciales. México: Limusa. Vol. 3
- Bonet (1994) En Castro, P. (2000) Guía de autoestima para educadores. Salamanca: Amaru Ediciones.
- Branden (1988) En Pick, S., Aguilar, J., Rodríguez G. (et. al) (1992) Planeando tu vida. Programa de educación sexual y para la vida dirigido a los adolescentes. Manual para el instructor. México: Grupo Editorial Planeta.
- Castro, P. (2000). Guía de autoestima para educadores. Salamanca: Amaru Ediciones.
- Cautela, J. Y Groden, J. (1988). Técnicas de relajación (manual práctico para adultos, niños y educación especial). México: Ediciones Roca.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones(1994). Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas (1992-1994). México: Secretaría de Salud
- Desarrollo Integral para la Familia. (s/a). Dinámicas grupales. México: DIF.
- Díaz, L (2000) Prevención de riesgos. Adolescentes y alcohol. En Cuadernos FISAC "Los jóvenes y los riesgos en el consumo de bebidas con alcohol, ¿Qué podemos prever?"Abril 2000, Año 1, Vol. 1, No. 5.
- Dieskstra ( 1991) En Morales, C.F. (1999). Introducción a la psicología de la salud. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández, P,J (1997) Estudio sobre la perturbación emocional y su repercusión en las adicciones en la juventud. México. Tesina de Licenciatura Pedagogía de la Universidad Panamericana.
- Gómez, J. y Velandía, R. (2000). Prevención del Abuso Sexual Infantil. Universidad Nacional de Colombia. Revisado en agosto de 2004 de <http://www.geocities.com/prevencion2/tesis.htm>.
- González, G.J, Manjarrez, M.E (1996). Soluciones para convivir con un alcohólico. México: Editorial Concepto S.A.
- Hernández (1992) cit. en: Gómez, J. y Velandía, R. (2000). Prevención del Abuso Sexual Infantil. Universidad Nacional de Colombia. De <http://www.geocities.com/prevencion2/tesis.htm>
- Instituto Latinoamericano de la Comunicación Educativa.(Autor institucional). (2002) Daños que ocasiona el alcoholismo. ¿Qué es el alcoholismo?. [Video, formato swf]. (Disponible en [www.conadic.gob.mx](http://www.conadic.gob.mx))
- Instituto Nacional sobre el Abuso del Alcohol y Alcoholismo (2002) Alcohol. Lo que usted no sabe, puede perjudicarlo. De <http://www.niaaa.nih.gov/publications/harmsp.htm>

<sup>9</sup> Estas referencias son solamente del taller, para las referencias bibliográficas generales consultar la pagina 80.

- Lammoglia, R.E. y Eisenberg, G.A (1990). Modificaciones a un inventario para medir la predisposición al alcoholismo. México: Tesis de Licenciatura Facultad de Psicología UNAM.
- Medina-Mora (1999). Manual para elaborar el diagnóstico situacional de las adicciones. México:SSA.
- MEXFAM (Producción). (1985). Ditirambo Farfulla [Diapositivas]. Disponible por Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A.C. (MEXFAM), Juárez 208, Tlalpan 14000, México, D.F.
- MEXFAM –JOICFP (Producción) & García, A. C. (Director). (1987). Como cuates [Cinta cinematográfica, formato VHS]. Disponible por Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A.C. (MEXFAM), Juárez 208, Tlalpan 14000, México, D.F.
- Morales, C.F. (1999). Introducción a la psicología de la salud. Buenos Aires: Paidós.
- Moreno (1995) En Castro, P. (2000) Guía de autoestima para educadores. Salamanca: Amaru Ediciones.
- Pacheco, G. (1986) Un modelo teórico-metodológico de investigación en procesos comunitarios. En Zarzar, C. (comp.) (1988) Antología sobre grupos operativos en la enseñanza. (pp. 397-408) México: Programa Nacional de Formación de Profesores Universitarios en Ciencias Sociales. SEP-COMECSO-U. de Guadalajara.
- Pasut, M. y Ferreira, H. (1998). Técnicas grupales. Elementos para el aula flexible. Argentina: Ed. Novedades Educativas.
- Peña-Corona (2000) El consumo moderado de bebidas con alcohol y la salud en El consumo moderado de bebidas con alcohol como factor de protección. México: FISAC. Octubre, 2000. Año 1. Vol. 1
- Pick, S., Aguilar, J., Rodríguez G. (et. al) (1992) Planeando tu vida. Programa de educación sexual y para la vida dirigido a los adolescentes. Manual para el instructor. México: Grupo Editorial Planeta.
- Secretaría de Salud- SSA (2001) Programa de Acción: Adicciones. Alcoholismo y Abuso de Bebidas Alcohólicas. México.
- Solís, L., Sánchez, A. y Cortés, R. (2003) Drogas: las 100 preguntas más frecuentes. Centros de Integración Juvenil CIJ.
- Souza y Machorro. (1988). Alcoholismo: conceptos básicos. México: Manual Moderno.
- Tamahori, L. (Director). (1994). Somos guerreros [Cinta cinematográfica]. Nueva Zelanda.
- Valencia, M. A y Vieyra C. A (2003)
- Velasco, J. (1998). Ser asertivo. Cómo sentirse bien uno mismo. España: Editorial Obelisco.
- Zarzar, C. (2002) Habilidades básicas para la docencia. México: Ed. Patria. Décima Primera Reimpresión.

# **ANEXOS**

ANEXO 1<sup>10</sup>

CUESTIONARIO DE DATOS DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M F

Domicilio:

Calle:

No.

Colonia \_\_\_\_\_, C.P. \_\_\_\_\_

Delegación: \_\_\_\_\_

Teléfono:

Grado escolar que cursas actualmente \_\_\_\_\_

Has reprobado alguna vez: Si No ¿Qué grado y/o materia?

Nombre y edad de las personas que viven en tu casa

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

DATOS SOCIOECONÓMICOS

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Ingresos mensuales:

a) de 2 a 3 salarios mínimo b) de 3 a 4 salarios mínimos c) más de 4 salarios mínimos.

Tipo de vivienda:

a) propia b) rentada c) otra \_\_\_\_\_

Número de habitaciones (sin contar baño) \_\_\_\_\_

Material de construcción:

a) lámina b) prefabricada c) concreto d) otro \_\_\_\_\_

<sup>10</sup> Elaborado por Valencia, M. A. y Vieyra, C. A. (2003).

Servicios con que cuentas en tu casa (señálalos con una X)

Agua	( )	Drenaje	( )
Luz	( )	Teléfono	( )
Televisión	( )	Calentador de agua	( )
Automóvil	( )	Lavadora	( )
Microondas	( )	Acceso a Internet	( )
Computadora	( )		

Anexo 2<sup>11</sup>  
CUESTIONARIO DE CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M F

Instrucciones: Contesta los siguientes enunciados con la mayor honestidad posible. Las respuestas que proporcionas no tendrán ninguna calificación.

Marca con una X la respuesta que consideres adecuada o completa la pregunta.

CONDUCTUALES

¿Has ingerido alcohol alguna vez?

Si      No

¿Realizas alguna actividad deportiva?

Si      No

¿Cuál es tu pasatiempo favorito?

\_\_\_\_\_

Realizan algún tipo de actividad en familia. ¿Cuál?

\_\_\_\_\_

¿Cuando no estás en la escuela qué actividades realizas?

\_\_\_\_\_

RELACIONES INTERPERSONALES

¿Algún familiar cercano consume alcohol?

Si      No

¿Quién?

\_\_\_\_\_

<sup>11</sup> Elaborado por Valencia, M. A. y Vieyra, C. A. (2003).

¿Con quiénes platicas más en tu casa?

---

En las reuniones familiares se consume alcohol

Si      No

¿Qué actividades realizas con tus amigos?

---

Acudes a fiestas

Si      No

¿Cuándo vas a fiestas con tus amigos, ellos consumen bebidas alcohólicas?

Si      No

¿Alguna vez alguien te ha invitado a tomar alcohol?

Si      No

¿Quién?

---

## EMOCIONALES

Si te sientes triste, enojado o feliz, ¿cómo lo afrontas o qué actividades realizas?

---

¿Con quién acudes cuando tienes algún problema?

---

## COGNITIVOS

¿Sabes qué es el alcoholismo?

Si      No

Explica brevemente.

---

---

¿Crees que el alcohol es una droga?

Si      No

El alcoholismo es una enfermedad.

Si      No

El alcohol puede usarse en forma responsable.

Si      No

¿Una persona es alcohólica cuando no puede dejar el alcohol ni siquiera un día?

Si      No

La ingestión de alcohol afecta la salud física de una persona.

Si      No

¿Por qué crees que las personas consumen bebidas alcohólicas?

---

Consideras que las personas que toman mucho son felices.

Si      No

## GUIÓN DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

### Área

#### Intereses

¿Qué te gusta hacer como adolescente?, ¿Cuándo estás solo?, ¿Con tus amigos?, ¿Con tu familia?.

#### Escuela

¿Qué es lo que más te gusta de la escuela?, ¿Lo que menos te gusta?, ¿Qué piensas de tus maestros?, ¿Qué calificaciones tienes? ¿Te gustaría seguir estudiando?

#### Amigos

¿Con quién te gusta convivir?, ¿Quiénes son tus amigos?, ¿Qué te gusta hacer cuando estás con ellos?, ¿Quién te cae mal?, ¿Tienes una relación de noviazgo?.

#### Familia

¿Cómo te llevas con tus padres?, ¿Qué es lo que te gusta de ellos?, ¿Qué te hace enojar?, ¿Cómo te llevas con tus hermanos (as)?, ¿Qué es lo que te gusta y no te gusta de ellos?

#### Temores y preocupaciones

¿A qué le tienes miedo?, ¿Qué cosas o situaciones te ponen nervioso?, ¿Por qué cosas te preocupas?

#### Autoimagen

¿Qué es lo que te gusta y no te gusta de tí?, ¿Qué es lo que haces bien?, ¿Cómo te describes?

#### Estado de ánimo y sentimientos

¿Qué cosa o eventos te ponen triste o contento?, ¿Con qué frecuencia aparecen estos sentimientos?, ¿Qué cosas te hacen sentirse enojado o con coraje?, ¿Qué haces cuando te enojas?

#### Aspiraciones

¿Cuáles son tus metas?, ¿Qué tipo de trabajo o profesión te gustaría desempeñar?

---

<sup>12</sup> Adaptación de Greca, L.A. en Walker, E. (1983).

## Anexo 4

### Presentación del taller (acetatos)

#### Taller: "Alcoholismo: causas y consecuencias"

##### CONTENIDO TEMÁTICOS DEL TALLER:

###### 1. Encuadre

- 1.1 Contenidos temáticos.
- 1.2 Metodología.

###### 2. Unidad Temática I. Alcoholismo.

- 2.1 Consumo y abuso de alcohol.
- 2.2 Definición de alcoholismo y de adicción.
- 2.3 Características del alcoholismo y tipología de los bebedores.

###### 3. Unidad Temática II. Factores de Riesgo.

- 3.1 Factores de riesgo. Definición
- 3.2 Factores de riesgo. Clasificación

1

###### 4. Unidad Temática III. Consecuencias del abuso de alcohol y del alcoholismo.

- 4.1 Consecuencias I
- 4.2 Consecuencias II

###### 5. Unidad temática IV. Factores de Protección.

- 5.1 Asertividad
- 5.2 Toma de decisiones.
- 5.3 Autoestima
- 5.4 Manejo de estrés.

2

#### Organización y funcionamiento general del taller

##### 1. Compromisos de los coordinadores.

###### 1.1 Puntualidad.

- › Los coordinadores llegarán 15 minutos antes del horario establecido con la finalidad de preparar la sesión correspondiente.

###### 1.2 Asistencia.

- › Los coordinadores no faltarán a las sesiones. Si así fuera, tendrán que avisar con anticipación y la sesión perdida se repondrá al siguiente día.

###### 1.3 Respeto.

- › Los coordinadores respetarán las participaciones e intervenciones de los participantes, así como las decisiones de no participar en las dinámicas establecidas.

###### 1.4 Manejo ético.

3

##### 2. Compromisos de los participantes.

###### 2.1 Puntualidad.

- › Los participantes tendrán una tolerancia de 10 minutos. Después de ese tiempo el grupo decidirá si se les permite la entrada.

###### 2.2 Asistencia.

- › Dos faltas sin justificar serán motivo suficiente para que los participantes queden fuera del taller.

###### 2.3 Respeto.

- › Los participantes deberán respetar las participaciones e intervenciones de los miembros del grupo.

- › Los participantes que no acaten lo anterior se harán acredores a una penalidad, la cual será impuesta por el grupo.

###### 2.4 Manejo ético.

4

## Anexo 5

### Uso, abuso y dependencia del alcohol (acetatos)

#### Uso, abuso y dependencia del alcohol

Se reconoce que el alcohol es una droga, y que su consumo se puede clasificar en uso, abuso y dependencia. Las diferencias primordiales entre estos radican en la cantidad, la frecuencia y las consecuencias adversas que se generan.

**Uso.** El uso de alcohol se define como "la ingesta en pequeñas cantidades sin llegar a la intoxicación, incluyendo el consumo cotidiano de 1 a 2 copas de una bebida estándar, sin rebasar a la semana de 12 a 14 copas en hombres y de 10 a 12 copas en mujeres" (Peña-Corona 2000)

1

#### Abuso de alcohol

Patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

1. Consumo recurrente de alcohol, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa.
2. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (conducir un automóvil).
3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia

2

4. Consumo continuado de alcohol, a pesar de tener problemas sociales continuos y recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p.ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación o violencia física).

3

#### Dependencia de alcohol

Es un patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia. Necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
2. Abstinencia. Caracterizado por la interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades,

4

además de la presencia de dos o más de los siguientes síntomas: hiperactividad autonómica (sudoración o más de 100 pulsaciones), temblor distal de las manos, insomnio, náuseas o vómitos, alucinaciones visuales táctiles o auditivas transitorias o ilusiones, agitación psicomotora, ansiedad y crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas).

3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.

4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

5

5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia

7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia

6

## Anexo 6

### Material de apoyo: Uso y abuso de alcohol<sup>13</sup>.

El consumo de alcohol, ha sido y es reconocido como un factor de integración social y favorecedor de la convivencia; es una bebida embriagante que muchas personas consumen con moderación y en contextos permitidos (fiestas, reuniones).

Peña- Corona (FISAC, 2000) define como **uso de alcohol** o consumo moderado a "la ingesta en pequeñas cantidades en cualquier momento, sin llegar nunca a la intoxicación, incluyendo el consumo cotidiano de una a dos copas de una bebida estándar. Sin rebasar un máximo de 12 a 14 copas por la semana en los hombres y de 10 a 12 copas en las mujeres" (p. 14).

CONADIC propone que 1 bebida estándar ó 1 unidad de alcohol puede equivaler a:

1 lata o botella de cerveza.

1 copa de vino de 110 ml.

1 tarro de pulque de 360 ml.

1 onza de whisky, ron, tequila, ginebra, vodka, etc.

El **abuso de alcohol** se determina por el consumo de grandes cantidades, alcanzando la embriaguez o intoxicación caracterizada por la presencia de un cambio psicológico o comportamental desadaptativo (p. ej., comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que aparece durante la ingestión de alcohol o poco tiempo después. Estos cambios se acompañan de lenguaje farfullante (habla balbuciente y deprisa), falta de coordinación, marcha inestable, deterioro de la atención o la memoria, etc. Es importante resaltar que el abuso no sólo implica episodios frecuentes, sino también el beber en exceso afecta a terceros, por ejemplo: una mujer embarazada estará abusando del alcohol y el tabaco aunque no llegue a la embriaguez o fume únicamente un cigarrillo. Además, causa daños a la salud a corto plazo (irritación de garganta o estómago), así como daños a largo plazo (cirrosis, enfermedades pulmonares, daños al corazón y al cerebro).

Para la OMS el abuso se define como la ingestión diaria superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre (una copa de licor o un combinado tiene aproximadamente 40 gramos de alcohol, un cuarto de litro de vino 30 gramos y un cuarto de litro de cerveza 15 gramos) (Solís, 2003).

---

<sup>13</sup> Solís, L., Sánchez, A. y Cortés, R. (2003) Drogas: las 100 preguntas más frecuentes. México: CIJ.

## DEFINICIÓN DE ALCOHOLISMO.

La dependencia del alcohol se reconoce con el término **alcoholismo** (conceptos intercambiables), éste cumple con los criterios de consumo desadaptativo señalados por el DSM-IV para la dependencia. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) "es un estado patológico físico y a la vez psicológico, un trastorno de la conducta que se caracteriza porque el individuo bebe alcohol en exceso, más de lo aceptado socialmente, a pesar de que sabe que esa conducta es la causa de los problemas de salud, familiares y sociales que ya padece" (SSA, 2001)<sup>14</sup>.

**Dependencia de alcohol<sup>15</sup>:** Es un patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:

1. Tolerancia. Necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
2. Abstinencia. Caracterizado por la interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades, además de la presencia de dos o más de los síntomas siguientes: hiperactividad autonómica (sudoración o más de 100 pulsaciones), temblor distal de las manos, insomnio, náuseas o vómitos, alucinaciones visuales táctiles o auditivas transitorias o ilusiones, agitación psicomotora, ansiedad y crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas).
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

---

<sup>14</sup> Secretaría de Salud- SSA (2001) Programa de Acción: Adicciones. Alcoholismo y Abuso de Bebidas Alcohólicas , p. 14, México.

<sup>15</sup> DSM-IV, 2000

## CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS ALCOHÓLICAS<sup>16</sup>.

Cuando las personas comienzan a consumir alcohol se sienten muy bien: relajados, contentos, seguros con ellos mismos, no les da pena nada, pues creen que son simpáticos y admirados por las personas que están alrededor de ellos.

Sin embargo, cuando el consumo se vuelve excesivo las personas cambian drásticamente, puesto que ahora no solo consumen el alcohol para sentirse bien, sino que lo hacen por necesidad, su cuerpo se los exige y sienten que así son más valientes, nada les da pena, pueden hacer y conocer nuevos amigos, etc.

**Generalmente, las personas alcohólicas pueden presentar algunas (o todas) de estas características.**

1. Ansiedad. Las personas se sienten tensos, preocupados, enojados y pueden solucionarlo si ingieren alcohol.
2. Poca tolerancia a la frustración. El alcohólico se frustra, es decir, se siente desilusionado, está resentido y enojado contra la vida, por lo que busca con quien desquitarse, sin embargo, cuando este rencor termina, el alcohólico se siente culpable por lo que hizo.
3. Tendencia a la evasión (fuga). El adolescente alcohólico encontrará que la fantasía o la imaginación exagerada serán la mejor solución para sus problemas. El deporte, la lectura o el estudio son algunos ejemplos de cómo el joven puede demostrarle a sus papás, hermanos, amigos o maestros que es una persona muy sana.
4. Tendencia a crear dependencias emocionales. El enfermo alcohólico necesita depender de alguien o de algo para sentirse protegido, es decir, el alcohólico necesita que alguien lo cuide y tome decisiones por él, para así tener a quien echarle la culpa de sus problemas.
5. Egocentrismo (Egoísmo). El alcohólico necesita y quiere ser el centro de atención de todos los que lo rodean, porque es la única manera de sentirse seguro.
6. Fragilidad emocional. El enfermo alcohólico se siente constantemente inseguro ante su medio ambiente, esto lo lleva a reaccionar con violencia.
7. Impulsividad (Brusquedad). El alcohólico no tiene control sobre su persona, por eso es cambiante en sus ideas, comportamientos y actitudes.
8. Soledad existencial. El enfermo siempre se siente solo. Busca compañía aunque no expresa sus sentimientos con sus amigos o familiares. En realidad, sus amigos son un pretexto para consumir alcohol.

---

<sup>16</sup> Lammoglia (1990) adaptado por Valencia, M. A. y Vieyra, C. A. (2003)

9. Mitomania (Mentir todo el tiempo). Las mentiras del enfermo alcohólico se vuelven crónicas. Se la pasa presumiendo de las múltiples aventuras emocionantes y peligrosas que ha experimentado y de las cuales siempre ha salido victorioso.
10. Tendencia a la manipulación. Como el alcohólico no tiene la capacidad de aceptar la realidad de sus emociones, intenta manejarla a través del autoengaño. El enfermo aprende a engañar y fingir para conseguir atención y compañía.
11. Incapacidad para integrarse a los grupos humanos. El adolescente alardea de ser un individuo tan especial y perfecto que la humanidad no lo entiende y que por lo tanto no son dignos de ser tomados en cuenta por él. Culpa a los demás por no comprenderlo y no valorarlo y reconocerlo. En realidad, el alcohólico no sabe como integrarse y prefiere culpar a los demás.
12. Vivir sufriendo y sufrir viviendo. Aunque el alcohólico tenga amor, cariño confianza, cosas materiales, es decir, tenga todo lo necesario para ser feliz, siempre se siente mal, nunca se siente bien con su manera de ser, de pensar y de actuar: siempre está triste.

Anexo 7

HOJA DE PROCESAMIENTO

1. Explica la diferencia entre consumo, abuso y alcoholismo.

---

---

---

2. ¿Cuál es tu opinión sobre las creencias que tienen las personas que son alcohólicas?

---

---

---

3. ¿Qué características, de acuerdo a tu experiencia, le agregarías a la personalidad alcohólica que se propone?

---

---

---

## Anexo 8

### DEPENDENCIA O ADICCIÓN.

La Secretaría de Salud (SSA, 2001) considera que una adicción o dependencia se refiere a un conjunto de fenómenos y de cambios en el comportamiento que se originan cuando se consume continuamente una sustancia.

Algunos especialistas (en Medina Mora, 1999) consideran que una persona es adicta o dependiente si presentan por lo menos tres de los siguientes síntomas:

1. Uso de sustancias en mayor cantidad o durante más tiempo de lo que esperaba la persona.
2. Deseo continuo, o bien uno o más esfuerzos inútiles para controlar el consumo.
3. El tiempo se utiliza para conseguir la sustancia o para recuperarse de los efectos.
4. Daño frecuente o síntomas de privación cuando el sujeto debe trabajar, ir a la escuela o estar en casa con sus familiares.
5. Uso continuo a pesar de saber que se tienen problemas.
6. Tolerancia notable (Mucho aguante)
7. Síntomas de abstinencia o consumo para aliviar la tensión, es decir, el sujeto se siente mal físicamente y emocionalmente porque necesita de la sustancia.

La dependencia puede ser de dos tipos:

A) Física. El cuerpo se adapta a la sustancia, es como si el cuerpo no pudiera estar sin el alcohol o cualquier droga (Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC, 1994).

Cuando hay una dependencia física al alcohol y se suspende bruscamente el consumo del mismo, se presentan síntomas que caracterizan al Síndrome de Abstinencia, como pueden ser: dolores de cabeza, sudores, temblores en todo el cuerpo, calambres, mareos, sueño constante, entre otros.

B) Psicológica. Es el uso obligatorio de una droga, cuando el individuo la deja siente la necesidad de seguir consumiendo.

A los individuos con problemas de alcoholismo se les dificulta manejar sus emociones; además de que éstos están influenciados por el medio ambiente lleno de tradiciones culturales que los orillan al consumo frecuente y excesivo de alcohol.

## Anexo 9

### CLASIFICACIÓN DE BEBEDORES<sup>17</sup>

1.- Bebedores sociales. Son los que consumen alcohol con propósitos sociales y en la cantidad que acepta y permite el grupo. Este grupo se puede dividir en tres:

- d) Bebedores poco frecuentes. Son los que toman una copa ocasionalmente. Este grupo parece mostrar un control total de la cantidad que ingiere y beberá como máximo dos copas.
- e) Bebedores frecuentes. Dentro de este grupo se encuentra el mayor número de consumidores de alcohol. Consumen alcohol en toda ocasión social: comidas, bautizos, bodas, reuniones con los amigos e incluso, en las fiestas infantiles.
- f) Consumidores excesivos constantes. En estos se incluyen los que beben diariamente, los que lo hacen en exceso y con regularidad y los que se emborrachan frecuentemente. Las bebidas con alcohol representan un estilo de vida y son un símbolo de las costumbres sociales dentro de las prácticas, de convivencia, de amistad, etc.

2.- Bebedores excesivos o alcohólicos. El alcohólico va encontrando gradualmente un mayor atractivo por el alcohol y se hace dependiente de él. Siente que sin alcohol no puede hacer frente a los problemas. Los alcohólicos se pueden dividir en tres grupos:

- d) Bebedores dependientes continuos sin borracheras prolongadas. No parecen pasar nunca de una cierta euforia y punto de saturación. Puede dejar de beber por recomendaciones del médico. Aumenta la tolerancia (aguante).
- e) Dependientes continuos con borracheras prolongadas ocasionales. Aunque beben constantemente, pueden conservar un buen control la mayoría del tiempo, pero cuando las presiones crecen se emborrachan para después volver a su beber controlado.

Bebedores periódicos. Puede abstenerse del alcohol durante semanas o meses. Estos alcohólicos están luchando contra sí mismos lo que les permite lograr un control parcial en el aspecto intelectual, pero emocionalmente no lo consiguen.

---

<sup>17</sup> Según González y Manjarrez (1996) adaptado por Valencia, M. A y Vieyra, C. A (2003).

## Anexo 10

### SITUACIONES FICTICIAS<sup>18</sup>

#### Bebedor poco frecuente.

Carlos invita a comer a Luis. Después de la comida, Carlos llama al mesero y pide un tequila con refresco de toronja; Luis pide un whisky.

Se terminan su copa, pagan la cuenta y cada quien regresa a sus actividades. Repiten la situación 15 después.

#### Bebedor frecuente.

Carmen recibe una invitación de Oscar, quien es su compañero en la oficina. Éste bautizará a su hijo el sábado y desea que Carmen lo acompañe. En la fiesta ella consume 3 cervezas y dos tequilas.

El domingo, ella tiene una comida en casa de sus abuelos y consume 2 vodkas y 2 cervezas.

El viernes hay una despedida de soltera en la oficina y Carmen consume 2 brandys y una copa de ron.

En ninguna reunión Carmen se emborrachó, solo se mareo.

#### Consumidor excesivo frecuente.

Enrique es un joven de 17 años que tiene una vida social muy agitada.

La pachanga empieza para él desde el jueves, cuando va al bar que está cerca de su escuela, ahí consume alrededor de 10 cervezas.

El viernes y sábado acostumbra salir a bailar y ligar, consume alrededor de 10 a 15 copas por día.

El domingo se reúne con los amigos de la cuadra a tomar cerveza, porque ya casi no tiene lana y al otro día hay que ir a la escuela.

#### Bebedor dependiente continuo sin borracheras prolongadas.

Teresa es una adolescente de 16 años que le gusta divertirse. Ella está contenta consigo misma, porque aunque toma mucho no se le sube, al contrario cada vez aguanta más.

Ella consume alcohol de tres a cuatro veces por semana y lo hace para divertirse, porque cuando toma está muy contenta, se vuelve más alegre y simpática (eso cree ella).

A Teresa no le gusta emborracharse, solo sentir la euforia.

---

<sup>18</sup> Valencia, M. A y Vieyra, C. A (2003)

Dependiente continuo con borrachera prolongada ocasional.

El Sr. Gómez tiene 25 años y tiene dos hijos un niño de 8 y una niña de 5 años.

Trabaja de lunes a sábado para que le alcance el dinero.

Los sábados sale a las tres y siempre va al expendio de cerveza que está cerca de su casa. Allí consume hasta 20 cervezas.

El sábado pasado tuvo un problema con su esposa porque la niña ya no tiene zapatos y hay que pagar la renta, pero el Sr. Gómez se gastó el dinero con sus amigos.

Después de una fuerte discusión, él se va con sus amigos a seguir tomando. Regresa de madrugada con una gran borrachera y acusa a su esposa de ser la causante, si ella no le diera más problemas de los que ya tiene, él no tendría que emborracharse.

Bebedor periódico.

Victor fue a la Villa a jurar. Ya tiene dos meses sin tomar alcohol.

Físicamente se siente bien, ya no le duele la cabeza, no tiene ardor en el estómago y ya no está hinchado.

Él sabe que haber ido a jurar es lo correcto porque así deja de tomar, pero todavía le falta un mes y a veces se desespera.

Lo único bueno es que ya está organizando con sus amigos la borrachera del año. El 20 de agosto se vence el juramento y es viernes, por lo que él podrá ponerse hasta tras, desde el viernes hasta el domingo.

Anexo 11

HOJA DE PROCESAMIENTO

1. ¿Consideras que el consumo de alcohol puede desencadenar una adicción? \_\_\_\_\_

---

---

2. De los tipos de bebedores analizados ¿tú cuál consideras que es en realidad un alcohólico y porque?

---

---

---

## Anexo 12

### FACTORES DE RIESGO Y SU DEFINICIÓN<sup>19</sup>.

Los factores de riesgo son aquellos elementos o situaciones individuales o de influencia ambiental que están presentes en los ambientes familiar, escolar y social y que aumentan la posibilidad de que una persona se vuelva adicto ( SEP, 1998).

La Secretaría de Salud (Medina-Mora, 1999) considera que los factores de riesgo aumentan la posibilidad de que una persona experimente, continúe usando o se vuelva dependiente.

Los factores de riesgo están relacionados con la influencia o presión de los amigos, las costumbres de las familias, pero también con las ideas y sentimientos de cada persona.

Algunos médicos y psicólogos opinan que cuando los jóvenes comienzan a crecer se sienten inseguros, preocupados y tristes. Tienen que convivir con personas desconocidas, tienen más responsabilidades en la escuela y en su casa.

Además, tiene que empezar a pensar en su futuro, si se van a casar con su primera novia, si quieren estudiar una carrera y cuál; algunos pensarán y se preocuparán porque tienen que dejar la escuela y entrar a trabajar para ayudar a sus familias, etc.

Todos estos cambios son los que a veces pueden generar miedo y tensión entre los jóvenes y por eso, muchos deciden consumir alcohol. Ellos creen que así se les olvidarán sus problemas y serán más felices.

### LOS FACTORES DE RIESGO Y SU CLASIFICACIÓN.

Los factores de riesgo dependerán del momento y los sentimientos de cada persona.

Algunos jóvenes consideran que no son capaces de soportar la tensión por los exámenes que se acercan o por la falta de dinero en la casa y se sienten frustrados, porque sienten que no son lo suficiente listos o capaces para salir del problema y por eso comienzan a consumir alcohol.

---

<sup>19</sup> Souza (1988), Fernández (1997) y Díaz (2000) adaptado por Valencia, M. A y Vieyra, C. A (2003).

Para ciertos adolescentes es muy difícil superar el divorcio o separación de los padres, el saber que el papá o la mamá son adictos, no es fácil de entender. Los chicos sienten que nadie los quiere y que sus papás en lugar de cuidarlos los quieren controlar y hasta pareciera que son enemigos.

En todas estas situaciones están involucrados los sentimientos de los adolescentes, pero desgraciadamente son emociones equivocadas que los pueden llevar a volverse adictos al alcohol.

Algunos factores de riesgo se relacionan con las relaciones interpersonales, como el tener amigos que son adictos a drogas legales (alcohol, tabaco) o ilegales (marihuana, cocaína, etc.)

El tener familiares que consumen con frecuencia alcohol, puede ser un factor decisivo, pues los jóvenes lo ven como algo correcto y lo imitan.

En los últimos años las drogas se ven como una moda que se asocia a la música, la forma de vestir o la manera de hablar. Aunado a esto se observa exceso de publicidad que se hace al alcohol en los diferentes medios de comunicación o bien los bajos precios en el alcohol y la disponibilidad del mismo en restaurantes, cafés y tiendas.

La forma de pensar en los jóvenes también es determinante para que ellos consuman alcohol en exceso.

Muchos adolescentes piensan que el alcohol hace olvidar las penas; otros tienen la idea de que el consumo de alcohol es una conducta apropiada y la gente lo ve como algo normal.

La cultura de nuestro país, también puede ocasionar que los jóvenes decidan consumir alcohol. En todas las reuniones sociales como bautizos, bodas, etc., se consume alcohol, para demostrar que se está feliz y que hay que convivir.

## Anexo 13

### GUIONES PARA EL JUEGO DE ROLES<sup>20</sup>.

#### Caso 1.

Personajes:

Luis, 14 años, estudia el 3º años de secundaria, está muy triste y enojado pues en su casa hay muchos problemas.

Francisco, 40 años, padre de Luis. Trabaja como mecánico y es alcohólico.

Guadalupe, 36 años, mamá de Luis y esposa de Francisco. Se dedica al hogar y al cuidado de sus tres hijos: Luis, Juan (12 años) y Lupita (10 años).

Mónica, 14 años, amiga y compañera de clases de Luis.

Luis le platica a Mónica que está harto de su familia, pues su papá se la pasa tomando, no trabaja lo suficiente porque siempre está borracho y los clientes ya no le tienen confianza. Su mamá nunca le reclama, sólo llora y se queda callada.

La semana pasada su papá llegó tan borracho que ni siquiera sabe dónde dejó el dinero. Luis le reclamó y su papá lo golpeó.

Luis le propone a Mónica que compren un mezcal para que él se pueda olvidar de sus problemas. Ella le dice que no es lo más conveniente, pero Luis insiste; como Mónica lo quiere mucho, acepta.

Cuando Guadalupe le pregunta a su hijo porque llegó tan tomado, él contesta que sí su papá lo hace él por qué no, además le dice que eso lo hace sentir mejor, está muy contento y hasta se le olvidaron las broncas.

Continúa bebiendo con su amiga Mónica.

#### Caso 2.

Personajes:

Manuel, 50 años, es contador. Es muy sociable, disfruta de las reuniones familiares.

Laura, 48 años, esposa de Manuel. Se dedica a su hogar.

Gustavo, 17 años, hijo de Laura y Manuel. Cursa el 2º año de bachillerato.

---

<sup>20</sup> Valencia, M. A y Vieyra, C. A (2003)

Carla: 12 años, hermana de Gustavo.. Está en 1º de secundaria.

La familia de Carla es muy alegre, les gusta convivir, por eso siempre hacen reuniones en su casa y asisten a todas las fiestas familiares. En esas reuniones siempre hay 4 ó 5 bebidas diferentes.

Manuel y Laura consumen alcohol con exceso y frecuencia, por lo que sus dos hijos los imitan, sin embargo, Gustavo no lo hace con exceso, sólo toma 1 ó 2 copas.

Carla ha llegado a consumir hasta 15 copas, pues si su familia lo hace, ella por qué no. Ella cree que una fiesta es para divertirse y si toma alcohol se siente más contenta, hasta puede bailar con sus tíos. Está acostumbrada a que en los bautizos, bodas, 15 años o fiestas infantiles se consuma alcohol, pues es para convivir.

### **Caso 3.**

Personajes:

Carlos, 13 años, cursa el 2º año de secundaria y está deseoso de crecer para poder hacer cosas de grandes como ir a fiestas, fumar, etc.

Edgar, 18 años. Es el chavo más simpático y agradable de la cuadra. Bromea con todos, no se fija en las edades para hacer amigos. Asiste a la prepa, pero no entra a clases.

Raúl, amigo de Edgar. Les dice a sus papás que ya va a salir de la prepa, pero debe materias de 1º y 2º año.

Alicia, 17 años, es hermana de Carlos. Cursa el 2º año de bachillerato, tiene muchos amigos, pero es una joven responsable y cuidadosa.

Carlos admira a Edgar y Raúl porque ya son grandes y sus papás los dejan salir a la calle, además les dan dinero y los dejan vestir como quieran.

Es viernes y al no tener ninguna fiesta, Edgar y Raúl decidieron salir a platicar con los cuates.

Carlos pasa por ahí con su hermana, Edgar lo saluda y lo invita a quedarse, Carlos le dice que va a avisar y regresa. Alicia le comenta que no está bien que se junte con ellos, pues son mayores y sólo se dedican a vagar. Carlos contesta que ella no sabe nada porque sólo se dedica a estudiar y está amargada.

Carlos regresa con sus "amigos", ellos ya habían comprado unas cervezas e invitan a Carlos a echarse una. Él no está seguro, pero si ellos lo hacen, él no puede quedarse atrás.

## Anexo 14

### Alcohol<sup>21</sup>

#### *Lo Que Usted No Sabe, Puede Perjudicarlo*



Al igual que muchas otras personas, es posible que usted beba alcohol ocasionalmente o tal vez tome cantidades módicas de manera más frecuente. En el caso de una mujer o de una persona mayor de 65 años, el tomar alcohol de manera moderada significa que no ingiere más de una bebida por día; en el caso de un hombre, significa que no toma más de dos bebidas diarias. El consumo de bebidas a estos niveles generalmente no está asociado con riesgos para la salud y puede ayudar a evitar ciertas formas de enfermedades cardíacas.

Pero, ¿sabía usted que consumir bebidas, aún en cantidades moderadas, lleva riesgos en ciertas circunstancias? Y ¿que si bebe en un nivel más alto que el moderado es posible que se exponga a riesgos de problemas serios de salud, además de problemas con la familia, los amigos y los compañeros de trabajo? Se explica en adelante algunas consecuencias del consumo de alcohol que tal vez usted no haya considerado.

- 
- <sup>21</sup> Instituto Nacional sobre el Abuso del Alcohol y Alcoholismo (2002) Alcohol. Lo que usted no sabe, puede perjudicarlo en <http://www.niaaa.nih.gov>

### ¿Qué Es Una Bebida?

#### Una bebida estándar es:

- Una botella de cerveza\* de 12 onzas o una bebida con vino
- Una copa de vino de 5 onzas
- 1,5 onzas de licores destilados con graduación de 80.

\*La cerveza varía considerablemente en su contenido de alcohol mientras que la bebida de malta tiene un contenido de alcohol más alto que la mayoría de las cervezas.

### Beber y Conducir

Para algunas personas, resulta sorprendente saber que sólo necesita beber una cantidad pequeña de alcohol para afectar su capacidad para conducir un vehículo. Por ejemplo, ciertas habilidades para conducir--como maniobrar un automóvil y al mismo tiempo responder a los cambios en el tráfico-- pueden verse disminuidas por la concentración, o la cantidad, de alcohol en el sangre (CAS) de tan solo 0,02%. Un hombre que pesa 160 libras tendrá una CAS de aproximadamente 0,04% una hora después de consumir dos cervezas de 12 onzas o dos bebidas estándar con el estómago vacío (ver el recuadro, "¿Qué es una bebida?"). Por más alcohol que consuma, más afectada es su capacidad para conducir. A pesar de que la mayoría de los estados establecen el límite de CAS en 0,08 a 0,10% para adultos que conducen después de beber, la disminución en la capacidad para conducir comienza mucho antes de llegar a este nivel.

### Interacción Con Medicamentos

El alcohol interactúa de manera negativa con más de 150 medicamentos. Por ejemplo, si usted está tomando antihistamínicos para su resfriado o su alergia y al mismo tiempo toma alcohol, el alcohol le dará aún más sueño que el medicamento por sí mismo. De esta manera, aumenta el peligro si usted conduzca u opere una máquina pesada. En otro ejemplo, si está tomando dosis grandes de acetaminofeno analgésico y tome alcohol, se deja abierto a serios riesgos de daño hepático. Cuando esté tomando medicamentos (de venta libre o de receta), consulte primero con su médico o farmacéutico antes de tomar cualquier cantidad de alcohol.

### Problemas Con Otras Personas

Cuanto más beba, mayores son las posibilidades de problemas en el hogar, el trabajo, con los amigos e incluso con desconocidos. Estos problemas pueden incluir:

- Discusiones con su cónyuge y otros miembros de la familia o alejamiento afectivo;
- Tensión en la relación con los compañeros de trabajo;
- Ausentismo o llegar tarde al trabajo con más frecuencia;
- Pérdida del trabajo como resultado de una disminución de la productividad; y

- Llevar a cabo actos violentos o ser víctima de violencia.

### **Defectos Congénitos en los Bebés**

Si usted es una mujer embarazada o está tratando de concebir tiene la opción de prevenir defectos congénitos relacionados con el alcohol si evita consumir alcohol durante el embarazo. El alcohol puede ocasionar una serie de defectos congénitos, el más serio de los cuales es el síndrome de alcoholismo fetal. Los niños que nacen con defectos congénitos relacionados con el consumo de alcohol tienen problemas de aprendizaje y conducta por el resto de sus vidas. En tales niños, el síndrome se manifiesta en forma de anomalías físicas, discapacidad mental y problemas de conducta. Los científicos desconocen la cantidad exacta de alcohol que pueda producir tales defectos congénitos, es mejor no beber nada de alcohol durante su embarazo.

### **Problemas de Salud a Largo Plazo**

Algunos problemas, como los arriba mencionados, pueden ocurrir al consumir alcohol durante un periodo relativamente breve de tiempo. Pero existen otros problemas--como es el caso de enfermedades hepáticas, enfermedades cardíacas, ciertas formas de cáncer y pancreatitis--que a menudo se desarrollan de manera más gradual y sólo pueden evidenciarse después de beber alcohol en grandes cantidades durante un tiempo prolongado. Las mujeres pueden desarrollar problemas de salud relacionados con el alcohol después de consumir menos alcohol que los hombres durante menos tiempo. Dado que el alcohol afecta a muchos órganos en el cuerpo, tomar en exceso por mucho tiempo, lleva un riesgo de serios problemas de salud, algunos de los cuales se describen a continuación.

**Enfermedad hepática relacionada con el consumo de alcohol.** Más de 2 millones de personas en los Estados Unidos de América sufren de enfermedades hepáticas relacionadas con el consumo de alcohol. Algunas personas desarrollan hepatitis o inflamación del hígado como consecuencia de tomar alcohol en exceso durante un periodo prolongado. Los síntomas incluyen fiebre, ictericia (color amarillo anormal de la piel, los globos oculares y la orina) y dolor abdominal. La hepatitis relacionada con el consumo de alcohol puede ocasionar la muerte si la persona afectada persiste en tomar alcohol. Pero, si se deja de tomar, esta condición es a menudo reversible. Entre el 10 y el 20 por ciento de las personas que consumen altas cantidades de alcohol desarrollan cirrosis por alcohol o daño al hígado. Tal cirrosis puede ocasionar la muerte si, una vez diagnosticada, se continúa tomando alcohol. Pero, si se deja de tomar alcohol, una vez diagnosticada con cirrosis, a pesar de que se trata de una enfermedad no reversible, las posibilidades de supervivencia aumentan considerablemente. Las personas con cirrosis a menudo se sienten mejor y el funcionamiento del hígado puede mejorar cuando dejen de tomar alcohol. Si bien un trasplante de hígado puede ser necesario como último recurso, es posible que muchas personas con cirrosis que dejan de tomar alcohol nunca necesiten recurrir a tal trasplante. Por otra parte, hay tratamientos disponibles para las complicaciones de la cirrosis.

**Enfermedad cardíaca.** Tomar alcohol en cantidades moderadas puede tener efectos beneficiosos para el corazón, especialmente entre aquellos grupos de más alto riesgo en cuanto a ataques cardíacos, como es el caso de los hombres mayores de 45 años y las mujeres en el periodo posterior a la menopausia. Pero el consumo de alcohol en grandes cantidades durante un periodo prolongado de tiempo incrementa el riesgo de presión arterial alta, enfermedad cardíaca y algunos tipos de accidentes cerebrovasculares.

**Cáncer.** El consumo en exceso de alcohol durante un periodo prolongado de tiempo aumenta el riesgo de desarrollar ciertas formas de cáncer, especialmente cáncer de esófago, boca, garganta y cuerdas vocales. Las mujeres están expuestas a un riesgo levemente más alto de desarrollar cáncer de mama si beben dos o

más bebidas diarias. La bebida también puede aumentar el riesgo de cáncer de colon y recto.

**Pancreatitis.** El páncreas ayuda a regular los niveles de azúcar en sangre del cuerpo con la producción de insulina. El páncreas también desempeña una función en la digestión de los alimentos que ingerimos. El consumo de alcohol en exceso durante un tiempo prolongado puede producir pancreatitis o inflamación del páncreas. Esta condición se manifiesta a través de dolor abdominal severo y pérdida de peso, condiciones que pueden ocasionar la muerte.

Si usted o una persona conocida ha bebido en exceso durante un tiempo existe el riesgo de que se presenten problemas serios de salud. Dado que algunos de estos problemas son reversibles y tratables, es importante consultar a un médico para solicitar ayuda. Su médico estará en condiciones de aconsejarlo sobre su salud y el consumo de alcohol.

Anexo 15  
ASERTIVIDAD (acetatos)

ASERTIVIDAD\*

Consiste en hacer valer los derechos propios diciendo de manera abierta y clara lo que uno piensa, quiere y siente, respetando a las otras personas. Ser asertivo implica la habilidad de saber decir "no" y "sí" de acuerdo con lo que realmente se quiere decir.

1

DERECHOS ASERTIVOS\*

1. A ser tratado con respeto y dignidad.
2. A tener y expresar los propios sentimientos y opiniones
3. A ser escuchado y tomado en serio
4. A juzgar mis necesidades, establecer mis prioridades y tomar mis propias decisiones.
5. A decir NO sin sentirme culpable.
6. A pedir lo que quiero, dandome cuenta de que también mi interlocutor tiene derecho a decir NO.
7. A cambiar

2

8. A cometer errores
9. A pedir información y a ser informado.
10. A obtener aquello por lo que pague.
11. A decidir no ser asertivo
12. A ser independiente
13. A decidir qué hacer con mis propiedades: mi propio cuerpo, tiempo, etc., mientras no se violen los derechos de otras personas.
14. A tener éxito.
15. A gozar y disfrutar.
16. A mi descanso, aislamiento, siendo asertivo.
17. A superarme, aún superando a los demás.

3

ESTILOS DE COMUNICACIÓN VERBAL\*

- Agresividad
- Pasividad
- Asertividad

4

AGRESIVIDAD\*

- |   |   |
|---|---|
| <p><b>PERSONA AGRESIVA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dice lo que quiere de forma brusca, cortante</li> <li>• Se expresa en general de forma agresiva</li> <li>• Impone su criterio cuando se encuentra ante una persona PASIVA</li> <li>• Intenta conseguir sus objetivos a expensas de los demás. Es decir pone a los demás bajo sus ordenes</li> </ul> | <p><b>CONDUCTA NO VERBAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mirada insistente y retadora</li> <li>• Postura rígida e invade el espacio vital del otro</li> <li>• Gestos excesivos</li> <li>• Volumen de voz elevado</li> <li>• Modulará mal su voz, con altos y bajos y tendrá poca fluidez</li> <li>• Puede presentar risa nerviosa por el estado de excitación</li> </ul> |
|---|---|

5

PASIVIDAD

- |   |  |
|---|--|
| <p><b>PERSONA PASIVA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No dice lo que quiere decir porque supone que los demás ya saben lo que quiere</li> <li>• Lo que no dice, se lo guarda dentro y acumula mucha tensión</li> <li>• Si dice lo que quiere lo hace indirectamente</li> <li>• Deja a los demás que escojan por ella y siempre cede</li> <li>• Se encuentra ansiosa e insegura</li> <li>• Se siente ignorada y manipulada por los demás, llegando incluso a perder el respeto por sí misma</li> <li>• Espera que las cosas ocurran antes que provocarlas, por lo tanto no cumple sus objetivos</li> </ul> | <p><b>CONDUCTA NO VERBAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mirada retraída, evita el contacto visual</li> <li>• Postura contraída</li> <li>• No gesticulan o lo hacen incongruentemente, sudan</li> <li>• Expresión facial contradictoria</li> <li>• Tono de voz bajo, monótono y mal modulado</li> <li>• Se pueden producir risas nerviosas</li> </ul> |
|---|--|

6

## ASERTIVIDAD

### PERSONA ASERTIVA

- Ve acepta la realidad
- Actúa y habla con base en hechos concretos y objetivos
- Toma decisiones por voluntad propia
- Acepta sus errores y sus aciertos
- Utiliza sus capacidades personales
- No siente vergüenza de usar sus capacidades personales
- Es autoafirmativo, siendo gentil y considerado
- Está dispuesto a dirigir así como a dejar que otros dirijan
- Puede madurar, desarrollarse y tener éxito, sin resentimiento
- Permite que otros maduren, se desarrollen y tengan éxito

### CONDUCTA NO VERBAL

- Contacto visual
- Expresión facial de acuerdo al mensaje que transmiten
- Gesticulación desinhibida
- Volumen de voz en consonancia del mensaje y tono uniforme, bien modulado

7

### OSTACULIZADORES DE LA COMUNICACIÓN

- Objetivos contradictorios
- Sitio y momento inapropiado
- Estado emocional perturbante de la atención y comprensión
- Formular acusaciones, amenazas y / o exigencias
- Recriminaciones constantes
- Dar consejos prematuros o no solicitados
- Inconsistencia, incoherencia o inestabilidad de los mensajes
- Disputas sobre diferentes versiones de sucesos pasados

### FACILITADORES DE LA COMUNICACIÓN

- Objetivos claros
- Lugar y momento apropiados
- Estado emocional facilitador
- Expresión de manera clara y concisa
- Preguntas abiertas y específicas
- Pedir la opinión sobre algo
- Pedir consejos cuando es preciso
- Mensajes consistentes y coherentes
- Hacer gestos de confirmación
- Manifestar deseos y / o sentimientos utilizando el "yo"

8

### OSTACULIZADORES DE LA COMUNICACIÓN

- Interrumpir la conversación
- Etiquetar, calificar algo o a quien nos habla
- Utilizar términos pocos precisos
- Justificarse exageradamente
- Hacer generalizaciones del tipo "siempre" o "nunca"
- Declaraciones del tipo "deberías", "tenías que"
- Juzgar los mensajes del interlocutor
- Interpretar y hacer diagnósticos de personalidad
- No escuchar

### FACILITADORES DE LA COMUNICACIÓN

- Escuchar activamente, cuando el otro habla
- No dar órdenes, pedir las cosas "me gustaría", "preferiría"
- Utilizar el mismo código
- Mostrarse a favor o parcialmente de acuerdo con una crítica
- Acomodar el contenido a las posibilidades o características del otro

\* Pick, S., Aguilar, J. y Rodríguez, G. (cols.), 1992 y Velasco, J. (1998)

9

## Anexo 16

### Ejercicio: Piensa rápido y habla claro<sup>22</sup>

#### APOYO DIDÁCTICO

PASIVA: Tomaré el refresco que me traigas.

PASIVA: Emplearemos el método anticonceptivo que tú desees.

PASIVA: Cuando tú tengas tiempo saldremos, yo puedo esperar.

PASIVA: Si quieres tal vez puedo probar un poquito.

PASIVA: Regresaré a casa a la hora que tú me quieras llevar.

PASIVA: Está bien, tomaré unos tragos por que tú lo dices o para que no te enojés.

AGRESIVA: Tómate esta copa para que agarres valor

AGRESIVA: No voy a estar esperándote toda la vida.

AGRESIVA: Eres tan lent@ que me desesperas!

AGRESIVA: No me interesa que estés ocupad@, vamos a salir.

AGRESIVA: Tú tienes que obedecerme porque eres mi novi@.

AGRESIVA: Eres un miedoso que no quiere probar cosas nuevas.

AGRESIVA: Si no bebes es porque no eres macho

ASERTIVA: Me encanta salir contigo, pienso que eres una gran persona.

ASERTIVA: No deseo ser tu novi@, pero podríamos ser buenos amigos.

ASERTIVA: Hoy no puedo ir al cine pero, ¿te parece que vayamos el sábado?

ASERTIVA: No quiero tener relaciones sexuales.

ASERTIVA: Aunque todos usen droga yo no la voy a usar.

---

<sup>22</sup> Pick, S., Aguilar, J., Rodríguez, G. (cols.), 1992

## Anexo 17

### HOJA DE PROCESAMIENTO

¿Qué es la asertividad?

¿De qué te sirve saber qué es la asertividad?

¿Qué estilo de comunicación predomine en tu persona?

¿Cómo podrías mejorar tu comunicación?

## Anexo 18

### Toma de decisiones (acetatos)

#### FORMAS DE TOMAR DECISIONES\*

##### NO INVOLUCRAMIENTO

- Dejando que otros decidan
- No decidiendo
- Por impulso
- Posponiendo
- Dejando que la suerte o el destino decidan

##### INVOLUCRAMIENTO

- Evaluando las diferentes opciones antes de decidir
- Obteniendo información antes de decidir
- Balanceando las ventajas y desventajas de las diferentes opciones
- Planeando lo deseado y actuando en consecuencia

1

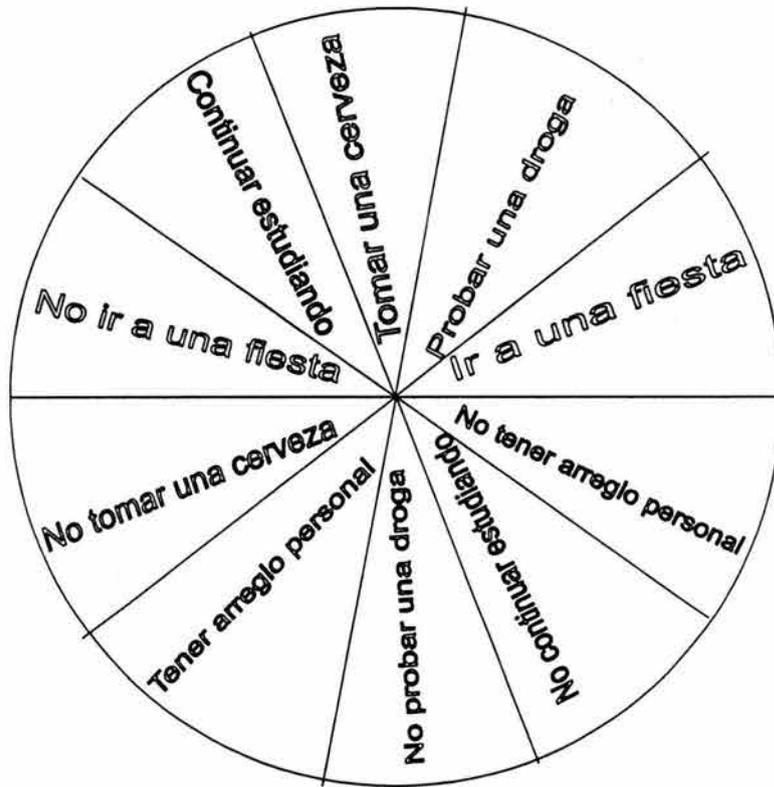
#### MODELO RACIONAL DE TOMA DE DECISIONES\*

1. Obtener información.
2. Analizar los valores propios
3. Hacer una lista de ventajas y desventajas de las diferentes alternativas.
4. Calcular cuánta probabilidad hay de éxito con cada una de las alternativas
5. Tomar la decisión
6. Evaluar los resultados de la decisión

\*Pick, S, Aguilar, J y Rodríguez, G (cols.), 1992, p.p. 295-296.

2

Anexo 19  
La ruleta de la vida<sup>23</sup>



<sup>23</sup> adaptada de Pick, S., Aguilar, J., Rodríguez, G. (cols.), p. 299).

**Anexo 20**  
**Escala de Bonet<sup>24</sup>**

	0	1	2	3	4	5
	nunca	alguna vez	bastantes veces	con cierta frecuencia	con mucha frecuencia	siempre
Me aprecio, me respeto, me acepto tal como soy.						
Estoy satisfecha/o de mí misma/o.						
Reconozco mis cualidades y mis logros.						
Me valoro en lo que realmente valgo.						
Asumo serenamente mis errores, limitaciones y fracasos.						
Me perdono.						
Me comporto de una manera autónoma y solidaria a la vez.						
Soy capaz de defender mis derechos sin intentar violar los ajenos.						
Me cuido suficientemente.						

<sup>24</sup> Bonet (1994) en Castro, P. J. (2000),p.203.

## Anexo 21

### Historia

Cuentan que una tribu primitiva apareció un hombre civilizado que llamó la atención de sus habitantes: gallardo, apuesto, hábil cazador, fuerte guerrero, inteligente estratega, amable conversador...

Vivía en la tienda del jefe de la tribu, siempre acompañado de un cofre que contenía un misterioso objeto de cristal, ante el cual el extranjero todas las noches pasaba grandes ratos.

Después de muchas lunas el extranjero desapareció inesperadamente. Y olvidó su cofre: misterioso amuleto.

El jefe lo encontró casualmente y lo escondió, para poder contemplarlo también él, largamente al anochecer, cosa que su mujer dedujo, pues lo notaba cada vez más parecido al admirado extranjero: prudente, hábil, fuerte, ilusionado... Se convirtió en un jefe magnánimo, en un esposo delicado y padre cariñoso.

Esto le hizo sospechar que el cofre poseía la imagen de una bella mujer, de la que, enamorado, sacaba fuerzas e ilusiones escondidas antes. Un día logro arrebátárselo sin ser vista y, ella también, pasaba horas de la noche, adorando la prodigiosa estatua: fue cambiando su carácter y su trato, y sus maneras fueron cada vez más femeninas, amables, solidarias y comprensivas.

También el hechicero sospechó y temió que el extranjero hubiera dejado un amuleto o un ungüento mágico, de fuerzas superiores a las por él conocidas. No le costo hacerse con el cofre, con cuya contemplación reiterada consiguió mejorar sus artes sanatorias y sus proféticas intuiciones...

A las pocas lunas apareció de improviso el desaparecido dueño del milagroso cofre y dijo sencillamente. Por favor ¿alguien podría decirme si ha visto un cofre con un espejo dentro?; Porque si no logro ver, cada poco, el fondo de mí mismo, nunca lograré saber dónde ir, ni que hacer de mí (Moreno 1995, p 31; cit por Castro 2000).

## Anexo 22

### La docena mágica de la autoestima (acetatos)

#### La docena mágica de la autoestima

1. Saber aceptar que todos tenemos cualidades y defectos
2. Saber que todos tenemos algo bueno de lo cual podemos estar orgullosos.
3. Poder liberarnos de conceptos negativos sobre nosotros mismos
4. Aceptar que todos somos importantes
5. Vivir responsablemente de acuerdo con la realidad, reconociendo lo que nos gusta y lo que no nos gusta.
6. Aprender a aceptarnos a través de lo que sentimos y de lo que somos.
7. Liberarnos de la culpa al evaluar lo que queremos y pensamos.
8. Actuar de acuerdo con lo que deseamos, sentimos y pensamos, sin tener como base la aprobación o desaprobación de los demás.

9. Sentirnos responsables de nosotros mismos, ya que el hacernos responsables de la propia existencia genera confianza en nosotros mismos y en los demás.
10. Vivir auténticamente al aprender a ser congruentes entre la forma de sentir y de actuar.
11. Fomentar la autoestima en los otros, ya que la honestidad al fomentar la autoestima de las personas que nos rodean, refleja nuestra propia autoestima.
12. Hallar la valentía de amarnos como personas y comprender que éste es un derecho propio que todos tenemos

\* Branden (1998, cit. por Pick, S., Aguilar, J., Rodríguez, G. (cols.), 1992, p.279.

2

## Anexo 23

### RELAJACIÓN<sup>25</sup>

#### I. EXPLICACIÓN

Cuando te sientes tenso, alterado o nervioso, ciertos músculos de tu cuerpo se ponen tensos. Si puedes aprender a identificar esos músculos y relajarlos, entonces cuando se pongan tensos en diferentes situaciones tu podrás relajarlos y sentir la sensación opuesta a la tensión. Te sentirás relajado porque tus músculos están relajados. Nosotros te enseñamos la relajación haciendo que deliberadamente tenses ciertos músculos y después los relajes. Los músculos que intencionadamente tenses son los mismos que se ponen tensos o estirados cuando estás alterado o nervioso. Haciendo que tú deliberadamente tenses ciertos músculos de tu cuerpo aprenderás a identificar aquellos que estén tensos; después aprenderás a relajarlos. Si aprendes a relajarte de la manera que yo te enseñe y practicas la forma que yo te diga, poco después serás capaz de relajarte en una situación en la que te sientas ansioso (poner un ejemplo relacionado con los problemas de los niños).

De la misma forma, si vas a entrar en una situación en la que te parece vas a ponerte tenso (poner ejemplo), podrás relajarte justo antes de entrar en dicha situación. Si acabas de estar en una situación que ha hecho que te alteres o te pongas ansioso y aún estás molesto (poner ejemplo), entonces puedes relajarte y minimizar su efecto. En otras palabras, tú vas a utilizar la relajación como una técnica de autocontrol para el resto de tu vida. Antes de una situación que te produzca ansiedad, durante la situación, mientras estás ansioso y después de una situación ansiógena si todavía estás alterado.

Practicar la relajación dos veces al día, o cuando lo necesites, te ayudará a disminuir tu nivel de ansiedad diario; te ayudará a dejar de sentir miedo de las cosas nuevas y de hecho también te ayudará a perder el miedo en ciertas situaciones.

Cuando practiques la relajación por primera vez debes estar seguro de que te das suficiente tiempo para notar las sensaciones de tensión y relajación; nosotros te recomendamos que mantengas tensa cada parte de tu cuerpo al menos cinco segundos y que notes la sensación de relajación al menos diez segundos. Algunas partes del cuerpo pueden requerir más tiempo que otras (por ejemplo, la espalda suele conllevar más tiempo que los brazos). A las partes que presenten una dificultad especial deberás dedicarles mayor cantidad de tiempo. Una vez que estés seguro de que dedicas suficiente tiempo para notar tus sensaciones de tensión y

---

<sup>25</sup> Cautela, J. y Groden, J. (1988). Técnicas de relajación (manual práctico para adultos, niños y educación especial). México: Ediciones Roca.

relajación, retira progresivamente tu atención de la consideración sobre el tiempo de tal manera que puedas concentrarte en experimentar las sensaciones de relajación y tensión.

¿Tienes alguna pregunta?

## **II .LA POSICIÓN DE RELAJACIÓN**

Siéntate en la silla y mantén la cabeza firme sobre los hombros, no la inclines ni hacia adelante ni hacia atrás. La espalda debe estar tocando el respaldo de la silla. Mantén las piernas sin cruzarlas y los pies apoyados en el suelo. Pon las manos sobre los muslos. Simplemente intenta relajarte. Esta es la posición de relajación.

## **III TENSAR Y RELAJAR GRUPOS DE MÚSCULOS**

Una vez que estés cómodo comenzarás a tensar y relajar grupos de músculos de tu cuerpo. Cuando tenses una determinada parte o músculo, fijate donde sientes particularmente la tensión. Es importante que consigas la máxima tensión a medida que contraes cada grupo de músculos. Después observa qué es lo que sientes cuando los músculos se están relajando. La secuencia es (1) tensar los músculos hasta su grado máximo, (2) notar lo que sientes cuando todos los músculos están tensos, (3) relajarlos y (4) disfrutar de esa agradable sensación. Cuando estés tensando y relajando una parte determinada de tu cuerpo intenta mantener el resto de tu cuerpo relajado. Puede que al principio esto te sea difícil de conseguir, pero después de un poco de práctica te será mucho más fácil. Si tienes problemas con alguna parte determinada, por ejemplo, los músculos de la cara y de la cabeza, practicar delante de un espejo puede ser útil. El espejo también se puede usar para observar el resto de tu cuerpo y ver que se mantiene relajado mientras estas concentrándote en tensar y relajar una zona determinada.

A continuación, presentamos una descripción de como tensar y relajar cada grupo muscular. Después de relajar cada grupo muscular intenta notar y disfrutar de esta sensación durante unos cuantos segundos antes de continuar con el siguiente grupo de músculos.

### **FRENTE**

Arruga la frente. Fijate donde la notas particularmente tensa (sobre el puente de la nariz y por encima de cada ceja). Relaja lentamente tu frente y presta especial atención a las áreas que estaban particularmente tensas. Dedica unos cuantos segundos a observar que sientes al tener esos músculos sueltos, perdidos, relajados. Cuando usamos el término "apagado" nos referimos al cambio de sensación que se produce al pasar de la

tensión a la relajación. La idea consiste en tensar una cierta parte de tu cuerpo, notar donde estás tenso y relajar esa parte despacio de modo que puedas identificar los músculos que estás relajando.

## OJOS

Cierra fuertemente los ojos. Nota donde los sientes tensos. Debes sentir la tensión por encima y por debajo de cada párpado y en los bordes interior y exterior de cada ojo. Presta especial atención a aquellas zonas que están particularmente tensas. Relaja gradualmente los ojos mientras los vas abriendo lentamente. Observa la diferencia entre la tensión y la relajación.

## NARIZ

Arruga la nariz. Nota las zonas que se encuentran tensas (el puente y los agujeros de la nariz). Fíjate especialmente en esas zonas. Relaja gradualmente la nariz muy despacio dejando salir toda la tensión. Observa que se siente al dejar todos esos músculos perdidos, apagados, completamente relajados. Observa la diferencia entre esta sensación y la anterior.

## SONRISA

Haz que la boca y la cara adopten una sonrisa forzada. Siente las partes que se encuentran tensas (labio superior e inferior y en ambas mejillas). Los labios deben estar apretados contra las mejillas. Relaja gradualmente la cara. Observa lo que sientes al tener todos estos músculos sueltos, apagados, relajados. Disfruta esa sensación.

## LENGUA

Aprieta tu lengua fuertemente contra el cielo de la boca. Nota dónde sientes la tensión (dentro de la boca, en la lengua y en los músculos que están debajo de la mandíbula). Relaja lentamente estos músculos dejando caer la lengua poco a poco. Por especial atención a esas áreas que estaban particularmente tensas. Ahora fíjate que sientes al tener todos estos músculos sueltos, apagados, relajados. Observa la diferencia entre la tensión y la forma en que te sientes ahora.

## MANDIBULA

Aprieta los dientes. Nota donde sientes la tensión (en los músculos laterales de la cara y también en las sienes). Relaja gradualmente la mandíbula y nota la sensación de distensión. Aprecia que sientes al tener esos músculos apagados, relajados. Nota la diferencia entre la tensión y la relajación.

## LABIOS

Aprieta los labios y sácalos hacia fuera. Fíjate donde sientes la tensión (labio superior e inferior a cada lado de los mismos). Presta particular atención a las zonas que están particularmente tensas. Relaja poco a poco los labios. Nota como estos músculos están perdidos, apagados, relajados. Concéntrate en sentir la diferencia entre la tensión y la relajación

## CUELLO

Tensa el cuello. Nota donde sientes la tensión (en la nuez y a ambos lados de la parte de atrás del cuello). Pon especial atención en las zonas que están especialmente tensas. Relaja gradualmente el cuello. Nota la diferencia que experimentas al tener ahora estos músculos apagados, relajados

## CUELLO/ PROCEDIMIENTO ALTERNATIVO

Si después de practicar tienes todavía la dificultad en conseguir una considerable tensión en los músculos del cuello, existe otro procedimiento para lograr el mismo efecto.

## POSICION HACIA DELANTE Y HACIA ATRAS

Mueve la cabeza hacia adelante hasta que la barbilla toque el pecho. Nota la tensión en la parte anterior del cuello, pero sobre todo en la parte de atrás. Lentamente vuelve a poner la cabeza en posición vertical. Observa cuan relajados y cómodos se sienten los músculos de delante y de detrás del cuello. Ahora echa la cabeza hacia atrás todo lo que puedas de modo que sientas la tensión en la parte de atrás de tu cuello pero especialmente en la de delante. Observa donde sientes especialmente la tensión. Lentamente vuelve a poner la cabeza en posición vertical. Esta es la posición de menor encino. Observa la diferencia entre las sensaciones de tensión y las de relajación en estos músculos.

## POSICION LATERAL

Mientras estas todavía en la posición de relajación, inclina la cabeza hacia la derecha hasta el hombro. Sentirás alguna tensión en el lado derecho de tu cuello, pero donde especialmente notarás la tensión será en el lado izquierdo. Vuelve a poner la cabeza en la posición de relajación. Nota la diferencia que experimentas en el cuello. Ahora inclina tu cabeza hacia la izquierda de forma que se dirija al hombro izquierdo. Sentirás alguna tensión en el lado izquierdo del cuello pero sobre todo en el lado derecho. Gradualmente haz que vuelva la cabeza a la posición de relajación. Nota la diferencia cuando estos músculos estén sueltos, apagados, pasan de la tensión a la relajación. Relájate.

## BRAZOS

Extiende el brazo derecho recto con el puño cerrado, y tensa todo el brazo desde la mano hasta el hombro. Observa donde sientes la tensión (bíceps, antebrazo, en la parte de atrás del brazo codo y en la parte de arriba y abajo de la muñeca y los dedos). Presta especial atención a las áreas que están particularmente tensas. Relájalo totalmente, relaja y baja el brazo, doblándolo por el codo; relájalo de tal forma que el brazo descansa en el regazo en la posición de relajación. Nota como te sientes al tener estos músculos sueltos, apagados, relajados y fíjate que diferente es la sensación de ahora. Repite con el brazo izquierdo.

## PIERNAS

Ahora levanta la pierna izquierda de forma que la punta del pie mire hacia ti y tensa toda la pierna. Nota donde la sientes tensa (en la parte de arriba y abajo del muslo, la rodilla, la pantorrilla, la parte anterior y posterior del arco del pie y en los dedos de los pies). Poco a poco relaja y baja la pierna doblando la rodilla a medida que la relajas y hasta que el pie toque el suelo. Asegúrate de que la pierna vuelva a la posición de relajación y fíjate que diferente es la sensación ahora. Repítelo con la pierna izquierda.

## ESPALDA

Échate hacia adelante en la silla. Levanta los codos e intenta unirlos en la espalda. Observa donde sientes particularmente la tensión (en los hombros y en la parte de abajo de la espalda). Lentamente relájala y vuelve a la posición anterior en la silla, mientras que dejas los brazos sueltos y los pones sobre el regazo en la posición de relajación. Observa como te sientes al tener esos músculos sueltos, apagados, relajados y nota la diferencia que sientes ahora.

## TÓRAX

Tensa el tórax. Intenta comprimirlo y apretar el pecho. Nota donde los sientes tenso (hacia la mitad del tórax y arriba y abajo de cada pecho). Gradualmente relaja el tórax. Observa que sientes al tener esos músculos sueltos, apagados, relajados. Nota la diferencia entre la tensión y la sensación actual de relajación.

## ESTÓMAGO

Tensa el estómago contrayéndolo de forma que lo pongas tan duro como una tabla. Fíjate en donde sientes la tensión (en el ombligo y en un círculo de diez centímetros de diámetro al rededor de éste). Poco a poco relaja el estómago hasta que vuelva a su posición natural. Observa lo que sientes al tener estos músculos sueltos,

apagados, relajados. La idea es tensar cierta parte de tu cuerpo, observar donde sientes la tensión y relajar esa parte lentamente de forma que puedas identificar los músculos que estás relajando.

#### DEBAJO DE LA CINTURA

Tensa toda la parte de debajo de tu cintura, incluyendo los muslos y las nalgas. Debes sentir como si te levantas de la silla; puede que notes que tienes que tensar las piernas un poco. Fíjate donde sientes particularmente la tensión (en las partes superior, inferior y a ambos lados de los muslos; también en los músculos de las nalgas que están en contacto con la silla). Relájalos gradualmente y apoya tu espalda en la silla. Observa la diferencia entre la tensión y la relajación.

#### IV EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN

Asegúrate que estas en una posición relajada. Dentro de un segundo voy a pedirte que realices una profunda respiración, que la mantengas y que expulses el aire lentamente. Mientras que estas expulsando el aire, intenta que todo tu cuerpo se relaje desde la cabeza hasta los pies. Intenta imaginar que eres capaz de ver todos tus músculos relajándose cuando te concentras en tu cuerpo. Es como si alguien moviese una varita mágica delante de ti, empezando por la cabeza y bajando hasta los pies. Todos los músculos de tu cuerpo se relajan a medida que esta varita va pasando por cada una de las partes de tu cuerpo.

Pida al niño que haga esto cinco veces y después dígame:

Quiero que respire de la misma forma otra vez, excepto que esta vez, cuando empieces a expulsar el aire debes decir la palabra "R-E-L-A-X" para ti mismo. Dilo lentamente, de manera que cuando llegues a la letra "X" hayas bajado hasta los pies. (se deberá hacer una demostración)

Pida al niño que haga esto 5 veces. Se le puede pedir también al niño que levante su dedo índice cuando haya terminado de expulsar el aire.

#### V. REPETIR EL PROCEDIMIENTO / EL NIÑO PASA DE LA TENSION A LA RELAJACIÓN

Ahora vamos a hacer lo mismo, pero esta vez, sólo voy a ir nombrando cada parte del cuerpo y a recordarte como tensarla. Por favor, fíjate en las partes que están en tensión. No es necesario señalar esas áreas.

Cuando creas que no es suficiente tensión, relaja lentamente esa parte. Cuando la notes relajada, hazme una señal levantando el dedo índice (haz esto con cada una de las partes).

Una vez que el niño haya hecho esto con todas las partes, pídale que haga cinco ejercicios de respiración diciendo la palabra "R-E-L-A-X" para sí mismo.



## Anexo 25

### LOTERIA

1. **Adicción o dependencia** se refiere a un conjunto de fenómenos y de cambios en el comportamiento que se originan cuando se consume continuamente una sustancia.
2. **Consecuencias del alcoholismo:** enfermedades físicas, rechazo de la familia, problemas económicos o problemas legales. Las personas se vuelven irresponsables sobre su forma de beber, tienen urgencia por consumir alcohol y lo prefieren a otras actividades, etc.
3. La **dependencia** puede ser de dos tipos: **Física**. El cuerpo se adapta a la sustancia, es como si el cuerpo no pudiera estar sin el alcohol o cualquier droga y **Psicológica**.
4. **Uso de alcohol:** Consumo moderado que no provoca embriaguez, ni pérdida del control de las funciones motoras, disminución de reflejos o dificultades al hablar.
5. **Abuso del alcohol:** Consumo de grandes cantidades, incluso si éste ocurre en una sola ocasión o en algún evento social que no forma parte de los acostumbrados, presentando embriaguez y la disminución de reflejos, la pérdida del control motor, así como el clásico "arrastre" de palabras.
6. **Alcoholismo:** es el consumo compulsivo y al deseo de consumir sin más causa que el anhelo derivado del alto grado de dependencia; en este caso, los episodios de consumo, generalmente se caracterizan por la embriaguez, la pérdida de memoria, los eventos violentos, privación de la conciencia.
7. **Los factores de riesgo** son aquellos elementos o situaciones individuales o de influencia ambiental que están presentes en los ambientes familiar, escolar y social y que aumentan la posibilidad de que una persona se vuelva adicto.
8. **Mitos del consumo de alcohol:** quien consume drogas puede dejar de hacerlo cuando quiera, las drogas alivian el estrés y ayudan a soportar los problemas, se necesita consumir drogas por mucho tiempo para que empiecen a hacer daño.
9. **Factores de riesgo:** Situaciones que aumentan el peligro de que los niños, los adolescentes, los jóvenes y los adultos consuman drogas en algún momento; se pueden dividir en: individuales, familiares y sociales.
10. **Droga:** Sustancia o mezcla de sustancias, distintas a las necesarias para el mantenimiento de la vida (alimento, agua, oxígeno), que al introducirse en un organismo vivo, modifica alguna de sus funciones y a veces la propia estructura de los tejidos. Estos cambios también incluyen alteraciones en el comportamiento, las emociones, las sensaciones y los pensamientos de las personas.
11. **Asertividad:** Consiste en hacer valer los derechos propios diciendo de manera abierta y clara lo que

uno piensa, quiere y siente, respetando a las otras personas. Ser asertivo implica la habilidad de saber decir "no" y "si" de acuerdo con lo que realmente se quiere decir.

12. **Derechos asertivos:** A juzgar mis necesidades, A establecer mis prioridades y tomar mis propias decisiones. A decir NO sin sentirme culpable.
13. **Estilo de comunicación pasiva:** Carlos: si te tomas esta cerveza eres hombre. José: Esta bien me la tomare porque tu quieres.
14. **Características del alcoholismo:** Deseo insaciable de beber alcohol, Pérdida de control parar de beber alcohol una vez la persona ha comenzado. Dependencia física, Tolerancia Pérdida del empleo, violencia.
15. **Elementos en la Toma de decisiones:** Evaluación de las diferentes opciones; Obtener información; Balanceo de las ventajas y desventajas de las diferentes opciones.