



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO.**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“LOCUS DE CONTROL EN ADOLESCENTES QUE REPORTAN
CONSUMO Y NO CONSUMO DE ALCOHOL”**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
MINERVA LÓPEZ BARRAGÁN

DIRECTORA: DRA. AMADA AMPUDIA RUEDA
REVISOR: MTRO. HORACIO QUIROGA ANAYA



**Facultad
de Psicología**

México, D. F. 2005

m350808

**El más SINCERO AGRADECIMIENTO a todas aquellas
personas que me acompañaron, motivaron y
apoyaron durante este largo proceso**

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Minerva López

Barragán

FECHA: 28/Nov/05

FIRMA: 

RECONOCIMIENTO ESPECIAL PARA EL COMITÉ DE SINODALES:

**Mtro. Horacio Quiroga Anaya
Dra. Patricia Andrade Palos
Mtra. María de los Angeles Cruz Almanza
Mtro. Jorge Rogelio Perez Espinosa**

por el compromiso e interés mostrado en la revisión de este trabajo

INDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCION	7
ANTECEDENTES	9
CAPITULO I. ADOLESCENCIA ¿PERIODO DE RIESGO?	19
¿Qué pasa durante la adolescencia?	20
Cuándo empieza y termina la adolescencia	23
Desafíos de esta etapa	25
CAPITULO II. EL ALCOHOL Y SU CONSUMO	29
El alcohol ¿es una droga?	29
Metabolismo del alcohol	31
Efectos y problemas relacionados con el consumo	32
Etiología	39
Situación en México	44
CAPITULO III. FACTORES DE RIESGO Y CONSUMO DE ALCOHOL	51
¿Cómo se determinan los factores de riesgo?	51
Factores de riesgo, adolescencia y consumo	53
Locus de control	59

CAPITULO IV. METODOLOGIA	69
Justificación y planteamiento del problema	69
Objetivo general	70
Objetivos específicos	70
Hipótesis conceptual	71
Hipótesis específicas	71
Variables	76
Población	78
Tipo de muestra	78
Tipo de estudio	78
Diseño de investigación	79
Instrumentos	80
Procedimiento	81
Análisis estadístico	81
CAPITULO V. ANALISIS DE RESULTADOS	83
Características de la muestra	84
Situación de consumo	87
Escala de locus de control	89
CAPITULO VI. DISCUSION Y CONCLUSIONES	95
Discusión	95
Conclusiones	102
REFERENCIAS	105

RESUMEN

Los estudios epidemiológicos realizados en México, por la Secretaría de Educación Pública y el Instituto Nacional de Psiquiatría en torno al consumo de alcohol, entre los adolescentes, muestran un decremento en la edad de inicio del consumo y un incremento del uso abusivo a temprana edad (Encuesta Nacional de Adicciones, 1998). Lo que ha suscitado un interés cada vez mayor por conocer y estudiar los factores asociados con el consumo de esta sustancia a fin de ofrecer alternativas efectivas tanto de prevención como de tratamiento. Tarea que requiere evaluar qué factores reportados en la literatura extranjera representan un riesgo para la población mexicana, en especial, en lo que se refiere a aquellos que se ven afectados por la cultura, tal es el caso del locus de control y por ello el presente estudio tuvo como objetivo determinar la influencia de "locus de control" en el consumo de alcohol de un grupo de adolescentes del Distrito Federal. Para lo cual se aplicó, a 140 estudiantes de secundarias públicas (de entre 11 y 15 años de edad) la escala de locus de control de Reyes Lagunes y un cuestionario sobre situación de consumo de alcohol. Los resultados mostraron que los puntajes en la escala de locus de control fueron similares para los adolescentes que reportaron abstinencia, consumo experimental y consumo frecuente de alcohol. Por lo que se concluye que el locus de control no influyó en el consumo de alcohol de este grupo de adolescentes, lo cual se explica por la etapa de desarrollo en la que se encuentran los individuos que participaron en el estudio y dadas las limitaciones del mismo.

Palabras clave: Adolescentes, Consumo de alcohol, Locus de control, Factores de riesgo.



INTRODUCCION

Actualmente se considera que el uso, no uso o abuso de alcohol es multicausal, es decir, el que un individuo experimente o no con esta sustancia, continúe su uso o lo interrumpa, depende de la presencia e interacción de ciertos factores que propicien una u otra condición.

En cuanto a cuáles son estos factores y su influencia sobre los diferentes patrones de consumo se han realizado diversas investigaciones, algunas de las cuales se exponen en el apartado de **Antecedentes** donde además se hace evidente la necesidad de realizar en México más estudios al respecto, en especial, en lo que concierne a factores que por cuestión cultural pueden impactar a la población mexicana de forma diferente a lo reportado en otros países. Este es el caso de locus de control y una de las razones por las que se realizó este estudio.

De igual forma, se acepta la existencia de periodos críticos que aumentan la probabilidad de adoptar conductas de riesgo, como es el consumo de alcohol. Uno de estos periodos es la adolescencia, sobre la cual se profundiza en el **Capítulo I, titulado “Adolescencia ¿un periodo de riesgo?”**. Dicha etapa se caracteriza por una serie de cambios físicos, psicológicos, cognitivos y sociales, con los que en ocasiones no es fácil lidiar y que pueden llevar al consumo de la sustancia a una edad muy temprana. Situación que dada la inmadurez física y psicológica del individuo agrava los problemas ocasionados por el consumo excesivo de alcohol, aumenta la probabilidad de presentar problemas de salud a largo plazo, el mal uso del mismo y la incursión en el consumo de otras sustancias a una edad, también, muy temprana. De ahí la importancia de identificar factores que propicien el consumo temprano para con ello apoyar la implementación de programas preventivos encaminados a retrasar lo más posible la edad de inicio en el uso de alcohol.

Hecho que cobra mayor importancia dados los resultados de las encuestas sobre adicciones realizadas por el Instituto Nacional de Psiquiatría. En ellas, se afirma que el alcohol tiene los porcentajes más altos de consumo en relación con otras drogas, se señala un incremento en la proporción de estudiantes que reportan haber probado alcohol, así como una disminución en la edad de inicio del consumo (los hombres muestran dos puntos importantes 12-15 años y la mayoría de edad, en tanto la edad de inicio para las mujeres fluctúa entre los 18 y 29 años). Más información al respecto puede encontrarse en el **Capítulo II, denominado “El alcohol y su consumo”**.

Como ya se dijo en un principio, la probabilidad de que un individuo se inicie en el consumo de alcohol tiene que ver con la presencia e interacción de factores que lo propicien (factores de riesgo). La palabra interacción implica que la presencia de un solo factor no es suficiente para que el consumo se dé, principio que aplica en lo referente a los periodos de riesgo, esto es, un adolescente no va a beber alcohol solo por el hecho de ser adolescente.

Dicho de otra forma, en el adolescente hay terreno fértil para el consumo de alcohol, pero este sólo se dará si a los problemas típicos de esta etapa se le añadan otros factores precipitantes. Por ello en el **Capítulo III “Factores de riesgo y consumo de alcohol”** además de explicar que son los factores de riesgo y cómo se estudian, se intenta integrar la presencia de ciertos factores de riesgo con el periodo adolescente; poniendo principal énfasis en la variable locus de control.

Hasta aquí se ha dado un pequeño esbozo de los capítulos que sustentan teóricamente el presente estudio; el resto de los apartados hacen referencia a la estructura metodológica (**Capítulo IV**) que guio cada uno de los pasos requeridos para la realización de este trabajo; la descripción y análisis de los datos obtenidos (**Capítulo V**) y; la discusión de los resultados y las conclusiones a las que se llego (**Capítulo VI**).



ANTECEDENTES

Como parte de los esfuerzos realizados para entender el origen del consumo de alcohol, diferentes investigadores, lo han relacionado con una serie de variables denominadas factores de riesgo o protección, dependiendo de su capacidad para aumentar o disminuir la probabilidad de ocurrencia de dicho evento. Éstas pueden clasificarse para facilitar su estudio en familiares, socio-culturales e individuales o personales.

En el caso de los factores familiares la investigación se ha centrado, principalmente, en el papel que los padres y la dinámica familiar juegan en el consumo de alcohol por parte de los adolescentes. Ejemplo de ello, es la investigación en la que Anderson y Henry (1994) estudiaron la percepción, que estudiantes de secundaria (con edades de 13-20 años) tienen con respecto a las características del sistema familiar (vínculo, relaciones familiares, flexibilidad¹, comunicación padres-adolescente, frecuencia de uso de sustancia paterna, problemas asociados) y las conductas paternas (apoyo, inducción, retiro de cariño y coerción) como predictores del uso de sustancias. Los resultados revelaron una correlación negativa entre el uso de sustancias por parte de los adolescentes y sus percepciones acerca de la apertura en la comunicación padres-adolescentes, flexibilidad y vínculo familiar, apoyo e inducción paterna, así como una relación positiva entre uso de sustancias y retiro del cariño, coerción, frecuencia de uso de sustancia paterna y problemas asociados. Lo que apoya la propuesta de que las características del sistema familiar y las conductas paternas pueden predecir el uso de sustancias entre los adolescentes. Foxcroft y Lowe (1997) encontraron resultados similares al analizar la asociación entre consumo reportado por sujetos de 11 a 16 años de edad, y la vida familiar percibida. De su estudio se desprende que el bajo apoyo y bajo control familiar, el consumo habitual de los padres y una actitud indiferente de los mismos hacia los efectos de la bebida estuvieron significativamente vinculados con altos niveles de consumo.

Shucksmith, Glendinning y Hendry (1997) al examinar la importancia de los factores de socialización familiar temprana para el consumo entre sujetos de 13-16 años de edad, encontraron que un ambiente familiar no sustentador donde hubo control extremo de los padres fue asociado con altos niveles de uso de alcohol en la adolescencia. Estos resultados opuestos en cuanto al control familiar y el uso excesivo de alcohol por parte de los adolescentes confirman el planteamiento, sobre los estilos educativos.

¹ Definida como la percepción que los adolescentes tienen sobre la capacidad de su familia para cambiar roles, reglas, responsabilidades y toma de decisiones a fin de adaptarse al cambio.

Por otro lado y haciendo hincapié en el uso paterno de sustancias como factor de riesgo para la internalización-externalización de sintomatología y el uso de alcohol y drogas en la adolescencia Chassin, Rogosch y Barrera (1991), después de comparar los reportes sobre la presencia de estas variables en 246 adolescentes con al menos un padre alcohólico biológico que también fue padre custodio (COAs) y 208 con padres biológicos o custodios no alcohólicos (sujetos control), señalaron al alcoholismo paterno como un factor de riesgo entre moderado y fuerte, relacionándose el mayor riesgo con el alcoholismo paterno reciente (grado de remitido). Además, mostró ser un factor de riesgo mucho más específico que los efectos generalizados de estrés y disrupción familiar, en la predicción del uso de alcohol durante la adolescencia.

Al respecto, Brown, Tate, Vik, Haas y Aarons (1999) analizaron el impacto de la historia biológica familiar de alcoholismo y la exposición al abuso paterno de la bebida, sobre las expectativas de los efectos del consumo por parte de los adolescentes. Los resultados obtenidos mostraron que la exposición a modelos familiares de abuso e historias biológicas familiares predicen expectativas positivas hacia los efectos del alcohol. Mientras que el grado de exposición a un miembro de la familia, abusador, medía la relación entre historia biológica familiar de alcoholismo y las consecuencias de las expectativas del uso de alcohol adolescente.

En apoyo a estos resultados Geckova, Pudelsky y Van Dijk (2000) afirman que los padres tienen una influencia significativa sobre la conducta de sus adolescentes, basados en el análisis que hicieron acerca de los efectos de la conducta paterna sobre el fumar, consumo de alcohol y actividades deportivas; en donde se pone de manifiesto que el fumar, beber o realizar deporte por uno o ambos padres se correlaciona con un frecuente incremento de dichas conductas entre los adolescentes. Los datos proporcionados por White, Johnson y Buyske (2000) concuerdan con estos resultados, en cuanto a la posibilidad de predecir la bebida excesiva de los hijos a partir de la bebida de los padres, pero difieren de ellos, en lo que respecta a la influencia otorgada al consumo de alcohol materno y paterno, pues al examinar los efectos de los padres bebedores sobre el consumo de los hijos, observaron que las madres bebedoras fueron un predictor escasamente mejor que los padres bebedores tanto para hijos como para hijas.

Aparte de los padres, dentro del núcleo familiar, los hermanos mayores tienen gran influencia sobre los más pequeños, de ahí que D'Amico y Fromme (1997) hayan evaluado el impacto que tienen las expectativas acerca del alcohol de los primeros (con edades de entre 17 y 25 años) sobre los menores (cuya edad fluctuó entre 13 y 17 años). Encontrando, que el uso de alcohol y las expectativas de los hermanos menores estuvieron significativamente asociados con sus percepciones sobre la bebida de sus hermanos mayores. Es decir, cuanto más alcohol creían los menores que bebían sus hermanos, más bebían

ellos, así mismo cuando creyeron que los mayores eran bebedores fuertes se formaron expectativas positivas hacia el consumo de alcohol y estas expectativas. a su vez, mostraron una relación positiva con el uso de alcohol de los menores. En suma, los hermanos pequeños que creían que los mayores eran bebedores fuertes formaban débiles expectativas negativas hacia el consumo de alcohol y bebían más que los adolescentes que creyeron que sus hermanos mayores eran bebedores ligeros. Estos resultados proveen evidencia preliminar de que los adolescentes basan sus expectativas hacia el alcohol, al menos en parte, en el consumo de bebidas alcohólicas de sus hermanos mayores.

Dentro del estudio de los factores socioculturales se encuentran las investigaciones referentes a la publicidad que Lieberman y Orlandi (1987); Aitken, Eadie, Leather y McNeill (1988); Grube y Wallack (1994) realizaron. En la primera, se investigó la habilidad de los niños escolares (edad 11-12 años) para recordar características correspondientes a la publicidad relacionada con el alcohol y el efecto potencial de los anuncios sobre las expectativas de la experiencia de bebida de los sujetos. Se preguntó acerca de la identidad, las acciones de las personas en el anuncio y el nombre de la marca o el producto utilizado en el mismo. De donde se observó, que para más de la mitad de los estudiantes, destacó la influenciabilidad actuada (usar, preguntar por, u ofrecer una copa) y no la actividad asociada a los comerciales. También, resaltó el hecho de que los anuncios, son percibidos como representantes de la bebida de adultos jóvenes en situaciones sociales de diversión y festejo. Sugiriendo así, que éstos son una de las muchas influencias que pueden predisponer a los adolescentes para percibir positivamente la bebida.

En la segunda Aitken, et. al. (1988) concluyeron, a partir de las entrevistas efectuadas a chicos de 10-17 años, que los niños son mucho más conscientes y perceptivos de la publicidad sobre alcohol que los adultos y que los bebedores menores de edad son más aptos que los no bebedores para reconocer e identificar tipos de imágenes en comerciales de alcohol.

La tercera de ellas, evaluó la relación entre anuncios de televisión sobre cerveza y conocimiento, creencias e intenciones de bebida. Para ello, Grube y Wallack (1994) encuestaron, a 468 niños escolares de 10-13 años, a fin de obtener información relativa al grado de conciencia de dichos anuncios, conocimiento de marcas y slogans, creencias concernientes a los aspectos positivos de la bebida, intención de beber como adulto, tiempo dedicado a ver televisión y percepción tanto del consumo de padres y pares como de su aprobación hacia el uso por parte del adolescente en cuestión. El análisis de estos datos indicó una relación positiva entre el grado de conciencia de los anuncios, las creencias favorables acerca de la bebida, intenciones de beber como adultos, y conocimiento de marcas y slogans. Al igual, que una relación positiva entre consecuencias positivas del consumo y aprobación de pares y

padres. Así, aquellos con mayor grado de conciencia de los anuncios esperaban beber más frecuentemente cuando adultos, poseían más creencias positivas acerca de la bebida, percibían mayor consumo frecuente de sus padres y mayor aprobación tanto paterna como de pares. Resultados que aportan apoyo a la hipótesis de que la conciencia de los anuncios, y no solo la exposición, influye en el consumo, creencias, conocimiento e intenciones de los niños.

Una variable muy estudiada dentro de este bloque de factores de riesgo es la influencia del grupo de pares. Respecto a ello, Hunter, Vitzelberg y Berenson (1991), pidieron a chicos de 8-17 años de edad completaran cuestionarios concernientes al uso de alcohol/tabaco y elección de amistades. La aplicación de un análisis atributivo, de grupo y un diagrama relacional centrado en el yo revelaron mecanismos de influencia social directa (aprendizaje vicario) e indirecta (imitación de amigos, de personas admiradas) sobre la adopción de tabaco y alcohol. También se observó que los niños que fuman tienen mejores amigos que lo hacen y que aquellos que beben adicionalmente forman camarillas o grupos donde beben.

De manera similar Morgan y Grube (1991) con el propósito, de examinar el grado en el que "mejor amigo", "buenos amigos" y "pares de la misma edad" influyen en el establecimiento, mantenimiento y predicción del uso de drogas, se valieron de cuestionarios, acerca de un rango de variables relacionadas con el uso de alcohol, tabaco y otras sustancias ilícitas, que administraron a estudiantes entre 13 y 18 años de edad. Los datos arrojados, por dichos cuestionarios, indicaron que la influencia de los mejores amigos fue más importante que la de otros buenos amigos y esta última más importante que la de pares de la misma edad. También se observó que a mayor intimidad en el grupo más exitosa la predicción del uso y se encontraron importantes diferencias asociadas con el mantenimiento de uso de drogas en oposición a la iniciación, ambas con respecto al tipo de amigos (buenos amigos influyeron en la iniciación, mientras que mejores amigos tuvieron un rol crítico en el mantenimiento del uso de drogas) y los factores mediadores. Estos resultados demuestran de forma notable que los factores relacionados con el grupo de pares próximo son predictores poderosos del uso de sustancias.

Asimismo los resultados presentados por Urberg, Degirmencioglu y Pilgrim (1997), después de investigar la influencia de amigos cercanos y grupo de amigos sobre el uso de alcohol y tabaco, revelaron que el uso por parte del grupo de amigos predice la transición en el uso actual de cigarro, mientras que el uso del amigo cercano predice la transición hacia el uso actual de alcohol. De lo que se deduce que es mayor la influencia ejercida por los amigos cercanos, en cuanto al uso de alcohol, que la ejercida por el grupo de amigos.

Acerca de la disponibilidad y el contexto social, Jones-Webb, Toomey, Short, Murray, Wagenaar y Wolfson (1997). examinaron las relaciones entre disponibilidad de alcohol percibida, escenario de ingestión, consumo y problemas que de éste se desprenden. Encontrando que las percepciones acerca del ambiente social y físico de la bebida tienen relación con el consumo de alcohol y las consecuencias del mismo. La disponibilidad percibida se asocia significativamente con altos niveles de consumo masculino mientras que la bebida en un lugar público, como un bar, restaurante o fiesta esta marginalmente relacionado con altos niveles de consumo en mujeres. Finalmente las normas y los compañeros de bebida están asociados positivamente con el consumo de alcohol y sus consecuencias tanto para hombres como para mujeres.

Por último, entre las investigaciones que se ocupan de los factores de riesgo personales se puede mencionar el estudio realizado por Young, Werch y Bakema (1989) quienes examinaron la relación entre autoestima (definida operacionalmente como la autoevaluación, del individuo, dentro de tres áreas específicas de experiencia: pares, familia y escuela) y uso e intención de uso de drogas legales e ilegales. Para ello, estudiantes de cuarto a noveno grado completaron de forma anónima el Hare Self-Esteem Scale y un cuestionario diseñado para medir uso e intención de uso de café, cigarro, alcohol y drogas ilegales (principalmente, marihuana y cocaína). Resultando diferencias estadísticamente significativas entre autoestima en el hogar y autoestima escolar con respecto al uso e intención de uso de drogas. En cada caso, los más altos puntajes de autoestima fueron obtenidos por aquellos que indicaron no uso, una muy baja frecuencia de uso actual y no intención de uso en el futuro. En el caso de la relación entre autoestima con respecto a los pares y las medidas sobre uso de sustancias no se encontraron diferencias significativas. Así, estos resultados sugieren una asociación entre áreas específicas de autoestima y el uso de sustancias tanto reportado, como futuro.

El conocimiento y las creencias que los adolescentes tienen sobre el alcohol también son factores personales que han sido asociados con el consumo del mismo, como lo muestra el estudio en el que Plant, Bagnall y Foster (1990), reportaron diferencias significativas en las razones para beber y las creencias relacionadas con el alcohol expresadas por bebedores fuertes en comparación con las expresadas por bebedores ligeros o no bebedores. Lo cual sugiere que es posible inferir, e incluso predecir, el uso de alcohol de un sujeto en base a sus creencias y conocimientos al respecto.

Muy relacionadas, con las variables anteriores (conocimiento y creencias), las expectativas que los individuos se forman acerca de los efectos del consumo, fueron analizadas por Killen, Hayward, Wilson y Haydel (1996), dentro de un estudio longitudinal en el que durante 12 meses evaluaron con ayuda del Alcohol Expectancy Questionnaire-Adolescent version (AEQ-A) y el

EAS la influencia de las consecuencias esperadas tras el consumo de alcohol (considerando los siguientes constructos: transformaciones globales positivas: aumento o impedimento de conducta social, aumento de capacidades cognitivas y motoras, aumento de la sexualidad, deterioro de la función cognoscitiva y conductual, incremento del ánimo y aumento de la relajación) y el temperamento heredado (emocionalidad -definida por tres componentes: ansiedad, aprehensión y enojo-, actividad y sociabilidad) sobre el inicio de la bebida, en estudiantes de secundaria de noveno grado, que aseguraron no beber y estuvieron presentes el tiempo que duró éste. Así, al comparar a los estudiantes que durante línea base y seguimiento no bebieron con aquellos que iniciaron el consumo en ese inter, se encontró mayor probabilidad de comenzar la bebida para aquellos que reportaron altas expectativas acerca de los efectos positivos del alcohol sobre la interacción social y el entretenimiento. Revelando con ello, que solo las expectativas hacia el aumento de la conducta social fueron consistentemente asociadas con el inicio de la bebida, durante la investigación.

Justo a este apartado pertenecen los estudios realizados en torno al locus de control y consumo de alcohol, que en su mayoría, muestran una relación significativa entre dichas variables.

Específicamente, Shope, Copeland, Maharg y Dielman (1993) tras evaluar, en 1,012 adolescentes de entre 14 y 19 años, la habilidad para rechazar el ofrecimiento de una cerveza y su relación con conocimientos acerca de la prevención del mal uso de alcohol, susceptibilidad a presión de pares, locus de control interno en relación a la salud, autoestima, uso y mal uso de alcohol, encontraron que los sujetos con mejores habilidades de rechazo tienen más altos niveles de conocimiento sobre prevención del consumo de alcohol (especialmente sobre como resistir la presión de pares y qué hacer cuando se presentan situaciones típicas relacionadas con el alcohol), asimismo reportaron mayor autoestima, locus de control interno relacionado con la salud, menos susceptibilidad a presión de pares y menos uso y mal uso de alcohol.

En 1994 Wills analiza la relación de las dimensiones positivas y negativas de autoestima y control percibido con el uso de sustancias (tabaco, alcohol y marihuana), para ello examina durante un año una muestra de 1,775 adolescentes de octavo grado, obteniendo de un análisis de regresión múltiple concurrente con registro simultáneo, una relación inversa para control interno y una relación positiva para automenosprecio.

Por su parte Springer y Gastfriend (1995) valoraron la asociación entre abuso de sustancia y factores protectores putativos en hijos de padres alcohólicos. a fin de determinar su resiliencia. Los factores putativos seleccionados fueron estatus socioeconómico paterno, eventos de vida previos (buenos y malos), locus de control y sentido de propósito en la vida. La muestra

estuvo conformada por 24 hijos (con edades de 16-19 años) de padres alcohólicos, de los cuales 13 fueron categorizados como adolescentes con problemas de alcohol o drogas, y 11, sin problemas de abuso de sustancia. Los resultados mostraron que los sujetos sin problemas de sustancia tuvieron estatus ocupacional materno significativamente más alto, más experiencias favorables en eventos de vida y un mayor locus de control orientado internamente.

Para 1997 Bearinger y Blum, como parte de un estudio de corte secuencial a lo largo de tres grados (7mo, 9no y 11vo), exploraron la utilidad del locus de control para predecir el uso de sustancias en adolescentes. De sus resultados concluyeron que locus de control es un débil predictor del uso de sustancias, aún cuando en el caso de alcohol y cannabis sí encontraron una relación significativa, a saber: el locus de control de séptimo grado predijo el uso de alcohol en onceavo grado y el locus de control de noveno grado correlacionó con el uso de cannabis en onceavo grado.

De igual forma, en 1997, Wildgoose investiga la prevalencia de uso de alcohol, así como factores y problemas derivados del mismo en 244 estudiantes bohemios de noveno a doceavo grado. Para ello utilizó el Adolescent Drinking Index (ADI), el Drug Risk Scale (DRS), las subescalas de cohesión, control y énfasis moral-religioso del Family Environment Scale (FES), un escala de autoestima y la escala de locus de control de Nowicki-Strickland, además de la recolección de antecedentes y datos demográficos. Los resultados indicaron que autoestima e impulsividad se relacionaron significativamente con uso de alcohol y problemas derivados de la ingestión, mientras que para locus de control la situación fue diferente pues no hubo diferencias significativas en el uso de alcohol de adolescentes clasificados como externos versus aquellos clasificados como internos. Sin embargo, las diferencias emergieron en los problemas derivados del consumo.

Finalmente Cloud (1999) después de hacer uso de la regresión múltiple para examinar (en estudiantes de doceavo grado) la relación entre locus de control, consumo de alcohol, género, éxito académico y estatus socioeconómico reporta una relación estadísticamente significativa entre locus de control y consumo de alcohol.

Además de estas investigaciones en las que se pone énfasis en algún factor de riesgo en particular, existen otras en las que se busca relacionar los diferentes grupos de factores entre sí.

Dichos estudios van desde revisiones bibliográficas como la que Chassin y DeLucia, realizaron en 1996. En ella, los autores, refieren como factores de riesgo para la ingestión de bebidas alcohólicas entre los adolescentes, ciertos factores socioculturales entre los que se encuentran la regulación de la

disponibilidad de alcohol, conducta y patrones de bebida paterna, influencia y hábitos de bebida de hermanos y pares; además de algunos rasgos de personalidad, particularmente aquellos que indican baja auto-regulación, y creencias positivas acerca de los efectos del alcohol. Otro punto importante al que hacen mención, tiene que ver con el hecho de que para muchas personas la experimentación con bebidas alcohólicas comienza en la adolescencia y que probablemente para algunos jóvenes tal experimentación temprana puede formar un espiral hasta llegar a patrones de bebida problemáticos. Idea que se ve apoyada por Cumsille (2001), quien no solo propone que la iniciación del uso de alcohol ocurre en la adolescencia temprana y progresa a ritmos diferentes durante el transcurso de ésta, sino que, además conceptualiza los factores de riesgo relacionados con el consumo como cambiantes en el tiempo. Hasta estudios de campo que contemplan dos o más variables de diferente categoría (factores de riesgo personales, familiares y/o sociales).

Combinando el área familiar con la social Coombs, Paulson y Richardson (1991) condujeron un estudio longitudinal de 5 años referente al desarrollo psicosocial y patrones de uso de sustancias de jóvenes entre 9 y 17 años de edad. Como parte del estudio se midió la influencia relativa de padres y pares sobre el uso de alcohol y otras drogas, de donde se desprendió que los usuarios de sustancias, comparados con los abstemios, están más fuertemente influenciados por los pares. De hecho, los más altos niveles de uso (y riesgo para uso futuro) estuvieron asociados con una mayor afiliación con los pares que con los padres. Estos resultados, señalaron que la exposición a modelos de uso de drogas es un poderoso predictor del uso de sustancias.

En este sentido y basándose en el supuesto de la teoría del aprendizaje social que apunta hacia la influencia directa (reforzamiento social y modelos para imitación) e indirecta (formación de expectativas con respecto al consumo) de padres y pares en cuanto al uso de sustancias por parte del adolescente, Ennett y Bauman (1991) estudiaron durante un año, los mediadores que podrían explicar las relaciones entre ingestión de cerveza (en chicos de sexto grado) y las conductas y actitudes de consumo de padres y pares. De su análisis se dedujo que la bebida de los pares influye indirectamente el consumo de los adolescentes, estableciendo normas, bebidas preferidas, y consecuencias esperadas del consumo (en lo tocante a amigos y conductas problema), mientras que el uso de alcohol paterno y la actitud de los pares hacia esta sustancia, influyen, directamente.

Por su parte Zhang, Welte y Wieczorek (1997) examinaron y compararon dos mecanismos sociales a través de los cuales padres y pares influyen en el consumo del adolescente (transmisión conductual y actitudinal). Su investigación reveló que tanto la conducta alcohólica como las actitudes de padres y pares son predictores significativos del uso de alcohol del adolescente, siendo las actitudes paternas más importantes que la conducta alcohólica de los

padres, mientras que la conducta alcohólica de los pares es más importante que sus actitudes. En general los pares tienen más influencia sobre la conducta de beber del adolescente que los padres.

A estas dos variables Ary, Tildesley, Hops y Andrews (1993) incluyen una más, los hermanos. En este trabajo se examinó, durante un año, la influencia de padres, hermanos y pares en el modelamiento y la formación de actitudes concernientes al uso de alcohol del adolescente. Durante el seguimiento, la actitud hacia el uso de alcohol y el modelamiento paterno estuvieron altamente relacionados con la elección del adolescente de usar alcohol. Específicamente la actitud opositora de los padres estuvo asociada directamente al más bajo consumo entre los adolescentes e indirectamente con el uso concurrente. En tanto, el modelamiento de pares y hermanos estuvo altamente asociado con éste último (uso concurrente). Por otro lado, la actitud de los pares mostró ser un fuerte factor en la predicción del uso posterior de alcohol, siendo el mejor predictor del futuro uso, el consumo actual. Estos resultados sugieren que padres, hermanos y pares pueden influir el uso de alcohol de los adolescentes.

También se han combinado el área personal con la social, Ellickson y Hays (1991) midieron el impacto de factores cognoscitivos, antecedentes conductuales e influencia social sobre la bebida adolescente, a fin de analizar el curso que sigue el uso y abuso de sustancias para 280 no usuarios y 909 usuarios de alcohol, de séptimo grado. Los resultados indicaron que las creencias acerca de las consecuencias del uso de alcohol y las expectativas acerca de la bebida futura parecen afectar el uso reciente, sólo después, de que el individuo ha comenzado a beber. De manera similar, la conducta desviada previa y el bajo aprovechamiento académico fomentan la frecuencia subsecuente del uso de alcohol y la bebida pesada, pero no el inicio del consumo. En lo que se refiere al grupo de abstemios, los factores de influencia social —exposición a pares y adultos que beben o usan marihuana— fomentan el uso de alcohol frecuente y la bebida durante las parrandas, en un futuro cercano. En cuanto al curso que sigue el uso y abuso de sustancias se concluyó que el beber incluye la inmersión en una amplia cultura de drogas que promueve el uso de cigarro y marihuana, y que las influencias sociales juegan un rol substancial, prolongándose más allá de la exposición a mensajes pro-alcohol y modelos de rol.

Estudios más integrales son reportados por Webb, Baer, McLaughlin y McKelvey (1991) quienes examinaron la relación ente factores de riesgo e iniciación en el uso de alcohol durante un periodo de 15 meses. Su población se conformó por 114 estudiantes, abstemios, de séptimo grado que completaron un cuestionario de 200 reactivos concernientes a la cantidad y frecuencia de consumo, promedio de calificación, tolerancia a la frustración, conducta desviada, búsqueda de sensaciones, rechazo a la autoridad paterna, relaciones con los padres, uso de alcohol paterno, aprobación de pares sobre el uso de

alcohol del adolescente, uso de alcohol de pares, sentimiento de inferioridad y compromiso con la religión. De estos factores de riesgo, solo 3 fueron significativos para el análisis funcional discriminante (rechazo de autoridad paterna, conducta desviada, y compromiso con la religión). Con lo que concluyeron que los factores de riesgo relacionados con la conducta desviada y la disfunción familiar preceden la iniciación del uso de alcohol.

La investigación, en México, sobre factores de riesgo asociados al consumo de alcohol es escasa, y aún más si se habla de adolescentes de nivel secundaria. De hecho, los datos más representativos, que al respecto se tienen, son los proporcionados por la Encuesta Nacional de Adicciones llevada a cabo desde 1975 por el Instituto Nacional de Psiquiatría (antes Instituto Mexicano de Psiquiatría).

Se trata de estudios epidemiológicos en población escolar (entre 12 y 18 años de edad), que no solo han permitido tener un monitoreo constante de la evolución del fenómeno de las drogas en el país, sino que han posibilitado evaluar y conocer el impacto que diversas variables sociales, familiares, interpersonales y del individuo tienen sobre este evento (Villatoro, Medina-Mora, Cardiel, Fleiz, Alcántar, Hernández, Parra y Néquiz; 1999)

De las investigaciones realizadas en el D.F. se ha encontrado, en el ámbito individual, que el riesgo percibido predice el uso y el no uso, sin embargo no distingue a los que abusan del alcohol; mientras que la depresión y la ideación suicida predicen el uso y el abuso, aunque no se ha establecido una relación causal entre éstas (Villatoro, Medina-Mora, Cardiel, Fleiz, Alcántar, Hernández, Parra y Néquiz; 1999).

En lo interpersonal, asociarse con amigos que abusan del alcohol, o que han cometido actos antisociales, son factores relacionados tanto con el uso como con el abuso. La tolerancia de los amigos ante el alcohol, también es un predictor importante, de manera que a mayor tolerancia, se predice el consumo y el abuso de bebidas alcohólicas (esta variable, junto con el tener amigos que consumen, son los principales predictores tanto del uso como del abuso); y en la esfera familiar, el tener parientes con problemas por su consumo de alcohol predice el uso pero no el abuso. (Villatoro, Medina-Mora, Cardiel, Fleiz, Alcántar, Hernández, Parra y Néquiz; 1999).

Concerniente a locus de control, el constructo no ha sido estudiado en esta población (adolescentes de secundaria) ni en lo referente al consumo de alcohol, por lo que no hay datos al respecto.



CAPITULO I. ADOLESCENCIA ¿PERIODO DE RIESGO?

A esta etapa se le suele designar con los vocablos "pubertad, adolescencia y juventud" cada uno de los cuales, de acuerdo con Nuevo González (1997), posee una significación personal. Este autor concibe la pubertad como la fase caracterizada por el conjunto de transformaciones biológicas y somáticas acontecidas entre la infancia y la edad adulta. Emplea el término adolescencia para señalar los cambios psicológicos y juventud para hablar de lo social. A diferencia de Nuevo (1997), Velasco (1997) no utiliza el término juventud para referirse a los aspectos sociales sino que los engloba (con los psicológicos) dentro de la expresión "adolescencia".

Atendiendo a su raíz, esta palabra proviene del latín *adolescere*, que significa "crecer" o "madurar". Con base en ello Velasco (1997) la define como el proceso de hacerse adulto, iniciado con y por la pubertad, que implica la maduración psicológica y social. Por su parte, Kimmel y Weiner (1998) la describen como una etapa de transición. Al hablar de transición, estos autores, hacen referencia a un periodo de cambio, crecimiento y desequilibrio que, a modo de puente, comunica dos puntos relativamente estables de la vida, distintos uno de otro. Este concepto también admite dicho ciclo de la vida como un periodo intermedio, donde se deja atrás la inmadurez de la infancia, y aún no se han aceptado los desafíos ni adquirido los potenciales de la edad adulta. Ya no se es un niño, pero tampoco un adulto.

En este sentido y retomando lo anterior, la adolescencia representa la transición entre la inmadurez física, psíquica, social y sexual de la infancia, y la madurez física, psíquica, social y sexual de la edad adulta. Por tanto, es una etapa de cambio, crecimiento y desequilibrio en términos de madurez física, psíquica, social y sexual.

Constituye un periodo de mayor vulnerabilidad y estrés; pero, casi con seguridad, también una época de curiosidad y asombro, cambio y crecimiento positivo, que resulta agobiante para algunos, mientras que otros la viven con relativa calma (Kimmel y Weiner, 1998).

Es la edad del oposicionismo, de la timidez y la impulsividad, del idealismo y los complejos, de la sinceridad y la afectividad, de las grandes alegrías y las grandes decepciones (Nuevo, 1997). Un periodo de nuevos desarrollos y de gran emoción, en el que se busca, se descubre y se vive día a día apurando al máximo la propia capacidad en un mundo social complicado de amistades

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

nuevas, sentimientos desconocidos, responsabilidades y expectativas distintas (Kimmel y Weiner, 1998).

¿Qué pasa durante la adolescencia?

En este periodo se dan transformaciones físicas, mentales, afectivas, sociales y morales que configuran la futura personalidad del adolescente (Nuevo, 1997).

Los cambios biológicos de la pubertad, que señalan el final de la niñez, dan como resultado un rápido crecimiento de estatura y peso (el segundo en velocidad después del que se presenta en la infancia), cambios en las proporciones y la forma del cuerpo (se produce la definitiva diferenciación de los sexos) y la llegada a la madurez sexual, que se manifiesta con la aparición de la menarca (primera regla) en las chicas, y las primeras eyaculaciones en los varones (Nuevo, 1997; Vallés, 1998; Papalia, Olds y Feldman, 2001).

Estas enormes modificaciones físicas tienen implicaciones en diferentes áreas del desarrollo, por ejemplo, la motricidad (incluye maduración del sistema nervioso y de la psicomotricidad en general) se ve entorpecida. En el área emocional la desarmonía corporal origina carácter malhumorado, aceptación o rechazo de la sexualidad, así, como de sus transformaciones físicas y fisiológicas. A nivel psicológico, y como resultado también de estos cambios, los adolescentes experimentan inquietud, inseguridad, agresividad y rebeldía en el trato con los adultos, deseo de soledad, alteraciones bruscas de personalidad (pasan de la alegría a la tristeza, de la exaltación y el entusiasmo a la depresión y la angustia), comportamientos nerviosos (se muerden las uñas y los labios, se rascan con desasosiego...), tendencia a integrarse en pandillas, búsqueda de independencia e idealismo (Nuevo, 1997; Papalia, et. al., 2001; Donas, 2001)

Asimismo, el desarrollo cognoscitivo avanza hacia su estadio más alto, operaciones formales, que de acuerdo con Piaget (mencionado en Nuevo, 1997; Papalia, et. al., 2001) abarca de los 12 a los 16 años (lapso en el que se adquiere la capacidad para el pensamiento abstracto). Este desarrollo, proporciona una nueva manera de manipular la información caracterizada por la posibilidad de razonar sobre suposiciones y enunciados, y por la aparición del pensamiento hipotético-deductivo. Los adolescentes ya no están limitados al pensamiento en aquí y ahora, sino que pueden pensar en términos de lo que podría ser, y no sólo en términos de lo que es. Pueden imaginar posibilidades, demostrar hipótesis y formular teorías; en suma, alcanzan conciencia del concepto "¿Qué pasa si...?".

La práctica de sus nuevas habilidades, da lugar a comportamientos y actitudes que harán parecer inmaduro el pensamiento del adolescente. Elkind en 1984. (citado por Papalia, et. al., 2001) describe algunos de éstos –encontrar y expresar fallas en las figuras de autoridad (los padres empiezan a ser juzgados duramente); tendencia a discutir (a fin de explorar los matices de un problema los adolescentes discuten más y construyen casos desde su punto de vista); indecisión (dado que son más conscientes de cuántas opciones les ofrece la vida, les cuesta trabajo estructurar sus mentes, inclusive acerca de temas tan simples como ir al centro comercial con un amigo o a la biblioteca para hacer un trabajo escolar); hipocresía aparente (algunos adolescentes no reconocen la diferencia entre expresar un ideal y vivir para él²); autoconciencia (con frecuencia, los adolescentes suponen que los demás están pensando lo mismo que ellos piensan: en sí mismos); suposición de invulnerabilidad (creen que son especiales, que sus experiencias son únicas y que no están sujetos a las reglas que gobiernan al resto del mundo “otras personas quedan atrapadas por las drogas, eso no me pasará a mí”³).

En estrecha relación con el desarrollo cognoscitivo se encuentra el desarrollo moral (definido por Nuevo (1997) como la adquisición de patrones de conducta socialmente aceptados -costumbres, normas y valores de la cultura-). En este sentido Kohlberg (citado por Papalia, et.al., 2001) afirma que el pensamiento acerca de temas morales refleja el desarrollo cognoscitivo y propone tres niveles de razonamiento moral.

El preconventional –típico de los niños de 4 a 10 años-, el convencional o moralidad de conformidad con un rol convencional -se alcanza después de los diez años: muchas personas nunca pasan de él, inclusive en la edad adulta- y posconventional o moralidad de principios morales autónomos -en este nivel, las personas reconocen que hay conflictos entre los patrones morales y emiten sus propios juicios con base en los principios de lo bueno y lo malo, equidad y justicia. Por lo general, la gente no llega a este nivel hasta, por lo menos, la adolescencia temprana o, más comúnmente, en la edad adulta inicial, si es que se alcanza-. La mayoría de los adolescentes y adultos parecen estar en el nivel II: se ajustan a las convenciones sociales, respaldan el status quo, y hacen lo “correcto” para complacer a los demás o para obedecer la ley (Papalia, et. al., 2001).

Finalmente, como parte del desarrollo social y debido a los cambios tanto fisiológicos como psicológicos, la interacción establecida entre los adolescentes y el medio en que se desenvuelven, cambia. En síntesis, se produce el

² Elkind ejemplifica este aspecto con un chico que participa en una marcha en contra de la contaminación mientras arroja basura en la calle.

³ Para Elkind, esta forma especial de egocentrismo y suposición de invulnerabilidad es subyacente a gran parte del comportamiento destructivo y arriesgado de la adolescencia temprana

desprendimiento real de la familia y las relaciones con el grupo de pares se hacen más estrechas (García, 2002).

Con sus padres, suele generarse algo de conflicto, resultado de la recientemente adquirida capacidad crítica de los adolescentes y, de los sentimientos ambivalentes con respecto a la dependencia/independencia, que ambos experimentan; por un lado, los muchachos sienten la tensión entre la dependencia de sus progenitores y la necesidad de liberarse; y por el otro, los adultos quieren que sus hijos sean independientes pero consideran difícil dejarlos ir (Vallés, 1998; Papalia, et. al., 2001).

Entre las manifestaciones de este proceso de desapego, se encuentra el que los adolescentes ya no hablen tanto con sus padres, les disguste pasar los fines de semana con ellos, se muestren menos cariñosos que antes, pasen el día con sus amigos y que cuando estén en casa se cierren en su habitación y se enfaden si se les molesta (Vallés, 1998).

El trato entre hermanos se vuelve menos intenso y dada la importancia que adquiere el grupo de amigos, la necesidad de gratificación emocional derivada de este vínculo, disminuye. Como consecuencia se desprenden sentimientos diferentes dependiendo de si se es el mayor o el menor. A medida que los hermanos menores crecen, el mayor pierde parte de su poder y estatus acostumbrado y puede considerar a un hermano menor como una verdadera molestia. Por otro lado, los hermanos menores tienden a buscar a los mayores y tratan de sentirse "más grandes" para identificarse con ellos y emularlos (Papalia, et. al., 2001).

Ante los amigos, con quienes pasan una gran parte de su tiempo sin tener otro motivo que el simple hecho de estar juntos, se presentan alegres, vitales, simpáticos y auténticos; además, con ellos, resuelven los problemas de un modo más equitativo que con la familia. Esto puede deberse, a que se hacen concientes del carácter diferente de las amistades -son más igualitarias, se basan en la elección y el compromiso, y al mismo tiempo son más inestables-, y de lo que se requiere para mantenerlas -comprenden que demasiados conflictos pueden costarles una amistad- (Nuevo, 1997; Papalia, et. al., 2001).

La incongruencia entre su enclaustramiento interior y su expansividad hacia el exterior -revelada en la búsqueda de espacios propios y no compartibles, la mengua de comunicabilidad con los progenitores y el aumento de relación con los amigos- tiene como finalidad conseguir experiencia para la vida autónoma y adulta, y aunque en ocasiones suponga conductas algo histriónicas, marca un claro camino hacia la madurez (Lahuerta y Lloret, 1994; Papalia, et. al., 2001).



No obstante estas transformaciones, la opinión de los padres sigue influyéndolos, aún cuando su relación, en palabras de Nuevo (1997), se mueve en la ambivalencia afectiva (por un lado los ven como faltos de espíritu colaborador, autoritarios y anticuados; y censuran su modo de hablar, vestir, actuar y ser; mientras que por otro, alaban y valoran su status económico desahogado, su cultura, sus éxitos profesionales o sus ideales nobles). Asimismo, el papel que la familia juega durante esta etapa es primordial, pues como lo explica García (2002) las estructuras familiares ponen en funcionamiento desde una edad muy temprana y de forma definitiva tres aspectos de la conducta del individuo, que engloban la totalidad del comportamiento: cómo pensar y enjuiciar, cómo actuar y experimentar y cómo sentir y gozar.

Cuándo empieza y termina la adolescencia.

Para establecer el punto de iniciación y terminación de esta etapa, se ha echado mano de una serie de indicadores o marcadores entre los que se encuentra la edad cronológica, descrita por Kimmel y Weiner (1998) como el tiempo transcurrido desde que nació una persona.

Con base en este indicador algunos autores dividen la adolescencia en periodos delimitados por la edad. Tal es el caso de Fuentes (1989) –tomado de Rojas, 1998– quien habla de preadolescencia (10-12 años), adolescencia periodo inicial (13-17 años) y adolescencia periodo final (entre 17 y 20 años); Velasco (1997) cuya propuesta es, adolescencia precoz (12-15 años), adolescencia media (16-20 años) y adolescencia tardía (21-26 años); y Nuevo (1997), quien afirma que esta etapa de la vida dura casi una década, desde los 11 ó 12 años hasta finales de los 19 o comienzos de los 20, ubicando la pubertad de los once a los catorce años.

A pesar de ser útiles estas clasificaciones (por razones estadísticas, de planificación y evaluación) no son exactas, debido a las grandes variaciones que se dan entre un individuo y otro, en lo concerniente a la maduración, pues el paso del tiempo por sí mismo no provoca todos los cambios que tienen lugar al principio de ésta (Kimmel y Weiner, 1998; Donas, 2001).

Otra forma de establecer límites es con base en la edad biológica, definida por la presencia de determinados signos biológicos. En el caso de la adolescencia la aparición del vello pubico, el desarrollo de los pechos en las chicas o de los genitales en los chicos, están muy relacionados con los cambios hormonales y son marcadores más precisos de su inicio, que la edad cronológica (Kimmel y Weiner, 1998). De ahí que en general se considere que

la pubertad es el comienzo de dicho período (Nuevo, 1997; Valles, 1998; Papalia, et. al., 2001).

En cuanto al punto de finalización es imposible determinarlo en función de la edad biológica, pues no hay cambios biológicos ni fisiológicos que diferencien los últimos años de adolescente del comienzo de la edad adulta (Kimmel y Weiner, 1998). Sin embargo, existen marcadores de tipo social que señalan el comienzo de ésta (edad adulta) y, por tanto, proporcionan un indicio del límite superior de la edad social de un adolescente.

Un marcador de este tipo, está representado por las definiciones legales, las cuales establecen la edad en que los individuos son considerados como adultos por la ley. Es decir, edad en la que uno se puede casar legalmente sin consentimiento de los padres, firmar contratos legales vinculantes, conducir un coche, beber alcohol, votar y ser juzgado como adulto por delitos penales (Kimmel y Weiner, 1998; Papalia, et. al., 2001).

De igual manera, entre éstos, se incluye la perspectiva sociológica, cuyo planteamiento especifica que las personas pueden llamarse adultas cuando consiguen sostenerse por sus propios medios, han elegido una carrera, se han casado o establecido una relación significativa, o bien, han formado un hogar (Donas, 2001; Papalia, et. al., 2001). Muy similares son los criterios emitidos por la familia, a saber, el abandono del nido paterno, el matrimonio y la paternidad; en la economía, la incorporación al mundo laboral a tiempo completo, o el cuidado de una casa y unos niños con plena dedicación, compaginándolo quizá, con un trabajo a tiempo parcial (Kimmel y Weiner, 1998).

Dado que la edad legal varía de acuerdo a cada región geográfica y/o cultura, y las edades establecidas para desempeñar roles de adulto también difieren de un lugar a otro, Kimmel y Weiner (1998) proponen -con objeto de implantar con toda claridad el límite superior de la adolescencia- considerar en conjunto las medidas de madurez social: cambios en los papeles sociales (de niño a padre, de alumno a trabajador), gradación formal por la edad en la estructura social (que transforma al individuo de un "menor" en un "adulto" legalmente responsable) y expectativas sociales que se tienen sobre cuál ha de ser la conducta de los individuos de una edad concreta. Bajo este punto de vista, cuando alguien se involucra principalmente en roles de adulto, debe considerársele legalmente como uno, y él mismo, y los demás lo verán como tal, por lo que ya no se le debe contemplar más como adolescente en términos de edad social.

Recapitulando, su inicio se define biológicamente a partir de los cambios físicos que se experimentan en la pubertad, en tanto su terminación es social -considerándose los marcadores legales, sociológicos y familiares-.

Esta aseveración, como Donas (2001) y Papalia, et. al., (2001) expresan, conduce a suponer que el proceso de adolescencia puede ser muy corto en aquellas áreas o grupos donde el individuo comienza a trabajar muy tempranamente, como sucede en las áreas rurales, marginales y en los grupos indígenas; y se prolonga, en los otros grupos sociales de mayor nivel económico y en las áreas urbanas de mayor desarrollo, donde la pubertad comienza cada vez a edades más tempranas y la independencia va postergándose a edades más avanzadas (por persistencia en el sistema educativo), con el fin de lograr una mejor capacitación e inserción sociolaboral.

Por ello, concuerdan en que la adolescencia no es meramente un proceso biológico, sino también psicológico, social e histórico, que asume características diferentes en las múltiples y variadas estructuras sociales y culturales en las que éstos, los adolescentes, crecen y se desarrollan.

De ahí que las vicisitudes de la adolescencia se relacionen estrechamente con las formas de vida de cada sociedad; ésta es la razón por la que en el campo de las ciencias sociales se habla de la existencia de diferentes adolescencias (Kimmel y Weiner, 1998; Donas, 2001)

Desafíos de esta etapa.

A diferencia de algunas culturas, en las que el paso a la edad adulta está delimitado por rituales que van desde bendiciones religiosas o actos de magia hasta marcar el cuerpo de alguna manera o pruebas severas de fortaleza y resistencia; en las sociedades industriales modernas la entrada, a dicha edad, toma más tiempo y está definida con menos claridad.

En éstas, se aprecia un alargamiento del lapso entre la niñez y la edad adulta (adolescencia) debido a un desfase entre los ritmos de maduración bio-sexuales (voz de la naturaleza). y los psicosociales (voz de la cultura), o dicho de otra forma, entre la pubertad que comienza más temprano de lo acostumbrado y la entrada a una vocación que tiende a ocurrir más tarde, pues se requiere de periodos más largos de educación o entrenamiento vocacional, antes de que una persona pueda tomar las responsabilidades de un adulto (Fernández, 1996; Papalia, et. al., 2001).

Durante este periodo de transición el adolescente tendrá que resolver fundamentalmente dos problemas: su identidad: "¿quién soy?" y su concepto y actitud hacia el mundo que le rodea: "¿cómo es el mundo?" y "cuál es su lugar" dentro de él. La primera pregunta incluiría otra que es, "¿cómo soy yo?", referente a la imagen que el adolescente tiene sobre su aspecto físico. Por

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

tanto hay que distinguir tres facetas en esa búsqueda de identidad: una física, otra psicológica y una última social (Vallés, 1998).

De ahí que Papalia, et. al. (2001) afirmen que todas las áreas del desarrollo convergen cuando el adolescente se enfrenta a su principal tarea, establecer una identidad. También indican que para lograrlo, éstos, deben asimilar los cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales, así como calcular y organizar sus habilidades, necesidades, intereses y deseos de modo que puedan expresarse en un contexto social.

Para muchos esto no es fácil, a algunos les cuesta aceptar los cambios físicos, ya sea porque han sido muy precoces o por el contrario, se han retrasado. Lo que puede llevarlos a sentirse acomplejados, al no verse igual que la mayoría de sus compañeros de edad, o bien, sentirse extraños y pasar muchas horas observándose en el espejo (Vallés, 1998).

Por otro lado, la resolución de estas tareas, requiere de una habilidad que el adolescente recién ha alcanzado, el pensamiento lógico, que posibilita su capacidad de reflexionar sobre su entorno externo y adentrarse en su mundo interior. Este pensamiento conlleva autoconocimiento, y por tanto, curiosidad por examinar su modo de obrar (cómo habla, lee o escribe, cómo piensa y razona, cómo siente o memoriza...). Es decir, el adolescente necesita conocerse a sí mismo, a fin de saber cuáles son sus actitudes, gustos, preferencias, carácter, virtudes, defectos y limitaciones. Por ello, es importante que cuente con la suficiente independencia y autonomía para tomar decisiones, elegir amistades, estudios o trabajo, forma de vida e inclinación sexual (Nuevo, 1997; Rojas (1992) citado en Vallés, 1998).

Características que conquista al desembarazarse del nido protector que ha tenido, hasta el momento, en sus padres. Su mundo, que en la niñez se reducía al espacio familiar, poco a poco se va ampliando, abriéndose ante sus ojos otro de grandes dimensiones y emociones por conocer; en donde su nueva visión crítica de lo que le rodea, lo lleva a descubrir, muchas veces, una sociedad llena de contradicciones e injusticias, por lo que empieza a cuestionar los valores paternos y a buscar un sentido propio a la vida, su "filosofía de vida" (Vallés, 1998).

Todo esto lo llenará de dudas, conflictos e inseguridad; situación que puede tornarse grave cuando se tienen problemas para determinar la identidad o para manejar tantos cambios a la vez (Papalia, et. al., 2001).

A la par, la naturaleza que caracteriza a este grupo etéreo –a saber, búsqueda y admisión de retos con los que pretenden ser aceptados como adultos de pleno derecho, curiosidad y deseo de experimentar nuevas sensaciones que pueden conducir a conductas que conllevan riesgo, y

sentimiento de invulnerabilidad que les genera una falsa seguridad en sí mismos (Lahuerta y Lloret, 1994; Vallés, 1998; Villatoro, Medina-Mora, Rojano, Fleiz, Bermúdez, Castro y Juárez, 2002; Papalia, et. al., 2001)- junto con las exigencias de la sociedad que no solo establece cuotas altísimas a las que es muy difícil llegar, sino que además, ofrece muchas alternativas atractivas y evasivas que les impiden llevar un proceso de maduración saludable (Lahuerta y Lloret, 1994; Vallés, 1998), hacen de la adolescencia un terreno más que abonado para la aparición de diferentes conductas de riesgo entre las cuales se ubica el consumo de alcohol.

Sustancia en la que creen encontrar una alternativa para superar las diferentes situaciones a las que se enfrentan (Vallés, 1998; Andrade, 1998 citado en García, 2002), o bien, una forma de introducirse al mundo de los adultos (Encuesta Nacional de Adicciones –ENA-, 1998), de acuerdo con Rojas, Medina-Mora, Juárez, Carreño, Villatoro, Berenzon y López (1995) la mayoría de los que tienen 16 años usan alcohol no con un espíritu de rebeldía, sino para adaptarse a los modelos de roles adultos.

Sin embargo, aún cuando se considere el acto de beber como un rito de iniciación, en la actualidad existe un mayor riesgo para los adolescentes pues se desarrollan en un ambiente más abierto y húmedo, donde se tolera y hasta se promueve el consumo de bebidas alcohólicas al no existir, para este grupo, reglas claras que lo limiten ni en la familia, ni en los establecimientos comerciales, donde se llevan a cabo barras libres, concursos y promociones, estrechamente relacionadas con la embriaguez de los asistentes que, con frecuencia, incluyen a menores de 18 años (ENA, 1998)

En general, éstos compran el alcohol en tiendas, o beben en lugares destinados para el consumo, sin que se les pida identificación, asimismo, un gran número de ellos toman su primera copa en el hogar, lo sepan o no los padres (Rojas, et. al., 1995; ENA, 1998). Todo ello propiciado por el hecho de que, éste siempre ha sido un producto de fácil adquisición (barato y accesible para la mayoría de las personas), cuyo mercado se ha extendido entre la población adolescente y femenina con la aparición de nuevas bebidas, presentaciones y envases novedosos; siendo la forma más usual de venta a menores de edad, las bebidas alcohólicas preparadas y envasadas -bebidas alcohólicas refrescantes y cocteles- (Cormillot y Lombardini, 1992; Tapia, 2001).

Además de lo anterior, cabe recordar que el consumo de esta sustancia representa un factor de riesgo para la manifestación de otros problemas (Tapia, 2001). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 1998), citada en [www.ssa.gov.mx /conadic/PROGALC%20cap1.htm](http://www.ssa.gov.mx/conadic/PROGALC%20cap1.htm), el intento de suicidio fue dos veces más frecuente entre quienes dijeron beber, mientras que el abuso estuvo asociado con tener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol (no planificadas y arriesgadas), abandono de estudios y conducir después de haber

bebido (reportado por el 9% de los menores entre 12 y 17 años). A su vez, este último hecho (conducir ebrio) resulta determinante en casi la mitad de los accidentes automovilísticos en los cuales están involucrados adolescentes y jóvenes (Nató y Rodríguez, 2001)

Otro problema poco frecuente entre los adolescentes, dada la edad en que se encuentran, es la dependencia; la ENA 1998 refiere que el promedio nacional de los que presentan síntomas que sugieren dependencia es de 3.2%. En contraste, uno de los mayores problemas asociados al consumo de alcohol, entre dicha población, es que puede facilitar el acceso a otro tipo de drogas, lo cual no debe interpretarse en términos deterministas, sino probabilistas, es decir, aquellos que se inician en el consumo de alcohol tienen más probabilidades de consumir otro tipo de drogas, sin olvidar que no sólo es la sustancia en sí, el alcohol, lo que puede producir este acceso, sino, sobre todo, los distintos factores sociales y culturales asociados a su uso (Secades, 1996).

En suma, la adolescencia además de ofrecer oportunidades en el desarrollo cognitivo, social, de autonomía, autoestima e intimidad implica grandes riesgos que ponen en peligro la salud física y psicológica presente y futura del individuo. Tal es el caso del consumo de drogas, por el que se inclinan dada su curiosidad, el deseo de sensaciones, el intento de afirmarse frente a los adultos, la presión de sus compañeros o como un escape a problemas abrumadores. Así, los diversos cambios a los que se enfrentan y los estándares esperados por la sociedad y su propia familia, hacen de los adolescentes la población más susceptible de ser influenciada hacia el consumo de sustancias tóxicas de cualquier tipo (Nuevo, 1997; Papalia, et.al., 2001; García, 2002).



APITULO II. EL ALCOHOL Y SU CONSUMO.

El contacto del ser humano con sustancias que actúan sobre las emociones, la percepción o el estado de ánimo (sustancias psicoactivas). es probablemente tan antiguo como la humanidad misma. Su consumo siempre ha estado presente con diferentes fines: mágico-religiosos, para huir de la realidad, para hacer frente a los problemas o por la incapacidad para ello, por simple placer o con fines médicos (Tapia, 2001).

De estas sustancias, el alcohol, es sin duda una de las más antiguas y de las más consumidas a través de la historia, en casi todos los países del mundo (Nato y Rodríguez, 2001; Tapia, 2001). Probablemente su descubrimiento fue casual, dado que la fermentación de los frutos y cereales se produce de manera espontánea luego de algún tiempo de quedar expuestos al aire. Deslumbrado por los efectos que producía al beberlo, el hombre empezó a elaborar vinos, imitando y perfeccionando el fenómeno natural (Cormillot y Lombardini, 1992).

Todo indica que desde los tiempos más lejanos de la historia las bebidas alcohólicas han ocupado un lugar de privilegio en la vida del hombre, referencias acerca de éstas aparecen testimoniadas en infinidad de expresiones artísticas e inspiraciones poéticas. Incluso en muchos libros religiosos pueden apreciarse pasajes vinculados a la obtención y el consumo, más cerca en el tiempo, el alcohol forma parte de muchos eventos y situaciones de la vida cotidiana (Cormillot y Lombardini, 1992).

El alcohol ¿es una droga?

Existen diferentes tipos de alcohol pero el que se utiliza como ingrediente de las bebidas alcohólicas, tales como vino, cerveza, licores, etc., es conocido técnicamente con el nombre de "alcohol etílico o etanol". Aunque aporta calorías, éstas son vacías, es decir, no proporcionan ningún tipo de nutriente ni vitaminas, por lo que no tiene ningún valor nutricional para el organismo, su fórmula química es C_2H_5OH y en estado químico puro, es una sustancia clara y casi inodora. Los diferentes sabores y olores provienen del proceso de producción de la bebida (fermentación o destilación) o de las esencias agregadas. A ello y al tipo de fruto o cereal del que se obtienen se debe la gran variedad de bebidas alcohólicas existentes (Cormillot y Lombardini, 1992; Secades, 1996).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Dadas las manifestaciones clínicas que produce y de acuerdo con la definición de droga¹ emitida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el alcohol es una droga. Una de las más peligrosas por su capacidad de crear dependencia (Macia, 2000; Tapia, 2001) y la de mayor importancia desde el punto de vista de la salud pública e individual, pues no sólo está legalizada (Lahuerta y Lloret, 1994), sino que además es aceptada y avalada por la sociedad, que le atribuye características positivas en su función de integración social. Suele acompañar las reuniones sociales, las ceremonias religiosas, acontecimientos importantes o incluso convocar en un brindis la unión familiar con la palabra: ¡SALUD! (Cormillot y Lombardini, 1992). De hecho, una celebración o festejo justifica y casi obliga al consumo de bebidas con grado alcohólico (Lahuerta y Lloret, 1994). Por si fuera poco, salvo por razones de principios religiosos, filosóficos o de salud, su uso es promovido (Tapia, 2001).

Por el tipo de acción que produce, se agrupa dentro de las drogas depresoras. Este grupo de sustancias producen inhibición generalizada del sistema nervioso central (SNC) por lo que hay un deterioro de las funciones motoras y mentales superiores: disminuye la atención, el juicio, razonamiento, memoria e inteligencia, deprimen el estado de ánimo, suelen inducir sedación, somnolencia, enlentecimiento de las reacciones y reducción de la frecuencia cardíaca y respiratoria (Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental (CEMESAM), 1991; Secades, 1996; Velasco, 1997; Valles, 1998; Macia, 2000; Nato y Rodríguez, 2001; Tapia, 2001).

Muchas veces se le confunde con un estimulante debido a que su efecto en el cerebro es bifásico. Por un lado, a dosis bajas produce una estimulación conductual donde el sujeto experimenta euforia y agilización de la palabra y de la acción. Excitación que se atribuye a la estimulación directa del alcohol que suprime el funcionamiento de los centros nerviosos que, en condiciones normales, controlan el comportamiento actuando como inhibidores o censuradores de determinados sentimientos, pensamientos y conductas (Cormillot y Lombardini, 1992; Tapia, 2001). Por otro lado, dosis altas de alcohol producen un efecto opuesto, consistente en el enlentecimiento del tiempo de reacción y un descenso en el control muscular (Secades, 1996; Macia, 2000; Tapia, 2001).

Tales manifestaciones están dadas por una depresión descendente irregular del SNC. Esto es, la depresión alcohólica no alcanza por igual todos los centros nerviosos, primero son afectados los que corresponden al sistema reticular y a la corteza frontal cerebral, donde se integran funciones tan complejas como las relativas al comportamiento social. Como resultado de esta

¹ Una droga es toda sustancia o mezcla de sustancias, distintas a las necesarias para el mantenimiento de la vida, que al introducirse en un organismo vivo modifica alguna de sus funciones y a veces la propia estructura de los tejidos (citado por Velasco, 1997).



inhibición, se observa una aparente excitación. Sin embargo, con concentraciones mayores se deprimen los centros cerebrales que controlan el equilibrio, hasta que la inhibición llega al mesencéfalo; lo cual se traduce en una falta de coordinación motora, disminución de los reflejos espinales y pérdida de los mecanismos de regulación de la temperatura. Finalmente, si la ingestión continúa, sobreviene la muerte por depresión de los centros respiratorios (Tapia, 2001).

Metabolismo del alcohol.

Metabolismo es un término médico que se usa para referirse al proceso que sigue, dentro del cuerpo, una sustancia desde el momento en que ingresa, hasta el momento en que se elimina del todo o se modifica químicamente para transformarse en sustancias distintas (Velasco, 1997). En el caso del alcohol, el hígado es el órgano principal donde se lleva a cabo dicho proceso, pero también se efectúa en otros tejidos gastrointestinales, especialmente el estómago (Tapia, 2001).

Una vez que el alcohol entra al organismo, tiene para cualquier persona el mismo recorrido. Al ingerir una bebida embriagante, ésta viaja directamente hasta el estómago, donde hace su primer parada. De ahí, sigue dos caminos, una pequeña cantidad (20% de acuerdo con Velasco Fernández, 1997) es absorbida de forma directa por las paredes estomacales y pasa al flujo sanguíneo -que lo distribuye por todo el cuerpo-. Mientras que el 80% restante, pasa a través del píloro⁵ al intestino delgado, de donde se difunde rápidamente al torrente sanguíneo a través de las paredes intestinales (Cormillot y Lombardini, 1992; Secades, 1996; Velasco, 1997).

Este metabolismo gástrico "de primer paso" contribuye a regular la cantidad de alcohol que acaba por llegar al hígado, así como el tiempo en que lo hace. El cual, puede disminuirse de manera significativa, cuando el consumo de etanol es prolongado o en condiciones de ayuno, atribuyéndose al efecto combinado de distintos factores como vaciamiento gástrico acelerado y mayor absorción intestinal. Al alterarse (el metabolismo) la cantidad de alcohol que llega al hígado es mayor y el tiempo de llegada menor (Tapia, 2001).

El alcohol circulante es metabolizado por el organismo mediante dos procedimientos: eliminación y oxidación (Velasco, 1997).

⁵ El píloro es el encargado de regular el pasaje del contenido del estómago al intestino (Cormillot y Lombardini, 1992)

La eliminación se efectúa a través de los riñones por medio de la orina - que contiene el alcohol, que los mismos riñones han filtrado- y a través de los pulmones, en el CO₂ (bióxido de carbono) de la respiración (de ahí el aliento alcohólico, sobre todo de quien ha bebido en forma excesiva). Por estas vías (orina y aliento) se elimina entre el 5 y 15% del alcohol ingerido, por lo que el organismo debe reducir por oxidación el resto -de 85 a 95%- (Cormillot y Lombardini, 1992; Secades, 1996; Velasco, 1997; Tapia, 2001)

La oxidación es un proceso químico que cumple la función de transformar los alimentos en energía y calor. El alcohol etílico se oxida en el hígado y al igual que el azúcar y las grasas se transforma en bióxido de carbono (CO₂) y agua (Velasco, 1997). Las enzimas primordiales participantes en este proceso son la deshidrogenasa alcohólica, que regula la transformación del alcohol a acetaldehído y la deshidrogenasa aldehídica, que regula la transformación del acetaldehído en acetato (Tapia, 2001).

Por la presencia de oxígeno, el hígado produce la primera transformación del alcohol en otra sustancia llamada acetaldehído, la cual es mucho más tóxica que el mismo alcohol, pero como se oxida rápidamente, no llega a acumularse. Al oxidarse se transforma en ácido acético y, por último, en dióxido de carbono y agua (Wallace, 1990; Cormillot y Lombardini, 1992; Velasco, 1997)

Muy poco del acetaldehído y la mayor parte del acetato que se forma en el hígado se libera a la circulación -donde es utilizado con rapidez como sustrato en la mayor parte de los tejidos-, sólo una pequeña parte se oxida dentro del hígado a CO₂ y agua o se convierte en cuerpos cetónicos y ácidos grasos (Tapia, 2001).

Efectos y problemas relacionados con el consumo de alcohol.

La magnitud de los efectos orgánicos y conductuales, así como el tipo de problemas ocasionados por el consumo de esta sustancia dependen de:

a) El nivel de concentración de alcohol en sangre, que a su vez puede modificarse por la interacción de diferentes factores:

- Cantidad de alcohol ingerido: La cantidad de alcohol que se haya ingerido será un factor determinante de los efectos que provocará. En la visión actual del beber juvenil se parte de la hipótesis de que siempre existe una relación proporcional entre los niveles de consumo de alcohol y la aparición de problemas. Así, cuanto más alcohol, más fuertes serán éstos (Cormillot y Lombardini, 1992; Aizpiri y Marcos, 1996; Tapia, 2001)



- Rapidez con que se tome: Si la ingestión es moderada (a razón de una copa estándar cada hora), los niveles de alcohol en sangre nunca son altos, porque se da al organismo el tiempo necesario para metabolizarlo y evitar su acumulación excesiva; pero si se bebe en gran cantidad y a mayor velocidad de lo que el hígado puede metabolizar, la intoxicación aumentará progresivamente (Cormillot y Lombardini, 1992; Secades, 1996; Velasco, 1997).
- Presencia de comida en el estómago: La comida retarda el pasaje del alcohol al intestino y en consecuencia al torrente sanguíneo (Cormillot y Lombardini, 1992).
- Tipo de bebida que se tome: Algunas bebidas se absorben más rápidamente que otras, por ejemplo, las bebidas destiladas más que el vino. También se absorben con más rapidez las bebidas fermentadas que han retenido una parte del dióxido de carbono en forma de "burbujas", ya que éstas producen una más rápida abertura del píloro (Cormillot y Lombardini, 1992). Aquí es importante, la concentración de alcohol de la bebida (es decir la cantidad contenida en determinado volumen), que varía en función del proceso de elaboración de la misma; por fermentación⁶, la concentración máxima de alcohol es del 16 por 100; las bebidas alcohólicas de superiores concentraciones se obtienen por destilación⁷ -a través de este proceso se pueden obtener graduaciones alcohólicas mayores al 55%, que para efectos de control sanitario es la proporción de alcohol especificada para autorizar la comercialización de una bebida- (Macia, 2000; Tapia, 2001).
- Desarrollo de tolerancia: Como consecuencia del progresivo acostumbamiento del organismo a la presencia del alcohol, cada vez se requiere mayor cantidad para alcanzar el grado de intoxicación al que antes se llegaba con menos copas (Cormillot y Lombardini, 1992).

⁶ La fermentación es un proceso natural que sobreviene cuando el jugo de las frutas o cereales (uva, dátiles, cebada, malta y otras sustancias) queda expuesto al aire durante un tiempo determinado, y así, el azúcar que contienen se transforma en alcohol, bajo la acción de unos hongos microscópicos llamados levadura. En este sentido se puede decir que el alcohol es una sustancia natural, ya que puede aparecer en cualquier lugar en el que se acumulen ciertos restos vegetales en los que tenga lugar un proceso de fermentación, aún sin intervención humana. (Cormillot y Lombardini, 1992; Secades, 1996 y Velasco, 1997)

⁷ La destilación es un proceso que consiste en hervir el vino o alcohol fermentado, como es más liviano que el agua, se evapora en mayor cantidad. Este vapor es condensado y se lo hace pasar por un tubo de enfriamiento, para volver a convertirlo en líquido con una mayor concentración de alcohol. (Cormillot y Lombardini, 1992; Secades, 1996).

- Sexo: Cualquier dosis se concentra más en el organismo femenino que en el masculino. Esto se debe, por una parte, a la diferencia en la actividad de enzimas contenidas en el tejido del estómago, que desdoblán el alcohol antes de llegar al torrente sanguíneo; esta enzima es cuatro veces más activa en el hombre que en la mujer. Por otro lado la mujer tiene una mayor proporción de grasa que de agua en el organismo; el alcohol es más soluble en el agua que en la grasa (Cormillot y Lombardini, 1992; Tapia, 2001).
- Peso corporal: Las personas que tienen más peso se ven menos afectadas, porque además de tejido adiposo, tienen en su cuerpo mayor cantidad de sangre y agua, de modo que la concentración del alcohol es menor por cada milímetro de sangre (Cormillot y Lombardini, 1992; Tapia, 2001).
- Condiciones orgánicas: Una persona fatigada puede verse más afectada por el alcohol que alguien descansado. Lo mismo sucede cuando la persona está enferma o cuando además está tomando otra droga (Cormillot y Lombardini, 1992).
- Administración simultánea de otras sustancias: La combinación del alcohol con otras drogas puede producir efectos altamente riesgosos. Por ejemplo la combinación de depresores con alcohol; siendo el alcohol una sustancia depresora, al ingerirlo en combinación con barbitúricos, valium u otras drogas de este mismo grupo, el efecto depresor es potenciado y el funcionamiento orgánico suele hacerse tan lento que hasta se puede detener la respiración. Al combinarlo con analgésicos se potencia la posibilidad de úlceras al aumentar la secreción gástrica, su combinación con paracetamol aumenta la hepatotoxicidad del fármaco y la combinación con marihuana provoca que el bebedor no advierta, por acción de la marihuana, el grado de intoxicación que está alcanzando. (Wallace, 1990; Cormillot y Lombardini, 1992; Secades, 1996; Tapia, 2001).

b) Susceptibilidad del individuo:

- Edad: Los efectos negativos del alcohol aumentan con la reducción de la edad del consumidor, por su inmadurez física y psíquica. Por ejemplo, la tolerancia en los adultos es mayor que en los adolescentes, pues el tamaño y la cantidad de agua que contiene el organismo de los segundos es menor que en los primeros; asimismo, las expectativas que los adolescentes tienen con respecto a lo que les va a provocar el alcohol, hacen que las consecuencias del consumo se presenten con mayor rapidez y magnitud (Cormillot y Lombardini, 1992; Vega, 1998; Tapia, 2001).

- **Edad de inicio:** De acuerdo con Martínez (2002) la edad de inicio en el consumo de sustancias alcohólicas está dividida en tres rangos: menos de 15 años, de 15 a 20 años y más de 20 años. La precocidad y la intensidad del consumo constituye una de las variables más frecuentemente correlacionadas con el uso posterior de otras drogas. Cuanto más baja es la edad de inicio en el consumo de alcohol, más sustancias se usarán después y, por supuesto, más problemas acarreará al individuo (Lahuerta y Lloret, 1994; Secades, 1996). En general, los estudios sobre mortalidad señalan que quien se inicia siendo aún joven en el abuso de la bebida tiene una expectativa de vida de 5 a 10 años menor que la del individuo no alcohólico (Velasco, 1997).
- **Expectativas del individuo:** Cuando una persona toma con la expectativa de emborracharse, parece alcanzar la embriaguez con mucha mayor rapidez (Cormillot y Lombardini, 1992; Tapia, 2001).
- **Estado de ánimo:** El alcohol parece afectar más rápidamente y con mayor fuerza a aquellas personas que se sienten deprimidas (Cormillot y Lombardini, 1992; Tapia, 2001).
- **Tiempo de exposición y frecuencia del consumo:** Se sabe que las consecuencias son muy diferentes si se trata de una persona que experimenta con sus efectos una o dos veces, si acostumbra a ingerirlo en ocasiones específicas de manera regular, o si lo usa diariamente por periodos prolongados de tiempo (Tapia, 2001).

c) **Condiciones del entorno en el momento del consumo:**

- **Entorno en que la droga se consume:** Si una persona toma alcohol en una fiesta o reunión social, parece afectarle más moderadamente que si hubiera bebido igual cantidad estando sola (Cormillot y Lombardini, 1992). Las condiciones físicas del entorno, también, contribuyen en la manifestación de problemas, como es el caso del incremento del riesgo de accidentes por carreteras mal señaladas (Tapia, 2001).
- **Expectativas de los individuos que rodean al consumidor:** Los problemas se relacionan con las expectativas culturales del grupo, en torno al consumo y la intoxicación; y también en relación con quién puede consumir, quién no, y en qué circunstancias está permitido hacerlo (Tapia, 2001).

Lo anterior, dificulta el que se pueda establecer previamente cuáles serán los efectos según se tome una, dos o más copas (Cormillot y Lombardini, 1992).

No obstante, el consumo de grandes cantidades, independientemente de la presencia de otros factores, puede causar estado de coma, y aun, la muerte (Tapia, 2001).

En un esfuerzo por proporcionar un panorama general de los efectos y problemas relacionados con el alcohol, diferentes autores, los han descrito basándose en algún factor en particular.

Así, Cormillot y Lombardini, (1992) y Velasco (1997), agrupan en cinco etapas los cambios experimentados por el bebedor, inmediatamente después de la ingestión copiosa de bebidas embriagantes, tomando en consideración la gravedad y el progreso de la intoxicación⁸. Durante la primera, el sujeto se ve relajado, despreocupado, comunicativo y sociable. Parece excitado, pero lo que ocurre es que está desinhibido. En la segunda fase se presenta una conducta predominantemente emocional, errática, con pobreza de juicio y pensamiento. Existen problemas sensorio-motrices (cierto grado de anestesia cutánea, incoordinación muscular, trastornos de la visión y del equilibrio). La tercera etapa se caracteriza por desorientación y confusión mental, tambaleo notorio al caminar, visión doble y reacciones variables del comportamiento: miedo intenso, agresividad, llanto, etc. Hay serias dificultades para pronunciar adecuadamente las palabras y para comprender lo que se dice. Posteriormente (cuarta etapa) puede observarse incapacidad para sostenerse en pie o caminar, vómitos, incontinencia, estupor, aproximación a la total inconsciencia. Pérdida de la noción del tiempo y del espacio (no sabe quién es ni dónde está). En la última etapa, el individuo sufre inconsciencia, ausencia de reflejos, sus funciones vitales se vuelven más lentas hasta llevar al coma. Puede sufrir paro respiratorio o cardíaco. En una ingestión aguda de alcohol la muerte por depresión de los centros respiratorios no sucede, ya que la inhibición previa es tan grave que el sujeto intoxicado no está en condiciones de seguir administrándose el fármaco. La muerte por sobredosis puede presentarse con mayor frecuencia en los bebedores crónicos que ya tienen tolerancia a algunos de los efectos inhibitorios del etanol (Tapia, 2001).

Castillo (2000) incluye una sexta etapa, la llamada "resaca", que se presenta después de una borrachera y se caracteriza por dolores de cabeza, temblores, náuseas y vómitos, etc.

Por su parte Secades (1996) hace una descripción similar en función al grado de alcoholemia⁹ alcanzado "los efectos inmediatos de la ingesta excesiva

⁸ De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (1992) la intoxicación aguda es un estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de alcohol (en este caso) que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas.

⁹ Se denomina alcoholemia a la producción de gramos de alcohol absoluto que existe en un litro de sangre en un momento dado y suele expresarse en tantos por cien. El cálculo de la alcoholemia puede hacerse por

de alcohol (embriaguez alcohólica o intoxicación alcohólica aguda), con alcoholemias de 0.3 a 1.5 g/l consisten en una disminución de la atención, la memoria, la coordinación motora, el campo visual, la aparición de euforia y modificaciones en el pensamiento y la capacidad de decisión. En niveles entre 1.5 y 3 g/l pueden aparecer alteraciones del nivel de conciencia y de la vigilancia, adormecimiento o, por el contrario, inicios de agitación desinhibida. En esta fase aparecen también conductas descontroladas y descoordinación de movimientos, así como el trastorno del habla típico del ebrio (disartria) y pérdida del equilibrio. En alcoholemias superiores a 3 g/l, el alcohol puede dar lugar a verdaderos cuadros psicóticos: alucinaciones, pérdida del contacto con la realidad, despersonalización e ideas delirantes. A partir de 4 g/l se puede producir una sobredosis etílica causando el coma (pérdida total o parcial de respuesta a los estímulos) y la muerte por paro cardiorrespiratorio".

Otra forma para describir dichos efectos, es atendiendo al tipo de problemas provocados por el consumo: médicos, sociales y psicológicos.

La gravedad de los problemas médicos depende en gran medida de las condiciones orgánicas del bebedor y, de la cantidad, frecuencia y tiempo que tenga consumiendo la sustancia.

El abuso, causa acidez gastrointestinal, vómitos, diarreas, baja en la temperatura corporal, sed acuciante por deshidratación, jaquecas y migrañas; si este consumo se realiza de forma reiterada puede producir dependencia, cirrosis hepática, hipertensión, gastritis, pancreatitis, esofagitis, cardiopatía alcohólica¹⁰, dermatosis específicas (trastornos de la piel), malnutrición, disminución de las defensas, alteraciones en el sistema nervioso como polineuritis¹¹, psicosis alcohólica¹², ambliopía (cierta forma de pérdida parcial de la visión), degeneración del cerebelo, etc. (CEMESAM,1991; Velasco, 1997; Macía, 2000; Nato y Rodríguez, 2001; Tapia, 2001).

La probabilidad de experimentar consecuencias sociales, aumenta, toda vez que se ingiere alcohol en grandes cantidades. Es por ello que el costo y riesgo social por el abuso de dicha sustancia (consumo excesivo en episodios agudos) es altísimo, puede ocasionar accidentes de tráfico (algunos de los cuales dependen de la combinación poco afortunada de la intoxicación episódica en ambientes peligrosos y demandantes), laborales o domésticos.

determinación directa, mediante un análisis de sangre, o, indirectamente, a través del aire expirado (Secades, 1996).

¹⁰ De esta manera se designa a un trastorno del corazón que produce debilidad y crecimiento del órgano, se presenta a veces en alcohólicos desnutridos (Velasco, 1997)

¹¹ La polineuritis es la inflamación de los nervios periféricos, principalmente de los miembros inferiores. El paciente sufre parálisis parciales, dolores y otros trastornos importantes (Velasco, 1997)

¹² Consiste en un estado de demencia con pérdida de la memoria y confabulación -el paciente relata como hechos reales meras situaciones imaginadas, a veces estructuradas complicadamente- (Velasco, 1997).

Problemas legales o con la policía (en general, cuanto más alcohol consume una persona, más aumentan las probabilidades de que cometa un acto ilegal: una falta o un delito). Agresión u otras conductas violentas. Dificultades financieras, familiares (rupturas, daños sobre los niños, etc.) y escolares (fracaso escolar, ausentismo y deserción). Además, está ligado a comportamiento sexual de alto riesgo y, es un factor presente en los suicidios (Aizpiri y Marcos, 1996; Secades, 1996; Velasco, 1997; Nato y Rodríguez, 2001; Tapia, 2001).

Los efectos psicológicos del consumo episódico están relacionados con la acción que el alcohol ejerce sobre las zonas del cerebro que rigen los sentimientos, la reflexión, la atención y el control social. Al deprimir estos centros se liberan las inhibiciones del ser humano provocando una sensación de euforia que se confunde con diversión (Nato y Rodríguez, 2001). Al tomarlo en forma excesiva, la percepción de la realidad se altera, y las ideas se vuelven cambiantes y confusas (Cormillot y Lombardini, 1992). En el caso de los alcohólicos se vuelven irritables y agresivos, experimentan desconfianza, sufren insomnio, deterioro intelectual progresivo, confusión en sus pensamientos y pérdida de memoria. Pueden llegar a padecer, incluso, delirios y alucinaciones persecutorias que fácilmente pueden desembocar en la demencia (Macia, 2000; Nato y Rodríguez, 2001).

La relación entre el consumo y sus problemas es compleja, varía en función del medio ambiente, los individuos y las culturas. Para algunas situaciones, como manejar embriagado o la intoxicación alcohólica, el problema es intrínseco al consumo (o sea, no se hubiera presentado si no se hubiera ingerido alcohol). Para muchas otras alteraciones, la función causal del alcohol es condicional, es decir el consumo es un elemento necesario pero no suficiente para la aparición del problema. También hay problemas que parecen relacionados con el uso de alcohol pero que en realidad no lo están en el sentido causal: por ejemplo, hay accidentes que pueden ocurrir aún si el conductor no consumió alcohol (Tapia, 2001).

Dentro de cada tipo de problema algunos pueden estar vinculados con un antecedente de consumo de alcohol (por ejemplo, cirrosis hepática) en tanto que otros se asocian a un evento específico del consumo. Así, entre las alteraciones sociales puede haber situaciones que llevan a la separación y divorcio, como consecuencia de un consumo crónico, excesivo y prolongado, o puede haber ausentismo en el trabajo como consecuencia de un episodio único de embriaguez (Tapia, 2001). En otras palabras, ciertos efectos se relacionan más con un patrón de consumo que con otro.

En este sentido, las consecuencias sociales ocurren más a menudo en sociedades en las que se consume en exceso, o hasta llegar a la intoxicación, incluso cuando no se realiza con regularidad. Muchos accidentes de tráfico.

laborales o domésticos, conductas agresivas, ciertos tipos de violencia (sobre todo familiar), además de intoxicaciones agudas y comas etílicos. suelen estar más relacionados con ingestas abusivas pero esporádicas, que con un consumo crónico. En tanto, la dependencia y los problemas de hígado suelen ser más frecuentes en sociedades en las que el consumo diario es común (Aizpiri y Marcos, 1996; Tapia, 2001).

Etiología.

Según el doctor G. Edwards, (citado por Tapia, 2001), la mayoría de las personas que ingieren alcohol de una manera normal suelen cursar lo que el llama la carrera del bebedor: "durante la infancia ocurren los primeros contactos con la sustancia (las "probadas" que el adulto propicia); en la adolescencia se da una fase de experimentación por cuenta propia, y en la juventud un periodo más o menos prolongado de inestabilidad, que da paso –ya en los años de la madurez- a otro, también duradero, de asentamiento y consumo responsable. En la vejez, por lo general, se da una disminución progresiva de la ingestión de bebidas alcohólicas hasta abatirse prácticamente en la senectud. Tal es el patrón que, ante el alcohol, sigue la mayoría de las personas como línea general de comportamiento. Pero lamentablemente, hay otras posibilidades, como las de que en cualquier momento se inicie el consumo excesivo y se pase a etapas no previstas, que acaban por conducir a la dependencia".

Desde esta perspectiva el uso de alcohol se desarrolla como lo plantea López (1997), en un continuo, donde una persona que es bebedor ocasional, a lo largo del tiempo y gradualmente, se podría volver cada vez más dependiente de la bebida, hasta llegar a la pérdida de su control; o como dice Nato y Rodríguez (2001) el camino hacia la dependencia pasa primero por el uso, luego por el abuso y finalmente se llega a la drogadicción. No obstante, es necesario precisar dos puntos importantes, no existe nada que pueda llamarse progresión inevitable de una etapa a la otra, y en cualquier momento es posible que se presente una estabilización prolongada o un regreso a las etapas anteriores (Tapia, 2001). Lo que significa que nadie puede estar seguro de no poseer las características físicas o emocionales, e incluso circunstanciales, para volverse adicto (En la Comunidad de Encuentro (ENLACE), 1998).

De ahí que, el inicio del consumo de alcohol pueda considerarse un foco de alarma, puesto que a partir de ese momento se hace latente la posibilidad de que éste evolucione poco a poco, hasta llegar a convertirse en un consumo problemático.

Pero, qué hay detrás de una situación de inicio en el consumo, ¿por qué algunas personas comienzan a beber? y ¿por qué algunas personas continúan

con el hábito de consumir alcohol, mientras que otras no, después de esa primera experiencia? A estas preguntas han tratado de dar respuesta las teorías etiológicas, por medio de la descripción de muchos factores que pueden tener cierta importancia como causas o, al menos, como determinantes o predisponentes del consumo (Secades, 1996).

Como parte de las explicaciones psicológicas, las teorías de personalidad apoyan la existencia de rasgos que pueden ser más vulnerables al contacto, uso y consumo de drogas, sin querer decir con esto que el conjunto y totalidad de la personalidad de un individuo esté impregnado de esa disposición favorable. Signos parcelados de algunos de estos rasgos son: tendencia a huir de las dificultades, complejos y sentimientos de inferioridad, baja autoestima y mala percepción, baja tolerancia a la frustración, dificultades a la hora de establecer relaciones interpersonales, ausencia de proyectos a futuro, dudas constantes ante una decisión, actitud a favor del consumo, etc. (Lahuerta y Lloret, 1994 y Valles, 1998).

Por otro lado, las teorías del aprendizaje o teorías conductuales, mantienen que los procesos de adquisición y mantenimiento del consumo de alcohol se rigen por las mismas leyes fundamentales del aprendizaje, que explican otras pautas de conducta (Secades, 1996).

En términos del condicionamiento operante, la probabilidad de ocurrencia de una conducta (como la de beber alcohol) está determinada por sus consecuencias (cualquier estímulo que incremente dicha probabilidad se denomina reforzador). Con base en ello, el consumo es entendido como el resultado de obtener, bien una recompensa o estado afectivo positivo producido por el alcohol (reforzamiento positivo) o bien la evitación o reducción de un estado afectivo y/o físico negativo provocado por la ausencia del mismo -reforzamiento negativo- (Secades, 1996 y Tapia, 2001).

Así, las personas consumen alcohol porque prefieren el estado placentero, que supuestamente sigue a su consumo, al estado que inmediatamente precede a su uso. Los efectos reforzantes que los seres humanos obtienen por consumir alcohol son tanto farmacológicos (los efectos eufóricos y desinhibidores, por ejemplo), como sociales (aumento de reconocimiento social, la aprobación por parte de los compañeros, etc.). No sólo "sentirse bien" es un reforzador, sino que "el percibir que los otros te aceptan y te perciben bien", a pesar de que la gratificación fisiológica no sea totalmente positiva, puede ser suficientemente fuerte para originar y mantener el abuso de alcohol (Secades, 1996).

Por reforzamiento negativo, factores como la posibilidad de reducción de los estados de ansiedad o depresión pueden determinar la adquisición y mantenimiento del consumo. La conducta de reaccionar ante un estímulo

emocional desagradable, obteniendo alivio mediante una sustancia química se aprende con facilidad, particularmente cuando dicha conducta recibe la aprobación de la cultura o subcultura en la que el sujeto desea integrarse (Echeburúa, 1984 citado por Secades, 1996). Un planteamiento basado en este principio es el propuesto por la teoría de reducción de tensión (sostiene que las personas beben alcohol con el fin de reducir los estados de estrés y ansiedad a que se ven sometidos). Asimismo, cuando las personas han alcanzado cierto grado de dependencia, como resultado del uso continuado, tienden a consumir para reducir el estado aversivo (síntomas de abstinencia) producido por la ausencia de alcohol (Secades, 1996).

Dentro de esta aproximación se considera al contexto -en el que se desencadena la adquisición del consumo- un elemento importante para el mantenimiento de dicha conducta. Esto es, los estímulos ambientales asociados habitualmente con la ingesta de alcohol actúan como estímulos discriminativos, de modo que en su presencia se llega a desencadenar el deseo de consumir y la búsqueda de alcohol, mientras que su ausencia inhibe esta conducta. Así pues, determinados estímulos del entorno, en donde el sujeto ha tenido contacto con la sustancia (locales donde se dispensan las bebidas, la presencia de compañeros de bebida habituales, los momentos asociados al consumo, como el fin de semana, fiestas o ratos de ocio, etc.), explican, en muchos casos, la dependencia psicológica y los procesos de recaída posteriores a los períodos de abstinencia. A parte de los estímulos de tipo ambiental, externos al individuo, existen estados emocionales internos que también pueden adquirir la capacidad de elicitar sentimientos de deseo y consumo de alcohol, como la ansiedad (Secades, 1996).

Junto a estos procesos, la teoría del aprendizaje social descrita por Bandura y aplicada específicamente al alcoholismo por Nathan y cols. (1970) resulta útil para explicar la etiología del mismo (citado por Secades, 1996). Según esta teoría, el consumo de bebidas alcohólicas es adquirido y mantenido mediante el modelado (la imitación del comportamiento de otras personas), el refuerzo social y la anticipación que las personas hacen de los efectos del alcohol. Esto es, las actitudes, costumbres y el modo en que una familia utiliza el alcohol sirven como modelo y se reflejan en los hijos, pudiendo influir de forma importante en el comportamiento posterior de éstos con respecto al mismo. Los hijos tienden a imitar los comportamientos relacionados con el alcohol que observan en su entorno próximo, fundamentalmente los de sus padres y hermanos mayores. Dicha conducta imitativa también se desarrolla por la influencia de los compañeros del joven, sobre todo por parte de aquellos que tienen una cierta capacidad de liderazgo. La iniciación del consumo está, por tanto, asociada a la curiosidad e imitación que se desarrollan debido a las consecuencias positivas que el adolescente observa en su medio social (amigos, padres, etc.).

Los factores cognitivos (pensamientos), también, pueden ser variables críticas de reforzamiento del consumo. El impacto de los eventos antecedentes y consecuentes de beber está mediatizado por las cogniciones, sobre todo por las expectativas de los efectos del alcohol. Las creencias y expectativas que tienen las personas acerca de lo que éste les va a producir (por ejemplo, reducir la ansiedad, fortalecer la actividad social o evitar malestar emocional) pueden provocar el aprendizaje y mantenimiento de pautas de consumo problemáticas. Dichas expectativas se elaboran a través de tres procesos fundamentales: la exposición directa a modelos (padres y compañeros), la influencia de la cultura, sobre todo a través de los medios de comunicación, y la propia experiencia personal con la sustancia (Secades, 1996).

Todos estos mecanismos de aprendizaje no son mutuamente excluyentes, sino que coexisten en los problemas relacionados con el consumo.

Finalmente, la vertiente social plantea la existencia de dos tipos de situación que influyen en el comienzo y curso de la alcohol-dependencia, los factores macro y microsituacionales (Secades, 1996).

La macrosituación vendría determinada por los condicionantes geográficos, legales, económicos y culturales que se encuentran alejados del acto mismo de consumir, pero que influyen decisivamente en él. Ejemplos de este tipo de factores son las normas (incluyen un repertorio de indicaciones y sanciones) para el uso de determinadas sustancias. La disponibilidad, que en el caso del alcohol, está determinada por condicionantes sociales que lo hacen una sustancia fácilmente accesible desde la infancia, lo que facilita su uso y abuso. Y la influencia del entorno sociocultural sobre el consumo que incluye tres aspectos: las actitudes sociales hacia la bebida, el modo en que la cultura opera para producir necesidades agudas de ajuste y tensiones internas entre sus miembros, de acuerdo con esto la privación familiar y/o socioeconómica - situación de desempleo, falta de oportunidades reales de éxito social, etc.- son elementos que generan estados de desadaptación social capaces de facilitar la huida de esta realidad y la búsqueda de estados inmediatamente gratificantes. El último aspecto guarda relación con los mecanismos de satisfacción alternativos a la bebida puestos a disposición del individuo, es decir, el abuso de alcohol estaría relacionado con la insatisfacción o frustración causada por la carencia o insuficiencia de otras formas diferentes de gratificación (Secades, 1996).

Los factores microsituacionales abarcarían las condiciones ambientales y psicosociales más cercanas al consumo. Bajo este enfoque, el contexto concreto dentro del cual se utiliza el alcohol influye en la aparición de problemas relacionados con su abuso. Mientras que acontecimientos sociales concretos (celebraciones, duelos, encuentros fortuitos o determinadas actividades) favorecen el consumo excesivo del mismo (Secades, 1996)



Como puede apreciarse han sido elaboradas diversas teorías sobre la etiología del consumo de alcohol desde diferentes perspectivas o niveles de análisis. Ante este panorama, varios autores han planteado la necesidad de incorporar un modelo multifactorial e integrador de las dimensiones que concurren en el individuo. Pues ya lo mencionan Lahuerta y Lloret (1994) el consumo viene propiciado por una casuística multifactorial y no tan sólo por una situación o incluso por un estado de ánimo o personalidad determinada. Lo que ejemplifican con la siguiente afirmación: la *teoría del aprendizaje* nos descubre que cuando una droga o estímulo es un instrumento de relación, éste se convierte en un refuerzo. Si el sujeto tiene además unas necesidades o carencias afectivas, madurativas, etc., en su entorno más próximo y suple estos vacíos con la relación que el consumo le procura, este hecho se convierte peligrosamente, en un refuerzo positivo y obviamente en un estímulo para el consumo.

Entre los modelos formulados para este fin se encuentra el “modelo integral de las adicciones” presentado, en la década de 1980, por el doctor Griffith y sus colaboradores (citado por Velasco, 1997). De acuerdo con este modelo, el inicio, la continuación o la interrupción del consumo de drogas depende de la interacción de una serie de elementos sociales e individuales (psicológicos y físicos), algunos de los cuales pueden ser más o menos remotos en el tiempo junto a otros que son más o menos recientes. Entre los antecedentes o causas sociales del primer tipo se encuentra la sociedad en la que se vive, la cultura a la que se pertenece, la clase social, etc.. Mientras que la familia y los amigos estarían entre los segundos. En cuanto a los elementos psicológicos recientes se tiene el manejo incorrecto de los conflictos emocionales y el desarrollo inadecuado de la autoestima, por mencionar algunos. En tanto que las experiencias infantiles en el seno de una familia en la que se abusa del alcohol o de otras drogas, la actitud de aceptación del consumo, la falta de la figura paterna, una mala educación basada en el autoritarismo irracional, etc., confluyen como elementos de influencia negativa lejanos en el tiempo.

Un modelo muy similar al anterior, es el “modelo biopsicosocial del alcoholismo” propuesto por autores como Ewing (1980); Moos y Finney (1983), citados en Secades (1996). En él, se sugiere que la etiología del consumo de alcohol y de la posterior adicción se debe a la interacción de factores constitucionales (genéticos y biológicos), factores sociales (por ejemplo, la disponibilidad) y factores psicológicos (como la historia del aprendizaje). Algunos factores actuarían como protectores frente al alcoholismo (alto costo, fuertes creencias religiosas antialcohólicas, etc.), mientras que otros funcionarían como factores de riesgo (por ejemplo, situaciones de tensión o historia familiar de alcoholismo).

Dicho modelo sostiene que los posibles factores precipitantes del consumo de alcohol han de considerarse de forma independiente de los que posteriormente determinan el mantenimiento y desarrollo de un problema de alcoholismo. La importancia relativa de las diferentes variables no es la misma en cada grupo o individuo particular e, incluso, varía a lo largo de las distintas fases y patrones de consumo de un bebedor. Es decir, la contribución de los diferentes factores también depende de la fase en la que la persona se encuentre dentro del proceso de dependencia. Por ejemplo, puede ser que factores sociales ejerzan mayor influencia en la decisión inicial de experimentar con el alcohol, que factores genéticos contribuyan a las diferencias en la sensibilidad y tolerancia del mismo y que, posteriormente, factores psicológicos y microsituacionales sean críticos en la determinación del cese o continuación del consumo (Secades, 1996).

Ambos modelos hacen hincapié en que para que el consumo se presente debe existir una combinación de elementos o factores capaces de propiciarlo, pero a diferencia del primero, el modelo psicosocial advierte un peso diferencial en la importancia que cada uno de éstos juega dependiendo de si se trata del primer contacto con la sustancia, de la continuación o de la interrupción del consumo.

Y finalmente el “modelo riesgo/protección para el estudio de las adicciones” que difiere del modelo biopsicosocial en que persigue la identificación e intervención en el riesgo y propone acciones en el desarrollo del mismo, cuando los riesgos aparecen y no cuando existe ya la prevalencia de trastornos –el caso como tal- siendo por tanto su meta el abatir la incidencia de casos nuevos. Consecuentemente actúa sobre los factores precursores del consumo y considera que la prevención debe empezar mucho antes de que la conducta se establezca (Souza, Prado, Martínez, Martínez y Tagle, 2000).

Situación en México.

Cada cultura tiene su, o sus drogas legales cuyo uso estará más o menos sometido al control legal o cuya oferta será totalmente abierta y aún intensamente incentivada (Arias, Fernández, Kalina y Pierini 1990).

En México, la influencia del alcohol ha sido muy importante desde tiempos remotos en la vida social y religiosa, en las normas y rituales de los distintos subgrupos de la población, en el contacto ceremonial con la deidad. en los mitos y creencias. De hecho, casi no existe aspecto de la vida mexicana con el que las bebidas alcohólicas no estén asociadas, pues se les atribuye una función primordial dentro de la integración social (Tapia, 2001).

Se carece de una estructura normativa definida ya que, por un lado, se considera que "embriagarse es una forma inocente de divertirse" o que "nace bien embriagarse de vez en cuando"; pero, por otro lado, se le imputan aspectos negativos como que "el alcohol saca lo peor de la gente" o "es el responsable de que las personas hagan cosas de las que después se arrepienten". Aún más, no existe una clara definición de lo que es "tomar", o "tomar en exceso", en general la población tiene poca información sobre la cantidad de alcohol que inhabilita a las personas a ejecutar acciones concretas como manejar automóviles u operar maquinaria. Así, las normas sociales están más relacionadas con quién puede o no beber, dejando de lado la moderación¹³ (Tapia, 2001).

Las leyes referentes a su consumo son altamente permisivas por lo que las restricciones existentes muchas veces no se respetan, por ejemplo, la prohibición de venderse a los menores o, las disposiciones legales en torno a la publicidad (Cormillot y Lombardini, 1992 y Tapia, 2001).

No es casual entonces que ésta sea una de las adicciones más frecuentes, de las más difundidas y, al mismo tiempo, de las más ignoradas. Pues, aparte de que su uso no está sancionado legalmente, es tolerado, avalado culturalmente en la sociedad contemporánea y, fomentado con el apoyo de todo el aparato publicitario (Arias, et. al., 1990 y Tapia, 2001).

El uso de drogas es un fenómeno que cambia continuamente y que se manifiesta de manera distinta en los diferentes grupos de la población. Por lo tanto, la investigación epidemiológica es indispensable para conocer la magnitud del problema y sus tendencias, para dilucidar cuáles son los factores que influyen en la experimentación y en el abuso de sustancias, y también para saber cuáles son los que protegen de incurrir en estas prácticas (Villatoro, et. al., 2002). A fin de explorar estos aspectos y mantener un diagnóstico actualizado del problema, el Instituto Nacional de Psiquiatría (antes Instituto Mexicano de Psiquiatría) ha llevado a cabo, desde 1973 y a nivel nacional, estudios de investigación sobre la prevalencia del consumo de drogas.

¹³ El consumo moderado puede definirse como aquel que por lo general no causa problemas, ni para el usuario ni para la sociedad. No obstante, definir que cantidad de alcohol genera problemas, es complicado dadas las diferentes formas en que afecta a diferentes personas, por ello el Departamento de Salud de Estados Unidos estableció límites para definirlo. Estos fueron adaptados a los patrones de consumo, observados en México. Debido a que no es común beber alcohol diario, sí en cambio es frecuente que se ingieran grandes cantidades de alcohol por ocasión de consumo, los límites se establecieron para el consumo semanal; así, se considera que un límite de bajo riesgo en una mujer es no consumir más de nueve copas por semana y 12 si se es varón, éste no debe de exceder a una copa por hora, ni a más de cuatro por ocasión de consumo. Otros autores, a partir de su experiencia con programas en los que enseñan a los bebedores problema –que aún no desarrollan dependencia- a controlar el alcohol que consumen, consideran también como criterio el que no se consuma diario (Tapia, 2001)

Como resultado de estos estudios se establece que la forma de consumo más frecuente de la población mexicana se ubica en el grupo de países "secos" de acuerdo con la clasificación formulada por Room (mencionado por Tapia, 2001), donde el consumo frecuente es raro, y el consumo excesivo es más bien episódico, esto es, el mexicano bebe alcohol, con poca frecuencia pero en grandes cantidades asociadas a cada ocasión de consumo (por lo que las ocasiones de consumo son ocasiones de embriaguez). Esta manera de ingerir bebidas alcohólicas incide en la manifestación de un número elevado de problemas asociados (intoxicaciones, violencia y otros problemas sociales). Por otro lado, el alcohol disponible se distribuye de tal modo, que existe un gran número de abstemios, básicamente en la población femenina, en tanto, los consumidores están representados, principalmente, por varones de edad media.

Ello puede observarse, en la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) realizada en 1998, donde el patrón característico de los hombres que habitan zonas urbanas, fue el consumo de grandes cantidades por ocasión, el cual ocurrió mensual o semanalmente, en tanto que el consumo frecuente de bajas cantidades, no fue común. El 28% bebió menos de una vez al mes, 8.5% fueron bebedores frecuentes de bajas cantidades y 40% se ubicaron en los patrones mensuales o semanales que se asocian con altas cantidades (esto fue reportado primordialmente por los grupos de menor edad alcanzando, su máxima expresión en el de 30 y 39 años). Entre las mujeres, en cambio, el consumo fue poco común, no obstante, en comparación con estudios anteriores, éste se incrementó. La tasa de abstención tuvo una disminución importante principalmente en aquellas de mayor edad (para los varones la reducción más significativa se dio en el grupo de menor edad, entre 18 y 29 años, de 27 a 22%, y de los 30 a los 39, de 24 a 18%). Junto con las mujeres, los adolescentes se sumaron al grupo de consumidores, copiando los modelos adultos en los que, a menudo, se asocia el consumo con la embriaguez.

Por lo que se refiere a la edad de inicio, el 46.6% de los entrevistados de ambos sexos refirió que fue entre los 15 y 18 años. De éstos el 33% de los varones y el 27% de las mujeres bebieron su primera copa completa antes de cumplir los 18; edad legal para beber. Siendo de los 18 a los 29, el periodo en el que con mayor frecuencia el sector femenino se inicia en el consumo, en tanto que para los hombres existen dos puntos importantes, de los 12 a los 15 años y al llegar a la mayoría de edad. Con relación a las bebidas de preferencia en el ámbito nacional, la cerveza fue mencionada en primer lugar, seguida por los destilados, el vino de mesa, los coolers y el pulque (ENA, 1998).

Además del estudio en población general y con el propósito de monitorear la prevalencia del consumo de drogas entre los adolescentes, esta misma institución (Instituto Nacional de Psiquiatría) conjuntamente con la Secretaría de

Educación Pública, realizan desde 1975, estudios en población estudiantil tanto a nivel nacional como en el Distrito Federal y su zona metropolitana.

Datos de la encuesta nacional sobre el uso de drogas en la comunidad escolar, de 1991, muestran que el alcohol tuvo los porcentajes más altos de consumo en relación con otras drogas (incluyendo el tabaco que también es aceptado y ampliamente difundido). Aunque destacó la cantidad de varones que beben y se embriagan, las mujeres, especialmente las de Baja California y las del D.F., presentaron cifras bastante elevadas, no obstante, fueron ellas las que percibieron como más arriesgado beber alcohol. Con respecto a la edad, una mayor parte de los que tienen 16 años o más, bebió en comparación con los de 15 años o menos. Asimismo se observó que conforme aumenta la edad de los estudiantes aumenta el número de los que consumen más de 4 copas, o se embriagan (Rojas, et. al., 1995).

Las entidades que presentaron las cifras de consumo más altas (mayores a la nacional) fueron: Baja California, Chihuahua, Jalisco y el Distrito Federal. De acuerdo con Rojas, et. al. (1995), el panorama de estos estados indica que los jóvenes siguen en gran parte el ejemplo de los adultos; ya que el consumo de bebidas está sumamente extendido y tolerado, es decir, está "bien visto". Lo más común, es que el alcohol esté presente en eventos deportivos, reuniones sociales, familiares y en toda clase de celebraciones.

Al hacer una comparación entre los datos de las encuestas levantadas en la ciudad de México, en 1997 y 2000, se advierte un incremento en la proporción de estudiantes que han probado alcohol. En 1997 el 54% de los adolescentes reportó consumirlo alguna vez en su vida y un 30% haberlo usado en el último mes (Villatoro, et. al.; 1999), mientras que para el 2000 este porcentaje fue de 61.4% y 31.9%, respectivamente (Villatoro, et. al., 2002). De los que reportaron consumir en el último mes 22.1% (en 1997) y 22.6% (en el 2000) correspondió a estudiantes de nivel secundaria (porcentajes que se duplicaron para el nivel medio superior). En relación con la edad, en ambos estudios, se encontró que los consumidores de 14 años o menos, representó menos de la mitad de los que tienen 18 años o más. Esta información sustenta lo expresado por Berenzon, Medina-Mora, Carreño, Juárez, Villatoro y Rojas en 1996: "para los jóvenes, en su mayoría menores de edad, el consumo de esta sustancia es una práctica normal que aumenta con la edad, sin mostrar cambios significativos a partir de la edad en que se puede comprar y consumir legalmente".

En cuanto al índice de abuso de bebidas alcohólicas (5 ó más copas por ocasión de consumo, al menos una vez al mes) sigue siendo muy alto (23% en 1997 y 21.4% en el 2000), tanto en los hombres como en las mujeres; de manera que 1 de cada 5 se emborracha una vez al mes. (Villatoro, et. al. 1999- Villatoro, et. al., 2002).

Al analizar este consumo por género se aprecia que aunque la población masculina (33.2% en 1997 y 34.0% en el 2000) sigue estando más afectada que la femenina (27.2% en 1997 y 29.9% en el 2000) la diferencia porcentual es pequeña, lo que sugiere que los niveles de consumo de los hombres y de las mujeres son cada vez más similares. Lo mismo sucede con la percepción de riesgo, no existe mucha diferencia en los porcentajes, tomando en cuenta el sexo, ni tampoco en función de los distintos niveles educativos. Cabe mencionar que ésta sigue siendo baja, pues sólo el 55% de los adolescentes consideró muy peligrosa la ingestión frecuente de esta sustancia (Villatoro, et. al., 1999; Villatoro, et. al., 2002).

A nivel secundaria, el consumo en el último mes, por parte de las mujeres aumentó (19.7% en 1997 y 22.4% en el 2000; para los hombres estas cifras fueron de 22.5% y 22.8% respectivamente). En lo que concierne al consumo excesivo se percibe un ligero incremento para ambos sexos. La prevalencia en los hombres fue, en el mismo orden, de 15.8% y 18.8% y en las mujeres de 12.7% y 14.8% (Villatoro, et. al., 2001).

Finalmente, según datos de la encuesta del 2000, las delegaciones políticas con porcentajes más altos de consumo alguna vez, fueron: Miguel Hidalgo (62.5%), Iztapalapa (63.2%), Tlalpan (63.6%), Coyoacán (66.4%), Gustavo A. Madero (69.0%), Cuauhtémoc (70.1%) y Benito Juárez (71.7%).

Algunas de estas tendencias se reafirman en la ENA realizada en el 2002 (consultada en www.salud.gob.mx/unidades/conadic/), la cual no pudo ser comparada, en su totalidad, con las encuestas anteriores dada la metodología utilizada¹⁴.

De los datos en población urbana adolescente, que sí pudieron cotejarse con los presentados en las encuestas anteriores, se reporta un incremento en el índice de consumo: de 27% en 1998 a 35% en 2002 para varones y de 18% a 25%, respectivamente, entre las mujeres; así como un aumento de varones, menores de edad, que reportaron beber mensualmente cinco copas o más por ocasión de consumo -de 6.3% a 7.8%- (ENA, 2002).

Dado que la ENA 2002 contiene la información más reciente con respecto al consumo de alcohol, es conveniente mencionar los resultados, que de ella se obtuvieron, en población adolescente.

¹⁴ La Encuesta Nacional de Adicciones 2002 se realizó con una metodología relativamente diferente de las encuestas anteriores. Entre otros aspectos, se incluyó por primera vez el componente rural, y no se incluyó el sobremuestreo de las ciudades, ni de adolescentes que se hizo en la encuesta de 1998 (ENA, 2002).

Cerca de tres millones (3, 552,427) de adolescentes entre 12 y 17 años consumió una copa completa de bebidas con alcohol en el año previo al estudio. los cuales representaron al 25.7% de la población en este grupo. El consumo en la población urbana alcanzó 35% (1,726,518) de la población masculina y 25% (1,252,712) de la femenina, a razón de 1.4 varones por cada mujer; en la población rural el índice de consumo fue menor 14.4% (543,197), 18% (357,775) en los varones y 9.9% (185,422) en las mujeres con una razón de una mujer por cada 1.8 hombres (ENA, 2002).

La cantidad modal de consumo por ocasión fue de 1 a 2 copas en las mujeres urbanas y en los hombres rurales; en segundo lugar aparece el consumo de 3 a 4 copas para todos los sujetos, presentándose con la misma frecuencia, sólo en varones urbanos, el consumo de 5 a 7 copas (ENA, 2002).

Por último un dato interesante, que no se abordó en ninguna de las encuestas anteriores, es lo referente al patrón de consumo que presentan los adolescentes. Al respecto, la encuesta del 2002 señala que aún cuando el patrón de consumo poco frecuente (menos de una vez al mes) caracterizó a este grupo étnico, 10.5% de los hombres urbanos y 4.7 % de los rurales reportaron consumir con patrones que incluyen altas cantidades de alcohol (5 o más copas por ocasión de consumo). Esta conducta se observó en 3.4% de las mujeres urbanas y en 0.9% de las mujeres rurales (ENA, 2002).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



CAPITULO III. FACTORES DE RIESGO Y CONSUMO DE ALCOHOL

En materia de prevención se habla de detección precoz concebida como la captación temprana de indicadores de riesgo y vulnerabilidades posibles en las personas, en la familia, en la comunidad y en la cultura. Donde riesgo se define como la probabilidad de que acontezca un hecho indeseado que afecta la salud de un individuo o grupo, mientras que vulnerabilidad hace referencia a la potencialidad o probabilidad que tiene una persona para desarrollar una condición y se determina tomando en consideración tanto los factores de riesgo¹⁵ a los que está expuesto el individuo como su habilidad para vencerlos o superarlos¹⁶, (Donas, 2001; Tapia, 2001; Martínez, 2002; Medina-Mora en Nateras, 2002).

Aplicados al campo de las adicciones, los factores de riesgo pueden definirse de acuerdo con Becoña, Rodríguez y Salazar (1995) como aquellos hechos o circunstancias cuya presencia aumenta las posibilidades de un individuo o grupo social de consumir drogas. En este sentido, Vallés en 1998 propone una definición más completa "son aquellas variables internas y/o externas que combinadas entre sí, podrían resultar predisponentes o facilitadoras para el inicio y/o mantenimiento de las drogodependencias".

Cabe aclarar que un factor de riesgo asociado a un problema de salud, no necesariamente, causa la enfermedad, por lo que debe entenderse, sólo, como una característica detectable en un individuo, familia, grupo o comunidad que "señala" una mayor probabilidad de tener o sufrir un daño (Donas, 2001; Martínez, 2002). En otras palabras, hablar de factores de riesgo es hablar de probabilidad y no de causalidad.

¿Cómo se determinan los factores de riesgo?

El conocimiento de los factores de riesgo se nutre principalmente de tres fuentes: la clínica, la epidemiología y la teoría. Tradicionalmente fue la clínica la inspiradora de las primeras explicaciones de la dinámica del abuso de drogas. Los propios terapeutas, a partir de la experiencia clínica y del conocimiento de las familias de los toxicómanos, fueron los que establecieron las primeras

¹⁵ Características y condiciones asociadas con el desarrollo de una enfermedad, que anteceden al problema y aumentan la probabilidad de que éste ocurra (Donas, 2001)

¹⁶ Resiliencia (Tapia, 2001)



hipótesis y señalaron factores de riesgo. Desde luego la clínica es una atalaya notable para el conocimiento del mundo de la adicción, pero introduce al mismo tiempo varios sesgos que limitan su capacidad. Al terapeuta se le dificulta diferenciar en su análisis del toxicómano aquellas cuestiones preexistentes en su personalidad y familia que contribuyeron al inicio de la adicción, de todo lo que ha introducido el contacto con la droga. Proporciona poca información sobre los primeros momentos de consumo y las circunstancias que intervienen para que éste se consolide o se quede en un simple consumo experimental; tampoco, ofrece información acerca de las circunstancias internas y externas al individuo que lo hacen resistirse a cualquier consumo experimental o bien, de aquellos que habiendo iniciado un consumo esporádico son capaces de detenerse y no llegar a constituir una adicción. Además, la población de toxicómanos que acude a tratamiento es una muestra sesgada del resto de consumidores (Becoña, et. al., 1995).

La epidemiología, habla de la "historia natural de las enfermedades infecciosas", sin embargo, la definición moderna de este término incluye el estudio de los fenómenos sociales que no pueden considerarse como enfermedades propiamente dichas, pero en las que es posible identificar la tríada ecológica que caracteriza al modelo epidemiológico: agente, huésped y medio ambiente facilitador (Tapia, 2001).

Así, para el fenómeno social que aquí interesa el agente tendría una base común, el alcohol etílico, con diversas presentaciones y formas; el huésped estaría centrado principalmente en el individuo que lo ingiere o está en riesgo de consumirlo, quién podría sufrir múltiples efectos o resultados adversos por el uso de esta sustancia; y el medio ambiente que incluye tanto las variables socioculturales que influyen en la presentación del fenómeno (por ejemplo, el hecho de que las bebidas alcohólicas formen parte de las actividades de fines de semana, recreativas y de descanso; sean promovidas en eventos deportivos de todo tipo; constituyan un componente casi necesario de fiestas y conmemoraciones, etc.), como en sus consecuencias (SSA, CONADIC 1994; Aizpiri y Marcos, 1996; Tapia, 2001).

La investigación epidemiológica, en el ámbito de las adicciones, proporciona una imagen objetiva del fenómeno dentro del marco de la salud pública, aporta datos sobre poblaciones amplias, representa una opción para dirigirse a la población normalizada antes de que la droga haya hecho estragos en su personalidad y conducta, amplía la comprensión del proceso adictivo al proveer una descripción de las características de los usuarios de droga, posibilita el seguimiento del efecto de los factores de riesgo a largo plazo, así como la observación de las interacciones que establecen con otros factores o circunstancias, además de permitir la integración de un marco teórico explicativo que acepta teorías de muy distinta naturaleza dependiendo de la fuente de variación en la que convergen. Las teorías psicológicas y educativas

orientadas al individuo; las teorías sociales, antropológicas y psicosociales enfocadas al medio ambiente; y las teorías económicas y políticas, que se ocupan de todos los aspectos relacionados con el control social y legal de la disponibilidad de las drogas (SSA, CONADIC, 1994; Becoña, et. al., 1995; Tapia, 2001).

Sus limitaciones se derivan del anonimato, de la necesidad de hacer preguntas operativas que dejen de lado el subjetivismo, de las dificultades ligadas a la metodología (construcción de cuestionarios, muestreo, dificultades en la interpretación de los datos, etc.) y de la analogía con las enfermedades infecciosas (Becoña, et. al., 1995; Tapia, 2001).

Esta última, motivada por las diferencias entre los fenómenos involucrados, a saber: la definición de caso en el consumo de sustancias psicoactivas no es tan claro como en las enfermedades infecciosas, esto es, dado que el criterio médico no es el único relacionado con la evaluación de la magnitud del problema, las categorías de uso, abuso y adicción, no se correlacionan directamente con la gravedad de las consecuencias (leve, moderada y grave); por otra parte, en el caso de la ingestión de drogas, se aprecia en el individuo -al menos cuando el consumo se inicia- un deseo por participar e involucrarse con el agente, el cual a su vez, genera un efecto negativo en la sociedad, el medio ambiente y los individuos, aún antes de entrar en contacto con el huésped (si bien es cierto que los problemas graves de salud son más frecuentes entre los adictos, también es cierto, que en los usuarios experimentales u ocasionales son más comunes los problemas legales, familiares y personales, que por lo regular implican a terceros); y finalmente, no existe una progresión lineal ni inevitable hacia la adicción después de ingerir por primera vez una droga, es decir, no hay lo que en las enfermedades infecciosas se conoce como proceso natural de la enfermedad (Tapia, 2001).

En cuanto a la teoría, su existencia hace factible la integración, interpretación y búsqueda de nuevos factores de riesgo o nuevas relaciones entre ellos (Becoña, et. al., 1995).

Factores de riesgo, adolescencia y consumo de alcohol.

El camino hacia las drogas es diferente en cada sujeto y situación, hallándose la predisposición y el origen del consumo relacionado con el número de factores a los que está expuesto el individuo. Es decir, una persona no toma drogas porque sea viciosa, influenciable o curiosa, o porque algún desaprensivo le induzca a ello a la salida del colegio sin que medie ningún otro motivo (Vallés, 1998; Souza, et. al., 2000; Nato y Rodríguez, 2001; Medina-Mora, en Nateras, 2002). Por tanto, puede decirse que los factores que favorecen el contacto con

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

el alcohol operan de manera activa combinándose e influyéndose mutuamente, no existiendo ninguno que, por sí solo, explique el uso de esta sustancia.

Éstos son tan variados, que a fin de facilitar su estudio, han sido ubicados en diferentes dominios. Por ejemplo, Becoña, et. al. (1995) los clasifica en genéticos, psicológicos y ambientales; ENLACE (1998) los secciona en personales, familiares y sociales; Souza, et. al. (2000) hablan de factores individuales, familiares y socioculturales y Tapia (2001) los divide en individuales, socioeconómicos y farmacológicos.

Otra de las causas por las que se dificulta el estudio y comprensión, de dichos factores, radica en que cada uno de ellos difiere en su impacto sobre el consumo de alcohol. Esto es, por su importancia (que varía a lo largo de las diferentes etapas de desarrollo y de persona a persona¹⁷) unos son más determinantes que otros y en función de su naturaleza, algunos factores son modificables, mientras que otros, solo pueden ser neutralizados¹⁸. En consecuencia, resulta difícil precisar qué factores actúan solos o combinados y cuáles, en combinación, actúan de modo preponderante, cuáles son susceptibles de modificarse por influencia terapéutica, cuáles se relacionan con el inicio del consumo y cuáles con el mantenimiento a largo plazo, etc. (Macía, 2000; Souza et. al., 2000; Tapia, 2001; Medina-Mora en Nateras, 2002).

De tal suerte, los factores de riesgo involucrados con el consumo de alcohol no son homogéneos, ni tienen tal especificidad que permita determinar un peso funcional de influencia constante en un individuo y otro. No obstante, Velasco (1997) señala, que en algunos casos particulares puede mediar más lo sociocultural, mientras en otros interviene más lo propiamente psicológico-individual, y en otros tantos, lo genético es casi determinante.

En la etapa adolescente ciertos factores de desarrollo -tales como el sentimiento de omnipotencia, la curiosidad, el deseo por experimentar nuevas sensaciones, la búsqueda de retos, la presión familiar y social- inciden sobre el uso de sustancias. De ahí que la adolescencia sea, por sí misma, un periodo altamente propicio para iniciar el consumo de alcohol, en especial si están presentes otros factores que aumentan la probabilidad de ocurrencia de dicho evento, entre los cuales se pueden mencionar:

¹⁷ en una persona pueden ser más determinantes unos factores que otros, dependiendo de su sensibilidad y las habilidades adquiridas para resolver los problemas que le presenta la vida cotidiana (Rojas, 1998).

¹⁸ Neutralizar un factor de riesgo implica fortalecer los factores protectores. Por ejemplo, un factor de peso para desarrollar alcoholismo incluye tener un padre alcohólico: sin embargo, a pesar de que el factor no es directamente manipulable, otros aspectos (llamados protectores) pueden neutralizar su influencia. Esto es, una buena crianza durante la primera infancia, y un ambiente familiar y escolar adecuados durante la segunda, elimina o al menos neutraliza la predisposición genética (Tapia, 2001).

Disponibilidad de la sustancia representa qué tan accesible es el alcohol y cuán tolerado es su uso en el contexto. Incluye la cantidad de bebidas alcohólicas a disposición de la población, promoción del consumo, distribución y expedición del producto, precio de las bebidas y edad permitida para su ingestión (Aizpiri y Marcos, 1996; Tapia, 2001). De acuerdo con Vallés (1998), tanto la expedición de esta sustancia en lugares públicos y privados como su promoción tienen un peso significativo para los adolescentes, debido a que involucran a los medios masivos de comunicación y a la publicidad.

Los medios masivos de comunicación pueden favorecer la ingestión de bebidas alcohólicas, a través de sus mensajes y contenidos (Aizpiri y Marcos, 1996). La propaganda, de este tipo de bebidas, a escala nacional utiliza los tiempos comerciales de mayor audiencia, no sólo para propiciar la selección entre marcas por los consumidores habituales, sino básicamente para promover el consumo e inducir a los grupos de riesgo. Sus mensajes contienen la mayoría de los elementos vedados por la ley sanitaria que establece, que las personas que intervienen como modelos deben tener o aparentar más de 25 años; prohíbe la participación, en imágenes o sonidos, de niños y adolescentes; dirigir la publicidad hacia dicha población; asociar la utilización de este producto con ideas o imágenes de éxito en la vida afectiva, sexualidad de las personas o exaltación de prestigio social; o bien, con actividades recreativas, deportivas, cívicas o religiosas (Árboles, 1995; Falke, 1998; Valles, 1998; Tapia, 2001).

De igual forma, durante los últimos años, la industria productora de bebidas alcohólicas ha utilizado mecanismos que le permiten llegar a la población infantil y adolescente en horario indiscriminado, a saber: los conciertos musicales, en donde se promueve en forma indirecta la venta y consumo de determinadas marcas (Tapia, 2001); y la implementación de diferentes prácticas comerciales -barras libres, concursos y promociones- en los lugares de consumo a los que con frecuencia asisten menores de edad (Encuesta Nacional de Adicciones, 1998)

Una razón más, por la que este factor es muy significativo tiene que ver con el hecho de que la familia dedica más tiempo a ver televisión que a conversar. Esto es especialmente importante para la creación de modelos o líderes (personas admiradas por el individuo a las cuales tratará de imitar) que se convierten en otro punto de referencia que el adolescente -en su búsqueda de identidad- toma además de sus padres y amigos. Pueden ser desde profesores, familiares, hasta personajes famosos: cantantes, actores, deportistas, presentadores, bailarines, periodistas, policías, astronautas, héroes de ciencia ficción, etc. (Nuevo, 1997; ENLACE, 1998; Rojas, 1998; Vallés, 1998).

Este último punto introduce dos nuevos elementos a analizar los padres y el grupo de pares como modelos a seguir.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Está comprobado que los hábitos de beber de los padres, así como su actitud frente a la bebida y a los que abusan de ella, influyen de forma importante en el uso de alcohol por parte de los hijos, siendo más probable la iniciación de éstos en el consumo, cuando las actitudes de los primeros son favorables hacia el mismo. No obstante un modelo parental abstemio muy rígido, con actitudes rigurosas de desaprobación, puede conducir a un rechazo del adolescente hacia sus progenitores en su búsqueda de individualidad y autoexpresión, y producir así, el efecto no deseado de experimentar lo prohibido (Secades, 1996; Castillo, 2000; Macia, 2000).

Queda claro, pues, que la actitud de los padres hacia el uso de alcohol y no solo su forma de ingerirlo median tanto la conducta de los adolescentes, en este sentido, como el desarrollo de actitudes a favor o en contra.

Por su parte, el grupo de pares cumple para todo adolescente un papel muy importante en la transición que realiza entre su medio intra-familiar y el medio social extra-familiar. Se convierte en un sitio para lograr autonomía e independencia de los padres, en una fuente de afecto, simpatía, entendimiento y orientación moral, por lo que la aceptación del grupo se vuelve primordial para el individuo, quien a fin de alcanzarla seguirá los cánones marcados por el líder o líderes del grupo (Arias, et. al., 1990; Nuevo, 1997; Vallés, 1998; Papalia, et. al., 2001).

De esta manera, si el grupo bebe alcohol, el ofrecimiento se dará sin duda, siendo difícil que el adolescente se niegue por temor a que dicha negativa sea interpretada como rechazo al grupo al que quiere seguir perteneciendo: o bien, su ingreso puede estar condicionado a que consuma la droga en cuestión, la que, en algunos casos, opera como distintivo o insignia de pertenencia (Arias, et. al., 1990; Macia, 2000; Nató y Rodríguez, 2001).

Sería excesivo afirmar que el grupo impone la droga y sus valores. El adolescente tiene inicialmente la posibilidad de adoptarla y de compartirla o no las ideas de los miembros del grupo, lo cual dependerá de los rasgos de personalidad con los que llegue al mismo (Arias, et. al., 1990; Macia, 2000), así como de la situación familiar en la que esté inmerso, pues si el adolescente no tiene sentido de pertenencia respecto de su familia, y no mantiene con ellos una buena comunicación e interacción puede utilizar el grupo de amigos como sustituto (Nató y Rodríguez, 2001)

En el contexto familiar el acercamiento de los adolescentes al consumo de esta sustancia puede verse favorecido por:

Pautas incorrectas de educación Existen dos aspectos diferentes en la disciplina: el control y el apoyo.



Vulnerabilidad a la influencia externa. Evidentemente son más influibles los adolescentes que los adultos, lo cual se debe a la falta de maduración y experiencia. Por consiguiente, son presa fácil de la curiosidad, de las influencias negativas y de la presión ejercida por otros. Los individuos muy influenciados son más vulnerables cuando las personas significativas que les rodean consumen alcohol u otras drogas, al actuar la imitación o elementos de integración en el grupo (ENLACE, 1998; Macia, 2000).

Riesgo percibido. Se refiere a la evaluación del individuo con respecto al peligro de consumir diferentes cantidades de una sustancia psicoactiva, en este caso el alcohol (Villatoro, et. al., 1999).

Actitudes hacia la salud y el consumo de alcohol. Parece evidente que los sujetos con actitudes positivas hacia el alcohol se inician en el consumo con más facilidad, en comparación con los que tienen actitudes negativas o neutras. Pese a que la mayoría de adolescentes puedan mostrar una actitud global negativa, es importante considerar los elementos que conforman una actitud y la intensidad de las mismas. Es decir, una persona puede ser abiertamente contrario a las drogas y participar de una afirmación general como: "las drogas no deberían existir", o bien, "consumir drogas perjudica la salud", al tiempo, que mantiene creencias del tipo: "beber de cuando en cuando no perjudica la salud", "si tomara podría dejar la bebida cuando quisiera" o "beber algo de alcohol me ayuda a tener amigos". De este modo, el nivel de información de que se disponga sobre las características de la sustancia y las expectativas acerca de los efectos de su consumo, pueden romper la inconsistencia de las "actitudes" de los adolescentes (Macia, 2000).

Y locus de control, al cual se le dedica toda una sección por ser el objeto de la presente investigación.

Locus de Control.

Locus de control significa "lugar de control" y comúnmente es designado con las letras I-E (Interno-Externo), que representan los puntos extremos de dicha dimensión (Villa y Muñoz, 1995; Fernández y Gordingh, 1996; Corver y Scheier, 1997).

Al igual que Rodríguez, Godoy, Jiménez y Esteve (1992) García y Reyes Lagunes (2000) señalan que Rotter en 1966 introduce este concepto en su artículo "Generalized Expectancies for Internal vs External Control Reinforcement" donde, además de definirlo como una expectativa generalizada sobre el origen de los refuerzos, establece un continuo desde expectativas internas hasta expectativas externas; postulando como principio general que "si

el individuo interpreta un suceso reforzante como algo que depende de su propia conducta o de sus propias características relativamente constantes. se trata de una "expectativa de control interno". Cuando una persona percibe, en cambio, un suceso reforzante como algo que no depende del todo de su conducta y lo considera un resultado de la suerte, de la casualidad o del destino, se trata entonces de una expectativa de control externo".

Asimismo, denomina a los individuos que comparten la primera forma de ver sus recompensas -aquellos que consideran que el éxito en una tarea depende de su propio esfuerzo- como "sujetos con control Interno", y a los que comparten la otra postura, en donde el éxito o las recompensas son atribuidas a factores tales como la suerte o la situación, los designo como individuos con control externo. Así, los reforzadores para aquellos con control interno están dados por el propio yo del sujeto, mientras que para quienes tienen control externo son administrados por el medio ambiente -factor fuera del sujeto- (García, 1999).

Con base en estos tipos de percepción respecto al reforzamiento, son desarrollados el concepto de "locus de control interno" -descrito como aquel en el cual el sujeto percibe el reforzamiento como contingente a las propias acciones- y "locus de control externo" -definido como aquel en el que el sujeto no percibe la contingencia entre el reforzamiento y sus propias acciones, atribuyéndolo a factores externos como la suerte, el destino, el azar u otras personas que tienen el poder- (Ramírez, 1993).

En palabras de Fernández y Gordingh (1996) una persona se maneja mediante un locus de control interno, cuando percibe los reforzamientos como consecuencia de su propia conducta; lo interno lleva a atribuir las contingencias de reforzamiento a las habilidades y capacidades del propio sujeto. En oposición, cuando una persona se maneja mediante un locus de control externo, no percibe relación alguna entre los reforzamientos que recibe y su propia conducta, lo externo lleva a atribuir los reforzamientos a la buena suerte, a las oportunidades, etc.

Tanto el constructo de locus de control como sus variantes (interno / externo) derivan de la Teoría del Aprendizaje Social, elaborada por Rotter, la cual propone que la conducta humana tiene direccionalidad u objetivos que se concretizan en la obtención de refuerzos. Por consiguiente no deja de ser una teoría operante, sin embargo, su novedad reside en otorgar un papel destacado a una serie de variables cognitivas para la predicción de la conducta. En términos de la propia teoría, "el potencial de conducta" o probabilidad de que se produzca una conducta determinada, en una situación dada, dependerá fundamentalmente de las expectativas del reforzamiento -definidas como la creencia que tiene el sujeto de que tras una determinada conducta, en una situación dada, aparecerá un determinado refuerzo-, del valor que para el sujeto

tenga dicho reforzamiento y de la situación psicológica (Rodríguez, et. al., 1992).

La importancia de este constructo radica en que el individuo se anticipa ante una situación dada de acuerdo a las expectativas generales que se ha formado según sus experiencias pasadas de reforzamiento (como ya se menciona la teoría del aprendizaje social considera que el reforzamiento actúa confirmando una expectativa de que dicho reforzamiento procederá a una conducta o evento particular en situaciones futuras), lo cual puede afectar a una gran variedad de conductas (Andrade, 1984); por ejemplo, si un individuo está convencido de que tiene poco control en las recompensas o castigos que recibe, entonces tiene poca razón para modificar su conducta, debido a que no podrá alterar la probabilidad de que estos eventos ocurran (Rotter, Seeman y Liverant, 1962 citado en Aguilar, 1994).

Parece fácil describir y entender el significado de locus de control. Sin embargo, dadas las diferentes concepciones que se han utilizado para transmittir la idea de control (gobierno, responsabilidad, controlabilidad, afrontamiento, etc.), se presentan confusiones que llevan a igualar, erróneamente, dicho concepto con términos como locus de causalidad y afrontamiento.

A fin de aclarar el significado de control y algunas de las dificultades conceptuales de este constructo Wong y Sproule (citados en Lefcourt, 1984) resaltan ciertas distinciones que con frecuencia no son consideradas.

Para empezar asignan a "control" tres significados diferentes: percepción subjetiva, afrontamiento y contingencia objetiva.

Cuando "control" es usado como una "percepción subjetiva" simplemente se habla de control interno o externo percibido. En el caso de "locus de control de reforzamiento"¹⁹, el primero (control interno o control personal) significa autoeficacia percibida o responsabilidad personal, mientras control externo hace referencia a las influencias externas percibidas en la producción de ciertas consecuencias (Wong y Sproule citados por Lefcourt, 1984).

Afrontamiento es un término genérico que abarca un amplio rango de respuestas, conductuales y cognitivas, que auxilian a los organismos vivos para adaptarse a situaciones estresantes. De acuerdo con Lazarus (citado por Wong y Sproule en Lefcourt, 1984; Aduna, 1998; Valencia, 2001) existen dos tipos de afrontamiento:

¹⁹ Término propuesto por De Charm's (1968), citado por Márquez (2001), para diferenciar el locus de control de Rotter del locus de causalidad de Heider.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- ¶ Afrontamiento centrado en el problema: tiene como objetivo reducir las demandas de la situación estresante o aumentar los recursos para enfrentarla, es decir, se realizan diversos intentos instrumentales dirigidos a cambiar la situación problemática (puede ser considerado un control conductual). Las personas tienden a utilizar este tipo de afrontamiento cuando las condiciones de amenaza, lesivas o desafiantes resultan evaluadas como susceptibles de cambio (Wong y Sproule citados por Lefcourt, 1984; Aduna, 1998; Valencia, 2001)

- ¶ Afrontamiento centrado a la emoción: consiste en formas de afrontamiento que permiten a las personas sentirse mejor, sin cambiar realmente la situación (su objetivo está enfocado en controlar la respuesta emocional ante la situación de estrés). Incluyen diferentes mecanismos de defensa intrapsíquica, tales como racionalización y negación (control interno y paliativo, respectivamente) Tiene más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno (Wong y Sproule citados por Lefcourt, 1984; Aduna, 1998; Valencia, 2001)

En este sentido, control es utilizado como un proceso de afrontamiento, lo que involucra la preferencia por el control externo o interno de un evento (tiene que ver con la elección de estrategias de afrontamiento). Es decir, los procesos de afrontamiento señalan la forma en que las personas enfrentan el medio ambiente que les rodea; así, los sujetos orientados internamente sienten que pueden modificar su entorno y los acontecimientos que se les presentan, en tanto, los sujetos orientados externamente piensan que los cambios que ocurren dentro de su contexto se deben a fuerzas ajenas a ellos y por consiguiente no se sienten capaces de modificar ni el medio ambiente ni las situaciones en las que se encuentran (Wong y Sproule citados por Lefcourt, 1984; Ramírez, 1993).

Resulta fundamental diferenciar entre control percibido y control como un proceso de afrontamiento, ya que el segundo no necesariamente promueve la sensación de control personal; por ejemplo: cuando una persona es despojada de todos los derechos, libertades y dignidades, y es forzada a someterse al capricho de un captor despiadado, el cautivo puede intentar hacer frente a esta situación estresante por medio de sumisión, pasividad, o incluso identificación, pero quedaría la gran interrogante de si esto favorece el sentido de control del cautivo. Pues dicho sentido de control (control percibido) depende no sólo del proceso de afrontamiento elegido sino de la consecuencia obtenida (Wong y Sproule citados por Lefcourt, 1984).

Como un intento por aplicar lo anterior al tema de interés, se propone el siguiente ejemplo: un adolescente tímido, que se ve forzado a asistir a una reunión y que, en lugar de aislarse, decide tratar de integrarse al grupo, comienza a imitar las conductas de los asistentes (entre las cuales se encuentra la de consumir alcohol). Transcurrido cierto tiempo, se ve conversando con un grupo de compañeros, situación que atribuye a haber ingerido dicha sustancia. Aquí, puede apreciarse una estrategia de afrontamiento centrada en el problema y un locus de control de reforzamiento externo (porque en lugar de atribuir la consecuencia –sentirse integrado al grupo– a su capacidad para entablar una conversación lo atribuye a un elemento externo –alcohol–), que no promueve la percepción de control personal del individuo, aún cuando éste, realiza intentos instrumentales para modificar la situación.

A modo de conclusión, referirse a control interno-externo como un proceso de afrontamiento es hacer referencia a los intentos del individuo por controlar su ambiente o a sí mismo; más no indica si dichos intentos son efectivos o exitosos, lo que estaría relacionado con la forma en que el individuo evalúa las consecuencias de sus actos y en función de la cual estará el control percibido de reforzamiento.

Finalmente, "control" también puede ser definido como contingencia objetiva o contingencia entre conducta-consecuencia, la cual está relacionada con control percibido de reforzamiento pero no lo determina completamente, como lo sugieren algunos autores, incluyendo a Rotter (Wong y Sproule citados por Lefcourt, 1984).

Para aclarar esta postura se enfatizará la distinción entre locus de causalidad y locus de control. La teoría de locus de causalidad trata sobre la asignación de causa a diferentes loci tales como personas, estímulos, o circunstancias. Dentro de esta teoría se llama "atribución interna" a la asignación de causalidad orientada hacia la acción (el individuo y su conducta son vistos como una unidad causal de origen y efecto); y se nombra "atribución externa" la asignación de causalidad orientada hacia el ambiente. Locus de control por su parte tiene que ver con la forma en que el sujeto percibe, explica y evalúa su control sobre las consecuencias (Wong y Sproule citados por Lefcourt en 1984; Heider y Forgas, 1994 citados por Márquez en 2001).

En suma, podría decirse que locus de causalidad se centra en determinar qué origino un evento (conducta y características personales del individuo o factores ambientales), mientras que locus de control se ocupa de la percepción que el sujeto tiene sobre qué tanto puede controlar los reforzamientos, esto es, si percibe que éstos se deben a sus características personales, a su conducta, a factores externos (tales como otras personas, destino, suerte, etc.), o, a ambos.

Esta distinción es importante porque en numerosos casos la percepción de causalidad interna es acompañada por un sentido de incontrolabilidad o control externo. Por ejemplo, cuando una consecuencia negativa es atribuida a características personales, tales como daño cerebral, desventaja física, o aptitud insuficiente, el sentido de control personal se decrementa en lugar de incrementarse. Así mismo, la causalidad externa no necesariamente implica la ausencia de control interno, pues un individuo puede atribuirse la responsabilidad por consecuencias causadas externamente, cuando dichas consecuencias están fuera de control pero son previsibles. Así aunque un accidente automovilístico fuera causado por una desgracia, el conductor se adjudicará la responsabilidad si juzga que el accidente podría haber sido prevenido por un mejor mantenimiento de las llantas (Wong y Sproule citados por Lefcourt en 1984)

El ejemplo del chico tímido, muestra una percepción de causalidad interna acompañada de un sentido de incontrolabilidad, puesto que el individuo asocia el acto de beber (conducta) con integración al grupo (consecuencia), lo que implica percepción de una contingencia conducta-consecuencia que permite el establecimiento de una atribución causal interna, la cual no fomenta el control personal, ya que el sujeto no se sentirá responsable de la consecuencia (haberse integrado al grupo) al no evaluarla como determinada por su habilidad para conversar o su esfuerzo por acercarse a la gente.

Aunque burdos los ejemplos, dejan clara la posibilidad de que una consecuencia causada internamente se encuentre bajo un control externo, en tanto una consecuencia causada externamente esté bajo control interno. Ello lleva a concluir que una contingencia objetiva no es suficiente para determinar control interno, pues la percepción del mismo requiere de información adicional acerca de la intención, elección, habilidad de anticipación, y predisposición; además de involucrar la asignación de reconocimiento y culpa (Wong y Sproule citados por Lefcourt, 1984).

Para hacer más clara esta diferencia Wong y Sproule citados por Lefcourt en 1984, proponen la siguiente definición para locus de control "está relacionado con la asignación de responsabilidad sin importar la conducta instrumental. Así, hay percepción de control interno cuando se asume completa responsabilidad por lo que ha pasado, aun cuando haya sido causado externamente; y control externo, si la responsabilidad para una consecuencia descansa completamente en otro lado, a pesar de que ésta sea una consecuencia directa de la propia conducta; y finalmente se percibe un control dual, cuando la responsabilidad por una consecuencia se comparte entre el individuo y las fuentes externas".

Otro de los controversias teóricas que han surgido alrededor de este concepto, tiene que ver con la dimensionalidad del constructo.

Visión Unidimensional vs Visión Dual-Dimensional: Desde la perspectiva unidimensional, el constructo locus de control interno versus externo es considerado una dimensión bipolar, en donde el control interno y externo representan polos opuestos sobre una misma dimensión, lo que significa que un incremento en el control externo necesariamente implica un decremento en el control interno, y viceversa. De ahí, que la tendencia en este modelo sea caracterizar a las personas como internas (controladoras) o externas (controladas); y es, precisamente este punto el que torna conflictivo dicho planteamiento, pues no todos los individuos pueden ser clasificados como totalmente controladores o controlados, ya que muchos, caen entre estos dos extremos. Además, existen situaciones que requieren la cooperación entre control interno y control externo, para ser explicadas (Wong y Sproule citados por Lefcourt, 1984).

Por su parte, la visión dual-dimensional propone la existencia de dos espacios dimensionales, es decir, concibe el control interno y externo como dos dimensiones separadas, donde el locus de control puede ser localizado en cualquiera de ellas, haciendo posible la presencia simultánea de un alto grado de control interno y un alto grado de control externo. Por tanto, no se habla de individuos internos o externos sino de individuos bilocales²⁰ que perciben el control desde ambos lugares -interno y externo- (Wong y Sproule citados por Lefcourt, 1984).

Entre estas dos nociones la distinción parece pequeña, pero tiene profundas implicaciones teóricas y prácticas, a saber: en la visión dual dimensional no se ve al control en términos de control interno versus externo sino en términos de control interno y externo, ello significa que el locus de control puede ser alto tanto en la dimensión interna como en la externa, lo que hace patente el énfasis que este modelo pone sobre el control dual o grado de responsabilidad compartido entre la persona y los recursos externos, proporcionando así, una concepción más realista de control (Wong y Sproule citados por Lefcourt, 1984).

²⁰ ¿Cómo ven el control los bilocales?: Primero, ellos no están amenazados por el control externo (no es visto como algo negativo o degradante), no luchan contra éste, sino que lo aceptan como un hecho de la vida y asumen la responsabilidad de trabajar productivamente dentro de sus limitaciones. Segundo, la autonomía personal no es definida de forma dicotómica, esto es, el punto no es estar en completo control o en completa esclavitud. La autonomía personal es siempre definida en el contexto de las limitaciones externas. No tratan de exiliar el control externo completamente de su vida a fin de mantener un sentido de autonomía personal. Los bilocales no viven para conquistar y dominar; ellos tratan de vivir en armonía y no en conflicto con el ecosistema del cual son parte. En suma, la relación de uno con el mundo externo no está caracterizada simplemente en términos de dominación-subordinación (Wong y Sproule citados por Lefcourt, 1984).

Visión Dual-Dimensional y Teoría del Aprendizaje Social: La expectativa generalizada de control dual simplemente se refiere a la creencia generalizada de que el reforzamiento ocurre como una función de control personal y control externo (Wong y Sproule citados por Lefcourt, 1984).

El que la visión dual dimensional proponga que el locus de control externo se trate como una variable separada permite, dentro de la estructura de la teoría del aprendizaje social, un análisis más detallado del mismo (el cual puede provenir, al igual que en la visión unidimensional, de diversas fuentes tales como: otros poderosos, circunstancias, Dios, destino y suerte). En este sentido, el control externo puede verse como positivo o negativo. El primero (control externo positivo) apoya y coopera con el control personal, incrementando la expectativa de éxito, en tanto que el segundo (control externo negativo) obstaculiza o limita el control personal, decrementando la expectativa de éxito (Wong y Sproule citados por Lefcourt, 1984).

Incluir expectativas generalizadas de control externo negativo o positivo posibilita hacer una predicción más precisa de la expectativa de éxito en diferentes situaciones y proporciona un panorama más completo de las diferencias individuales en las creencias de locus de control, como se muestra en la siguiente tabla (Wong y Sproule citados por Lefcourt, 1984).

Clasificación	Control Interno	Control Externo Positivo	Control Externo Negativo
Controladores (internos)	Muy alto	Muy bajo	Muy bajo
Controlados (externos)	Muy bajo	Muy alto	Muy alto
Bilocales realistas	Alto	Alto	Alto
Bilocales optimistas	Alto	Alto	Bajo
Bilocales pesimistas	Alto	Bajo	Alto

Tabla 1. Clasificación esquemática de los diferentes perfiles de creencias generalizadas de Locus de Control (Lefcourt, 1984).

Los primeros dos perfiles (controladores y controlados), propuestos en la tabla 1, tienden a una visión unidimensional, por lo que sus expectativas generalizadas de control interno y externo son irreales y excesivas. En el caso de los controladores, maximizan las creencias en locus de control interno; en tanto, los controlados exageran el control externo (Wong y Sproule citados por Lefcourt, 1984).

Con respecto a los bilocales, como el termino lo indica, creen en la importancia tanto del control interno como del externo. Para ellos, estos dos tipos de control no están relacionados de manera inversa, por lo que no exageran de forma irreal la influencia del control interno o externo como lo hacen los controladores y controlados (Wong y Sproule citados por Lefcourt, 1984).

Estos últimos (bilocales) pueden diferenciarse, aún más, sobre la base de su actitud hacia el control externo, quedando tres subtipos:

- ◆ Bilocales realistas: reconocen la presencia simultánea de ambos tipos de control externo, el benéfico y el hostil. Ellos ven la amenaza y el impedimento que viene de fuera, pero también saben que pueden apoyarse en las fuentes externas (Wong y Sproule citados por Lefcourt, 1984).
- ◆ Bilocales optimistas: son aquellos individuos que tienden a ver el mundo como benevolente y piensan que el destino siempre los favorece. Al igual que los controladores tienen una expectativa irreal del éxito, pero a diferencia de los internos, no ven la presencia del control externo como una amenaza a su autonomía personal. Su expectativa irrealista de éxito está basada no en una valoración irreal de su capacidad, como pasa con los controladores, sino en una excesiva visión optimista del apoyo externo. Se diferencian de los controlados en que no se ven a sí mismos a merced de fuerzas externas; pues ellos harán su parte, al tiempo que esperan que los recursos externos suministren cuanto sea necesario para garantizar el éxito (Wong y Sproule citados por Lefcourt, 1984).
- ◆ Bilocales pesimistas: creen que las probabilidades están en su contra y que el control externo es hostil, sin embargo, consideran que con determinación podrán lograr algunos éxitos (Wong y Sproule citados por Lefcourt, 1984).

Cabe aclarar, que en México, la visión unidimensional propuesta por Rotter no ha sido favorecida, al menos en lo que a la medición del constructo se refiere. Prueba de ello se manifiesta en las escalas desarrolladas por Díaz-Loving y Andrade (1984), La Rosa (1986) y Reyes Lagunes (1998) –citada por García y Reyes Lagunes (2000)–, quienes, han encontrado que el locus de control, para población mexicana, esta conformado por diferentes dimensiones.

Díaz-Loving y Andrade (1984) tras desarrollar una escala de locus de control para niños basada en la escala de Nowicki y Strickland reportan tres dimensiones: fatalismo, afectividad e internalidad instrumental.

La Rosa (1986) después de aplicar, a estudiantes universitarios, las escalas diseñadas por Rotter y Levenson, elabora una escala para locus de control multidimensional, constituida por cinco factores: fatalismo/suerte, poderosos del macrocosmos, afectividad, internalidad instrumental y poderosos del microcosmos.

Finalmente, Reyes Lagunes (1998) basándose en la estructura teórica de Lecfour construye una escala conformada por 4 dimensiones: Logro interno control externo, socio-afectivo y familiar.

La multidimensionalidad de estas escalas implica la exclusión de una tipología interno-externo, mutuamente excluyente. Es decir, el individuo puede obtener para las diferentes dimensiones puntajes altos, bajos y medianos de manera simultanea, lo que a su vez permite la elaboración de un perfil que aumenta la comprensión del individuo, con respecto al tipo de locus de control con el que se maneja.



APITULO IV. METODOLOGIA.

JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El constructo locus de control se define como una expectativa generalizada sobre el origen interno/externo de los refuerzos, está basado en la teoría del aprendizaje social de Rotter, donde se propone que la probabilidad de que se produzca una conducta determinada, en una situación dada, dependerá de las expectativas de reforzamiento, del valor que para el sujeto tenga dicho reforzamiento y de la situación psicológica (Rodríguez, et. al., 1992). Planteamiento que lleva a estudiar la relación entre este constructo y el consumo de alcohol por parte de los adolescentes dado que socialmente a dicha sustancia se le adjudican una serie de reforzamientos altamente valorados durante esta etapa y por tanto el locus de control bajo el cual se maneje el individuo podría incrementar o decrementar la probabilidad de consumo para esta población.

Al respecto Shope, et. al. (1993); Wills (1994); Springer y Gastfriend (1995); Bearinger y Blum (1997); Wildgoose (1997) y Cloud (1999) han llevado a cabo investigaciones en este sentido, las cuales han arrojado resultados contradictorios por lo que es importante conocer como se comportan estas variables entre adolescentes del Distrito Federal, en especial si se considera que el uso de esta sustancia representa, junto al tabaco, el principal problema de salud por consumo de sustancias en nuestro país, específicamente, en el Distrito Federal se encontró que el 54% de los adolescentes ha usado alcohol alguna vez en su vida y un 30% lo ha consumido en el último mes (Villatoro, et. al., 1999).

Asimismo, se ha reportado que la edad de inicio en el consumo de alcohol, para población mexicana, oscila entre los 12 y 18 años (ENA, 1993 y 1998) lo que agrava la situación ya que está comprobado que a menor edad de iniciación existe mayor peligro de desarrollar trastornos físicos y psicológicos y una mayor probabilidad de desencadenar comportamientos de abuso e incluso de dependencia a otras sustancias adictivas. De tal suerte, aquellos que consumen alcohol a temprana edad tienen mayor probabilidad de ingerirlo en exceso y de experimentar problemas que afecten sus relaciones familiares y amistosas al cabo de un tiempo (Cavazos, 1989; Lahuerta y Lloret, 1994; Secades, 1996; Velasco, 1997; Vallés, 1998; Martínez, 2002).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Lo anterior hace evidente la necesidad de realizar estudios que proporcionen información respecto a posibles factores asociados al consumo de alcohol con el fin de implementar medidas preventivas efectivas para retrasar lo más posible la edad en que esta sustancia se ingiere por primera vez, pues como lo menciona Vallés (1998) las intervenciones de carácter preventivo resultan más efectivas, en la medida en que se ajustan a los factores de riesgo concretos que precipitan el consumo.

Así, la presente investigación favorecerá el estudio de los factores de riesgo asociados al consumo de alcohol en población mexicana, aportando datos útiles tanto en la evaluación y elaboración de instrumentos de tamizaje para detectar individuos en riesgo como en el diseño de programas preventivos y de tratamiento. De ahí que se busque dar respuesta a las siguientes preguntas:

1. ¿Existen diferencias en el locus de control de adolescentes que reportan consumo de alcohol con respecto a aquellos que reportan abstinencia?
2. El locus de control obtenido en cada una de las dimensiones que evalúa el instrumento (logro interno, control externo, dimensión socio-afectiva y familiar) difiere para el grupo de adolescentes que reportan consumo de alcohol en comparación con el grupo de adolescentes que reportan abstinencia?

Objetivo General.

Determinar la influencia de "locus de control" en el consumo de alcohol de un grupo de adolescentes del Distrito Federal.

Objetivos Específicos

- Describir para cada una de las dimensiones que evalúa el instrumento (logro interno, control externo, dimensión familiar y dimensión socio-afectiva) el locus de control obtenido por adolescentes que reportan consumo de alcohol con respecto a aquellos que reportan abstinencia.
- Analizar si el locus de control de adolescentes que reportan consumo de alcohol difiere del locus de control de adolescentes que reportan abstinencia.
- Analizar si el locus de control de adolescentes que reportan abstinencia difiere del locus de control de adolescentes que reportan consumo de alcohol experimental.

- Analizar si el locus de control de adolescentes que reportan abstinencia difiere del locus de control de adolescentes que reportan consumo de alcohol frecuente.
- Analizar si el locus de control de adolescentes que reportan consumo de alcohol experimental difiere del locus de control de adolescentes que reportan consumo de alcohol frecuente.
- Determinar si el locus de control puede considerarse un factor de riesgo en el inicio del consumo de alcohol de un grupo de adolescentes del Distrito Federal.

Hipótesis conceptual.

- Socialmente, al consumo de alcohol se le adjudican una serie de recompensas (desinhibición social, popularidad, inclusión al mundo adulto, etc.) altamente valoradas durante la adolescencia, lo que lleva a creer que la probabilidad de recurrir a dicha sustancia aumentará para aquellos adolescentes que tiendan a explicar sus logros en función de factores externos. En consecuencia, se espera identificar fuerte tendencia hacia control externo para los adolescentes que reporten consumo de alcohol alguna vez en la vida y orientación hacia logro interno para quienes reporten abstinencia (nunca haber consumido alcohol).

Hipótesis específicas.

- Ho₁. No existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en logro interno por adolescentes que reportan consumo de alcohol en comparación con el puntaje obtenido en logro interno por adolescentes que reportan abstinencia .
- Hi₁. Existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en logro interno por adolescentes que reportan consumo de alcohol en comparación con el puntaje obtenido en logro interno por adolescentes que reportan abstinencia.
- Ho₂. No existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en control externo por adolescentes que reportan consumo de alcohol en comparación con el puntaje obtenido en control externo por adolescentes que reportan abstinencia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Hi₂. Existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en control externo por adolescentes que reportan consumo de alcohol en comparación con el puntaje obtenido en control externo por adolescentes que reportan abstinencia.
- Ho₃. No existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en la dimensión socio-afectiva por adolescentes que reportan consumo de alcohol en comparación con el puntaje obtenido en la dimensión socio-afectiva por adolescentes que reportan abstinencia.
- Hi₃. Existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en la dimensión socio-afectiva por adolescentes que reportan consumo de alcohol en comparación con el puntaje obtenido en la dimensión socio-afectiva por adolescentes que reportan abstinencia.
- Ho₄. No existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en la dimensión familiar por adolescentes que reportan consumo de alcohol en comparación con el puntaje obtenido en la dimensión familiar por adolescentes que reportan abstinencia.
- Hi₄. Existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en la dimensión familiar por adolescentes que reportan consumo de alcohol en comparación con el puntaje obtenido en la dimensión familiar por adolescentes que reportan abstinencia.
- Ho₅. No existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en logro interno por adolescentes que reportan abstinencia en comparación con el puntaje obtenido en logro interno por adolescentes que reportan consumo de alcohol experimental y consumo de alcohol frecuente.
- Hi₅. Existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en logro interno por adolescentes que reportan abstinencia en comparación con el puntaje obtenido en logro interno por adolescentes que reportan consumo de alcohol experimental y consumo de alcohol frecuente.
- Ho₆. No existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en control externo por adolescentes que reportan abstinencia en comparación con el puntaje obtenido en control externo por adolescentes que reportan consumo de alcohol experimental y consumo de alcohol frecuente.

Hi₆. Existen diferencias estadisticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en control externo por adolescentes que reportan abstinencia en comparaci6n con el puntaje obtenido en control externo por adolescentes que reportan consumo de alcohol experimental y consumo de alcohol frecuente.

Ho₇. No existen diferencias estadisticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en la dimensi6n socio-afectiva por adolescentes que reportan abstinencia en comparaci6n con el puntaje obtenido en la dimensi6n socio-afectiva por adolescentes que reportan consumo de alcohol experimental y consumo de alcohol frecuente.

Hi₇. Existen diferencias estadisticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en la dimensi6n socio-afectiva por adolescentes que reportan abstinencia en comparaci6n con el puntaje obtenido en la dimensi6n socio-afectiva por adolescentes que reportan consumo de alcohol experimental y consumo de alcohol frecuente.

Ho₈. No existen diferencias estadisticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en la dimensi6n familiar por adolescentes que reportan abstinencia en comparaci6n con el puntaje obtenido en la dimensi6n familiar por adolescentes que reportan consumo de alcohol experimental y consumo de alcohol frecuente.

Hi₈. Existen diferencias estadisticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en la dimensi6n familiar por adolescentes que reportan abstinencia en comparaci6n con el puntaje obtenido en la dimensi6n familiar por adolescentes que reportan consumo de alcohol experimental y consumo de alcohol frecuente.

Ho₉. No existen diferencias estadisticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en logro interno por adolescentes que reportan consumo de alcohol experimental en comparaci6n con el puntaje obtenido en logro interno por adolescentes que reportan abstinencia .

Hi₉. Existen diferencias estadisticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en logro interno por adolescentes que reportan consumo de alcohol experimental en comparaci6n con el puntaje obtenido en logro interno por adolescentes que reportan abstinencia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Ho₁₀. No existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en control externo por adolescentes que reportan consumo de alcohol experimental en comparación con el puntaje obtenido en control externo por adolescentes que reportan abstinencia.

Hi₁₀. Existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en control externo por adolescentes que reportan consumo de alcohol experimental en comparación con el puntaje obtenido en control externo por adolescentes que reportan abstinencia.

Ho₁₁. No existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en la dimensión socio-afectiva por adolescentes que reportan consumo de alcohol experimental en comparación con el puntaje obtenido en la dimensión socio-afectiva por adolescentes que reportan abstinencia.

Hi₁₁. Existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en la dimensión socio-afectiva por adolescentes que reportan consumo de alcohol experimental en comparación con el puntaje obtenido en la dimensión socio-afectiva por adolescentes que reportan abstinencia.

Ho₁₂. No existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en la dimensión familiar por adolescentes que reportan consumo de alcohol experimental en comparación con el puntaje obtenido en la dimensión familiar por adolescentes que reportan abstinencia.

Hi₁₂. Existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en la dimensión familiar por adolescentes que reportan consumo de alcohol experimental en comparación con el puntaje obtenido en la dimensión familiar por adolescentes que reportan abstinencia.

Ho₁₃. No existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en logro interno por adolescentes que reportan consumo de alcohol frecuente en comparación con el puntaje obtenido en logro interno por adolescentes que reportan abstinencia .

Hi₁₃. Existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en logro interno por adolescentes que reportan consumo de alcohol frecuente en comparación con el puntaje obtenido en logro interno por adolescentes que reportan abstinencia.

Ho₁₄. No existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en control externo por adolescentes que reportan consumo de alcohol frecuente en comparación con el puntaje obtenido en control externo por adolescentes que reportan abstinencia.

Hi₁₄. Existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en control externo por adolescentes que reportan consumo de alcohol frecuente en comparación con el puntaje obtenido en control externo por adolescentes que reportan abstinencia.

Ho₁₅. No existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en la dimensión socio-afectiva por adolescentes que reportan consumo de alcohol frecuente en comparación con el puntaje obtenido en la dimensión socio-afectiva por adolescentes que reportan abstinencia.

Hi₁₅. Existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en la dimensión socio-afectiva por adolescentes que reportan consumo de alcohol frecuente en comparación con el puntaje obtenido en la dimensión socio-afectiva por adolescentes que reportan abstinencia.

Ho₁₆. No existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en la dimensión familiar por adolescentes que reportan consumo de alcohol frecuente en comparación con el puntaje obtenido en la dimensión familiar por adolescentes que reportan abstinencia.

Hi₁₆. Existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en la dimensión familiar por adolescentes que reportan consumo de alcohol frecuente en comparación con el puntaje obtenido en la dimensión familiar por adolescentes que reportan abstinencia.

Ho₁₇. No existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en logro interno por adolescentes que reportan consumo de alcohol experimental en comparación con el puntaje obtenido en logro interno por adolescentes que reportan consumo frecuente.

Hi₁₇. Existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en logro interno por adolescentes que reportan consumo de alcohol experimental en comparación con el puntaje obtenido en logro interno por adolescentes que reportan consumo frecuente.

Ho₁₈. No existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en control externo por adolescentes que reportan consumo de alcohol experimental en comparación con el puntaje obtenido en control externo por adolescentes que reportan consumo frecuente.

Hi₁₈. Existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en control externo por adolescentes que reportan consumo de alcohol experimental en comparación con el puntaje obtenido en control externo por adolescentes que reportan consumo frecuente.

Ho₁₉. No existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en la dimensión socio-afectiva por adolescentes que reportan consumo de alcohol experimental en comparación con el puntaje obtenido en la dimensión socio-afectiva por adolescentes que reportan consumo frecuente.

Hi₁₉. Existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en la dimensión socio-afectiva por adolescentes que reportan consumo de alcohol experimental en comparación con el puntaje obtenido en la dimensión socio-afectiva por adolescentes que reportan consumo frecuente.

Ho₂₀. No existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en la dimensión familiar por adolescentes que reportan consumo de alcohol experimental en comparación con el puntaje obtenido en la dimensión familiar por adolescentes que reportan consumo frecuente.

Hi₂₀. Existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en la dimensión familiar por adolescentes que reportan consumo de alcohol experimental en comparación con el puntaje obtenido en la dimensión familiar por adolescentes que reportan consumo frecuente.

Variables:

- Locus de control
 - o Logro Interno
 - o Control Externo
 - o Dimensión Familiar
 - o Dimensión socio-afectiva

- Consumo de alcohol experimental (Adolescentes que reportaron haber ingerido alcohol sólo una vez en la vida)
- Consumo de alcohol frecuente (Adolescentes que reportaron ingestión de alcohol más de una vez en la vida)
- Abstinencia (Adolescentes que reportaron nunca haber consumido alcohol)

Definición de variables.

Y Locus de control:

Expectativas generalizadas que hace el individuo en situaciones de aprendizaje, respecto a si la recompensa de su conducta es producto de su propio comportamiento (locus de control interno), o por factores externos, como la suerte o la fortuna (locus de control externo) (Rotter, 1966 citado por García, 1999).

Para su medición se utilizó la escala de locus de control diseñada por Reyes Lagunes (1998) que incluye las siguientes dimensiones:

- o Logro Interno: evalúa situaciones de logro donde las causas de dicho logro provienen de acciones directas o atribuciones del sujeto
- o Control Externo: se refiere a situaciones en las que el sujeto atribuye las causas a factores ajenos a él.
- o Dimensión Familiar: se refiere, principalmente, a situaciones de integración familiar causadas por el sujeto
- o Dimensión Socio-afectiva: se refiere a la obtención de metas, gracias a las relaciones afectivas que el sujeto posee

Y Consumo de alcohol experimental:

Centros de Integración Juvenil (1990) define a los usuarios experimentales como aquellas personas que utilizan la droga por primera vez, por tanto se asignaron a este grupo aquellos adolescentes que reportaron haber consumido alcohol sólo una vez en la vida.

Y Consumo de alcohol frecuente:

Variable en la que fueron incluidos aquellos adolescentes cuyo consumo coincidió con alguno de los siguientes tres patrones de consumo: Bebedor poco frecuente reporte de consumo una vez al año, o con mayor frecuencia, pero menos de una vez al mes; bebedor frecuente de bajo nivel reporte de consumo una vez por semana o con mayor frecuencia y que nunca consumen 5 copas o más por ocasión y; bebedor frecuente de alto nivel reporte de consumo una vez por semana o con mayor frecuencia y que consumen 5 copas o más por ocasión de consumo, por lo menos una vez al año (Secretaría de Salud, 1988 citada en Gaona, 2004)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Y Abstinencia:

Se trata de no mantener alguna relación con la sustancia (Vallés, 1998), lo que significa, que para calificar a un adolescente como abstemio, éste debió reportar nunca haber consumido bebidas alcohólicas.

MÉTODO.

Tipo de muestra: El muestreo fue de tipo no probabilístico en la modalidad denominada "por cuota", cuyo principio es que los encuestadores cubran cierto número de sujetos que cumplan las características establecidas por el investigador (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

Población: Conformada por 70 hombres (35 no consumidores, 23 con consumo experimental, 12 con consumo frecuente) y 70 mujeres (35 no consumidoras, 19 con consumo experimental, 16 con consumo frecuente) estudiantes en escuelas públicas del Distrito Federal de primero, segundo y tercer año de secundaria, cuyas edades fluctuaron entre 11 y 15 años.

DISEÑO DE LA MUESTRA

Sujetos	Hombres		Mujeres		Total
Adolescentes que reportaron haber consumido alcohol	35		35		70
	Consumo Experimental	Consumo Frecuente	Consumo Experimental	Consumo Frecuente	
	23	12	19	16	
Adolescentes que reportaron abstinencia	35		35		70
TOTAL					140

Tipo de estudio: Fue un estudio descriptivo correlacional.

De acuerdo con Dankhe (1986) citado en Hernández, et. al. (1998) los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Esto es, se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga. Lo cual concuerda con uno de los objetivos de la investigación (describir el locus de control de adolescentes que reportan consumo de alcohol con respecto a aquellos que reportan abstinencia).

Por otro lado, los estudios correlacionales tienen como propósito medir el grado de relación que existe entre dos o más conceptos o variables dentro de un contexto en particular (Hernández, et. al., 1998). La presente investigación busca determinar si el locus de control se relaciona con el consumo de alcohol de un grupo de adolescentes, a partir de comparar el locus de control de adolescentes que reportan consumo de alcohol con el locus de control de adolescentes que reportan abstinencia.

Diseño de investigación: No experimental de tipo transeccional descriptivo-correlacional de medición simultánea.

Hernández, et. al., (1998) definen la investigación no experimental como investigación sistemática y empírica en la que las variables independientes no se manipulan porque ya han sucedido.

Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito varía en función del tipo de diseño transeccional del que se trate (descriptivo o correlacional). Un diseño transeccional descriptivo tiene como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables. Es decir, presenta un panorama del estado de una o más variables en uno o más grupos de personas, objetos o indicadores en determinado momento. El otro tipo de diseño (transeccional correlacional) describe la relación entre dos o más variables en un momento determinado (Hernández, et. al., 1998).

Se habla de una medición simultánea cuando este tipo de diseños abarcan varios grupos o subgrupos de personas, objetos o indicadores (Hernández, et. al., 1998).

Con base en lo anterior, puede decirse que se trabajó con un diseño no experimental porque no hubo manipulación de variables. Transeccional descriptivo porque se buscaba determinar, al momento de la evaluación, como se comporta el locus de control en un grupo de adolescentes que reporta consumo de alcohol en comparación con el grupo de adolescentes que reporta abstinencia, transeccional correlacional porque de establecerse una relación entre locus de control externo y consumo de alcohol, ésta tendrá lugar en el presente, y de medición simultánea porque los instrumentos fueron aplicados al mismo tiempo en ambos grupos.

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

Instrumentos:

Escala de locus de control de Reyes Lagunes (1998).

De acuerdo con García (1999) la escala de Reyes Lagunes se basa en la estructura teórica propuesta por Lefcourt en 1991, quien considera que el control es situacional, con dos grandes dimensiones (logros y afiliación), en cada una de las cuales el sujeto puede tener éxitos o fracasos y éstos, a su vez, ser atribuidos a factores externos o internos al sujeto.

Se compone por 51 reactivos con siete opciones de respuesta presentadas en formato tipo likert pictórico, donde las respuestas se representan por siete cuadros equiláteros, ordenados de mayor a menor tamaño, que van desde completamente de acuerdo hasta completamente en desacuerdo, respectivamente (Laborin y Vera, 2000).

La escala mostró una confiabilidad total de .913 (alpha de Cronbach) y una estructura de locus de control, para ciudadanos del Distrito Federal y área conurbada, conformada por cuatro factores (García, 1999):

- 1) Control externo: constituido por 23 reactivos referentes a aquellas situaciones en las que el sujeto atribuye las causas a factores ajenos a él.
- 2) Logro Interno: se trata de una dimensión altamente impregnada de logros personales. En ella se redactan 19 situaciones de logro donde las causas de dicho logro provienen de acciones directas o atribuciones del sujeto.
- 3) Social afectivo: este factor se basa en los logros obtenidos con base a la simpatía que se provoca, es decir, se refiere a la obtención de metas, gracias a las relaciones afectivas que el sujeto posee. Está compuesto por 5 reactivos.
- 4) Familia: se refiere, principalmente, a situaciones de integración familiar causadas por el sujeto (consta de 4 reactivos de los cuales sólo uno se refiere a una causa externa).

Cuestionario sobre consumo de alcohol

Se trata de un cuestionario, de 6 preguntas, elaborado exclusivamente para recabar información sobre la situación de consumo de alcohol, de los adolescentes encuestados.

Procedimiento:

La escala de locus de control y el cuestionario sobre consumo de alcohol fueron aplicados, de manera colectiva y voluntaria, en una escuela secundaria pública (en los 3 grados contemplados a este nivel de educación), dando las siguientes instrucciones:

“Este cuestionario es completamente confidencial, nadie sabrá lo que respondas, si te interesa conocer los resultados del mismo anota tu nombre y grupo, para hacértelos llegar. Si no te interesa conocerlos solo escribe tu edad, sexo y grado escolar”. Asimismo fueron leídas las instrucciones estipuladas en la escala de Locus de Control de Reyes Lagunes (1998).

Posteriormente, y a fin de analizar los resultados, se obtuvo una distribución de frecuencias relativas y las siguientes medidas de tendencia central: moda, media y desviación estándar, para cada uno de los reactivos pertenecientes a los instrumentos aplicados. Asimismo se empleó la prueba estadística one-way ANOVA para determinar las diferencias en el locus de control de los adolescentes que reportaron consumir alcohol y los que reportaron abstinencia.

Análisis estadístico:

Con el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS), versión para Windows 8.0, se creó la base de datos cuyas variables representaron cada uno de los reactivos de los instrumentos aplicados, además de incluirse 8 variables extra (4 para calcular los puntajes de las dimensiones que conforman la Escala de Locus de Control y 4 para agrupar las puntuaciones por intervalos a fin de facilitar su descripción).

Una vez capturados los datos se introdujeron las fórmulas correspondientes para obtener las puntuaciones de cada una de las dimensiones evaluadas por la escala de Reyes Lagunes (1998). Posteriormente y como último paso se corrió el análisis de frecuencias relativas, así como las medidas de tendencia central (moda, media y desviación estándar) para todas las variables y 20 pruebas estadísticas “one-way ANOVA” para dar respuesta a las hipótesis de investigación.



CAPITULO V. ANALISIS DE RESULTADOS.

El objetivo de esta investigación fue determinar la influencia del locus de control en el consumo de alcohol de un grupo de adolescentes del Distrito Federal.

Para ello se midió el locus de control y la situación de consumo en estudiantes de secundaria, a través de cuestionarios de auto-reporte, cuyos datos fueron analizados con el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS), versión para Windows 8.0.

Así, el primer análisis realizado fue la obtención de frecuencias, porcentajes, modas, medias y desviación estándar para cada uno de los reactivos pertenecientes a los instrumentos aplicados. Estos resultados permitieron conocer la distribución de la muestra en relación a:

- ✓ Variables atributivas como edad, grado escolar y situación de consumo
- ✓ Las respuestas dadas a los ítems de la escala de locus de control
- ✓ Las puntuaciones obtenidas en cada una de las dimensiones de la escala de locus de control

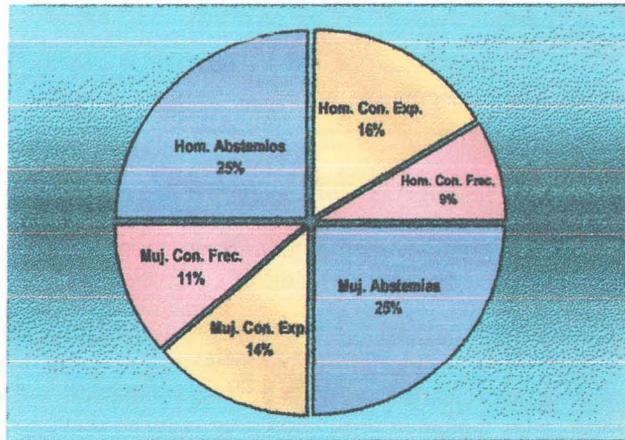
Además de estadística descriptiva y medidas de tendencia central, se aplicó al último inciso (puntuaciones obtenidas en cada una de las dimensiones de la escala de locus de control) la prueba estadística one-way ANOVA, a fin de comparar, en el siguiente orden, los grupos en estudio:

- ✓ Adolescentes consumidores vs adolescentes no consumidores
- ✓ Adolescentes con consumo experimental vs adolescentes con consumo frecuente vs adolescentes abstemios
- ✓ Adolescentes con consumo experimental vs adolescentes abstemios
- ✓ Adolescentes con consumo frecuente vs adolescentes abstemios
- ✓ Adolescentes con consumo experimental vs adolescentes con consumo frecuente

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

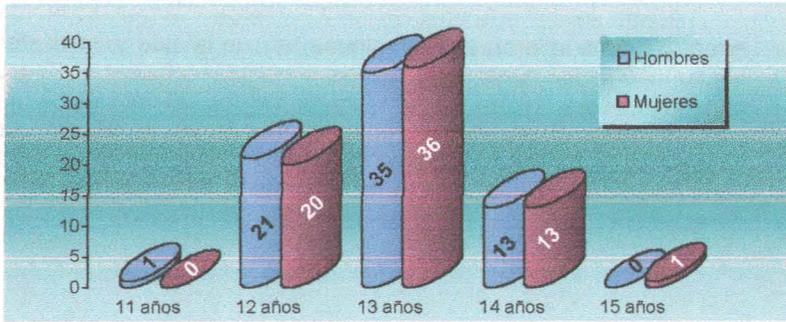
Características de la muestra

Antes que nada, es importante aclarar que la variable sexo no fue contemplada en el análisis estadístico porque desde la aplicación de los instrumentos se buscó igualar los grupos en función de dicha característica obteniéndose una muestra de 140 sujetos (70 varones y 70 mujeres), que en función de la situación de consumo quedaron agrupados como lo exhibe la gráfica 1. En ella puede apreciarse que de los 70 hombres que participaron en el estudio 35 (25%) reportaron nunca haber consumido alcohol (Hom. Abstemios), 23 (16%) indicaron haber consumido alcohol sólo una vez en la vida (Hom. Con. Exp.) y los 12 restantes (9%) señalaron haber consumido alcohol más de una vez en la vida (Hom. Con. Frec.). Con respecto a las mujeres, 35 de ellas (25%) reportaron nunca haber consumido alcohol (Muj. Abstemias), 19 (14%) indicaron haber consumido alcohol sólo una vez en la vida (Muj. Con. Exp.) y las otras 16 (11%) señalaron haber consumido alcohol más de una vez en la vida (Muj. Con. Frec.).



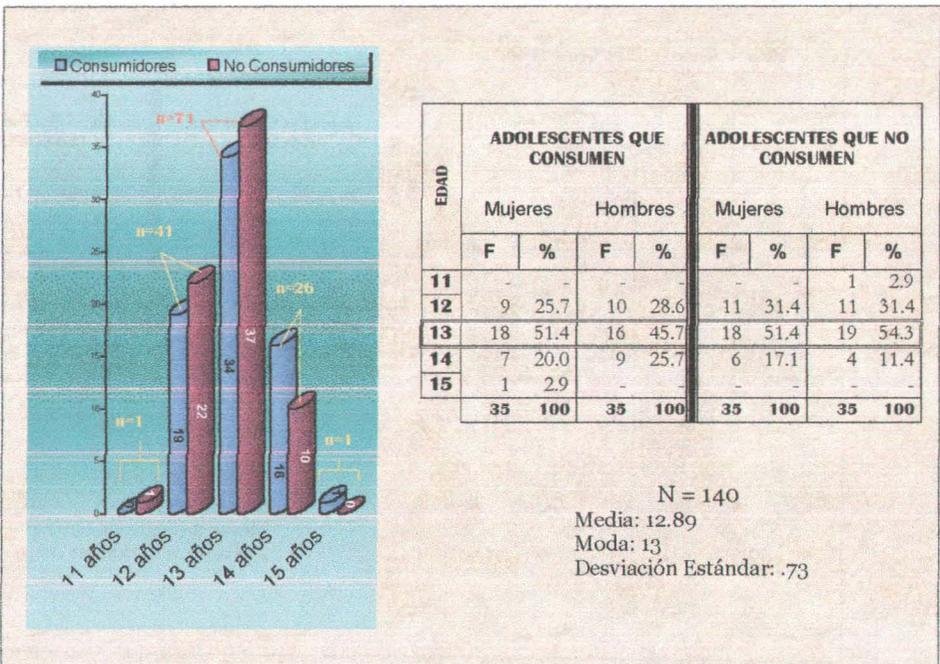
Gráfica 1: Distribución sexo y situación de consumo

En lo que a la Edad concierne y como lo muestra la gráfica 2, los adolescentes que participaron en el estudio fluctuaron entre los 11 y 15 años, siendo éstas las edades reportadas con menor frecuencia (sólo obtuvieron una mención, equivalente al 1.4%); por su parte 13 años fue la edad más frecuentemente mencionada tanto por hombres como por mujeres (35 (50%) y 36 (51.4%) respectivamente); los 12 años le siguieron con una ocurrencia de 21 para los hombres (30%) y 20 para las mujeres (28.6%); en tanto que la edad de 14 años fue señalada por 13 (18.6%) hombres y 13 (18.6%) mujeres.



Gráfica 2: Distribución de edad en función del sexo

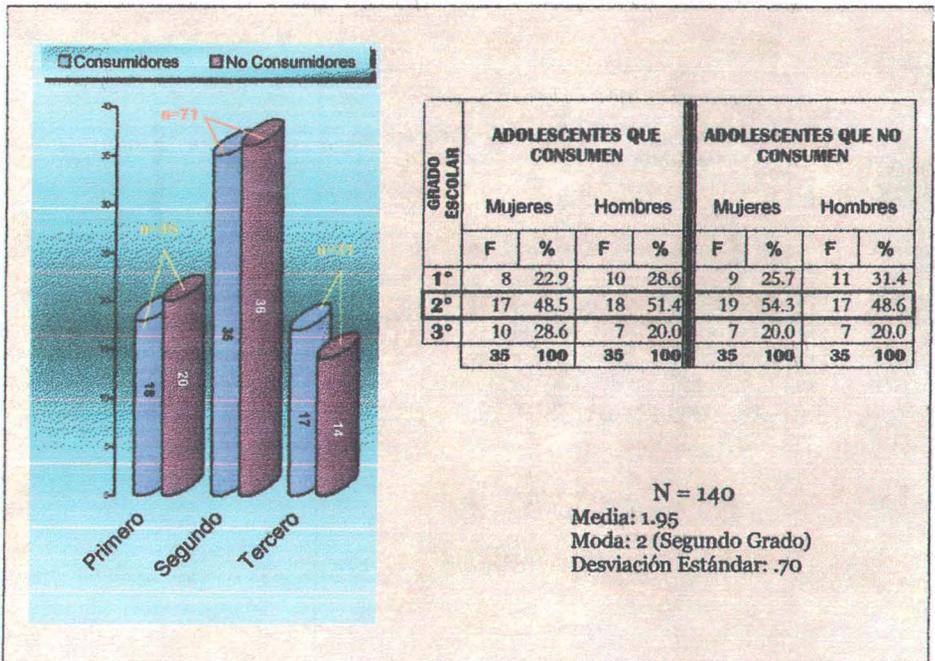
Los datos antes descritos revelan una muestra homogénea en lo que a edad y sexo se refiere; algo similar puede observarse al analizar la variable edad en función del consumo y no consumo, así lo revelan la gráfica y la tabla del cuadro 1.



Cuadro 1: Distribución de edad y sexo en función de la situación de consumo

Donde se advierte que, de los 71 sujetos que reportaron tener 13 años de edad, 37 consumieron alcohol alguna vez en la vida y 34 dijeron nunca haber consumido dicha sustancia; de los 41 adolescentes de 12 años, 22 fueron consumidores y 19 no consumidores; de los 26 individuos de 14 años, 16 corresponden al grupo de consumidores y 10 al de no consumidores; y finalmente la persona que reportó tener 11 años se ubico en el grupo de no consumidores y la que reportó tener 15 en el de consumidores (ver tabla de la derecha para consultar estos datos en relación al sexo)

La **Escolaridad** de la población que participó en este estudio corresponde al nivel medio (secundaria), concentrándose en el segundo grado más del 50% de la muestra (71 sujetos -36 no consumidores y 35 consumidores-); el 27.1%, en el primer grado (38 adolescentes -20 no consumidores y 18 consumidores-); y 22.1%, en el tercer grado (31 individuos -14 no consumidores y 17 consumidores-). Estos resultados se desglosan por sexo, y se exponen gráficamente en el cuadro 2.



Cuadro 2: Distribución de escolaridad y sexo en función de la situación de consumo

Situación de consumo.

Para este apartado solo se analizaron los datos de los 70 adolescentes que, en el cuestionario diseñado para conocer la situación de consumo, respondieron de forma afirmativa a: "¿Alguna vez has ingerido una bebida con alcohol?".

Ello, debido a que el resto de las preguntas estuvieron dirigidas a obtener información sobre el tipo de bebidas que se ingieren, así como la frecuencia y cantidad de consumo, lo que torna poco conveniente incluir a los adolescentes que contestaron "No" a esta pregunta.

A la interrogante "¿Con qué frecuencia consumes bebidas alcohólicas?" 42 sujetos respondieron "solo he tomado una vez", de los cuales 23 fueron hombres y 19 mujeres; "algunas veces al año" registró 23 menciones (10 de hombres y 13 de mujeres); "algunas veces a la semana" fue elegida por 3 adolescentes (2 hombres y 1 mujer); asimismo "algunas veces al mes" fue señalada por 3 mujeres (ver tabla 2).

Opciones	Mujeres n=35		Hombres n=35		Total N=70	
	F	%	F	%	F	%
Sólo he tomado una vez	19	54.3	23	65.7	42	60.0
Algunas veces a la semana	1	2.9	2	5.7	3	4.3
Algunas veces al mes	3	8.6	-	-	3	4.3
Algunas veces al año	12	34.3	10	28.6	22	31.4
No contestó	-	-	-	-	-	-

Tabla 2: ¿Con qué frecuencia consumes alcohol?

De la tabla 3 se resalta "cerveza" ya que más de la mitad de los adolescentes (52.9%) la marcó como **bebida alcohólica de inicio**; 17.1% se ubicó en la opción "otro" (donde se incluyeron bebidas como coolers, viña real, spirit, etc.); el 10% se inicio en el consumo de alcohol con tequila mientras el 8.6% lo hizo con vino y solo un 5.7% con bebidas mezcladas.

Opciones	Mujeres n=35		Hombres n=35		Total N=70	
	F	%	F	%	F	%
Cerveza	11	31.4	26	74.3	37	52.9
Vino	3	8.6	3	8.6	6	8.6
Tequila	7	20.0	-	-	7	10.0
Bebidas mezcladas	3	8.6	1	2.9	4	5.7
Otro	7	20.0	5	14.3	12	17.1
No contestó	4	11.4	-	-	4	5.7

Tabla 3: ¿Cuál fue la primer bebida alcohólica que ingeriste?

Como puede verse en la tabla 4 “una copa” fue la **cantidad de alcohol** que el 62.9% de la muestra reportó consumir, otro 7.1% eligió “dos copas”, 5.7% “más de seis” y 4.3% “de tres a seis copas”.

Opciones	Mujeres n=35		Hombres n=35		Total N=70	
	F	%	F	%	F	%
1 copa	24	68.6	20	57.1	44	62.9
2 copas	3	8.6	2	5.7	5	7.1
3-6 copas	1	2.9	2	5.7	3	4.3
Más de 6 copas	2	5.7	2	5.7	4	5.7
No contesto	5	14.3	9	25.7	14	20.0

Tabla 4: Cuando bebes ¿Cuántas copas te tomas?

El 48.6% de los adolescentes, que reportaron consumir bebidas alcohólicas, no dio respuesta a la pregunta **¿Qué es lo que usualmente tomas?** (consultar tabla 5). De los que si respondieron, el 27.1% señaló “cerveza”; 8.6% “otro” (que incluye bebidas como coolers, viña real, spirit, etc.); empatados con 5.7% quedaron el tequila y las bebidas mezcladas; y en último lugar, con 4.3% se ubico el vino.

Opciones	Mujeres n=35		Hombres n=35		Total N=70	
	F	%	F	%	F	%
Cerveza	6	17.1	13	37.1	19	27.1
Vino	1	2.9	2	5.7	3	4.3
Tequila	4	11.4	-	-	4	5.7
Bebidas mezcladas	3	8.6	1	2.9	4	5.7
Otro	3	8.6	3	8.6	6	8.6
No contesto	18	51.4	16	45.7	34	48.6

Tabla 5: ¿Qué es lo que usualmente tomas?

Finalmente, para el 30% de la muestra el **tiempo transcurrido desde la última ingestión de bebidas alcohólicas** fue de “menos de tres meses”; para el 25.7%, de “dos años”; 18.6% manifestó un lapso de “un año”; 14.3% “de siete a diez meses” y solo un 11.4% “de tres a seis meses” (ver tabla 6).

Opciones	Mujeres n=35		Hombres n=35		Total N=70	
	F	%	F	%	F	%
Menos de tres meses	11	31.4	10	28.6	21	30.0
De tres a seis meses	5	14.3	3	8.6	8	11.4
De siete a diez meses	6	17.1	4	11.4	10	14.3
Un año	6	17.1	7	20.0	13	18.6
Dos años	7	20.0	11	31.4	18	25.7

Tabla 6: Hace ¿Cuánto tiempo ingeriste por última vez una bebida..?

Escala de Locus de Control.

Esta sección describe el análisis de los datos derivados de la escala de locus de control.

De inicio la tabla 7 presenta, por dimensión, **cómo respondieron los adolescentes a los reactivos del cuestionario**. Para ello se obtuvieron frecuencias y porcentajes en cada una de las opciones de respuesta que maneja el instrumento.

Así, puede advertirse que para los 19 reactivos que conforman la dimensión "logro interno" la mayor parte de la población muestral marcó la opción "completamente de acuerdo", lo cual revela una tendencia a atribuir los logros a acciones directas (reactivo 7, 10, 17, 19, 22, 24, 29, 32, 36, 37, 45, 50 y 51) o a aptitudes propias (reactivo 2, 5, 13, 26, 27 y 34).

Algo similar sucede en "control externo" donde la respuesta de los adolescentes a 21 ítems, de los 23 que componen la dimensión, se concentró en "completamente en desacuerdo" lo que apunta hacia una tendencia opuesta a atribución externa, es decir, la mayoría de los adolescentes que respondieron el cuestionario no atribuyen sus éxitos o logros a la suerte (reactivo 14, 18, 20, 28 y 42), al azar (reactivo 15, 16, 31, 41, 47 y 48), al destino (reactivo 6, 12, 40, 43 y 44) o a factores externos (reactivo 21, 30, 33, 35 y 39). En tanto, las opciones elegidas con mayor frecuencia para los 2 reactivos faltantes, fueron: para el reactivo 4 (me relaciono con la gente porque el destino nos puso en el mismo camino) el 24.3% de la población contestó "totalmente de acuerdo" y 22.9% "totalmente en desacuerdo"; en lo concerniente al reactivo 23 (estoy predestinado a llevarme bien con las personas del sexo opuesto) 23.6% optó por "totalmente de acuerdo", 22.1% por "indeciso" y otro 22.1% por "totalmente en desacuerdo".

En la "dimensión socio-afectiva" las opciones elegidas con mayor frecuencia fueron "totalmente de acuerdo" para el reactivo 1 y 3 (39.3% y 37.1% de la población); y "totalmente en desacuerdo" para el reactivo 8, 9 y 46 (23.6%, 42.1% y 40.7%).

Con respecto a la "dimensión familiar" no se observó en los adolescentes una tendencia definida hacia considerarse, o no, responsables de la unión familiar, pues mientras el 50.7% de la muestra coincidió en responder "completamente de acuerdo" al único reactivo con orientación externa de esta dimensión (ítem 25 "el destino de mi familia es estar unida"), 37.9%, 45.7% y 48.6% eligieron la opción "totalmente de acuerdo" para los reactivos 11 (mantengo a mi familia unida porque así lo quiero yo), 38 (es mi responsabilidad mantener a mi familia unida) y 49 (mantengo unida a mi familia), respectivamente.

Reactivos	CA		DA		MMA		I		MMD		ED		CD		NC	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
2 Obtener un buen trabajo depende de mi inteligencia	91	65	17	12.1	7	5.0	16	11.4	-	-	2	1.4	7	5.0	-	-
5 El éxito que tenga dependerá de mis habilidades	104	74.3	12	8.6	10	7.1	9	6.4	1	.7	-	-	2	1.4	2	1.4
7 Llegar a tener dinero suficiente depende de mí	99	70.7	11	7.9	13	9.3	11	7.9	1	.7	1	.7	3	2.1	1	.7
10 Lo que he logrado en mi vida ha sido porque he luchado por ello	112	80.0	12	8.6	4	2.9	7	5.0	-	-	1	.7	2	1.4	2	1.4
13. El obtener un buen trabajo depende de mi tenacidad	69	49.3	16	11.4	11	7.9	31	22.1	-	-	4	2.9	5	3.6	4	2.9
17 Me va bien en la vida porque me lo propongo	87	62.1	16	11.4	9	6.4	20	14.3	1	.7	1	.7	5	3.6	1	.7
19 Solo si me lo propongo llegaré a tener dinero suficiente	77	55.0	15	10.7	12	8.6	18	12.9	3	2.1	3	2.1	7	5.0	5	3.6
22 Soy responsable del éxito que tengo en mi trabajo	96	68.6	12	8.6	7	5.0	14	10.0	3	2.1	-	-	5	3.6	3	2.1
24 Los logros que he tenido en mi vida se deben a mi esfuerzo	111	79.3	8	5.7	3	2.1	7	5.0	2	1.4	2	1.4	3	2.1	4	2.9
26. El éxito que tengo se debe a mis habilidades	68	48.6	21	15.0	13	9.3	23	16.4	3	2.1	3	2.1	6	4.3	3	2.1
27 Conseguir mejores puestos de trabajo depende de mis capacidades	92	65.7	12	8.6	12	8.6	18	12.9	1	.7	-	-	4	2.9	1	.7
29 El éxito que tengo se debe a mi esfuerzo	116	82.9	9	6.4	6	4.3	4	2.9	1	.7	-	-	1	.7	3	2.1
32 Depende de mí conseguir lo que quiero	119	85.0	6	4.3	3	2.1	3	2.1	2	1.4	2	1.4	3	2.1	2	1.4
34 Sa me abren muchas puertas porque demuestro lo que sé	98	70.0	19	13.6	5	3.6	8	5.7	2	1.4	-	-	6	4.3	2	1.4
36 Mejorará mi vida si me esfuerzo en ello	120	85.7	7	5.0	3	2.1	2	1.4	-	-	1	.7	4	2.9	3	2.1
37 Los éxitos que he tenido se deben a mis decisiones	86	61.4	21	15.0	7	5.0	19	13.6	2	1.4	-	-	4	2.9	1	.7
45 Lo que he logrado en mi vida ha sido porque lo he buscado	100	71.4	15	10.7	5	3.6	8	5.7	3	2.1	3	2.1	4	2.9	2	1.4
50 Tendré éxito si me lo propongo	117	83.6	7	5.0	3	2.1	6	4.3	1	.7	-	-	2	1.4	4	2.9
51 Que mi matrimonio sea exitoso depende de mí	92	65.7	11	7.9	6	4.3	18	12.9	2	1.4	-	-	9	6.4	2	1.4
4. Me relaciono con la gente porque el destino nos puso en el mismo camino	34	24.3	12	8.6	11	7.9	28	20.0	12	8.6	6	4.3	32	22.9	5	3.6
6 Casarme con la persona adecuada depende de que así esté escrito	6	4.3	4	2.9	3	2.1	26	18.6	6	4.3	6	4.3	88	62.9	1	.7
12. Lo que he logrado en mi vida ha sido porque así tenía que suceder	19	13.6	6	4.3	7	5.0	38	27.1	6	4.3	7	5.0	55	39.3	2	1.4
14. Los éxitos que tengo se deben a que tengo buena suerte	7	5.0	8	5.7	7	5.0	24	17.1	12	8.6	11	7.9	69	49.3	2	1.4
15. He hecho buenas relaciones por accidente	23	16.4	9	6.4	8	5.7	26	18.6	7	5.0	8	5.7	58	41.4	1	.7
16 El obtener un buen trabajo depende del azar	7	5.0	4	2.9	5	3.6	15	10.7	5	3.6	9	6.4	94	67.1	1	.7
18 He sacado buenas calificaciones por mi buena fortuna	4	2.9	12	8.6	9	6.4	17	12.1	7	5.0	11	7.9	80	57.1	-	-
20 El que me caso con la persona adecuada es cuestión de suerte	12	8.6	6	4.3	11	7.9	13	9.3	7	5.0	10	7.1	80	57.1	1	.7
21 Me relaciono con la gente para quedar bien con los demás	12	8.6	2	1.4	9	6.4	20	14.3	9	6.4	5	3.6	81	57.9	2	1.4
23. Estoy predestinado a llevarme bien con las personas del sexo opuesto	33	23.6	11	7.9	14	10.0	31	22.1	7	5.0	5	3.6	31	22.1	8	5.7
28. He tenido novio /a (s) porque tengo buena suerte	8	5.7	4	2.9	9	6.4	25	17.9	6	4.3	10	7.1	78	55.7	-	-
30 Me tengo que sacar la lotería para tener suficiente dinero	5	3.6	5	3.6	5	3.6	11	7.9	4	2.9	4	2.9	106	75.7	-	-
31. He tenido buenas oportunidades de trabajo por pura casualidad	14	10.0	2	1.4	5	3.6	30	21.4	9	6.4	10	7.1	66	47.1	4	2.9
33 Mis calificaciones dependen de la voluntad de mis profesores	7	5.0	5	3.6	7	5.0	9	6.4	6	4.3	7	5.0	99	70.7	-	-
35. Si le caigo bien a mi jefe, puedo conseguir mejores puestos en mi trabajo	21	15.0	9	6.4	6	4.3	29	20.7	8	5.7	6	4.3	58	41.4	3	2.1
39 He sacado buenas calificaciones porque le caigo bien a mis maestros	5	3.6	2	1.4	5	3.6	16	11.4	5	3.6	7	5.0	97	69.3	3	2.1
40 Casarme con la persona adecuada depende del mandato divino	6	4.3	6	4.3	8	5.7	29	20.7	5	3.6	6	4.3	80	57.1	-	-
41. He conocido a mi (s) novio/a (s) por casualidad	22	15.7	4	2.9	10	7.1	28	20.0	6	4.3	7	5.0	59	42.1	4	2.9
42 Lo que he logrado en mi vida ha sido por afortunado	8	5.7	6	4.3	10	7.1	14	10.0	8	5.7	10	7.1	77	55.0	7	5.0
43 El éxito que tengo se debe a coincidencias de la vida	13	9.3	7	5.0	7	5.0	19	13.6	7	5.0	9	6.4	76	54.3	2	1.4
44. Llegar a tener dinero suficiente depende de que ése sea mi destino	15	10.7	6	4.3	11	7.9	20	14.3	7	5.0	8	5.7	69	49.3	4	2.9
47 He tenido éxito por accidente	14	10.0	5	3.6	10	7.1	12	8.6	10	7.1	7	5.0	79	56.4	3	2.1
48 Los logros que he tenido en mi vida se deben a la casualidad	9	6.4	6	4.3	5	3.6	11	7.9	5	3.6	15	10.7	86	61.4	3	2.1

Tabla 7: Reactivos de la Escala de Locus de Control

Reactivos	CA		DA		MMA		I		MMD		ED		CD		NC	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
	Dim. Familiar															
1. Mantengo a mi familia unida porque así lo quiero yo	53	37.9	10	7.1	7	5.0	16	11.4	3	2.1	2	1.4	48	34.3	1	.7
25. El destino de mi familia es estar unida	71	50.7	13	9.3	13	9.3	25	17.9	2	1.4	2	1.4	14	10.0	-	-
38. Es mi responsabilidad mantener a mi familia unida	23	16.4	13	9.3	9	6.4	18	12.9	4	2.9	7	5.0	64	45.7	2	1.4
49. Mantengo unida a mi familia	68	48.6	14	10.0	10	7.1	17	12.1	1	.7	5	3.6	24	17.1	1	.7
Dim. Sociolaborativa																
1. Mi éxito dependerá de qué tan agradable yo sea	55	39.3	12	8.6	6	4.3	30	21.4	3	2.1	8	5.7	25	17.9	1	.7
3. Mejorará mi vida si le caigo bien a la gente	52	37.1	8	5.7	11	7.9	37	26.4	4	2.9	4	2.9	22	15.7	2	1.4
8. Me va bien en la vida porque soy simpático	19	13.6	18	12.9	19	13.6	29	20.7	11	7.9	8	5.7	33	23.6	3	2.1
9. Tendré éxito si soy simpático	13	9.3	6	4.3	9	6.4	29	20.7	14	10.0	8	5.7	59	42.1	2	1.4
46. El éxito en mi trabajo dependerá de qué tan agradable yo sea	17	12.1	6	4.3	12	8.6	31	22.1	6	4.3	10	7.1	57	40.7	1	.7

CA = Completamente de acuerdo DA = De acuerdo MMA = Más o menos de acuerdo I = Indiferente MMD = Más o menos en desacuerdo ED = En desacuerdo CD = Completamente en desacuerdo NC = No contestó

Continuación tabla 7: Reactivos de la Escala de Locus de Control

Como siguiente paso se describen las puntuaciones totales obtenidas en cada una de las secciones del instrumento.

Los puntajes en "logro interno" oscilaron ente 25 y 133, con una media de 116.68 y una desviación estándar de 13.72, distinguiéndose 127 como la puntuación más frecuente entre los adolescentes de la muestra. Esto se refleja en la distribución por intervalos detallada en la tabla 8, donde se visualiza al 36.4% de la población en el intervalo que va de 124-134, 30.7% en el noveno intervalo (113-123), 22.9% en el octavo (102-112), 7.1% en el séptimo (91-101) 1.4% en el sexto (80-90) y, .7% en el quinto (69-79) y primer intervalo (25-35).

PUNTAJES	ADOLESCENTES QUE NO CONSUMEN				ADOLESCENTES CON USO EXPERIMENTAL				ADOLESCENTES CON USO FRECUENTE				MUESTRA TOTAL	
	Mujeres n=35		Hombres n=35		Mujeres n=19		Hombres n=23		Mujeres n=16		Hombres n=12		N=140	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
25-35	-	-	-	-	-	-	1	4.3	-	-	-	-	1	.7
36-46	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
47-57	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
58-68	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
69-79	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	8.3	1	.7
80-90	-	-	1	2.9	-	-	-	-	1	6.3	-	-	2	1.4
91-101	2	5.7	1	2.9	2	10.5	2	8.7	3	18.8	-	-	10	7.1
102-112	9	25.7	9	25.7	4	21.1	5	21.7	3	18.8	2	16.7	32	22.9
113-123	14	40.0	10	28.6	3	15.8	8	34.8	4	25.0	4	33.3	43	30.7
124-134	10	28.6	14	40.0	10	52.6	7	30.4	5	31.3	5	41.7	51	36.4
	Moda=127		Media=116.68		DS=13.72		Punt. mínimo=25		Punt. máximo=133					

Tabla 8: Puntuaciones obtenidas en Logro Interno

A diferencia de logro interno "control externo" presenta, tal y como lo muestra la tabla 9, mayor variación en las puntuaciones alcanzadas por los adolescentes, ubicándose el 22.1%, de ellos, en el segundo intervalo (34-45), 18.6% en el primero (22-33), 16.4% en el tercero (46-57), 10.7% en el cuarto (58-69), 10.0% en el quinto (70-81), 6.4% en el séptimo (94-105), 5.7% en el octavo (106-117), 5.0% en el sexto (82-93), 3.6% en el noveno (118-129) y 1.4% en el décimo (130-141). Asimismo se observa una moda de 29, una media de 60.04 y una desviación estándar de 29.34 considerando 139 como el puntaje más alto y 22 como el más bajo.

PUNTAJACIONES	ADOLESCENTES QUE NO CONSUMEN				ADOLESCENTES CON USO EXPERIMENTAL				ADOLESCENTES CON USO FRECUENTE				MUESTRA TOTAL	
	Mujeres n=35		Hombres n=35		Mujeres n=19		Hombres n=23		Mujeres n=16		Hombres n=12		N=140	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
22-33	10	28.6	5	14.3	7	36.8	3	13.0	1	6.3	-	-	26	18.6
34-45	11	31.4	6	17.1	4	21.1	1	4.3	5	31.3	4	33.3	31	22.1
46-57	6	17.1	3	8.6	3	15.8	8	34.8	3	18.8	-	-	23	16.4
58-69	1	2.9	7	20.0	1	5.3	3	13.0	3	18.8	-	-	15	10.7
70-81	2	5.7	4	11.4	1	5.3	4	17.4	1	6.3	2	16.7	14	10.0
82-93	1	2.9	3	8.6	1	5.3	-	-	-	-	2	16.7	7	5.0
94-105	2	5.7	2	5.7	-	-	2	8.7	2	12.5	1	8.3	9	6.4
106-117	1	2.9	3	8.6	2	10.5	1	4.3	1	6.3	-	-	8	5.7
118-129	-	-	2	5.7	-	-	1	4.3	-	-	2	16.7	5	3.6
130-141	1	2.9	-	-	-	-	-	-	-	-	1	8.3	2	1.4
	Moda=29		Media=60.04		DS=29.34		Punt. mínimo=22		Punt. máximo=139					

Tabla 9: Puntuaciones obtenidas en Control Externo

Para la dimensión socio-afectiva la puntuación presentada con mayor frecuencia fue 26, la más baja 5 y la más alta 35, situándose la media en 19.19 y la desviación estándar en 7.41. La distribución por intervalos, desplegada en la tabla 10, confina al 29.3% de la población en el tercer intervalo (19-25), 28.6% en el segundo (12-18), 21.4% en el cuarto (26-32), 17.9% en el primero (5-11) y 2.9% en el quinto(33-39).

PUNTAJACIONES	ADOLESCENTES QUE NO CONSUMEN				ADOLESCENTES CON USO EXPERIMENTAL				ADOLESCENTES CON USO FRECUENTE				MUESTRA TOTAL	
	Mujeres n=35		Hombres n=35		Mujeres n=19		Hombres n=23		Mujeres n=16		Hombres n=12		N=140	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
5-11	12	34.3	4	11.4	3	15.8	1	4.3	4	25.0	1	8.3	25	17.9
12-18	13	37.1	7	20.0	8	42.1	8	34.8	3	18.8	1	8.3	40	28.6
19-25	5	14.3	16	45.7	5	26.3	6	26.1	6	37.5	3	25.0	41	29.3
26-32	4	11.4	7	20.0	3	15.8	7	30.4	3	18.8	6	50.0	30	21.4
33-39	1	2.9	1	2.9	-	-	1	4.3	-	-	1	8.3	4	2.9
	Moda=26		Media=19.19		DS=7.41		Punt. mínimo=5		Punt. máximo=35					

Tabla 10: Puntuaciones obtenidas en Dimensión Socio-Afectiva

Por último la tabla 11 expone lo referente a la **dimensión familiar**, en donde la puntuación mínima fue de 3 y la máxima de 25, con una moda de 16, una media de 15.06 y una desviación estándar de 5.15. Localizándose el 32.1% de los adolescentes en el intervalo de 13-17 puntos, 30.7% en el que va de 18-22, 23.6% en el de 8-12, 8.6% en el de 3-7 y 5.0% en el intervalo que va de 23-27 puntos.

PUNTAJES	ADOLESCENTES QUE NO CONSUMEN				ADOLESCENTES CON USO EXPERIMENTAL				ADOLESCENTES CON USO FRECUENTE				MUESTRA TOTAL	
	Mujeres n=35		Hombres n=35		Mujeres n=19		Hombres n=23		Mujeres n=16		Hombres n=12		F	%
3-7	4	11.4	1	2.9	1	5.3	2	8.7	3	18.8	1	8.3	12	8.6
8-12	7	20.0	9	25.7	4	21.1	5	21.7	5	31.3	3	25.0	33	23.6
13-17	14	40.0	7	20.0	10	52.6	9	39.1	4	25.0	1	8.3	45	32.1
18-22	9	25.7	15	42.9	4	21.1	7	30.4	3	18.8	5	41.7	43	30.7
23-27	1	2.9	3	8.6	-	-	-	-	1	6.3	2	16.7	7	5.0
	Moda=16		Media=15.06		DS=5.15		Punt. mínimo=3		Punt. máximo=25					

Tabla 11: Puntuaciones obtenidas en Dimensión Familiar

En general, los resultados encontrados en cada una de las dimensiones del cuestionario muestran que el locus de control de los adolescentes que participaron en el estudio se caracterizó por una puntuación alta en logro interno (todos los adolescentes excepto 1 obtuvieron un puntaje igual o mayor a 69, lo que implica una fuerte tendencia a explicar los logros como consecuencia de las propias capacidades o acciones) y baja en control externo (aún cuando hubo mayor dispersión que en logro interno, la muestra se concentró, en su mayoría, en puntuaciones iguales o menores a 81, lo que significa que no estuvieron muy de acuerdo con que sus logros se debieran a agentes externos). Con respecto a la dimensión socio-afectiva y familiar no se apreció un patrón definido.

Finalmente se describen los resultados derivados del **análisis de varianza unidireccional (one-way ANOVA)** aplicado a un nivel de significancia de .05 a los puntajes obtenidos por adolescentes consumidores experimentales, consumidores frecuentes y abstemios en cada uno de los apartados del instrumento.

Como lo muestra la tabla 12 no hubo diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de los grupos en comparación (adolescentes con consumo experimental, frecuente y abstemios), puesto que los niveles de significancia fluctuaron entre .076 para control externo en el grupo "consumidores frecuentes vs abstemios" y .980 también en control externo para el grupo "consumidores experimentales vs abstemios".

Así, en "logro interno" y "dimensión familiar" las medias encontradas fueron similares para el grupo de abstemios, consumidores experimentales y consumidores frecuentes. Para "control externo" los consumidores frecuentes obtuvieron una media más alta (69.61) que los abstemios (57.60) y consumidores experimentales (57.74), lo que implica que aún cuando estas diferencias no fueron estadísticamente significativas hubo por parte de los adolescentes con consumo frecuente una mayor tendencia a explicar sus logros en función de agentes externos. En "dimensión socio-afectiva" (donde las diferencias tampoco fueron estadísticamente significativas) el grupo de consumidores puntuó más alto (media=20.24) que el grupo de abstemios (media=18.14) siendo los consumidores frecuentes quienes tendieron más a considerar que sus logros dependen de las relaciones afectivas que poseen.

Grupos a comparar	Logro Interno		Control Externo		Dim. Socio-afectiva		Dim. Familiar	
	Media	Significancia One-Way	Media	Significancia One-Way	Media	Significancia One-Way	Media	Significancia One-Way
Consumidores	115.63		62.49		20.24		14.39	
Abstemios	117.73	.367	57.60	.326	18.14	.094	15.73	.123
Consumidores experimentales	115.95		57.74		19.95		14.17	
Consumidores frecuentes	115.14	.648	69.61	.156	20.68	.228	14.71	.278
Abstemios	117.73		57.60		18.14		15.73	
Consumidores experimentales	115.95	.503	57.74	.980	19.95	.211	14.17	.109
Abstemios	117.73		57.60		18.14		15.73	
Consumidores frecuentes	115.14	.328	69.61	.076	20.68	.130	14.71	.406
Abstemios	117.73		57.60		18.14		15.73	
Consumidores experimentales	115.95	.842	57.74	.096	19.95	.687	14.17	.653
Consumidores frecuentes	115.14		69.61		20.68		14.71	

Tabla 12: Análisis de varianza unidireccional (one-way ANOVA)

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



CAPITULO VI. DISCUSION Y CONCLUSIONES.

Discusión

A fin de determinar la influencia de "locus de control" en el consumo de alcohol de un grupo de adolescentes del Distrito Federal, se comparó a adolescentes que reportaron consumo de alcohol alguna vez en la vida con adolescentes que reportaron consumo más de una vez en la vida y con adolescentes que reportaron nunca haber consumido esta sustancia.

Para formar dichos grupos fue aplicado un cuestionario sobre situación de consumo de alcohol junto con la "Escala de Locus de Control" de Reyes Lagunes (1998), cuyas puntuaciones fueron comparadas con un análisis de varianza unidireccional (one-way ANOVA) que arrojó niveles de significancia mayores a .05 para todas las dimensiones del instrumento.

En consecuencia, puede afirmarse que los resultados encontrados apoyan las hipótesis nulas planteadas en esta investigación, mismas que a continuación se enlistan por grupo de comparación:

Consumidores vs abstemios

Ho₁. No existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en logro interno por adolescentes que reportan consumo de alcohol en comparación con el puntaje obtenido en logro interno por adolescentes que reportan abstinencia.

Ho₂. No existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en control externo por adolescentes que reportan consumo de alcohol en comparación con el puntaje obtenido en control externo por adolescentes que reportan abstinencia.

Ho₃. No existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en la dimensión socio-afectiva por adolescentes que reportan consumo de alcohol en comparación con el puntaje obtenido en la dimensión socio-afectiva por adolescentes que reportan abstinencia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Ho₄. No existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en la dimensión familiar por adolescentes que reportan consumo de alcohol en comparación con el puntaje obtenido en la dimensión familiar por adolescentes que reportan abstinencia.

Abstemios vs consumidores experimentales vs consumidores frecuentes

Ho₅. No existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en logro interno por adolescentes que reportan abstinencia en comparación con el puntaje obtenido en logro interno por adolescentes que reportan consumo de alcohol experimental y consumo de alcohol frecuente.

Ho₆. No existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en control externo por adolescentes que reportan abstinencia en comparación con el puntaje obtenido en control externo por adolescentes que reportan consumo de alcohol experimental y consumo de alcohol frecuente.

Ho₇. No existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en la dimensión socio-afectiva por adolescentes que reportan abstinencia en comparación con el puntaje obtenido en la dimensión socio-afectiva por adolescentes que reportan consumo de alcohol experimental y consumo de alcohol frecuente.

Ho₈. No existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en la dimensión familiar por adolescentes que reportan abstinencia en comparación con el puntaje obtenido en la dimensión familiar por adolescentes que reportan consumo de alcohol experimental y consumo de alcohol frecuente.

Consumidores experimentales vs abstemios

Ho₉. No existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en logro interno por adolescentes que reportan consumo de alcohol experimental en comparación con el puntaje obtenido en logro interno por adolescentes que reportan abstinencia .

Ho₁₀. No existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en control externo por adolescentes que reportan consumo de alcohol experimental en comparación con el puntaje obtenido en control externo por adolescentes que reportan abstinencia.

Ho₁₁. No existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en la dimensión socio-afectiva por adolescentes que reportan consumo de alcohol experimental en comparación con el puntaje obtenido en la dimensión socio-afectiva por adolescentes que reportan abstinencia.

Ho₁₂. No existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en la dimensión familiar por adolescentes que reportan consumo de alcohol experimental en comparación con el puntaje obtenido en la dimensión familiar por adolescentes que reportan abstinencia.

Consumidores frecuentes vs abstemios

Ho₁₃. No existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en logro interno por adolescentes que reportan consumo de alcohol frecuente en comparación con el puntaje obtenido en logro interno por adolescentes que reportan abstinencia.

Ho₁₄. No existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en control externo por adolescentes que reportan consumo de alcohol frecuente en comparación con el puntaje obtenido en control externo por adolescentes que reportan abstinencia.

Ho₁₅. No existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en la dimensión socio-afectiva por adolescentes que reportan consumo de alcohol frecuente en comparación con el puntaje obtenido en la dimensión socio-afectiva por adolescentes que reportan abstinencia.

Ho₁₆. No existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en la dimensión familiar por adolescentes que reportan consumo de alcohol frecuente en comparación con el puntaje obtenido en la dimensión familiar por adolescentes que reportan abstinencia.

Consumidores experimentales vs consumidores frecuentes

Ho₁₈. No existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en logro interno por adolescentes que reportan consumo de alcohol experimental en comparación con el puntaje obtenido en logro interno por adolescentes que reportan consumo frecuente.

Ho₁₈. No existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en control externo por adolescentes que reportan consumo de alcohol experimental en comparación con el puntaje obtenido en control externo por adolescentes que reportan consumo frecuente.

Ho₁₉. No existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en la dimensión socio-afectiva por adolescentes que reportan consumo de alcohol experimental en comparación con el puntaje obtenido en la dimensión socio-afectiva por adolescentes que reportan consumo frecuente.

Ho₂₀. No existen diferencias estadísticamente significativas, a un nivel de .05, en el puntaje obtenido en la dimensión familiar por adolescentes que reportan consumo de alcohol experimental en comparación con el puntaje obtenido en la dimensión familiar por adolescentes que reportan consumo frecuente.

Lo que se traduce en puntuaciones similares en la Escala de Locus de Control para adolescentes que reportaron abstinencia, consumo experimental y consumo frecuente, siendo estas similitudes más marcadas en "logro interno" y "dimensión familiar" donde los niveles de significancia fluctuaron de .328 a .842 v de .109 a .653 respectivamente.

Concerniente a "logro interno" no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (a un nivel de .05) entre los grupos de comparación (abstemios, consumidores experimentales y consumidores frecuentes). Resultado contrario al reportado en la mayoría de las investigaciones consultadas (Shope, et. al., 1993; Wills, 1994; Springer y Gastfriend, 1995; Bearinger y Blum, 1997; Cloud, 1999), donde se señala una relación inversa entre locus de control orientado internamente y consumo de alcohol.

A diferencia de este estudio las investigaciones de los autores arriba mencionados además de examinar el consumo de alcohol en función de ciertas variables psicológicas (entre ellas locus de control), sociales y/o familiares, evaluaron la interrelación de las mismas. Shope, et. al. (1993) por ejemplo.

encontraron que los adolescentes con mejor habilidad para rechazar el ofrecimiento de una cerveza tienen más altos niveles de conocimiento sobre prevención del consumo de alcohol, mayor locus de control interno relacionado con la salud, mayor autoestima y, menos susceptibilidad a presión de pares. Wills (1994), tras realizar un análisis de regresión múltiple concurrente con las variables autoestima, control percibido y uso de sustancias (tabaco alcohol y marihuana), pone de manifiesto que el uso de sustancias aumenta cuando la autoestima es negativa y el control interno bajo. Springer y Gastfriend (1995) refieren que los sujetos sin problemas en el uso de sustancias muestran más experiencias favorables en eventos de vida y un mayor locus de control orientado internamente. Por último, Cloud (1999) reporta una relación estadísticamente significativa entre locus de control, consumo de alcohol, género, éxito académico y estatus socioeconómico.

Queda latente, entonces, la posibilidad de que la influencia de locus de control interno en el uso de alcohol se determine por el tipo de variables con las que interactúa. Es decir, el locus de control interno podría representar un factor de riesgo cuando al combinarse con otras variables genere ansiedad, frustración o incluso una sensación de inutilidad, por ejemplo un adolescente que no está conforme con sus calificaciones y que frecuentemente se está reprochando por ello puesto que tiene la firme creencia de que éstas son el resultado de su poca capacidad, lo cual podría propiciar deserción escolar y aumentar, como consecuencia secundaria, la probabilidad de uso de alcohol.

Asimismo, esta tendencia de los adolescentes por explicar los logros como consecuencia de las propias capacidades o acciones (independientemente de que fueran consumidores o no consumidores), puede entenderse desde dos perspectivas muy relacionadas con el proceso de desarrollo en que se encuentra este grupo de la población, a saber:

- Sentimiento de invulnerabilidad. Ya en 1984 David Elkind (citado por Papalia, et al., 2001) menciona que los adolescentes creen que son especiales, que sus experiencias son únicas y que no están sujetos a las reglas que gobiernan al resto del mundo, suposiciones que de acuerdo con Lahuerta y Lloret, 1994; Vallés, 1998; Villatoro, et. al., 2002 y Papalia, et. al., 2001, generan una falsa seguridad en el individuo. Esto, muy probablemente, da pie a expectativas irreales y excesivas acerca del control que se tiene sobre las consecuencias que se experimentan, hasta el grado de minimizar el peligro que implican ciertas actividades, situaciones o comportamientos.
- Deseabilidad social. Según Kolberg (citado en Papalia, et. al., 2001) la mayoría de los adolescentes muestran un nivel convencional de razonamiento moral, esto es, se ajustan a las convenciones sociales,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

respaldan el status quo y hacen lo "correcto" para complacer a los demás, lo cual pudo propiciar respuestas orientadas a dar una buena impresión.

Respecto a la "**dimensión familiar**" no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (a un nivel de .05) entre los grupos de comparación (abstemios, consumidores experimentales y consumidores frecuentes). Por la forma en que los adolescentes respondieron a este apartado -en su mayoría (97 sujetos), señalaron estar de acuerdo o muy de acuerdo con "el destino de mi familia es estar unida" (único reactivo externo de la dimensión), 75 mostraron desacuerdo o total desacuerdo con "es mi responsabilidad mantener a mi familia unida", 70 estuvieron de acuerdo o muy de acuerdo con "mantengo a mi familia unida porque así lo quiero yo" y 92 con "mantengo unida a mi familia"- se llega a los siguientes planteamientos:

En lo relacionado con el instrumento el número de reactivos que componen la dimensión es muy reducido por lo que posiblemente éstos no alcanzan a discriminar la posición interna/externa de los adolescentes en lo que a integración familiar se refiere.

Atendiendo al proceso de desarrollo en el que se encuentran los adolescentes, el contenido de los reactivos internos con los que estuvieron de acuerdo podría estar reflejando, por lo menos para este grupo etéreo, una sensación de que el mundo gira alrededor de ellos y de que todo lo pueden, más que una orientación interna en integración familiar.

Finalmente, y al igual que en control interno, para valorar esta dimensión de manera más objetiva se requiere considerar la presencia de otros factores asociados al consumo de alcohol en el área familiar, entre los que se pueden mencionar consumo de alcohol por parte de los padres y hermanos, actitud hacia el consumo de alcohol de padres y hermanos, vínculo establecido entre padres y adolescentes así como características del ambiente familiar.

Referente a las otras dimensiones, se encontraron niveles de significancia de .076-.980 en "control externo" y de .094-.687 en "dimensión socio-afectiva" esto indica que aún cuando no hubo diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de adolescentes abstemios, consumidores experimentales y consumidores frecuentes se observó para estas dimensiones una mayor variación en las puntuaciones obtenidas por los diferentes grupos en comparación.

Así, los niveles de significancia más bajos para **control externo** se presentaron en el grupo consumidores vs abstemios (.076) y en el grupo consumidores experimentales vs consumidores frecuentes (.096). ubicando las puntuaciones más altas en control externo para los adolescentes consumidores

frecuentes (media=69.61) que para adolescentes abstemios (media=57.60) y consumidores experimentales (media=57.74), lo que deja abierta la posibilidad de que los consumidores frecuentes presenten un locus de control externo más alto que los adolescentes abstemios y consumidores experimentales, e igualmente hace evidente la conveniencia de aumentar la población de consumidores experimentales y frecuentes, en estudios futuros, a fin de evaluar el resultado aquí reportado y definir si el locus de control externo podría estar asociado con el mantenimiento del consumo más que con el inicio del mismo.

En la “**dimensión socio-afectiva**” el nivel de significancia más bajo (.094) se localizó en el grupo consumidores vs abstemios, hallándose las puntuaciones más altas entre los consumidores (media=20.24). En consecuencia, puede inferirse que los adolescentes consumidores tendieron más que los abstemios a creer que sus logros se deben a las relaciones afectivas que establecen.

Esta diferencia, aún cuando no fue estadísticamente significativa, deja al descubierto la alternativa de que al igualar los grupos de comparación (adolescentes consumidores experimentales, consumidores frecuentes y abstemios) pudieran presentarse niveles de significancia menores a .05. Estudios al respecto resultarían interesantes dada la importancia que adquiere el grupo de amigos durante la adolescencia y la evidencia encontrada por Hunter, Vitzelberg y Berenson (1991), Morgan y Grube (1991) y, Urberg, Degirnencioglu y Pilgrim (1997) sobre la influencia de los amigos en el uso de alcohol.

Además de los planteamientos ya expuestos para tratar de explicar los resultados del presente estudio, se tienen aquellos que aplican para todas las dimensiones que maneja el cuestionario de locus de control (logro interno, control externo, dimensión socio-afectiva y dimensión familiar).

De inicio, se puede mencionar la influencia que la cultura ejerce sobre el constructo locus de control (García, 1999) y que se hace evidente en las investigaciones realizadas por Díaz-Loving y Andrade (1984), La Rosa (1986) y Reyes Lagunes (1998) –citada por García y Reyes Lagunes (2000)- donde se advierte la presencia de dimensiones derivadas del carácter afiliativo de la cultura mexicana como es el caso de la dimensión socio-afectiva y familiar cuyos reactivos para culturas más individualistas se considerarían parte del locus de control externo.

Un último factor que pudo influir en los resultados tiene que ver con la etapa de desarrollo por la que cursan los individuos que participaron en el estudio, concretamente la adolescencia temprana, la cual representa un periodo de transición cuyo principal objetivo es la búsqueda y establecimiento de identidad, por lo que es muy probable que el locus de control entre la población que respondió a los cuestionarios no se encuentre aún definido.

Conclusiones

Los resultados derivados de este estudio fueron contrarios a los reportados en otras investigaciones (Shope, et. al., 1993; Wills, 1994; Springer y Gastfriend, 1995; Bearinger y Blum, 1997; Cloud, 1999) ya que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones obtenidas en la escala de locus de control por adolescentes abstemios, consumidores experimentales y consumidores frecuentes. A pesar de ello este estudio se torna relevante dado que aporta hipótesis y sugerencias acerca del constructo "locus de control" y su asociación con el consumo de alcohol de un grupo de adolescentes del Distrito Federal.

Para empezar, se hace patente la necesidad de adecuar la escala de locus de control a población adolescente de entre 11 y 15 años de edad, aumentando para "logro interno" reactivos que permitan disminuir la deseabilidad social que posiblemente permeó la forma en que contestaron los adolescentes a este apartado, así como incrementar reactivos internos y externos encauzados a medir "dimensión familiar" ya que los que componen la escala no parecen ser apropiados para este grupo de la población.

En cuanto a "control externo" la dimensión podría enriquecerse con las propuestas de Wong y Sproule (citados en Lefcourt, 1984) con respecto a distinguir entre control externo positivo y negativo, pues como dichos autores lo mencionan incluir expectativas generalizadas de control externo negativo o positivo posibilita hacer una predicción más precisa de la expectativa de éxito en diferentes situaciones y proporciona un panorama más completo de las diferencias individuales en las creencias de locus de control. Lo cual podría ayudar a esclarecer la influencia del control externo en el consumo de alcohol ya que los factores que intervienen en el uso de esta sustancia funcionan de manera situacional, es decir pueden fungir como factores de riesgo o protección dependiendo de la presencia de otros factores, de hecho Vallés (1998); Souza, et. al. (2000); Nato y Rodríguez (2001); y Medina-Mora (citada por Nateras 2002) concuerdan en que el camino hacia las drogas es diferente en cada sujeto y situación, hallándose la predisposición y origen del consumo relacionado con el número de factores a los que está expuesto el individuo.

Derivado de este planteamiento se advierte una de las limitaciones del presente estudio, que tiene que ver con el hecho de que únicamente se contempló el "locus de control" como factor de riesgo para el consumo de alcohol, dejando sin estudiar su posible relación con alguna otra variable (como expectativas hacia el consumo de alcohol, conocimiento sobre sus efectos, riesgo percibido, consumo de pares, etc.), quedando la interrogante de si la influencia de la variable locus de control en el consumo de alcohol resulta determinante bajo la presencia de otros factores de riesgo. De ser así, una

orientación externa en dimensión familiar, por ejemplo, podría jugar el papel de factor protector si la familia es disfuncional, ya que de contar el adolescente con una orientación interna la probabilidad de consumo aumentaría dado que al creerse responsable de mantener a su familia unida buscaría cualquier medio para lograr su objetivo, incluyendo el consumo de alcohol.

En suma, se propone establecer normas referentes al locus de control entre los adolescentes, pues el contar con estos parámetros permitiría la comparación entre un individuo y su grupo de iguales, lo que a su vez suscitará una interpretación más objetiva tanto del locus de control como de su relación con el consumo de alcohol.

Incluir patrones de consumo que permitan contemplar individuos tanto en la fase inicial de éste como en la fase de dependencia, a fin de valorar la influencia del locus de control en cada una de estas etapas, pues de acuerdo con Secades (1996) el modelo biopsicosocial plantea que la importancia de los factores que precipitan el consumo varía a lo largo de las distintas fases y patrones de consumo de un bebedor, por lo que es posible que aún cuando el locus de control no resultó significativo en el inicio del consumo sí pudiera serlo en alguna otra fase. De igual forma las comparaciones podrían hacerse en función del tipo de usuario considerando no sólo el patrón de consumo sino la situación en que se presenta la ingestión de alcohol y la finalidad de la misma.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REFERENCIAS

- Aduna, M.P. (1998). *Afrontamiento, apoyo social y solución de problemas en estudiantes universitarios. Estudio exploratorio*. México. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, UNAM.
- Aguilar, V. F. R. M. (1994). *Orden de nacimiento, autoconcepto y locus de control*. México. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, UNAM.
- Aitken, P. P.; Eadie, D. R.; Leather, D. S.; McNeill, R. E. (1988). Television advertisements for alcoholic drinks do reinforce under age drinking: *British Journal of Addiction*. 83(12) Dic. 1399-1419.
- Aizpiri, D. J.; Marcos, F. J. F. (1996). *Actualización del tratamiento del alcoholismo*. Masson. España.
- Anderson, A. R; Henry, C. S. (1994). Family system characteristics and parental behaviors as predictors of adolescent substance use: *Adolescence*. 29 (114) Sum., 405-420.
- Andrade, P. P. (1984). *Influencia de los padres en el locus de control de los hijos*. México. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, UNAM.
- Árboles, G. J. (1995). *Sociología y causas del alcoholismo*. Bellaterra. España.
- Arias, J. A; Fernández, L. R; Kalina, E; Pierini, D. C. (1990). *La familia del adicto y otros temas*. Nueva Visión. Argentina.
- Ary, D. V; Tildesley, E; Hops, H; Andrews, J. A. (1993). The influence of parent, sibling, and peer modeling and attitudes on adolescent use of alcohol: *International Journal of the Addictions*. 28 (9) Jul., 853-880.
- Bearinger, L. H; Blum, R.W. (1997). The utility of locus of control for predicting adolescent substance abuse: *Research in nursing & health*. 20 (3) Jun., 229-245.
- Becoña. I. E.; Rodríguez, L. A; Salazar B. I. (1995). *Drogodependencias Vol. IV*. Universidad de Santiago de Compostela. Chile.

- Berenzon, S; Medina-Mora, M. E; Carreño, S; Juárez, F; Villatoro, J; Rojas, E. (1996). Las tendencias del consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de enseñanza media y media superior del Distrito Federal, 1993. *Salud Mental*. 19 (1). Marzo, 1-5.
- Brown, S. A; Tate, S. R; Vik, P. W; Haas, A. L; Aarons, G. (1999). Modeling of alcohol use mediates the effect of family history of alcoholism on adolescent alcohol expectancies: *Experimental & Clinical Psychopharmacology*. 7 (1) Feb, 20-27.
- Castillo, C. G. (2000). *Cautivos en la adolescencia*. Alfaomega. México.
- Cavazos, L. F. (1989). *Escuelas sin drogas*. Secretaría de educación de los Estados Unidos de América.
- Centros de Integración Juvenil, CIJ Coyoacán (1990). *Manual de capacitación para el voluntariado*. México.
- Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental –CEMESAM– (1991). *La familia ante el problema de las drogas*. CEMESAM. México.
- Cloud, W. H. (1999). Locus of control of twelfth-grade students as measured by the National Education longitudinal study: *Dissertation Abstracts International*. 60 (1-A) Jul..
- Coombs, R. H; Paulson, M. J; Richardson, M. A. (1991). Peer vs. parental influence in substance use among Hispanic and Anglo children and adolescents: *Journal of Youth & Adolescence*. 20 (1) Feb. 73-88.
- Cormillot, A; Lombardini, J. C., (1992). *Beber o no beber ¿Esa es la cuestión?*. Paidós. Argentina.
- Corver, C; Scheier, M. (1997). *Teorías de la personalidad*. 3ra. edición. Pearson Educación. México.
- Cumsille, P. E. (2001). Longitudinal models for risk and protection for alcohol use in early to middle adolescence: Individual and social environment characteristics: *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering*. 61(12-B), 6735.
- Chassin, L; DeLucia, C. (1996). Drinking during adolescence: *Alcohol Health & Research World*. 20(3), 175-180.

- Chassin, L; Rogosch, F; Barrera, M. (1991). Substance use and symptomatology among adolescent children of alcoholics: *Journal of Abnormal Psychology*. 100 (4) Nov., 449-463.
- D'Amico, E. J; Fromme, K. (1997). Health risk behaviors of adolescent and young adult siblings: *Health Psychology*. 16(5) Sep., 426-432.
- Diaz-Loving, R; Andrade, P. P. (1984). Una escala de locus de control para niños mexicanos. *Revista interamericana de psicología*. 18 (1 y 2), 21-33.
- Donas, B. S., (2001). *Adolescencia y juventud en América Latina*. LUR. Costa Rica.
- Ellickson, P. L; Hays, R. D. (1991). Antecedents of drinking among young adolescents with different alcohol use histories: *Journal of studies on alcohol*. 52 (5) Sep., 398-408.
- Encuesta Nacional de Adicciones. (1993). En página Web <http://www.ssa.gov.mx/conadic/PROGALC%20cap1.htm>
- Encuesta Nacional de Adicciones, (1998). En página Web <http://www.ssa.gov.mx/conadic/PROGALC%20cap1.htm>
- Encuesta Nacional de Adicciones (2002). En página Web <http://www.ssa.gov.mx/unidades/conadic/>
- En la Comunidad de Encuentro -ENLACE- (1998). *Las adicciones y las disfunciones en la familia*. Trillas. México.
- Ennett, S. T; Bauman, K. E. (1991). Mediators in the relationship between parental and peer characteristics and beer drinking by early adolescents: *Journal of Applied Social Psychology*. 21 (20) Oct., 1699-1711.
- Falke, G. O. (1998). *Adolescencia, familia y drogadicción*. Atlante. Argentina.
- Fernández, F. A., (1996). *Las otras drogas*. Temas de hoy. España.
- Fernández, G. M; Gordingh, A. L. (1996). *Relación existente entre la conducta de fumar y el locus de control externo e interno en adolescentes*. México. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Foxcroft, D. R; Lowe, G. (1997). Adolescents' alcohol use and misuse: The socializing influence of perceived family life: *Drugs-Education Prevention & Policy*. 4(3) Nov., 215-229.

- Gaona, M. L., (2004). *Perfil de personalidad en mujeres que viven con un alcohólico*. México. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- García, B. A. R., (2002). *Influencia de la familia y el nivel de depresión hacia el consumo de drogas en los adolescentes de la ciudad de México*. México. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- García, C. T. (1999). *Bienestar subjetivo y locus de control en jóvenes mexicanos*. México. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- García, C. T.; Reyes Lagunes, I. (2000). Estructura del locus de control en México. *La psicología social en México*. VIII., 158-164.
- Geckova, A; Pudelsky, M; Van Dijk, J. P. (2000). Parental influence of smoking, alcohol consumption and sports activities of adolescents: *Ceska a Slovenska Psychiatrie*. 96(8). 406-410.
- Grube, J. W; Wallack, L. (1994). Television beer advertising and drinking knowledge, beliefs, and intentions among schoolchildren: *American Journal of Public Health*. 84 (2) Feb., 254-259.
- Hernández, S. R; Fernández, C. C; Baptista, L. P. (1998). *Metodología de la investigación*. Segunda edición. McGraw-Hill. México.
- Hunter, S. M; Vizeberg, I. A; Berenson, G. S. (1991). Identifying mechanisms of adoption of tobacco and alcohol use among youth: The Bogalusa heart study: *Social Networks*. 13 (1) Mar., 91-104.
- Jones-Webb, R; Toomey, T. L; Short, B; Murray, D. M; Wagenaar, A; Wolfson, M. (1997). Relationships among alcohol availability, drinking location, alcohol consumption and drinking problems in adolescents: *Substance use & Misuse*. 32(10) Agosto, 1261-1285.
- Kimmel, D. C; Weiner, I. B., (1998). *La adolescencia una transición del desarrollo*. Ariel. España.
- Killen, J. D; Hayward, C; Wilson, D. M; Haydel, K. F. (1996). Predicting onset of drinking in a community sample of adolescents: The role of expectancy and temperament: *Addictive Behaviors*. 21 (4) Jul-Aug., 473-480.
- La Rosa, J. (1986). *Escala de locus de control y autoconcepto. Construcción y validación*. México. Tesis de Doctorado. Facultad de psicología, UNAM.
- Laborin, A. J. F; Vera, N. J. A. (2000). Bienestar subjetivo y su relación con locus de control y el enfrentamiento. *Psicología social en México*. VIII., 192-199.

- Lahuerta, i M. A; Lloret, i G. T. (1994). *Drogas, síntomas y signos*. Octaedro España.
- Lefcourt, H.M. (1984). *Research with the locus of control construct*. Vol. 3. Academic Press. Estados Unidos.
- Lieberman, L. R; Orlandi, M. A. (1987). Alcohol advertising and adolescent drinking: *Alcohol Health & Research World*. 12 (1) Fal., 30-33.
- López, J. J. L. (1997). *Identificación de problemas previos asociados al consumo de alcohol en una muestra de pacientes atendidos en servicios de urgencia de la ciudad de México*. México. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UNAM.
- Macia, A. D. (2000). *Las drogas: conocer y educar para prevenir*. Pirámide. España.
- Márquez, M. R. (2001). *Diferencias en el locus de control en adolescentes usuarios y no usuarios de drogas*. México. Tesis de Licenciatura. Universidad Salesiana.
- Martínez, R. M. J. (2002). *Identificación, descripción y comparación de factores de riesgo de la ciudad de México*. México. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Morgan, M; Grube, J. W. (1991). Closeness and peer group influence: *British Journal of Social Psychology*. 30 (2) Jun., 159-169.
- Nateras, D. A. (2002). *Jóvenes, culturas e identidades urbanas*. UAM-Porrúa México.
- Nato, A; Rodríguez, Q. G. (2001). *Las víctimas de las drogas*. Universidad. Argentina.
- Nuevo, G. E. (1997). *El niño y el adolescente*. Promolibro. España.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10)*. Meditor. Madrid.
- Papalia, D. E; Olds, S. W; Feldman, R. D. (2001). *Psicología del desarrollo*. 8va. edición. McGrawHill. Colombia.
- Plant, M. A; Bagnall, G; Foster, J. (1990). Teenage heavy drinkers: Alcohol related knowledge, beliefs, experiences, motivation and the social context of drinking: *Alcohol & alcoholism*. 25(6), 691-698.

- Ramírez, M. M. E. (1993). *Diferencias en autoestima y locus de control en fumadores crónicos, incipientes y no fumadores*. México. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Rodríguez, N. C; Godoy, A. A; Jiménez, J. A; Esteve, Z. R. (1992). Revisión del constructo lugar de control a partir de sus instrumentos de evaluación sobre poblaciones infantiles. *Estudios de psicología*. 47, 91-113.
- Rojas, E; Medina-Mora, M. E; Juárez, F; Carreño, S; Villatoro, J; Berenzon, S; López, E. (1995). El consumo de bebidas alcohólicas y variables asociadas entre los estudiantes de México. *Salud mental*. 18 (3). Sep., 22-27.
- Rojas, P. M. (1998). *Análisis de los factores de riesgo que pueden predisponer a los adolescentes hacia el uso de drogas*. México. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Secades, V. R. (1996). *Alcoholismo juvenil*. Pirámide. España.
- Shope, J. T; Copeland, L. A; Maharg, R; Dielman, T. E. (1993). Assesment of adolescent refusal skills in an alcohol misuse prevention study: *Health Education Quartely*. 20 (3) Fal.. 373-390.
- Shucksmith, J; Glendinning, A; Hendry, L. (1997). Adolescent drinking behaviour and the role of family life: A Scottish perspective: *Journal of adolescence*. 20(1) Feb, 85-101.
- Souza, M. M; Prado, G. J. A; Martínez, A. J; Martínez, M. J; Tagle, O. I. (2000). *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. Editores. México.
- Springer, S. A; Gastfriend, D. R. (1995). A pilot study of factors associated with resilience to substance abuse in adolescent sons of alcoholic fathers: *Journal of Addictive Diseases*. 14 (2), 53-66.
- SSA y CONADIC. (1992). *Las adicciones en México. Hacia un enfoque multidisciplinario*. México.
- Tapia, C. R. (2001). *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. 2da. edición. Manual moderno. México.
- Urberg, K. A; Degirrencioglu, S. M; Pilgrim, C. (1997). Close friend and group influence on adolescent cigarette smoking and alcohol use: *Developmental Psychology*. 33(5) Sep, 834-844.

- Valencia, O. A. I. (2001). *Estudio descriptivo de indicadores protectores psicosociales de la salud en una comunidad de la ciudad de M6xico*. M6xico. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicolog6a, UNAM.
- Valles, L. A. (1998). *Padres, hijos y drogas*. 2da. edici6n. Generalitat. Espa6a.
- Vega, F. A. (1998). *Como educar sobre alcohol en las escuelas*. Amar6. Espa6a.
- Velasco, F. R., (1997). *Las adicciones*. Trillas. M6xico.
- Villa, M; Mu6oz, R. M. (1995). *Locus de control, orientaci6n al logro y rendimiento escolar en adolescentes*. M6xico. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicolog6a, UNAM.
- Villatoro, J. A; Medina-Mora, M. E; Cardiel, H; Fleiz, C; Alc6ntar, E; Hern6ndez, S; Parra, J; N6quiz, G. (1999). La situaci6n del consumo de sustancias entre estudiantes de la ciudad de M6xico. Medici6n oto6o de 1997. *Salud mental*. 22 (2). Abril, 18-30.
- Villatoro, J. A; Medina-Mora, M. E; Rojano, C; Fleiz, C; Berm6dez, P; Castro, P; Ju6rez, F. (2002). 6Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes? Resultados de la encuesta de estudiantes, medici6n oto6o del 2000. *Salud mental*. 25 (1). Feb., 43-54.
- Villatoro, J.A; Medina-Mora, M.E; Rojano, C; Fleiz, C; Villa, G; Jasso, A; Alc6ntar, M.I; Berm6dez, P; Castro, P; Blanco, J. (2001). *Reporte global de escuelas secundarias*. CD INP-SEP. M6xico.
- Wallace, J. (1990). *El alcoholismo como enfermedad nuevos enfoques*. Trillas. M6xico.
- Webb, J. A; Baer, P. E; McLaughlin, R. J; McKelvey, R. S. (1991). Risk factors and their relation to initiation of alcohol use among early adolescents: *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 30 (4) Jul., 563-568.
- White, H. R; Johnson, V; Buyske, S. (2000). Parental modeling and parenting behavior effects on offspring alcohol and cigarette use: A growth curve analysis: *Journal of Substance Abuse*. 12(3), 287-310.
- Wildgoose, J. A. (1997). The relationship of risk factors on Bohemian adolescents alcohol use and alcohol-related problems: A social learning approach: *Dissertation Abstracts International. Section B: the Sciences & Engineering*. 57 (8-B) Feb.

- Wills, T. A. (1994). Self-esteem and perceived control in adolescent substance use: Comparative tests in concurrent and prospective analyses: *Psychology of Addictive Behaviors*. 8 (4) Dec., 223-234.
- Young, M; Werch, C. E; Bakema, D. (1989). Area specific self-esteem scales and substance use among elementary and middle school children: *Journal of School Health*. 59 (6) August, 251-254.
- Zhang, L; Welte, J. W; Wieczorek, W. F. (1997). Peer and parental influences on male adolescent drinking: *Substance use & Misuse*. 32(4) Dic. 2121-2136.