

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**“PERSONALIDAD, SUCESOS DE VIDA  
Y CONSUMO DE BEBIDAS CON ALCOHOL  
EN ADOLESCENTES DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR”**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
MAESTRÍA EN  
PSICOLOGÍA CLÍNICA

**P R E S E N T A:**  
**ROSA ISELA LEÓN CASILLAS**

**DIRECTORA: DRA. EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO**

**COMITÉ DE TESIS:**  
**DRA. MA. ELENA MEDINA-MORA ICAZA**  
**DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS**  
**DR. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ NÚÑEZ**  
**MTRA. CRISTINA HEREDIA ANCONA**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

*Una vez Dios habló,  
dos cosas yo entendí:  
Que de Dios es la fuerza,  
y tuya es, oh Señor, también la gracia.  
Que eres Tú quien retribuye  
a cada cual según sus obras.*

Sal. 62

## AGRADECIMIENTOS

A mis padres,

*Maria Luisa y Román.*

A mis hermanos,

*Marisela, Patricia, Olga, Silvia, Lucero y Román.*

A mis sobrinitos,

*Román, Marisela, Michelle, Christian, Luis,  
Jaime, Valeria, Daniela, Fernanda, Aranza,  
Paula, Alan, Tamara, Rodrigo y José Ramón.*

Por formar parte de mi vida, de mi día a día ...

A mis amigas,

*Doña Bety, Ma Elena, Lety, Mireya, Marisela, Nelly, Mariana,  
Geydy, Mari Tere, Paulina, Gloria y Angelina.*

Por su cariño y ánimo.

Especialmente,

*Dra. Emilia Lucio, Dra. Ma. Elena Medina-Mora,  
Dra. Patricia Andrade-Palos, Dr. José de Jesús Gonzáles,  
Mtra. Cristina Heredia, Mtra. Consuelo Durán,  
Dra. Raquel Berman, Mtra. Leticia Echeverría,  
Dra. Gabriela Martínez y Dra. Dolores Sandoval (q.p.d).*

Por su valioso apoyo y guía.

Con profunda gratitud,

*A los adolescentes,*

Cuya participación hizo posible este esfuerzo.

Finalmente a,

*La Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Psicología*

Por su generosidad académica.

# INDICE

## RESÚMEN

## INTRODUCCIÓN..... 1

## MARCO TEÓRICO

### Capítulo I

#### EL CONSUMO DE ALCOHOL..... 3

##### 1.1 Consumo Nacional: Datos Estadísticos.....3

##### 1.2 Los Jóvenes y el alcohol..... 7

##### 1.2.1 Jóvenes de Bachillerato y Alcohol. Delegación Iztapalapa.....11

### Capítulo II

#### ADOLESCENCIA Y CONSUMO DE ALCOHOL.....16

##### 2.1 La Adolescencia como etapa del desarrollo.....16

##### 2.2 Sucesos de Vida Estresantes.....23

##### 2.3. Los Jóvenes y el Alcohol: Principales Motivaciones.....31

### Capítulo III

#### TEORÍAS SOBRE EL ALCOHOLISMO.....35

##### 3.1 Principales Aproximaciones.....35

##### 3.1.1 Teoría de la Personalidad.....35

##### 3.1.2 Teoría Psicoanalítica.....44

##### 3.1.3 Teoría de Sistemas.....50

##### 3.1.4 Teoría del Condicionamiento Clásico.....55

##### 3.1.5 Teoría del Aprendizaje Social.....58

### Capítulo IV

#### EL PAPEL DE LA PREVENCIÓN EN EL CONSUMO DE ALCOHOL.....62

##### 4.1 Factores de Riesgo.....67

##### 4.1.1 Factores en la familia.....68

##### 4.1.2 Factores en la escuela.....69

##### 4.1.3 Factores sociales.....70

##### 4.1.4 Factores individuales.....70

##### 4.2 Factores de Protección.....74

##### 4.2.1 En el ambiente social.....74

##### 4.2.2 En el Medio Familiar.....76

##### 4.2.3 En el ambiente escolar.....77

##### 4.3 Educación para la Salud.....78

## Capítulo V

### METODOLOGÍA .....85

5.1 Planteamiento del problema .....	85
5.2 Objetivos.....	85
5.3 Hipótesis.....	86
5.4 Variables.....	86
5.5 Método de muestreo.....	90
5.6 Diseño experimental.....	90
5.7 Tipo de estudio.....	90
5.8 Instrumentos.....	91
5.9 Procedimiento.....	94
5.10 Escenario.....	95
5.11 Análisis de datos.....	95

## Capítulo VI

### RESULTADOS..... 96

<b>Tabla 1</b> Porcentaje de Sucesos de vida estresantes en la muestra general .....	96
--	----

<b>Tabla 2</b> Relación entre Sucesos de vida estresantes y Consumo de alcohol en la muestra general .....	96
--	----

<b>Tabla 3</b> Identificación de Casos positivos en el AUDIT dentro de la muestra general..	97
---	----

<b>Tabla 4</b> Porcentaje de Sucesos de vida estresantes en los Casos positivos .....	97
---	----

<b>Tabla 5</b> Porcentaje de Sucesos de vida estresantes en la muestra general y los los Casos positivos .....	98
--	----

<b>Tabla 6</b> Diferencias en Sucesos de vida estresantes, entre la muestra general y los Casos positivos .....	98
---	----

<b>Tabla 7</b> Correlación entre Consumo de alcohol y Rasgos de personalidad, en la muestra general .....	99
---	----

<b>7a</b> Escalas Clínicas.....	99
---------------------------------	----

<b>7b</b> Escalas de Contenido.....	100
-------------------------------------	-----

<b>7c Escalas Suplementarias</b> .....	101
<b>Tabla 8</b> Tipo de consumo de alcohol Pre y Post en los Casos positivos .....	101
<b>Tabla 9</b> Diferencias entre las aplicaciones Pre, Post y Seguimiento en las Escalas Clínicas del MMPI-A. Grupo con Intervención.....	102
<b>Tabla 10</b> Diferencias entre las aplicaciones Pre, Post y Seguimiento en las Escalas Clínicas del MMPI-A. Grupo Control .....	103
<b>Tabla 11</b> Diferencias entre las aplicaciones Pre, Post y Seguimiento en las Escalas de Contenido del MMPI-A. Grupo con Intervención.....	104
<b>Tabla 12</b> Diferencias entre las aplicaciones Pre, Post y Seguimiento en las Escalas de Contenido del MMPI-A. Grupo Control .....	105
<b>Tabla 13</b> Diferencias entre las aplicaciones Pre, Post y Seguimiento en las Escalas Suplementarias del MMPI-A. Grupo con Intervención.....	106
<b>Tabla 14</b> Diferencias entre las aplicaciones Pre, Post y Seguimiento en las Escalas Suplementarias del MMPI-A. Grupo Control .....	106
<b>Tabla 15</b> Casos positivos en el AUDIT y Tipo de Consumo en las aplicaciones Pre, Post y Seguimiento .....	107
<b>Tabla 16</b> Diferencias en las aplicaciones Pre, Post y Seguimiento, en las Escalas Suplementarias del MMPI-A. Grupo con Intervención.....	108
 <b>Capítulo VII</b>	
<b>DISCUSIÓN</b> .....	<b>109</b>
 <b>Capítulo VIII</b>	
<b>LIMITACIONES</b> .....	<b>114</b>
<b>SUGERENCIAS</b> .....	<b>115</b>
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>116</b>
 <b>Capítulo IX</b>	
<b>REFERENCIAS</b> .....	<b>117</b>

## RESÚMEN

Los **objetivos** de la investigación fueron: identificar el consumo de bebidas alcohólicas y los sucesos de vida estresantes presentes en una muestra de adolescentes así como, la relación ambos. Además, conocer la relación entre los resultados obtenidos a través de las tres escalas de alcohol del MMPI-A (Alcoholismo de MacAndrew, Reconocimiento de problemas con el alcohol y/o las drogas y Tendencia a problemas con el alcohol y otras drogas) y el consumo de alcohol identificado a través del AUDIT. Y finalmente, conocer el resultado de la intervención “Talleres Interactivos para la promoción de la salud” (*TIPPS*) sobre el consumo de bebidas con alcohol, con base en los Rasgos de personalidad.

El estudio se realizó con una **muestra** de adolescentes, integrada por 209 alumnos de primer ingreso al bachillerato, quienes conformaron el grupo con intervención y el grupo control.

Fue un estudio cuasiexperimental, longitudinal a corto plazo y correlacional. Los **instrumentos** utilizados fueron el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-A), El Cuestionario de Información Biográfica y Sucesos de Vida y la Prueba de Identificación de Trastornos derivados del consumo de alcohol (AUDIT).

Dentro de los **resultados** se encontró: relación entre consumo de alcohol y suceso de vida estresantes, observándose los porcentajes más altos de sucesos estresantes en quienes presentaron un consumo nocivo, riesgoso, o dependiente; además, relación entre los resultados obtenidos a través de las tres escalas de alcohol del MMPI-A y el consumo de alcohol identificado a través del AUDIT; y finalmente, se observó que la asistencia a la intervención (*TIPPS*) no resultó en una disminución de los casos de consumo nocivo, riesgoso, o dependiente.

Se considera que la investigación generó **aportaciones** importantes como: la identificación de la participación de los sucesos de vida estresantes en el consumo de alcohol adolescente; la exploración de la relación entre los resultados sobre consumo de alcohol obtenidos a través del AUDIT y los rasgos de personalidad a través del MMPI-A; y la evaluación de resultados de la intervención (*TIPPS*) con base en los rasgos de personalidad.

Finalmente, se **sugiere**: la evaluación previa del patrón de consumo de alcohol antes de dirigir esfuerzos preventivos hacia la población adolescente, optimizando así la pertinencia y eficacia de dicha intervención; incluir en los programas de prevención primaria de consumo de alcohol herramientas para la identificación y manejo del estrés en las diferentes áreas de la vida; y la evaluación de los rasgos de personalidad como una valiosa herramienta en el diagnóstico y diseño de intervenciones preventivas para adolescentes.



## INTRODUCCIÓN

Freud planteó que ante los pesares y las decepciones que depara la vida, los sujetos intentan encontrar distintos sedativos, como son, las diversiones y las satisfacciones sustitutivas; encontrándose dentro de éstas, los síntomas y también los estupefacientes, los cuales, posibilitan cierta insensibilidad (en Pacual, 1998).

Durante la adolescencia las emociones dominantes tienden a ser desagradables, principalmente el temor y la ira en sus diversas formas; el pesar, los celos y la envidia Hurlok (1994). En esta etapa, la decisión de consumir sustancias adictivas ofrece episodios gratificantes predecibles a corto plazo, donde lo único que se necesita para conseguirlos es, introducirlas al organismo.

En las últimas décadas, los estudios epidemiológicos y psicosociales en México, han demostrado un aumento significativo en el consumo de alcohol por parte de los adolescentes.

Los datos de las Encuesta Nacional de Adicciones, refieren un incremento en el índice de consumo de los adolescentes, de 27% en 1998 a 35% en 2002 entre los varones y de 18% a 25% en las mujeres; y el número de menores que reportaron haber manifestado en el último año al menos tres de los síntomas de dependencia del DSM-IV en el 2002, alcanzó el 2%.

Dentro de las principales expectativas de los jóvenes respecto al alcohol se encuentran: el constituir un poderoso factor para lograr experiencias positivas, facilitar la socialización, ayudar a reducir las emociones negativas, desinhibir la sexualidad y reducir la ansiedad (Feldman, 1998)

Larson y Ham (1994) afirmaron que los adolescentes jóvenes experimentan mayor número de eventos negativos relacionados con sus nuevos intereses, por ejemplo, romper con el novio(a), probar drogas o alcohol, etc.; mientras que algunos otros, están relacionados con las responsabilidades propias de la edad o con las expectativas.

El nivel de estrés causado por un evento negativo específico es asignado por cada individuo; es decir, el mismo suceso no provoca igual reacción en todos los sujetos; cada individuo tiene sus estrategias para enfrentarlo, que a su vez, están

determinadas, entre otros factores por la idiosincrasia, la historia, el aprendizaje y la personalidad (Lucio y cols., 2001).

Abraham (1908) fue el primero en sugerir que el consumo de alcohol podía estar relacionado con la personalidad. Posteriormente, Cox (1988) señaló que más que un tipo de personalidad, son varios los tipos de personalidad que interactúan con factores bio-psico-sociales para producir el complejo fenómeno del alcoholismo (en Chaudron, 1988).

Profundizar en la relación de los sucesos de vida estresantes y la personalidad como parte de los factores multicausales del consumo de alcohol adolescente, ofrece elementos a considerar para la elaboración de programas de prevención dirigidos hacia esta población.

El rango de programas evaluados ha sido relativamente estrecho (White and Pitts, 1998 en Babor et al. 2003); por lo cual, otra de las intenciones del presente trabajo, es evaluar el resultado del Programa de prevención primaria: Talleres interactivos para la promoción de la Salud (*TIPPS*) en un grupo de adolescentes de educación media.

## INTRODUCCIÓN

Freud planteó que ante los pesares y las decepciones que depara la vida, los sujetos intentan encontrar distintos sedativos, como son, las diversiones y las satisfacciones sustitutivas; encontrándose dentro de éstas, los síntomas y también los estupefacientes, los cuales, posibilitan cierta insensibilidad (en Pacual, 1998).

Durante la adolescencia las emociones dominantes tienden a ser desagradables, principalmente el temor y la ira en sus diversas formas; el pesar, los celos y la envidia Hurlok (1994). En esta etapa, la decisión de consumir sustancias adictivas ofrece episodios gratificantes predecibles a corto plazo, donde lo único que se necesita para conseguirlos es, introducirlas al organismo.

En las últimas décadas, los estudios epidemiológicos y psicosociales en México, han demostrado un aumento significativo en el consumo de alcohol por parte de los adolescentes.

Los datos de las Encuesta Nacional de Adicciones, refieren un incremento en el índice de consumo de los adolescentes, de 27% en 1998 a 35% en 2002 entre los varones y de 18% a 25% en las mujeres; y el número de menores que reportaron haber manifestado en el último año al menos tres de los síntomas de dependencia del DSM-IV en el 2002, alcanzó el 2%.

Dentro de las principales expectativas de los jóvenes respecto al alcohol se encuentran: el constituir un poderoso factor para lograr experiencias positivas, facilitar la socialización, ayudar a reducir las emociones negativas, desinhibir la sexualidad y reducir la ansiedad (Feldman, 1998)

Larson y Ham (1994) afirmaron que los adolescentes jóvenes experimentan mayor número de eventos negativos relacionados con sus nuevos intereses, por ejemplo, romper con el novio(a), probar drogas o alcohol, etc.; mientras que algunos otros, están relacionados con las responsabilidades propias de la edad o con las expectativas.

El nivel de estrés causado por un evento negativo específico es asignado por cada individuo; es decir, el mismo suceso no provoca igual reacción en todos los sujetos; cada individuo tiene sus estrategias para enfrentarlo, que a su vez, están determinadas, entre otros factores por la idiosincrasia, la historia, el aprendizaje y la personalidad (Lucio y cols., 2001).

Abraham (1908) fue el primero en sugerir que el consumo de alcohol podía estar relacionado con la personalidad. Posteriormente, Cox (1988) señaló que más que un tipo de personalidad, son varios los tipos de personalidad que interactúan con factores bio-psico-sociales para producir el complejo fenómeno del alcoholismo (en Chaudron, 1988).

Profundizar en la relación de los sucesos de vida estresantes y la personalidad como parte de los factores multicausales del consumo de alcohol adolescente, ofrece elementos a considerar para la elaboración de programas de prevención dirigidos hacia esta población.

El rango de programas evaluados ha sido relativamente estrecho (White and Pitts, 1998 en: Babor et al. 2003); por lo cual, otra de las intenciones del presente trabajo, es evaluar el resultado del Programa de prevención primaria: Talleres interactivos para la promoción de la Salud (**TIPPS**) en un grupo de adolescentes de educación media.

# MARCO TEÓRICO

## Capítulo I

### EL CONSUMO DE ALCOHOL

#### I.I Consumo Nacional: Datos Estadísticos.

El alcohol es un elemento que posee su propio papel en la cultura mexicana al ser parte integral de ésta, aunque se desconozca el potencial dañino que causa su abuso. En México, el exceso en la ingestión de bebidas alcohólicas junto con el tabaquismo y el elevado índice de daños asociados con dichas prácticas, constituyen el mayor problema de Salud Pública en materia de adicciones. El alcoholismo es un problema multicausal, en el cual intervienen diferentes factores, como son: biológicos, psicológicos y socioculturales; que de una u otra manera inhiben o promueven el consumo excesivo de alcohol.

A continuación se presenta un análisis comparativo entre las Encuestas Nacionales sobre Adicciones, realizadas en 1993, 1998 y 2002.

Según la ENA 1993, la prevalencia en el consumo de alcohol en la población urbana de 18 a 65 años fue 66.5% para el grupo de bebedores, 25.4% para aquellos que manifestaron ser no bebedores y de 8.1% para el grupo de ex bebedores. En comparación con la ENA 1998, el grupo de bebedores disminuyó 8.5%, mientras que la población que se manifestó como ex bebedora tuvo un aumento de 8%. Es importante destacar que el porcentaje de personas que nunca ha bebido alcohol se mantuvo estable.

En 1993 aproximadamente el 2.9% de la población bebedora reportó beber de 5 a 7 veces por semana (ENA, 1993) porcentaje que disminuyó en 1998 a un 2.2%. Cabe resaltar que este tipo de consumo podría cumplir con los criterios de dependencia. Para el año 2002, dicha cifra tuvo un incremento notable: en hombres, 9.6% de la población

urbana y 9.3% rural; y en mujeres, 1% población urbana y 0.7% rural, cumplieron con dicho criterio (ENA, 2002).

Las encuestas nacionales con respecto al consumo de bebidas alcohólicas en los varones, sigue siendo mayor en comparación con las mujeres; en 1993 el 35.2% de los hombres se manifestaron como bebedores, cifra que se duplicó para el año 1998 (77.0%). Cabe destacar que para el año 2002 el índice de bebedores disminuyó ligeramente, de 77% a 72%.

Los datos de la ENA indican que el consumo de bebidas con contenido de alcohol ha aumentado en la población femenina, de 31.3% en 1993, a 44.6% para el año 1998. El grupo que más incremento presentó fue el comprendido entre 50 y 56 años con 20%, mientras que el comprendido entre 18 y 29 años con 6%, fue el que menos aumentó su consumo (ENA, 1998).

El número total de bebedoras, de bebedoras consuetudinarias y de mujeres que cumplieron con el criterio de dependencia en los doce meses previos al estudio se mantuvo estable con 45% en 1998 y 43% en 2002; 0.8% y 0.7% de bebedoras consuetudinarias y, 1% y 0.7% con dependencia. Sin embargo se observó un aumento en el número de bebedoras moderadas altas de 2.6% a 3.7% (ENA, 2002).

Como resultado de la incorporación de las mujeres al mercado de consumo, el índice de abstención ha disminuido considerablemente en relación a lo que se observaba años atrás, de 55% en 1998 a 44.4% en el 2002, en población urbana, con una razón de dos mujeres por un varón (ENA, 1998 y 2002).

Según las encuestas nacionales, en nuestro país los patrones de consumo más característicos de los varones urbanos son el consumo moderado alto (consumo mensual con cinco copas o más por ocasión) con un 18.2% en 1998, mientras que para el año 2002 con un 16.9%; y el consumo consuetudinario (cinco copas o más al menos una vez por semana) se redujo de 16.0% en 1998 a 12.4% en el 2002.

En tanto que entre las mujeres es más frecuente el consumo mensual con menos de cinco copas por ocasión (4.8%), cabe mencionar que el segundo patrón de consumo fue

el moderado alto con 2.7% en las mujeres adultas urbanas (ENA, 2002). Ambas cifras se mantuvieron estables en comparación con la ENA 1998, 4.7% y 2.6% respectivamente.

Con base en los nuevos resultados de la ENA (2002), existen en el país 32,315,760 personas entre 12 y 65 años que consumen alcohol y cerca de trece millones más (12,938,679) consumieron alcohol en el pasado, aunque no bebieron en los 12 meses previos a la encuesta. El volumen total de etanol reportado por esta población, alcanzó 2.79 litros, y aumentó 3.484 litros en la población urbana entre 18 y 65 años. En los varones urbanos el índice per cápita se ubica en 7.129 litros, donde el grupo entre 30 y 39 años presenta el mayor índice de consumo; en tanto que entre las mujeres urbanas el mayor consumo lo reportó el grupo entre 40 y 49 años.

En la población rural adulta, el consumo per cápita se estimó en 2.728 litros, y el grupo con mayor índice de consumo también se presentó entre los 40 y 49 años de edad, para ambos sexos.

La importancia de realizar estudios sobre los patrones de consumo de alcohol en México, radica en la asociación que tiene dicha sustancia con 6 de las 10 principales causas de muerte en el país, tales como: enfermedades del corazón, afecciones perinatales, enfermedades cerebrovasculares, cirrosis, accidentes, homicidios y lesiones infringidas a otras personas.

Con base en lo anterior, el problema que se presentó con mayor frecuencia en la población entre 12 y 65 años debido al consumo del alcohol, fueron los problemas de tipo familiar, el grupo con mayor prevalencia fue el de 12 a 18 años con 21.8%, seguido por el grupo de 35 a 44 años con 20.7%. También los problemas de salud fueron recurrentes en la población, sobre todo para el grupo entre 35 y 44 con 15.4%, y para los mayores de 45 años con 14.3% (ENA, 1993).

En la ENA 1998, los problemas familiares también tuvieron una prevalencia significativa en la población de 18 a 65 años (14.2%), lo más común fue que la persona con la que vive el bebedor se enfureciera a causa de su manera de beber, más común en varones (11.6%) que en mujeres (1.1%). Con respecto al área de la salud, el 13.6% de los varones

correspondientes a este grupo afirmaron que sus hábitos de beber se convirtieron en una amenaza para su salud, mientras que solo el 1.8% de las mujeres afirmaron lo mismo.

Los altercados con la policía para la población entre 12 y 65 años fueron más comunes en el grupo de 12 a 18 años con un 7.7%, seguido por el grupo de 26 a 34 años con 5.6%, situación más frecuente entre hombres, 8.7% y 6.3%, en comparación con las mujeres, 2.2% y 0.4%, respectivamente (ENA, 1993). Para el año 1998, el 2.8% de la población urbana entre 18 y 65 años reportó haber tenido problemas con la policía derivados del consumo de alcohol, y el 2.9% reportó haber sufrido accidentes automovilísticos. Dichos problemas también fueron más frecuentes entre los varones \_\_4.8% y 2.9%\_\_ que entre las mujeres \_\_0.4% y 0.2%\_\_ respectivamente (ENA, 1998).

Los problemas ocasionados por el consumo de alcohol en bares o en otros sitios también fue una situación frecuente, sobre todo para el grupo entre 12 y 18 años (4.1%) seguido por el grupo de personas mayores a 45 años (3.1%) (ENA, 1993).

Con respecto a peleas relacionadas con el consumo de alcohol, el 4.0% de la población urbana entre 18 y 65 años de edad manifestó haber golpeado a alguien que no era perteneciente a su familia, y el 2.3% reportó haber iniciado una pelea estando bajo el influjo del alcohol; conductas más frecuentes entre los varones \_\_6.7% y 3.8%\_\_ que entre las mujeres \_\_0.7% y 0.4%\_\_ (ENA, 1998).

La ENA 2002 sostiene que los problemas más frecuentes entre los varones rurales y urbanos son haber iniciado una discusión o pelea con su esposa o compañera mientras estaban bebiendo (12.9% en la población rural y 11.6% en la población urbana); en segundo lugar, los problemas con las autoridades sin incluir los de tránsito (8.4% en la zona urbana y 3.7% en la zona rural), y el haber sido arrestados mientras conducían después de haber tomado, (3.2% y 2.4% respectivamente). Estos problemas son menos frecuentes entre las mujeres habiendo sido reportados por menos del 3% de las bebedoras.



## **I.2 Los Jóvenes y el alcohol**

En las últimas décadas, estudios epidemiológicos y psicosociales han demostrado un aumento significativo en el consumo de alcohol por parte de los adolescentes mexicanos.

Encuestas realizadas a nivel nacional señalan que la edad de inicio en el consumo de alcohol entre los jóvenes de población urbana es cada vez más temprana, en el año 1993 fue de 15 a 18 años (46.6%), mientras que para 1998 fue de 18 a 29 años (53.1%), seguido por el grupo de adolescentes entre 12 y 15 años (20.5%). (ENA, 1993 y 1998).

En la zona metropolitana, el grupo que presenta mayor prevalencia con respecto a la edad de inicio es de 15 a 18 años con 45.8% (ENA, 1993). En la Encuesta Nacional de Adicciones 1998 para la zona metropolitana no se encontraron datos al respecto.

Para el año 2002 cerca de tres millones (3,522,427) de adolescentes entre 12 y 17 años consumió una copa completa de bebidas alcohólicas en el año previo al estudio, los cuales representan el 25.7% de la población de este grupo (ENA, 2002).

El consumo en la población urbana alcanza 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 es 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. La cantidad modal de consumo por ocasión es de 1 a 2 copas en las mujeres urbanas así como en los hombres rurales; en segundo lugar aparece el consumo de 3 a 4 copas para todos los sujetos, sólo en los varones urbanos se presenta con la misma frecuencia, de 5 a 7 copas (ENA, 2002).

Los datos de la encuesta reportan incremento en el índice de consumo de los adolescentes, de 27% en 1998 a 35% en 2002 entre los varones y de 18% a 25% en las mujeres. Entre los varones aumentó el número de menores que reportaron beber mensualmente cinco copas o más por ocasión de consumo, de 6.3% a 7.8%. El incremento más notable se percibe en el número de menores que reportaron haber

manifestado en el último año al menos tres de los síntomas de dependencia del DSM-IV, que alcanzó al 2% de los adolescentes en 2002 (ENA, 2002).

A pesar de que en 1993 el porcentaje de estudiantes que se consideraban como bebedores poco frecuentes era relativamente bajo (8.1%) comparado con años posteriores, los jóvenes entre 12 y 18 años reportaron tener problemas frecuentes con la familia debido a su forma de beber (21.8%), situación que también se presenta en el 19.0% de los adolescentes entre 19 y 25 años de edad. Dicha situación fue más común entre los varones \_\_22.3% y 20.0%\_\_ que entre las mujeres \_\_16.2% y 13.0%\_\_ respectivamente. En segundo lugar estuvieron los problemas de salud, donde el 7.3% de los jóvenes entre 12 y 18 años y el 10.1% entre 19 y 25 años, reportaron consecuencias físicas negativas relacionadas con su forma de beber. Siendo los problemas más frecuentes entre los varones \_\_7.5% y 10.2%\_\_, que entre las mujeres \_\_6.1% y 9.7%\_\_ (ENA, 1993).

En 1997, el Instituto Mexicano de Psiquiatría y la Subsecretaría de Servicios Educativos para el Distrito Federal (SEP), llevaron a cabo la Encuesta de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en estudiantes del Distrito Federal. Reportando que de un total de 10,173 estudiantes que participaron (pertenecientes a diferentes escuelas de nivel bachillerato, técnico y secundarias), 30.3% de alumnos de secundaria, 62.9% de bachillerato y 54.9% de nivel técnico, reportaron haber consumido alcohol en el año previo a la encuesta. Para 1998, la ENA reportó que el 23.1% de los jóvenes entre 18 y 29 años se manifestaron como bebedores poco frecuentes, ya que reportaban consumir menos de una vez al mes y por lo menos una vez al año.

Según la Encuesta sobre Consumo de Drogas en Población de Enseñanza Media y Media Superior del DF, Medición Otoño, realizada por Villatoro y cols. (2000); en cuanto al nivel educativo, en secundaria el 22.6% de los adolescentes ha consumido alcohol en el último mes. Para las escuelas de educación media superior, este porcentaje se duplica, de manera que en las escuelas técnicas el 50.1% de los adolescentes ha bebido alcohol en el último mes y en los bachilleratos el 43.4%.

Los jóvenes estudiantes han aumentado su consumo; con base en información del 2002: el patrón de consumo poco frecuente (menos de una vez al mes) caracteriza al grupo de 12 a 17 años de edad; sin embargo 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).

Por otra parte, se observa que los adolescentes consideran en su mayoría (74.2%) muy peligroso el consumo de sustancias como la marihuana o la cocaína. Porcentaje que es similar entre los hombres (69.9%) y las mujeres (78.4%). Sin embargo, esta percepción de riesgo disminuye notablemente cuando la sustancia es el alcohol (55.1% considera muy peligroso su consumo frecuente) o fumar cigarrillos diariamente (48.6%). Para el alcohol y el tabaco, los porcentajes de los hombres y las mujeres son muy similares (Villatoro y cols., 2003). Siendo importante resaltar que el entorno social ha permitido una percepción de riesgo menor de consumir sustancias legales como son el alcohol y el tabaco, siendo ésta una de las razones por las que la prevalencia de problemas asociados al consumo de alcohol sigue en aumento en la población adolescente.

En 1993, 7.7% de los jóvenes entre 12 y 18 años reportaron haber tenido problemas con la policía y tan sólo el 1.9% manifestaron haber tenido problemas automovilísticos. Resulta interesante señalar que el 2.2% de las jóvenes pertenecientes a este grupo presentaron problemas con la policía y no presentaron accidentes automovilísticos (0.0%), mientras que el 8.7% y 2.2% de los varones reportaron este tipo de problemas, respectivamente (ENA, 1993).

En este sentido, los actos antisociales más frecuentes en los jóvenes son: tomar parte en riñas o peleas (17.3%), le sigue el hecho de golpear o dañar un objeto o alguna propiedad que no le pertenece (12.6%) y, tomar mercancía de una tienda sin pagarla (11.4%). En las mujeres, el haber tomado mercancía de una tienda sin pagarla (6.6%), tomar dinero o cosas con valor de \$50 ó menos (6.5%) y, tomar parte en riñas o peleas (5.4%) (Villatoro y cols., 1997).

Para el año 2000, los porcentajes relacionados con los actos antisociales más frecuentes en los jóvenes tuvieron un aumento, tomar parte en riñas o peleas (20.1%), seguido por

tomar mercancía de una tienda sin pagarla (14.4%) y golpear o dañar un objeto o alguna propiedad (13.5%). En las mujeres las cifras se mantuvieron estables: tomar parte en riñas o peleas (6.8%), tomar dinero o cosas con valor de \$50 o menos (6.2%) y tomar mercancía de una tienda sin pagarla (5.4%) (Villatoro y cols., 2000)

La ENA 2002 afirma que en primer lugar las consecuencias del abuso reportadas con mayor frecuencia por el grupo de jóvenes entre 12 y 17, son los problemas con la policía suscitados mientras usaba bebidas alcohólicas, sin considerar problemas derivados de conducir automóviles, mismos que como era de esperarse, fueron más frecuentes entre los varones (9.7% de los hombres urbanos y 2.9% de los hombres rurales). Este problema sólo fue reportado por 1.2% de las mujeres urbanas y no se observó entre las adolescentes rurales.

En segundo lugar, se reportó haber iniciado peleas mientras la persona estaba tomando (3.6% en hombres urbanos y 1.8% en hombres rurales), solamente 0.3% de las adolescentes urbanas reportaron esta conducta. En tanto 28,538 adolescentes urbanos que representan 1.7% de este grupo, reportó haber sido arrestado mientras conducía después de haberse tomado unas copas. En total 281,907 adolescentes (2.1% de la población rural y urbana), cumplieron con el criterio de dependencia del DSM-IV. El mayor índice se observó entre los hombres rurales (4.1%) (ENA, 2002).

En la Encuesta Nacional de Juventud (2000), realizada por el Instituto Mexicano de la Juventud, el 3.6% de los jóvenes entre 12 y 29 años de edad dijeron estar de acuerdo con emborracharse, mientras que el 78.9% dijo estar en desacuerdo. Los jóvenes varones aceptan en mayor medida este tipo de conducta (5.2%), que las jóvenes (2.2%).

A pesar de que la mayoría de los jóvenes opinan estar en desacuerdo con emborracharse, las cifras demuestran que los adolescentes sí consumen alcohol y además, se ven involucrados en situaciones que involucran un consumo excesivo, así como, con eventos relacionados con la cada vez mayor permisividad social respecto al consumo de sustancias como alcohol y tabaco. Es por esta razón que resulta imperativo, reforzar las redes de apoyo para que de manera conjunta, se le informe y oriente al adolescente sobre los riesgos reales del consumo de sustancias, logrando una mayor

congruencia entre lo que se enseña y lo que se promueve, tanto al interior como al exterior de los espacios educativos y sociales.

### **I.2.1 Jóvenes de Bachillerato y Alcohol. Delegación Iztapalapa.**

En la Encuesta sobre Consumo de Drogas en la Población de Enseñanza media y media superior (2000) se encontró que la población más afectada por el consumo de drogas, son los adolescentes varones que se encuentran en el nivel medio superior, cuyo jefe de familia tiene escolaridad superior a la de secundaria y que por alguna razón dejó de asistir el año pasado a la escuela. Por el contrario, se encontró que los menores porcentajes de consumo de tabaco, alcohol y drogas, pertenecieron a los adolescentes que se dedican de tiempo completo a estudiar. Un 30.7% de los jóvenes que no asistieron a la escuela el año previo al estudio, han abusado del alcohol, cifra que disminuye a 19.5% para los adolescentes que asistieron regularmente.

Para el Distrito Federal, se encontró que el 61.4% de los adolescentes ha usado alcohol alguna vez en su vida y un 31.9% lo ha consumido en el último mes. Al analizar este consumo por género, la población masculina (34.0%) resulta más afectada que la femenina (29.9%). Al comparar los porcentajes con el consumo de alcohol en jóvenes de Bachillerato se puede observar que existe un incremento significativo, de 48.1% en 2000 a 52.8% en 2003 para los hombres y de 39.2% en 2000 a 50.7% en 2003 para las mujeres (Villatoro y cols., 2000 y 2003).

Las delegaciones políticas más afectadas por el abuso de bebidas con alcohol son: Álvaro Obregón (23.1%), Benito Juárez (25.7%), Cuauhtémoc (24.6), Gustavo A. Madero (26.1%) e Iztapalapa (25.7%). Estas delegaciones muestran un porcentaje superior al promedio del Distrito Federal. Los resultados indican que 21.4% de los estudiantes consumen 5 copas o más por ocasión de consumo, al menos una vez al mes. Porcentaje similar al reportado en la encuesta del año 1997. Al considerar el consumo excesivo de alcohol en jóvenes de Bachillerato (5 copas o más por ocasión en el último mes), la cifra también tiene un aumento, la prevalencia en los hombres es de 35.9% y en las mujeres, es de 23.4% (Villatoro y cols, 2000).

El consumo excesivo de alcohol ha venido aumentando con el paso de los años y 2003 no fue la excepción, el 40.8% de los hombres y el 32% de las mujeres jóvenes consumieron 5 o más copas por ocasión en el último mes (Villatoro y cols., 2003).

Resulta importante señalar, que dicha investigación fue realizada con jóvenes de Bachillerato pertenecientes a la Delegación Iztapalapa, por lo que a continuación se citarán algunos datos que reflejen los patrones de consumo específicos de esta zona de la Ciudad de México.

De acuerdo a los resultados obtenidos por la Encuesta sobre consumo de drogas en población de enseñanza media y media superior (2000) en la delegación Iztapalapa, el 63.2% de los estudiantes de esta delegación ha consumido bebidas alcohólicas en alguna ocasión, el 44% lo ha hecho en el último año y el 36.3% las ha consumido en el mes anterior al estudio. Estos datos reflejan un mayor consumo en los tres tipos de prevalencias para ésta delegación con relación a los resultados observados en el Distrito Federal (61.4%, 43.1% y 31.9% respectivamente) (Villatoro y cols., 2000).

Para el año 2003, el 60.9% de los estudiantes de dicha delegación consumieron bebidas alcohólicas en alguna ocasión, el 40.9% lo hizo en el último año, el 30.2% las consumió en el mes anterior al estudio y el 20.8% consumió 5 copas o más, una sola ocasión en el último mes (Villatoro y cols., 2003). Estos datos reflejan un menor consumo en los tres tipos de prevalencias para la delegación Iztapalapa en comparación con el año 2000 (63.2%, 44% y 36.3% respectivamente).

El tipo de bebidas alcohólicas que prefirieron los estudiantes de ambos sexos fueron la cerveza (50.8% y 40.5%) y los cócteles (41.1% y 35.3%) respectivamente (Villatoro y cols., 2000). En el 2003, las cifras que demuestran las preferencias en cuanto al tipo de

bebidas alcohólicas muestran un descenso, la cerveza (45.3% y 46.1%), los coolers (32.7% y 40%) para ambos sexos (Villatoro y cols., 2003).

Los índices de experimentación se incrementan con la edad. El 51.9% de los estudiantes menores de 14 años reportaron haber consumido bebidas alcohólicas. En tanto, el 80.9% de los adolescentes mayores de 18 años señalaron haber consumido alcohol. Esta misma tendencia se observó para el consumo en el último año y en el último mes. Dichos porcentajes se mantuvieron relativamente estables en el año 2003, 50.5% y 81.5% respectivamente (Villatoro y cols., 2000 y 2003).

El índice más alto de consumo en el último mes se observó en las escuelas técnicas (52.9%), seguidas por los bachilleratos (47.2%) y las secundarias (29.8%) (Villatoro y cols., 2000). Para el año 2003, hubo un descenso en los porcentajes, 43.2% en las escuelas técnicas, 42.2% en los bachilleratos y 25.9% en las secundarias (Villatoro y cols., 2003).

En el 2000, el uso experimental de alcohol es mayor en los hombres que en las mujeres (65.7% y 60.1%). También en el consumo durante el último año, los hombres consumieron más que las mujeres (47.5% y 39.6%). La proporción en el consumo durante el último mes, es igual entre hombres y mujeres. Para el año 2003, la tendencia se invierte y las mujeres presentaron un uso experimental mayor que los hombres (62.4% y 59.3%). También en el consumo del último año, las mujeres consumieron un poco más que los hombres (42% y 40%). En cuanto al consumo en el último mes y al abuso de alcohol, los porcentajes entre hombres y mujeres son similares (Villatoro y cols., 2000 y 2003).

En el 2000, el consumo de alcohol fue más alto entre los que estudiaron medio tiempo (52.1%), o que no estudiaron (37.5%) y, entre los que trabajaron medio tiempo en el año previo a la encuesta (62.4%). Para el año 2003, se observó un aumento en los porcentajes, el consumo de alcohol se duplicó entre los que no estudiaron (76.2%) y aumentó entre los que trabajaron medio tiempo (73.7%) (Villatoro y cols., 2000 y 2003).

Con relación a la cantidad de alcohol consumido en el año 2000, el 3.6% de los estudiantes encuestados reportaron consumir cinco o más copas en una sola ocasión, una o más veces en la última semana; porcentaje que disminuyó ligeramente para el año

2003, dado que 3.2%; y 11.6% señala haberlo hecho una o más veces en el último año, en comparación con 10.4% en el año 2003 (Villatoro y cols., 2000 y 2003).

En general los maestros muestran poca tolerancia social ante el consumo de sustancias. El 80% señaló que sus maestros verían muy mal si consumieran alcohol. Para el consumo de drogas, se percibe aún menor tolerancia por parte de los maestros, el 89.8% de los adolescentes así lo reportó (Villatoro y cols., 2000). Aunque el cambio no es significativo, sí se observa una ligera disminución en los porcentajes referentes a la tolerancia social ante el consumo de alcohol; en el 2003, el 79% señaló que sus maestros verían muy mal si consumieran alcohol y el 89.8% de los adolescentes reportó que sus maestros tendrían aún menor tolerancia ante el consumo de drogas, cifra que se mantiene estable (Villatoro y cols., 2003).

Los datos varían bastante cuando el referente de la tolerancia social son los propios compañeros. En el caso de alcohol y el tabaco, los adolescentes reportaron que sus compañeros verían muy mal estas conductas, 65.2% y 57.9% en 2000 y, 62.7% y el 57.9% en 2003, respectivamente. También cabe mencionar que las mujeres en general reportaron porcentajes más altos, de poca tolerancia social, ante el consumo de estas sustancias (Villatoro y cols., 2000 y 2003).

Un aspecto que protege a los estudiantes con relación al consumo de sustancias, es el riesgo percibido asociado al consumo. El 49.4% indicó como muy peligroso fumar 5 ó más cigarrillos diarios y, más del 52.8% indicó lo mismo en cuanto a consumir frecuentemente alcohol (Villatoro y cols., 2000). En el 2003, más del 50.7% indicó como muy peligroso fumar 5 o más cigarrillos diarios y más del 50.5% lo indicó para consumir frecuentemente alcohol (Villatoro y cols., 2003).

Es posible concluir que el consumo de alcohol y tabaco va en aumento en los jóvenes y, que la población masculina presenta mayor riesgo, sin embargo, cada vez es mayor el número de mujeres adolescentes que consumen este tipo de sustancias y, que si bien es cierto que los maestros demuestran poca tolerancia hacia el consumo de drogas, es necesario reforzar los valores escolares y las normas, para que sean también los estudiantes quienes cuestionen este tipo de conductas, ya que se sabe que generalmente es el grupo de pares quienes promueven y toleran el consumo de alcohol y tabaco, entre otras sustancias.



Finalmente, la creación de programas preventivos debe tener un lugar primordial en las agendas de las instituciones educativas y de los organismos sociales de tal forma, que esto permita iniciar a edades más tempranas; cuando se es más receptivo a maestros y adultos y es más factible inculcar valores como, la salud y la responsabilidad del autocuidado; tarea que durante la pubertad y la adolescencia resulta más difícil.

## Capítulo II

### ADOLESCENCIA Y CONSUMO DE ALCOHOL

#### 2.1 La Adolescencia como etapa del desarrollo

La OMS define la adolescencia como el período entre los 10 y los 19 años de edad, y la juventud entre los 15 y los 24. Para referirse al conjunto de ambas etapas se emplea el término: “los jóvenes”.

La palabra adolescente está tomada del latín *adulescens*, participio presente del verbo *adoleceré*, que significa crecer. Puede considerarse dentro del periodo de evolución que lleva al ser humano desde el nacimiento hasta la madurez, y en el cual se presenta una serie de cambios a nivel físico, psicológico y social que se manifiesta en diferente intensidad en cada persona (González-Núñez, 2001).

El proceso adolescente marca la transición del estado infantil al estado adulto. Las características psicológicas de este movimiento evolutivo, su expresividad y manifestaciones a nivel de comportamiento y de adaptación social, son dependientes de la cultura y de la sociedad en las que el proceso se desarrolla. Este proceso como es vivido en la cultura occidental, surgió con la industrialización y la evolución de la burguesía (Levisky, 1999).

Los adolescentes viven algo en común: una crisis de desarrollo, que dependerá de las diferencias individuales, la edad, el grado de maduración y del sexo y, que tendrá como propósito la inserción del joven en el mundo adulto. El conocer qué le sucede al joven en esta etapa, tanto interna como externamente, tiene implicaciones sociales y de salud básicas para el individuo y la sociedad (Moreno, 1994).

Dicha crisis de desarrollo incluye cambios de tipo: anatómico y fisiológico, así como modificaciones en la estructura emocional y cognoscitiva del joven; eventos de vida, internos y externos que afectan el estado interno del sujeto y, que según Larson y Ham (1994) pueden ser los responsables de que los adolescentes presenten altos índices de afecto negativo, descartando así, la creencia de que la adolescencia es un tiempo universal de estrés y tormenta emocional.

Desde la época de Stanley Hall a comienzos de este siglo, el interés científico en la emotividad del adolescente trajo como consecuencia una gran cantidad de trabajos de investigación en la materia. El resultado fue, que la expresión “tormenta y tensión” utilizada por Hall fue reemplazada por la denominación de “emotividad intensificada” y se refiere, a un estado emocional por encima de lo normal para una determinada persona. Finalmente, se concluyó que el incremento de emotividad durante la adolescencia es atribuible en mayor medida a factores sociales, que a los cambios glandulares, como se creía anteriormente (Hurlock, 1994).

Cuando el ritmo del desarrollo se hace más lento, la emotividad intensificada deja de producirse en forma cotidiana. El estado al que se hizo referencia con anterioridad alcanza su punto máximo entre los 11 y 12 años. Según lo indicaron Gesell y sus colaboradores, los individuos de 13 y 14 años son con frecuencia más irritables, se excitan con facilidad y tienden más al estallido, que a controlar sus emociones. Un año después, el joven adolescente trata de encubrir sus sentimientos, lo que hace que se sienta deprimido. Cuando alcanza los 16 años ya “no cree en la preocupación” y como consecuencia enfrenta sus problemas de manera más calmada. Para el final de la adolescencia puede que la emotividad intensificada se torne corriente y por lo tanto, sea mejor manejada (en Hurlock, 1994).

Resulta complicado fijar la duración de la adolescencia, así como las etapas que la constituyen; para su comprensión, es necesario recalcar que forma parte de la primera fase del curso de la vida del ser humano, llamada también fase evolutiva, que inicia al momento de la fecundación y termina a los 25 o 30 años de edad, siendo la adolescencia el periodo caracterizado por un crecimiento orgánico (expansión física), adquisición de la madurez sexual y capacidad reproductiva, fortalecimiento del dominio de la conducta y de la vida social, así como la maduración global de la inteligencia (González-Núñez, 2001).

Según González-Núñez (2001) se puede describir la adolescencia con base en sus fases o “adolescencias”:

- 1) *La Preadolescencia*: El joven comienza a independizarse de la familia, momento que culmina cuando ya no es necesaria la tutela paterna; lo cual no significa que el

hijo sea indiferente a los padres. Los padres y en especial la madre, deberán cooperar para el logro de esta tarea.

Es la época de los “nenes con los nenes” y las “nenas con las nenas”. Los miedos, fobias y tics nerviosos llegan a presentarse como síntomas transitorios normales, a la vez que aparece la angustia ante un episodio homosexual, también transitorio.

Reaparece la angustia de castración con profundo temor inconsciente a las emociones ambivalentes que se tuvieron hacia la madre en el periodo preedípico. El adolescente tiene que sobreponerse a sus deseos de seguir siendo niño y completar su tarea del periodo preedípico.

En esta etapa el adolescente no puede distinguir entre objetos amorosos y metas impulsivas nuevas. Cualquier experiencia puede convertirse en un estímulo sexual, incluso aquellos pensamientos, fantasías y actividades desprovistas de connotaciones eróticas obvias. Por otro parte, ya puede encontrar satisfacción en el trabajo escolar o de otra índole y, tiene que enfrentar sentimientos de agresión, coraje, envidia y rivalidad.

Los varones deben luchar contra sus fantasías agresivas paranoides de ser devorados, succionados o muertos por la madre preedípica, lo que los llevará a ser hostiles y burlones con las mujeres. Los mecanismos de defensa más utilizados son: represión, formación reactiva y desplazamiento.

- 2) *La adolescencia Temprana*: Se promueve la identificación con el padre del mismo sexo. Esto es, los afectos tiernos y agresivos, las sensaciones de dependencia e independencia dirigidos hacia la madre en la etapa anterior, ahora se resuelven al poner el afecto en el progenitor del mismo sexo, es decir, queriendo ser como él. Al identificarse con el padre, el varón sale del periodo bisexual y queda preparado para el siguiente y, la mujer se identifica con la madre logrando así una adecuada identificación psicosexual.

Por otro lado, la figura paterna del sexo opuesto favorece el inicio de la madurez emotiva, porque el adolescente debe aprender a manifestar sus emociones de maneras menos infantiles y maduras, haciendo uso de su tolerancia a la frustración. Los adultos colaboran en esta fase si son congruentes con la expresión de los afectos propios y hacia el joven, sobre todo, tolerando la ambivalencia con la que este se expresa. Mientras que los adultos poco tolerantes y ambivalentes, desconciertan y confunden al adolescente.

La falta de catexia en los objetos de amor incestuoso, provoca que el adolescente busque fuera del núcleo familiar objetos que pueda admirar y amar; esta falta de afecto en los objetos de amor incestuosos provoca una libido libremente flotante que promueve que el Superyo pierda su eficacia y que el Yo pierda el control, particularmente en los afectos, la motilidad e incluso en el intelecto.

Existe un episodio bisexual transitorio de tipo inconsciente, situación que le angustia y niega. Se favorece el ideal del Yo, que en este periodo adolescente posee características narcisistas.

- 3) *La adolescencia propiamente tal:* En esta etapa culmina la formación de la identidad sexual. Se hace una completa renuncia a los objetos incestuosos y se abandona la posición bisexual, para que sea posible la orientación heterosexual. La vida emocional del adolescente es más intensa y más profunda: los deseos edípicos y sus afectos correspondientes resurgen, al igual que la envidia, la culpa y los celos.

Existe una retirada de las catexias del objeto hacia el sí mismo, lo cual provoca en el adolescente un aumento en el narcisismo. También se pasa de una sobrevaloración de los padres a una devaluación de estos. Sin embargo, este periodo narcisista trae consecuencias positivas para su desarrollo: favorece su identidad y lo hace más independiente.

El adolescente oscila entre la impulsividad y el control yoico. Para que esto suceda, es necesario, que los principios inhibidores de control se desliguen de los objetos de amor y odio que los provocaron originalmente.

El amor platónico es una vivencia esencial de esta etapa de la vida. El amor tierno precede a la experimentación heterosexual y, también es vivido como una situación de sumisión y dependencia.

- 4) *Adolescencia Tardía*: Existe ya una mayor unificación entre los procesos afectivos, volitivos y de acción: acomodo jerárquico de los valores, afectos e intereses del yo; se establece la posición sexual irreversible (heterosexual, bisexual, homosexual o celibatal) y, se estabilizan los recursos mentales y yoicos.

La función restauradora es una característica predominante de esta etapa así como la capacidad de sublimar.

Y desde el punto de vista externo, el adolescente integra la vocación decidida con alguna ocupación que le permita satisfacer sus necesidades económicas.

- 5) *Postadolescencia*: Representa el paso final de la adolescencia donde las identificaciones son plenamente aceptadas y se fortalecen. Se consolida la escala de valores que matiza y da sentido a su vida.

Las ligaduras infantiles se desvinculan definitivamente de los objetos incestuosos y se ligan a otros objetos. Junto con este proceso ocurre una aceptación de las estructuras sociales y de la tradición cultural.

Así la persona queda al fin integrada a su rol social, a la estabilidad del enamoramiento y la decisión de comprometerse con una pareja, que se completa con la paternidad u otra alternativa, así como con una sublimación que se orienta sobre todo a través de la vocación y ocupación. El uso de pasatiempos y actividades recreativas también se estabiliza y favorece el crecimiento del Yo.

El adolescente atraviesa por desequilibrios e inestabilidad extremas, estado perturbador para él y para sus padres, pero que deberá establecer su identidad, como objetivo de este momento vital. Para ello, el adolescente no sólo debe enfrentarse al mundo adulto para el cual no está preparado, sino que además, debe desprenderse de su mundo infantil en el

cual y con el cual, en evolución normal, vivía cómoda y placenteramente, en relación de dependencia, con necesidades básicas satisfechas y roles claramente establecidos. Situación que cambia durante esta etapa y lo enfrentará a tres duelos fundamentales: a) el duelo por el cuerpo infantil perdido, base biológica de la adolescencia, que se impone al individuo que no pocas veces debe sentir sus cambios como algo externo frente a lo cual se encuentra como espectador impotente de lo que ocurre en su propio organismo; b) el duelo por el rol y la identidad infantiles, que lo obliga a una renuncia de la dependencia y a una aceptación de responsabilidades que a veces desconoce; y c) el duelo por los padres de la infancia a los que persistentemente trata de retener en su personalidad buscando el refugio y la protección que ellos significan, situación que se ve complicada por la propia actitud de los padres que también deben aceptar que envejecen y el hecho de que sus hijos ya no son niños, y sí son adultos o están en vías de serlo. Se une a estos duelos la pérdida de la bisexualidad infantil (Aberastury y Knobel, 1999).

Aunado a lo anterior, el adolescente deberá superar varias situaciones tanto en lo individual como en lo colectivo, que marcarán el final de una etapa con el fin de poder incursionar en el mundo adulto, adquiriendo nuevos patrones de comportamiento:

Durante esta etapa existen cambios notables en los estímulos que provocan emociones, así como también hay cambios en la forma de respuesta emocional. Sin embargo, hay una gran similitud entre las emociones de la infancia y de las de la adolescencia: tanto en un periodo como en el otro, las emociones dominantes tienden a ser desagradables, principalmente el temor y la ira en sus diversas formas, el pesar, los celos y la envidia. Las emociones placenteras (alegría, afecto, felicidad o curiosidad) son menos frecuentes y menos intensas, en particular durante los primeros años de la adolescencia. La catarsis mental ayudará al joven a controlar sus emociones, lo esencial será: reconocer los sentimientos persistentes, comunicar a otros esos sentimientos, voluntad de establecer comunicación y aproximación a las personas con las cuales el adolescente puede y quiere comunicarse (Hurllock, 1994).

El joven no sólo está en contacto con un núcleo familiar, sino que necesita encontrar nuevos modelos de identificación, valores, hábitos y satisfactores en su grupo social (Moreno, 1994) que le permitan ir conformando su propia identidad.

El proceso de socialización es quizá, uno de los eventos más importantes durante la adolescencia, en el cual el grupo de pares comienza a tener mayor importancia para el joven, volviéndose incluso más importante que la propia familia. Es un proceso de aprendizaje de normas, hábitos y costumbres de grupo, que permitirá al joven adaptarse al medio y que influirá en el grado de éxito que logre en la vida. En este momento los amigos desempeñan un papel crucial y pueden construir el área de mayor importancia en el mundo del adolescente (Hurlock, 1994).

El grupo social espera que el adolescente domine cuatro tareas evolutivas: establecer relaciones nuevas y más maduras con adolescentes de ambos sexos, desear y alcanzar un comportamiento socialmente responsable, desarrollar las habilidades y conceptos intelectuales necesarios para desempeñarse como ciudadano y, lograr una condición de mayor autonomía por medio de la independencia emocional respecto de sus padres y otros adultos (Hurlock, 1994).

La necesidad de rebelarse ante la autoridad es uno de los fenómenos más difíciles de manejar, sobretodo cuando los adultos reaccionan con intolerancia como resultado de la necesidad de retener a los hijos o bien, de tratar de imponer sus ideas (Díaz Leal, 2000). La importancia de este conflicto radica en que si se supera satisfactoriamente, el joven habrá solidificado su propia identidad y habrá encontrado una orientación para su propio camino, de lo contrario podría correr el riesgo de quedar sin guía o desorientado.

Otra forma de consolidar su identidad, es confrontar los valores que le fueron inculcados, tanto por los padres como por la sociedad, aunque muy frecuentemente el adolescente vive la ambivalencia de ser independiente pero a la vez ser cuidado por los padres (Moreno y Cuevas, 2000).

Es importante considerar que el joven se encuentra en una etapa donde su energía es intensa, situación que en ocasiones atemoriza a los padres. Esta situación se puede deber, a que en la mayoría de los casos, los padres tampoco han resuelto su propia adolescencia, incapacitándolos para reconocerse a sí mismos y aceptar al adolescente como tal (Satir, 1991).



Sintetizando las características de la adolescencia, podemos describir la siguiente “sintomatología”: 1) búsqueda de sí mismo y de la identidad; 2) tendencia grupal; 3) necesidad de intelectualizar y fantasear; 4) crisis religiosas que pueden ir desde el ateísmo más intransigente hasta el misticismo más fervoroso; 5) la desubicación temporal, donde el pensamiento adquiere las características de pensamiento primario; 6) evolución sexual manifiesta que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad adulta; 7) actitud social reivindicatoria con tendencias anti o asociales de diversa intensidad; 8) contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta, dominada por la acción, que constituye la forma de expresión conceptual más típica de este periodo de vida; 9) una separación progresiva de los padres y, 10) constantes fluctuaciones de humor y del estado de ánimo (Aberastury y Knobel, 1999).

Finalmente, el propósito de la adolescencia será que el joven se adapte al mundo adulto y que enfrente por sí solo aspectos sociales, políticos, religiosos, económicos y profesionales, aunados al proceso afectivo subyacente. Funciones que para la sociedad contemporánea no son suficientes para poder alcanzar la condición adulta, agregando el hecho de que el adolescente deberá poseer las condiciones necesarias para encargarse de su propio destino, cualidad muy difícil de lograr en nuestros días debido a las circunstancias sociopolíticas y económicas que la sociedad está viviendo. Todos estos aspectos aumentan las dificultades y complejidades, haciendo que esta fase de transición sea más prolongada y aparentemente más penosa (Levisky, 1999).

Por lo tanto, es fundamental orientar a los adolescentes y ofrecerles una mayor gama de opciones que les facilite el cumplir con los objetivos de este periodo de vida y les haga más sencilla su incursión en el mundo adulto.

## **2.2 Sucesos de Vida Estresantes**

Las primeras versiones médicas del estrés se apoyaron en la idea de que el organismo era un sistema encargado de mantener el equilibrio interno u homeostasis, mediante mecanismos de feedback (Cannon, 1932); entendiéndose al estrés como reacción de alarma vehiculada a través de la actividad simpático-adrenal y suponiéndose una relación causal entre enfermedad y ruptura homeostática. Actualmente dicho modelo es inviable,

porque una visión así implica estabilidad, retroalimentación negativa e imposibilidad de transformación y, por lo tanto, de crecimiento.

Existen numerosas definiciones de estrés. Algunos autores enfatizan la respuesta (Appley y Trumbull, 1967); mientras que otros autores señalaron que “el estrés es la respuesta no específica del organismo hacia cualquier demanda que se le haga” (Tache y Selve, 1978 en Rodríguez Feijóo, 1994).

Lazarus y Folkman (1984) definieron el estrés psicosocial como: “una relación particular entre el individuo y su entorno, que es evaluado por éste como amenazante o que rebasa sus recursos y pone en peligro su bienestar”, considerando a la evaluación cognoscitiva como un importante elemento del proceso de estrés psicosocial que determina por qué y hasta qué punto una relación, o una serie de éstas, resulta o no estresante para cada persona y su entorno ( en Jiménez, González –Forteza, Mora y Gómez, 1995).

Sin embargo muy pocos investigadores han llegado a la conclusión de que el estrés es simplemente un título que describe un amplio rango de fenómenos que pueden o no estar relacionados causalmente (Reynolds y Briner, 1993). Así, aunque sigue considerándose sensato que el “estrés causa enfermedad”, Cohen y Williamson (1991) afirman que sería prematuro sugerir que cualquiera de esta evidencia es algo más que sugestión (en Pearlstone, Husell y Wells, 1994).

Dean Coddington (1972) fue uno de los pioneros en la investigación de los sucesos de vida estresantes tanto en niños como en adolescentes. Los resultados muestran que el suceso de mayor relevancia en el nivel de preescolar y primaria era la muerte de los padres, mientras que en el grupo de secundaria fue el embarazo fuera del matrimonio y en el grupo de preparatoria fue casarse (en Lucio y cols., 2001).

Algo importante que surge de los estudios realizados sobre el estrés psicosocial es la variedad de respuestas que los individuos expresan ante los mismos eventos y circunstancias estresantes. La percepción cognitiva de los eventos estresantes, del ambiente circundante y de la propia habilidad de afrontamiento al estrés, han llevado a formular hipótesis en donde estos tres factores juegan un papel central en la producción de estas respuestas variadas (Lazarus y Folkman, 1984 en: Davis y Compas, 1986 ).

Para Levi (1981) existen diferentes tipos de estresores que son lo suficientemente perturbadores para afectar al sistema nervioso y al sistema inmunológico, que a largo plazo afecta la salud de la persona. Seyle (1946) sugirió que el contacto con estímulos externos e interiores que pongan en amenaza el funcionamiento normal del organismo generan una activación no específica (Síndrome General de Adaptación), que de acuerdo con dicho autor si el proceso de defensa es prolongado, éste se convertirá en un agente dañino para el organismo y se desarrollará una enfermedad.

La mayoría de los estudios sobre eventos de vida estresantes se ha aplicado en la población adulta, sin embargo en los estudios hechos con adolescentes se han analizado dos tipos de eventos estresantes: a) estresores no normativos y b) normativos. En cuanto a los primeros, son controlados o influenciados por situaciones familiares y son crónicos por naturaleza (ej: enfermedad psiquiátrica de un padre, el abuso sexual, la drogadicción de un padre, etc.). Mientras que los segundos, afectan directamente las definiciones que los adolescentes tienen de si mismos y su interacción con otros (ej: relaciones heterosexuales, las citas, la graduación, etc.) (en Seiffge-Krenke, 1998).

El estudio de la percepción cognitiva de los eventos estresantes durante la adolescencia necesita centrarse en diferentes dimensiones perceptuales. 1) Debe examinarse empíricamente lo sobresaliente de un impacto percibido y la deseabilidad del estresor y, 2) La frecuencia con la que son percibidos los eventos. Con poblaciones adultas se han realizado análisis de eventos de vida enfocados hacia el locus percibido (interno vs externo), estabilidad, generalidad y control de las causas de los eventos.

Finalmente, los modelos cognitivo-transaccionales de estrés y afrontamiento, enfatizan la percepción de los recursos personales y sociales para el afrontamiento del estrés.

Los eventos más frecuentes fueron identificados como más deseables, fáciles de afrontar, con causas más estables y más predecibles. El grado de control que una persona puede tener sobre la causa de un evento, se relaciona con situaciones causadas por factores internos y, que su ocurrencia puede ser fácilmente predecible. Las correlaciones aisladas ocurren entre el alto impacto y la generalidad de la causa y, entre la percepción de la habilidad personal de afrontamiento y el grado de apoyo social con el que se cuenta. La

percepción de la habilidad de afrontamiento se relaciona significativamente con tres factores: deseabilidad del evento, mayor frecuencia de ocurrencia y, causas estables del evento. La percepción de los rasgos importantes de los eventos cambian con la edad, haciéndose más complejos de la adolescencia temprana a la adolescencia media (Davis y Compas, 1986).

Larson y Ham (1994) afirmaron que los adolescentes jóvenes experimentaron mayor número de eventos negativos de tipo heterosexual, con relación a los compañeros y, la escuela y las actividades extracurriculares, en comparación con los preadolescentes. Algunos de estos eventos se relacionan con los nuevos intereses de los adolescentes (ej: romper con el novio(a), probar drogas o alcohol, etc.); algunos otros, están relacionados con las responsabilidades propias de la edad o con las expectativas (ej: abandonar el trabajo o recibir decepciones).

Lucio y cols (2001) encontraron que los adolescentes de sexo masculino y que pertenecen a un nivel socioeconómico bajo están más expuestos a experimentar sucesos estresantes, lo que puede deberse a que su rol social es más activo que el que desempeñan las mujeres. Los sucesos que experimentan con más frecuencia son los que se deben a una conducta más agresiva, los cuales se incrementan con la edad.

Lo más importante es entender que el aumento de la experiencia adolescente respecto al estrés no se debe simplemente al ambiente externo sino resulta en parte por los cambios propios del desarrollo en la construcción subjetiva de su mundo (Larson y Ham, 1994).

Gad y Johnson (1980); Newcomb, Huba y Bentles (1981) han reportado consistentemente una modesta relación entre los eventos de vida negativos y los desordenes de la adolescencia, pero no han brindado una perspectiva de la naturaleza de los eventos de vida durante la adolescencia, ni han puesto en claro el proceso que contribuye a las diferencias individuales en las reacciones a estos eventos. Sin embargo, Hoffman, Levi-Shiff y cols (1992) al estudiar el desarrollo de la adolescencia y la influencia que tiene en ella el estrés y el afrontamiento, encontraron que el grupo de mayor edad reportó mayor número de estresores y además, utiliza una mayor diversidad de estilos de afrontamiento (en Lucio y cols., 2001).

Mientras que otros estudios longitudinales (Compas, Howell, Phares, Williams y Giunta, 1989 en: Wagner, Cohen y Brook 1996; Siegel y Brown 1988) demostraron que la vivencia de eventos de vida negativos en cadena durante este periodo de vida lleva a la persona a un estado subsecuente de angustia, enfermedad física y a otros problemas conductuales y emocionales; aunque también debe señalarse que otros dos estudios adicionales muestran patrones de causalidad recíproca: la angustia también conduce a más eventos de vida negativos (Cohen, Burt y Bjorck, 1987; Compas, 1987 en Larson y Ham, 1994).

La investigación longitudinal hecha por Simmons, Blyth y sus colegas, demuestra claramente que los jóvenes que experimentan cambios simultáneos de vida durante la adolescencia temprana son más propensos a experimentar trastornos emocionales y conductuales. Aquellos adolescentes que pasan por un cambio de escuela, que experimentan la pubertad y que comienzan a salir con otros jóvenes, es más probable que presenten baja autoestima, disminución del rendimiento escolar así como menor participación en eventos extracurriculares (Simmons y Blyth, 1987; Simmons, Blyth, Van Cleave y Blush, 1979; Simmons et al, 1987 en Larson y Ham, 1994).

Por su parte, autores como Huidle, Kienhorst, Diekstra y Wolters (1992) encontraron una alta correlación entre la conducta suicida y los sucesos de vida estresantes en la vida de niños y adolescentes (en Lucio y cols, 2001).

Ge et al. (1992) demostraron que los problemas económicos en una familia generan más estrés y angustia psicológica en los adolescentes . Otro factor de estrés es la violencia en la familia, el vecindarios y en particular en la escuela. El tamaño de la escuela es reconocido como un factor que afecta el ajuste del adolescente a la transición de primaria a secundaria (Coterrell, 1992). El desempleo es un factor de estrés psicosocial que afecta a los adolescentes hoy en día (en Seiffge- Krenke, 1998).

Es importante señalar que el nivel de estrés causado por una situación específica es asignado por cada individuo; es decir, el mismo suceso no provoca igual reacción en todos los sujetos; además cada individuo tiene sus estrategias para enfrentarlo que, a su vez, están determinadas, entre otros factores, por la idiosincracia, la historia, el aprendizaje y la personalidad de cada uno (Lucio y cols., 2001).

Por lo tanto es importante considerar al fenómeno del estrés como un proceso en el que intervienen: las fuentes del estrés (estresores), los mediadores del estrés, apoyo social, las estrategias de afrontamiento y sus manifestaciones psicósomáticas. Dentro de las fuentes de estrés se incluyen factores físicos estresantes (temperatura, ruido, etc.), los eventos vitales estresantes (estresores agudos que producen cambios ambientales bruscos que requieren una adaptación de la persona) y tensiones crónicas (problemas conyugales, económicos, de salud, etc.) que persisten a través del tiempo y en los que se da una falta de adecuación entre el nivel de la demanda ambiental y la capacidad de respuesta por parte de la persona (Perlin y cols, 1981 en Rodríguez Feijóo, 1994).

Lazarus (1990) ha planteado que: a) el estrés es un fenómeno principalmente subjetivo; b) es mejor evaluado en las circunstancias cotidianas; y c) las mediciones de estrés deberían evaluar el contenido y las fuentes generadoras de estrés, además del grado ( en Jiménez, González –Forteza, Mora y Gómez, 1995).

La adolescencia es un periodo de vida importante y sobre todo interesante para la investigación de los eventos de vida estresantes y sus estrategias de enfrentamiento. Por lo que para poder diseñar intervenciones o programas de prevención asociados a dichos eventos, es necesario tener un mayor conocimiento sobre los antecedentes teóricos que fundamentan dicha relación.

A continuación se presentan diversos estudios citados por Lucio y cols. (2001) que ponen en evidencia dichas correlaciones:

Hoffman, Levy-Shiff y cols. (1992 ) estudiaron el desarrollo de la adolescencia y la influencia que tienen en ella el estrés y el afrontamiento. Encontrando que el grupo de más edad reportó un mayor número de estresores y además utiliza una mayor diversidad de estilos de afrontamiento.

Wilde, Kienhorst, Diekstra y Wolters (1992 ) investigaron la relación que hay entre la conducta suicida y los sucesos estresantes en la vida de los adolescentes y de los niños, y encontraron una alta correlación entre ambos.

Kohn y Milrose (1993) desarrollaron una escala que mide los sucesos menos estresantes, sin efectos negativos, que experimentan los adolescentes. Los autores encontraron que las mujeres adolescentes estaban más expuestas a experimentar sucesos estresantes.

Cheung (1995) encontró que algunos sucesos estresantes de la vida, como el divorcio o la muerte de los padres, están relacionados con síntomas de depresión en los niños y en los adolescentes.

Wagner, Cohen y Brook (1996) evaluaron la asociación que hay entre el número de sucesos estresantes negativos con síntomas de depresión y de trastorno de la conducta, con la disciplina parental cordial y severa. Los resultados indican que en los adolescentes que afirmaron tener relaciones más cálidas con ambos padres hubo una menor asociación entre los sucesos estresantes y los síntomas depresivos, mientras que en los adolescentes que afirmaron que sus padres mostraban una disciplina relativamente rígida, estuvo más asociado el estrés con los síntomas depresivos.

La trayectoria del humor depresivo en niñas está significativamente relacionado con los cambios en el número de eventos de vida estresantes que experimentan, mientras la tendencia en los niños no está afectada por los cambios de vida. Por lo que es posible especular que la pubertad marca en la chicas una vulnerabilidad hacia el estrés. Quizás la interacción entre la actividad hormonal y el estrés ambiental provocado por los nuevos roles sociales (novia, novio, etc..) pueden ser factores importantes que predigan la depresión adolescente (Brooks-Gunn y Warren, 1989 en Ge y cols, 1994).

En México, Jiménez, González-Forteza, Mora y Gómez (1995) investigaron los indicadores sociodemográficos que favorecen el riesgo de experimentar estrés psicosocial en los estudiantes mexicanos, por medio de la Escala de Estrés Psicosocial. Encontrando que a medida que avanzan los jóvenes de nivel escolar, pueden establecer una conceptualización más homogénea del estrés, lo cual puede deberse a la posibilidad de tener mayor contacto con informaciones, pláticas, lecturas etc. sobre aspectos que como éste se hallan en interacción y determinan el comportamiento de los seres humanos.

En general, los adolescentes mexicanos del sexo masculino reportan una mayor ocurrencia de sucesos estresantes que las mujeres, observándose que a medida que

aumenta la edad, aumenta la ocurrencia de los mismos. Los adolescentes que pertenecen al nivel socioeconómico bajo, son los que reportan la mayor ocurrencia de sucesos estresantes en comparación con los adolescentes de nivel socioeconómico alto. Aunque el grupo de mujeres indicó haber experimentado sucesos estresantes, no hay una tendencia a que aumenten o disminuyan en relación con la edad o el nivel socioeconómico (Lucio y cols., 2001).

Las variables con valor predictivo significativo de cada estresor fueron: sexo, nivel educativo, condición estudiantil y lugar de residencia. El perfil sociodemográfico de riesgo en cada uno de los estresores fue: ser mujer, ser estudiante de preparatoria, no ser estudiante de tiempo completo y residir en zona urbana (Jiménez, González –Forteza, Mora y Gómez, 1995).

Poco se sabe acerca del mecanismo a través del cual un evento de vida influye o impacta la personalidad de un individuo. Los debates se han centrado alrededor de la pregunta de si son las características objetivas o subjetivas del evento las que influyen. Las características subjetivas de los eventos son evaluadas generalmente mediante rangos de deseabilidad del sujeto (positivo vs negativo) y el grado de impacto del evento. Sin embargo, los estudios más recientes señalan que el carácter (positivo o negativo) de los eventos de vida se ha tomado más en cuenta para determinar sus efectos psicológicos, encontrándose que los efectos psicológicos negativos están más relacionados con los eventos de vida negativos, mientras que su relación con eventos de vida positivos o neutros son confusos (Cohen et al, 1987; Compas et al, 1986; Phares & Compas, 1990; Skowronski, Betz, Thompson & Shannon, 1991 en Perron, Coallier y Van Herwijnen, 1995).

Sin embargo, la mayoría de los estudios sugieren que la ocurrencia de los estresores mayores no tienen un efecto inmediato sobre los sentimientos de bienestar. Más bien, el estrés creado por dichos eventos parece reducir los recursos de la persona para lidiar con las presiones cotidianas. También se apoya la idea de que las diferencias individuales se deberían tomar en cuenta. Por ejemplo, McCrae (1990) argumentó que la neurosis es una variable que ha sido descuidada por los investigadores del estrés. Él considera que la relación entre las variables estrés, fracaso en el enfrentamiento, insatisfacción hacia el



apoyo social, etc. pueden tener en común la influencia de la neurosis, más que el proceso de estrés y enfrentamiento (en Pearlstone, Hussell y Wells, 1994).

Una implicación de los estudios sobre estrés adolescente y síntomas físicos y psicológicos es, que las experiencias estresantes por sí solas son insuficientes para explicar las consecuencias negativas en la salud durante la adolescencia. Los procesos de enfrentamiento que son usados como respuesta al estrés son importantes al entender la salud física y psicológica (Seiffge-Krenke, 1998).

Finalmente, futuras investigaciones concernientes al estrés adolescente deberán poner atención en los tipos y subtipos de los eventos así como en las características personales de los individuos, más que analizar sólo la correlación entre estrés y síntomas. Ya que Hammen, Marks y de Mayo (1985) encontraron que los síntomas depresivos estaban más relacionados con los esquemas propios (dependiente vs autocrítico) y los tipos de eventos (interpersonal vs logro) que en el estrés en sí (en Compas, Davis, Forsythe y Wagner, 1987).

### **2.3 Los Jóvenes y el Alcohol: Principales Motivaciones**

Aquello que desde la antigüedad hasta apenas ayer era un rito o un misterio, ahora es una práctica más o menos extendida y un asunto de discusión en los periódicos, la radio y la televisión. Hablar de ciertas cosas era, entre los antiguos, signo de sabiduría o de cortesía; las palabras tenían peso, realidad. Al desvalorizar el silencio, la publicidad ha devaluado también el lenguaje. En el caso de las drogas, todo el mundo habla pero pocos escuchan a los que realmente tienen algo que decir: los adictos, los poetas y tal vez, los hombres de ciencia. Antiguamente el consumo de plantas era considerado una práctica sagrada, dotada de una tradición mítico-religiosa, como un vínculo con las deidades y seres sobrenaturales, fenómeno que no sucede con los productos que vienen de la industria química, es decir, de un mundo impersonal, inmerso en la lógica del mercado y carente de espiritualidad trascendente; donde el consumo de drogas obedece a motivaciones lúdicas o placenteras, más que obedecer a fines religiosos o terapéuticos (García Cruz, 1998).

Es posible inferir que el consumo de drogas pasó de ser un ritual a una moda, donde el adolescente busca placer y bienestar por el camino más fácil y rápido, sin considerar las consecuencias a mediano y largo plazo; donde tomar la decisión de consumirlas le ofrece una respuesta predecible a corto plazo y sin requerirle un esfuerzo real; lo único que necesita para conseguir estos episodios placenteros y gratificantes es introducirlas en el organismo. Así, el joven toma decisiones precipitadas y generalmente impulsivas.

Feldman (1998) señala que la forma de explicar este tipo de proceso es mediante las expectativas que tienen los jóvenes sobre el uso de alcohol y otras sustancias, que se van adquiriendo por influencia familiar, social y cultural, así como de la experiencia misma que se tiene con la sustancia. Y que con respecto al alcohol específicamente, los jóvenes presentan, principalmente, las siguientes expectativas: constituye un factor poderoso para lograr experiencias positivas, facilita la socialización, ayuda a reducir las emociones negativas, desinhibe la sexualidad y reduce la ansiedad.

Preguntando a jóvenes el por qué empiezan a consumir drogas, las respuestas más frecuentes son las siguientes:

1. Para satisfacer la curiosidad de qué se siente.
2. Para sentirse aceptado por el grupo de amigos.
3. Como una manifestación de rebeldía ante los adultos o como respuesta a un reto.
4. Como un acto de liberación frente a una prohibición injusta” (Velasco, 2000).

Hay explicaciones que son poco populares entre los jóvenes, pero que la investigación psicosocial ha puesto al descubierto:

1. El consumidor simplemente busca los efectos placenteros de la droga elegida.
2. Al consumir la droga, y en virtud de sus efectos, el usuario consigue evitar o disminuir el estrés y rehuir ciertas responsabilidades.
3. El joven satisface deseos inconscientes que es posible conocer mediante los recursos de la psicología clínica” (Velasco, 2000).

Para Cáceres (2001) las motivaciones que llevan a un adolescente a consumir sustancias se pueden agrupar en 3 niveles: 1) la necesidad de estimulación, donde el joven busca sentirse permanentemente estimulado y, las drogas y el alcohol son un soporte artificial que le permite mantener ese estado de euforia, transformado lo cotidiano en divertido; 2) la necesidad de relación, que se satisface gracias a los efectos que producen dichas sustancias, ayudando al joven, aunque de manera temporal, a sentirse bien consigo mismo y con los demás y; finalmente, 3) la incitación del deseo, propiciada continuamente por la sociedad actual, en la que el adolescente está constantemente abocado a consumir bienes socialmente deseables, lo cual le produce ansiedad, estado que gracias al alcohol y a las drogas podrá suprimir momentáneamente.

Existen diversas tipologías para clasificar a los usuarios, que parten de parámetros diversos. Si bien hay diferentes formas para agrupar a los usuarios, existen consenso de caracterizarlos en dos grandes grupos: el primero formado por individuos que parecen manifestar dependencia a edades muy tempranas (antes de los 25 años) que manifiesta una dependencia muy severa, más problemas psicosociales y en cuya historia de desarrollo hay una gran cantidad de factores de riesgo (conducta antisocial, problemas escolares, hijos de padre o madre alcohólicos, entre otros) y, otro grupo, con una dependencia tardía, con menor severidad y con menor índice de problemas. Esta evidencia puede tener una base genética sobre todo en adictos del primer grupo (Medina-Mora, Díaz-Leal y Berruecos, 1994).

Según Rossaux (1996) para algunos jóvenes la toxicomanía puede intervenir como anestesia de los sufrimientos generados por el proceso de autonomización, es decir, el hecho de constituirse como un ser autónomo y separado, capaz de administrar su vida y tener propia identidad separada de los padres, lo cual se vive como traumatizante. Por lo tanto, se recurre a la “solución-droga” en relación con la situación sociofamiliar.

Para los jóvenes puede resultar muy atractivo el hecho de que las drogas tengan la capacidad de alterar los sentimientos y las percepciones, lo cual les permite evitar las realidades desagradables y, enmascarar así el dolor y el sufrimiento. Tanto los consumidores jóvenes como los adultos, utilizan las drogas para disminuir el dolor y la ansiedad que encuentran en situaciones de tipo emocional (Mothner y Weitz, 1984).

Mothner y Weitz (1984) señalan que las drogas dan respuesta parcial a los anhelos fundamentales del hombre y éstos, han cambiado muy poco a lo largo del tiempo, pero no proporcionan verdadera felicidad; si bien, dado que ofrecen sensaciones tan placenteras, son un verdadero obstáculo para disminuir o suprimir el consumo. En general, son lubricantes sociales, disminuyen las fricciones del contacto social y, son utilizadas como antídotos para el aburrimiento, la frustración y el dolor psíquico.

Finalmente, no sería arriesgado inferir que el abuso de sustancias adictivas en esta sociedad moderna tiene sus causas en la carencia de una identificación cultural; en la enajenación hacia un estilo de vida de significados huecos; en el espejismo del consumo y la moda; en la búsqueda de la libertad, la satisfacción: la búsqueda del deseo y la verdad (García Cruz, 1998).

## Capítulo III

### TEORÍAS SOBRE EL ALCOHOLISMO

#### 3.1 Principales Aproximaciones

##### 3.1.1 Teoría de la Personalidad

La personalidad es inherente al sujeto, su origen es interno. Sin embargo se sabe que la personalidad es el resultado de múltiples influencias: biológicas, psicológicas, ambientales y socioculturales. Klinger (1977, 1983) conceptualiza a la personalidad como la rama de la Psicología que explica cómo todas las partes de una persona se unen para dar como resultado un patrón conductual integral (Miles Cox en Caudron y Wilkinson, 1988).

Existen dos formas de estudiar la personalidad; la primera, es intrapsíquicamente (*Postura intrapsíquica*), y la segunda en base a la conducta manifiesta (*Postura diferencial*). La postura intrapsíquica busca identificar las necesidades, impulsos y motivos que llevan a los alcohólicos a involucrarse con dicha sustancia. La postura diferencial busca identificar los rasgos que diferencian a los alcohólicos de los no alcohólicos. Así mismo, señala que ambas posturas no son excluyentes, ya que ambas pretenden identificar las características de personalidad que llevan a los alcohólicos a abusar del alcohol (Miles Cox, 1988).

Karl Abraham (1908) fue el primero en sugerir que el alcoholismo podría estar relacionado con la personalidad, él proponía que era un síntoma de las dificultades que tenía el alcohólico con su sexualidad.

El alcoholismo en los principios del siglo XX era atribuido a la débil moral de los alcohólicos o a las propiedades demoníacas de la sustancia. Se creía que la única manera de evitar estos problemas era eliminar el alcohol de la sociedad. Con la fundación de Alcohólicos Anónimos en 1935 se impulsó el concepto del alcoholismo como una enfermedad. Según esta organización, el alcohólico puede cambiar su personalidad y su estilo de vida con el fin de llegar a la abstinencia, sin embargo, siempre tendrá la enfermedad en remisión (Thoreson y Budd, 1987).

Durante la época de los 40's y los 50's se creía que los alcohólicos tenían una estructura de personalidad en particular, necesaria y suficiente como para desarrollar el alcoholismo. Simultáneamente a la existencia de una "personalidad alcohólica", se realizaron diversos esfuerzos por comprobar dicha hipótesis, mediante la aplicación de test psicológicos como: Rorschach, el Inventario Multifacético de la Personalidad (MMPI) y otros test de percepción y personalidad.

Miles Cox (1988) señala que el típico procedimiento para identificar las características de personalidad de los alcohólicos ha sido mediante la administración de test de personalidad a un grupo de alcohólicos bajo tratamiento. Entre dichos test destaca el MMPI, utilizado por los investigadores para comparar grupos de pre-alcohólicos y un grupo control (no-alcohólicos); encontrándose que los pre-alcohólicos puntuaron bastante más alto en 3 escalas del MMPI: *Desviación Psicopática, Mania y F (escala de validez)*. Los investigadores interpretaron estas diferencias indicando que los prealcohólicos eran más impulsivos, inconformes y extrovertidos que sus compañeros (grupo control), aunque no más inadaptados y estresados.

Por otro lado, cuando estos sujetos entraron a tratamiento puntuaron alto en las escalas de Depresión y Ansiedad (Psicastenia). Estos hallazgos han sido confirmados por los estudios longitudinales que examinan características de personalidad de los adolescentes que se volvieron alcohólicos, encontrando que son rebeldes, independientes y no convencionales (Jessor y Jessor, 1977, 1978; Wingard et al, 1980; Zucker, 1979 y Zucker y Noll, 1982. Miles Cox en Caudron y Wilkinson, 1988).

En un estudio hecho en grupos de alcohólicos hospitalizados en una clínica privada del D.F, se encontró que los alcohólicos varones entre 21 y 65 años se definen a sí mismos, a través de sus respuestas al MMPI, como:

Necesitados de ayuda, con sensaciones de malestar general y con una amplia variedad de conflictos psicológicos. Manifestando un concepto débil y empobrecido de sí mismos, con una baja general en su estado de ánimo y depresión. Aparecen como más resentidos, impulsivos, inmaduros y superficiales en su trato, que el grupo de hombres no alcohólicos. Entre otros síntomas, reportan ansiedad notable, preocupación, cavilación y exceso de fantasía. Tanto los alcohólicos de

mayor como los de menor sintomatología reportan mayor sensibilidad, más dependencia y pasividad que el grupo de no alcohólicos. Según pruebas adicionales, los dos grupos de hombres alcohólicos difieren significativamente del grupo de hombres no alcohólicos en las escalas: F, Hs, D, Pd, Mf, Pa, Pt, Sc, Ma y Si. El perfil promedio de los hombres Alcohólicos sería de tipo 8-2-4, con elevaciones de 70 puntos T en las escalas 7 y 6. Las principales características del perfil son: personalidad oral, beber inmoderadamente, sentimientos de hostilidad, inferioridad, inquietud y tendencias paranoides.

Las diferencias entre el grupo de mujeres alcohólicas y el de mujeres no alcohólicas, entre 29 y 65 años, también resultaron muy claras. Las mujeres alcohólicas manifestaron, a través de MMPI, inestabilidad, necesidad de ayuda y serios problemas emocionales. Se consideran más débiles e indefensas y tienden a subestimarse más que las mujeres no alcohólicas. Manifestaron depresión pronunciada, retardo de las funciones intelectuales y psicomotoras. Además, presentaron quejas de tipo psicósomático. Tienden a ser más irritables, dependientes, inmaduras e impulsivas que las no alcohólicas. Reportan mayor número de problemas familiares, ansiedad, tensión y preocupaciones acerca de sí mismas y de su conducta. Finalmente, las mujeres alcohólicas son menos prácticas y tienden a fantasear más que las mujeres no alcohólicas. Como puede observarse el grupo de mujeres alcohólicas obtuvo puntajes significativamente más elevados que el grupo de mujeres no alcohólicas en las escalas: F, Hs, D, Hy, Pd, Pa, Pt, Sc y Ma, así como puntajes más bajos en la escala K.

El perfil promedio de las mujeres alcohólicas muestra elevaciones ligeramente arriba de los 70 puntos T en las escalas 8, 2 y 4. Este perfil sugiere trastornos de intensidad moderada, tales como depresión, ansiedad y nerviosismo. En su conducta son poco predecibles y cambiantes. Además presentan inseguridad básica y necesidad moderada de atención y afecto. La impresión diagnóstica es: personalidad esquizoide con reacción depresiva (Navarro y Casanueva, 1982).

Con base en los resultados obtenidos del MMPI y de la Escala "Búsqueda de Sensaciones" (SSS) se llegó a las siguientes conclusiones: Los alcohólicos tienen su mayor puntuación en la escala 4 Desviación Psicopática, lo cual es un hecho ampliamente

confirmado. Cuando un alcohólico tiene puntuación elevada en la escala 4, se interpreta como alineación a las normas convencionales, así como la necesidad inmediata de satisfacer sus impulsos. Así como la inhabilidad de aprender de sus experiencias pasadas. Y a pesar de que parecen sociables, tienen una seria dificultad para crear vínculos profundos con otros.

Por otro lado, está la escala MAC-Alcoholismo, también derivada del MMPI y desarrollada por Mc Andrew en 1965, quien logró descubrir que en los hombres alcohólicos existen características de personalidad particulares, más que una patología en sí. Sin embargo, dicha escala no pretende en ningún momento ser un indicador definitivo. Aquellos que puntúan alto en la MAC se le considera “alcohólicos primarios” y se describen como busca recompensas, descarados, agresivos y hedonistas. Mientras que aquellos que no puntúan alto se consideran como “alcohólicos secundarios” calificados como reticentes y con intereses constreñidos. Aunque ambos tipos de alcohólicos están deprimidos y ansiosos, Mc Andrew hipotetiza que su reacción a la depresión y a la ansiedad es lo que los distingue (Miles Cox en Caudron y Wilkinson, 1988).

Aunque los alcohólicos obtienen puntuaciones mayores en la escala de Desviación Psicopática, en comparación con otras escalas, también obtienen puntuaciones elevadas en las escalas de Depresión y Psicastenia, que miden depresión, ansiedad y preocupación. La severidad de estos síntomas varía directamente según el grado de dependencia.

Según George Winokur de la Universidad de Iowa, la depresión es un indicador frecuente en la psicopatología previa al alcoholismo en mujeres, encontrando una alta incidencia de depresión entre las mujeres pertenecientes a familias con alcohólicos (en Holden 1985).

La relación entre depresión y problemas con la bebida es más fuerte entre los alcohólicos diagnosticados que entre los bebedores problema. Quizá porque la depresión es consecuencia del beber en exceso y no un precursor como se pensaba anteriormente.

Helmut Hoffman y sus colegas de la Universidad de Minnesota, realizaron una revisión de los resultados obtenidos por un grupo de pasantes universitarios que contestaron el MMPI y que más tarde terminaron en centros de tratamiento para alcohólicos. Las gradaciones



en el MMPI fueron significativamente más altas en tres escalas: *el índice de masculinidad-femineidad (indicando conflictos de rol sexual), desviaciones psicopáticas e hipomanía (hiperactividad)*; todos estos, indicativos de que este grupo de personas eran más impulsivas, menos conformistas, más gregarias y autocentradas que sus compañeros de generación no alcohólicos (Holden, 1985).

La forma de percepción y cognición particulares de los alcohólicos se ha estudiado mediante 3 dimensiones: diferenciación psicológica, locus de control y modulación de los estímulos. En los 3 casos se han encontrado diferencias entre alcohólicos y no alcohólicos.

En cuanto a la diferenciación psicológica, se encontró que los alcohólicos son campo-dependientes es decir, que confían más en los estímulos externos que en los estímulos internos. Sin embargo, no se sabe si esta condición precede al alcoholismo o es una consecuencia del uso excesivo del alcohol.

El locus de control se refiere a la fuente de control que guía la vida del sujeto. La fuente puede ser interna (la persona se percibe como quien controla su vida) o externa (las fuerzas externas o la suerte controlan la vida de la persona). Rohsenow (1983) afirma que en el momento en que el alcohólico pierde el control sobre el consumo del alcohol, así como sobre otros aspectos de su vida, se puede intuir que su locus de control es externo. Entre los bebedores no alcohólicos, entre más beben más tienden a percibir que su locus de control es externo (Darnes, 1983; Naditch, 1975; Rohsenow, 1983 en Miles Cox, 1988).

En estudios hechos en México sobre el abandono paterno y la proclividad al alcoholismo, se encontró que en el hijo con padre ausente aparece la falta de desarrollo de confianza en sí mismo y en el mundo que lo rodea; en general estos niños perciben el ambiente como inestable e impredecible y se sienten más controlados por el ambiente que por sí mismos, es decir, con un control más externo (Navarro y Steta, 1986).

La modulación de los estímulos se refiere a la intensidad en que la persona percibe el dolor o la forma en que los estímulos le afectan. Los alcohólicos sobre-reaccionan ante la intensidad de los estímulos, es decir, sienten más y sobreestiman la intensidad del

estímulo, en comparación con otras personas. Si ingieren alcohol se vuelven menos sensibles ante los estímulos kinestésicos, por lo que el efecto disminuye su estado de alerta y el alcohol funciona como un analgésico.

El bebedor parece organizar su consumo como un basto dispositivo para ausentarse. La existencia humana es presencia, pero estar presente cuesta caro, porque es necesario mantener una constante reciprocidad: saber dar, poder recibir, hay que reconocer y hacerse reconocer (Pelicier, 1991)

Miles Cox (1988) señala, que más que un tipo de personalidad, son varios los tipos de personalidad que interactúan con factores bio-psico-sociales para producir el complejo fenómeno del alcoholismo.

Cloninger y colaboradores (1981) con base en investigaciones sobre epidemiología genética en adoptados, establecieron un modelo compuesto por dos formas de alcoholismo que difieren en sus causas genéticas o ambientales, así como en su asociación con la delincuencia, el curso y la severidad del consumo de alcohol o los perfiles de personalidad:

El Tipo I se caracteriza por su inicio tardío. El consumo de alcohol es reforzante por sus efectos ansiolíticos y rápidamente se desarrollan la tolerancia y la dependencia psicológica; se acompaña de sentimientos de miedo y culpabilidad y, raramente se presentan problemas de conducta. En este tipo de alcoholismo hay un predominio de los factores ambientales.

El Tipo II se caracteriza por su inicio temprano. El alcohol es reforzante por sus efectos euforizantes y estimulantes. Poseen una configuración de personalidad antisocial, caracterizada por alta búsqueda de novedad. En este tipo de alcoholismo parecen jugar un papel más importante los factores genéticos y, afecta principalmente al sexo masculino

Dicho modelo lleva asociada una teoría de la personalidad en la cual, se propone la existencia de 3 dimensiones fundamentales de personalidad, evaluadas mediante el Cuestionario Tridimensional de la Personalidad (TPQ) que pueden considerarse rasgos heredables:

- La búsqueda de novedad caracterizada por una tendencia a buscar excitación y nuevas experiencias, así como evitar la monotonía; la cual, se encuentra relacionada con la impulsividad y con el sistema de activación conductual.
- La evitación del daño como la tendencia a inhibir la conducta para evitar el castigo.
- La dependencia de la recompensa está asociada con el mantenimiento de la conducta y se manifiesta en conductas más intensas a signos verbales de aprobación social y, en el apego a situaciones asociadas con el refuerzo.

Tanto estudios transversales como estudios longitudinales, que analizan diferencias de personalidad entre los alcohólicos y no alcohólicos o, entre distintos tipos de alcohólicos, señalan: que la búsqueda de novedad es uno de los rasgos que mejor predice el alcoholismo. Cloninger et al (1988) encontraron que esta variable, evaluada en una muestra de niños suecos, en edad escolar (10-11 años), era predictiva para el consumo de alcohol evaluado 17 años después.

La impulsividad también parece estar relacionada con el consumo de alcohol y con los problemas derivados de dicho consumo tanto en hombres como en mujeres (Nagoshi et al, 1991; Hallman et al, 1991). Actualmente existe amplio consenso en la literatura de que la personalidad antisocial está muy ligada con el alcoholismo, en particular con el de mayor severidad e inicio temprano (Buckolz et al, 1996). Se ha señalado que las conductas antisociales en la adolescencia son predictoras del consumo posterior de alcohol en exceso (Windle, 1994). De igual manera, los sujetos alcohólicos, fundamentalmente de Tipo II, presentan con más frecuencia problemas legales. Murdoch et al, afirman que las variables de personalidad que predicen el consumo de alcohol y drogas son las mismas que están relacionadas con la conducta antisocial. Holden (1985) afirma que las personalidades antisociales podrían quizás constituir hasta el 25% de la población total de alcohólicos, porcentaje extraordinario considerando que las personalidades antisociales componen únicamente alrededor del 3% de la población en general. Las personalidades antisociales (PAS) tienden a ser encantadoras, manipulativas, rebeldes, egocéntricas y son propensas a ingerir drogas, así como a abusar de otras personas o perjudicarse a sí mismas (en Carrillo de la Peña, 2000).

El Trastorno de Personalidad Antisocial (TPA) es una de las condiciones comórbidas más prevalentes en el alcoholismo tanto en hombres como en mujeres. Entre los alcohólicos son aquellos que cumplen los criterios del TPA los que presentan más temprano problemas con el alcohol, así como consecuencias más adversas derivadas del consumo.

Por ejemplo, durante los años 20's se hizo un estudio a un grupo de niños que fueron referidos a una clínica de orientación infantil en San Luis Missouri, el seguimiento se realizó hasta los años 60's; encontrándose que el índice de alcoholismo en este grupo fue siete veces más alto que entre los miembros de un grupo similar de adultos que no habían sido referidos a clínicas durante su infancia. En suma, los alcohólicos habían mostrado un mayor número de síntomas antisociales en su infancia que los no alcohólicos (Holden, 1985).

Se sabe que el alcohol y la personalidad antisocial tienen una correlación, sin embargo, para Medina-Mora (1994) la asociación entre consumo de alcohol y delito, depende del tipo de delito y más precisamente del tipo de delincuente, ya que debe considerarse que el consumo de alcohol aumenta la posibilidad de ser detectados por la policía (en Juárez, 1999).

Se puede concluir que la búsqueda de sensaciones, la impulsividad y la personalidad antisocial están interrelacionadas con el problema del alcoholismo; sin embargo, una personalidad impulsiva y hedonista no es suficiente por sí misma para provocar una conducta compulsiva, desesperada y literalmente suicida, que marca al alcohólico terminal; pero estas manifestaciones, podrían activar un mecanismo biológico de susceptibilidad (Tarter en Holden, 1985).

Existen otros factores de la personalidad involucrados en el consumo de alcohol, autores como Berenzon, Carreño, Medina-Mora, Juárez y Villatoro (1996) proponen que existe una relación directa entre la autoestima y la asertividad, ya que una persona segura de sí misma, es decir, con alta autoestima tendrá mayores recursos para enfrentar la presión social relacionada con el consumo de alcohol y otras drogas.

Alfaro, Harada y Díaz-Loving (2001) corroboran lo encontrado por Berenzon y cols (1996) afirmando que las jóvenes que están consumiendo con mayor frecuencia alcohol son aquellas que se someten a los deseos de los otros, se consideran menos valiosas y seguras de sí mismas, a la vez que, son poco obedientes de sus padres. Mientras que las jóvenes que se sienten más valiosas, atractivas y seguras de sí mismas y que expresan sus ideas con mayor facilidad, se someten en menor medida a los deseos de los otros, como cuando las invitan a beber alcohol.

Además señalan, que a diferencia de las mujeres, los jóvenes varones que con mayor frecuencia consumen alcohol, se sienten más valiosos, seguros de sí mismos, atractivos y aceptados por los demás, pero al mismo tiempo se someten a los deseos de los otros, lo que los orilla a no saber decir “No” cuando los invitan a beber alcohol. Por otro lado, los jóvenes que no pueden expresar con facilidad sus ideas también se someten más fácilmente a los deseos de los otros, lo cual también los lleva a beber alcohol.

Lo anterior se debe a que es socialmente valorado que un hombre consuma alcohol (haciéndolo sentir valioso, seguro de sí mismo, atractivo y socialmente aceptado), pero al hacerlo está obedeciendo a los demás, por pena o por inseguridad, aunque los efectos para él sean negativos.

Así, los individuos que poseen una autoimagen positiva y aceptación de sí mismos, están en una mejor situación para tomar decisiones responsables respecto a su conducta personal; incluyendo la de ingerir o no, y de qué manera, las bebidas alcohólicas (Berruecos, 1997).

### **3.1.2 Teoría Psicoanalítica**

*Freud hizo algunos comentarios sobre el alcoholismo. En una de sus cartas a Fleiss, afirma que la adicción al alcohol, a la morfina, al tabaco, etc., son reemplazos de una “adicción primaria” a la masturbación. En la “Interpretación de los sueños” (1900) sugiere la asociación entre el alcoholismo y la celotipia. En “Los Tres Ensayos para una Teoría sexual” (1905), afirma que beber es un ejemplo de una conducta oral adictiva y autoerótica, en la cual se enfatiza la satisfacción de la zona labial. En “El Chiste y su relación con el Inconsciente” (1905) Freud escribe uno de sus pasajes más largos sobre alcohol, donde reproduce un chiste que refleja al alcohol como una forma de escapar de una realidad frustrante, reconociendo el peligro pero también la atracción del beber. El tema del alcoholismo como*

*una defensa contra el deseo homosexual reprimido se expresa en "Notas psicoanalíticas sobre un caso de paranoia". En "Metapsicología de la Teoría de los Sueños", Freud reconoce que el delirium tremens es producto del síndrome de abstinencia, antes que estuviera científicamente comprobado (Barry en Chaudron y Wilkinson, 1988).*

La Teoría Psicoanalítica busca en los trastornos de la personalidad el origen para la subsiguiente patología del beber en exceso. Y ofrece dos explicaciones contrastantes para explicar dicha conducta: La primera afirma que el ser humano se intoxica porque encuentra los efectos del alcohol como excepcionalmente placenteros. La segunda, afirma que el individuo bebe en exceso porque es incapaz de evitar las dolorosas consecuencias de la intoxicación, convirtiéndose en una conducta patológica que busca el dolor y no el placer.

De acuerdo con dicha teoría, la conducta adaptativa requiere del buen funcionamiento del SELF: Yo, Ello y Superyo. Las funciones de dichas instancias cambian durante las etapas del desarrollo psicosexual del individuo. Tanto el alcoholismo como otras conductas patológicas son atribuidas a dificultades durante las etapas de desarrollo, lo cual ocasiona conflictos entre las instancias del SELF. Identificando 3 orígenes del comportamiento inadaptado: 1) *búsqueda de satisfacción*, 2) *conflictos entre los componentes del SELF* y 3) *fijación en una etapa del desarrollo infantil*.

Freud plantea que ante los pesares y las decepciones que depara la vida, los sujetos intentan encontrar distintos sedativos, como son, las diversiones y las satisfacciones sustitutivas; dentro de éstas se encuentran los síntomas y también los estupefacientes, los cuales, posibilitan cierta insensibilidad (en Pascual, 1998).

Con base en las consideraciones psicoanalíticas sobre el análisis psicológico del alcohólico, se afirma que dicha patología surge de las necesidades orales insatisfechas del niño, que más tarde intentará satisfacer por medio del alcohol, aunque no completamente. El trastorno en el desarrollo temprano del individuo alcohólico surge ante la falta de afecto positivo durante los primeros años de vida, debido a una inadecuada relación entre el niño y sus progenitores, la cual despierta en el niño sentimientos de falta de cariño y rechazo. De tal manera que, surge en el niño un deseo de venganza y de ser reivindicado por sus padres, deseo que se consume con la autodestrucción. Con el

desarrollo del alcoholismo, el adolescente presenta una dependencia física y psíquica hacia una sustancia concreta, en este caso el alcohol. Lo cual hace suponer que el joven se quedó fijado en una relación simbiótica con la madre, debido a que la necesita emocional y físicamente para que lo gratifique; relación que más tarde se desplazará hacia el alcohol (González-Núñez, 2001).

Para K. Abraham, el neurótico y el alcohólico son similares, así como el neurótico se niega abandonar sus síntomas, el alcohólico no puede dejar de beber, ya que la ingesta de alcohol representa la gratificación de su sexualidad pregenital. Además, hace referencia a los impulsos orales de todos los adictos, así como, que la ingesta de drogas satisface dicha necesidad.

Glover relaciona el sadismo precoz y las fases tempranas del Edipo estudiadas por Melanie Klein con la dependencia a las drogas y al alcohol, y considera que en la adicción funciona un mecanismo mental por el cual, los objetos malos introyectados pueden ser convertidos en sustancias buenas. Estas fantasías se dan según dos sistemas primarios por los cuales, la madre ataca al niño y después restaura su cuerpo y, por otro lado, el niño ataca a la madre y luego la restaura. La función de la droga estriba en controlar sus impulsos sádicos, de ahí el hecho de que la persona elija una droga más o menos dañina. Además señala, que la droga tiene una estrecha relación con los mecanismos maniaco-depresivos, ya que la adicción es difásica, correspondiendo el síndrome de abstinencia dolorosa a la fase depresiva y, distingue tres tipos de adicción: a) debidas a la homosexualidad inconsciente, b) a una organización ciclotípica y c) a las de organización paranoide de la personalidad. Menninger, por su parte, considera que el principal factor de la etiología del alcoholismo es un impulso autodestructivo, resultante de un conflicto infantil provocado por el enojo del niño hacia los padres o por el miedo a perderlos, como una forma de expresar agresión hacia los progenitores y hacia sí mismo (en Coderch, 1991).

González-Núñez (2001) afirma que los padres del adolescente alcohólico suelen presentar impulsos agresivos contra sí mismos, que le sirven a aquel, como modelo de identificación. De modo que, al identificarse con los impulsos filicidas paternos, el adolescente corresponde con impulsos parricidas o matricidas, lo que junto con la

identificación de las partes autodestructivas de ellos, culmina con el alcoholismo, como consumación de una venganza autodestructiva.

Knight citado por Coderch (1991) estudió la configuración de la familia del adicto, llegando a la conclusión de que la madre es sobreprotectora e indulgente, tratando de apaciguar al niño con repetidas gratificaciones orales de manera permisiva o poco firme. Como resultado de dichas sobregratificaciones, el niño no desarrolla mecanismos de autocontrol, reaccionando con destructiva rabia si se le frustra. El padre es inconsistente, gratifica y frustra de forma imprevisible. Así, se forma una personalidad de total dependencia, con miedo al rechazo y, fuertes sentimientos de inferioridad y culpa. Estos sujetos reaccionan de manera agresiva a cualquier frustración, lo cual les produce culpa. Hacen intentos de reparar masoquistamente por medio de la droga y, ésta les refuerza la gratificación oral y la conducta irresponsable.

En el discurso del adicto, la madre aparece principalmente de dos maneras, que a veces se intercambian: La primera, como una persona cuya atención está centrada en sí misma, no ve en su hijo más que una confirmación de su propia perfección; o bien, madres que no pueden dejar ni un sólo instante al niño y se encuentran obsesivamente perseguidas por la idea de que le ocurra alguna desgracia.

En el primer caso, el niño queda relegado al papel de adorador de la madre y la única forma de llegar a ser alguien es identificándose con ella. En el segundo caso, la agresividad hacia el hijo y la necesidad de castigo de la propia madre, ocasionará que éste cumpla sus deseos, sufriendo accidentes y obstáculos a lo largo de la vida. Dicha tendencia de sufrir, se representa bien con el uso de drogas como forma de autodestrucción (Pascual, 1998).

Estévez, Velásquez y Villanueva (1998) también analizan la estructura familiar del farmacodependiente, encontrando que generalmente el padre se caracteriza por estar descalificado de la opinión familiar, considerándolo como desobligado y traidor; comúnmente utiliza la agresión como forma de controlar a los demás y presenta algún tipo de adicción donde desahoga sus frustraciones, depositando en el hijo adicto la responsabilidad de sus problemas e incluso de su adicción. Por su parte, la madre es una figura ambivalente (dicha estructura constituirá más tarde el yo del adicto), presenta



características hipocondríacas, depresión y angustia, así como, una fuerte seducción sexual hacia el hijo, que no siempre llega a la relación genital; en ocasiones, sólo se dan conductas erotizadas como caricias, lo cual, le traerá al hijo consecuencias importantes en su desarrollo libidinal y sexual. Al enfrentarse con esta conflictiva familiar el joven recurre a la droga como un medio de salvación.

También es común que los hijos farmacodependientes vengan a representar las expectativas valoradas o temidas de los padres basadas en introyecciones parentales. Los padres a través de una fantasía inconsciente, frecuentemente asignan a los hijos los propios roles paternos. Esta clase de identificación inconsciente de los hijos con objetos amorosos perdidos tipifican las familias de los usuarios de drogas. Debido a las desviaciones en las identificaciones de estas familias, la fusión y la difusión del sistema son muy altas, mientras que la individuación es pobre. Los miembros de dichas familias rara vez están seguros de donde termina su yo y, donde empieza el del otro; así, los límites del yo son débiles y son propensos a colapsos repentinos (López, 1992).

Fenichel es uno de los autores que ha estudiado la relación entre las drogas y la adicción a la comida. Considera que los adictos necesitan impulsivamente que se les reafirme y se les proporcionen sentimientos de seguridad, sin importarles qué objeto sea. Se encuentran fijados en la fase narcisista pasiva y, lo único que quieren es satisfacer esa necesidad de alimento y calor. No tienen un real interés en la sexualidad genital, quedando la libido organizada como una energía de tensión erótica amorfa. La realidad externa sólo les interesa como forma de satisfacer su necesidad oral, es por eso que dejan actividades, proyectos, etc., descuidando incluso su higiene personal e ignorando el sufrimiento de la familia. Aunque la comida es el elemento principal, con el paso del tiempo se le van adicionando otros significados inconscientes, teniendo adictos al trabajo, a la lectura, etc.

Rosenfeld (en Coderch, 1991) llegó a vincular la dependencia a las drogas con los mecanismos de defensa maniaca que tienen su origen en las fases tempranas de la infancia, durante el predominio de la fase esquizo-paranoide. Estas defensas se utilizan para proteger al bebé de la ansiedad que implica darse cuenta que depende de su madre y, que en su fantasía la ha dañado y atacado. La

incorporación de la droga puede ser vivida como algo bueno que refuerza los sentimientos de omnipotencia y, como la incorporación e introyección de objetos buenos y objetos malos a la vez, reforzando así los mecanismos de negación y disociación. Así, el adicto se haya fijado en la fase esquizo-paranoide.

Y por su parte, Merlo intentó diferenciar entre la psicología del alcohólico y la del resto de los toxicómanos. El alcohólico pertenece al grupo de los maniaco-depresivos con predominio de la oralidad, mientras que los que consumen otras drogas, tienen una personalidad de tipo esquizoide con tendencias a vivir en un mundo irreal de tipo mágico infantil; el consumo de la droga representa la unión con el pecho materno, satisfaciendo tendencias canibalísticas de devorar el objeto idealizado. Define tres mecanismos que caracterizan a la personalidad dependiente: 1) impulso a experimentar el éxtasis, 2) impulsos inconscientes autodestructivos y 3) dependencia oral (en Coderch, 1991).

Barry (1988) describe a grandes rasgos las etapas del desarrollo y cómo influyen en el desarrollo posterior del alcoholismo:

a) Etapa Oral: El Ello domina y, demanda placer y satisfacción como: comer, beber, dormir y calor. El alcohol es una sustancia atractiva para quien está fijado en esta etapa; el alcohol se bebe por la boca, es líquido y a la vez comida, es sedante y proporciona calor.

b) Etapa Anal: El control anal y el entrenamiento de esfínteres constituye una confrontación entre las fuerzas del Ello y del Superyo. Los sentimientos ambivalentes y los rituales son conductas de esta etapa. Muchos alcohólicos presentan sentimientos ambivalentes hacia el alcohol y presentan rasgos anales como: el consumo compulsivo y repetitivo, alternado con sentimientos de culpa y esfuerzos compulsivos por abstenerse.

c) Etapa Fálica: Durante esta etapa los sentimientos hacia los padres amenazan el amor heterosexual (*Complejo de Edipo y Electra*). La fijación en esta etapa ocasiona conflictos, provocando que las relaciones heterosexuales se vivan con

miedo, celos y frustración. La intoxicación por el alcohol debilita las defensas para resolver adaptativamente los remanentes de este conflicto y puede también, inducir comportamientos disfuncionales como evitar o atacar a las parejas sexuales.

d) Etapa Genital: Es una etapa de madurez en la cual el Yo controla al Ello y al Superyo. Los impulsos libidinales y la conciencia son compatibles uno con el otro y, con la realidad. Las parejas que llegan a esta etapa final gozan de un saludable ajuste con una pareja heterosexual y están efectivamente protegidos contra el alcoholismo.

De acuerdo con Blane (1968) citado por Barry (1988) existen 3 tipos de alcohólicos: el dependiente de tipo oral, el dependiente de tipo anal y el codependiente de tipo fálico.

Muchos teóricos han escrito sobre este tema y coinciden, en que el alcohol posee un efecto desinhibidor que aumenta la excitación sexual y libera las perversiones reprimidas, como, los sentimientos homosexuales. Autores como Rigall (1923) creen que los hombres beben para desinhibir su homosexualidad, mientras que las mujeres lo hacen para hacer surgir su lado masculino (bisexualidad) (Barry en Chaudron y Wilkinson, 1988).

La regresión a etapas tempranas no significa la pérdida total de conductas más maduras, las diferentes etapas coexisten y compiten. Los síntomas del alcoholismo constituyen una mezcla entre pasividad oral, compulsividad anal, agresividad fálica y esfuerzos por lograr la madurez genital.

Para Pelicier (1991) el hombre vive en un sistema de objetos investidos que tienen una relación privilegiada. Lo que llama "objeto totalitario" es una enfermedad mortal del sistema de objetos. Se produce, en efecto, una especie de captación del sujeto, una especie de incapacitación del individuo por uno de los elementos del sistema, que es investido de manera tan excesiva que llega a ocultar a los demás. El hombre víctima del objeto totalitario ya no está en situación: es manipulado por su droga. De esta manera, el alcohol para el alcohólico, la droga para el drogadicto, el juego para el jugador, constituyen sistemas totalitarios. El objeto totalitario es sin duda la respuesta a una

carencia. El consumidor es de hecho consumido. Cree elegir pero es elegido. Piensa actuar pero es actuado.

Pascual (1998) concluye que la adicción no es causa, sino que responde a la estructura de personalidad del sujeto; el intento de salida por el consumo de sustancias que caracteriza al adicto tiene que ver, con una tendencia a la actuación, que se ve facilitada por la promesa de placer implícita en la droga y por su tendencia a la trasgresión de la ley tan endeblemente encarnada. Sin embargo, esta conducta tiene como consecuencia un sentimiento de culpa, de acuerdo con el sadismo del Superyó, que lleva a la persona a diversas maniobras de autocastigo, en muchas ocasiones, expresadas en actos que atentan contra las personas que le rodean, pidiendo después perdón y al obtenerlo, volviendob a transgredir y, así vuelve a comenzar el juego.

### **3.1.3 Teoría de Sistemas**

La Teoría de Sistemas constituye un marco conceptual que se enfoca en un patrón, en la forma, en la organización y en el todo.

Pearlman (1988) señala que la premisa esencial de la cual parte la Teoría de Sistemas es, que la conducta es determinada y mantenida por la dinámica del sistema interpersonal clave con el cual el sujeto interactúa. Así la conducta, en vez de ser solamente un reflejo de las variables psicológicas únicas del individuo, es respuesta de las vicisitudes de los sistemas interpersonales e interaccionales.

El termino “sistema” es usado para referirse a una organización compleja y jerárquica de elementos interdependientes e interaccionales que se caracterizan por un patrón estable de relaciones entre los individuos. Dentro de un sistema, un cambio en un elemento lleva a reacciones compensatorias o reacciones en todos los elementos y en el mismo sistema (Von Bertalanffy, 1968 en Pearlman, 1988).

La definición más sencilla parece ser ésta: cualquier entidad cuyas partes co-varían de manera interdependiente y que mantiene el equilibrio de un modo activado por el error (en Bejos, 1990).

El principal exponente de la Teoría General de Sistemas fue Von Bertalanffy, quien afirma que los conceptos claves del pensamiento de sistemas están relacionados con la integridad, la organización y la regulación. Los hechos se estudian dentro del contexto en el que están ocurriendo y se presta fundamental atención a las conexiones y relaciones, más que a las características individuales.

Las ideas centrales de la TGS (Teoría General de Sistemas) radican en que la totalidad se considera mayor que la suma de sus partes; cada parte solo puede ser comprendida en el contexto de la totalidad; un cambio en cualquiera de las partes afecta a todas las demás; la totalidad se regula a sí misma por medio de una serie de circuitos cibernéticos. La información va y viene por estos circuitos de retroalimentación con la finalidad de suministrar estabilidad u homeostasis al sistema. Las partes cambian constantemente para mantener equilibrado al sistema.

Este concepto supone que ningún hecho o comportamiento aislado ocasiona otro, sino que cada uno está vinculado en forma circular a muchos otros hechos y comportamientos aislados. Estos hechos y comportamientos forman con el tiempo, por ensayo y error, patrones persistentes y recurrentes, que operan para equilibrar a la familia y permitirle pasar de una etapa evolutiva a la siguiente. Toda conducta, incluyendo la somática establece y mantiene dichos patrones. La función regulatoria se considera más importante que la conducta o el síntoma como entidad en y por sí misma. El interés primordial del terapeuta se relaciona con el funcionamiento de la conducta (para qué) y con el modo en que la función de otro comportamiento aislado (por qué) se unen para preservar el equilibrio de la familia (Bejos, 1990).

Las hipótesis utilizadas para explicar la transmisión familiar de las dependencias incluyen explicaciones de transmisión genética y de aprendizaje social. Se ha observado que el alcoholismo entre los hijos adoptados de alcohólicos es de un 18% a un 22%, mientras que en sujetos sin padre biológico alcohólico se presenta una incidencia del 5% y 6% (Goodwin, Schulsinger, Moller y Guze, 1977; Cadoret y Gath, 1978). Sin embargo, menos del 30% de los hijos de alcohólicos se vuelven a su vez alcohólicos y cerca de la mitad de los alcohólicos hospitalizados no tienen historia familiar de alcoholismo (Goodwin, 1985) (en Juárez, 1999).

Steinglass (1976) notó la falta de interés sobre el alcoholismo en los terapeutas familiares y, lo atribuyó a prejuicios y estereotipos manejados por los mismos profesionales de la salud, donde existía la idea de que el alcohólico al ser alguien con conducta autodestructiva y autoindulgente, merecía menos atención y no era sujeto de prioridad.

Los primeros acercamientos al estudio del alcoholismo se enfocaban hacia dos puntos: el primero, la preocupación por el estudio de una patología existente en las esposas de los alcohólicos (McCrary, 1981) donde dicha psicopatología llevaba a esas mujeres a buscar esposos alcohólicos; y el otro punto, el estudio de las esposas y los hijos del alcohólico, como víctimas que se debían de ajustar a las presiones de vivir con alguien con esa adicción (Barley, 1963; Jackson, 1954).

Bowen en 1974, se da cuenta que la manera de tratar el problema del alcoholismo es modificando el sistema de relaciones de la familia y que el alcoholismo no es un problema individual, sino un reflejo de la disfunción de la familia. Meeks y Kelly (1970), llevaron a cabo uno de los primeros estudios sobre la efectividad de la terapia sistémica en el tratamiento de alcohólicos; en este estudio, se utilizaron cinco familias a las cuales sometieron a intervención terapéutica bajo este modelo, focalizando la terapia en mejorar la comunicación entre sus miembros logrando reducir el consumo y mejorar la dinámica familiar. Cadogen (1973), realizó un estudio comparativo entre dos grupos de parejas donde existía un problema de alcoholismo en uno de sus miembros; un grupo recibió tratamiento grupal, mientras que el otro, recibió tratamiento individual. Al final, el grupo que recibió el tratamiento grupal obtuvo los mejores resultados (Pearlman en Chaudron and Wilkinson, 1988).

Los familiares expresan que el consumo excesivo de alcohol o drogas genera una gran preocupación, impotencia, incertidumbre y depresión, que se asocia a reportes de síntomas físicos y a un estado de malestar general, debido a las conductas impredecibles y a la salud del usuario. Esto provoca, que las familias vivan en continua tensión y conflicto, dependiendo de la relación que tengan con el usuario; por ejemplo, a las esposas les preocupan los efectos del consumo en la economía, la irresponsabilidad del usuario en la casa y en el trabajo, así como, el hostigamiento sexual y los celos. La familia trata de responder al problema de las adicciones con mecanismos que le son naturales, pero con frecuencia estas respuestas son rebasadas por la complejidad del

fenómeno y lo único que provocan es un malestar físico y psicológico mayor (Natera, Mora y Tiburcio, 1999).

Para la Teoría de Sistemas, el alcoholismo es un síntoma y puede cumplir diferentes funciones en distintos momentos y, para distintos conjuntos de relaciones. El problema se presenta cuando el síntoma es inaceptable para la familia y/o para la sociedad.

Salvador Minuchin (1974) propone el modelo estructural, conceptualizando a las familias como si pertenecieran a una serie continua y no a clases tipológicas; e intercaló a las familias que presentan límites claros entre las que se manifiestan con apego excesivo o aglutinadas y, en el otro extremo, las que manifiestan desapego. Ambas clasificaciones podrían incluir familias con un miembro adicto, ya sea a sustancias psicotrópicas o en concreto, al alcohol. Específicamente, en estas familias las alianzas o las coaliciones entre los miembros mostraban que el paciente adicto quedaba aislado, no solamente como portavoz sino además, como aliado con el tóxico, logrando con ello una centralidad particular en el territorio familiar. La falta de límites entre los subsistemas así como la dependencia con la familia de origen, es muy notoria. La autoridad era escasa o casi nula, ya sea por la fragilidad de los padres o tutores del adicto o, porque uno de los progenitores se encontraba en coalición con el paciente en contra del otro cónyuge. Ante esto, el paciente identificado o adicto cumplía con su función de síntoma familiar, ya sea para triangular la comunicación o para intentar unir a la pareja de padres en conflicto (Bejos, 1990).

Steinglass y cols. (1977, 1979) simularon el ambiente familiar en un hospital al poner al paciente alcohólico y a su esposa en un “departamento artificial”. Durante la simulación se dieron cuenta de que el abuso de alcohol funcionaba para muchas parejas como herramienta adaptativa y con un rol funcional. Otras parejas expresaron intimidación, afecto y espontaneidad solamente cuando bebían. Para Espejel (1989) la esposa del alcohólico juega un papel muy importante, ya que en distintas formas hace embonar su psicopatología (impulsividad, control o sumisión) con los aspectos psicopatológicos del marido.

Entre los estudios que reportan las diferencias que hay entre las familias de alcohólicos y otras familias disfuncionales, se encuentra el realizado por Hadley, Holloway y

Mallinckrodt (1993), Jacob y Krahn (1988) y Rotunda, Sherer e Imm (1995); quienes reportan que las familias alcohólicas son más problemáticas, sus interacciones están caracterizadas por mayores niveles de conflicto y competencia enferma así como, por menores niveles de cohesión, expresividad y capacidad de resolver los problemas. Así mismo, autores como Baker y Stephenson (1995), afirman que en este tipo de familias son comunes las conductas agresivas y la violencia crónica (Palomar, 1999).

En su experiencia con familias, Bejos ha observado que el paciente adicto ocupa el primer lugar o el último en el subsistema fraterno de su familia de origen. Puede estar en segundo lugar, lo cual indicaría, que el primero asumió el rol parental o que, fue la hermana mayor y, pudo salvarse de la adicción para dedicarse a aspectos relacionados con su rol cultural. Si se trata del menor, es debido a que se trata del “colado” quien no fue planeado y constituyó el último intento de la pareja para rescatarse el uno al otro.

Tanto Clínicos como Teóricos, han encontrado que para algunas familias el alcoholismo está relacionado con expresiones de afecto, calor y cuidado; mientras que en otras familias, el alcoholismo sirve para distraer la atención de otras áreas de conflicto aún más amenazantes.

A pesar, que una de las metodologías más utilizada para estudiar el funcionamiento de las familias que tienen problemas con el consumo de alcohol, ha consistido en compararlas con aquellas familias disfuncionales que no los tienen; encontrándose relación entre dichas variables; por otro lado, existen otros estudios que afirman que el alcoholismo *per se*, no está relacionado con la disfuncionalidad familiar; es decir, no es la causa de la disfunción de ésta, sino, un efecto que se suma a otros factores adicionales que producen la discordia familiar. Sin embargo, hay poca evidencia que soporte el argumento de que las familias que luchan contra el alcoholismo no presentan procesos patológicos familiares específicos o únicos (Wright y Heppner, 1993 en Palomar, 1999)

#### **3.1.4 Teoría del Condicionamiento Clásico**

La administración de drogas psicoactivas abre la posibilidad de que la persona cree asociaciones entre los efectos de la droga y los estímulos concomitantes de la droga (olor, sabor, la situación donde se consume o sentimientos internos como angustia, depresión o



soledad). La aseveración sobre la existencia de estímulos asociados al consumo de alcohol u otras drogas se ha utilizado para explicar fenómenos como: la tolerancia, el síndrome de abstinencia, preferencias y aversiones en la bebida, deseo y automedicación.

El Condicionamiento Clásico constituye un modelo válido que explica los efectos de la asociación entre droga-estímulo en dichos fenómenos. Los primeros en aplicar estos conceptos de manera exitosa al tratamiento conductual con drogas fueron Collins y Tatum en 1920 y Kleitman y Crisler en 1927.

El estudio sobre el deseo del alcohol entre alcohólicos y bebedores fuertes, se basa en la afirmación de que el estímulo-droga asociado adquiere la capacidad de emitir el deseo natural, vía el proceso de condicionamiento. Sin embargo, en otras investigaciones el marco asociativo se ha evaluado, probando si la respuesta condicionada del deseo es sujeto de extinción.

El alcohol es un conjunto de efectos físicos y psicológicos (Jaffe, 1975), los cuales pueden ser “apetecibles” pero también “aversivos” y pueden actuar solos o en conjunto. El efecto del estímulo incondicionado (E. I.), en cualquier paradigma experimental, depende de la dosis, de la experiencia previa y de las circunstancias de su uso. Los investigadores están motivados a aislar aquellos efectos del alcohol que podrían explicar las consecuencias ya observadas por su administración; este punto tiene gran importancia en el estudio de las propiedades condicionadas y motivacionales del alcohol, en el cual, el estímulo asociado promueve o evita el consumo por parte del organismo dependiente al alcohol. La ausencia de alcohol sirve como estímulo incondicionado, mientras que los síntomas del Síndrome de abstinencia son la respuesta incondicionada. Se ha dicho, que la conducta del beber en alcohólicos tiene consecuencias recompensantes inmediatas en contraposición con consecuencias de castigo demoradas (Franks, 1966). (Edward, Jorenby & Baker en Chaudron & Wilkinson, 1988).

Por lo general, se cree que el efecto recompensante es el ser sedante, estimulante agradable o reductor de la ansiedad y que empieza muy pronto después de la ingestión de alcohol; sin embargo, al final de un ataque a la bebida generalmente se presentan consecuencias de castigo, por ejemplo: enfermedad, prisión, lesiones corporales, pérdida

de trabajo o remordimiento intenso; sin embargo, se piensa que dichos castigos tienen poco valor educativo porque pueden demorarse tanto que dejan de estar asociados efectivamente con la conducta del beber.

Una gran cantidad de literatura sugiere que muchos de los hábitos alimenticios son adquiridos por procesos sustentados por el marco teórico pavloviano. La preferencia o aversión a los sabores se ajustan a las consecuencias post-ingestionales de la comida (Sherman et al, 1984); y en cuanto al alcohol, los componentes de su sabor pueden estar asociados con sus consecuencias post-ingestionales.

El Paradigma Condicionante de Lugar puede proporcionar más información sobre las preferencias humanas al alcohol, que el Paradigma Condicionante de Sabor. El Paradigma de Lugar aparea un lugar y una droga y, los efectos son medidos según el tiempo que pasó el sujeto en dicha locación. En ratas no expuestas previamente a un condicionamiento con el alcohol, muestran aversión por el lugar apareado con dicha sustancia (Cunningham, 1979). Stewart y Grupp (1985) exploraron las condiciones bajo las cuales la droga es administrada, ya que podría estar provocando la preferencia o aversión por la sustancia. Estas condiciones están también presentes cuando los humanos consumen: el contexto en el cual se consumen los alimentos y la sustancia y, el contexto social. Una de las principales hipótesis del Modelo Asociativo de la Tolerancia, es que ésta aumentará en contextos específicos, en los cuales, haya sido administrada la droga previamente. Dafters y Anderson (1982) encontraron que los bebedores sociales desarrollaron tolerancia a los efectos taquicárdicos del alcohol en un ambiente previamente asociado con la droga. Mientras que los que bebieron en un lugar asociado previamente con un placebo, su tolerancia a los efectos taquicárdicos del alcohol fue menor (Edward, Jorenby & Baker en Chaudron & Wilkinson, 1988).

Cuando un alcohólico bebe en un ambiente familiar, estará consumiendo la droga en presencia de estímulos o señales que por asociación producirán la tolerancia asociativa, y experimentará, generalmente, un nivel de intoxicación familiar. Pero si esta misma situación ocurre en un ambiente nuevo, o en uno familiar no asociado con el alcohol, la tolerancia asociativa será menor, y aún consumiendo la misma cantidad de alcohol, la intoxicación presentará niveles más elevados. Una cantidad de alcohol, que en un ambiente previamente asociado con la droga resultaría "inofensivo", podría ser letal en un

ambiente no asociado con el alcohol. (Siegel et al, 1982). El Modelo Pavloviano advierte que el riesgo de intoxicación podría ser aminorado por beber en un ambiente y lugar no familiar.

Algunas de las principales técnicas que pretenden la modificación de la conducta con respecto al uso de sustancias son: 1) *Condicionamiento aversivo*: en este tipo de estrategia se busca asociar un estímulo aversivo con el consumo de alguna sustancia. 2) *Manejo de estrés y ansiedad*: esta técnica se centra en el manejo de los síntomas producidos por el síndrome de abstinencia. También se ocupan de enseñar al paciente cómo manejar eventos estresantes que usualmente son resueltos con el consumo de alguna sustancia. 3) *Apoyo Cognitivo*: la investigación ha demostrado que los pacientes pueden verse beneficiados al realizar ajustes cognitivos, con la valoración adecuada de los beneficios que pueden obtenerse al dejar la sustancia y la apreciación objetiva de las habilidades del paciente para alcanzar su meta. El desechar racionalmente las fantasías respecto a las dificultades de dejar la sustancia, suelen ser un buen comienzo. Generalmente, las recaídas durante el tratamiento son frecuentes y suelen disminuir notablemente la motivación del paciente. El terapeuta deberá percibir las recaídas como experiencias de aprendizaje y no como fracasos (Lichtenstein & Brown en Pulido, 1995).

Las opiniones actuales acerca de los criterios para juzgar la mejoría del alcoholismo han expresado la idea de que la abstinencia total durante toda la vida debería ser el criterio para considerar que hubo una mejoría (Zwerling y Rosenbaum, 1959; Bowman, 1956; Stecker, 1941). Por el contrario, otros han señalado que este criterio es demasiado estricto y que un regreso a la vida social o no patológica, es un criterio más adecuado culturalmente (Davies, 1962, ; Selzer & Holloway, 1957). (Bellack; Hersen & Kazdin, 1982).

### **3.1.5 Teoría del Aprendizaje Social**

La Teoría del Aprendizaje Social (T.A.S) proporciona un análisis exhaustivo sobre los principios psicológicos que gobiernan el desarrollo, mantenimiento y modificación del comportamiento humano y, asume, que tanto la conducta normal como la anormal pueden explicarse mediante los mismos principios conductuales. Así mismo, aprovecha los

principios y procedimientos del Condicionamiento Clásico y del Operante, enfatizando la importancia que tiene el proceso simbólico, el aprendizaje vicario y la autorregulación en el comportamiento humano. La importancia del aprendizaje vicario para la T.A.S reside en enfatizar el papel de los procesos cognitivos. En este tipo de aprendizaje, la persona adquiere un nuevo conocimiento y una nueva conducta al observar a otras personas o modelos.

Cuando se aplica la T.A.S al uso experimental de sustancias (UES), se sostiene que los adolescentes adquieren creencias sobre el UES de parte de sus modelos a seguir, en específico de los padres y de pares que abusan de sustancias. Esta teoría propone que el involucramiento del joven con los modelos a seguir que usan sustancias tiene tres efectos consecuentes: la observación e imitación de conductas específicas de la sustancia, refuerzo social y la expectación de consecuencias sociales positivas con el UES.

Según Petriats & Flay, Miller (1995) los adolescentes no necesitan ver a sus modelos a seguir usando sustancias, con que alguno hable de manera positiva hacia el UES éste se verá influenciado. De esa manera, la causa del uso experimental de sustancias puede ser: 1) UES en padres, amigos cercanos y otros modelos a seguir, 2) declaraciones favorables hacia el uso de sustancias por parte de modelos a seguir, especialmente cercanos que promuevan ese tipo de conductas. Sin embargo estas afirmaciones deberán ser vistas sólo como tentativas, ya que existen la posibilidad de que el UES de un amigo o de los padres, sea una consecuencia más que una causa de que el adolescente use sustancias.

La T.A.S sustenta que la familia y los compañeros pueden influir tanto en el inicio como en el mantenimiento de las conductas de beber en los jóvenes, al afectar en forma general las actitudes, los estándares y los valores hacia el alcohol, así como también al modelar la conducta de beber dentro de contextos sociales (Biddle y cols, 1980)

Con respecto a la autorregulación de la conducta, el comportamiento no está simplemente determinado por consecuencias externas, la persona es un poderoso agente de cambio; entendido como un proceso motivacional en el cual, la persona se autopremia o se autocastiga según sus estándares de logro y rendimiento; los cuales, varían de persona a persona e, involucran juicios y evaluaciones sobre la ejecución hecha, dependiendo también, de los modelos imitados y del reforzamiento obtenido (Terrence en: Chaudron

and Wilkinson,1988). Cuando las personas se ponen metas muy severas o poco realistas, tienen el riesgo de perder autoestima, de sentirse deprimidos y desmoralizados. Por lo tanto, cuando la autorregulación es ineficaz o cuando falla en establecer estándares adecuados de conducta, se producen conductas antisociales y derrotistas.

De acuerdo con el conductismo radical y con el condicionamiento operante, la Teoría del Aprendizaje Social (T.A.S) sostiene que la conducta es, en gran parte, una respuesta consecuente. Y al contrario del condicionamiento operante, esta teoría rechaza la idea de que las respuestas sean automáticas, y por lo tanto, que la conducta sea algo mecánico. Para la Teoría del Aprendizaje Social la influencia que tendrán los eventos externos en la adquisición y regulación del comportamiento, estarán determinados por procesos cognitivos, de los cuales dependerán a qué influencias externas se le prestará más atención, cómo serán percibidas, si serán o no recordadas y cómo afectarán la conducta futura.

Bandura (1977), enfatiza la importancia que tiene la evaluación cognitiva de la persona sobre los eventos externos. El aprendizaje se facilita cuando la persona está consciente de las reglas que gobiernan las consecuencias de sus actos, y así al observar las consecuencias de comportamiento puede aprender qué es apropiado para cada situación (en Terrence, 1988).

La investigación sobre los determinantes del consumo de alcohol establece que el beber está fuertemente influenciado por variables psicosociales como: estímulos antecedentes en el ambiente, que según el Condicionamiento Clásico, provocan el impulso del beber; las consecuencias conductuales del beber que funcionan como reforzamiento positivo, negativo o como castigo; el aprendizaje vicario en el cual la persona modela la conducta del beber en otros sujetos, así como también, las habilidades sociales y finalmente el proceso autoregulatorio y, los factores cognitivos como las expectativas aprendidas.

Así, los efectos del consumo de alcohol pueden variar en función de las diversas variables psicosociales como: la historia personal de aprendizaje, el set cognitivo de la persona (como expectativas o creencias sobre los efectos del alcohol) y el ambiente físico y social donde se desarrolla la conducta.

Bandura propone un enfoque más fructífero basado en la investigación de las contingencias asociadas a la conducta del beber, así como en la identificación de aquellos mecanismos que refuerzan y mantienen la intoxicación, pero sin olvidar el papel de la cultura y de la sociedad, como factores que influyen en los patrones de consumo. Al respecto comenta: “Desde el punto de vista del Aprendizaje Social, los alcohólicos son personas que han adquirido la conducta de beber a través de experiencias modeladoras y reforzadoras, que con el tiempo se han convertido en un patrón generalizado de respuesta, basado en una estimulación aversiva” (Terrence en: Chaudron and Wilkinson, 1988).

Dentro de la T.A.S, la tolerancia y la dependencia física al alcohol son determinantes del consumo sostenido de alcohol. Se considera que la tolerancia promueve un incremento en el consumo al disminuir los atributos del reforzamiento positivo del uso del alcohol, por lo que el individuo necesita consumir mayores cantidades de alcohol para lograr un valor de reforzamiento de igual magnitud. Por otro lado, se considera que la dependencia física trae consigo un aumento en el consumo de alcohol como una manera de evitar los efectos de dolor que ocurren en periodos de abstinencia agudos (Hershon, 1977). Es aquí cuando el consumo de alcohol es reforzado de manera negativa, para evitar las consecuencias desagradables de la no ingesta de alcohol, es decir, evitar el síndrome de abstinencia.

Los efectos bifásicos del alcohol explican en parte cómo el alcohol puede elegirse, tanto para reducir estados de afecto negativo, como para incrementar estados de afecto positivo. En estos casos, diversos factores bioquímicos interactúan con factores psicológicos para producir ciertos resultados específicos (Mello, 1968).

La atención terapéutica deberá reducir dicha estimulación aversiva, estableciendo otro tipo de conductas modeladoras, con el fin de que la persona tenga los recursos para lidiar con las demandas externas y que a la vez su necesidad de “anestesiarse” de la cotidianidad sea menor. La Teoría de la Reducción del estrés, fue el primer modelo conductista que proporcionó una explicación contundente sobre los determinantes psicológicos en cuanto al abuso de alcohol.

Finalmente la Teoría del Aprendizaje Social sugiere, que la llave para la prevención es no alentar a los modelos a seguir practicando el uso experimental de sustancias; mientras

que para Bandura, la llave adicional para la prevención, está en enseñar habilidades de rechazo y en mejorar la autoeficacia (Petriats & Flay, Miller, 1995).

## Capítulo IV

### EL PAPEL DE LA PREVENCIÓN EN EL CONSUMO DE ALCOHOL

La OMS (1990) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (en Maddaleno y cols, 1995).

Toda actividad encaminada a evitar que algo suceda, es conocida como “preventiva”. La prevención puede definirse como la protección y promoción de la salud de la población, la protección y el mejoramiento del medio ambiente ecológico y social, la prevención de la enfermedad y sus consecuencias, la eliminación de los riesgos identificables y la protección de los grupos de alto riesgo. Se le ha dividido en tres niveles: la prevención primaria que aplica en la génesis; la secundaria que ocurre durante la etapa de evolución, que implica detección, diagnóstico y tratamiento; y la prevención terciaria busca evitar las consecuencias o eliminar daños y riesgos a través de la rehabilitación (Medina-Mora, Díaz-Leal y Berruecos en: Berruecos y Díaz-Leal, 1994).

Las acciones para alcanzar las metas en atención primaria son integrales; es decir, afectan no sólo a lo curativo sino, fundamentalmente, a lo preventivo. Por esto se acostumbra denominarlas prevención primaria (promoción y protección de la salud), prevención secundaria (curación) y prevención terciaria (rehabilitación), aplicando el concepto integrador de la Historia Natural de la Enfermedad. (Kroeger y Luna, 1992)

Las estadísticas de mortalidad y morbilidad relacionadas directa o indirectamente con los problemas de salud mental, incluidas las adicciones y la violencia, así como los costos económicos atribuidos a dichos problemas están aumentando (Gispert y cols, 1998). Aunque la inversión debe orientarse en primera instancia al incremento de la capacidad de respuesta y de atención por parte de los servicios especializados, el adecuado desarrollo de programas preventivos debe constituir una meta indispensable que permita revertir, a mediano plazo, tales tendencias. Por lo tanto la prevención designa aquellas estrategias dirigidas a reducir los factores de riesgo o a fortalecer las condiciones personales que disminuyan la probabilidad de enfermar; lo cual implica el proceso de



capacitar a la gente para que aumente el control sobre su propia salud y las posibilidades de mejorarla (En García y cols, 2000).

La prevención en el ámbito de las adicciones consiste en la realización de diversas acciones, que tienen como objetivo minimizar la posibilidad de que un individuo se inicie en el consumo y/o abuso de las drogas a través de:

- a) La reducción de los factores que incrementan el riesgo de abuso y
- b) El aumento o promoción de los factores que protegen al individuo del uso.

El Comité de Expertos de la OMS en aspectos de farmacodependencia considera, que el principal objetivo de la prevención es evitar o reducir la incidencia o gravedad de los problemas relacionados con la utilización de drogas causantes de dependencia.

Todo proceso preventivo requiere, por lo tanto, basarse en el análisis de las condiciones individuales y colectivas de salud a través del estudio de los elementos que influyen y se interrelacionan con ella, por ejemplo: la educación, la alimentación, las condiciones de vivienda y el ambiente de trabajo.

Por lo que una base para activar la prevención primaria es la difusión, por diversos medios, de conocimientos básicos que capaciten a las personas para identificar los trastornos en sus fases iniciales y para que utilicen oportunamente los recursos disponibles para combatirlos (De la Fuente, 1981 en García y cols, 2000).

La tarea preventiva es un proceso integral. Es necesaria y sumamente importante la intervención de todos los sectores sociales en labores preventivas como: el adiestramiento del personal técnico del equipo de salud; la sensibilización y orientación a padres de familia, educadores, población de consumo y poblaciones de alto riesgo; y la realización de campañas de comunicación para concienciar al público sobre el problema y los riesgos de las adicciones.

En materia de prevención de abuso de alcohol y alcoholismo, existen diferentes modelos de abordaje, estos son: a) modelo de salud pública, b) modelo de control de consumo, c) modelo psicosocial, y d) el modelo sociocultural.

La aproximación de salud pública a la prevención primaria, tradicionalmente se ha orientado a disminuir las cifras de ocurrencia de una enfermedad o desorden en una población definida. Las intervenciones de prevención generalmente se ven como intentos de alterar un agente, un huésped (individuo) o un factor ambiental que contribuye a problemas de alcohol o, por el contrario, a explotar un factor que reduce el riesgo.

La prevención es un proceso vivencial y humano. Tiene como objetivo que la comunidad se sienta no únicamente como “parte del problema” sino también como “parte esencial de la solución”. La acción preventiva pretende además “transferir” a la comunidad la tecnología que ha sido desarrollada por los “expertos” para: 1) Detectar factores de riesgo y factores de protección en la comunidad; 2) Aplicar distintas técnicas de movilización social para integrar a la comunidad en el proceso; 3) Aplicar distintas técnicas para evaluar el impacto de las acciones preventivas; y 4) Aplicar procedimientos sistemáticos para diseñar un plan de acción (Castro-Sariñana en: Berruecos y Díaz-Leal, 1994).

Un marco estructural del sistema comunitario para la prevención implica que los esfuerzos del sistema preventivo deben dirigirse no sólo a los individuos afectados, sino a los individuos potenciales y usuarios experimentales. Estos sistemas deben intentar llegar a todos los miembros de la población, es decir, deben ser incluyentes no excluyentes (Castro-Sariñana en: Berruecos y Díaz-Leal, 1994).

El sistema de prevención de Gordon propone tres estrategias: indicada, selectiva y universal. Las tres están diseñadas para personas sanas que no presentan el padecimiento. Existe una tendencia a mezclar arbitrariamente los sistemas de prevención; se confunden los niveles primario, secundario y terciario con las estrategias indicadas, selectivas y universales, lo cual genera definiciones y acciones difusas (Díaz Leal; en: FISAC, 1998).

Cualquiera que sea la herramienta que se quiera utilizar para lograr cambios en el consumo de alcohol, es importante que se tenga en cuenta la efectividad y fuerza que tiene el apoyo de la comunidad para lograr cambios en el consumo. Es importante tomar en cuenta que para que un programa preventivo funcione con mayor éxito, es

recomendable que se lleve a cabo conjuntamente con otro, y si la comunidad juega un papel activo en la difusión de estos programas el éxito de los mismos será más afortunado.

Es necesario remarcar que el comportamiento cotidiano ha pasado a ser el principal factor que, directa o indirectamente, hace que disminuya o aumente la probabilidad de que se contraiga una enfermedad. Por lo que es necesario buscar las maneras efectivas de aumentar las conductas individuales de protección y disminuir las de riesgo.

Para Mills, Pfaffenberger y Mc Carty (1981) la prevención puede ser posible si existen los siguientes prerequisites: 1) Definición del problema, 2) Negociación de un contrato de prevención y 3) Autoadministración. Una vez que el abuso de alcohol ha sido definido como un problema y documentado por una institución, la evidencia se le debe presentar al estudiante de manera que la comunicación se lleve a cabo de manera adecuada. El hecho de que el programa se enfoque en los problemas derivados del abuso del alcohol ayudara a los estudiantes a que no lo sientan como amenazante a su libertad individual, y que por el contrario se solidaricen con la causa.

Para Bukoski (1991) citado por Medina Mora; Díaz-Leal y Berruecos; en: Berruecos y Díaz-Leal (1994), los programas de prevención del abuso de sustancias pueden dividirse en cuatro grandes grupos:

- I. Programas de información: describen las consecuencias físicas y psicológicas del consumo de sustancias, incluyen programas de comunicación masiva, de educación para la salud, panfletos y otros materiales de difusión, etcétera.
- II. Programas de educación: diseñados para remediar deficiencias en las habilidades sociales y psicológicas, mejorar la comunicación interpersonal, promover la autocomprensión y aceptación y dominar diferentes estrategias para contrarrestar la influencia del medio ambiente hacia la experimentación y el uso continuado de sustancias. Otro tipo de medidas en este campo son los programas de entrenamiento de habilidades escolares.

- III. Programas alternativos: proporcionan a los individuos en riesgo, oportunidades para desarrollarse en acciones que son opuestas al consumo de sustancias; estos programas incluyen actividades deportivas, al aire libre, culturales y de apoyo comunitario, entre otras.
- IV. Programas de intervención: se dirigen especialmente a población de riesgo, con el objeto de lograr evitar el avance de la enfermedad, buscan el diagnóstico temprano y brindan atención a los adictos. Pueden oscilar desde planes para intervención en crisis, consejería por parte de los pares, hasta terapia individual o familiar. Las intervenciones pueden ser también comunitarias como son los proyectos de mantener lugares de trabajo libres de tabaco.

Para Elmquist (1995) los programas de prevención, normalmente basados en las escuelas y sus necesidades, se basan en cuatro aproximaciones primarias: 1) información, 2) diseminación, 3) educación afectiva, 4) educación alternativa y 5) entrenamiento de habilidades sociales.

Es importante señalar que los programas pueden ser diferentes, pero todos deberán tener en cuenta lo siguiente: 1) Asegurarse de que el programa representa los valores de la comunidad a la que se desea ayudar, 2) ofrecer entrenamiento a cada empleado que pueda ayudar a los estudiantes, 3) ofrecer tanto servicios de prevención como de intervención, así como ofrecer evaluaciones privadas para los estudiantes y 4) la diversidad es lo más importante para que todos los jóvenes se sientan bienvenidos (Mc Daniel y Shreeve, 1998).

Actualmente se concibe a la prevención como un proceso de desarrollo humano que es autosugestivo y participativo, en el que los expertos son un eslabón más de la cadena y en el que la comunidad beneficiada tiene un papel preponderante que se dirige a grupos humanos y a comunidades, no a individuos, y que requiere de complejos y profundos procesos de movilización comunitaria y no tanto planes, programas y coordinaciones de tipo administrativo (Castro-Sariñana en: Berruecos y Díaz-Leal, 1994).

#### **4.1 Factores de Riesgo**

Se denomina “factor de riesgo” a ciertas características que existen en la comunidad, familia, escuela e individuo, previos al consumo de alcohol, y que aumentan la probabilidad de que este fenómeno ocurra durante el desarrollo de la persona.

Entre los factores de riesgo que se han identificado constantemente para el uso problemático del alcohol en adolescentes son: cantidad y frecuencia del beber, desventajas sociales, disfunción familiar, apego a pares y tendencia hacia una conducta antisocial, así como morbilidad psiquiátrica (Bonomo y cols, 2001).

Algunos de estos riesgos son:

- a) La existencia de leyes y normas que permiten el uso de ciertas sustancias como el alcohol y el tabaco, y el incumplimiento de las que prohíben el consumo de otras como la marihuana, la cocaína, la heroína, los alucinógenos y las drogas médicas sin prescripción.
- b) La disponibilidad, que consiste en las facilidades que existen en el medio para adquirir bebidas alcohólicas y otras drogas. Por ejemplo, un régimen permisivo de precios e impuestos combinado con ciertas restricciones; la producción local de algunas drogas; la condición de constituir una vía de paso en la comercialización de algunas drogas ilegales; la disponibilidad de dinero por parte de niños y adolescentes, etc.
- c) Ciertas desventajas económicas, tales como la pobreza, el hacinamiento, o la escasez de vivienda, incrementan la posibilidad de riesgo para un futuro problema de alcoholismo y/o farmacodependencia, cuando paralelamente existe comportamiento antisocial desde la niñez.
- d) Las condiciones marginales de la comunidad como la falta de servicios públicos y de vigilancia en lugares públicos, la pobreza de las viviendas, la población flotante, la criminalidad elevada y el tráfico ilegal de drogas, pueden asociarse con un incremento en la probabilidad de consumo de alcohol y de otras drogas entre los adolescentes.

Para Castro- Sariñana (1990) la magnitud del riesgo de que un estudiante se involucre en un consumo problemático de drogas está en función de factores que provienen de tres fuentes: un medio ambiente facilitador (MA), las características del consumo de acuerdo con el patrón de consumo (agente), las características demográficas y psicosociales del estudiante (huésped), así como el peso de la interacción entre los factores de las tres fuentes (enfoque sistémico).

Por su parte, Hawkins, Catalano & Miller (1992) (En: Kuperman y cols, 2001) al hacer una revisión de la literatura, clasificaron los factores de riesgo en tres dominios:

- (1) *Factores de hogar y de ambiente* : la actitud de los padres hacia el alcohol, facilidad para obtener el alcohol, el uso de alcohol por sus padres, etc.
- (2) *Factores del comportamiento durante la niñez* : la rebelión contra los padres, reducción del estrés, establecer relaciones con amigos, aceptación social, salud mental y desarrollo escolar, etc.
- (3) *Formas sociales* : las leyes que tratan sobre el consumo de alcohol, condiciones económicas y sociales del vecindario, desorganización del vecindario y prominencia del alcohol en la comunidad, etc.

#### **4.1.1. Factores en la familia:**

La Secretaría de Salud y EL CONADIC mencionan en la Guía para el Diseño y Desarrollo de Programas Preventivos (1994), que un factor de riesgo es el consumo por parte de los padres o hermanos, que entre otros, incrementa el riesgo del empleo de estas sustancias en los niños.

Hallazgos afirman que existe mayor transmisión de patrones de abuso de alcohol según el género en familias compuestas por ambos progenitores, es decir, un joven seguirá el ejemplo de su padre, mientras que una joven seguirá a su madre (Yu & Perrine, 1997). Para Villatoro y cols, (1996) si alguno de los familiares del adolescente (papá, mamá o hermanos) consumen drogas el riesgo es 1.10 veces mayor de que el joven presente ese tipo de conductas.

Una estructura familiar disfuncional, en donde la comunicación entre los padres e hijos es poco clara, aunada a la inconsistencia en la aplicación de premios y castigos ante el comportamiento de los hijos, entre otras circunstancias. Robins y cols. (1987) demostraron que la disciplina inconsistente, dura o ausente de los padres para con sus hijos predecía una conducta alcohólica en el futuro, así como también podía traer otros desordenes de la conducta como depresión (En: Kuperman y cols, 2001).

La desunión familiar y la falta de relaciones positivas dentro de la familia, como la participación, la confianza, la manifestaciones de afecto y el acercamiento de sus miembros, así como la ausencia de ciertos valores tradicionales, incrementan el riesgo del consumo de drogas. Las investigaciones actuales demuestran que la baja satisfacción con la familia, las presiones familiares para que el adolescente estudie, familias altamente punitivas, la percepción negativa de los padres y la baja comunicación, entre otras muchas variables, se relacionan con consumo de sustancias (Denton et al, 1994; Medina-Mora y cols, 1993 en: Rivera y cols, 1995).

McCord (1988) describió dos tipos de familia asociada con un riesgo creciente para desarrollar alcoholismo en la edad adulta. En el primer tipo, los jóvenes tendían a emular la conducta de sus padres alcohólicos y en la segunda los jóvenes a cuyas madres les costaba trabajo mantenerlos bajo control desarrollaban conductas alcohólicas posteriormente así como conductas antisociales (En: Kuperman y cols, 2001).

#### **4.1.2. Factores en la escuela:**

El fracaso escolar puede pronosticar la frecuencia y el nivel de uso de drogas, sobre todo si éste ocurre en los últimos años de la educación elemental, lo cual agudiza la probabilidad de un comportamiento antisocial temprano.

Desinterés en el desarrollo escolar, a través de inasistencias prolongadas a clases, repudio a la permanencia en la escuela y la disminución de tiempo que dedica el alumno a sus tareas: McCord y sus colegas (McCord, 1988; Crum, Ensminger y McCord, 1988) en una serie de estudios usando evaluaciones de los maestros encontraron que el desarrollo de una conducta alcohólica se asociaba con la timidez, la agresión, el bajo desempeño

escolar, poco involucramiento de los padres con las tareas de los niños y el abandonar la escuela. Similarmente, Caspi y cols (1996) reportaron que el alcoholismo a la edad de 21 años en hombres estaba asociado con ser impulsivos, hiperactivos y distraibles a los 3 años (En: Kuperman y cols, 2001).

Los estudiantes que refieren consumo de drogas y una gran disponibilidad de las mismas, no encuentran serias dificultades al asistir intoxicados a sus clases o incluso para intoxicarse dentro del plantel. Y frecuentemente, reportan una falta de interés de la mayoría de los maestros y directivos de la escuela frente al problema (Castro-Sariñana, 1990).

#### **4.1.3. Factores sociales:**

Existe gran cantidad de evidencia que afirma que las actividades sociales orientadas a los pares se asocian con una conducta pro-salud pobre, con el tiempo. De hecho, las relaciones con los pares y las actividades sociales proporcionan mucho placer y ofrecen experiencias de aprendizaje importantes, sin embargo, el adolescente está más expuesto a engancharse con conductas dañinas (Seiffge-Krenke, 1998).

Es importante destacar que ciertas conductas parentales interactúan o amortiguan los valores de los adolescentes. Kandel (1986) mostró que la influencia de los pares tiende a aumentar el uso de marihuana y alcohol, mientras que la influencia de los padres tiende a inhibir dicho abuso. Mechanic (1990) encontró lo mismo en sus estudios. La tasa más alta de adolescentes que usan drogas (70%) en la muestra estudiada por Kandel (1986) se encontró cuando ambos, padres y pares refuerzan la influencia del otro en el adolescente, la tasa más baja se encontró cuando ninguno usó drogas (12%). Aunque los padres y los pares tienen efectos independientes sobre la conducta de la salud del adolescente, la influencia de los padres es mucho mayor en todas sus actividades, incluyendo aquellas asociadas a los riesgos de salud (En Seiffge-Krenke, 1998).



#### 4.1.4. Factores individuales:

Algunos trastornos de la personalidad, la búsqueda de sensaciones nuevas, la creencia de que el alcohol sólo ocasiona daños leves, control limitado de los impulsos desde la infancia, timidez, inseguridad, etc., pronostican el inicio temprano en el consumo de alcohol y otras drogas. Entre los adolescentes existe relación entre el número de factores del temperamento difícil (inconsistencia, poca flexibilidad, alta distractibilidad) y altos niveles de uso de sustancias (cigarros, alcohol, marihuana y drogas duras); así como actividades delictivas, síntomas depresivos y baja percepción de apoyo familiar (Windle, 1991 en: Tumban y Windle, 1995).

En el plano biológico, se sabe de cierta predisposición que, aunada a otros factores psicológicos y sociales, propicia el desarrollo de la adicción. Según Drill, McDonald y Odes (2000) los hijos de adictos tienen un 50% más de probabilidades de desarrollar farmacodependencia y otro 70% tienden a desarrollar comportamientos compulsivos como fumar, comer en exceso entre otras.

La presencia de problemas tempranos de conducta. Entre más variadas, frecuentes y serias son las conductas antisociales en la niñez, las probabilidades de que estas conductas continúen hasta la vida adulta son mayores. Según Kuperman y cols, (2001) existe una relación entre una conducta impulsiva, relaciones conflictivas con los padres, pobre desempeño escolar con el abuso del alcohol. Por lo tanto, la conducta impulsiva puede ser un indicador de abuso de alcohol. La etiología de la conducta impulsiva puede reflejar transmisión genética, influencia de los padres, o la combinación de ambas.

La personalidad antisocial ha sido un factor de riesgo ampliamente estudiado, y según Bonomo y cols (2001) al tener bajo control la conducta antisocial previa (definida explícitamente como una conducta independiente del uso de alcohol) se demostró que los individuos que presentaron accidentes y daños mientras bebían, también fueron propensos a peleas y/o daños mientras no estaban bajo la influencia del alcohol. La comorbilidad del comportamiento antisocial y las consecuencias negativas del beber pueden ser un reflejo del concepto de Becker sobre el desarrollo de una subcultura de los "outsiders" o jóvenes con conductas desviadas. Becker establece que una vez que a un

sujeto se le considere como “desviado”, tendrá la tendencia a ser tratado como tal por la comunidad, lo que producirá un incremento de su conducta desviada. Por lo que es posible que estos individuos una vez involucrados en actos antisociales se comporten de la misma manera en otros ámbitos de su vida, incluyendo la forma en que usan el alcohol (Bonomo y cols, 2001).

La asociación con amigos o compañeros que consumen drogas constituye una razón de peso para pronosticar el uso de sustancias adictivas por los jóvenes. Para Villatoro y cols, (1996) el tener amigos que consumen drogas es una de las variables que mejor predicen el consumo de sustancias, ya que se eleva el riesgo 1.22 veces más, en comparación con aquellos que no tienen amigos que consumen drogas.

Evidencia anecdótica sugiere que algunos de los hábitos del beber se aprenden por imitación. Collins y Marlatt (1981) concluyen que el modelaje tiene un poderoso efecto en el consumo individual de alcohol y que intentará adecuarse a ese patrón de consumo. El efecto del modelaje se modifica según el sujeto (modelo) incluido el sexo o la historia de beber personal. Bebedores fuertes tienen una respuesta más fuerte que el modelo del mismo sexo. Por lo tanto, el consumo de un compañero hombre es más probable que modele la conducta del beber de otro hombre, que de una mujer (Terrence en: Chaudron y Wilkinson, 1988).

La rebeldía y el rechazo a los valores dominantes del grupo social, también predisponen al consumo de drogas y a la participación en actividades delictivas: Bonomo y cols (2001) en su estudio con adolescentes australianos entre 16 y 17 años, encontró que los accidentes y los daños posteriores observados en este grupo como consecuencia de la experimentación con el alcohol pueden indicar el característico reto adolescente al control social sobre la conducta del beber. La frecuencia cada vez mayor de los accidentes entre los jóvenes, comparado con las mujeres, no es de sorprender y es el reflejo de las normas sociales y de género en un tiempo que la identidad del adolescente es vulnerable.

Una de las actitudes que favorecen principalmente el uso de drogas, es la relación que existe entre el inicio del consumo y las creencias sobre sus atributos positivos. Esta

situación está íntimamente relacionada con la baja percepción de riesgo por parte de los estudiantes sobre el consumo, sobre todo en varones (Rojas y cols, 1995).

Otro factor de riesgo no tan difundido que influye para que los jóvenes beban con más frecuencia, es el hecho de que trabajen y reciban sueldo, lo cual también se relaciona con que tengan amigos bebedores (Rojas et al, 1995).

El inicio temprano en el uso de alcohol predice el consecuente consumo a mayor edad, así como la cantidad de drogas consumidas. El desarrollo del alcoholismo en la adultez se relaciona con el consumo de sustancias como el tabaco y el alcohol a temprana edad. Grant y Dawson (1977) reportaron que la edad en la que se consume alcohol por primera vez es un predictor muy fuerte para saber si se va a presentar el alcoholismo durante toda la vida. Así mismo el hecho de consumir más de una droga y la frecuencia de uso, son variables que incrementan el riesgo de que el sujeto presente problemas en diferentes áreas (Reynaga y cols, 1996).

Otro factor de riesgo en el consumo de sustancias, se relaciona con la forma en que los adolescentes enfrentan sus problemas o estresores, específicamente la retirada o el enfrentamiento por evitación fue un modo de enfrentamiento predominante en adolescentes con una adaptación pobre. Entre los grupos que se caracterizan por este estilo de afrontamiento en particular se tienen: los adolescentes con estrés alto que no fueron referidos a consejería (n=43), los adolescentes en psicoterapia – diagnosticados de sufrir de depresión o problemas en las relaciones interpersonales- (n=37) y adolescentes abusadores de drogas (n=28) (Seiffge-Krenke, 1998).

Clark et al. (1997) reportaron altas tasas de desorden de conducta, desorden oposicionista, trastorno con déficit de atención con hiperactividad, depresión mayor y trastorno de estrés post-traumático en un grupo de adolescentes con dependencia al alcohol, en comparación con un grupo control. Además, entre más temprano sea el abuso del alcohol, es más probable que existan problemas psiquiátricos. Buydens-Branchey y Noumair (1989) reportaron que los pacientes que empezaron a abusar del alcohol en sus años adolescentes tuvieron tres veces más probabilidades de estar deprimidos y cuatro veces de probabilidad de intento suicida en comparación con los pacientes que iniciaron el abuso de alcohol más tarde. Clark et al. (1997) subrayaron que es raro para un

adolescente que abusa del alcohol, o que depende de él, no tener otro trastorno mental. Kessler et al. (1996) también reportaron que en individuos con una historia de trastorno mental y adictivo, el trastorno mental generalmente pasa antes. Resultados mostraron que los niños que son consumidores fuertes de alcohol ya habían presentado problemas psiquiátricos 3 años antes. Lo cual refuerza la necesidad de investigar sobre el tema. Los estudios futuros, incluyen los estudios de intervención, y deberán determinar si el tratamiento temprano de los síntomas psiquiátricos puede reducir el uso excesivo de alcohol años después (En Kumpulainen, 2000).

El uso de alcohol por jóvenes necesita ser contextualizado en el amplio ámbito adolescente. El mal uso del alcohol puede resultar en conductas riesgosas para la salud, tales como enfermedades de transmisión sexual, discapacidad o la muerte como consecuencia de un daño relacionado con el consumo de alcohol. Estas consecuencias en la salud son reconocidas como áreas de alta morbilidad y mortandad en los años adolescentes. Es muy evidente que las conductas de riesgo relacionadas con la salud ocurren en una red de interrelaciones. El mal uso del alcohol es asociado con problemas de salud mental y con una conducta antisocial, tal como una conducta autodestructiva, abuso de sustancias y riesgos sexuales, mientras que la conducta antisocial se ha asociado con daños en accidentes, abuso de sustancias y autodestrucción. Entendiendo el proceso de riesgo que subyace a los problemas de salud, ayudará al desarrollo de estrategias que intenten mejorar la salud de los adolescentes (Bonomo y cols, 2001).

## **4.2 Factores de Protección**

Los factores de protección median o moderan los efectos de la exposición al riesgo y por lo tanto aumentan la resistencia de las personas, y se refieren al cambio de normas sociales, estrategias de resistencia e influencia social, entre otras (Medina Mora; Díaz-Leal.; Berruecos; en: Berruecos y Díaz-Leal, 1994).

### **4.2.1. En el ambiente social:**

Es en la adolescencia, cuando los grupos de pares cumplen un papel afectivo y socializador fundamental. Las redes sociales brindan por un lado, consejos para la

solución de problemas, y por otro, ayudan a reafirmar la autoestima. Los amigos resultan indispensables para la elaboración de dimensiones de identidad tales como el enriquecimiento interpersonal, los valores, los roles sexuales, el reconocimiento de destrezas, la ampliación de las opciones y de la participación social. Frente a sus pares, los jóvenes pueden probar sus nuevas capacidades y alcanzar posiciones que satisfagan su creciente búsqueda de autonomía y también, pueden exacerbar los sentimientos de tensión e inseguridad de algún integrante cuando se da la desaprobación, la traición a la confianza, cuando se efectúan demandas excesivas o cuando se actúa sin respeto.

En un estudio con adolescentes cuyos padres tuvieron trastornos mayores afectivos, Beardslee y Podorefsky (1988) encontraron que la mitad de los adolescentes que mostraron un funcionamiento saludable reportaron pedir ayuda a alguien externo de la familia durante los periodos agudos de enfermedad paterna, alguno de ellos llamados adultos. Farber et al (1985) encontraron que el desvincularse de la familia contribuyó a la resiliencia del adolescente en el inicio del divorcio parental. Así, los adolescentes angustiados se beneficiarían al incrementar y profundizar sus vínculos con figuras adultas de apoyo. Sin embargo, existen muchos obstáculos que impiden que los adolescentes creen relaciones personales con los adultos que interactúan fuera de casa (En Seiffge-Krenke, 1998).

Los factores de protección tales como la invulnerabilidad o la resiliencia fueron encontrados en estudios sobre niños y adolescentes expuestos a varios factores de riesgo y a estresores acumulados. El entendimiento de las razones por las cuales algunos niños no se ven dañados por la privación y por una vida estresante, ha aumentado en las últimas décadas. Se ha demostrado que los adolescentes resilientes son capaces de continuar con un desarrollo emocional relativamente saludable a pesar de varios estresores y de situaciones de vida desfavorables (Garmezy et al, 1984; Rutter, 1987; Werner y Smith, 1982) (En Seiffge-Krenke, 1998).

La investigación sobre resiliencia demostró que la habilidad de pedir apoyo de otros es crucial. Garmezy (1983) identificó tres factores de protección encontrados en jóvenes resilientes al estrés: disposiciones de personalidad ventajosa (respuesta social), ambientes familiares cohesivos y apoyadores y la presencia de fuentes externas de

apoyo, estas últimas parecen ser al menos las más documentadas y mejor entendidas (En Seiffge-Krenke, 1998).

#### **4.2.2. En el Medio Familiar:**

Ackerman (1988) considera que la familia debe cumplir diversas tareas y fines psicológicos, por ejemplo:

- Provisión de alimentos, abrigo y otras necesidades materiales que mantienen la vida y brindan protección ante los peligros externos, función que realiza mejor bajo condiciones de unidad y cooperación social.
- Provisión de unión social, que es la matriz de los lazos afectivos en las relaciones familiares.
- Oportunidad para desplegar la identidad personal, ligada a la identidad familiar; este vínculo proporciona la integridad y fuerza psíquica para enfrentar experiencias nuevas.
- Ejercitación para integrarse en roles sociales y captar la responsabilidad social.
- Fomento del aprendizaje y el apoyo de la creatividad e iniciativa individual.
- Moldeamiento de los roles sexuales, lo que preparará el camino para la maduración y realización sexual.

La calidad en las relaciones parentales, las actitudes coherentes de los padres respecto al consumo de drogas, así como la flexibilidad y la claridad de las normas (Villa y Fernández, 1999), constituyen algunos de los factores de protección que se pueden desarrollar dentro del seno familiar.

La actitud con que se enfrentan los adolescentes a la vida estará influenciada enormemente por sus relaciones familiares y, de ésta dependerá la forma en que resolverán sus problemas y si deciden o no consumir sustancias. Aquellos que se sienten felices, que son simpáticos y que se sienten seguros de sí mismos, son los que perciben mayor apoyo, comunicación y aceptación tanto de su padre como de su madre y, además perciben a sus padres como comprensivos, amigables, amorosos, buenos y cariñosos. Así mismo son los que perciben una relación positiva con sus hermanos y una relación comprensiva entre sus padres (Andrade Palos y Díaz- Loving, 1997).

Se ha encontrado que los adolescentes resilientes vienen de familias con relaciones padre/hijo relativamente intactas. Además, las relaciones interpersonales en esas familias eran cercanas y cohesivas, los intentos adolescentes por alcanzar su autonomía no fueron frustrados, y los límites y las reglas estaban claramente definidos. Los adolescentes problemáticos y vulnerables mostraron signos de estrés acumulado y una falta de sistemas de apoyo social. Además, los adolescentes resilientes fueron competentes en sus elecciones para identificarse con modelos resilientes de apoyo social. Estos adolescentes muestran dos cualidades particulares: se enfrentan a los estresores de la vida de manera activa, es decir, actúan no solo reaccionan, y en caso de conflictos mayores en la relación padre/hijo, pudieron acudir a otros adultos protectores (abuelos), siendo capaces de buscar otras fuentes de apoyo y seguridad (Rutter, 1987 en Seiffge-Krenke, 1998).

El valor de las experiencias familiares es muy importante debido a que en ella se tiene la oportunidad de vivir toda clase de relaciones tanto con los padres como con los hermanos: dominio-sumisión; rivalidad-amor; protección-abandono; el proceso de individuación y socialización.

#### **4.2.3. En el ambiente escolar:**

Además del medio familiar, también deben implementarse programas preventivos en los escenarios en que se desenvuelven comúnmente los jóvenes y adolescentes, como lo es, el ambiente escolar.

La educación es una herramienta muy útil, que capacita a la persona para enfrentar y resolver los problemas que se presentan. El hábito de estudiar posibilita el desarrollo de las aptitudes intelectuales, permitiendo desarrollar intereses y desarrollando motivaciones y aspiraciones vocacionales (Moreno y Cuevas, 2000).

Si bien es cierto que es la familia la que se encarga de proporcionar información veraz y oportuna respecto a los efectos del alcohol (Berruecos, 1997) también es cierto que la escuela debe reforzar dicha transmisión de información introduciendo al currículum del estudiante un programa preventivo en congruencia con el tipo de riesgo detectado, así como considerar acciones de tipo disciplinario (no represivas) que especifiquen un código

de infracciones y sanciones tanto para los alumnos que infrinjan las medidas como para los maestros que toleren tal infracción (Castro-Sariñana, 1990).

El sistema educativo deberá contar con programas que resalten el consumo responsable de alcohol. Entendiendo por educación, un proceso continuo, por medio del cual se estimule e incremente el conocimiento sobre los daños que causa el abuso de bebidas alcohólicas, al mismo tiempo que los valores sean definidos y clarificados ayuden a tener una actitud responsable.

El espíritu de estas medidas deberá ser el de funcionar como infraestructura continente que limite la compulsión y la acción impulsiva de los estudiantes, evitando las suspensiones definitivas que perjudican al joven, y las acciones legales y punitivas que corresponden a la policía y no al educador (Castro-Sariñana, 1990).

### **4.3. EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

La educación para la salud se define como un proceso mediante el cual se proporcionen conocimientos prácticos que influyan favorablemente en la comprensión, actitud y comportamiento respecto a la salud del individuo y comportamiento respecto a la salud del individuo y de la comunidad, y también como una manera de ayudar, en particular, a quienes carecen de recursos, a que tengan un mayor control sobre sus vidas (Lara y Acevedo, 1995 en García y cols, 2000).

La Educación para la Salud se interesa por la elaboración de programas que modifiquen las prácticas y hábitos que afectan la salud, creando actitudes positivas en los individuos, las familias y las comunidades así como en la sociedad en general, con el objeto de elevar el nivel de vida. El propósito de los educadores para la salud es el de diseñar, aplicar y evaluar programas que modifiquen las conductas y los comportamientos que influyen en la salud de los individuos. El enfoque básico de educación para la salud consiste en explicitarle a la población de manera clara y precisa los principios elementales que se generan en la aparición de enfermedades, para que ellos puedan dirigir sus actitudes y conductas de tal forma que eviten que el problema se presente (Medina Mora; Díaz-Leal y Berruecos en: Berruecos y Díaz-Leal, 1994).



La línea de investigación sobre el uso y abuso de drogas entre la población escolar mexicana se inicia en 1975 en el Centro Mexicano de Estudios de Farmacodependencia y es continuada posteriormente por el Instituto Mexicano de Psiquiatría. De esta manera, los estudios que se han realizado a lo largo de los últimos 14 años han permitido contar con una base de datos de gran utilidad en la vigilancia epidemiológica, para conocer tendencias y factores de riesgo. Dicha base de datos ha sido consultada para delinear algunas estrategias dirigidas a la población escolar contempladas en el Plan Nacional Contra las Adicciones elaborado en 1984 por la Secretaría de Salud. Sin embargo el esfuerzo preventivo que se ha realizado en México con dicha población, se ha centrado hasta ahora en la droga y en aspectos formales de tipo informativo, que no alcanzan a impactar a la población en riesgo porque descuida aspectos relativos al estudiante y al medio ambiente (Castro- Sariñana, 1990).

Dicha autora afirma que los indicadores de riesgo que se localizan en un medio ambiente facilitador pueden ser abatidos directa o indirectamente por medio de programas preventivos dentro de los planteles escolares. Las medidas indirectas incluyen toda clase de actividades de servicio social (integradas o no al currículo del estudiante) que despierte en ellos el interés y deseo de servicio a la comunidad. De las medidas indirectas, el reducir la tolerancia escolar hacia el consumo de drogas por parte de los estudiantes y maestros, parece uno de los aspectos de mayor prioridad en materia de acciones preventivas.

Sánchez (1990) y Gamella (1992 )en *Los Profesores ante las drogas* señalan, que en todas las definiciones de Educación para la Salud se establece un objetivo común, como es la búsqueda de la “modificación de los conocimientos, actitudes y comportamientos de los individuos así como de los componentes de la comunidad, en sentido de una salud positiva”. El objetivo final podría ser el mismo en las diferentes definiciones, diferenciándose en la forma de conseguirlo y en qué conductas hay que modificar. Además, sostienen que durante el período “clásico”, el objetivo fundamental de la Educación para la Salud se encaminaba a la adquisición de conocimientos y actitudes, que modificaran la conducta individual y colectiva, sin embargo, “ si sólo se incide sobre el individuo, aunque se modifiquen favorablemente las actitudes e incluso su conducta, ésta

no podrá ser mantenida si los factores externos al mismo, es decir el ambiente social, no le es favorable para ello (En: Sánchez y Mateo)

Para Medina Mora; Díaz-Leal y Berruecos; en: Berruecos y Díaz-Leal (1994) la educación para la salud se apoya en cuatro supuestos:

- 1) Las teorías y los principios de la aparición de las enfermedades pueden ser entendidas y analizadas.
- 2) Las estrategias apropiadas para cada caso son factibles en su aplicación y evaluación.
- 3) El cambio en las actitudes y conductas así como en los estilos de vida de los individuos pueden mejorar el nivel de salud.
- 4) Los individuos, las familias y los grupos, así como la sociedad en general, pueden ser educados para asumir una conducta responsable ante el problema.

Richards (1975, 1987) propone que la Educación para la Salud debe incluir “la aplicación de técnicas educativas destinadas a la promoción y mantenimiento de la salud, dentro de un medio social y cultural, cuyas principales estructuras sean comprendidas y reconocidas haciendo un especial hincapié en los factores del medio externo social, incluso el estrés al que el individuo dentro de la Comunidad se ve abocado, debido a su continua y obligada adaptación al medio (Richards 1975, Richards 1987)

Así, las tendencias en Educación para la Salud han sido; al principio, enseñar al individuo sano (o presumiblemente sano) una serie de contenidos que él debía asumir para mejorar su salud; luego, se asume la necesidad de inculcar en el individuo la necesidad de cambios de comportamiento encaminados hacia hábitos y estilos de vida saludables; y posteriormente, se introduce la participación directa del individuo y su responsabilidad para poder decidir sobre su propio cambio de conducta (Richards, 1975; 1987).

Velasco (2000) señala que:

1. La educación como medida preventiva del consumo de drogas por sí sola da resultados positivos y comprobables, pero de trascendencia relativa en los términos más

generales. Pese a ello, se justifica el esfuerzo sobre todo si, de acuerdo con lo que ya sabemos, se realiza adecuadamente.

2. La educación con toda seguridad logra que los jóvenes, maestros padres de familia y la población en general, sepan cómo es que las drogas pueden dañar y cuál es su efecto en el individuo y en la sociedad. También favorece un cambio de actitud que propicia que los diferentes sectores de la comunidad participen en los programas activamente. Sin embargo no es significativo el cambio que se logra en la conducta de los jóvenes y los adultos que ya consumen drogas. En otras palabras, quienes reciben una buena información aprenden sobre el asunto de las drogas, mejoran su actitud frente al problema y modifican, en forma moderada, su propia conducta como consumidores de sustancias psicoactivas legales o ilegales.

3. De acuerdo con lo anterior, la conclusión general es que se debe seguir educando; evaluando siempre las estrategias y líneas de acción. Y reconocer que no basta educar y que la información, ya sea escolarizada o proporcionada fuera del aula por los diferentes medios educativos, ha de formar parte de un programa integral que considere también la lucha contra la oferta de drogas, el tratamiento oportuno de los adictos y su reinserción en la sociedad.

4. No se puede evitar hablar a los jóvenes sobre los efectos de las drogas. Hay que volver a la posición original, pero en forma inteligente, con base en los nuevos conocimientos. Ahora sabemos *cuánto* y *cómo* debemos informarles, así como los temas que *no* debemos tratar. Por ejemplo una regla completamente aceptada es que no se le informe a los jóvenes sobre drogas que no se conozcan en su medio.

5. La educación debe extenderse a la población entera por todos los caminos conocidos: medios de comunicación masiva, programas escolares, cursos dirigidos a profesionales de la salud, entre otros.

“La educación como acción preventiva de las adicciones comprende cualquier medida que tienda a desarrollar en los individuos, particularmente en los adolescentes, la capacidad, actitud y voluntad de evitar el consumo de cualesquiera drogas que causan dependencia.” (Velasco, 2000).

Sin embargo, la literatura de la efectividad de la educación sobre alcohol y drogas presenta un panorama poco prometedor, sugiriendo que la mayoría de los programas no son efectivos pero tampoco contraproducentes (Kinder, Pape y Walfish, 1980; Schaps et al., 1981; Bagnall y Plant, 1987; De Haes, 1987). Este pesimismo debe ser tomado con reservas en el sentido de que muchos estudios de "evaluación" han tenido una falta de rigor científico, lo cual hace difícil el evaluar la efectividad del programa. Y aún dentro de los estudios con evaluaciones sistemáticas, la evidencia sigue siendo que la educación tiene generalmente poco efecto, especialmente en cuanto al uso posterior de drogas (Goodstadt, 1974; Berberian et al., 1976; Hanson, 1982) (En Bagnall, 1990). Elmquist (1995) también comparte estas ideas, y afirma que los programas que solo incrementan el conocimiento de los adolescentes acerca de las drogas o el alcohol y sus efectos, no causa necesariamente un cambio en las actitudes del sujeto hacia el consumo; y propone que sólo los programas que resalten la autoestima o que propongan actividades alternativas, podrán cambiar la conducta del individuo. Finalmente resalta la necesidad de no focalizar los programas preventivos en el individuo, sino tomar en cuenta a los padres y a los tutores, así como a la sociedad y a la familia, ya que las dinámicas familiares y las conductas parentales parecen ser las variables más importantes al determinar el uso de sustancias en los jóvenes.

Stefian (1999) afirma que los programas de prevención tradicionales han empleado un gran número de estrategias que van desde incrementar el conocimiento sobre los efectos del alcohol y hacer conciencia de las posibles consecuencias del beber, hasta entrenar la resistencia contra la presión de grupo, sin embargo estos tienen relativamente poco efecto sobre las actitudes y conductas de los estudiantes relacionadas con el alcohol.

Algunas evaluaciones han concluido que las intervenciones educativas, de hecho aumentan la experimentación de las sustancias psicoactivas bajo estudio (Swisher et al., 1971; Stuart, 1974; Kinder, Pape y Walfish, 1989; De Haes, 1987). Sin embargo, es importante subrayar, que estos hallazgos preocupan a todos los programas que se basan en dar información sobre las sustancias e informar sobre los riesgos. Un enfoque alternativo más prometedor acentúa las habilidades sociales y esto cambia el énfasis sobre la sustancia psicoactiva *per se*. El enfoque sobre las habilidades sociales ha producido resultados prometedores en el contexto de la educación contra el tabaco

(Gillies y Wilcox, 1984; Battjes, 1985), especialmente cuando se incluye una tutoría hecha por los mismos compañeros (McAlister et al., 1980; Vartiainen et al., 1986). Pero no se sabe si este método será igual de efectivo en el contexto de las drogas ilícitas o el alcohol. Las metas de estos programas deben ser diferentes, especialmente en sets educativos, algunos con iniciativas para enfatizar la abstinencia y en otros minimizar el daño (En Bagnall, 1990).

Los programas que enseñan a los padres a estimular en sus hijos habilidades sociales parecen tener también un potencial para reducir el consumo de alcohol y drogas en los jóvenes. Sin embargo muy pocos de estos programas han sido analizados sistemáticamente, por lo que es necesario un análisis preciso y sistemático, con el fin de precisar si el programa cumple o no con las necesidades de la población (Elmqvist, 1995).

Otro enfoque que parece tener resultados prometedores, es la corrección de percepciones erróneas normativas, que según Stefian (1999) se refieren a la tendencia de los estudiantes de percibir erróneamente las normas del beber en su medio escolar y percibir las más liberalmente de lo que son. Las percepciones poco precisas sobre las normas conductuales y actitudinales pueden servir de excusa para presentar conductas de riesgo y aumentar la resistencia a los programas de prevención, por lo que los estudiantes suelen ignorar las señales de alarma de su propio comportamiento si creen que otros se comportan de manera más liberal y si sufren consecuencias más graves que ellos. Por lo que si éstas se corrigen, el resultado puede ser alentador. Las investigaciones han demostrado la efectividad de la educación normativa en la reducción del uso de alcohol en sets de educación primaria y secundaria. Los cambios en las percepciones normativas fueron los indicadores más fuertes para discriminar entre los que disminuyeron su consumo y los que no.

Mills, Pfaffenberger y McCarty (1981) proponen que el programa preventivo exitoso es aquel que define los problemas relacionados con el alcohol de manera que engendre cooperación y consenso, y que incluya una sensibilidad hacia el funcionamiento positivo de los estudiantes. Evitando así otros métodos educativos que se han usado como: tácticas para espantar, tácticas moralizadoras o solamente hechos, que lo único que logran es educar al individuo, pero no cambian su conducta. El objetivo de este tipo de

programas es enfatizar la labor de enseñarle a los jóvenes a resistir la influencia de los compañeros y a tomar decisiones individuales acerca de su conducta de beber.

Finalmente, existen muy pocos programas que afecten la calidad de vida de los estudiantes, sin embargo se debe tener en cuenta que los programas más exitosos empiezan poco a poco y sólo aceptan una cantidad pequeña de estudiantes para consulta. Es mucho mejor trabajar exitosamente con pocos estudiantes que tener un rotundo fracaso intentado hacer demasiado. Y por último, saber que si una vida cambió ha valido la pena el esfuerzo (Mc Daniel y Shreeve, 1998).

# METODOLOGÍA

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

*¿Cuál es la relación entre el Consumo de alcohol y los Sucesos de vida estresantes en una muestra de adolescentes?*

*¿Cuál es la relación entre el Consumo de alcohol y los Rasgos de personalidad en una muestra de adolescentes?*

*¿Cuál es el resultado de la intervención de prevención primaria TIPPS (Talleres Interactivos para la Promoción de la Salud) con base en Sucesos de vida estresantes y Rasgos de Personalidad, en una muestra de adolescentes?*

## OBJETIVOS

1. Identificar el patrón de consumo de bebidas con alcohol (peligroso, nocivo y dependiente) a través del AUDIT en la muestra de adolescentes.
2. Identificar los Sucesos de vida estresantes presentes en la muestra de adolescentes.
3. Conocer la relación entre los Sucesos de vida estresantes y el Consumo de alcohol en la muestra de adolescentes.
4. Conocer la relación entre las escalas del MMPI-A: Alcoholismo de MacAndrew, Reconocimiento de problemas con el alcohol y/o drogas y Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas, y el consumo de alcohol identificado a través el AUDIT.
5. Conocer la relación entre los rasgos de personalidad y el consumo de alcohol en la muestra de adolescentes.
6. Conocer el resultado de la intervención sobre el consumo de bebidas con alcohol.
7. Conocer el resultado de la intervención con base en los Rasgos de Personalidad.

## HIPÓTESIS

H1= La presencia de Sucesos de vida estresantes correlacionará con el Consumo de bebidas con alcohol.

H2= Los sujetos con consumo peligroso, nocivo y dependiente presentarán porcentajes más altos de sucesos de vida estresantes.

H3= La presencia de mayor patología en los Rasgos de Personalidad (MMPI-A) correlacionará con el consumo de alcohol (AUDIT), en la muestra general.

H4= Los puntajes obtenidos en las tres escalas de alcohol del MMPI-A correlacionarán con el consumo de alcohol obtenido a través del AUDIT.

H5= La asistencia a la intervención resultará en una disminución de casos positivos en el AUDIT.

H6= La asistencia a la intervención favorecerá los resultados obtenidos en las tres escalas de alcohol del MMPI-A con base en los Rasgos de Personalidad.

H7= Los cambios observados después de la intervención se conservarán en la evaluación de seguimiento a seis meses, tanto en el AUDIT como en el MMPI-A.

## VARIABLES

### VARIABLES ATRIBUTIVAS:

*Rasgos de Personalidad*

**Definición conceptual:** “La personalidad es la organización dinámica individual de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su singular adaptación al ambiente” (Allport, 1974) El rasgo es una tendencia determinante o una predisposición para



responder; es una fuerza real, una motivación o disposición del individuo que inicia y guía una manera particular de conducta. Allport (1970) concibe un rasgo como una combinación de motivos y hábitos; es un sistema neuropsíquico que determina en gran parte los estímulos que serán percibidos.

**Definición operacional:** Respuestas al Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A), que se obtienen a través de los puntajes T, los cuales reportan características específicas de las Escalas Clínicas, de Contenido y Suplementarias.

*Sucesos de vida estresantes:*

**Definición conceptual:** Lazarus y Folkman (1984) definieron el estrés psicosocial como “una relación particular entre el individuo y su entorno, que es evaluado por éste como amenazante o que rebasa sus recursos y pone en peligro su bienestar. La percepción cognitiva de los eventos estresantes, del ambiente circundante y de la propia habilidad de afrontamiento al estrés han llevado a formular hipótesis en donde estos tres factores juegan un papel central en la producción de estas respuestas variadas.

**Definición operacional:** Respuestas al Cuestionario de Sucesos de Vida que considera los sucesos de vida estresantes acontecidos de los últimos seis meses a la fecha de aplicación.

**VARIABLE INDEPENDIENTE:**

*Curso-Taller TIPPS (Talleres Interactivos para la Promoción de la Salud)*

**Definición conceptual:** Es un Curso-Taller elaborado en 2001 por la Fundación de Investigaciones Sociales (FISAC) como un programa de prevención primaria hacia el abuso de bebidas con alcohol, que a través de una metodología didáctica promueve la participación, la reflexión por parte de los jóvenes sobre diversas temáticas que son relevantes en esa etapa del desarrollo para el autocuidado de la salud y la evitación de riesgos relacionados con el consumo de bebidas con alcohol, en adolescentes; con una duración de 20 horas, impartidas durante diez días, dos horas diarias.

Cuenta con un Manual que integra información teórica, glosario, técnicas didácticas y se acompaña de un CD con laminillas (power point), que resumen el contenido de los temas.

El contenido teórico se compone de tres apartados:

- I. Alcohol y Sociedad integrado por los siguientes capítulos:
  1. Características de las bebidas con alcohol: componentes químicos, procesos de elaboración, clasificación según la Ley General de Salud, la Norma Oficial Mexicana vigente, Tratados internacionales y la Denominación de origen.
  2. Desarrollo histórico de las bebidas con alcohol: breve revisión histórica desde 5000 años a.C. a la fecha, profundizando su desarrollo en México.
  3. Moderación y exceso en el consumo: información sobre los mecanismos de: absorción, metabolización y eliminación del alcohol; describe los efectos de la intoxicación crónica y aguda; y define consumo moderado y consumo excesivo.
  4. Consumo de bebidas con alcohol en México: ofrece información con base en la ENA 1998 y 2002 y, define la categoría de abstemio, bebedor social, bebedor problemático y alcohólico.
  5. Responsabilidad ante el consumo de bebidas con alcohol: Pretende recapitular la información previa sobre alcohol, agregando algunos *TIPPS* (sugerencias) para que el adolescente los aplique en fiestas o reuniones donde estarán incluidas las bebidas con alcohol.
  
- II. Desarrollo integral del adolescente: en los siguientes capítulos:
  1. Aborda información sobre Pubertad, Adolescencia, Juventud y
  2. Sexualidad
  
- III. Factores de riesgo, protección y resiliencia: lo cual, se desarrolla en los siguientes capítulos.
  1. Información sobre factores de riesgo, protección y resiliencia
  2. Autoestima
  3. Asertividad,
  4. Valores

5. Tiempo libre y
6. Proyecto de vida.

**Definición operacional:** Asistencia al Curso-taller ( 80% mínimo).

**VARIABLE DEPENDIENTE:**

Consumo de alcohol

**Definición Conceptual:** Ingesta de una bebida o más bebidas, cuyo componente químico característico es el alcohol etílico.

**Definición Operacional:** Categoría basada en las respuestas identificadas por el AUDIT, en su respectivo reactivo que lo explora.

Primer categoría: *Consumo peligroso de alcohol*, integrado por el reactivo # 1 Frecuencia del consumo, # 2 Cantidad típica y el # 3 Frecuencia del consumo intenso.

Segunda categoría: *Dependencia al alcohol*, integrado por el reactivo # 4 Deterioro del control sobre el consumo, # 5 Predominancia creciente del consumo y el # 6 Consumo por la mañana.

Tercer categoría: *Consumo Nocivo de alcohol*, integrado por el reactivo # 7 Sentimientos de culpa después de beber, # 8 Pérdida del conocimiento, # 9 Lesiones relacionadas con el alcohol y #10 Otros preocupados por el consumo.

Una calificación de ocho o más, da lugar a la sensibilidad más alta, mientras que diez o más resultan en una mayor especificidad. En general, una calificación alta en los tres primeros reactivos en ausencia de calificaciones elevadas en los restantes, sugiere un consumo peligroso de alcohol, mientras que una calificación elevada en los reactivos 4 a 6, implica la presencia o aparición de dependencia de alcohol. Las calificaciones altas en los demás sugieren un consumo nocivo de alcohol.

Consumo nocivo se define como un patrón de consumo que daña la salud. El daño puede ser físico o mental. En el consumo peligroso, conlleva un alto riesgo de dañar la salud física o mental en el futuro, pero que aún no ha producido efectos médicos o psiquiátricos nocivos de importancia; sin embargo, este patrón de consumo frecuentemente son criticados o desaprobados por otras personas, y en ocasiones presentan consecuencias sociales como, conflictos domésticos, problemas financieros y fracasos matrimoniales.

## **MÉTODO DE MUESTREO**

En la presente investigación, la muestra estuvo integrada por 209 alumnos de primer ingreso al Bachillerato, constituidos en 6 grupos naturales previamente designados por la Directiva de la institución educativa. Dichos grupos conformaron los 3 grupos intervenidos y los 3 grupos control.

## **DISEÑO EXPERIMENTAL**

### **Cuasiexperimental**

Estos diseños tienen las siguientes características: a) empleo de escenarios naturales, b) control parcial y c) posibilidad de utilizarse cuando no es posible un diseño experimental. No se cumple el principio de asignación aleatoria de los sujetos a los grupos. Para Cohen y Manion (1985) la diferencia más importante entre los diseños experimentales y los cuasiexperimentales reside precisamente en que en el segundo caso se estudian grupos intactos; es decir, no han sido seleccionados al azar.

## **TIPO DE ESTUDIO**

### **Longitudinal a corto plazo**

Se analizaron los mismos individuos en distintos momentos: antes de la intervención, una vez realizada la intervención y seis meses después.

## **Correlacional**

Se pretendieron descubrir las relaciones existentes entre las variables que intervienen en un fenómeno, utilizando la correlación como técnica básica en el análisis de datos.

## **INSTRUMENTOS**

### **1. Minnesota Multiphasic Personality Inventory for Adolescents (*MMPI-A*)**

Una revisión del uso de las pruebas psicológicas para poblaciones de adolescentes (Archer y Cols. 1991) demostró que el MMPI-A es la medida de evaluación objetiva más ampliamente empleada para este grupo de edad. Un grupo mayoritario de adolescentes con quien se ha empleado el MMPI-A, es el constituido por programas de tratamiento contra alcoholismo y drogadicción (Brook, Kaplan & Whitehead, 1974; Burke & Eichberg, 1972; Fitzgibbons, Berry & Serán, 1973; Gantner, Gram & Archer, en prensa; Klinge, 1982; Klinge, Lachar, Grisell & Berman, 1978; Rosecrans & Brignet, 1972; Wisniewski, Glenwick & Gram., 1985; Wolfson & Erbaugh, 1984; en Lucio y Ampudia, 1998)

El inventario está diseñado para evaluar la psicopatología en adolescentes con edades entre 14 y 18 años. Contiene 478 reactivos. Su aplicación puede ser individual o colectiva. La calificación del inventario puede realizarse hoja por hoja a través de plantillas o procesarse mediante un programa de computadora, como fue el caso del presente estudio. Las puntuaciones naturales se convierten en valores de puntuación T para cada escala, lo cual permite ubicar al sujeto en cierta posición de cada escala y así situarlo en la norma.

Se obtienen tres perfiles, los cuales se encuentran integrados por las siguientes escalas:

1. Perfil de Escalas Clínicas: Hipocondriasis, Depresión, Histeria, Desviación Psicopática, Masculinidad-Feminidad, Paranoia, Psicastenia, Esquizofrenia, Hipomanía e Introversión Social y las escalas de validez: Inconsistencia, Infrecuencia y Mentira.

2. Perfil de las Escalas de Contenido: Ansiedad, Obsesividad, Depresión, Preocupación por la salud, Enajenación, Pensamiento delirante, Enojo, Cinismo, Problemas de conducta, Baja Autoestima, Aspiraciones limitadas, Incomodidad social, Problemas familiares, Problemas escolares y Rechazo al tratamiento.

3. Perfil de Escalas Suplementarias: Alcoholismo, Reconocimiento de problemas con el alcohol y/o drogas, Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas, Inmadurez, Ansiedad y Represión.

La calificación de las hojas de respuesta fue llevada a cabo a través del sistema de lectura óptica.

## **2. Cuestionario de Información Biográfica y Sucesos de Vida.**

El Cuestionario de Información Biográfica y Sucesos de Vida (Lucio, Ampudia y Durán 1990) cuenta con 105 reactivos, de los cuales 34 pertenecen al área de datos sociodemográficos, a través de la cual obtenemos información acerca de la escolaridad y ocupación de los padres, número de hermanos, tipo de vivienda, estructura familiar entre otros. Los 71 reactivos restantes evalúan los sucesos de vida estresantes, que deberán reportar sólo si ocurrieron en los seis meses previos a la aplicación del cuestionario y calificar su efecto en las siguientes categorías:

- a) Me sucedió y fue bueno para mí
- b) Me sucedió y fue malo para mí
- c) Me sucedió y no tuvo importancia
- d) No me sucedió (dentro del lapso de los seis meses)

Los sucesos estresantes del Cuestionario evalúan las siguientes áreas:

- Relaciones Familiares
- Problemas de Conducta

- Escolar
- Sexual
- Económica
- Problemas de Salud
- Social
- Logros y Fracasos

La calificación de las hojas de respuesta se realizó a través del sistema de lectura óptica.

### **3. Prueba de Identificación de Trastornos derivados del consumo de alcohol (AUDIT)**

En 1982 la Organización Mundial de la Salud pidió a un grupo internacional de investigadores que desarrollara un instrumento sencillo de tamizaje. Su objetivo sería la identificación de personas con problemas incipientes de alcoholismo mediante procedimientos adecuados para ser aplicados por trabajadores de la salud tanto en países en desarrollo como desarrollados. Los investigadores analizaron diversos autoreportes, procedimientos de laboratorio y procedimientos clínicos utilizados con dicho fin en varios países. El estudio de campo comparativo se llevó a cabo en seis países (Noruega, Australia, Kenia, Bulgaria, México y Estados Unidos de Norteamérica). El método consistió en seleccionar los reactivos que mejor distinguían entre la identificación temprana de quienes beben poco y quienes presentan una forma de beber peligrosa. A diferencia de pruebas de tamizaje anteriores, el nuevo instrumento tendía a la identificación temprana de los bebedores en peligro, más que del alcoholismo. No obstante, también detecta esta condición con cierto grado de exactitud (Babor, de la Fuente, Saunders y Grant; 1992)

Así, en 1989 ya se contaba con un instrumento de detección especialmente diseñado por la OMS para usarse en ambientes de atención primaria a la salud, que identificaba el

consumo nocivo y peligroso de alcohol, concentrándose en el consumo reciente: La Prueba de identificación de Trastornos derivados del consumo de alcohol (AUDIT).

El AUDIT es un cuestionario breve, rápido y flexible, congruente con las definiciones ICD-10 de dependencia del alcohol y consumo nocivo del mismo. Cuenta con estandarización internacional ya que fue validado con pacientes de atención primaria para la salud en seis países.

Se compone de diez reactivos específicamente relacionados con el alcohol. Incluye tres preguntas sobre la cantidad que se bebe y con qué frecuencia, tres sobre la dependencia al alcohol y cuatro sobre los problemas provocados por éste, incluyendo reacciones psicológicas adversas. Las preguntas se seleccionaron sobre la base de su representatividad, su correlación con el consumo de alcohol, su validez y su capacidad para diferenciar entre quienes beben poco y quienes están en riesgo (Babor y Grant, 1989; Fleming, Barry y MacDonald, 1991; De la Fuente y Kersenovish, 1992; en Babor, de la Fuente, Saunders y Grant; 1992)

## **PROCEDIMIENTO**

### **1ra Etapa**

*1ra Fase:* Primer levantamiento de datos en la muestra general compuesta por 209 sujetos (Aplicaciones Pre: MMPI-A, Sucesos de Vida y AUDIT).

### **2da Etapa**

*2da Fase:* Impartir el Taller Interactivo para la Promoción de la Salud (*TIPPS*), a los tres grupos que recibirían la intervención. Las 20 hrs. del Curso-Taller fueron distribuidas en diez sesiones consecutivas de dos horas cada una. Dichas sesiones se llevaron a cabo en horario extraescolar (determinado por la institución educativa), es decir, de las 13:00 a las 15:00 hrs.



*3ra. Fase:* Segundo levantamiento de datos (Aplicaciones Post: MMPI-A, Sucesos de Vida y AUDIT).

La muestra general se redujo a 81 sujetos:

- 42 sujetos en la muestra control, debido a razones de inasistencia.
- 39 sujetos en la muestra con intervención, que cumplieron con el criterio de al menos el 80% de asistencia al Curso-taller.

**3ra Etapa** (Transcurridos seis meses)

*4ta. Fase:* Tercer levantamiento de datos (Aplicación de Seguimiento: MMPI-A, Sucesos de Vida y AUDIT).

- Los 42 sujetos de la muestra control cumplieron con las tres aplicaciones.
- Los 39 sujetos de la muestra con intervención cumplieron con las tres aplicaciones.

## **ESCENARIO**

### **1ra Etapa:**

El levantamiento de datos Pre y Post , se realizó en sus salones de clase, grupo por grupo.

### **2da Etapa:**

El Curso-taller se llevó a cabo en un auditorio.

El levantamiento de datos: para la muestra control, se realizó en su salón de clases y para el grupo con la intervención, en el mismo escenario del Curso-taller.

**3ra Etapa:**

El levantamiento de los datos del Seguimiento se realizó de manera simultánea a toda la muestra, en dos auditorios.

## **ANÁLISIS DE DATOS**

- I. Realizar una correlación entre las Escalas del MMPI-A, las Áreas de los Sucesos de Vida y el AUDIT en la muestra general.
  
- II. Realizar un análisis de varianza entre las aplicaciones Pre, Post y el Seguimiento con base en los Rasgos de personalidad y el Consumo de alcohol, en el grupo con intervención y en el grupo control.

# RESULTADOS

Tabla 1

*Porcentaje de Sucesos de vida estresantes en la muestra general (n=209)*

Area	%
FAMiliar	15.8%
<b>SOCial</b>	<b>19.6%</b>
<b>Logros y Fracazos</b>	<b>18.7%</b>
SALud	14.8%
PERsonal	12.0%
Probl. de Conducta	11.5%
ESColar	10.5%

En la muestra general, los sucesos estresantes más frecuentes correspondieron al área Social y, de Logros y Fracazos.

**H1= LA PRESENCIA DE SUCESOS DE VIDA ESTRESANTES CORRELACIONARÁ CON EL CONSUMO DE BEBIDAS CON ALCOHOL.**

Tabla 2

*Relación entre Sucesos de vida estresantes y Consumo de alcohol en la muestra general (n=209)*

Area	Correlación Pearson
FAMiliar	<b>** .20</b>
SOCial	.10
Logros y Fracazos	<b>** .23</b>
SALud	<b>** .38</b>
PERsonal	<b>** .25</b>
Probl. de Conducta	<b>** .17</b>
ESColar	<b>** .17</b>

\*\* Correlación significativa al 0.01

\* Correlación significativa al 0.05

Se observa una relación significativa entre el consumo de alcohol y seis de las áreas de sucesos estresantes; encontrándose en primer término el área de la Salud y posteriormente, el área Personal y, de Logros y Fracazos.

**.H2= LOS SUJETOS CON CONSUMO PELIGROSO, NOCIVO Y DEPENDIENTE, PRESENTARÁN PORCENTAJES MÁS ALTOS DE SUCESOS DE VIDA ESTRESANTES.**

Tabla 3

*Identificación de Casos positivos con 8 o más puntos en el AUDIT y Tipo de consumo de alcohol, de la muestra general (n=13)*

Aplicación	Consumo Peligroso	Consumo Dependiente	Consumo Nocivo	Total
<b>PRE</b>	9	1	3	<b>13</b>

Dentro de la muestra general trece casos presentaron 8 puntos o más en el AUDIT, correspondiendo a los casos positivos. En la tabla se observa la distribución de casos con base a las tres categorías que explora la prueba.

Tabla 4

*Porcentaje de Sucesos de vida estresantes en los Casos que puntuaron positivo con 8 o más puntos en el AUDIT (n=13)*

Area	Porcentaje Casos positivos
FAMiliar	23.1%
SOCial	15.4%
<b>Logros y Fracazos</b>	<b>53.8%</b>
<b>SALud</b>	<b>53.8 %</b>
PERsonal	23.1%
<b>Probl. de Conducta</b>	<b>30.8%</b>
ESColar	23.1%

Los Casos positivos en el AUDIT (con un consumo peligroso, nocivo o, dependiente) presentan el mayor porcentaje de sucesos estresantes en las áreas de Logros y Fracazos, Salud y Problemas de Conducta.

Tabla 5

*Porcentajes de Sucesos de vida estresantes en la muestra general y en los casos positivo del AUDIT.*

Area	Porcentaje Muestra Total n=209	Porcentaje Casos Positivos n= 13
FAMiliar	<b>15.8%</b>	23.1%
SOCial	<b>19.6%</b>	15.4%
Logros y Fracazos	<b>18.7%</b>	<b>53.8%</b>
SALud	14.8%	<b>53.8%</b>
PERsonal	12.0%	23.1%
Probl. de Conducta	11.5%	<b>30.8%</b>
ESColar	10.5%	23.1%

**Aunque con porcentajes diferentes, el área de Logros y Fracazos fue la única área en común en ambos grupos. El área Social y Familiar presente en la muestra general, desapareció en los casos positivos; ocupando su lugar, el área de Salud y Problemas de conducta.**

Tabla 6

*Diferencias en Sucesos de vida estresantes entre la muestra general y los casos que puntuaron positivo (igual o más de 8 puntos) en el AUDIT.*

	Casos Positivos del AUDIT n= 13		Muestra General n=196		T
Area	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar	T
FAMiliar	60.82	20.91	52.94	12.49	1.34
SOCial	55.66	12.95	54.86	12.95	.21
<b>Log y Frac</b>	62.22	15.78	52.22	11.64	<b>2.24*</b>
<b>SALud</b>	67.73	15.86	51.94	10.63	<b>3.53**</b>
PERsonal	58.81	13.01	52.34	10.57	1.75
Probl de Cond	57.34	23.59	50.96	12.43	.96
ESColar	52.55	14.44	51.10	11.66	.35

\*\* Correlación significativa al 0.01

\* Correlación significativa al 0.05

**Las Áreas de sucesos estresantes que presentaron una correlación significativa entre los Casos que calificaron positivos en el AUDIT y la muestra que no calificó positivo, fueron Logros y Fracaso y, Salud.**

**H3= LA PRESENCIA DE MAYOR PATOLOGÍA EN LOS RASGOS DE PERSONALIDAD (MMPI-A) CORRELACIONARÁ CON EL CONSUMO DE ALCOHOL (AUDIT), EN LA MUESTRA GENERAL.**

Tabla 7

*Correlación entre el Consumo de Alcohol a través del AUDIT y los Rasgos de Personalidad de las Escalas del MMPI-A en la muestra general.*

Tabla 7a

<b>ESCALAS CLÍNICAS</b>	<b>R</b>
<b>Infrecuencia</b>	<b>.246**</b>
<b>Mentira</b>	<b>-.173**</b>
<b>Defensividad</b>	<b>-.172**</b>
<b>Hipocondriáis</b>	<b>.177**</b>
Depresión	-.004
Histeria	.075
<b>Desviación Psicopática</b>	<b>.285**</b>
Masculinidad	.021
Femineidad	-.069
<b>Paranoia</b>	<b>.164**</b>
<b>Psicastenia</b>	<b>.215**</b>
<b>Esquizofrenia</b>	<b>.284**</b>
<b>Hipomanía</b>	<b>.268**</b>
Introversión Soc	-.019

\*\* Correlación significativa al 0.01

\* Correlación significativa al 0.05

**El Consumo de alcohol correlacionó significativamente, \_\_en orden decreciente\_\_ con: las Escalas Clínicas: Desviación Psicopática, Esquizofrenia, Hipomanía, Psicastenia, Hipocondriáis y Paranoia, incluyendo la escalas de Infrecuencia, Mentira y Defensividad.**

**Tabla 7b**

<b>ESCALAS DE CONTENIDO</b>	<b>R</b>
Ansiedad	.130
<b>Obsesividad</b>	<b>.198**</b>
<b>Depresión</b>	<b>.234**</b>
<b>Preocupación por la salud</b>	<b>.177**</b>
<b>Enajenación</b>	<b>.223**</b>
<b>Pensamiento Delirante</b>	<b>.241**</b>
<b>Enojo</b>	<b>.299**</b>
<b>Cinismo</b>	<b>.177**</b>
<b>Problemas de Conducta</b>	<b>.269**</b>
<b>Baja Autoestima</b>	<b>.175**</b>
<b>Aspiraciones Limitadas</b>	<b>.194**</b>
Incomodidad en situaciones sociales	-.039
<b>Problemas familiares</b>	<b>.275**</b>
<b>Problemas escolares</b>	<b>.285**</b>
<b>Rechazo al tratamiento</b>	<b>.199**</b>

\*\* Correlación significativa al 0.01 \* Correlación significativa al 0.05

**El Consumo de alcohol correlacionó significativamente \_\_en orden decreciente\_\_ con las Escalas de Contenido: Enojo, Problemas escolares, Problemas familiares, Problemas de conducta, Pensamiento delirante, Depresión, Enajenación, Rechazo al tratamiento, Obsesividad, Preocupación por la salud, Cinismo, y Baja Autoestima.**

**H4= LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN LAS TRES ESCALAS DE ALCOHOL DEL MMPI-A CORRELACIONARÁN CON EL CONSUMO DE BEBIDAS CON ALCOHOL EN LA MUESTRA GENERAL.**



**Tabla 7c**

<b>ESCALAS SUPLEMENTARIAS</b>	<b>R</b>
Alcoholismo de MacAndrew	.348**
Reconocimiento de problemas con el Alcohol y/o drogas	.398**
Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas	.298**
Inmadurez	.284**
Ansiedad	.160*
Represión	-.207**

\*\* Correlación significativa al 0.01

\* Correlación significativa al 0.05

Los puntajes obtenidos en el AUDIT correlacionó con los datos obtenidos sobre el Consumo de alcohol a través la Triada de Alcohol del MMPI-A, habiendo obtenido dichas escalas puntajes significativos.

**H5= LA ASISTENCIA A LA INTERVENCIÓN RESULTARÁ EN UNA DISMINUCIÓN DE CASOS POSITIVOS EN EL AUDIT**

*Tabla 8*

*Tipo de consumo de los casos positivos en el AUDIT  
Aplicaciones Pre y Post*

Aplicación	Consumo Peligroso	Consumo Dependiente	Consumo Nocivo	Total
<b>PRE</b>	9	1	3	<b>13</b>
<b>POST</b>	9	1	3	<b>13</b>

Los casos positivos en el AUDIT, se conservaron idénticamente en la evaluación Post: *nueve con un consumo peligroso, tres con un consumo nocivo y un caso con dependencia*; observándose que no hubo cambios sobre el patrón de consumo de alcohol.

**H6= LA ASISTENCIA A LA INTERVENCIÓN FAVORECERÁ LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS TRES ESCALAS DE ALCOHOL DEL MMPI-A CON BASE EN LOS RASGOS DE PERSONALIDAD.**

Tabla 9

*Diferencias entre las aplicaciones Pre, Post y Seguimiento  
en las Escalas Clínicas del MMPI-A*

**Grupo con Intervención (n=39)**

ESCALA	PRE	POST	SEGUIMIENTO	F
--------	-----	------	-------------	---

Escala	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar	F
Infrecuencia	51.77	10.01	51.10	12.58	55.59	11.43	1.76
Mentira	52.49	9.55	53.90	10.99	58.33	13.20	2.82
<b>Defensividad</b>	50.08	10.55	51.46	11.22	56.10	12.01	<b>3.05*</b>
Hipocondriasis	54.82	9.54	53.03	11.96	55.64	10.71	0.60
<b>Depresión</b>	51.82	7.14	52.90	10.22	57.51	11.06	<b>3.85**</b>
<b>Histeria</b>	52.64	8.52	52.59	10.06	58.56	13.14	<b>3.98**</b>
Desv. Psicopát.	51.15	7.77	48.38	9.73	51.15	9.01	1.26
Masculinidad	50.64	10.81	52.31	9.19	50.38	9.31	0.44
Femineidad	50.54	8.78	50.92	9.18	50.77	9.09	0.02
Paranoia	49.49	10.47	48.36	10.65	51.51	10.89	0.87
Psicastenia	51.90	10.63	48.62	10.56	50.13	8.55	1.06
Esquizofrenia	51.26	10.35	47.97	11.29	50.92	9.84	1.15
Hipomanía	49.28	9.95	48.33	11.97	47.26	10.43	0.34
Introversión Social	51.62	7.02	49.05	6.35	51.49	7.74	1.63

\*\* P .01

\* P .05

Tabla 10

*Diferencias entre las aplicaciones Pre, Post y Seguimiento  
en las Escalas Clínicas del MMPI-A*

**Grupo Control (n=42)**

AREA	PRE		POST		SEGUIMIENTO		F
Escala	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar	F
Infrecuencia	49.86	8.71	48.64	8.44	54.24	15.92	2.73
<b>Mentira</b>	55.07	9.93	61.12	12.25	61.02	12.71	<b>3.69 *</b>
<b>Defensividad</b>	51.45	9.62	56.95	10.47	59.05	11.42	<b>5.83 **</b>
Hipocondriásis	54.86	10.24	53.90	12.30	57.07	11.78	0.84
Depresión	52.50	9.21	54.29	11.32	56.52	11.50	1.48
Histeria	53.07	8.49	57.05	13.91	59.57	14.72	2.81
Desv Psicopát.	48.21	8.02	48.55	8.79	49.71	9.75	0.33
Masculinidad	52.36	9.41	54.21	10.12	53.14	8.54	0.42
Femineidad	50.14	10.13	52.67	10.76	53.17	9.52	1.07
Paranoia	49.21	9.51	48.60	9.98	52.86	11.11	2.13
Psicastenia	50.74	9.73	46.98	8.18	47.69	9.46	2.00
Esquizofrenia	49.38	8.78	46.90	8.54	49.67	11.89	1.00
Hipomanía	45.55	7.73	44.60	10.71	46.50	11.44	0.37
Introversión Social	52.57	9.30	52.40	7.97	51.90	7.75	0.07

\*\* P .01

\* P .05

**El Grupo con Intervención presentó de manera significativa una mayor Defensividad, así como, mayor tendencia a la Depresión y la Histeria; mientras que el Grupo Control, mayor presencia significativa de Mentira y Defensividad.**

Tabla 11

*Diferencias entre las aplicaciones Pre, Post y Seguimiento  
en las Escalas de Contenido del MMPI-A*

**Grupo con Intervención (n=39)**

ESCALA	PRE		POST		SEGUIMIENTO		F
Escala	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar	F
Ansiedad	50.90	8.58	50.41	9.05	51.79	8.69	0.25
Obsesividad	53.26	10.27	48.46	10.93	49.03	9.26	2.58
Depresión	51.56	8.75	49.90	9.91	52.38	8.73	0.75
Preocupación por la salud	52.87	10.41	51.87	12.17	54.64	11.44	0.59
Enajenación	51.31	8.46	49.26	9.55	53.67	7.69	2.56
Pensamiento Delirante	51.21	10.12	48.72	11.13	50.59	8.89	0.64
Enojo	49.85	8.80	49.31	8.60	45.82	8.24	2.55
<b>Cinismo</b>	53.36	11.04	50.05	11.33	46.33	10.72	<b>3.95**</b>
Problemas de Conducta	48.97	8.39	45.54	9.27	48.74	9.45	1.76
Baja Autoestima	51.67	10.05	47.15	10.81	50.00	8.32	2.12
Aspiraciones Limitadas	52.15	8.29	50.92	7.65	55.08	10.18	2.30
Incomodidad en situac. soc.	50.49	8.44	47.62	7.70	50.46	7.90	1.65
Problemas familiares	49.97	9.44	48.67	10.07	52.31	8.40	1.52
Problemas escolares	50.54	9.70	48.62	9.68	52.28	8.87	1.47
Rechazo al tratamiento	51.85	9.36	47.67	8.91	50.87	8.54	2.33

\*\* P .01

\* P .05

Tabla 12

*Diferencias entre las aplicaciones Pre, Post y Seguimiento  
en las Escalas de Contenido del MMPI-A*

**Grupo Control (n=42)**

ESCALA	PRE	POST	SEGUIMIENTO	F
--------	-----	------	-------------	---

Escala	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar	F
<b>Ansiedad</b>	51.57	9.14	47.74	7.21	47.79	6.98	<b>3.31*</b>
Obsesividad	49.57	9.18	45.67	10.26	45.36	10.46	2.32
Depresión	50.69	8.25	48.67	7.46	48.36	8.76	1.01
Preocupación por la salud	52.05	11.22	53.07	12.34	57.52	11.65	2.58
Enajenación	49.10	9.12	46.33	8.39	49.98	10.39	1.74
Pensamiento Delirante	48.48	7.95	45.19	7.58	47.19	10.34	1.52
Enojo	46.38	7.79	44.21	7.58	43.81	10.94	1.01
<b>Cinismo</b>	49.10	8.33	45.71	10.45	43.12	10.76	<b>3.84*</b>
Problemas de Conducta	46.86	9.11	43.95	8.02	45.98	10.52	1.08
Baja Autoestima	50.48	11.25	47.45	8.16	48.74	10.21	0.98
Aspiraciones Limitadas	51.79	9.88	53.40	9.80	56.33	8.91	2.45
Incomodidad en sit. soc.	51.38	10.77	51.45	8.90	51.43	8.47	0.00
Problemas familiares	47.93	7.58	47.38	7.48	49.45	9.65	0.70
Problemas escolares	50.17	10.24	48.40	8.34	48.76	9.41	0.42
Rechazo al tratamiento	50.69	10.25	47.71	7.25	50.14	10.20	1.21

\*\* P .01

\* P .05

**El Grupo con Intervención presentó un decremento significativo en la escala de Cinismo al 0.01. El Grupo Control también lo presentó en dicha escala al 0.05, además del decremento en la escala de Ansiedad.**

Tabla 13

*Diferencias entre las aplicaciones Pre, Post y Seguimiento  
en las Escalas Suplementarias del MMPI-A  
Grupo con Intervención (n=39)*

ESCALA	PRE		POST		SEGUIMIENTO		F
Escala	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar	F
Alcoholismo de MacAndrew	49.79	10.26	49.10	9.64	45.62	8.33	2.19
Reconocimiento de problemas con el Alcohol y/o drogas	49.23	9.41	47.67	9.46	51.67	10.61	1.63
Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas	49.67	10.61	47.21	8.48	51.44	9.74	1.89
Inmadurez	52.67	8.98	49.46	10.02	52.62	10.43	1.36
Ansiedad	51.31	9.09	48.05	9.20	49.77	8.70	1.28
Represión	52.85	10.45	53.87	10.52	58.44	11.49	2.94

\*\* P .01 \* P .05

Tabla 14

*Diferencias entre las aplicaciones Pre, Post y Seguimiento  
en las Escalas Suplementarias del MMPI-A  
Grupo Control\_ (n=42)*

AREA	PRE		POST		SEGUIMIENTO		F
Escala	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar	F
Alcoholismo de MacAndrew	46.07	8.12	41.50	7.19	44.79	11.53	2.79
<b>Reconocimiento de problemas con el Alcohol y/o drogas</b>	48.83	8.77	47.83	7.71	53.12	12.06	<b>3.52*</b>
Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas	47.24	9.46	46.93	8.63	48.221	7.92	0.25
Inmadurez	49.95	9.77	48.69	8.34	50.74	9.49	0.53
<b>Ansiedad</b>	49.95	9.48	45.45	8.54	45.62	9.89	<b>3.14*</b>
<b>Represión</b>	54.95	7.57	58.95	11.46	61.69	12.33	<b>4.24*</b>

\*\* P .01

\* P .05

**El Grupo con intervención no presentó cambios significativos dentro de las Escalas suplementarias (incluyendo la Triada de Alcohol), en la evaluación de resultados ni en el seguimiento a seis meses; mientras que en el Grupo control se observó un incremento significativo en el Reconocimiento de problemas con el alcohol y/o drogas y la Represión; así como un decremento significativo en la Ansiedad.**

**H 7= LOS CAMBIOS OBSERVADOS DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN SE CONSERVARÁN EN LA EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO A SEIS MESES, TANTO EN EL AUDIT COMO EN LA TRIADA DE ALCOHOL DEL MMPI-A.**

Tabla 15

*Casos positivos en el AUDIT y Tipo de consumo  
en las aplicaciones Pre, Post y Seguimiento.*

Aplicación	Consumo Peligroso	Consumo Dependiente	Consumo Nocivo	Total
<b>PRE</b>	9	1	3	<b>13</b>
<b>POST</b>	9	1	3	<b>13</b>

<b>SEGUIMIENTO</b>	Sin datos	Sin datos	Sin datos	<b>Sin datos</b>
--------------------	-----------	-----------	-----------	------------------

Es importante señalar que las evaluaciones de seguimiento no pudieron ser consideradas para su análisis, debido a que los datos fueron burlados de manera generalizada; por razones de logística, un solo aplicador para toda la muestra dividida en dos grupos simultáneos.

Tabla 16

*Diferencias entre las aplicaciones Pre, Post y Seguimiento en las Escalas Suplementarias del MMPI-A Grupo con Intervención (n=39)*

ESCALA	PRE		POST		SEGUIMIENTO		F
	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar	F
<b>Alcoholismo de MacAndrew</b>	49.79	10.26	49.10	9.64	45.62	8.33	2.19
<b>Reconocimiento de problemas con el Alcohol y/o drogas</b>	49.23	9.41	47.67	9.46	51.67	10.61	1.63
<b>Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas</b>	49.67	10.61	47.21	8.48	51.44	9.74	1.89
Inmadurez	52.67	8.98	49.46	10.02	52.62	10.43	1.36
Ansiedad	51.31	9.09	48.05	9.20	49.77	8.70	1.28
Represión	52.85	10.45	53.87	10.52	58.44	11.49	2.94

\*\* P .01

\* P .05

El Grupo con intervención no presentó cambios significativos en la evaluación del seguimiento a seis meses, en la Triada de Alcohol del MMPI-A (Alcoholismo de MacAndrew, Reconocimiento de problemas con el Alcohol y/o drogas y, Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas).



## DISCUSIÓN

Larson y Han (1994) señalan que la experiencia al estrés no se debe simplemente al ambiente externo sino resulta en parte, por los cambios propios del desarrollo en la construcción subjetiva de su mundo; en relación a lo cual, lo que se observó en la muestra de adolescentes, fue la presencia de sucesos de vida estresantes en todas las áreas exploradas (Familiar, Social, Logros y Fracazos, Salud, Personal, Problemas de conducta y Escolar), por debajo del 20%.

En cuanto a *LA CORRELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE BEBIDAS CON ALCOHOL Y LA PRESENCIA DE SUCESOS DE VIDA ESTRESANTES* (Hipótesis 1), ésta fue observada en seis de las áreas exploradas por el instrumento. La única área que no presentó significancia estadística fue el Área Social. Lo anterior, podría explicarse con base en las expectativas del adolescente al consumir bebidas con alcohol, dentro de las que se encuentran: facilitar la socialización (Feldman, 1998); favorecer la aceptación por el grupo de amigos (Velazco, 2000); satisfacer la necesidad de relación (Cáceres, 2001) y funcionar como lubricante social (Mothner y Weitz, 1984); sin embargo, es necesaria mayor investigación al respecto.

Al explorar los casos que puntuaron como positivos en el AUDT fue posible confirmar que: *LOS SUJETOS CON CONSUMO PELIGROSO, NOCIVO Y DEPENDIENTE, PRESENTARÁN PORCENTAJES MÁS ALTOS DE SUCESOS DE VIDA ESTRESANTES* (Hipótesis 2)

En los Casos con consumo peligroso, nocivo o dependiente: el mayor porcentaje de sucesos estresantes correspondió a un 53.8% en el área de Salud y en el área de Logros y Fracazos; lo cual, nos permite apreciar diferencias significativas en estas áreas entre los Casos positivos y la muestra general.

En cuanto a que *LA PRESENCIA DE MAYOR PATOLOGÍA EN LOS RASGOS DE PERSONALIDAD (MMPI-A) CORRELACIONARÁ CON EL CONSUMO DE ALCOHOL (AUDIT), EN LA MUESTRA GENERAL* (Hipótesis 3); fue posible observar dicha correlación significativa en varias de las escalas del MMPI-A.

Resulta importante señalar la Desviación Psicopática como la Escala Clínica más alta. Al respecto, Miles Cox (1988) señala que en estudios de identificación de la personalidad alcohólica a través del MMPI, la Desviación psicopática fue una de las tres escalas más altas identificadas en el grupo de Pre-alcohólicos, siendo descritos como impulsivos, inconformes y extrovertidos. Helmut Hoffman y cols. (en Holden, 1985) también identificó dicha escala en un grupo de pasantes universitarios que terminaron en centros de tratamiento para alcohólicos, quienes fueron descritos como impulsivos, gregarios, menos conformistas y autocentrados.

La segunda Escala Clínica más alta fue Esquizofrenia, área a la que también ya han hecho referencia autores como Navarro y Casanueva (1982) quien señaló como impresión diagnóstica de un grupo de mujeres alcohólicas, una Personalidad Esquizoide con reacción depresiva.

Otro autor es Rosenfeld (en Coderch, 1991) al vincular la dependencia a las drogas con los mecanismos de defensa maniaca que tienen su origen en las fases tempranas de la infancia, durante el predominio de la fase Esquizo-paranoide; sosteniendo que estas defensas se utilizan para proteger al bebé de la ansiedad que implica darse cuenta que depende de su madre y, que en su fantasía la ha dañado y atacado.

También señala que la incorporación de la droga puede ser vivida como algo bueno que refuerza los sentimientos de omnipotencia y, como la incorporación e

introyección de objetos buenos y objetos malos a la vez, reforzando los mecanismos de negación y disociación. Así, \_\_sostiene Rosenfeld\_\_ el adicto se haya fijado en la fase Esquizo-paranoide.

De ahí, que para autores como Pascual (1998) la adicción no es causa, sino que responde a la estructura de personalidad del sujeto.

En cuanto a la escala de Depresión, ésta ha sido documentada como un indicador frecuente en la psicopatología previa al alcoholismo (George Winokur, en Holden 1985); en la presente investigación, dicha Escala Clínica no correlacionó significativamente con el consumo de alcohol; quizá, como señala Midanik (en Miles Cox 1988) porque la depresión es consecuencia del beber en exceso y no un precursor como se consideraba anteriormente.

La Escala de Contenido que correlacionó más alto fue Enojo; la cual, se refiere a la dificultad para controlarlo y por la tendencia a manifestarse con irritabilidad, impaciencia, actitud berrinchuda y pelea (especialmente cuando están bebiendo); lo anterior, como predictor del consumo de alcohol en adolescentes.

La segunda Escala de Contenido que correlacionó más alto fue Problemas Escolares, lo cual nos permite reconocer en este estudio, a dicha área, como la más vulnerable ante el consumo de alcohol.

En cuanto a lo observado por autores como Berenzon, Carreño, Medina-Mora, Juárez y Villatoro (1996); y Alfaro, Harada y Díaz-Loving (2001) sobre la relación entre Autoestima y Consumo de alcohol; en esta investigación se observó la correlación más débil dentro de las Escalas de Contenido del MMPI-A.

Las Escalas Suplementarias que correlacionaron significativamente con el consumo de alcohol fueron: Reconocimiento de problemas con el Alcohol y/o drogas, Alcoholismo de MacAndrew y Tendencia a problemas con el alcohol y drogas, en ese orden respectivamente.

Lo anterior, nos permite confirmar la Hipótesis 4: *LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN LAS TRES ESCALAS DE ALCOHOL DEL MMPI-A CORRELACIONARÁN CON EL CONSUMO DE BEBIDAS CON ALCOHOL EN LA MUESTRA GENERAL*. Encontrando además, que las dos primeras escalas obtuvieron las correlaciones más altas dentro de todas las escalas que componen el MMPI-A.

No ocurrió que *LA ASISTENCIA A LA INTERVENCIÓN RESULTARÁ EN UNA DISMINUCIÓN DE CASOS POSITIVOS EN EL AUDIT* (Hipótesis 5) y esto pudiera expresarnos \_\_aunque requeriríamos mayor investigación para concluirlo\_\_ que la intervención no tiene impacto sobre aquellos adolescentes que ya presentan un consumo de bebidas con alcohol problemático, nocivo o con dependencia.

Con relación a la Hipótesis 6 *LA ASISTENCIA A LA INTERVENCIÓN FAVORECERÁ LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS TRES ESCALAS DE ALCOHOL DEL MMPI-A, CON BASE EN LOS RASGOS DE PERSONALIDAD*; podemos observar que aunque el grupo intervenido no presentó datos significativos; podemos hacer las siguientes consideraciones:

Se observó un incremento significativo en las Escalas clínicas Depresión e Histeria. Archer y cols (1988, en el Manual MMPI-A), destacan que la escala de Depresión elevada en una muestra de adolescentes hospitalizados les describió una mayor motivación para comprometerse con la psicoterapia y una relativa apertura para discutir sus sentimientos y actitudes; además de una actitud autocrítica e introspectiva. Algo parecido fue encontrado por Miles Cox (1988) quien señaló

que cuando la población de prealcohólicos en estudio entraron a tratamiento puntuaron alto en las Escalas de Depresión y Ansiedad. Por otro lado, Hathaway y Monachesi (1963, en el Manual MMPI-A) describieron a los adolescentes con elevaciones en la escala de Histeria con tendencia a expresar su ansiedad o estrés por medio de la somatización y los síntomas físicos. Por supuesto que lo anterior invita a una investigación más amplia que nos permita observar más puntualmente, si los programas de prevención primaria generan en los adolescentes niveles de sensibilización expresados en índices de depresión e histeria; que de ser así, requerirían de atención y seguimiento.

El incremento en la Defensividad y el decremento en Cinismo estuvo presente tanto en el grupo intervenido como en el grupo control. Por otro lado, el incremento en la escala de Mentira sólo caracterizó al grupo control y resulta importante tomar en cuenta esto, al observar que en dicho grupo control, dentro de las escalas suplementarias, la Ansiedad disminuyó, la Represión aumentó y el Reconocimiento de problemas con el alcohol y/o drogas aumentó; lo anterior, podría hacernos suponer que en el grupo control hubo influencia de otras variables que provocaron un cambio observable a partir de la primer aplicación de los instrumentos.

Con relación a la Hipótesis 7 *LOS CAMBIOS OBSERVADOS DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN SE CONSERVARÁN EN LA EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO A SEIS MESES TANTO EN EL AUDIT COMO EN LA TRIADA DE ALCOHOL*; desafortunadamente, no hubo datos de seguimiento del AUDIT debido a que fueron burlados; sin embargo, con base en los datos obtenidos a través de la Triada de alcohol del MMPI-A (Alcoholismo de MacAndrew, Reconocimiento y problemas con el Alcohol y/o drogas y, Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas) fue posible observar que no hubo cambios significativos en dichas escalas del MMPI-A.

## LIMITACIONES

### **I. Con respecto al trabajo con adolescentes y la aplicación de instrumentos.**

#### ***A) Horario de la intervención***

Al realizarse el Curso-Taller después del horario escolar, algunos de los jóvenes que trabajaban o cuidaban de algún hermano(a), tenían que retirarse (aún cuando hubiesen querido quedarse), mientras que otros, terminaban sus clases con hambre y escuchaban la información del Curso a la vez que comían algo. El horario extraescolar representa una limitante a considerar al intervenir en escenarios escolares; lo mejor sería, contar con tiempo escolar para llevar a cabo la intervención.

#### ***B) Control de Asistencia***

La asistencia al Curso-Taller fue completamente voluntaria, no hubo control de asistencia por parte de la directiva del plantel, lo cual, favorecía la posibilidad de ausentarse sin señalamiento alguno por parte de sus autoridades escolares. Por otro lado, asistir tampoco representaba para los adolescentes, algún beneficio o reconocimiento escolar.

Aún cuando, dada esta situación, es posible reconocer la motivación de los adolescentes hacia asistir al Curso-Taller como un logro del mismo; es posible sugerir que se ofrezca a los adolescente un incentivo escolar a partir de cierto porcentaje mínimo/necesario de asistencia y/o una cierta “certificación” a manera de reconocimiento para quienes expresaran su deseo de ser Promotores de salud y replicadores dentro de su Plantel escolar.

#### ***C) Tamaño de la Muestra***

Durante el proceso de la investigación fue observable la mortandad experimental como resultado de la inasistencia (señalado anteriormente), repercutiendo en los alcances del análisis estadístico; por lo que se sugiere, definir el tamaño de la muestra previendo la muerte experimental y tomando todas las medidas necesarias.

#### ***D) Acuerdos con la institución educativa***

Resulta sumamente necesario contar con el apoyo de la institución educativa a lo largo de la investigación, evitando modificaciones al procedimiento; sobretodo cuando las instituciones son susceptibles a cambios directivos dispuestos por autoridades superiores. Se sugiere que el apoyo durante el proceso sea oficializado de manera escrita con el propósito de proteger y garantizar el proceso de la investigación, hasta su finalización.

## SUGERENCIAS

**A)** Profundizar en estudios de Caso, a partir de la amplia información que ofrecen los instrumentos empleados en esta investigación (Audit., Sucesos de vida estresantes y MMPI-A).

**B)** Incluir en los Programas de Prevención Primaria de consumo de alcohol dirigido a Adolescentes, herramientas para la identificación y manejo del estrés en las diferentes áreas de su vida.

**C)** Contemplar mecanismos de derivación o la implementación de atención y seguimiento, cuando la asistencia a la intervención genere en los adolescentes respuestas de mayor auto-observación, sensibilización y necesidad de contención.

**D)** Insertar dentro de la currícula escolar Programas de prevención con probada eficacia, fortalecería plenamente los Objetivos de la Educación para la Salud, en cuanto a las adiciones.

## CONCLUSIONES

**I. La generación de programas de prevención debe incluir la evaluación de los mismos, ofreciendo bases serias para su implementación.**

*En años recientes, el número de programas educacionales informativos ha crecido exponencialmente. (Foxcroft et al. 1997 en Babor et al. 2003). El rango de programas evaluados ha sido relativamente estrecho y los resultados no proporcionan bases suficientes que recomienden la ampliación de esfuerzos o elaboración de estrategias. (White and Pitts 1998 en Babor et al. 2003)*

**II. La información que el MMPI-A ofrece en sus Escalas Clínicas y de Contenido, representa una herramienta en el diseño de programas de prevención hacia el abuso de alcohol.**

*La literatura internacional es consistente en reportar que los esfuerzos por reducir los problemas de abuso de sustancias en las escuelas y universidades tienen éxito cuando se basan en programas que integran intervenciones ambientales e individuales, (Babor et al. 2003).*

**III. La Triada de alcohol del MMPI-A conformada por las escalas de: Alcoholismo de MacAndrew, Reconocimiento de problemas con el Alcohol y/o drogas y, Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas; contribuye de manera sensible en la exploración sobre el consumo de alcohol, corroborando y enriqueciendo la información obtenida a través del AUDIT.**

**IV. Finalmente, la presencia de Sucesos de Vida Estresantes es un factor relacionado con el consumo de alcohol en Adolescentes y por consiguiente, a considerar en la planeación y diseño de intervenciones dirigidas a esta población.**



***REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS***

Aberastury, A; Knobel, M. (1999). **La Adolescencia Normal. Un enfoque psicoanalítico.** México: Paidós.

Alfaro, B; Harada, E; Díaz-Loving, R. (2001). Personalidad, Consumo de alcohol y Comportamiento sexual entre los estudiantes preparatorianos. **Revista de Psicología Social y Personalidad, XVII(2).** 161-175.

Andrade Palos, P; Díaz-Loving, R. (1997). Ambiente Familiar y Características de personalidad de los Adolescentes. **Revista de Psicología Social y personalidad, XIII(2),** 199-210.

Babor, T. F.; De la Fuente J. R.; Saunders J.; Grant, M. (1992) **AUDIT Prueba de Identificación de Trastornos derivados del consumo de alcohol.** Organización Mundial de la Salud. Instituto Mexicano de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Babor, T.; Caetano, R.; Casswell, S.; Edwards, G.; Giesbrecht, N.; Braham, K.; Grube, J.; Gruenewald, P.; Hill, L.; Holder, H.; Homel, R.; Österberg, E.; Rehm, J.; Room, R. y Rossow, I. (2004) **Alcohol: no ordinary commodity research and public policy.** Oxford Great Britain. Medical Publications.

Bagnall, G. (1990). Alcohol Education for 13 years olds- does it work? Results from a controlled evaluation. **British Journal of Addiction 85,** 89-96.

Barry, H. (1988). Psychoanalytic Theory of Alcoholism. En C.D Chaudron y D.A. Wilkinson (Eds). **Theories on Alcoholism.** 103-136. Canadá: Addiction Foundation Research.

Bejos, M,C. (1990). Una propuesta de tipología para la familia adicta. (Antecedentes para el diagnóstico). **Psicología y Sociedad, 4(9).** 33-39.

Bellack, S; Hersen, M; Kadzin (1982). **International Handbook of Behaviour Modification and Therapy.** N.Y: Plenum Press.

Berenzon, S; Carreño, S, Medina-Mora, ME; Juárez, F; Villatoro, J.(1996) El uso de alcohol entre población estudiantil de nivel secundaria y bachillerato en el distrito federal. **La Psicología Social en México, VI.** 554-560.

Berruecos, L. (1997). Cómo prevenir el alcoholismo. **Educación 2001, 20,** 54-57.

Berruecos, L; Díaz-Leal, L. (1994). **Curso Básico sobre Adicciones.** México: CENCA/ Fundación "Ama la vida".

Biddle, J; Bank, J; Malin, M. (1980). Social Determinants of adolescent drinking: what they think, what they do and what I think they do. **Journal of Studies on Alcohol, 41.** 215-241.

Blanco, I. (1997). Por qué se consumen drogas. **Desarrollo Padhia, 2 (32),** 10. México D.F.

Bonomo, I; Coffey, C; Wolfe, R; Lynskey, M; Bowes, G; Patton, G. (2001). Adverse Outcomes of alcohol use in adolescents. **Addiction 96.** 1485-1496.

Butcher, J; Williams, C; Graham, J; Archer, R; Tellegen, A; Ben-Poprath, Y; y Kaemmer, B. (1992) **Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para adolescentes**. Manual para la aplicación y calificación. Manual Moderno. México.

Cáceres, C.A. (2001). ¿Qué buscan los jóvenes en las drogas?. **Padhia Desarrollo Humano**, **8(91)**, 6-7.

Carrillo de la Peña, MT. (2000). Alcoholismo tipo II, búsqueda de sensaciones y personalidad antisocial: Bases Neurobiológicas. **Revista Española de Drogodependencia** **25(4)**. 401-417.

Castro-Sariñana, ME. (1991). Consumo de drogas en población joven. **Cuestión Social**, **22**. 49-55.

Castro-Sariñana, ME. (1990). Indicadores de riesgo para el consumo problemático de drogas en jóvenes estudiantes. Aplicaciones en investigación y atención primaria dentro del plantel escolar. **Salud Pública**, **32(3)**. 289-307.

Castro-Sariñana, ME; & cols. (1994). Responsabilidad Social. En. L. Berruecos y Díaz-Leal, L. (Eds). **Curso Básico sobre Adicciones**. 191-239. México: CENCA/ Fundación "Ama la vida".

Chaudron, D; Wilkinson, A. (1988). **Theories on Alcoholism**. Canadá: Addiction Research Foundation.

Coderch, J. (1991). **Psiquiatría Dinámica**. Barcelona: Herder.

Coleman, J. (1993). Adolescence in a Changing World. **Adolescence and its Social Worlds**. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates INC.

Compas, B. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. **Psychological Bulletin** **101(3)**. 393-403.

Compas, B; Davis, G; Forsythe, C; Wagner, B. (1987). Assessment of major and daily stressful events during adolescence: The Adolescent Perceived Events Scale. **Journal of Consulting and Clinical Psychology** **55(4)**. 534-541.

Davis, G.E; Compas, B.E. (1986). Cognitive appraisal of major daily stressful events during adolescence: multidimensional scaling analysis. **15(5)**.

De las Heras, P. (1984). La atención de los menores en el marco de una política de protección social : Drogadicción . En P. Lamoral (Ed.), **Desajustes Sociales y Problemas de Conducta en la infancia y adolescencia**, **3.42**.

Díaz- Leal, L. (1998). La Prevención. En: **Beber de Tierra generosa. Ciencia de las bebidas alcohólicas en México**, **2**. Fundación de Investigaciones Sociales.

Díaz- Leal, L. (2000). Prevención de riesgos. Adolescentes y alcohol. **Cuadernos FISAC 1(005)**.

Edwards, J; Jorenby, E; Baker, B. (1988). Classical Conditioning with alcohol: Acquired preferences and aversions, Tolerance and Urges/Cravings. En C.D Chaudron y D.A. Wilkinson (Eds). **Theories on Alcoholism**. 172-237. Canadá: Addiction Foundation Research.

Elmqvist, D. (1995) . A systematic review of parent-oriented programs to prevent children's use of alcohol and another drugs. **J. Drug Education 25(3)**. 251-279.

**Encuesta en población de enseñanza media y media superior medición otoño.** (Cinta de datos electrónica) (1997). Villatoro y Cols: D.F.: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente/ Consejo Nacional de Ciencia y tecnología (Productor y Distribuidor).

**Encuesta sobre Consumo de Drogas en población de enseñanza media y media superior medición otoño.** (Cinta de datos electrónica) (2000). Villatoro y Cols: D.F.: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente/ Consejo Nacional de Ciencia y tecnología (Productor y Distribuidor).

**Encuesta sobre Consumo de Drogas en población de enseñanza media y media superior medición otoño.** (Cinta de datos electrónica) (2003). Villatoro y Cols: D.F.: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente/ Consejo Nacional de Ciencia y tecnología (Productor y Distribuidor).

**Encuesta Nacional de Adicciones/** Dirección General de Epidemiología/ SSA, (1993).

**Encuesta Nacional de Adicciones/** Dirección General de Epidemiología/ SSA, (1998).

**Encuesta Nacional de Adicciones. Documento Ejecutivo/** Dirección General de Epidemiología/ SSA, (2002).

**Encuesta Nacional de Juventud (ENJ)/** Secretaría de Educación Pública/ Instituto Mexicano de la Juventud/ Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud, (2000).

Estévez, B., Velázquez, S; Villanueva, R. (1998). **Análisis de factores de riesgo hacia la farmacodependencia en población infantil de una comunidad marginal.** Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Intercontinental, México, D.F.

Feldman, F.(1998). Aprender a tomar buenas decisiones. **LiberAddictus, 4(21)**. 30-31.

Fundación de Investigaciones Sociales, A.C. (1998). **Talleres Interactivos para la Promoción de la Salud.** Documento Interno.

García Cruz, A. (1998). Entre el ritual y la moda. **LiberAddictus, 4(21)**. 34-35.

García, S; Domínguez, M; Jiménez, A; Gutiérrez, A; Solís, J; Infante, R; Luna, A. (2000). Información y educación base para la prevención. **Salud Mental 23(3)**. 29-37.

Ge, X; Lorenz, F; Conger, R; Elder, C; Simons, R. (1994). Trajectories of stressful life events and depressive symptoms during adolescence. **Developmental Psychology 30(4)**. 467-483.

González Núñez, J. (2001). **Psicopatología de la Adolescencia**. México: Manual Moderno.

Hershon, I. (1977). Alcohol withdrawal symptoms and drinking behavior. **Journal of Studies on Alcohol, 38**. 953-971.

Holden, C. (1985). Genes, Personalidad y Alcoholismo. **Revista de la Universidad de Guadalajara, 3 (20,21)**. 103-108.

Hurlock, A. (1994). **Psicología de la Adolescencia**. México: Paidós. Psicología Evolutiva.

Jiménez, A; González-Forteza, C; Mora, J; Gómez, C. (1995). Acercamiento a la representación semántica del concepto de "estrés" en adolescentes mexicanos. **Salud Mental 18(1)**. 45-49.

Juárez, F. (1999). **Predictores de la conducta antisocial y su relación con el uso de drogas en una muestra nacional de estudiantes de enseñanza media y media superior**. Tesis de Licenciatura, Universidad Autónoma de México. México D.F.

Kroeger, A; Luna, R. (1992). **Atención Primaria de Salud. Principios y Métodos**. México: OPS.

Kumpulainen, K. (2000). Psychiatric Symptoms and deviance in early adolescence predict heavy alcohol use 3 years later. **Addiction 95(12)**. 1847-1857.

Kuperman, S; Schollosser, S; Kramer, J; Bucholz, K; Hesselbrock, V; Reich, T; Reich, W. (2001) The risk domains associated with the diagnoses of alcohol dependence in adolescents. **Addiction 96**. 629-636.

Larson, R; Ham, M. (1994). Stress and "storm and stress" in early adolescence: The relationship of negative events with dysphoric affect. **Developmental Psychology**. 130-140.

Lazarus, R; Folkman, S. (1991). **Estrés y Procesos Cognitivos**. México: Ediciones Roca.

Levisky, L, D. (1999). **Adolescencia**. Argentina: Lumen.

Linage, M. (2003). **La influencia del ambiente familiar en el consumo de drogas en adolescentes mexicanos**. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Intercontinental, México, D.F.

López, S. B. (1992). **Desarrollo de la confianza básica en un grupo de mujeres adolescentes farmacodependientes**. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Intercontinental, México, D.F.

Lucio, E; Ampudia, A.; (1998) **MMPI-A Manual para la aplicación y calificación**. El Manual Moderno. México, D.F.

Lucio, E; Durán, C; (2003) **Sucesos de Vida**. Manual. Versión para adolescentes. El Manual Moderno. México, D.F.

Lucio, E; León, I; Durán, C; Bravo, E; Velasco, E. (2001). Los sucesos de vida en dos grupos de adolescentes de diferente nivel socioeconómico. **Salud Mental 24(5)**. 17-24.

Maddaleno, M; Munist, M; Serrano, C; Silber, T; Suárez, E; Yunes, J. (1995). **La Salud del Adolescente y el Joven**. Washington: OPS/ OMS.

McDaniel, D; Shreeve, W. (1998). Building a comprehensive school-based drug/alcohol prevention program. **Early Child Development and Care 143**. 95-101.

Medina-Mora, ME; Díaz-Leal, L; Berruecos, L. (1994). La prevención de las adicciones. En. L. Berruecos y Díaz-Leal, L. (Eds). **Curso Básico sobre Adicciones**. 134-163. México: CENCA/ Fundación "Ama la vida".

Medina-Mora, M.E., Rojas, E., Juárez, F., Berenzon, S., Carreño, S., Galván, J., Villatoro, J., López, E., Olmedo, R., Ortiz, E; Ñequis, G. (1993). Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana. **Salud Mental 16 (3)**, 1-7.

Mello, K. (1986). Some aspects of the behavioural pharmacology of alcohol. En D.H Efrow (Ed). **Psychopharmacology: A review of progress**. 1957-1967. Washington: Government Printing Office.

Miles Cox, W. (1988). Personality Theory. En C.D Chaudron y D.A. Wilkinson (Eds). **Theories on Alcoholism**. 143-171. Canadá: Addiction Foundation Research.

Mills, K; Pfaffenberger, B; Mc Carty, D. (1981). Guidelines for alcohol abuse prevention on the college campus. **Journal of Higher Education 52(4)**. 399-414.

Moreno, L. (1994). ¿Puede un adolescente ser adicto?. **Addictus: Compendio uno, 4**,17-19.

Moreno, K; Cuevas, J. (2000). **Cómo proteger a tus hijos contra las drogas. Guía práctica para padres**. Panorama: México, D.F.

Mothner, I; Weitz, A. (1984). **Cómo abandonar las drogas**. España: Martínez Roca.

Navarro, A; Steta, C. (1986). Abandono paterno y proclividad al alcoholismo. Una revisión de la literatura. **Revista Mexicana de Psicología, 3(2-16)**. 161- 167.

Navarro, R; Casanueva, A. (1982). Características de Personalidad y Sintomatología en grupos de alcohólicos hospitalizados, según el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI). **Revista del Consejo para la Enseñanza e Investigación en Psicología**, **8(2)**. 237-247.

Palomar, J. (1999). Relación entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida en familias con un miembro alcohólico. **Salud Mental**, **22(6)**. 13-21.

Pascual, Y. (1998). Aspectos Psicodinámicas de la adicción a sustancias psicotrópicas. En Centros de Integración Juvenil A.C. (Ed). **Reflexiones en torno a las Adicciones**. (pp. 33-40). México D.F.

Pearlman, C. (1988). Systems Theory and Alcoholism. En C.D.Chaudron y D.A. Wilkinson (Eds). **Theories on Alcoholism**. (pp. 289-324). Canadá: Addiction Foundation Research.

Pearlstone, A; Hussell, R; Wells, P. (1994). A re-examination of the stress/illness relationship: how useful is the concept of stress?. **Person. Individ. Dic.** **17(4)**. 577-580.

Pelicier, Y. (1991). Los alcohólicos hoy. **Salud Mental**, **14(2)**. 7-11.

Pérez y Farias, J.M; Durán, C; Lucio, E, (2003). Un estudio sobre la estabilidad temporal del MMPI-A con un diseño test-retest en estudiantes mexicanos. **Salud Mental** **26(2)**. 59-66.

Perron, J; Coallier, J.C; Van Herwijnen, M. (1995). Les événements de vie à l'adolescence: un système multidimensionnel d'analyse qualitative. **L'orientation scolaire et professionnelle** **24(3)**. 233-249.

Petriats, J; Flay, B; Miller, T. (1995). Reviewing Theories of Adolescent Substance Use: Organizing Pieces in the Puzzle. **Psychological Bulletin** **112**. 67-86.

Puente, F; Gómez, F; Souza, M. (1979). **La familia ante el problema de las drogas**. México, D.F: CEMESAM.

Pulido, M.A. (1997). **Manual de Análisis Experimental de la Conducta**. México: Ed. Uia.

Reynaga, R; Unikel, C; Villatoro, J; Ortiz, A. (1996). Alcohol y Tabaco como drogas de inicio. **La Psicología Social en México**, **VI**. 549-553.

Rivera, E; Villatoro, J; Fleiz, C; Medina-Mora, ME; Jiménez, A. (1995). Percepción de las características de los padres y su relación con el consumo de drogas. **Revista de Psicología Social y Personalidad**, **XI (2)**. 149-158.

Rodríguez Feijóo, N. (1994). Construcción de un escala para medir estrés. **Avances en Psicología Clínica Latinoamericana** **12**. 47-62.

Rojas, E; Medina-Mora, ME; 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)**. 22-27.

Rossaux, P. (1996). El adolescente toxicomano y su familia: perspectivas para el tratamiento. En P.N.Medina & G-R.Thivierge (Eds). **La investigación en toxicomanía: estados y perspectivas**. 67-88.

Sánchez, J; Mateo R. ( ). **Los profesores ante las drogas**. Madrid: Prevención escolar contra las drogas.

Satir, V. (1991). **Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar**. Colombia: Ed. Pax México.

Seiffge-Krenke, I. (1998). **Adolecents` Health. A developmental Perspective**. Mahwah.N.J: Lawrence Erlbawm Associates, Publishers.

Stefian, G. (1999). Correction of normative misperceptions: An alcohol abuse prevention program. **J. Drug Education 29(2)**. 115-139.

Terrence, W.G. (1988). Alcohol use and Abuse: A Social Learning Analysis. En C.D Chaudron y D.A. Wilkinson (Eds). **Theories on Alcoholism**. 239-285. Canadá: Addiction Foundation Research.

Tumban, G; Windle, M. (1995) Continuity of Difficult Temperament in Adolescence: Relations with Depression, Life Events, Family Support, and Substance Use Across a One-Year Period. **Journal of Youth and Adolescence, 24(2)**.133-153.

Velasco, R. (2000). **La Familia ante las drogas**. Trillas: México.

Villa, A.; Fernández, J.J. (1999). Las Escuelas de Padres: un elemento imprescindible en la prevención familiar de las drogodependencias. **Revista Española de Drogodependencias 24(2)** , 102-117. Asturias-España.

Villatoro, J; Medina-Mora, ME; Fleiz, C; Juárez, F; Bérenzon, S; López, E; Rojas, E; Carreño, S. (1996). Factores que predicen el consumo de drogas en los estudiantes de enseñanza media y media superior de México. **La Psicología Social en México, VI**. 596-574.

Wagner, B; Cohen, P; Brook, J. (1996). Relationships between parents and adolescents. **Adolescent Research 11(3)**. 347-374.

Yu, J. & Perrine, B. (1997). The transmission of parent/adult child drinking patterns: Testing a gender-specific structural model. **American Journal of drug & alcohol abuse 23(1)**, 143-165.