



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**"VARIABLES ASOCIADAS A LA AUTO-EFICACIA EN  
ADOLESCENTES QUE INICIAN EL CONSUMO DE ALCOHOL"**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A :**

**VANIA BARRIENTOS CASARRUBIAS**

**DIRECTOR DE TESIS:**

**MTRO. FERNANDO VÁZQUEZ PINEDA**

**ASESORA:**

**LIC. LETICIA ECHEVERRÍA SAN VICENTE**

**ASESOR METODOLÓGICO:**

**MTRO. FRANCISCO JUÁREZ GARCÍA**



**FACULTAD  
DE PSICOLOGÍA**

**MÉXICO, D. F.**

**2007**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## AGRADECIMIENTOS

"Superar una dificultad da una alegría secreta pues significa que hemos trascendido nuestros propios límites y extendido nuestra libertad" H.F.A.

Papá†, por los recuerdos y enseñanzas que me dejaste que me llenan de motivación y entusiasmo. Por darme el ejemplo de que todo es posible.

A ti mamá, porque me has dado todo pero en especial, por tus abrazos y oídos incondicionales, por ser mi consejera y darme siempre la dosis perfecta de amor; por respetarme en todos los sentidos posibles, por confiar en mí.

Hermanita, por tantos momentos de risas sin fin que me llenan de ánimo para seguir adelante. Además, por ser mi porrista oficial.

Abuela Minga, por ser una invaluable figura en mi vida. Nunca podré devolverte ni la mitad de todo lo que tú me has dado.

Abuelos, por su amor constante a través de sus palabras o de esas delicias que nos comparten. Son un ejemplo de vida para mí.

Tías, por las pláticas de las que somos cómplices, su tiempo y su experiencia que me comparten con tanto cariño.

Tíos, por su figura paterna que ha hecho que me sienta reconfortada y querida, por su lucha constante y su disposición ante el servicio de todos los de su alrededor.

Primos, por su apoyo, sonrisas y cariño. Por compartir su vida conmigo, tanto la felicidad como la derrota.

A Jorge, por su empuje, su presencia, por ser un compañero en toda la extensión de la palabra, por animarme a crecer y a confiar. T.A.M.

A la Bostik, por su amistad que para mí no tiene igual.

A pilis, por ser mi mejor amiga.

Al Programa de Adolescentes, por el trabajo compartido, las pláticas y risas pero sobre todo por su solidaridad y amistad.

A Acasulco, por ser un lugar cálido al cual voy a trabajar con mucho entusiasmo y en donde encuentro gente muy valiosa.

A la UNAM, que más que ser una gran institución es una identidad que me llena de orgullo.

**"Variables Asociadas a la Auto-Eficacia en Adolescentes  
que Inician el Consumo de Alcohol"**

-----  
**ÍNDICE**  
 -----

⌘ Resumen	4
⌘ Introducción	5
⌘ Capítulo 1: Adolescencia y Consumo de Alcohol	8
1.1 El periodo de desarrollo de la adolescencia: personalidad, motivación, transición de roles y consumo de alcohol.	8
1.2 Conductas adictivas entre la población adolescente.	14
1.3 Teorías explicativas del consumo de alcohol.	18
1.4 Datos epidemiológicos acerca del consumo de alcohol de los adolescentes.	26
1.5 Consecuencias asociadas al consumo de alcohol en adolescentes.	29
1.6 Continuo de severidad de la adicción	30
⌘ Capítulo 2: Prevención y Programas Preventivos para Adolescentes	33
2.1 Prevención universal e indicada (factores de riesgo y protectores).	33
2.2 Programas preventivos para adolescentes.	44
2.3 Intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas.	47
⌘ Capítulo 3: Auto-Eficacia, Conductas Adictivas y Estudios Relacionados	53
3.1 Auto-eficacia.	53
3.2 Auto-eficacia y conductas adictivas.	56
3.3 Estudios en torno a la auto-eficacia y otras variables asociadas al consumo de alcohol.	59
3.4 Preguntas de Investigación	61
⌘ Método	63
4.1 Tipo de estudio, tipo de muestreo y diseño de investigación	63
4.2 Participantes	63
4.3 Escenario	64
4.4 Instrumentos	64
4.4.1 Historia de consumo de alcohol para adolescentes	64
4.4.2 Línea base retrospectiva (LIBARE)	64

4.4.3 Cuestionario de confianza situacional versión breve (CCS)	64
4.4.4 Entrevista para la identificación de características de consumo del adolescente	65
4.5 Procedimiento	65
⌘ Resultados	68
I. Características de la muestra	68
5.1.1 Sexo	68
5.1.2 Edad y escolaridad	68
5.2 Tiempo de Inicio del consumo de alcohol	69
5.3 Frecuencia de consumo de alcohol	70
5.4 Cantidad de consumo de alcohol	70
5.5 Promedio de consumo de alcohol	71
5.6 Consecuencias asociadas al consumo de alcohol	71
5.6.1 Consecuencias sociales	71
5.6.2 Consecuencias físicas	72
5.6.3 Consecuencias cognitivas	72
5.6.4 Consecuencias afectivas	73
5.6.5 Consecuencias interpersonales	73
5.6.6 Consecuencias de agresión	74
5.6.7 Consecuencias legales	74
5.6.8 Consecuencias financieras	75
5.7 Auto-Eficacia	75
II. Relaciones entre las variables del estudio	76
5.8 Relación entre las variables de tiempo de inicio, patrón y auto-eficacia	76
III. Conformación de grupos y consecuencias asociadas	76
5.9 Conglomerados jerárquicos	76
5.9.1 Características de las variables del estudio por grupo	77
⌘ Discusión y Conclusiones	80
⌘ Referencias	87
⌘ Apéndice A	
• Historia de consumo de alcohol para adolescentes	
⌘ Apéndice B	
• Línea Base Retrospectiva (LIBARE)	

⌘ Apéndice C

- Cuestionario de Confianza Situacional versión breve (CCS)

⌘ Apéndice D

- Entrevista para la identificación de características de consumo del adolescente

⌘ Apéndice E

- Análisis de Conglomerados Jerárquicos: Dendograma

⌘ Apéndice F

- Análisis de Correlación de Pearson

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

NOMBRE: BONNIE CASAMBIAS

VANIA

FECHA: 22/enero/07

FIRMA: [Firma]

---

## RESUMEN

---

Actualmente, nuestro país enfrenta el aumento en el consumo de alcohol; una de las poblaciones prioritarias dentro de este fenómeno de salud pública es la adolescente. Ante esto, se han desarrollado intervenciones dirigidas a tratar esta problemática, uno de los marcos que ha mostrado abordarla con eficiencia es la Intervención Breve que integra elementos Cognitivo-Conductuales; entre los que se encuentra la auto-eficacia, la cual desempeña un papel único dentro del estudio y tratamiento de la conducta adictiva. En esta área, el estudio de la auto-eficacia resulta indispensable puesto que permite explorar las creencias de los jóvenes con respecto a su confianza para evitar el consumo excesivo en diferentes escenarios. El propósito del presente estudio fue explorar la posible asociación entre las variables de tiempo de inicio, patrón de consumo, consecuencias asociadas y la auto-eficacia para evitar el consumo excesivo de alcohol a través de medidas descriptivas, un análisis de correlación y un análisis de conglomerados jerárquicos. La población del estudio estuvo constituida por 20 adolescentes, estudiantes de entre 14-21 años que asistieron al "Programa de Atención para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Drogas" que consumían únicamente alcohol y presentaban consecuencias asociadas. Se emplearon 4 instrumentos: la Entrevista para la identificación de características de consumo del adolescente, la Historia de consumo de alcohol para adolescentes, el Cuestionario de confianza situacional versión breve, y la Línea Base Retrospectiva (LIBARE). El estudio se llevó a cabo en el Centro Acasulco de la Facultad de Psicología de la UNAM y en 4 instituciones de educación pública de nivel medio y medio superior de la UNAM. Los resultados mostraron una fuerte relación entre las variables de frecuencia y cantidad de consumo de alcohol. Hubo una relación negativa entre la auto-eficacia para evitar el consumo excesivo en la situación de malestar físico y la cantidad de consumo. Las mujeres de este estudio constituyen la población con mayor vulnerabilidad adictiva ya que presentaron un patrón de consumo elevado y consecuencias asociadas al consumo de mayor riesgo, en comparación con los hombres.

**Descriptores:** Consumo de Alcohol, Adolescentes, Auto-eficacia, Consecuencias Asociadas, Patrón de Consumo

## ⌘ Introducción

En nuestro país uno de los principales problemas que actualmente se enfrenta es el aumento del consumo de sustancias adictivas en grandes sectores de la población. Una de las poblaciones que ha sido prioritaria dentro de este fenómeno de salud pública es la adolescente ya que se ha observado que durante este periodo hay un aumento en actividades que ponen en riesgo la salud y la seguridad, entre las que se incluye el uso de alcohol (Baer & Peterson, 2002). Dentro del grupo adolescente existen datos que muestran aspectos de particular importancia como la disminución progresiva en la edad de inicio del consumo, esto es, que los adolescentes prueban, a edades cada vez menores, sustancias adictivas, además del emparejamiento en el consumo de hombres y mujeres (ENA, 1998, 2003).

Cabe resaltar que aunque en los últimos años ha habido un mayor involucramiento de los jóvenes en el consumo de distintas sustancias como la marihuana, la cocaína, y los inhalables, se destaca el alcohol por ser la droga de la que más abusan los adolescentes (ENA, 1998). La práctica del consumo de alcohol representa en sí misma un problema importante por diversas consideraciones de las cuales se resalta la conceptualización que se le ha dado como una sustancia "de entrada" por representar una mayor probabilidad para experimentar con otro tipo de sustancias.

Además, se ha encontrado que aquellos adolescentes que consumen de forma excesiva alcohol presentan consecuencias asociadas a su consumo entre las que se pueden mencionar: accidentes automovilísticos, actos antisociales, problemas escolares, cruda física, arrepentimiento, riñas, peleas, detenciones y prácticas sexuales de riesgo (Villatoro, 1999; Rojas Guiot, 1995). La literatura científica señala que un uso temprano de sustancias predice problemas de abuso en etapas posteriores (Medina-Mora & López, 1994). Este dato señala un punto central con respecto al estudio del consumo de sustancias en adolescentes.

Debido al aumento del consumo de alcohol entre los jóvenes en los últimos años se han desarrollado intervenciones dirigidas a tratar esta situación y se ha propuesto, ante todo, dotar al individuo de recursos o herramientas que le ayuden a enfrentar situaciones evaluadas como de alto riesgo y poder evitar graves consecuencias asociadas al consumo tanto a corto como a largo plazo. Ante esto, se ha recurrido a distintos marcos conceptuales que ayuden a explicar el desarrollo de estos recursos con el fin de agregar este elemento en las intervenciones de tratamiento para que el adolescente pueda percibirse con confianza para modular su conducta de consumo en situaciones de riesgo potencial.

Uno de los marcos que ha mostrado abordar esta situación con eficiencia es el de la Intervención Breve que integra elementos Cognitivo-Conductuales. A partir de esta perspectiva es que se desarrolla el "Programa de Intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas" (Martínez, 2003). Dentro de este programa, uno de los componentes que se plantea evaluar es el de auto-eficacia que ha sido identificado como un elemento clave para el abordaje de este fenómeno de la salud y se utiliza para reforzar las creencias que el individuo adolescente tiene acerca de sí mismo para manejarse de manera adecuada en situaciones relacionadas al consumo de alcohol. El estudio de la confianza para resistir el consumo en situaciones de alto riesgo es un aspecto importante en los tratamientos para abordar los problemas con el alcohol (Breslin, et al 2000).

El objetivo de este estudio fue observar y analizar la auto-eficacia del adolescente tomando en cuenta las variables de tiempo de inicio del consumo, las consecuencias asociadas al consumo, partiendo de



información referente al patrón de consumo, entendido como la cantidad y la frecuencia de consumo de alcohol del adolescente.

La forma en la que está organizado este estudio, está en función de brindar una mejor comprensión de los temas involucrados por lo que se iniciará revisando en el capítulo 1, el periodo de desarrollo de la adolescencia, la adquisición de las conductas adictivas, algunas de las teorías que han abordado el tema de consumo de alcohol y que brindan un marco explicativo al respecto, datos epidemiológicos acerca del consumo de alcohol entre los adolescentes y las consecuencias asociadas a éste. En el capítulo 2 se revisa el tema de prevención como concepto general y aplicado al campo de las conductas adictivas, los modelos preventivos para el uso de alcohol y otras drogas en adolescentes y, en particular, se describe la "Intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas" dentro del cual se desarrolla el presente estudio. Para finalizar con la revisión teórica, en el capítulo 3 se aborda el concepto de auto-eficacia, la forma en que es aplicado este concepto dentro de las conductas adictivas y, por último, estudios empíricos realizados en torno a la auto-eficacia. Posteriormente, se describe el método utilizado, los resultados obtenidos y, como parte final, se incluye la discusión y las conclusiones así como las limitaciones, las sugerencias y las implicaciones para el tratamiento que surgen de la realización de este estudio.

---

CAPÍTULO 1:  
ADOLESCENCIA Y CONSUMO DE  
ALCOHOL

---

## ⌘ Capítulo 1: Adolescencia y Consumo de Alcohol

### 1.1 El periodo de desarrollo de la adolescencia: personalidad, motivación, transición de roles y consumo de alcohol.

Definir la adolescencia ha sido una labor realizada desde diferentes perspectivas teóricas que se basan en explicaciones de diversa naturaleza. Por ello, es necesario conocer, de manera general, lo que se ha llegado a conceptualizar como adolescencia, vista desde distintos enfoques, ya que es importante destacar que no existe un criterio unificado acerca de una teoría del desarrollo o marco conceptual (Monti et al, 2001).

La intención de esta revisión descansa en el objetivo de dar a conocer los enfoques que han desarrollado un cuerpo teórico importante en el campo del desarrollo humano así como estudiar algunos de los elementos que contribuyen a la aparición de una conducta de riesgo en particular, el consumo de alcohol.

De inicio, la palabra adolescencia viene del verbo latino *adoleceré*, que significa "crecer" o llegar a la madurez (Golinko, 1984). Esta definición entraña la concepción de este periodo del ciclo vital como un proceso crítico para el individuo que influirá de manera sustancial en su vida. La aparición de conductas dañinas en este periodo es un ejemplo del porqué es un periodo especial que representa el momento indicado para estudiar el surgimiento de la conducta bebedora del individuo.

De manera general, la adolescencia ha sido conceptualizada como una etapa de vida distinta entre la infancia y la adultez caracterizada por cambios biológicos, psicológicos y procesos sociales. Este periodo inicia en la pubertad y termina con el inicio de la vida adulta, por lo que se le concibe como un tiempo de transición dentro del ciclo vital. Los individuos crecen rápidamente, desarrollan características sexuales secundarias, mayores habilidades cognitivas y gradualmente adoptan la conducta social del adulto. La principal tarea de la adolescencia es el desarrollo de la autonomía y la identidad así como las competencias personales necesarias para la adopción del papel adulto (Baer & Peterson, 2002). Además, se argumenta que está caracterizada por nuevos contextos sociales, responsabilidades adicionales y privilegios, así como oportunidades e incentivos para un importante cambio de desarrollo en la auto- definición (Schulenberg et. al, 1997).

- Teoría biológica del desarrollo adolescente

Uno de los primeros autores que abordó la etapa de desarrollo de la adolescencia fue G. Stanley Hall (1904), fundador del estudio científico de la adolescencia. Describió a la adolescencia como un periodo de gran "tormenta y estrés", lo que correspondería al tiempo en que la raza humana se encontraba en una etapa turbulenta de transición en el camino de la civilización. Hall decía que la tormenta y estrés que se experimenta en la adolescencia tiene causas biológicas que resultan de los cambios que tienen lugar en la pubertad por lo que la pubertad representa un tiempo de trastorno e incapacidad. El final de la adolescencia marca el nacimiento de los rasgos adultos, que corresponden al inicio de la civilización moderna (Rice, 1997).

Dentro del enfoque biológico, se considera que los cambios biológicos asociados con la pubertad pueden ser potencialmente significativos, sin embargo, la naturaleza específica de su influencia está menos determinada por los cambios bioquímicos que ocurren en el adolescente a diferencia del ambiente sociocultural en donde vive el adolescente (Kimmel & Weiner, 1985).

Desde esta postura se considera que el desarrollo óptimo como ser humano se alcanza a través de un período de caos interno para así poder, posteriormente, asimilar el papel de adulto como la meta deseada dentro del ciclo vital.

- Teoría psicoanalítica del desarrollo adolescente

Como en la teoría de Hall, las perspectivas de la infancia dentro del psicoanálisis clásico reflejan un fuerte énfasis en el componente biogenético. La personalidad se reporta conformada durante los primeros 5 o 6 años de vida bajo la dirección de fuerzas de energía innatas (libido) que son establecidas de manera predeterminada. Enfocándose por orden en diferentes zonas del cuerpo, estas fuerzas producen una secuencia universal de etapas psicosexuales conocidas como: etapa oral, anal, fálica y genital. Cada una de estas etapas está asociada con ciertas características de personalidad y diferencias individuales entre los individuos como resultado de aspectos en su desarrollo que se fijan durante dichas etapas (Kimmel & Weiner, 1985).

Desde este marco de referencia, la adolescencia es el resultado del desarrollo de las pulsiones que se producen en la pubertad y que modifican el equilibrio psíquico, lo que produce una vulnerabilidad de la personalidad. Junto a ello, hay un despertar de la sexualidad que lleva a buscar objetos amorosos fuera de la familia, modificando los lazos con los padres lo que produce un proceso de desvinculación con la familia y de oposición a las normas, que permite la formación de nuevas relaciones en el exterior del medio familiar. Por lo que existe la probabilidad de que se produzca un comportamiento mal adaptado, con fluctuaciones en el estado de ánimo, inestabilidad en las relaciones, depresión e inconformismo.

A partir de esta postura teórica, la adolescencia contribuye muy poco al desarrollo de la personalidad. Sin embargo, ésta constituye una fase de ajuste diferente que es muy importante para la formación de la identidad (Delval, 1994).

Como se observa, los enfoques descritos muestran un fuerte énfasis en el componente interno como aquel que determina, en su mayoría, los cambios en el adolescente. A través del tiempo la concepción de la adolescencia ha ido cambiando especialmente cuando se trata de determinar el peso de los componentes involucrados. En especial, se le ha otorgado un menor peso a aquellas argumentaciones de tipo interno como lo son los factores biológicos y fisiológicos que explican los cambios producidos en los individuos que se encuentran en esta etapa de transición. Por otro lado, la relevancia que se le ha dado a los factores sociales o ambientales ha aumentado a partir de los avances observados en la literatura psicológica con relación al estudio de la adolescencia.

Cabe mencionar que no se elimina por completo el componente biológico dentro de la explicación de los cambios observados en la adolescencia pero se ha señalado que el estudio de esta etapa de transición es mejor cuando se hecha mano de diversos componentes que conformen una explicación más completa y multideterminada. Entre los componentes que se han identificado como responsables de los cambios en la adolescencia se pueden encontrar al cognitivo y al social. Por lo que a continuación se revisarán estas formas particulares de estudiar la adolescencia.

- Teoría cognitiva del desarrollo adolescente

Una de las áreas que se ve impactada por la adolescencia es la cognitiva ya que involucra el pensamiento del adolescente con respecto a distintos temas, intereses y es un elemento importante en la toma de decisiones.

.....

Cabe destacar que así como el desarrollo físico no es el mismo de un adolescente a otro, el desarrollo cognitivo es de igual forma diferencial entre ellos.

Keating (1990) notó que, en general, el pensamiento adolescente tiende a utilizar ideas abstractas (en lugar de limitarse a la realidad concreta), ser multidimensional (en lugar de limitarse a una sola idea), ser relativo (en lugar de ser absoluto) y auto-reflexivo.

La causa de este desarrollo en la habilidad del pensamiento no es completamente entendida, pero no es el resultado simple de la maduración o crecimiento del cerebro. Case (1985) sugiere que es la resultante de algunas combinaciones de distintos desarrollos interrelacionados: un mayor procesamiento automático de información, una capacidad aumentada de la memoria de trabajo y una mayor familiaridad con el conocimiento específico. Como resultado, el pensamiento se torna más eficiente, mayores dimensiones pueden ser guardadas en la mente en un momento y las ideas pueden ser organizadas y reorganizadas en patrones conceptuales más amplios.

El desarrollo de habilidades del pensamiento no avanza de golpe durante la adolescencia. En particular, hay siempre un periodo de relativismo en el cual el adolescente parece inseguro de la solución de un problema, cuando de hecho, existe suficiente información disponible para tomar una decisión.

La comprensión de la importancia de este desarrollo intelectual durante la adolescencia revela una variedad de asuntos en el desarrollo adolescente. Por ejemplo, la complejidad con la que un individuo piensa, afecta la complejidad de su auto-imagen, su sentido de identidad y la habilidad para entender sus relaciones interpersonales. Además, esta perspectiva sobre el desarrollo adolescente pone atención especial en el crecimiento de la habilidad de pensar y organizar su situación particular en el contexto ambiental en que viven los adolescentes. Esto es, la forma en que piensan acerca de su familia, sus amigos, su escuela y sus propias metas futuras afectan su percepción sobre los elementos básicos que constituyen su espacio vital (Kimmel & Weiner, 1985).

Piaget, uno de los principales representantes de la aproximación cognitiva, argumenta que durante la adolescencia se producen importantes cambios en el pensamiento que van unidos a modificaciones en la posición social. El carácter fundamental de la adolescencia es la inserción en la sociedad de los adultos y por ello las características de la adolescencia están muy relacionadas con la sociedad pero tiende a modificarla. Por ello, elabora planes de vida, lo que consigue gracias a que puede razonar no sólo sobre lo real, sino también sobre lo posible. Las transformaciones afectivas y sociales van unidas indisolublemente a cambios en el pensamiento. Según Piaget, la adolescencia se produce por una interacción entre factores sociales e individuales (Delval, 1994).

- Modelo ecológico del desarrollo humano

Una perspectiva que otorga relevancia al papel del medio ambiente en el desarrollo humano es el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979) pero existen particularidades en este modelo que lo hacen destacarse en relación a la forma en que aborda este tema. A continuación se presentan los elementos constitutivos de esta teoría.

Bronfenbrenner (1979) denomina a su teoría como "Ecología del desarrollo humano", ésta representa una concepción diferente de la persona en desarrollo, el ambiente y, especialmente, de la interacción que se desenvuelve entre ambos.

Una consideración importante dentro de este modelo es que la interacción de la persona con el ambiente es bidireccional. El ambiente no se limita a un único entorno inmediato, sino que se extiende para incluir a las interconexiones entre estos entornos, y las influencias externas que emanan de los entornos más amplios.

Son muy pocas las influencias externas que afectan de una manera significativa la conducta y el desarrollo humano, que pueden describirse exclusivamente en función de las condiciones y los hechos físicos objetivos; los aspectos del ambiente que modelan con más fuerza el curso del desarrollo psicológico son, sin duda, aquellos que tienen significado para la persona en una situación determinada. Lo anterior se refiere a aquellas propiedades subjetivas de los ambientes, es decir, la forma en que son percibidos dichos ambientes.

Un concepto que se agrega dentro de este modelo es el de *Transición Ecológica* que se produce cuando la posición de una persona en el ambiente ecológico se modifica como consecuencia de un cambio de papel, de entorno, o de ambos a la vez, este es el caso de la adolescencia. Las transiciones dependen conjuntamente de los cambios biológicos y de la modificación de las circunstancias ambientales; por lo tanto, representan ejemplos por excelencia del proceso de acomodación mutua entre el organismo y su entorno.

Dentro de esta explicación se puede entender cómo es que el contexto y la vida social del adolescente se ve impactada por los diferentes y novedosos ambientes en los que puede interactuar, su papel dentro de su círculo social además de las diversas opciones que se abren ante él. Todo esto también debe tomarse en cuenta para poder dar una explicación integral acerca de los factores que están involucrados en el cambio de actitudes, hábitos y comportamientos del individuo adolescente.

- Teoría cognitiva social del desarrollo

Uno de los enfoques que también resalta la importancia de elementos ambientales además de personales (biológicos y psicológicos) dentro del desarrollo humano en cuanto a la adquisición de conductas es la teoría cognitiva social (TCS) desarrollada por Albert Bandura.

El argumento básico de la TCS es que los mismos principios del aprendizaje modelan el desarrollo en todas las edades. La experiencia previa y las situaciones actuales son relevantes en cuanto a lo que las personas aprenden pero no existe una teoría única del aprendizaje adolescente. Los adolescentes son influenciados por sus experiencias de la misma forma que los niños y los adultos, aunque ellos puedan estar aprendiendo diferentes tipos de conductas. Dentro de esta línea, en lugar de caracterizar a la adolescencia como un inusual periodo tormentoso, la TCS enfatiza la similitud de la adolescencia con otros periodos de la vida. El punto central, entonces, se ubica en la forma en que aprenden las personas, es decir, cómo adquieren el aprendizaje (Kimmel y Weiner, 1985).

Bandura (1978, 1982) analiza la conducta humana dentro del marco teórico de la reciprocidad triádica, las interacciones recíprocas de conductas, variables ambientales y factores personales como las cogniciones:

Según la postura cognoscitiva social, la gente no es impulsada por fuerzas internas ni controlada y modelada automáticamente por estímulos externos. No: el funcionamiento humano se explica en términos de un modelo de reciprocidad triádica en el que la conducta, los factores personales cognoscitivos y de otra clase, así como los

acontecimientos del entorno son determinantes que interactúan unos con otros (Bandura, 1986).

Dentro de las principales formas en las que puede ser adquirido el aprendizaje se encuentra el condicionamiento, el cual ocurre cuando un reforzamiento está asociado a un comportamiento específico. La vida está llena de conductas condicionadas; conductas rutinarias y repetitivas aprendidas desde la primera vez en que se reforzaron tales acciones como una manera de alcanzar una meta deseada. Así como son adquiridas aquellas conductas que están presentes dentro de nuestra vida cotidiana mediante el condicionamiento, conductas más complejas son también aprendidas por este mismo tipo de aprendizaje (Kimmel y Weiner, 1985) como puede ser el caso del consumo de alcohol.

Otra forma importante de aprendizaje es el que ocurre por observación o modelamiento. Muchas de las tareas complejas de la vida no pueden ser aprendidas simplemente a través de ensayo y error y es por este medio que distintos patrones conductuales son adquiridos (Kimmel y Weiner, 1985). Este tipo de aprendizaje ocurre cuando los individuos observan e imitan la conducta de otros que funcionan como modelos. Son cuatro los componentes involucrados en este proceso de aprendizaje: atención, retención, reproducción motora y motivación (Schunk, 1997).

Dentro de este marco, la naturaleza de los individuos es definida en términos de un número de capacidades cognoscitivas básicas: la capacidad de simbolización que se refiere a la acción de procesar y transformar las experiencias en modelos internos que sirven como guías para la realización de acciones futuras; la capacidad de previsión, a partir de la cual las personas se motivan a sí mismas y guían sus acciones de manera anticipada; la capacidad vicaria, que se entiende como la capacidad de aprender a través de la observación; y, finalmente, la capacidad de autorregulación que posee un papel central en relación a las funciones de autorregulación de la conducta (Bandura, 1986).

Además de las aportaciones realizadas por este autor en cuanto al entendimiento de la forma en que es adquirido el aprendizaje en las diferentes etapas de desarrollo, Bandura se interesó en conocer la forma en que la gente intenta controlar los acontecimientos importantes de su vida mediante la regulación de sus propios pensamientos y actos y los procesos básicos que consisten en proponerse metas, juzgar de antemano los resultados de sus actos, evaluar los progresos rumbo a las metas y regular los pensamientos, emociones y actos propios (Schunk, 1997). La proposición de que la conducta puede ser auto-regulada sienta las bases para el constructo de auto-eficacia (Leonard & Blane, 1999). Este concepto representa el elemento explicativo más importante para la adquisición, el mantenimiento y el cambio de una conducta (Rodríguez, 2004).

En capítulos posteriores se profundizará más en el tema de la auto-eficacia, ya que es uno de los temas principales de este estudio.

La TCS es una de las aproximaciones mayormente utilizadas para el abordaje de distintos fenómenos psicológicos. Por su parte, el estudio del consumo de alcohol ha dado resultados fructíferos en esta área mostrando ser una opción exitosa.

- Teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes

Una de las teorías que ha retomado algunas características de la TCS es la teoría de la conducta problema de Jessor & Jessor (1977). Esta teoría fue inicialmente aplicada en el contexto del abuso de

alcohol. En años posteriores, esta teoría fue revisada y reformulada y a partir de esta labor se desarrolló la teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes (Jessor, 1991). El marco conceptual de esta teoría está esencialmente conformado en torno a los conceptos básicos que argumentan que toda conducta es funcional, propositiva e instrumental dirigida al logro de metas deseadas. Las normas y expectativas de la amplia cultura social y las experiencias diarias del individuo adolescente moldean los significados, las metas y las expresiones de su comportamiento (Jessor & Jessor, 1977; Jessor, 1987; Jessor, 1998).

El enfoque central de la investigación de Jessor y Jessor (1977) estuvo dirigida a la noción de la conducta problema en jóvenes, incluyendo el uso de drogas, el comportamiento sexual, el uso de alcohol así como la conducta asociada con el exceso de bebidas alcohólicas, la conducta rebelde y la desviación en general como la agresión, el robo y la mentira. La conducta problema fue concebida en relación a las características de la personalidad, la conducta y el ambiente percibido por el adolescente que se involucra en tal comportamiento Fuente original: <http://www.library.uow.edu.au/adl-NWU/uploads/approved/adl-NWU20031001.162858/public/05Chapter3.pdf>

El objetivo de este marco de referencia psicosocial es el entendimiento de un dominio en particular de conducta humana, esto es, las conductas que involucran la trasgresión de normas personales y sociales (Jessor et al, 1991). Por lo que, una conducta problema es aquella que sale de la norma para la mayoría de la sociedad y que requiere de algún tipo de respuesta de control social por ser desaprobada (Rodríguez, 2004; Jessor, 1986).

La naturaleza propositiva del comportamiento adolescente y las necesidades de desarrollo pueden hacer que su comportamiento se vuelva problemático. El hecho de que los adolescentes se involucren en conductas potencialmente dañinas no significa que sean necesariamente patológicas, irracionales o perversas; más bien, el involucramiento en tales conductas son indicadores del deseo del adolescente por afirmar su madurez y su entrada a la adultez. Cuando este comportamiento se presenta a una edad apropiada en el tiempo, en un contexto ordenado y en un ambiente protector, puede considerarse como una conducta normal y adaptativa dentro de su desarrollo, se convierte en un problema cuando este tipo de conducta no ocurre a una edad apropiada ni realizada en un ambiente protector y consecuentemente llevará al adolescente hacia terrenos de auto-daño y a un desarrollo mal adaptado (por ejemplo, mal uso del alcohol y embarazos no deseados) Fuente original: <http://www.library.uow.edu.au/adl-NWU/uploads/approved/adl-NWU20031001.162858/public/05Chapter3.pdf>

Una aclaración que cabe realizar en relación al origen de esta teoría es que parte del interés por estudiar la conducta problema y no aquella que es normativa de los jóvenes lo que simboliza una alternativa en el tipo de explicaciones que se derivan de ella. Más adelante se revisará el modelo de factores de riesgo y de protección aportado por estos autores.

Como se revisó en líneas anteriores, las aportaciones realizadas por cada marco conceptual son distintas y sugieren elementos concretos como aquellos que determinan los cambios producidos en la adolescencia; cada aproximación posee virtudes a nivel explicativo. Dentro de este estudio se utilizará como único marco de referencia la TCS por poseer un cuerpo conceptual enriquecedor en cuanto a las explicaciones subyacentes en el campo de las conductas adictivas, específicamente en relación al cambio conductual.

Una vez que se han revisado las principales teorías en torno al desarrollo adolescente es indispensable presentar elementos descriptivos que nos ayuden a conformar un panorama más completo acerca de los elementos asociados a la adquisición de las conductas adictivas en los adolescentes de nuestro país.



---

## 1.2 Conductas adictivas entre la población adolescente

Lo que se presenta a continuación son algunas observaciones realizadas en torno a aquellos adolescentes que presentan consumo de alcohol así como algunas de las características asociadas al entorno social, familiar y de pares de este grupo de la población adolescente.

- Etiología del consumo de alcohol

Para algunos jóvenes, los diferentes cambios que se dan en la adolescencia sientan las bases para la manifestación de trayectorias riesgosas originadas en la infancia o en etapas tempranas; para otros, las distintas transiciones de la adolescencia contribuyen a que algunos individuos (estadísticamente hablando) se involucren en conductas problema, de manera general, y experimenten con el uso de sustancias de manera específica (Jessor & Jessor, 1977; Rose, 1998; Baer & Peterson, 2002).

De igual forma, se considera que estos cambios que se presentan en la adolescencia por ser simultáneos e inmediatos pueden contribuir en la disminución de la salud y el bienestar; un ejemplo de esto es que una vez que son físicamente capaces, muchos jóvenes se involucran en conductas sexuales antes de que adquieran los motivadores y habilidades que los protejan a ellos mismos y a sus parejas (Brooks-Gunn & Reiter, 1993). Estas discrepancias en el repertorio conductual de los adolescentes y su desarrollo cognitivo, emocional y social pueden ocasionar resultados perturbadores (Moffitt, 1993).

En relación a la etiología del uso de sustancias, la estabilidad en el desarrollo y los cambios que se presentan son concebidos como interacciones dinámicas entre el individuo y el contexto. La etiología no sólo depende de las características individuales que han sido experimentadas por los individuos en esta etapa del desarrollo, también depende de las características contextuales como la disponibilidad de una determinada droga, la regulación y las estructuras de las expectativas que gobiernan el uso así como en las fuentes e interacciones actuales entre ambas (Monti et al., 2001).

Los patrones de beber se aprenden dentro de un contexto general de socialización, por lo cual en las diferentes etapas vitales (infancia, adolescencia y adultez), las creencias sobre el uso del alcohol cambian en concierto con los cambios que se observan en las fuerzas de socialización (Celucci, 1982; Zucker, 1979; Plant, 1979).

El niño imita al adulto en el consumo de alcohol igual que en cualquier otro aspecto. Tiene muy presente la imagen del adulto que bebe en cualquier acontecimiento, del adulto que se siente alegre y eufórico con la bebida, del adulto que bebe con otros adultos... y de esta forma convierte la bebida en una meta a alcanzar. De una forma subliminal el consumo de alcohol es símbolo de adultez. El consumo de alcohol se convierte así en un aprendizaje más, pero, en este caso, más tentador porque es el aprendizaje de algo que identifica con "ser mayor". Para Maddox (1970) el adolescente no inventa la idea del consumo de alcohol, la aprende. La aceptación y deseo del consumo de alcohol le son continuamente sugeridas por la elaborada integración del uso de alcohol en la cultura y conducta social del adulto (Senra, 2003).

El consumo de alcohol es un hábito culturalmente definido e institucionalizado de la estrategia social de muchas personas. El alcohol tiene un significado simbólico vinculado con las relaciones interpersonales y éste es el principal argumento de la mayoría de los adultos para justificar su hábito de consumo. No es sorprendente que los adolescentes puedan aportar argumentos similares para justificar su consumo de bebidas alcohólicas. Generalmente, los jóvenes consumidores aducen que

.....

beben para ser uno más en la pandilla, para celebrar ocasiones especiales o para divertirse. Lo que el adolescente piensa y sus actitudes hacia el alcohol reflejan su integración de las tradiciones culturales adquiridas y canalizadas a través de grupos o de personas con las que se identifica, teniendo una especial influencia los padres, los amigos y los medios de comunicación (Senra, 2003). Las experiencias tempranas con agentes socializadores del alcohol (la familia y los compañeros) juegan un papel importante en la iniciación y mantenimiento de su uso entre los jóvenes (Ayala, 1993).

En teoría, cabría esperar que la observación de los padres es la mejor clave para entender la conducta de sus hijos adolescentes porque ellos tienen más acceso a su intimidad que ninguna otra persona o grupo social, pero la imagen de adultez que ofrecen los padres, aunque es básica para los adolescentes no es el único modelo. Los compañeros y amigos de la misma edad, que pueden tener actitudes distintas hacia el alcohol, tienen una gran importancia en las experiencias del adolescente, especialmente en nuestra sociedad actual que atribuye un largo periodo de tiempo a la transición desde la infancia a la vida y papel de adulto (Senra, 2003).

Cuando una pandilla de adolescentes consume habitualmente alcohol, se la considera un peligro por los padres de los no consumidores, pero la realidad demuestra que el adolescente puede consumir alcohol en su grupo o pandilla sin que sus padres lo sepan. Los compañeros le proporcionan el apoyo para sus primeras experiencias con las bebidas, cuando ésta es considerada prematura por los adultos. El consumo de alcohol con los compañeros es, al principio, parte de un rito de iniciación. Afortunadamente, también es muy frecuente que un joven se mantenga abstemio a pesar de las presiones de su grupo en el que la ingesta es habitual. Este hecho es posible porque el adolescente es capaz de encontrar motivación y refuerzo para su abstinencia en otras personas significativas para él (Senra, 2003).

En la conducta del adolescente y en sus creencias sobre el alcohol también tienen gran influencia los medios de comunicación que ofrecen al adolescente modelos de conducta estereotipados que no siempre coinciden con los que reciben de sus padres. En nuestra sociedad este problema de confrontación entre modelos de conducta contradictorios, no se reduce solamente por supuesto, al consumo de alcohol. A pesar del gran impacto de los medios de comunicación, no se puede considerar su influencia como determinante en el inicio o prevalencia del consumo; en todo caso, esta influencia hay que inscribirla en el entorno del adolescente, en sus relaciones familiares y en su grupo de iguales, para relacionar y comprender su respuesta al mensaje publicitario. Los padres y los iguales son, por tanto, los agentes sociales y afectivos de mayor influencia en las creencias y actitudes del adolescente hacia el consumo de alcohol (Senra, 2003).

Además de las experiencias modeladoras del consumo de alcohol por parte de allegados al adolescente existen otro tipo de elementos que pueden influenciar que el adolescente se inicie en el consumo de alcohol como lo son las situaciones o contextos en los que se desenvuelve el individuo dentro del país.

Los cambios sociales ocurridos en las últimas décadas, derivados de variaciones en la dinámica y composición de la estructura demográfica de la población, las recurrentes crisis económicas y una acelerada apertura social y cultural frente al proceso de modernización, han afectado las vidas de las personas en los ámbitos individual, familiar y social en que interviene el abuso de sustancias (Medina-Mora et al, 2001).

Estos cambios a nivel social acarrearán inestabilidad y nuevos valores orientados al consumo y al debilitamiento de los controles sociales tradicionales. En este contexto, el alcohol y las drogas se convierten en bienes de consumo y se incorporan al mercado (Medina-Mora et al, 2001).

Se ha observado un importante incremento en la población, la cual se duplicó en 1981 y se espera que vuelva a duplicarse en 2020 (Medina-Mora et al, 2001). En cuanto a la población adolescente, la Encuesta Nacional de Juventud (2000) reporta que 33, 613,437 habitantes del país son jóvenes entre 12 y 29 años de edad, es decir un 34.5% de la población total. De ellos, el 48.5% son hombres y el 51.5% mujeres. De esta forma se inicia el tercer milenio con aumentos de la población vulnerable al abuso de sustancias.

Los arreglos familiares han cambiado y se manifiesta una apertura y fragilidad en el vínculo, con modificaciones en las funciones de los roles, en tipo de uniones y en las relaciones entre las generaciones. Todo lo anterior limita el papel de la familia como protectora de sus miembros frente a los riesgos externos ya que jóvenes y niños tienden a realizar más actividades lejos del hogar y del control familiar. Por lo tanto, las expectativas indican que el problema del alcohol y las drogas seguirá aumentando porque igualmente crece la población vulnerable; porque siguen presentes y con tendencia a incrementarse todos los factores de riesgo derivados de las transiciones sociales, y porque va en aumento la disponibilidad. Así, el país enfrenta un gran problema como lo es el abuso de bebidas alcohólicas con incrementos importantes en algunos grupos de la población (Medina-Mora et al, 2001).

- Factores asociados al consumo de alcohol en los adolescentes

En la adolescencia se observan los primeros contactos con el alcohol, sin embargo, en etapas posteriores, algunos adolescentes se involucran en el consumo de sustancias ilegales, aumentando la probabilidad de que se presenten consecuencias asociadas al consumo de alcohol. Hallazgos derivados de estudios en torno a la conducta de consumo en población adolescente muestran que la adquisición de esta conducta se relacionan con algunas variables relevantes tales como: la edad, la cual argumentan que conforme el individuo crece, el uso y abuso de alcohol se incrementa (Medina-Mora & López, 1994).

Como ya se ha mencionado, el ambiente social es un elemento significativo en cuanto al consumo del adolescente y tiene repercusiones relevantes en su vida, por lo que se ahondará más en aspectos particulares que se ha observado están asociadas con el uso y/o abuso de sustancias.

Dentro de la familia, es importante el establecimiento de normas que modelen la conducta de consumo de los adolescentes. Asimismo, se ha observado que la presencia de conflictos en la familia aumenta el riesgo de que los adolescentes consuman sustancias (Rojas-Guiot et al, 1998).

Respecto a la relación entre familia y la escuela, Pons y colaboradores realizaron una investigación con estudiantes españoles, y encontraron que los que habían consumido drogas se sentían más desadaptados en su medio familiar y escolar que aquellos que no eran consumidores. Además, el tipo de actividades que desarrolla el adolescente durante su tiempo libre influye en su conducta de consumo (Rojas-Guiot, 1998).

A diferencia de sus padres, los adolescentes de hoy parecen desarrollarse en un ambiente más "húmedo" donde se tolera y hasta, podría decirse, se promueve el consumo. Lo anterior ocurre porque, a diferencia de otros países, en México no existen normas claras que limiten el consumo en

este grupo de edad en la familia o en los establecimientos comerciales. Como antes, el consumo de alcohol sigue siendo un elemento importante del paso a la edad adulta pero ahora se suma a él un mayor número de mujeres y se presenta a edades más tempranas en unas y otros (Medina-Mora et al, 2001). Aunque el alcohol se considera parte normal de la transición de la adolescencia a la edad adulta, el abuso de sustancias se asocia con riesgos importantes en esta etapa de vida (Medina-Mora, 2001).

Como se revisó anteriormente, al abordar la pregunta de porqué los adolescentes se inician en el consumo se revisan áreas de estudio cuyas explicaciones están basadas en el ambiente, los amigos, la familia entre otros, pero un aspecto que en ocasiones se deja de lado y que representa una contribución relevante es el estudio en torno a las habilidades que posee el adolescente para enfrentarse a situaciones de rechazo, aislamiento, persuasión entre otras que representan elementos poderosos explicativamente hablando para el entendimiento en torno al involucramiento en conductas problema o de riesgo.

Con respecto a las habilidades sociales de los jóvenes, se han realizado comparaciones entre grupos de adolescentes "normales" y adolescentes que pertenecen a grupos de pandillas con el objetivo de vislumbrar cuáles son las diferencias existentes entre estos dos grupos de jóvenes que hacen que unos se ajusten a su entorno de manera favorable y que otros se involucren en conductas "antisociales" o nocivas como lo es el caso del consumo de alcohol.

Existe una tendencia hacia dirigir la atención al joven que ha sido rechazado por la suposición de deficiencias personales, emocionales y cognitivas. Por lo que el rechazo de un grupo de pares hacia un adolescente es el primer paso para posibles problemas en la adolescencia tardía así como en la adultez temprana. Siguiendo esta línea de razonamiento, los jóvenes delincuentes y agresivos son descritos como incapaces socialmente para relacionarse con miembros de grupos que no son delincuentes y hasta con aquellos que sí lo son.

Bandura y Walters (1959) propusieron que el problema esencial de la conducta agresiva y exteriorizada era una inhabilidad básica para formar relaciones cercanas y efectivas socialmente con otros. Actualmente, se dirige un papel principal a las deficiencias cognitivas más que a las sociales. Dentro de este modelo, las distorsiones en el procesamiento de información predeterminan los problemas en el intercambio social. Dentro de estas deficiencias cognitivas, la auto-eficacia podría estar desempeñando un papel primordial en relación a la creencia del joven acerca de su incapacidad para socializar (Cams, 1994).

De igual forma, los déficits de habilidades de socialización pueden llevar a un aumento en la ansiedad o tensión en situaciones interpersonales que requieren de tal respuesta adaptativa. Esto se puede conceptualizar como una situación de alto riesgo de beber, sobre todo si el individuo no posee las habilidades alternativas para afrontar la situación y si el individuo ha aprendido que la ingesta de alcohol le puede proporcionar un alivio momentáneo. Finalmente, si estos déficits son crónicos, a través del proceso de desarrollo, entonces el riesgo para el desarrollo de un patrón de abuso de alcohol se ve fortalecido (Monti, Abrahms, Binkoff & Zwick, 1988).

Las observaciones anteriores resultan provechosas para iniciar con el estudio del consumo de los adolescentes mexicanos ya que nos permiten ir caracterizando un poco más el fenómeno así como a aquellos adolescentes que realizan esta práctica. Pero cuando se trata de estudiar más exhaustivamente un problema se debe recurrir a perspectivas teóricas que han sido utilizadas en el campo profesional que nos brinden elementos más completos y que nos ayuden a comprender más

profundamente el tema del consumo de alcohol. Por lo que a continuación se presentan las teorías más representativas que han abordado este tema de salud.

### 1.3 Teorías explicativas del consumo de alcohol

El consumo de alcohol es explicado y abordado desde la psicología desde diferentes enfoques que pretenden estudiar, explicar, dar tratamiento y abordaje terapéutico a individuos que presentan este problema de salud.

Algunos de los enfoques que se han encargado de estudiar tales comportamientos adictivos, específicamente hablando la conducta de consumo de alcohol son: la aproximación médica, el modelo psicodinámico, el modelo de la personalidad, el modelo cognitivo social, entre otros pero son estos enfoques los que se describirán en este apartado.

Con la finalidad de conocer los conceptos básicos de cada una de las teorías se presenta a continuación una descripción general de los supuestos teóricos de cada uno de los modelos que se mencionaron, y se presenta evidencia empírica en algunos de los modelos descritos.

- Modelo médico

Desde el modelo médico tradicional, el alcoholismo es concebido como una enfermedad y se caracteriza por los siguientes elementos: la cronicidad, es decir, una historia repetida de beber excesivo; la potencia motivacional y la primacía de la dependencia fisiológica en el desarrollo del alcoholismo y el mantenimiento del comportamiento de beber en los alcohólicos; la dependencia fisiológica, que se sobrepone al control que el individuo tiene sobre su conducta de beber; la unitariedad del alcoholismo como un desorden con una etiología predominante; y su incurabilidad, basada en la concepción del alcoholismo como una enfermedad progresiva, crónica e incurable que sólo puede llegar a controlarse (Ayala y Carrascoza, 2000).

A partir de estos supuestos, el abordaje terapéutico desde el modelo médico considera que el individuo es una víctima de fuerzas más allá de su control; en donde la meta deseable de consumo es la abstinencia; su filosofía acerca del tratamiento puede equiparse al sujeto en relación a su comportamiento; el procedimiento de tratamiento se apoya en la confrontación y conversación, así como en el apoyo grupal; las adicciones se enfocan de manera singular, es decir, la adicción ocurre debido a procesos fisiológicos; y, los programas de tratamiento se dirigen a la institucionalización, al tratamiento aversivo entre otros semejantes.

Con el paso del tiempo, se ha desarrollado mayor evidencia empírica y se ha logrado conocer más acerca del consumo de alcohol a partir del enfoque médico, por lo que se ha desarrollado una nueva conceptualización del modelo médico la cual tiene algunas modificaciones y se ha ampliado la forma en la que se percibe la condición del consumo de alcohol por lo que es necesario conocerlas.

Diferencialmente del modelo médico tradicional, este modelo asume que el alcoholismo puede ser denominado también como dependencia del alcohol o como abuso del alcohol, lo que sugiere un cambio en la concepción de enfermedad incurable.

En general, las personas con dependencia del alcohol, el trastorno alcohólico más severo, experimentan tolerancia y abstinencia. La tolerancia es la necesidad de cantidades de alcohol cada vez mayores para lograr la embriaguez o el efecto deseado. La abstinencia se presenta cuando el

consumo se suspende o se reduce. Las personas con dependencia del alcohol pasan mucho tiempo consumiendo alcohol y consiguiéndolo.

Los alcohólicos son "bebedores problema", es decir, pueden tener problemas legales, como beber y conducir o beber de juerga (tomar seis o más tragos en una ocasión). Las personas que son dependientes o abusan del alcohol vuelven a su consumo a pesar de la evidencia de problemas físicos o psicológicos. Las personas con dependencia presentan problemas más severos y una mayor compulsión a beber.

Las consecuencias físicas del consumo de alcohol son variadas, como por ejemplo, la afección al sistema nervioso central, al músculo cardíaco, la irritación del tracto gastrointestinal, entre otras que de igual forma pueden poner en peligro la vida del individuo.

El desarrollo de la dependencia del alcohol puede surgir en un periodo de años, seguido de un patrón progresivo relativamente consistente. Al inicio, el individuo experimenta una fase de tolerancia al alcohol, lo cual resulta en la capacidad de consumir una gran cantidad antes de que sus efectos adversos se noten. La fase siguiente a la tolerancia se caracteriza por un deterioro de la memoria (lagunas) relacionada con los episodios del consumo y posteriormente se presenta una falla del control durante el consumo, en la cual el individuo afectado ya no puede suspender el consumo de alcohol en el momento en que lo desee.

No existe una causa común del alcoholismo, sin embargo, varios factores pueden jugar un papel importante en su desarrollo. Una persona con una madre o con un padre alcohólico tiene más probabilidades de volverse alcohólica que una persona sin historia de alcoholismo en la familia inmediata. La investigación sugiere que ciertos genes pueden aumentar el riesgo de alcoholismo pero qué genes o cómo ejercen su influencia es motivo de controversia.

Con respecto a qué tipo de personas son las que posiblemente puedan desarrollar un problema causado por la ingesta de alcohol se considera que los hombres que consumen 15 o más copas por semana, las mujeres que consumen 12 o más tragos por semana o cualquiera que consuma 5 o más tragos por ocasión, al menos una vez por semana está en riesgo de desarrollar alcoholismo (un trago se define como una botella de cerveza de 12 onzas, un vaso de vino de 5 onzas o un trago de licor de 1 ½ onza). Fuente original: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, <http://www.facmed.unam.mx/pibc/srpimer/alcohol.html>

- Teoría psicoanalítica del alcoholismo

Desde la perspectiva psicoanalítica o psicodinámica, el alcoholismo es definido como el consumo repetido de bebidas alcohólicas en cantidades lo suficientemente grandes para causar daño severo físico y social al individuo consumidor. El consumo voluntario de alcohol es originalmente motivado por el deseo por obtener los efectos placenteros que produce su ingesta. Para algunas personas, el consumo de alcohol se convierte en una conducta repetitiva auto-destructiva. Esta teoría sugiere la búsqueda de alteraciones en la personalidad como fuentes de subsecuentes conductas patológicas de consumo excesivo de alcohol (Barry, 1988).

Según Barry (1988) dos explicaciones contrastantes con respecto al alcoholismo son consistentes dentro de la teoría psicoanalítica. De acuerdo con una de las explicaciones, el individuo encuentra como inusualmente placenteros los efectos de la intoxicación causada por el alcohol. Por otra parte, la segunda explicación sostiene que el individuo es incapaz de evitar las consecuencias dolorosas del

alcoholismo. Ambas explicaciones pueden contribuir en la explicación del alcoholismo de un mismo individuo. En donde los efectos placenteros del consumo de alcohol son usualmente atribuidos al alivio que genera el alcohol ante ansiedades y conflictos más que a la satisfacción directa de los sentidos. Este mecanismo para la obtención de placer es consistente con el predominante efecto depresor ocasionado por dosis intoxicantes de alcohol.

Asimismo, el alcoholismo y otras conductas patológicas son atribuidos a alteraciones en las etapas de desarrollo psicosexual (oral, anal, fálica y genital) como resultado de interacciones destructivas entre los componentes del individuo (ello, yo y superyo).

La teoría psicoanalítica identifica tres fuentes principales de conducta mal adaptada:

1) Búsqueda de satisfacción sensorial: Una forma de satisfacción sensorial es aliviar la ansiedad. La necesidad por escapar de dolor físico o emocional puede explicar la intoxicación de alcohol y otras conductas que son físicamente dañinas. El alcohol es un agente tóxico que provee de alivio y placer. Este efecto perjudicial es buscado por el individuo ya que la intoxicación por alcohol también disminuye los sentimientos de tensión y ansiedad. Este efecto desinhibitorio del alcohol contribuye a que se experimente este efecto de intoxicación como placentero.

2) Conflicto entre los componentes del individuo: El individuo está dividido en 3 componentes: ello, yo y superyo. El ello representa la fuerza instintiva que busca el placer o alivio, demanda la gratificación inmediata; la intoxicación de alcohol puede proveer esta gratificación. El superyo representa la conciencia, el componente ético derivado de la relación entre los padres y otros agentes sociales. Los objetivos del superyo y del ello, son usualmente opuestos, este conflicto es con frecuencia intenso y produce ansiedad y frustración. El alcohol puede aliviar tanto la ansiedad como la frustración experimentada. El yo representa la organización, la función de enfrentamiento. El yo trata de reconciliar al ello y al superyo. Este componente racional del individuo es expresado en el intento del alcohólico por controlar su consumo excesivo de alcohol.

3) Fijación en el pasado infantil: Freud identificó 4 etapas sucesivas de desarrollo: oral, anal, fálica y genital. La excesiva gratificación o la frustración en cualquiera de estas etapas interfieren en la transición a la siguiente etapa y como resultado se produce una fijación en una etapa inmadura. La regresión a una etapa anterior ocurre bajo la influencia combinada de la frustración generada en una etapa posterior y una fijación parcial en una etapa anterior. La fijación y la regresión indican la alteración de una conducta adaptativa. Esta situación provoca una conducta mal adaptada como el alcoholismo.

- Teoría de la personalidad

Con el objetivo de describir los principales elementos de la teoría de la personalidad con respecto al alcoholismo, se iniciará revisando lo que se entiende por el término de "personalidad" (Cox, 1988).

Cox (1988) menciona que la personalidad usualmente se refiere a la totalidad de las características conductuales de una persona, en donde no existe ningún intento por evaluar si tales características son deseables o indeseables. Aunque los psicólogos aún no poseen una definición en la que todos estén de acuerdo acerca del concepto de personalidad, los psicólogos utilizan este concepto como un constructo que ayuda a describir, organizar y comprender la conducta de las personas. Por lo tanto, la personalidad se refiere a la forma característica en la que una persona responde a través del tiempo y en una variedad de situaciones.

Cabe resaltar que este mismo autor señala que dentro de la teoría de la personalidad, existen dos tradiciones principales: la tradición intrapsíquica y la tradición diferencial. Ambas aproximaciones parten de una posición fenomenológica en la cual la conducta es motivada por procesos intrapsíquicos identificados como necesidades, motivos y fuerzas. Los psicólogos que trabajan dentro de la tradición intrapsíquica han buscado identificar las necesidades, fuerzas y motivos que podrían dar cuenta de su involucramiento en el consumo de alcohol. Por otro lado, los psicólogos que trabajan dentro de la tradición diferencial han buscado identificar las características de personalidad que distinguen a los alcohólicos de los no alcohólicos.

Ambas aproximaciones han comprobado ser valiosas para el estudio del alcoholismo pero representan muy diferentes enfoques de investigación aunque no son mutuamente excluyentes. Además, la meta final que se desea alcanzar, tanto en la tradición intrapsíquica como en la diferencial, es identificar las características de personalidad de individuos alcohólicos, lo que podría explicar el abuso de alcohol.

La conclusión generalizada es que no hay un solo tipo de personalidad predispuesta al alcoholismo sino varias. El rasgo común generalizado es una falta de armonía y equilibrio entre los estratos anímicos instintivo-afectivos, por una parte, y volitivos por la otra (Senra, 2003).

Nájera (1981) describe dos tipos psicológicos dominantes entre los alcohólicos:

1. El *tipo sensitivo*: con sentimientos de inferioridad, tímidos, con marcadas dificultades para las relaciones interpersonales y carentes de habilidad para obtener afecto y amistad.
2. El *tipo opuesto*, tiene la misma tendencia al alcoholismo: son individuos campechanos y habladores, muy sociables, simpáticos y activos, eufóricos y con carencia de inhibiciones y autocrítica.

Los individuos del primer grupo encuentran en el alcohol la confianza que en sí mismos carecen y, bajo sus efectos, pueden vencer su timidez, superar su fuerte autocrítica y establecer relaciones sociales. En el segundo tipo psicológico se encuadran aquellos individuos que están convencidos de que a ellos no les hace daño el alcohol, aún bebiendo en exceso, y no perciben su debilidad de carácter. Por mimetismo social, si pertenecen a un grupo o profesión en el que se bebe con exceso, se dejarán arrastrar sin percatarse de las señales de alarma y entrarán pasivamente en el alcoholismo (Senra, 2003).

Fuentes (1990) estudió la personalidad de adolescentes consumidores habituales de alcohol y encontró como rasgos comunes: fuerte agresividad, pobreza afectiva, dificultad para establecer y desarrollar relaciones interpersonales, inadaptación social y dependencia del medio y del grupo. Power (1990) comprobó, además, que los trastornos emocionales en la infancia están estrechamente relacionados con el posterior consumo de alcohol en la adolescencia. A su vez Kornbilt (1990) en un estudio con población adolescente argentina encontró que los jóvenes que incurren en el consumo de alcohol son sujetos con una actitud crítica e inconformista respecto a la sociedad. Sienten "falta de sentido de su vida" y tienden a la satisfacción inmediata y al egocentrismo (Senra, 2003).

- Teoría cognitivo social del consumo de alcohol

La investigación científica ha llevado en la actualidad a considerar a la conducta de beber excesivo como un comportamiento aprendido. Al igual que todos los hábitos del aprendizaje humano, tales conductas se explican por los mismos principios y mecanismos de la conducta en general. Por lo que



.....

a continuación se presentarán conceptos centrales de esta teoría que han sido esenciales para la explicación y estudio de la conducta de consumo de alcohol.

La TCS de Bandura (1969) incluye cuatro principios o constructos centrales que ayudan a explicar el desarrollo, mantenimiento y la modificación del uso y abuso de alcohol, estos cuatro elementos son (Leonard & Blane, 1999; Chakdron y Wilkinson, 1988; Martínez, 2003; Bernal, 2004):

a) *Reforzamiento diferencial*, se refiere a las consecuencias aplicadas a una conducta en distintas situaciones o escenarios; ayuda a explicar la variabilidad en la misma conducta de una persona en diferentes escenarios. Aplicado al consumo, puede entenderse como el tipo de consecuencias que puede obtener el individuo, físicas, personales, laborales, etc., dependiendo del contexto en que se ubique el consumo, es decir, según el escenario en que se encuentre el individuo serán las consecuencias subsecuentes.

b) *Aprendizaje vicario*, representa la posibilidad de adquirir conductas nuevas a través de la observación de otras personas, o a través de comunicación por significado simbólico, hablado o escrito. Este proceso es también denominado modelamiento. El observar a un modelo siendo reforzado por una conducta en particular puede aumentar la probabilidad de que el observador la lleve a cabo. De igual forma, el observar una conducta que resulta en castigo puede causar que el observador evite la realización de dicha conducta. Este constructo toma un lugar prominente en la TCS. Para el caso de la conducta de beber, se refiere al medio por el cual un individuo puede adquirir la conducta de consumo a partir de la observación de otros siendo recompensados de alguna forma por el consumo de alcohol. Esta acción representa una probabilidad alta de que el observador realice dicha conducta en futuras ocasiones.

c) *Procesamiento cognitivo*, habla Los eventos ambientales le proveen al individuo de información que es cognitivamente procesada y los resultados de dicho procesamiento determina la conducta que realizará el individuo. Una pieza importante de la información que el individuo toma del ambiente son las probables consecuencias de realizar una conducta en un determinado escenario. Como resultado, las expectativas de resultado de una conducta que son adquiridas juegan un importante papel como guías de la conducta futura. Dentro del estudio del consumo de alcohol, este principio es ejemplificado como aquellas asociaciones que realiza un individuo entre eventos, es decir, cuando una persona espera que el alcohol le provea de desinhibición o el alcance de una meta deseada dentro del contexto social.

d) *Determinismo recíproco*, se refiere al control que puede ejercer el ambiente sobre la conducta así como de las alteraciones que puede producir esta conducta en el ambiente. En este contexto, *recíproco* significa una acción mutua entre factores que son vistos como causales, y *determinismo* significa la producción de efectos ocasionados por ciertos factores (Bandura, 1986). Para el caso del consumo, se puede hacer referencia a la elección de beber o no beber de un joven, por ejemplo, un adolescente dentro del círculo familiar decide no beber ya que esa conducta será castigada, siendo que dentro del grupo de pares el no beber afectaría su posición social y afectaría el entorno en el que se desenvuelve el individuo.

En relación a uno de los componentes principales, el procesamiento cognitivo, Bandura en 1977, discutió la importancia de la habilidad humana para utilizar símbolos como una forma extremadamente efectiva para enfrentarse con el ambiente. Se argumenta que el individuo se enfrenta con estímulos estresantes en su vida social que deben ser concebidos como retos o demandas ambientales por lo que los procesos cognitivos los ayudan a conformar representaciones mentales de

.....

sus experiencias. Estas representaciones cognitivas guían la conducta futura del sujeto. Las funciones auto-reguladoras, concebidas como los arreglos ambientales por parte del individuo para obtener incentivos y consecuencias de su propia conducta, son adquiridas a través de la interacción con el ambiente social y pueden ser mantenidas por el ambiente externo (Leonard & Blane, 1999).

Haciendo referencia a la conducta de beber, los estresores sociales de los que se habla podrían ser representados por la presión de tipo social que ejerce un grupo de personas que se encuentran bebiendo para los cuales esta práctica se considera una forma especial de interactuar, convivir y formar parte del grupo por lo que el individuo que debe lidiar con esta situación debe elegir entre beber y no hacerlo. Es en este punto donde la representación mental de las consecuencias de la conducta de beber o no beber sirven como guías que le servirán al individuo para decidir ejecutar o no dicha conducta. Esta experiencia quedará almacenada como un antecedente relevante en la toma de decisiones futura del individuo. Este es un ejemplo simple de cómo puede ser aplicada la función auto-reguladora dentro del área de las conductas adictivas.

Las funciones de auto-regulación pueden ser explicadas a partir de la teoría de la auto-eficacia, la cual se basa en la percepción que tienen los individuos acerca de su capacidad para actuar, la cual afecta los niveles de motivación y logro del individuo, así como su capacidad para enfrentar los cambios en la vida (Rodríguez, 2004). Este concepto, describe con mayor especificidad los mecanismos que son puestos en marcha cuando un individuo debe evaluar la confianza que siente acerca de realizar una conducta en particular; regresando hasta el análisis del consumo de alcohol, el individuo posee índices diferentes de confianza en relación a no beber para cada situación en donde es posible tener acceso a la bebida. Este índice dependerá de los motivos que encuentra para no beber, las propiedades del contexto en el que se encuentra, los antecedentes o experiencias vividas, las consecuencias obtenidas, las habilidades que posee para enfrentar situaciones en donde se encuentra presente el alcohol entre otros aspectos a considerar.

Como se observa, las propiedades de la teoría de auto-eficacia entrañan elementos y procesos fundamentales para el estudio de la conducta de consumo de alcohol es por esta razón que este concepto merece una atención destacada dentro del área de las conductas adictivas, además dentro de este estudio figura como una de las variables centrales por lo que se profundizará en el tema en el capítulo tres.

A partir de la revisión de los componentes característicos de esta perspectiva que sientan las bases del estudio del consumo de alcohol se han llegado establecer criterios específicos o característicos en torno a este tema como los que se muestran a continuación. Abrahms y Niaura (1978) formularon algunos principios acerca del consumo excesivo de alcohol desde la teoría cognitiva social (Ayala y Carrasco, 2000; Martínez, 2003; Leonard & Blane, 1999; Monti et al., 2002):

1. El aprendizaje de beber alcohol es una parte integral del desarrollo psicosocial y del proceso de socialización en nuestra cultura.
2. Las diferencias individuales y los factores predisponentes (de naturaleza biológica, psicológica o sociológica) pueden actuar conjuntamente con los agentes socializadores y las situaciones en el desarrollo dan la pauta inicial del consumo de alcohol.
3. Las experiencias directas con el alcohol son de gran importancia para que continúe el desarrollo y la experimentación con el mismo ya que se obtienen efectos placenteros que refuerzan la conducta de consumo.

4. Cuando algún factor predisponente interactúa con la demanda social actual, se sobrepasa la capacidad de afrontamiento de la persona, disminuyendo así su percepción de eficacia y haciéndose más probable el consumo excesivo de alcohol.
5. La tolerancia adquirida hacia las propiedades reforzantes directas se desarrolla con el consumo sostenido de alcohol, promoviendo el consumo de cantidades mayores para obtener los mismos efectos.
6. Si el nivel de consumo aumenta y se mantiene a lo largo del tiempo, aumenta el peligro de desarrollar dependencia física y psicológica. En este punto, el consumo de alcohol se ve reforzado negativamente mediante la evitación de los síntomas de abstinencia.
7. Las consecuencias individuales y sociales de la bebida pueden aumentar el estrés y producir un círculo de interacciones negativas entre la persona y su medio.
8. La repercusión dependerá de la habilidad de elegir y explorar formas alternativas de afrontamiento.

Existen otras características complementarias del modelo de consumo desde la teoría cognitiva social que se refieren a aquellos determinantes *distantes* que pueden predisponer al consumo excesivo de alcohol como las actitudes familiares hacia el consumidor, la edad del consumidor, las habilidades sociales, habilidades generales de afrontamiento, factores disposicionales genéticos, historia de abuso familiar, influencia social de los amigos y varios más. Los determinantes distantes tienen sólo un efecto indirecto en el comportamiento de beber en un cierto momento. Hay, por otra parte, determinantes *próximos*, que pueden fungir como reguladores directos del comportamiento de beber. Expectativas del efecto del alcohol, señales internas y externas, factores situacionales, habilidades específicas del afrontamiento, modelamiento, historia previa de consumo y varios más. Sólo a través de su influencia en los determinantes *próximos* puede jugarse un papel de consideración en el desarrollo y mantenimiento del consumo excesivo de alcohol (Ayala y Carrascoza, 2000).

Para la TCS dicho comportamiento es un hábito desadaptativo que, en tanto que es *aprendido*, también puede ser modificado. El consumo excesivo de alcohol es una pauta conductual modificable que puede considerarse, por esta razón, la moderación como una de sus metas (Ayala y Carrascoza, 2000). En particular la teoría cognitiva social (Bandura, 1969; Marlatt & Gordon, 1985) concibe el cambio de las conductas adictivas como un proceso -no como un evento discreto- que puede analizarse en términos de los elementos comunes compartidos por los diferentes tipos de comportamientos adictivos y que pueden ser modificados mediante nuevas situaciones de aprendizaje (Ayala y Carrascoza, 2000).

Ayala y Carrascoza (2000) mencionan que desde la perspectiva psicológica, los problemas de consumo excesivo de alcohol se conciben del modo siguiente:

- A partir de la evidencia científica que muestra que los individuos caracterizados como alcohólicos pueden mejorar considerablemente después del tratamiento.
- El comportamiento de beber es altamente variable y modelado por influencias externas.
- El modelo psicológico del aprendizaje social del uso y abuso del alcohol y de la recuperación de periodos de beber incontrolado es la concepción alternativa al problema de beber visto como una enfermedad.
- Este modelo no descarta los factores farmacológicos que interactúan y son mediados por procesos psicológicos.
- La tolerancia y el síndrome de abstinencia no se desarrollan como función única de las características farmacológicas del alcohol, sino a partir de un proceso de condicionamiento clásico, por lo que es fundamental la comprensión de estos procesos psicológicos en la explicación de la fuerza motivacional de la dependencia.

- Las características del alcoholismo no son un resultado directo de la farmacología del alcohol, sino que los factores psicológicos y las variables del aprendizaje social juegan un papel fundamental.
- Se rechaza la noción de que una sola etiología esté implícita en las consecuencias unitarias del alcoholismo, y se sugiere que pueden ocurrir diversos procesos causales de los problemas con el consumo excesivo de alcohol, por lo que los alcohólicos pueden diferir de varias maneras. Por esto, las diferencias individuales deben tomarse en cuenta al examinarlas en su interacción con los procesos psicológicos.
- Las etapas del alcoholismo no son necesariamente progresivas y tampoco tienen la misma etiología subyacente.
- Los modelos integrativos multivariados del alcoholismo proporcionan una mejor explicación de los problemas asociados con su uso.

Lo anterior sienta las bases para el tipo de abordaje terapéutico realizado desde la TCS que considera que el individuo es capaz de tener auto-control; que puede elegir entre la meta de abstinencia o moderación; tiene un enfoque educativo dentro del tratamiento ya que distingue entre la persona y su consumo; los procedimientos utilizados se caracterizan por la enseñanza de habilidades conductuales (reestructuración cognitiva); y, su enfoque acerca de las adicciones consiste en la búsqueda de similitudes entre las mismas. Por lo tanto, la adicción es una serie de hábitos desadaptativos adquiridos. Por lo que los tratamientos de consulta externa incluyen la terapia cognitivo-conductual, los programas de auto-control, y los programas de moderación.

Para finalizar, la TCS ofrece un panorama integral en cuanto al estudio y abordaje del consumo de alcohol ya que considera a este fenómeno como multideterminado y es a partir de elementos personales, cognitivos y ambientales que explica la adquisición, el cese, la modificación de la conducta de consumo así como el mantenimiento del cambio que se haya realizado. Cabe destacar, que es una tradición que se fundamenta en la investigación por lo que nos acerca a los hallazgos más actuales en esta área de estudio. Además, se apoya en principios de cambio conductual lo que representa una opción positiva acerca del fenómeno, ya que plantea la posibilidad de modificar, como cualquier otra conducta, la conducta de consumo de alcohol a partir de procedimientos que ya han sido probados como efectivos. Desde esta teoría no es necesario que el individuo esté en una etapa de daño severo para poder reconocer el riesgo que corre a causa de su manera de beber lo que constituye una ventaja destacable, a diferencia de los demás modelos, en cuanto a la prevención que se puede realizar a través de esta perspectiva.

A partir de esta revisión general de las alternativas existentes en cuanto a teorías conceptuales del consumo de alcohol se puede observar que la atención prestada a este tipo de conducta es cada vez mayor ya que el fenómeno de consumo de alcohol va en aumento e involucrando a más de un grupo de nuestra sociedad. Cada una de estas aproximaciones representan opciones que nos acercan de forma distinta a este problema de salud, pero cabe destacar que en la medida en que el modelo psicológico cognitivo social del uso o abuso del alcohol proporciona una explicación sustentada en la investigación empírica se vuelve la opción a considerar (Ayala y Carrascoza, 2000).

Cabe mencionar que las diferencias entre las aproximaciones teóricas pueden ser diversas pero es importante distinguir que los enfoques revisados en este apartado comparten elementos que son utilizados como indicadores de riesgo para el uso y abuso de alcohol como lo son: el tiempo que el individuo lleve consumiendo de manera regular, la frecuencia y la cantidad con la que lo haga, las consecuencias asociadas a esta conducta entre muchas otras pero son estas las que merecen la atención dentro de estos abordajes.

Aunque son etiquetadas o nombradas de diferente forma estas variables representan indicadores generales cuando se intenta identificar la etapa en la que se encuentra un individuo dentro de un proceso de adicción. Es por ello, que los estudios entorno a estas variables específicas son relevantes y necesarios ya que nos ofrecen la posibilidad de prevenir la aparición de la conducta de consumo de alcohol en poblaciones susceptibles como lo es la adolescente.

El fenómeno del consumo de alcohol ha cambiado considerablemente dentro de la población adolescente mexicana en la que dos aspectos son primordiales, aquel que se refiere a la edad de los jóvenes, en donde se observa que esta práctica es adoptada por grupos de edades cada vez menores y aquel en torno al género en donde el consumo en ambos sexos tiende a igualarse. Datos como estos señalan el crecimiento del número de personas vulnerables ante esta conducta por lo que a continuación se realiza una revisión de los datos más significativos arrojados por encuestas epidemiológicas de nuestro país.

#### 1.4 Datos epidemiológicos acerca del consumo de alcohol de los adolescentes

Conocer cómo se caracteriza un problema de salud entre la población es posible mediante la epidemiología que puede definirse como el estudio de las distribuciones y determinantes de los estados de salud en las poblaciones.

Medina- Mora (1994) menciona que la epidemiología es la mejor herramienta de salud pública para cuantificar la magnitud de las condiciones de salud, sus determinantes y tendencias, en tanto que permite: evaluar la magnitud de un problema, caracterizar a la población involucrada e identificar las posibles causas del problema bajo estudio.

Entre las fuentes de información epidemiológica más importantes están las encuestas de población general, las encuestas de población estudiantil y las estadísticas sobre disponibilidad y consecuencias sociales y de salud.

Por ello, al querer tener un panorama descriptivo acerca del consumo de alcohol entre la población adolescente se dirige la atención hacia aquellas encuestas que se realizan teniendo como objetivo conocer la prevalencia total de consumo, las frecuencias más representativas de consumo entre la población así como otras variables relacionadas con la conducta de consumo de alcohol.

A continuación se presentan datos epidemiológicos provenientes de distintas encuestas que arrojan información relevante acerca del panorama de consumo de alcohol en nuestro país y que contribuyen al análisis y entendimiento de este problema en población adolescente.

Una de las encuestas más importantes realizadas desde hace varios años en México es la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), la cual se realiza con población de entre 12 y 65 años. Para objetivos de este estudio se revisarán los datos de la población que abarca de los 12 a los 17 años (adolescentes) correspondiente al área metropolitana.

En su reporte más reciente (2002), la ENA reporta que cerca de tres millones (3' 522, 427) de adolescentes entre 12 y 17 años consumió una copa completa de bebidas con alcohol en el año previo al estudio, los cuales representan el 25.7% de la población en este grupo. El consumo en la población alcanza 35% (1' 726, 518) de la población masculina y el 25% (1' 252, 712) de la femenina, a razón de 1.4 varones por cada mujer.

La cantidad modal de consumo por ocasión es de 1 a 2 copas en las mujeres, en segundo lugar aparece el consumo de 3 a 4 copas para todos los sujetos, sólo en los varones se presenta con la misma frecuencia el consumo de 5 a 7 copas.

El patrón de consumo poco frecuente (menos de una vez al mes) caracteriza a este grupo de población, sin embargo, 10.5% de los hombres 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.

Comparando los resultados arrojados por esta encuesta en el año de 1998 con los más recientes (2002) se encuentra 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% respectivamente entre 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). Lo anterior señala la necesidad de atender a grupos específicos de la población que presenten un consumo frecuente y excesivo además de reportar problemas asociados con el consumo. Asimismo, se reconocen las características de la población que está siendo más afectada por lo que es posible ofrecer servicios que eviten la progresión del daño causado por la bebida.

Otra encuesta que se ha realizado en nuestro país es la Encuesta de Estudiantes de Enseñanza Media y Media Superior, cuyo objetivo es el de evaluar las prevalencias del uso de drogas, alcohol y tabaco, así como las tendencias en el consumo en la población de estudiantes de enseñanza media y media superior del Distrito Federal y sus delegaciones políticas.

En la medición más reciente de esta encuesta (2003) de la muestra evaluada, el 49.5% fueron mujeres y el 50.5% fueron hombres. La mayoría de ellos tienen 14 años o menos (55%) y asisten al nivel secundaria (59.1%). Los que asisten a bachillerato son el 29.5% y a escuelas técnicas sólo asiste el 11.4% de la muestra. Además, la mayoría de los adolescentes, tanto hombres como mujeres, fueron estudiantes de tiempo completo el año anterior al estudio y sólo el 6.1% de los hombres y el 3.5% de las mujeres no fueron estudiantes el año anterior al estudio. El 22.9% de los hombres y el 11.3% de las mujeres realizan alguna actividad remunerada de medio tiempo o de tiempo completo. Además, la mayoría de ellos cuenta con su papá y con su mamá.

Para el Distrito Federal se encontró que el 65.8% de los adolescentes han usado alcohol alguna vez en su vida y un 35.2% lo ha consumido en el último mes. Al analizar este consumo por género, vemos que tanto la población masculina (65.6%), como la femenina (66.1%), resultan igualmente afectadas.

En cuanto al nivel educativo, en secundaria el 24.4% 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 48.3% de los adolescentes han bebido alcohol en el último mes, y en los bachilleratos el 51.7%.

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

Por otro lado, se presenta un consumo mayor de alcohol (36.5% más en el consumo actual) en los adolescentes donde el jefe de familia tiene una escolaridad de secundaria o mayor, con relación a los adolescentes cuyo jefe de familia tiene una escolaridad de primaria o menor.

Se observó que los adolescentes consideran en su mayoría, muy peligroso el consumo de sustancias como la marihuana (71.7%) o la cocaína (82.4%). Porcentaje que es muy similar entre los hombres (79.3%) y las mujeres (85.6%). Sin embargo, esta percepción de riesgo disminuye notablemente cuando la sustancia es el alcohol (sólo un 49.5% considera muy peligroso su consumo frecuente) o para fumar 5 ó más cigarrillos diariamente (47.5%). Para el alcohol y el tabaco, los porcentajes de los hombres y las mujeres son muy similares.

Al analizar el consumo de sustancias con la asistencia a la escuela, 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. Lo que nos permite ubicar aspectos que se encuentran alrededor de individuos que presentan un consumo menos frecuente.

En cuanto al alcohol, un 45.4% de los que no asistieron a la escuela el año previo al estudio consumieron alcohol en el último mes, cifra que disminuye a 33.4% para los adolescentes que asistieron regularmente.

A partir de la comparación de esta encuesta (2003) con la realizada en el 2000 se puede concluir que el consumo de alcohol se ha incrementado, conclusión que se comparte con la ENA, lo que sugiere mayor atención hacia el ejercicio de la prevención y el tratamiento de adolescentes consumidores de alcohol. Se encontró un incremento del 2%, de manera que actualmente 23.8% de los adolescentes han consumido por lo menos 5 copas en la misma ocasión durante el último mes al estudio. Lo que señala que cada vez más adolescentes abusan de esta sustancia lo que hace más factible que su control y confianza para no excederse o abstenerse de la bebida esté disminuido.

Otro dato de interés obtenido es el bajo nivel de percepción de riesgo en el consumo de tabaco y alcohol, que es un precursor importante del consumo de otras drogas, especialmente si el inicio del consumo de estas sustancias es a edades tempranas.

Aunque el panorama parece altamente problemático, el sector menos afectado es el de los adolescentes que continúan sus estudios, en comparación con los que ya han desertado o interrumpido sus estudios (Villatoro, 2003).

La intención de incluir una revisión de las dos encuestas más importantes realizadas en nuestro país en el tema de adicciones en los últimos años es la de mostrar la relevancia de este tipo de estudios ya que representan la evidencia más precisa acerca de las necesidades actuales que presenta la población adolescente. Estos datos constituyen guías que encaminan las acciones realizadas por profesionales de la salud, investigadores y maestros hacia los puntos centrales de este problema.

Es recomendable enfatizar que uno de los aspectos más importantes con respecto al problema del consumo es no sólo el hecho de iniciar a una edad temprana que pueda conllevar en la adultez a la evolución de un consumo crónico, sino que el adolescente pueda experimentar consecuencias asociadas a corto plazo. Estas consecuencias asociadas al consumo se combinan con diversas variables de tipo ambiental, personal, familiar, etc., para dar lugar a una incidencia mayor en cuanto al riesgo percibido y al riesgo, que de hecho, tienen los adolescentes (Medina-Mora & López, 1994).

Estas consecuencias asociadas además de funcionar como indicadores importantes de riesgo, ofrecen la oportunidad de concientizar al individuo acerca de las desventajas de consumir alcohol, la asociación de los eventos negativos con la bebida, informarlos acerca de los posibles daños inmediatos y a largo plazo, por mencionar algunas de sus funciones. Como se observa las consecuencias asociadas son elementos preventivos relevantes.

Por lo anterior, se considera necesario revisar información referente a las consecuencias asociadas al consumo de alcohol reportadas por la población adolescente.

### 1.5 Consecuencias asociadas al consumo de alcohol en adolescentes

La principal intención de presentar un apartado destinado a la descripción de las consecuencias más representativas encontradas en los adolescentes mexicanos que consumen alcohol se origina de uno de los objetivos del presente trabajo en el que se desea conocer el tipo y número de consecuencias asociadas al consumo de alcohol presentadas por los adolescentes de este estudio, así como observar cómo se comportan en relación a las variables de tiempo de inicio, patrón de consumo y auto-eficacia para evitar el consumo excesivo de alcohol.

De inicio, se sabe que las adicciones traen consigo gran cantidad de problemas médicos y comunitarios asociados, en los ámbitos individual, familiar y social (Medina-Mora et. al, 2001).

Más específicamente, existe evidencia que sugiere que hay relación entre el nivel global de consumo de la población y la tasa de problemas de diversa índole, incluyendo problemas de salud resultantes del consumo crónico, accidentes asociados con la intoxicación aguda y violencias (Medina-Mora & López, 1994).

Otras variables identificadas relacionadas con la ocurrencia de consecuencias asociadas al consumo son aquellas que Medina-Mora y López (1994) mencionan acerca de variables ambientales tales como la disponibilidad o la estructura normativa que puede ser restrictiva, ambivalente o tolerante hacia el abuso, así como factores de riesgo individual tales como problemas afectivos que pueden llevar a los jóvenes a usar alcohol como un medio poco adaptativo de enfrentar sus problemas.

De igual forma, se encuentra que los problemas con el abuso de alcohol que presentan los jóvenes tales como tener accidentes automovilísticos, ser atropellados o ser víctimas de violencia y aún el sexo en riesgo, se derivan con frecuencia de haber bebido en exceso en ocasiones y circunstancias en donde no era seguro hacerlo, más que con estilos problemáticos de beber.

Diversos estudios reportan que las consecuencias más importantes relacionadas con el consumo de alcohol y otras drogas son los accidentes automovilísticos, los actos antisociales, los intentos suicidas o suicidios consumados, las caídas, fracturas o golpes, enfermedades del estómago, la asistencia a la escuela en estado de ebriedad, tener una cruda, arrepentimiento acerca de lo que se hizo mientras se estaba ebrio, participar en riñas o peleas, y detenciones (Villatoro, 1999; ENA, 1998, 2002; WHO, 1995).

La ENA (2002), por su parte, publicó los resultados encontrados en torno a las consecuencias asociadas y reporta que, partiendo de que la muestra total es de 3'522, 427, las consecuencias del abuso de alcohol entre la población adolescente de mayor ocurrencia son los problemas con la policía mientras los individuos usaban bebidas alcohólicas, esto sin considerar aquellos problemas derivados de conducir automóviles bajo este estado. Estos datos muestran una diferencia entre sexo,



en los varones las cifras fueron más frecuentes, siendo el 9.7% de varones quienes reportaron este tipo de consecuencia en tanto que este problema sólo fue reportado por el 1.2% de las mujeres. En segundo lugar, se reportó haber iniciado peleas mientras la persona estaba tomando en 3.6% de los hombres y solamente el 0.3% de las adolescentes reportaron esta conducta. En tanto, 28, 538 adolescentes, que representan el 1.7% de este grupo, reportó haber sido arrestado mientras conducía después de haberse tomado unas copas. En total 281, 907 adolescentes cumplieron con el criterio de dependencia del DSM-IV.

Un estudio realizado en Pachuca, Hidalgo acerca del consumo de alcohol y drogas en estudiantes reporta que los estudiantes que beben cantidades elevadas de alcohol y los consumidores de otras drogas, a diferencia de lo que sucede con los abstemios, presentaron más problemas al destinar su tiempo libre a actividades como irse a beber con amigos, exhibir más conductas antisociales y tener un distanciamiento de la familia que se refleja en la baja participación en actividades compartidas, en el desinterés por cumplir con sus normas y en la percepción de conflictos al interior de la misma (Rojas-Guiot et al, 1998).

En otro estudio realizado también en la ciudad de Pachuca, Hidalgo por Rojas-Guiot, Fleiz-Bautista, Medina-Mora, Morón y Doménech (1999) con estudiantes consumidores de alcohol o drogas se encontró que los principales problemas de tipo físico asociados con el consumo de alcohol son: "tener una cruda" o enfermarse del estómago, arrepentirse de algo que hizo al beber y no recordar lo que hizo.

Los datos que se han encontrado en investigaciones realizadas en poblaciones estudiantiles señalan que existe una correlación positiva entre el consumo de drogas y la conducta antisocial, de tal manera que se puede afirmar que a mayor índice de consumo, a mayor probabilidad de que se presenten también problemas de conducta (Rojas-Guiot et al, 1998).

La literatura científica señala que un uso temprano de sustancias predice problemas de abuso en etapas posteriores. Además, se ha observado que el abuso de alcohol y otras drogas está claramente asociado con la experimentación con otras drogas (Medina-Mora & López, 1994). Esto realza el papel del alcohol como una sustancia "de entrada" ya que representa la posibilidad de experimentar con otro tipo de sustancias como la marihuana, la cocaína y los inhalables. Esta asociación entre consecuencias y severidad de consumo representa una justificación importante para la realización de este estudio.

La evidencia presentada en este apartado demuestra el impacto que tiene la conducta de consumo en distintas áreas de la vida del adolescente mostrando que no sólo puede ser acreedor a ellas a corto plazo sino que puede verse afectado a largo plazo aumentando la severidad y complejidad del consumo lo que conlleva a consecuencias de mayor magnitud. Además, se dificulta el cambio del hábito de beber dependiendo de la fase en que se encuentre el adolescente con respecto al consumo. Por lo anterior, es necesario revisar el continuo de severidad de la adicción.

## 1.6 Continuo de severidad de la adicción

Winters (2001) propone desde una perspectiva de desarrollo, los siguientes niveles dentro de un continuo de severidad de la adicción (Monti, Colby & O'leary, 2001; Martínez, 2003):

- a) Abstinencia: no consumo.
- b) Uso experimental: uso mínimo, típicamente asociado con actividades recreativas y uso limitado de alcohol.
- c) Abuso temprano: uso más establecido, frecuente involucramiento con más de una droga, mayor frecuencia e inicio de consecuencias adversos.
- d) Abuso: uso regular y frecuente, durante un periodo extenso, surgimiento de consecuencias adversas.
- e) Dependencia: uso regular continuado a pesar de repetidas consecuencias severas, síntomas de tolerancia y organización de las actividades cotidianas del sujeto en relación a la búsqueda o consumo de la sustancia.

Esta perspectiva ofrece tres categorías de dirección: uso experimental, abuso temprano y abuso. Estas direcciones permiten implementar las estrategias de intervención de acuerdo a la severidad del problema desde intervenciones mínimas, hasta tratamientos residenciales.

Tomando en cuenta esta perspectiva acerca del nivel de involucramiento del joven con la sustancia deberá identificarse el tipo de intervención que pueda ser beneficioso para él, ubicando el nivel de prevención que le corresponda a éste.

Conocer el tipo de repercusiones derivadas del consumo de alcohol de los adolescentes de nuestro país enfatiza la necesidad no sólo de brindar atención a aquellos jóvenes que manifiestan sus primeras consecuencias relacionadas al consumo sino que también se fortalezcan las acciones orientadas a ofrecer servicio a aquellos individuos que presenten consecuencias repetidas y de distinta naturaleza pero que aún no muestran daño severo. Detener la progresión del consumo así como retardar la edad de inicio en estos adolescentes representan labores primordiales a realizar en esta población. Estas metas a alcanzar constituyen acciones que pertenecen al rubro de prevención por lo que es preciso ahondar en este tema para conocer su definición, sus principios básicos entre otros elementos complementarios que enriquezcan el conocimiento en el tema y se realicen acciones exitosas que brinden solución a este problema de salud.

---

**CAPÍTULO 2:  
PREVENCIÓN Y PROGRAMAS  
PREVENTIVOS PARA ADOLESCENTES**

---

⌘ Capítulo 2: Prevención y Programas Preventivos para Adolescentes

2.1 Prevención universal e indicada (factores de riesgo y protectores)

“Prevenir” literalmente significa “impedir que algo ocurra” (Mrazek & Haggerty, 1994).

La idea de prevención es el principio rector que desde hace mucho está en el núcleo de los programas de salud pública. De manera básica, el principio afirma que, a la larga, las actividades preventivas serán más eficientes y efectivas que el tratamiento individual administrado después del inicio de las enfermedades o problemas (Felner, Jasón, Moritsugu & Farber, 1983).

- Prevención primaria, secundaria y terciaria

El sistema de clasificación original de salud pública de la prevención de enfermedades fue propuesto por la Comisión de Enfermedad Crónica en el año de 1957. Este sistema consiste en tres tipos de prevención:

1. Prevención Primaria: Busca disminuir el número de casos nuevos de desórdenes o enfermedades, es decir, disminuir la incidencia (Mrazek & Haggerty, 1994).

Este tipo de prevención representa la desviación más radical de las formas tradicionales de afrontar los problemas de salud mental. La esencia de la noción de la prevención primaria puede verse en el interés de Caplan (1964) en “contrarrestar las circunstancias perjudiciales antes de que hayan tenido oportunidad de producir enfermedad” (Trull & Phares, 2003).

En este nivel, la atención se dirige a aquellos factores o condiciones del medio, tanto físico como humano, asociadas a la aparición de determinados problemas, con el fin de modificarlas para que no sean causa de problemas futuros. Además, se trata de potenciar o fomentar en los sujetos diferentes recursos o conductas saludables que puedan neutralizar la futura aparición de problemas (Buela-Casal & Caballo, 1991).

2. Prevención Secundaria: Busca disminuir la tasa de casos existentes de desorden o enfermedad en una población, es decir, disminuir la prevalencia del desorden (Mrazek & Haggerty, 1994).

En este segundo nivel de prevención, la atención se dirige a la detección temprana de los casos o conductas de riesgo relacionadas con los diferentes trastornos o problemas, con objeto de modificarlos cuando aún los problemas que puede generar se encuentran en una fase incipiente (Buela-Casal & Caballo, 1991).

La idea básica de la prevención secundaria es atacar los problemas mientras todavía son manejables, antes de que se vuelvan resistentes a la intervención (Caplan, 1961; Sanford, 1965). A menudo este enfoque sugiere la selección de grandes cantidades de personas. Estas personas no están buscando ayuda y ni siquiera pueden parecer estar en riesgo. Una variedad de personal de servicios comunitarios puede realizar esta selección (Trull & Phares, 2003). Un ejemplo de prevención secundaria es la detección temprana y tratamiento de los individuos con problemas con la bebida que son potencialmente perjudiciales (Alden, 1988).

3. Prevención Terciaria: Busca disminuir el monto de incapacidad asociado a un desorden o enfermedad existente (Mrazek & Haggerty, 1994).

La meta de la prevención terciaria es reducir la duración y los efectos negativos de los trastornos mentales después de su ocurrencia. Por tanto, difiere de la prevención primaria y secundaria en que su objetivo no es reducir la tasa de casos nuevos, sino sus efectos una vez diagnosticados (Trull & Phares, 2003). Dentro de un programa de prevención terciaria, el énfasis es puesto no tanto en la rehabilitación del paciente, sino en la prevención de recaídas a través de programas y estrategias terapéuticas conducentes a tal fin (Buela-Casal & Caballo, 1991).

Es importante resaltar que todas las formas de prevención se distinguen por sus intentos de reducir las tasas de trastornos o problemas, así como los problemas asociados con ellos, en toda la población (Trull & Phares, 2003). Aunque el modelo de prevención primaria-secundaria-terciaria tradicional (Caplan, 1964) es el que se cita con mayor frecuencia, se han propuesto estructuras de clasificación alternativas (Orford, 1992).

- Prevención universal, selectiva e indicada

Un ejemplo de clasificación alternativa es la estructura para prevenir trastornos mentales propuesta en el reporte de 1994 del Instituto de Medicina (Institute of Medicine; IOM), *Reducing Risks for Mental Disorders*. Este modelo adopta términos propuestos por Gordon (1983, 1987) y está centrado en el nivel de riesgo al cual se enfrenta el individuo para desarrollar un problema en particular y el costo de la intervención de dicho problema (Gordon, 1987; Institute of Medicine, 1994). Aunque este sistema fue desarrollado inicialmente para el abordaje de trastornos mentales, se ha utilizado como un esquema general de prevención que ha mostrado ser de mucha utilidad en distintos campos de salud, uno de ellos es el de las adicciones.

Dentro de este sistema, el término de prevención es reservado para aquellas intervenciones que tienen lugar antes del inicio del problema. Este sistema reconoce la importancia de todo el espectro de intervenciones partiendo de la prevención, el tratamiento hasta el mantenimiento. Bajo este sistema, las intervenciones de tratamiento, son terapéuticas en su naturaleza (tales como la psicoterapia, los grupos de apoyo, la medicación y la hospitalización).

Existen dos componentes en las intervenciones de tratamiento, aquel que tiene que ver con la identificación de casos y aquel que se relaciona con el tratamiento clásico que se da a un problema conocido (o diagnosticado) que incluye aquellas intervenciones utilizadas para reducir la probabilidad de futuros problemas o desórdenes asociados.

Las intervenciones de mantenimiento, que son de apoyo, educativas y/o farmacológicas en su naturaleza, son proporcionados a largo plazo (Mrazek & Haggerty, 1994).

Este modelo está constituido por 3 categorías de intervención preventiva:

1. Intervenciones Preventivas Universales, están dirigidas al público en general o a grupos de la población que no hayan sido identificados como población en riesgo; estas intervenciones pueden ser costosas debido a que se dan a toda la población.
2. Intervenciones Preventivas Selectivas, dirigidas a individuos o subgrupos de la población que tienen una probabilidad mayor que el promedio de desarrollar el problema en cuestión (ya sea en el futuro próximo o distante). Estos individuos a los que se dirige son identificados con base en factores de riesgo biológicos, psicológicos o sociales que han mostrado estar asociados con el desarrollo del problema; y por último,

3. Intervenciones Preventivas Indicadas, dirigidas a individuos de "alto riesgo", identificados por su manifestación de signos o síntomas por debajo del umbral o por marcadores biológicos que indican una predisposición a desarrollarlo (Mrazek & Haggerty, 1994; Trull & Phares, 2003).

El valor de este modelo se basa en la colocación de la prevención, el tratamiento y el mantenimiento en un continuo que representa la gama completa de intervenciones. La prevención ocurre antes de que se desarrolle un trastorno o problema; el tratamiento se administra a los que satisfacen (o están cerca de satisfacer) criterios diagnósticos para cierta condición, y el mantenimiento representa intervenciones en individuos con un diagnóstico cuya problemática continúa justificando la atención (IOM, 1994).

Por lo tanto, al realizar cualquier tipo de esfuerzo preventivo, las acciones centrales que se persiguen son (Mrazek & Haggerty, 1994):

- Reducir los factores de riesgo y fortalecer los protectores con el objetivo de disminuir la posibilidad de un individuo de desarrollar algún problema o trastorno.
- Identificar aquellos factores de riesgo y protectores involucrados en el problema o trastorno.
- Identificar aquellas causas susceptibles de ser modificadas y que puedan ser incluidas en el programa de prevención.
- Desarrollar investigación sobre factores de riesgo y protectores modificables, y sobre intervenciones preventivas.
- Contribuir significativamente con aquellos mecanismos por los cuales los factores de riesgo se traducen en un problema o trastorno mental.
- La intervención preventiva está dirigida a jóvenes y adultos jóvenes. De esta manera:
  - a) Se pueden afectar las vidas de las personas en sus periodos más productivos.
  - b) Se modifican factores de riesgo en los niños de la siguiente generación al romper el ciclo en la vida de sus padres.

De acuerdo a lo revisado anteriormente en cuanto a la relevancia de la prevención dentro del panorama de la salud, las acciones de prevención pueden ser posibles gracias a la detección de las condiciones en las que se desenvuelve el individuo o algunas características inherentes al propio individuo.

Las investigaciones más recientes sobre intervención para el logro de un estado óptimo de salud dedican una atención especial a la conducta humana debido al papel relevante de la misma en el fomento del bienestar. Los diferentes estudios en el campo de la salud han puesto de manifiesto que ciertos factores como la contaminación ambiental, algunas condiciones sociales dañinas, fumar cigarrillos, la ingesta de alcohol, la ausencia de práctica regular de ejercicio físico, entre otros, entrañan un grave riesgo. A partir de estos trabajos se destaca que el control de dichos factores es posible suscitando cambios en los estilos de vida de las personas (Buela-Casal y Caballo, 1996).

Para entender mejor la pertinencia del estudio de estos factores, denominados en su mayoría como factores protectores y de riesgo, debe realizarse inicialmente una revisión conceptual acerca del significado de éstos y la forma en que se han utilizado dentro de la literatura de la salud en general.

- Factores protectores y de riesgo

Un factor de riesgo se refiere a las condiciones tanto ambientales como personales, que de alguna manera anuncian problemas adaptativos y de funcionamiento personal. Son aquellos factores que al actuar conjuntamente representan el peligro de romper el equilibrio necesario para que se den la salud, la adaptación y las competencias personales. En cambio, los factores protectores predicen el bienestar personal y familiar. Representan los estilos de vida sanos y las alternativas de acción para promover esa competencia y efectividad necesarias para enfrentarse a situaciones cambiantes (Rodríguez y Rojas, 1998).

Jessor (1993) menciona que los factores protectores, se pueden definir como los recursos personales, sociales e institucionales que favorecen la competencia, promueven un desarrollo individual exitoso y disminuyen la posibilidad de involucrarse en conductas problema (Jessor, 1993; National Institute on Drug Abuse [NIDA], 1999).

Lo que ocurre cuando se tiene acceso a estos factores es que se dispone por primera vez de la opción real de tomar el conocimiento sobre los mecanismos que regulan el funcionamiento humano, su expresión como factores de riesgo para derivar intervenciones profesionales psicológicas e incidir sobre el ser humano y su salud, física o psicológica. Probablemente no se puede modificar cómo inciden pero sí cómo el individuo reacciona y maneja la situación en que ocurre su impacto o efecto (Rodríguez y Rojas, 1998).

Ciertamente, hay muchas personas cuyos estilos de vida incluyen conductas que actúan como factores de riesgo para la salud, pero también existen, evidentemente, individuos que realizan conductas protectoras de su salud, lo que indica que hay personas muy conscientes del cuidado de su salud, mientras que otras, en cambio, lo son escasamente (Buela-Casal y Caballo, 1996).

Un ejemplo de conductas que ponen en riesgo la salud y bienestar del individuo es el consumo de alcohol y otras drogas; esta conducta de riesgo se ha observado presente en el estilo de vida de muchas personas en distintas etapas de desarrollo, especialmente en la adolescente.

Es por ello que la detección e identificación de factores relacionados con el consumo de alcohol ha representado un gran reto que pretende establecer las medidas pertinentes de prevención para contrarrestar este problema de salud pública.

La investigación en torno a la etiología del consumo de sustancias ha identificado muchos factores de riesgo importantes para el uso de sustancias del adolescente, así como también muchos factores de protección que son importantes en cuanto a la cuantificación de los efectos de estos riesgos (Hawkins, Catalano & Miller, 1992).

En el caso específico del consumo de sustancias, puede establecerse una relación entre la presencia de esta conducta y algunos factores que favorecen su inicio y mantenimiento (factores de riesgo), y otros que pueden retardar y proteger al individuo en el involucramiento con esta conducta de riesgo (factores protectores). Por ello, es necesario hacer una revisión de aquellas condiciones que se ha observado están presentes como antecedentes al consumo, tanto en el entorno social inmediato en el que se desenvuelve el individuo así como aquellas características personales que pueden apuntar a que se desarrolle la conducta de consumo en el adolescente.

- Factores protectores y de riesgo asociados al consumo de alcohol de los adolescentes

Dentro del marco de las conductas adictivas, Clayton (1992) argumenta que un factor de riesgo es un atributo o una característica individual, una condición situacional o un contexto ambiental que aumenta la probabilidad del uso o abuso de drogas o bien en el nivel de transición en el involucramiento con las drogas. En tanto que un factor protector es un atributo o característica individual, una condición situacional o un contexto ambiental que inhibe, reduce o protege de la probabilidad de usar o abusar de las drogas o bien en el nivel de transición en el involucramiento con las drogas.

Este autor menciona que existen al menos dos formas en las que los factores protectores y de riesgo han sido utilizados dentro de la literatura. La aproximación más simple es que se encarga de la identificación de "tipos de personas" quienes, dadas sus características o atributos individuales, pueden presentar mayores riesgos en cuanto al abuso de drogas a diferencia de otros individuos. La segunda aproximación es más compleja y está basada en una orientación más dinámica, multidimensional y multivariada que a menudo combina variables individuales con variables contextuales o ambientales.

Asimismo menciona que *The Anti-Drug Abuse Act* (1986) define a la juventud en riesgo como aquellos "niños y adolescentes de menos de 18 años quienes a causa de la presencia de ciertas características y condiciones son especialmente proclives al uso de alcohol y/o drogas ilegales".

Hay dos elementos de esta definición que son importantes de resaltar. Por una parte, que aquellos factores que pueden alentar o promover el uso de drogas (por ejemplo, su iniciación, continuación o su evolución) pueden ser características que se encuentran "dentro" del individuo (internas). Y por otra parte, el uso y abuso de drogas puede estar asociado a las "condiciones" en las que vive el individuo. Por lo tanto, en última instancia, la juventud de alto riesgo puede ser diferenciada de aquellos que no están en alto riesgo en relación al abuso de drogas a partir de las características personales o las condiciones que influyen en cómo conducen sus vidas.

Los siguientes son supuestos o consideraciones acerca de los factores de riesgo y protección:

1. Un solo factor de riesgo o protección puede tener múltiples resultados.
2. Muchos factores de riesgo o protección pueden tener impacto en un solo resultado.
3. El abuso de drogas o alcohol en sí mismo puede tener efectos importantes en los factores de riesgo o de protección.
4. La relación entre los factores de riesgo y protección entre cada uno de ellos y la transición en el abuso de alcohol o drogas puede ser influenciada significativamente por las normas de la edad de los individuos.

- Modelos de factores protectores y de riesgo en adolescentes

Algunos investigadores han optado por la identificación de características y condiciones que pueden predecir el riesgo para el uso de drogas en lugar de identificar atributos personales o "tipos" de personas que pueden tener riesgo de realizar esta conducta.

Tres equipos de investigadores (Bry, Mckeon & Pandina, 1982; Labouvie, Pandina, White & Johnson, 1986; Newcomb, Maddahian & Bentler, 1986) han producido listas similares de potenciales factores de riesgo (ver tabla 1). De hecho, Newcomb y sus colaboradores (1986) aceptaron seis de los



factores de riesgo (promedio de aprovechamiento, carencia de religiosidad, psicopatología, relación pobre con los padres, uso temprano de alcohol y baja auto-estima) identificados por Bry et al. (1982) y agregaron 4 distintos (carencia de conformidad, búsqueda de sensaciones percepción de disponibilidad y percepción de normas con respecto al uso de drogas). Labouvie y sus colegas (1986) organizaron doce factores de riesgo específicos bajo cuatro dominios generales: (a) riesgo psicológico; (b) riesgo parental o familiar; (c) riesgo escolar; y (d) riesgo de amigos o pares (Clayton, 1992).

Como se muestra en la tabla 1, existen dos factores de riesgo identificados por Bry et al. (1982) que no son tomados en cuenta por Labouvie et al. (1986): carencia de religiosidad y uso temprano de alcohol. De igual forma, hay dos factores de riesgo identificados por Newcomb et al. (1986) que no son tomados en cuenta por Labouvie et al. (1986): carencia de conformidad y disponibilidad percibida.

Parece que Labouvie y sus colegas (1986) intentaron obtener indicadores múltiples de la mayoría de sus dominios básicos. En lugar de solo tomar al indicador de baja auto-estima ellos dividieron el constructo de auto-estima en auto-estima, autodevaluación, y auto-confianza. Además, en lugar de únicamente tomar al indicador de relación pobre con los padres, ellos han dividido este constructo en dos dimensiones: calidez parental o familiar y control de hostilidad parental o familiar (Clayton, 1992).

De acuerdo a la literatura, Hawkins y Catalano (1989) realizaron, probablemente, el intento más ambicioso para organizar los factores de riesgo conocidos específicamente para el uso y abuso de drogas de los adolescentes. La mayoría de estos factores de riesgo específicos coinciden o al menos se traslapan con aquellos identificados, anteriormente, por Bry, Newcomb, Labouvie, y sus respectivos colaboradores. Sin embargo, hay tres dominios adicionales muy importantes que introdujeron Hawkins y Catalano: (a) factores ambientales y contextuales (leyes y normas, disponibilidad de drogas, privación económica extrema, desorganización vecinal, factores de organización escolar; (b) factores neuropsicológicos (déficit de atención, hiperactividad, deterioro cognitivo por daño, inteligencia, desajustes hormonales; y (c) transmisión generacional (vivir con padres o hermanos que abusen del alcohol y/o drogas) (Clayton, 1992).

Otro modelo que ha sido utilizado dentro del área encargada del estudio de los factores de riesgo y de protección es el desarrollado por Botvin y Griffin (2001) concebido como un modelo de dominios que integra la mayoría de los factores importantes que contribuyen a la conducta de consumo de drogas (ver figura 2.1).

Dentro de esta revisión de los modelos encargados de identificar aquellos factores involucrados en la conducta de consumo se presenta un modelo derivado de años de estudio en la materia y que se formula a partir de hallazgos empíricos. El modelo del cual se está hablando es el realizado por Jessor (1992) denominado "Dominios conceptuales interrelacionados de los factores de riesgo y de protección" (ver figura 2.2) en el que su conceptualización acerca del riesgo psicosocial incluye tanto los factores de riesgo como los de protección.

Para Jessor, una conducta de riesgo implica cualquier conducta que puede, directa o indirectamente, comprometer el bienestar, la salud y aún el proceso de vida del adolescente (Jessor, 1986). Jessor define una conducta de riesgo como "cualquier conducta que puede comprometer aquellos aspectos psicosociales del desarrollo exitoso del adolescente" (Rodríguez, 2004).

Este modelo se constituye a partir de cinco grupos o categorías de factores de riesgo o protección: Biológico/Genéticos, Medio Social, Medio Percibido, Personalidad y Conducta.

Este modelo explica la conducta de riesgo como producto de la interrelación de distintos factores entre sí, pero también se considera la influencia directa o indirecta de un factor en particular sobre la conducta o como un mediador a través de las distintas conductas de riesgo. Por otro lado, este esquema pretende representar la estructura de los factores de riesgo, conducta de riesgo y resultados del riesgo en un momento del tiempo, no de modo estático (Rodríguez, 2004).

El objetivo de este modelo de factores sería la reducción de los factores de riesgo y el aumento de los de protección con el propósito de hacer un cambio en el estilo de vida. Este modelo también asume un papel importante en el ambiente como precipitador y mantenedor de conductas de riesgo; por lo que este modelo no busca depositar toda la responsabilidad en el individuo.

Tabla 1. Tipologías de factores de riesgo para el uso de drogas de los adolescentes (Clayton, 1992)

Bry et al. (1982)	Newcomb et al. (1986)	Labouvie et al. (1986)	Hawkins & Catalano(1989)
Bajo promedio de aprovechamiento	Bajo promedio de aprovechamiento	Bajo desempeño académico	Bajo compromiso con la escuela
		Bajas aspiraciones en la escuela	Emparejamiento cognitivo Inteligencia
		Baja orientación al logro	
Carencia de religiosidad	Carencia de religiosidad		Bajo involucramiento religioso
Uso temprano de alcohol	Uso temprano de alcohol		Conductas problema tempranas y persistentes
			Temprana presencia de conductas de alto riesgo
Baja auto-estima	Baja auto-estima	Baja auto-estima	
		Autodevaluación	
Psicopatología	Psicopatología	Explosión emocional	
Relación pobre con los padres	Relación Pobre con los padres	Baja calidez parental	Prácticas de manejo familiar pobres e inconsistentes
		Control de hostilidad parental	Conflicto familiar
	Carencia de conformidad		Actitudes favorables al uso de drogas
	Búsqueda de sensaciones	Impulsividad	Búsqueda de sensaciones
			Déficit de atención/ Hiperactividad
			Baja estimulación del sistema nervioso autónomo y central
			Factores hormonales
	Percepción del uso de drogas de los pares	Desviación de los amigos	Rechazo de los pares en la escuela primaria
		Actividades negativas con amigos	Relación con pares que usen drogas
	Percepción de consumo de drogas de los padres		
			Leyes/Normas
			Disponibilidad
			Privación económica extrema
			Desorganización vecinal
			Factores de organización escolar
			Transmisión generacional

Figura 2.1 Modelo de Dominios Integrados de la Conducta del uso de Drogas (Boivin y Griffin, 2001)

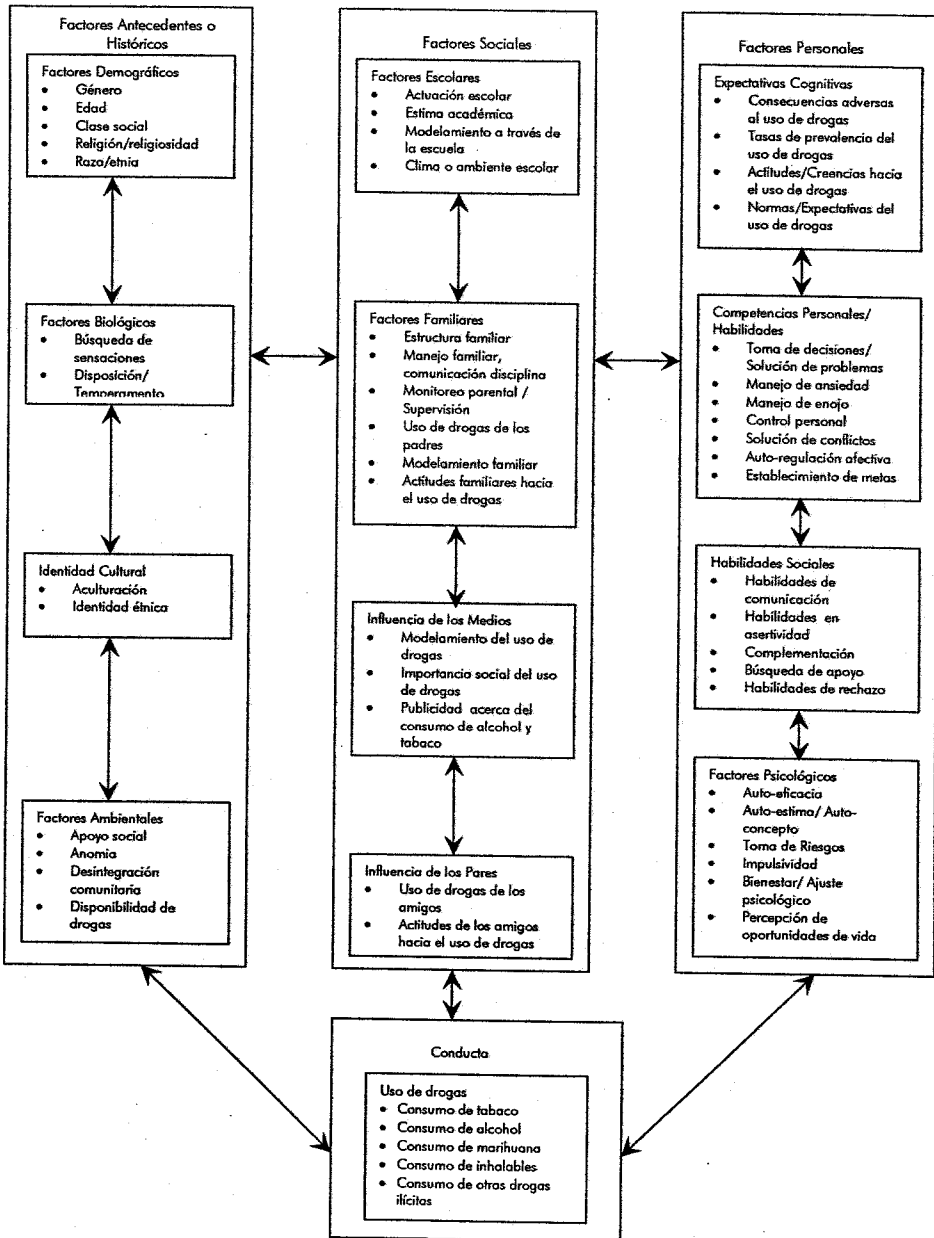
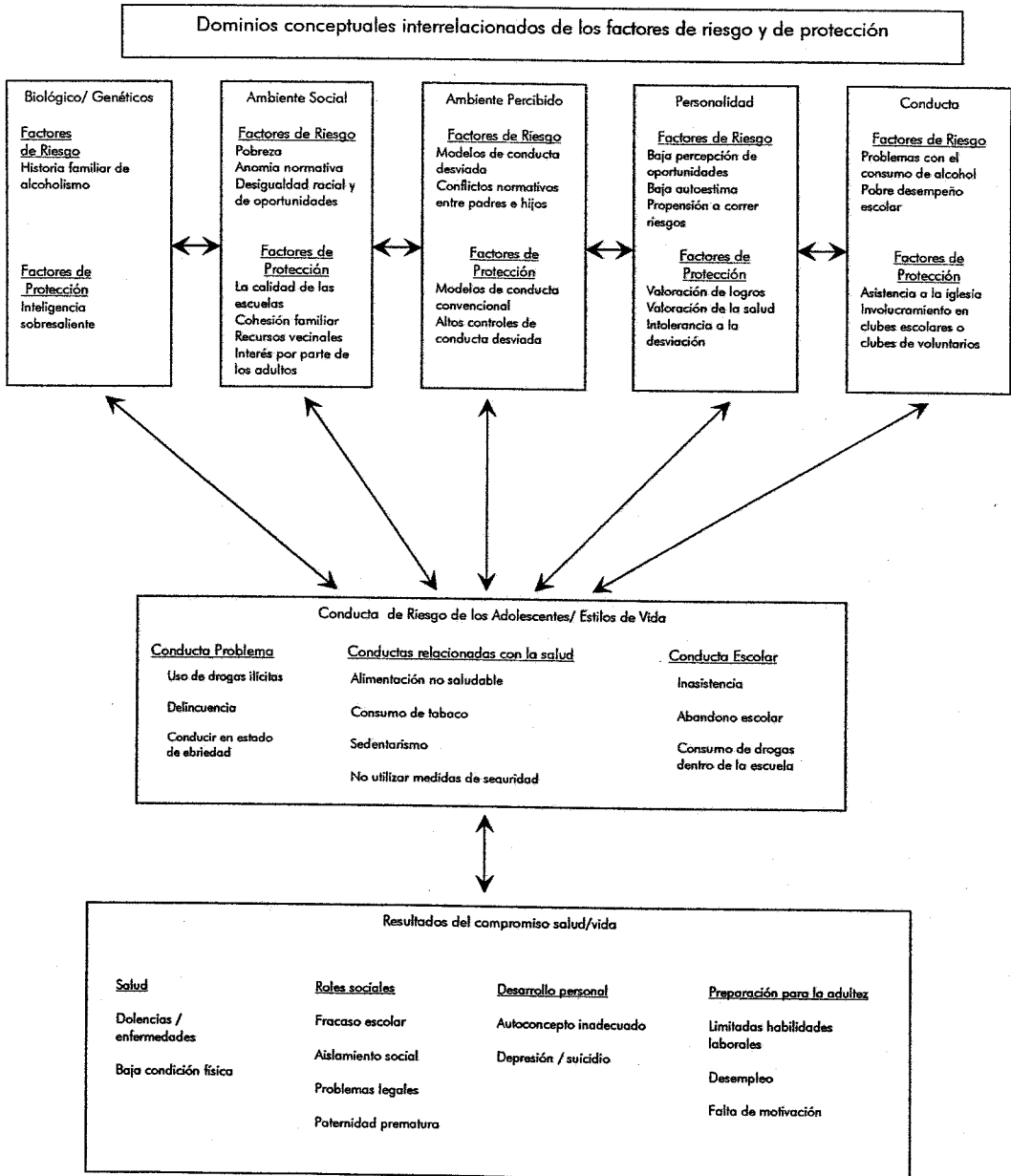


Figura 2.2 Modelo de factores de riesgo y protección desarrollado por Jessor (1992) (Jessor, 1998)



Como se observa, todos los modelos revisados están basados en la conceptualización de elementos probabilísticas que pueden influir en la presencia y/o ausencia del consumo de sustancias en los adolescentes; todas ellas aportan hallazgos interesantes que ayudan a complementar la información en el campo de las conductas adictivas y resultan alternativas viables para realizar acciones preventivas que contribuyan a la literatura científica de la psicología así como al campo aplicado en donde los psicólogos cuenten con más de una opción para abordar este tipo de problemas.

Es importante mencionar que este tipo de información puede ser asociada principalmente con dos marcos conceptuales revisados en el primer apartado. Uno de ellos es el denominado por Bronfenbrenner como "Ecología del desarrollo humano" que representa uno de los primeros intentos por identificar las situaciones o características asociadas con la manifestación de algún fenómeno comportamental.

El segundo enfoque es el de la teoría de Jessor & Jessor que partiendo de su conceptualización de la conducta problema desarrollan su modelo de factores de riesgo y de protección a partir del cual ponen en práctica los argumentos teóricos acerca de la adquisición de una conducta de riesgo.

Otro elemento esencial por discutir es la utilización de los datos arrojados por las encuestas epidemiológicas acerca de las características de los adolescentes que consumen alcohol y aquellos que se abstienen de hacerlo así como otras variables de tipo personal, ambiental y familiar por mencionar algunas que funcionan como elementos constitutivos de los modelos de factores de riesgo y de protección, es decir, todo lo reportado por las encuestas dilucida el carácter protector o riesgoso de algunas de las circunstancias de vida del adolescente así como de su misma personalidad. Además, a partir de estos modelos de factores de protección y de riesgo es posible ir conformando un "perfil" de aquellos adolescentes que presentan mayor riesgo y que se distinguen de aquellos que poseen una protección mayor con respecto al consumo de sustancias. Lo anterior refuerza la importancia de este tipo de estudios.

Los modelos revisados son aportaciones que son utilizados internacionalmente ya que poseen alta confiabilidad y otros atributos que los hacen literatura tradicional y básica para el tema de las conductas adictivas aunque resulta importante mencionar hallazgos encontrados en poblaciones mexicanas que describan de manera particular lo que se observa en estos adolescentes.

- Factores protectores y de riesgo en adolescentes mexicanos

En nuestro país, se ha realizado investigación en torno a la identificación de factores de riesgo y de protección. Evidencia de ello es el estudio realizado por Medina-Mora et al. (1995), con población estudiantil mexicana, en donde se diferenciaron los factores relacionados con la experimentación y el uso regular de sustancias: los adolescentes que experimentan son generalmente hombres, estudiantes de preparatoria (con excepción de los inhalables), que reportaron estados de ánimo displacenteros. Los adolescentes que reportaron un uso regular de sustancias percibieron mayor disponibilidad de la sustancia en su comunidad, reportaron consumo por parte del padre, hermanos y/o amigos y menor percepción del riesgo sobre los efectos de las drogas. Cabe mencionar que la edad y el sexo no fueron importantes para distinguir a los estudiantes que se limitan a experimentar de aquellos que continúan usando las sustancias.

En nuestro país el desarrollo de modelos de este tipo en torno al consumo de alcohol no ha sido ampliamente documentado por lo que es necesaria la realización de investigación que pretenda identificar tanto factores protectores como de riesgo en adolescentes de nuestro país.

A partir de estos resultados se plantea que una de las tareas actuales de la prevención del consumo de sustancias es determinar cuáles son los factores de riesgo que pueden ser controlados, qué riesgos no pueden ser cambiados pero pueden ser regulados o moderados, y qué riesgos definitivamente no pueden ser alterados, dado que una estrategia de prevención no requiere necesariamente que los factores de riesgo sean controlados directamente, pero pueden buscarse maneras de combatirlos. Una estrategia promisorio es identificar y fortalecer los medios protectores, lo cual inhibe el abuso de sustancias a pesar de su exposición al riesgo (Hawkins et al., 1992).

Como se revisó en líneas anteriores, la prevención es una estrategia prioritaria dentro de las políticas de salud y su propósito es comunicar mensajes y desarrollar acciones que no sólo provean de conocimientos objetivos y adecuados acerca de las drogas y los efectos de su consumo, sino que faciliten el desarrollo de actitudes y conductas que tiendan hacia la salud, generando estilos de vida saludables. Las poblaciones prioritarias para la prevención de adicciones son los niños y los jóvenes que están en mayor riesgo de iniciar el consumo. Aunque la meta de la prevención es desalentar el inicio en el uso de alcohol y drogas, también incluye acciones que se dirigen a detectar en forma temprana, el uso, abuso y adicción, así como ciertas intervenciones que pretenden disminuir los daños a la salud relacionados con el consumo (Medina-Mora y Cravioto, 1999).

A través de estas estrategias de prevención se busca desarrollar acciones que permitan contar con los suficientes recursos y modalidades terapéuticas que demuestren ser las más adecuadas para las necesidades individuales y sociales de los que abusan del consumo de alcohol, siempre con respeto a los derechos y la integridad humana (Medina-Mora y Cravioto, 1999). La realización de programas de intervención que busquen brindar atención a los jóvenes que presenten riesgos asociados al consumo representa un ejercicio imprescindible para el logro de metas favorables en el campo de la salud.

Por lo tanto, a continuación se presenta una descripción general de los modelos preventivos desarrollados en nuestro país que comparten el interés de abordar el problema del consumo de alcohol en adolescentes.

## 2.2 Programas de prevención para el uso de alcohol y otras drogas en adolescentes

En nuestro país, el interés por el desarrollo de estrategias de prevención e intervención orientadas al consumo de sustancias se ha incrementado favorablemente, en este apartado se describen los modelos de prevención, vigentes hasta el momento, los cuales son clasificados en dos grandes rubros, aquellos relacionados con el riesgo psicosocial y los modelos de reducción del daño.

- Modelos de prevención de riesgo psicosocial

Entre los esfuerzos más importantes para la detección, diagnóstico, atención y evaluación de la población adolescente se encuentra el "Modelo Chimalli", desarrollado por el Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos (INEPAR) en 1989. Este modelo tiene como finalidad, producir resiliencia, como un enfoque proactivo y ecológico, que a su vez permita el desarrollo de habilidades y actitudes para que los individuos enfrenten factores de riesgo y estresores en la vida.

Actualmente la aplicación del Modelo cuenta con la participación de diferentes instituciones como es el Colegio de Bachilleres, la Secretaría de Salud Pública y el DIF (Castro, Llanes, Margain & Carreño, 1999).

En el Sistema Integral para el Desarrollo Familiar (DIF), el Modelo Chimallí, esta replanteado en función de los principios del DIF, orientados a la asistencia social, la integración social y el fortalecimiento familiar, dando lugar al *"Modelo Preventivo de Riesgos Psicosociales para Menores, Adolescentes y sus Familiares"*. Desde la consideración de estos principios, el DIF plantea que una estrategia de prevención debe orientarse al incremento de las fortalezas de los individuos, dando lugar a la formación de proyectos de vida positivos con metas alcanzables que les permitan decir no a las drogas, favorecer la participación comunitaria para mejorar las condiciones familiares y sociales que proporcionan las adicciones y disponer de información confiable y oportuna para orientar las actividades de prevención (Castro, Llanes, Margain & Carreño, 1999; DIF, 2003).

A partir del Modelo Chimallí, INEPAR en conjunto con el Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), desarrollan el programa *"Construye tu vida sin Adicciones"*, este programa se fundamenta en la Medicina Mente-Cuerpo y tiene como objetivo el fortalecimiento de la responsabilidad individual y social de la salud integral y las adicciones. Este programa se caracteriza por ser una estrategia de intervención universal, dirigida a la población asistente a los servicios médicos y al propio personal de salud; en donde se abordan una serie de acciones que promueven el desarrollo humano y la creación de ambientes proactivos. Este modelo describe las adicciones como el resultado de actitudes y comportamientos del estilo de vida del individuo y su grupo social (Velez, Prado & Sánchez, 2003).

Por su parte, Centros de Integración Juvenil (CIJ) desarrolló el Programa *"Para Vivir sin Drogas"*, que se caracteriza por ser una estrategia de intervención de tres niveles, universal, selectiva e indicada. El programa se dirige a población entre los 10 y los 54 años de edad; sin embargo, la población prioritaria es la de jóvenes (10 a 18 años). Se fundamenta en los principios de riesgo/protección, destacando la susceptibilidad de los individuos para el desarrollo de problemas con el abuso de sustancias (Hawkins, Catalano, Miller, 1992); este programa refiere que el abuso de drogas depende de las condiciones de riesgo a que están expuestos los individuos.

El Programa de Educación Preventiva contra las Adicciones (PEPCA), planteado por la Secretaría de Educación Pública (SEP), es una propuesta desarrollada en 1984, que forma parte del programa educativo y su aplicación se extiende hasta el ambiente familiar. El objetivo principal de este programa es incorporar en el proceso educativo estrategias de educación preventiva integral, sustentadas en la promoción y fomento de los valores que fortalezcan en los educandos la capacidad de discernimiento para hacer frente a problemas sociales que pueden limitar su desarrollo.

El PEPCA, tiene su fundamento en principios de las corrientes psicológicas de corte humanista, así como elementos del modelo ecológico del desarrollo, principios de riesgo/protección, y la educación social.

El Instituto Tecnológico de Estudios Superiores Monterrey (ITESM) cuenta con un Programa de Prevención ITESM, en el cual se llevan a cabo acciones de concientización y prevención dirigidos a alumnos, padres de familia personal docente y administrativo, así como para el sector empresarial de la comunidad; con lo que respecta a las acciones dirigidas a alumnos, en la prevención a nivel bachillerato, se cuenta con actividades específicas desde su ingreso a la institución, que se relacionan con una introducción a los servicios que ofrece el Programa de Prevención y el Centro de Asesoría Psicopedagógica y una revisión del reglamento y políticas internas de la institución en cuanto al uso y abuso de sustancias (ITESM, 1999).



- Modelos de prevención y reducción del daño

El Instituto Mexicano de la Juventud, cuenta con *Modelos de Intervención Comunitaria*, fundamentados en los planteamientos de Merlo y Milanese (2000) quienes argumentan que la prevención está íntimamente relacionada con la construcción social, y agregan que este modelo tiene como principal objetivo el crecimiento en los contextos sociales de la capacidad y competencia, que permiten una gestión eficaz y eficiente de los procesos que generan la enfermedad. Merlo y Milanese (2000), mencionan que una estrategia posible para un acercamiento desde un punto de vista de comunidad se relaciona con la construcción de Minorías activas y liderazgos transformativos.

Cabe mencionar que Fundación Ama la Vida retoma el Modelo de Prevención Comunitaria descrito con anterioridad, y plantea un trabajo centrado en el "*Modelo Comunitario de Prevención Primaria, Reducción del Daño, Rehabilitación y Cura de las Farmacodependencias*", este modelo integra una experiencia de investigación acción, un modelo de tratamiento residencial de atención especializada; la formación y supervisión de las experiencias operativas a través de un sistema de evaluación y seguimiento de los casos atendidos y la implementación de un programa de clínica comunitaria de la farmacodependencia en los contextos donde se gesta el problema.

El Modelo Comunitario de esta fundación tiene como propósito desarrollar un dispositivo integral de intervención, que articule los esfuerzos de la unidad residencial con los restantes servicios comunitarios de atención a la salud y la seguridad de la persona (Tavera, Cantú de Ainslie, & Luna, 2000).

A partir del análisis de los programas de prevención mencionados con anterioridad, puede observarse que éstos están dirigidos principalmente a la población en general o a grupos que han sido catalogados como riesgosos, dejando de lado a aquellas poblaciones en las que ya se presenta el consumo y algunos problemas relacionados; sin embargo, ante esta situación se han planteado intervenciones indicadas para este tipo de poblaciones, aunque en su mayoría han sido implementadas para población adulta.

Breslín, Sdao-Jarvie, Tuper & Pearlman (1999) mencionan que la implementación de estrategias de intervención orientadas a los adolescentes pueden favorecer un cambio en el consumo de sustancias a partir del análisis de la ambivalencia entre las ventajas y desventajas de hacer algún cambio. Tomando en cuenta la argumentación de Breslín, Sdao-Jarvie, Tuper & Pearlman (1999), la Universidad Nacional Autónoma de México, plantea el "*Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Otras drogas*", desarrollado por Martínez y Ayala (2003). Este programa se centra en la atención de jóvenes estudiantes de nivel medio y medio superior con edades entre 14 y 18 años de edad que consumen alguna sustancia (alcohol, marihuana, cocaína e inhalables), que a su vez reportan problemas relacionados con su consumo y que aún no presentan criterios de dependencia hacia la sustancia.

Es importante mencionar que la mayoría de los diferentes modelos de intervención descritos anteriormente están enfocados al trabajo de prevención universal y selectiva, en donde se describe la forma en que es aplicado cada uno de los programas más no los procesos de evaluación, por lo que el "*Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Otras drogas*" representa una alternativa efectiva que evalúa los componentes constitutivos de la intervención lo que resulta en una mayor confiabilidad con respecto a las expectativas de resultado y los resultados en sí mismos con respecto al cambio en el consumo del adolescente.

El Programa de Intervención Breve para Adolescentes, a diferencia de los demás programas, ha reportado una disminución en cuanto al patrón de consumo, un incremento en el número de días de abstinencia y la disminución de los problemas relacionados con el consumo a partir de una evaluación realizada del programa de adolescentes.

Ya que el presente estudio se realiza con población de este programa es necesario conocer a detalle su estructura y las fases que contiene por lo que a continuación se describirá esta propuesta de intervención breve para adolescentes.

### 2.3 Intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas

Esta intervención se deriva del proyecto "Desarrollo y Evaluación de Intervenciones Preventivas para Comportamientos Adictivos en Comunidades Urbanas y Rurales en México" (Ayala, 2001) (Financiado por CONACYT G 36266), el cual plantea el estudio y abordaje al problema de las adicciones y su particular expresión en comunidades urbanas y rurales de nuestro país, a través del estudio de los factores de riesgo y de protección asociados al consumo de alcohol y drogas, del desarrollo y evaluación de intervenciones preventivas y de la diseminación de los programas para instrumentarse a diversos niveles en instituciones educativas y de atención a la salud (Bernal, 2004).

El programa de atención para Adolescentes, es un tratamiento cognitivo-conductual para jóvenes que consumen alguna sustancia adictiva como alcohol, marihuana, cocaína e inhalables.

Esta intervención se caracteriza por utilizar procedimientos de Auto-control (Ayala, Echeverría, Sobell & Sobell, 1998; Sobell & Sobell, 1993), Entrevista Motivacional (Miller, 1985), Prevención de Recaídas (Marlatt, 1999) y "The First Contact" (Breslin, Sdao-Jarvie, Tupker & Peralman, 1999). El programa tiene el objetivo central de promover un cambio en el patrón de consumo de sustancias a través de establecer metas de consumo (en el caso del consumo de alcohol: moderación o abstinencia; en el caso de drogas ilegales, la abstinencia), identificar las situaciones en que es más probable que consuman y desarrollar estrategias alternativas para enfrentarse a estas situaciones. Con la reducción del patrón de consumo se pretende reducir los posibles riesgos y problemas relacionados con la conducta de consumo excesivo de alcohol (más de 5 copas por ocasión) o el consumo de drogas ilegales (por más de 5 ocasiones), con una historia de consumo menos a los dos años.

Este programa intenta superar las barreras en cuanto a la detección y canalización de los adolescentes, la principal estrategia es la aplicación del modelo dentro del escenario escolar, realizando acciones como talleres a maestros y personal de salud para la identificación oportuna de los casos; ya que éstos mantienen una relación más directa con los adolescentes. Por otro lado, el programa intenta superar la barrera de evaluación de la eficacia del modelo, a partir de la identificación de variables mensurables directamente relacionadas con el patrón de consumo de los sujetos (antes, durante y 6 meses después de terminado el tratamiento). Finalmente, una de las barreras más importantes es la falta de interés de los adolescentes de cambiar su patrón de consumo, cuando perciben que las consecuencias positivas superan las consecuencias negativas relacionadas con el consumo, por lo que se desarrolló una sesión de inducción donde se utilizan estrategias de entrevista motivacional (Martínez, 2003).

El "Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas" está constituido por las siguientes fases:

- **Detección de Casos:** Tiene el objetivo de identificar aquellos adolescentes que cumplan con los criterios de inclusión (adolescentes entre 14 y 18 años, escolarizados, de nivel medio y medio superior, que consumen en exceso alcohol entendiendo exceso como el consumo de 5 o más copas estándar por ocasión y/o la presentación de problemas relacionados con el consumo como problemas escolares, familiares, económicos, accidentes, etc., o el consumo en 5 o más ocasiones de alguna otra sustancia y/o problemas relacionados con la misma, pero que aún no desarrollan dependencia.
- **Admisión al Programa:** Una vez que los adolescentes cumplieron con los criterios de inclusión y estuvieron de acuerdo en participar en el programa, se inicia la aplicación de una serie de instrumentos con el objetivo de conocer el patrón de consumo (frecuencia y cantidad de consumo por ocasión), identificar las principales situaciones de consumo excesivo de alcohol y/o drogas y la confianza percibida por el usuario para enfrentar adecuadamente situaciones de probable consumo de alcohol y/o drogas. Esto se obtiene a partir de los siguientes instrumentos: Entrevista, inicial, línea base retrospectiva, inventario de situaciones de consumo de drogas o inventario de situaciones de consumo de alcohol (dependiendo de la sustancia consumida por el usuario) y el cuestionario de confianza situacional.
- **Inducción al Programa:** Esta etapa tiene como objetivo sensibilizar a los adolescentes acerca de la importancia de asistir a un programa de tratamiento. Está constituida por 4 fases que se llevan a cabo en una sesión de 90 minutos de forma individual.
  1. Entrega de resultados de la evaluación.
  2. Presentación y discusión de las consecuencias relacionadas con el patrón de consumo
  3. Dar a conocer al adolescente las características del tratamiento.
  4. Conocer la etapa en la que se encuentra el adolescente en relación a su disposición de cambiar la conducta de consumo.
- **Intervención:** El procedimiento de intervención está constituido por 4 sesiones de tratamiento de 90 minutos cada una en formato individual a partir de la utilización de folletos en los cuales se realizan ejercicios con respecto al tema de cada folleto. Las 4 sesiones tienen los siguientes objetivos:
  1. Sesión 1: Que el adolescente considere la importancia de los costos y beneficios de cambiar su consumo y establezca una meta de reducción de consumo.
  2. Sesión 2: Que el adolescente identifique sus situaciones principales de consumo y desarrolle alternativas para enfrentar esas situaciones.
  3. Sesión 3: Que el adolescente analice sus metas de vida a corto y largo plazo, sus expectativas y la relación del consumo de alcohol y/o drogas con el cumplimiento de dichas metas.
  4. Sesión 4: Que el adolescente establezca una nueva meta de consumo, tomando en cuenta las estrategias de moderación o la abstinencia; así mismo, revise su progreso en cuanto a la reducción de su consumo y la realización adecuada de las estrategias para mantener el cambio.
- **Seguimiento:** Esta fase consiste en 3 evaluaciones posteriores al término del tratamiento: al mes, a los 3 meses y a los 6 meses. Estas evaluaciones se realizan a través de un auto-reporte que ayuda a conocer como ha sido el consumo del adolescente una vez que ha terminado el tratamiento.

A continuación se presenta en la figura el proceso y las estrategias empleadas en cada una de las fases del programa así como el procedimiento y las variables medidas en cada etapa del mismo (Martínez, 2003).

Figura 2.3.1. Fases del programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y drogas

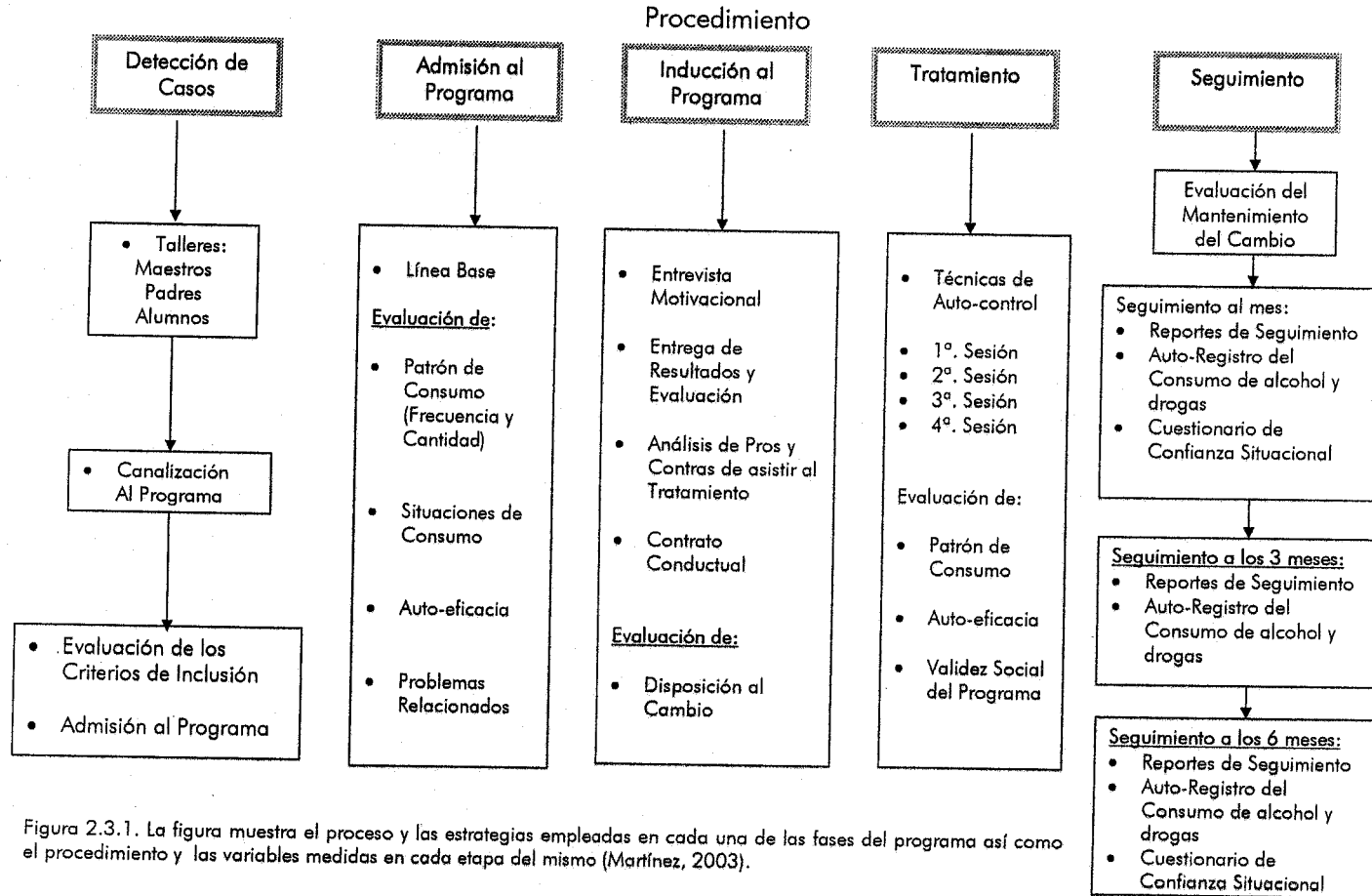


Figura 2.3.1. La figura muestra el proceso y las estrategias empleadas en cada una de las fases del programa así como el procedimiento y las variables medidas en cada etapa del mismo (Martínez, 2003).

Como se observa en la figura 2.3.1, en la fase de tratamiento del programa de adolescentes se evalúan una serie de componentes entre los que se encuentra el de auto-eficacia el cual representa un elemento clave para este estudio ya que constituye un indicador de empoderamiento del adolescente para controlar el consumo de alcohol a partir del aprendizaje obtenido mediante la intervención. Por lo que es necesario revisar su definición, la aplicación de este concepto al área de las conductas adictivas entre otros elementos que ayudan a complementar la información respecto a este tema.

---

**CAPÍTULO 3:  
AUTO-EFICACIA, CONDUCTAS  
ADICTIVAS Y ESTUDIOS  
RELACIONADOS**

---

---

## ⌘ Capítulo 3: Auto-eficacia, Conductas Adictivas y Estudios Relacionados

### 3.1 Auto-eficacia

El desarrollo y características de la auto-eficacia son de interés a esta tesis ya que constituye un elemento que teóricamente posee un gran peso dentro del área de las conductas adictivas y porque es utilizado como un predictor muy valioso referente al resultado que una persona tendrá dentro de un tratamiento. Cabe señalar que dentro de nuestro país la auto-eficacia no ha sido muy estudiada aún cuando se conoce su valor, por lo que este estudio propone dirigir la atención a este componente de suma importancia. A continuación se presenta el marco de referencia de la auto-eficacia, su papel dentro de las conductas adictivas, así como algunos de los estudios desarrollados en torno a este componente.

Las personas luchan por ejercer control sobre los sucesos que afectan a sus vidas. Al ejercer influencia en esferas sobre las que pueden imponer cierto control, son más capaces de hacer realidad los futuros deseados y de evitar los indeseables. Esto proporciona poderosos incentivos para el desarrollo y el ejercicio del control personal (Bandura, 1999; Bandura, 1986).

Comprender plenamente la causación personal exige una teoría comprensiva que explique, dentro de un marco conceptual unificado, los orígenes de las creencias de eficacia personal, su estructura y función, los procesos mediante los que operan y los diversos efectos que producen. La teoría de la auto-eficacia contempla todos estos subprocesos tanto a nivel individual como colectivo (Bandura, 1999). A partir de esta teoría se puede conocer la forma en que las personas juzgan sus habilidades además de la manera en que las auto-representaciones afectan la motivación y la conducta del individuo (Bandura, 1986).

La auto-eficacia percibida se refiere a las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para manejar situaciones futuras con el fin de obtener resultados deseables. (Bandura, 1986; Bandura, 1999; Schunk, 1997; Blane & Guilford, 1999). Las creencias de eficacia incluyen el modo de pensar, sentir, motivarse y actuar de las personas (Bandura, 1999).

La auto-eficacia percibida no se refiere al valor percibido o mérito de una persona o un acto, se refiere más bien al juicio que una persona hace de su capacidad para actuar en un dominio concreto. Tampoco debe confundirse con las expectativas de resultados, las cuales se refieren a las consecuencias que uno espera que seguirán a la realización de una determinada conducta (Rodríguez, 2004), independientemente de si el individuo cree que puede realizar dicha conducta (Leonard & Blane, 1999). De igual forma, Bandura establece una diferencia entre auto-eficacia y los conceptos relacionados de auto-estima y auto-concepto denotando que los dos últimos términos se refieren a la auto-imagen global a lo largo de una amplia variedad de situaciones (Marlatt & Gordon, 1985).

Los juicios de auto-eficacia siempre están en torno a las situaciones que están a la mano. "Algunas situaciones requieren mayor habilidad y ejecución, o tienen mayor riesgo de consecuencias negativas a diferencia de otras situaciones. Los juicios cambiarán de acuerdo a la situación..." (Bandura, 1981).

Las creencias de las personas en relación a su eficacia pueden desarrollarse a través de cuatro formas fundamentales de influencia (Bandura, 1999):



1. *Las Experiencias Dominio.* Son el modo más efectivo de crear una fuerte sensación de eficacia, aportan la prueba más auténtica de si uno puede reunir o no todo lo que se requiere para lograr éxito (Bandura, 1982; Biran & Wilson, 1981; Feliz, Landers & Raeder, 1979; Gist, 1989). Desarrollar un sentido de eficacia mediante las experiencias de dominio no es cuestión de adoptar hábitos preparados. Conlleva la adquisición de instrumentos cognitivos, conductuales y auto-reguladores para crear y ejecutar los apropiados cursos de acción necesarios para manejar las circunstancias continuamente cambiantes de la vida.

Los éxitos crean una robusta creencia en relación a la eficacia personal. Los fracasos la debilitan, especialmente si los fracasos se producen antes de haberse establecido firmemente un sentido de eficacia.

Si las personas sólo experimentan éxitos fáciles llegan a esperar resultados inmediatos y se desmotivan rápidamente con los fracasos. Un sentido resistente de eficacia requiere experiencia en la superación de obstáculos mediante el esfuerzo perseverante. Algunas dificultades y reveses en los logros humanos sirven para aprender que el éxito normalmente requiere un esfuerzo sostenido. Una vez que las personas se convencen de que cuentan con lo necesario para alcanzar el éxito, perseveran ante la adversidad y se recuperan rápidamente de los reveses.

2. *Las Experiencias Vicarias.* Observar a personas similares a uno alcanzar el éxito tras esfuerzos perseverantes aumenta las creencias del observador en relación a que él también posee las capacidades necesarias para dominar actividades comparables (Bandura, 1986; Schunk, 1987). Por el mismo principio, observando el fracaso ajeno a pesar de los esfuerzos, reduce los juicios de los observadores sobre su propia eficacia y mina su nivel de motivación (Brown & Intuye, 1978). El impacto del modelado sobre las creencias de eficacia personal está fuertemente influido por la similitud percibida con los modelos.

Las influencias del modelado no se limitan a aportar un estándar social con el que comparar las propias capacidades. Las personas buscan modelos competentes que posean las competencias a las que ellas aspiran. A través de su conducta y modos de pensamiento expresados, los modelos hábiles transmiten conocimiento y enseñan a los observadores destrezas y estrategias efectivas para manejar las demandas ambientales. La adquisición de mejores medios fomenta la auto-eficacia percibida.

3. *La Persuasión Social.* Las personas a quienes se persuade verbalmente de que poseen las capacidades para dominar determinadas actividades tienden a movilizar más esfuerzo y a sostenerlo durante más tiempo cuando dudan de sí mismas y cuando piensan en sus deficiencias personales ante los problemas (Litt, 1988; Schunk, 1989). En la medida en que los empujes en la auto-eficacia persuasiva conducen a las personas a esforzarse todo lo necesario para alcanzar el éxito, las creencias de auto-eficacia fomentan el desarrollo de destrezas y la sensación de eficacia personal.

Las personas que han sido persuadidas de carecer de las capacidades tienden a evitar las actividades retadoras que pudieran cultivar sus potencialidades, y abandonan rápidamente cualquier esfuerzo ante las dificultades. Ante actividades constringentes y una motivación minada, el descrédito en las propias capacidades crea su propia validación conductual.

4. *Los Estados Psicológicos y Emocionales.* Las personas responden parcialmente ante sus estados psicológicos y emocionales al juzgar sus capacidades. Interpretan sus reacciones de estrés y tensión como señales de vulnerabilidad ante una ejecución pobre. En las actividades

que implican fuerza y persistencia, las personas juzgan su fatiga, dolores y molestias como señales de debilidad física (Ewart, 1992). El estado de ánimo también influye sobre los juicios que las personas hacen de su eficacia personal. El estado de ánimo positivo fomenta la auto-eficacia percibida; el estado de ánimo negativo la reduce (Kavanagh & Bower, 1985). Por lo que una forma de alterar las creencias de eficacia consiste en favorecer el estado físico, reducir el estrés y las proclividades emocionales negativas y corregir las falsas interpretaciones de los estados orgánicos. La intensidad absoluta de las reacciones emocionales o físicas no es tan importante como el modo en que son percibidas e interpretadas.

Los indicadores psicológicos de eficacia desempeñan un rol influyente en el funcionamiento de la salud. Los estados afectivos pueden tener efectos muy generalizables sobre las creencias relativas a la eficacia personal en diversas esferas de funcionamiento.

La información relevante para juzgar la eficacia personal, independientemente de que haya sido transmitida activa, vicaria, persuasiva o afectivamente no es inherentemente instructiva. Adquiere su importancia mediante el procesamiento cognitivo. Por lo tanto la información a través de distintas formas de influencia debería diferenciarse del procesamiento cognitivo mediante el cual dicha información es seleccionada, sopesada e integrada en los juicios de auto-eficacia. Un cúmulo de factores, entre los que se hallan los personales, sociales y situacionales, influyen sobre la interpretación de las experiencias relevantes a la eficacia (Bandura, en prensa).

Las creencias de eficacia regulan el funcionamiento humano mediante cuatro procesos fundamentales: procesos cognitivos, motivacionales, afectivos y selectivos. Estos diferentes procesos operan habitualmente de forma conjunta y no aislada, en la regulación continua del funcionamiento humano (Bandura, 1999).

1. *Procesos Cognitivos:* Gran parte de la conducta humana, que persigue una finalidad, se regula mediante el pensamiento anticipador que incluye los objetivos deseados. El establecimiento de objetivos personales está influido por las auto-estimaciones de las capacidades. Muchos cursos de acción se organizan inicialmente en el pensamiento. Las creencias de las personas en su eficacia modelan los tipos de escenarios anticipadores que construyen y ensayan. Una función importante del pensamiento es capacitar a las personas para predecir sucesos y desarrollar las formas para controlar aquellos sucesos que influyen sobre sus vidas. Tales destrezas de resolución de problemas requieren un procesamiento cognitivo efectivo de la información que contiene muchas complejidades. Al aprender las reglas de predicción y regulación, las personas deben recurrir a su conocimiento para construir opciones, para sopesar e integrar los factores predictivos, para probar y revisar sus juicios a merced de los resultados inmediatos y distales de sus acciones y para recordar qué factores han probado y cómo han funcionado.
2. *Procesos Motivacionales:* La mayoría de la motivación se genera cognitivamente. Las personas se motivan a sí mismas y dirigen sus acciones anticipadamente mediante el ejercicio del pensamiento anticipador. Elaboran creencias sobre lo que pueden hacer. Anticipan los resultados probables o acciones futuras. Establecen objetivos para sí mismas y planifican cursos de acción destinados a hacer realidad los futuros que predicen. Movilizan los recursos de voluntad y el nivel de esfuerzo necesario para alcanzar el éxito. Las creencias de eficacia contribuyen a la motivación de muchas formas. Determinan las metas que establecen las personas para sí mismas, la cantidad de esfuerzo que intervienen, el tiempo que perseveran ante dificultades y su resistencia a los fracasos.

3. *Procesos Afectivos:* Las creencias de las personas en sus capacidades de manejo influyen sobre la cantidad de estrés y depresión que experimentan éstas en situaciones amenazadoras o difíciles, así como sobre su nivel de motivación. Las creencias de eficacia influyen sobre la vigilancia en relación a las posibles amenazas sobre el modo en que son percibidas y procesadas cognitivamente. La principal fuente de angustia no es la frecuencia absoluta de los pensamientos perturbadores sino la inhabilidad percibida para bloquearlos (Kent & Gibbons, 1987; Salkovskis & Harrison, 1984). El estado de ánimo y la eficacia percibida se influyen bidireccionalmente.
4. *Procesos de Selección:* Las creencias de la eficacia personal pueden modelar el curso que adoptan las vidas de los personas influyendo sobre los tipos de actividades y entornos que seleccionan para participar. En este proceso los destinos son modelados por la selección de entornos conocidos por cultivar ciertas potencialidades y estilos de vida. Las personas evitan las actividades y los entornos que consideran que exceden a sus capacidades de manejo. Pero asumen actividades retadoras y seleccionan entornos para los que se juzgan capaces de manejar. Mediante alternativas que escogen, las personas cultivan diferentes competencias, intereses y redes sociales que determinan sus cursos vitales. Cualquier factor que influya sobre la selección de conductas pueden influir profundamente sobre la dirección del desarrollo personal. Esto se debe a que las influencias sociales que operan en entornos selectos siguen potenciando ciertas competencias, valores e intereses mucho después de que el determinante decisivo de eficacia haya tenido su efecto inaugural.

A partir de esta revisión acerca de las áreas influidas por las creencias de eficacia personal podemos decir que éstas son el producto de un complejo proceso de auto-persuasión derivado del procesamiento cognitivo de diversas fuentes de información relativa a la eficacia transmitidas activa, vicaria, social y fisiológicamente (Bandura, 1986). Una vez ejecutadas, las creencias de eficacia contribuyen considerablemente al nivel y calidad del funcionamiento humano (Bandura, 1999).

Es necesario revisar la aplicación de este concepto dentro del área de las conductas adictivas ya que representa un elemento crucial para la regulación de la conducta de consumo de alcohol de los adolescentes.

### 3.2 Auto-eficacia y conductas adictivas

La auto-eficacia percibida desempeña un rol único en el área de las conductas adictivas. Tales creencias influyen tanto sobre el desarrollo inicial de los hábitos adictivos como sobre el proceso de modificación de conducta que conlleva el cese de tales hábitos y el mantenimiento de la abstinencia. Es importante señalar que la auto-eficacia puede introducirnos en una conducta adictiva así como prevenir su aparición, dependiendo de las metas y de las expectativas de resultados personales. Por ejemplo, si los jóvenes creen que beber les hace parecer mayores o les proporcionan otras ventajas, la cuestión de la eficacia se dirige a las conductas requeridas para experimentar o iniciar el hábito (Marlatt, Baer & Quigley, 1999).

Un modelo relativo al rol de la auto-eficacia percibida sobre las conductas adictivas es el desarrollado por Marlatt, Baer y Quigley (1999), a partir de la taxonomía de DiClemente y colaboradores. Esta tipología incluye la auto-eficacia tanto para la iniciación como para la subsiguiente modificación de las conductas adictivas. En la fase de iniciación, se establece una diferencia entre (1) auto-eficacia de resistencia, juicios sobre la propia capacidad para evitar el consumo previo a la iniciación del hábito, y (2) auto-eficacia para la reducción del mal, eficacia para

la reducción del riesgo tras el uso inicial. En la Fase de modificación de conducta, (3) auto-eficacia de acción, o la confianza en las propias capacidades para alcanzar la meta deseada de la abstinencia o del consumo controlado, se diferencia de la auto-eficacia para el mantenimiento a largo plazo de la modificación alcanzada. En la eficacia de mantenimiento pueden diferenciarse además (4) la auto-eficacia de manejo, relativa a la eficacia anticipatoria para manejar las crisis de recaídas y (5) la auto-eficacia de recuperación, que implica el restablecimiento del manejo tras los episodios de recaídas. A partir de la fase en que sea ubicada la situación del individuo con respecto al consumo (iniciación, modificación o mantenimiento), será el tipo de acción preventiva que se podrá realizar.

Según estos autores, el desarrollo de un patrón de conducta adictiva conlleva dos fases. La primera consiste en el uso inicial o experimentación con la sustancia. Los programas de prevención primaria se han centrado en el fomento de la auto-eficacia de resistencia para impedir el consumo inicial de la droga. Sin embargo, una vez que el individuo cruza la barrera de la abstinencia, ya no entre en función la eficacia para mantenerse sin el consumo de la sustancia. La segunda fase consiste en la prevención secundaria, a saber, la eficacia para reducir la cantidad de daño que uno experimenta.

La finalidad del enfoque de reducción del daño para la prevención secundaria consiste en minimizar el daño del consumo continuado reduciendo la cantidad consumida, los daños individuales o sociales o eliminando el consumo abusivo. En el caso de alcohol, el consumo moderado o social es una meta aceptable de reducción del daño (Marlatt, Larimer, Baer & Quigley, 1993).

Se ha estudiado a la auto-eficacia como posible factor importante en la determinación de la aparición del consumo de drogas en los adolescentes (Marlatt, Baer y Quigley, 1999).

Para los consumidores adolescentes, las presiones sociales a favor del consumo de drogas y las bajas percepciones de eficacia para resistirse al consumo aumentan las expectativas del consumo futuro, lo que a su vez conduce a la conducta de consumo (Ellickson & Hays, 1991). Aunado a ello, se ha encontrado que un sentido o juicio bajo de auto-eficacia para regular el consumo de alcohol en situaciones de presión social es un fuerte predictor de consumo en jóvenes, asimismo puede utilizarse para distinguir a los consumidores excesivos de aquellos moderados (Young, Oei y Crook, 1991).

Existe una auto-eficacia general con respecto al consumo de alcohol o existen dominios de eficacia personal? En oposición a los estudios que han demostrado que las evaluaciones de auto-eficacia se generalizan a las diferentes situaciones (Baer & Lichtenstein, 1988; DiClemente, Prochaska & Gibertini, 1985), los juicios de los adolescentes sobre su habilidad para evitar el consumo de drogas no se transferían a las situaciones en las que los estudiantes quedaban con amigos o celebraban fiestas, reflejando así la existencia de dominios distintos aunque moderadamente correlacionados. Aunque esto sugiere la necesidad del fomento de eficacia en situaciones específicas, el entrenamiento específico para cada sustancia puede no ser necesario porque las destrezas se transfieren de una sustancia a otra (Hays & Ellickson, 1990).

Se ha llegado a considerar como inevitable la experimentación entre los jóvenes por lo que se sugiere la necesidad de programas de prevención secundaria diseñados para que los adolescentes que ya hayan iniciado el consumo y se encuentran en riesgo de problemas por abuso de sustancias. Estos programas se centran en adolescentes que han iniciado el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas. Una meta de este enfoque para la reducción del daño consiste en evitar la escalada del consumo de drogas alienando a los iniciadores precoces que hasta el momento no han aprendido a "decir sólo NO" o no han tenido la voluntad para hacerlo. Con este subgrupo se subrayan la auto-

eficacia para ejercer control sobre la escalada del consumo a fin de que no se convierta en abuso o dependencia (Marlatt, Baer & Quigley, 1999).

El Proyecto para Bebedores de Alto Riesgo (Baer, 1993; Baer et al., 1992; Fromme, Kivlahan & Marlatt, 1986; Kivlahan, Marlatt, Fromme, Coppel & Williams, 1990) es un ejemplo de los programas de prevención secundaria. En el primero de estos programas (Kivlahan et al., 1990) se seleccionó a estudiantes universitarios que estaban interesados en saber más o en modificar su consumo de alcohol y que manifestaban un patrón de consumo habitual pero con escasa o sin señales de dependencia física. Se observó que las bajas creencias de eficacia durante la fase previa al tratamiento para controlar el abuso de alcohol durante los estados emocionales negativos se asociaban con una mayor dependencia del alcohol y más consecuencias relacionadas. Curiosamente, las altas creencias de eficacia en la línea base para evitar el consumo excesivo en situaciones de influencia social se asociaban con un consumo mensual y semanal más frecuente, pero con menos síntomas de dependencia (Fromme et al., 1986).

Bandura (1977) ha sugerido que es más apropiado considerar la eficacia como un estado que cambia a lo largo del tiempo con la experiencia. Los programas de investigación deberán examinar cómo regulan las creencias de eficacia la conducta adictiva de un modo continuo a medida que cambian las experiencias emocionales, los éxitos de manejo y las influencias situacionales (Marlatt, Baer & Quigley, 1999).

La teoría de la auto-eficacia puede ser útil como mínimo de tres formas para estructurar tratamientos. En primer lugar, la teoría de la auto-eficacia puede dirigir el desarrollo de tratamientos que faciliten mejor un sentido de eficacia personal y de esta forma conducir a mejores resultados (Curry & Marlatt, 1987). Por ejemplo, la auto-eficacia se altera mediante la ejecución de experiencias de dominio, el modelado social, la persuasión verbal y a partir de los estados emocionales. El tratamiento debería estar estructurado e implantado de tal forma que se maximicen estas diferentes fuentes de influencia. La teoría de la auto-eficacia sugiere formas para estructurar la experiencia de tal forma que se maximice su impacto sobre las creencias en la propia capacidad para controlar la conducta adictiva.

En segundo lugar, las puntuaciones de auto-eficacia se usan para identificar clientes con más riesgo de dificultades. Esto incluye la identificación de las personas que no están preparadas para cambiar en ese momento y a aquellas con mayor riesgo de recaídas. La temporalización de las fases del tratamiento también podría basarse en el nivel de auto-eficacia percibida.

En tercer lugar, los juicios de eficacia podrían ser usados para evaluar qué lugares o momentos particulares conllevan altos riesgos para determinados individuos. Teóricamente, las creencias sobre las capacidades de manejo en situaciones específicas podrían dirigir la adaptación del tratamiento y el desarrollo de estrategias específicas para situaciones específicas (Marlatt, Baer & Quigley, 1999).

Como se observa, las posibles aportaciones derivadas de la inclusión del componente de auto-eficacia dentro de una intervención pueden proveer a los programas de resultados exitosos en cuanto a los esfuerzos encaminados a la disminución tanto del patrón de consumo del usuario así como de las consecuencias asociadas a partir del aumento en la confianza para enfrentar situaciones de riesgo para el usuario, en donde se busca no aumentar únicamente la percepción en cuanto a la capacidad para hacerlo sino entrenar directamente habilidades que propicien este aumento en la auto-eficacia para resistirse al consumo.

A partir de la revisión conceptual anterior, resulta importante examinar estudios experimentales respecto a la auto-eficacia con el objetivo de presentar algunos hallazgos que ilustren el tipo de

investigaciones que se están llevando a cabo, las asociaciones encontradas, las explicaciones arrojadas entre otros asuntos de interés.

### 3.3 Estudios en torno a la auto-eficacia y otras variables asociadas al consumo de alcohol

En un estudio realizado por Baldwin, Oei & Young (1993) en el cual se quería examinar la relación existente entre las expectativas del consumo de alcohol, la auto-eficacia de resistencia al consumo así como la cantidad y la frecuencia del consumo de alcohol en una muestra de 118 estudiantes de Psicología de primer año, se encontró que las expectativas específicas estaban en relación a la función del alcohol como facilitador de asertividad; por otra parte, se observó que un control pobre en el consumo fue asociado inversamente con la frecuencia de consumo, es decir, los sujetos con alta auto-eficacia de resistencia en situaciones oportunas y de presión social bebían menos frecuentemente.

Otro resultado observado fue que las expectativas de asertividad de los individuos estaban asociadas con la cantidad de consumo, lo que es consistente con la hipótesis de déficit de habilidades que establece que las personas beben ya que esperan que el alcohol les otorgue de forma "mágica" aquellas habilidades sociales y de enfrentamiento que ellos carecen. De acuerdo con Niaura et al. (1988) con respecto a su modelo de orientación adaptativa, la motivación para el uso de alcohol es un intento para evitar estados negativos y corregir carencias o déficits.

Además, se encontró una diferencia por sexo, las mujeres bebían menos por ocasión, bebían menos frecuentemente, tenían menores expectativas de que el alcohol aumentara su asertividad, esperaban tener mayor control sobre su consumo y tenían una auto-eficacia de resistencia mayor en situaciones oportunas a diferencia de los hombres. Los hallazgos indican que las expectativas del consumo de alcohol y la auto-eficacia de resistencia juegan un papel diferente en cuanto a la influencia que tienen en relación a la frecuencia y cantidad del alcohol que se consume.

Los hallazgos de Young, Oei y Crook (1991) sugieren que la importancia relativa de los diferentes aspectos de la eficacia de auto-regulación puede cambiar dependiendo de la fase del problema de consumo en que se encuentre el individuo. Mientras que los jóvenes consumidores son llevados hacia el consumo excesivo a través de una baja auto-eficacia para resistir la presión social, un consumidor crónico es llevado al consumo excesivo por una auto-eficacia baja para manejar estados emocionales aversivos. Aquellos jóvenes adultos quienes desconfían de su eficacia auto-reguladora esperan que el alcohol les produzca efectos positivos de tipo social y emocional, y favorezca estilos de evitación para enfrentar los estresores de beber excesivamente así como de los problemas relacionados (Evans & Duna, 1995).

Por otra parte, Engels, Wiers, Lemmers & Overbeek (2005) realizaron un estudio con 553 sujetos, de los cuales 324 eran hombres y 229 mujeres. Se dividió la muestra en 3 subgrupos de edad: 154 (28%) tenían entre 15 y 29 años, 267 (48%) tenían entre 30 y 55 años y finalmente, 132 (24%) tenían de más de 55 años. En esta investigación se buscó examinar la asociación entre los motivos para beber, las expectativas del consumo de alcohol, la auto-eficacia y algunas medidas del consumo de alcohol (frecuencia y cantidad semanal de consumo de los últimos 12 meses así como el consumo excesivo de la última semana). Para la recolección de los datos se aplicaron 5 instrumentos: un cuestionario de consumo de alcohol, un diario de consumo de alcohol, un cuestionario de motivos de consumo, un cuestionario para medir expectativas del consumo de alcohol, y por último un instrumento con el objetivo de obtener la auto-eficacia.

Un análisis descriptivo arrojó que las personas mencionaron con mayor frecuencia beber por motivos sociales o para aumentar o realzar las emociones positivas en contraparte de aquellos motivos para hacer frente a la situación y de aquellos motivos de conformidad. Además, se encontraron puntajes moderados en cuanto a las expectativas de alcohol, mientras que se obtuvieron altos puntajes de auto-eficacia. Con respecto al consumo de alcohol, únicamente un porcentaje pequeño reportó beber en exceso muy frecuentemente. De acuerdo a las situaciones de consumo, se reportaron altos niveles en bares o discos así como en fiestas, y menores niveles de consumo en cenas y los consumos en casa y sin acompañantes (solos).

Las interrelaciones entre variables señalaron que los motivos para beber estuvieron positivamente asociados con las medidas generales de consumo de alcohol en las diferentes situaciones de consumo. Las expectativas de resultados positivos estuvieron asociadas a la frecuencia de consumo, al consumo excesivo pero no a la cantidad de consumo. Además, las expectativas positivas estuvieron fuertemente relacionadas con el nivel de consumo en situaciones específicas. Sólo las expectativas sociales y aquellas de aumento y realce de las emociones positivas estuvieron asociadas al consumo en fiestas y visitas.

Respecto a las posibles interacciones entre las variables, únicamente se encontró que la edad y la auto-eficacia podían predecir la frecuencia de los consumos excesivos.

A partir de los datos obtenidos por el diario de consumo de alcohol, se encontró una asociación directa y significativa entre la auto-eficacia y los niveles de consumo.

Asimismo, se encontró que aquellos participantes con niveles bajos de auto-eficacia podían beber con mayor probabilidad sin compañía (solos), en lugares públicos, en fiestas y en visitas a amigos o parientes.

Existe poca investigación en torno a la variable de auto-eficacia cuando se trata de estudiarla en la población adolescente que consume alcohol. Para este estudio se realizó una búsqueda de literatura científica que pudiera arrojar mayor información de estas tres variables en particular (auto-eficacia, consumo de alcohol, adolescentes) para lo cual se recurrió a la base especializada PsychInfo para identificar artículos pertinentes tomando en cuenta las variables centrales. Se encontraron algunos artículos pero la población estudiada era en su mayoría adultos jóvenes en donde los resultados eran irrelevantes dadas las diferencias de edad, lo que restringía la generalización de los resultados encontrados.

A partir de esta observación en relación a la poca evidencia que existe en cuanto a la auto-eficacia en adolescentes usuarios de alcohol surge la necesidad de desarrollar mayor investigación en torno a la auto-eficacia de adolescentes consumidores de alcohol ya que como revisó en este capítulo, la auto-eficacia posee un papel principal en la modificación del consumo de alcohol de los individuos en general, y estudiarla en esta población clave de la adolescencia representa todavía mayor importancia dadas las características de consumo de esta etapa.

Además, el realizar estudios en torno a la auto-eficacia puede ampliar el panorama con respecto a las variables involucradas, ya que se pueden desarrollar propuestas de trabajo muy diversas que enriquezcan ya no sólo teóricamente sino prácticamente el papel de la eficacia personal de los adolescentes que incidan en el consumo de alcohol.

---

Basándose en esta identificación de necesidades es que surgen las preguntas de investigación de este estudio: ¿qué características presenta la muestra de adolescentes de este estudio con respecto al tiempo de inicio, el patrón de consumo, las consecuencias asociadas y la auto-eficacia?, ¿qué relaciones existirán entre el tiempo de inicio, el patrón, las consecuencias asociadas al consumo y la auto-eficacia en adolescentes que inician el consumo de alcohol?. Por lo que el objetivo de este estudio conocer las características de los adolescentes además de analizar y observar las posibles relaciones entre la auto-eficacia y las variables de tiempo de inicio de consumo, patrón de consumo y consecuencias asociadas.



---

# MÉTODO

---

---

## ⌘ Método

### 4.1 Tipo de estudio, tipo de muestreo y diseño de investigación

Estudio transversal y de correlación, cuyo tipo de muestreo fue por conveniencia y el diseño fue no experimental *ex post facto* ya que se observó el comportamiento de las variables de estudio y no se manipuló ninguna de ellas.

### 4.2 Participantes

La muestra estuvo compuesta por 20 adolescentes que ingresaron al "Programa de Intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas" (Martínez, 2003). Los motivos por los que los 20 sujetos ingresaron al programa de adolescentes fueron distintos, 12 de ellos fueron detectados a través del cuestionario de tamizaje de los problemas en adolescentes (POSIT) (Mariño, González- Forteza, Andrade, & Medina-Mora, 1997) que tiene el objetivo de ser un primer filtro para detectar a los adolescentes que presenten problemas relacionados con el uso de alcohol. Este cuestionario se aplicó de forma masiva, como parte de un diagnóstico general de salud al ingreso, dentro de 4 instituciones públicas de nivel medio y medio superior en las que se insertó el programa de adolescentes. De esta forma, una vez que se identificó el riesgo o la presencia de consecuencias negativas se llamó a los jóvenes para tener una entrevista y profundizar en la información correspondiente a través de una evaluación de su consumo de alcohol y las consecuencias asociadas a éste.

Cinco adolescentes llegaron al programa por canalización de la escuela, es decir, la escuela reportó tener problemas con estos jóvenes por conductas relacionadas con el consumo por lo que la escuela pidió al programa de adolescentes se les atendiera de inmediato.

Dos sujetos acudieron al centro acasulco por petición y/o acuerdo de un familiar que manifestó estar preocupado por el consumo de su adolescente.

Únicamente un sujeto ingresó al programa de adolescentes por interés personal.

Al momento de iniciar con este estudio la muestra total de adolescentes atendidos dentro del programa de adolescentes era de 40 sujetos pero cabe señalar que se tenía también una muestra de 40 desertores al tratamiento a los cuales se les había realizado la evaluación por lo que se tenían datos acerca de su consumo de alcohol. Lo anterior cobra relevancia ya que la muestra del presente estudio se constituyó de sujetos que terminaron el tratamiento así como por aquellos que no lo hicieron (desertores), siendo 10 sujetos en cada una de estas dos situaciones.

Al parecer por mantener la característica de ser monousuarios de alcohol, el periodo de tiempo en el que fueron reclutados los 20 participantes fue desde septiembre de 2001 hasta junio de 2005.

Los criterios de inclusión fueron: estudiantes de nivel medio y medio superior de 14 a 21 años que consumieran únicamente alcohol y presentaran consecuencias asociadas a su consumo.

Los criterios de exclusión fueron: adolescentes que no acudieran a la escuela, que reportaran consumir otra sustancia que no fuera alcohol como marihuana, cocaína e inhalables y presentaran síntomas de dependencia al alcohol.

### 4.3 Escenario

El lugar en donde se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos para evaluar a los adolescentes fue tanto la escuela en la cual estaba inscrito el adolescente en la cual se tenía el permiso de las autoridades así como el Centro Acasulco que pertenece a la Facultad de Psicología de la UNAM.

### 4.4 Instrumentos

#### 4.4.1 Historia de consumo de alcohol para adolescentes.

Su objetivo es la obtención de información general acerca del adolescente, tiempo de consumo y los problemas relacionados. Consta de 58 reactivos que miden 10 diferentes áreas: datos de identificación, historia de tratamiento, historia del consumo de drogas, área de la salud, área escolar, área laboral, área social y familiar, área de sexualidad, satisfacción en la vida, evaluación del entrevistador y recomendaciones para iniciar el tratamiento (Campos, Martínez y Ayala, 2001). Para fines de este estudio sólo se utilizaron los datos referentes a la historia de drogas dentro de la cual se incluyen el tiempo que lleva consumiendo alcohol y las consecuencias adversas al uso de alcohol experimentadas en los últimos seis meses.

#### 4.4.2 Línea base retrospectiva (LIBARE).

Es un calendario de los últimos seis meses del año que tiene como objetivo identificar el patrón de consumo en cuanto a días de consumo y cantidad consumida en un día típico. En el caso del consumo de alcohol se evalúan los días de consumo y la cantidad consumida utilizando la medida de trago estándar (Sobell, Maisto, Sobell y Cooper, 1979). En el caso de estas variables, una vez que se obtuvieron las frecuencias de todos los participantes se procedió a conformar categorías de frecuencia y cantidad, formando 3 para cada una de éstas. En cuanto a la frecuencia, las categorías son las siguientes: 1) 5 a 11 ocasiones, 2) 12 a 16 ocasiones, y 3) 17 a 42 ocasiones. Las categorías de cantidad son: 1) 11 a 73 copas, 2) 79 a 98 copas y 3) 115 a 248 copas. Adicionalmente, a partir de estas variables (cantidad y frecuencia) se obtuvo la variable de promedio de consumo de alcohol de cada participante del estudio; ésta es el resultado de la suma total de copas dividida entre el número de ocasiones (días) en los que se haya bebido dentro del periodo en que se exploró el consumo en la LIBARE (6 meses).

#### 4.4.3 Cuestionario de confianza situacional versión breve

Tiene el objetivo de medir el concepto de auto-eficacia, con relación a la percepción del paciente sobre su habilidad para afrontar efectivamente sus situaciones principales de consumo. Este cuestionario consta de 8 reactivos. En este instrumento se le pide al sujeto que valore el porcentaje de seguridad percibido en un continuo de 0% (definitivamente consumiría) a 100% (definitivamente no consumiría) con respecto a su confianza para evitar el consumo excesivo de alcohol en cada una de las situaciones (Annis & Martín, 1985; traducción y adaptación Echeverría y Ayala, 1997).

Las situaciones medidas por el cuestionario pueden agruparse en 2 categorías:

- Situaciones personales, en donde el consumo de drogas involucra la respuesta a un evento que es de naturaleza psicológica o física; se subdivide en 5 categorías:
  - ☞ Emociones desagradables
  - ☞ Malestar físico
  - ☞ Emociones agradables
  - ☞ Probando auto-control

- Necesidad física o urgencia por consumir
- Situaciones de grupo, en donde la influencia significativa de terceras personas está involucrada; se subdividen en 3 categorías:
  - Conflicto con otros
  - Presión social
  - Momentos agradables con otros

Se utilizaron dos tipos de variables de auto-eficacia, una de ellas fue una variable continua en donde se tomaron los porcentajes de 0 a 100 que dio el adolescente en las ocho situaciones evaluadas. El otro tipo de variable fue categórica en donde se interpretaron los porcentajes de auto-eficacia en tres niveles. A continuación se describe cada una de las categorías tomando en cuenta el rango de respuesta, en porcentaje, que abarca cada categoría, así como su interpretación.

- Auto-eficacia Baja: 0%- 33%  
Esta categoría indica que el individuo se percibe con baja confianza para evitar excederse en la situación evaluada.
- Auto-eficacia Media: 34%- 66%  
Esta segunda categoría indica que el adolescente se percibe inseguro acerca de evitar excederse en la situación evaluada.
- Auto-eficacia Alta: 67%- 100%  
Esta última categoría nos habla de individuos que se perciben con una gran confianza para evitar excederse en las situaciones que evalúa el instrumento.

#### 4.4.4 Entrevista para la identificación de características de consumo del adolescente

Es un cuestionario que consta de 11 reactivos que permite recabar la información necesaria acerca del consumo del usuario en el primer contacto que se tiene con el adolescente. Específicamente, este instrumento se utilizó con el fin de identificar si el adolescente ha tenido consecuencias sociales (personales, familiares, escolares) asociadas a su consumo. La información arrojada corresponde a las consecuencias que presentó el adolescente en los últimos seis meses partiendo del momento en que se aplicó el instrumento de medición.

#### 4.5 Procedimiento

A partir de la canalización del adolescente usuario de alcohol al "Programa de Intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas" (Martínez, 2003), se concertó una cita con el usuario, la cual tuvo lugar en un cubículo en donde el terapeuta y el adolescente permanecieron sin distracciones durante la primera sesión en la que se aplicaron los instrumentos.

El terapeuta estableció como punto inicial el rapport, seguido de la descripción verbal del objetivo de la sesión así como la mención de la confidencialidad con respecto a la información que se tratara dentro de ésta. El terapeuta le hizo saber al adolescente que se le iban aplicar una serie de instrumentos, en total siete, que nos permitirían obtener información valiosa con respecto a su consumo de alcohol.

Dados los objetivos de este estudio sólo se utilizó la información de cuatro instrumentos ya descritos en líneas anteriores. La aplicación de los instrumentos se realizó uno por uno, iniciando

con la explicación de las instrucciones de cada instrumento, a partir de las cuales el adolescente daba respuesta a las preguntas contenidas dentro de cada uno de ellos.

La duración de la aplicación de los instrumentos fue de dos horas aproximadamente. El terapeuta se despedía del adolescente, recalcando el objetivo de la sesión y sintetizando los puntos centrales obtenidos en esa sesión. Así mismo, se concertaba la siguiente cita para continuar con la aplicación de la intervención.

Una vez que se tuvo la información contenida en los instrumentos, se seleccionaron aquellos que cumplieran con los criterios de selección, se inició con la elaboración de la estructura de la base de datos, la cual posteriormente fue llenada con la información referente a los datos de interés para así proceder con los análisis estadísticos requeridos utilizando el paquete estadístico SPSS versión 11.00.

Con el propósito de conocer las características de la población del estudio se corrieron análisis de frecuencias y de medidas descriptivas. Además, para poder observar las relaciones entre las variables de tiempo de inicio, frecuencia de consumo, cantidad de consumo y los ocho porcentajes de auto-eficacia se recurrió al análisis de correlación de Pearson. Finalmente, con el objetivo de conformar grupos con respecto a la variable de patrón de consumo así como observar la forma en que se comportaba la variable de consecuencias asociadas al consumo se corrió un análisis de conglomerados jerárquicos.

---

# RESULTADOS

---

## ⌘ Resultados

Los resultados están organizados en tres secciones. La primera sección muestra la edad, sexo y escolaridad de los 20 participantes, así como las variables de tiempo de inicio de consumo, frecuencia, cantidad y promedio de consumo de alcohol, consecuencias asociadas al consumo (sociales, físicas, cognitivas, afectivas, interpersonales, de agresión, legales y financieras), y la auto-eficacia percibida. En la segunda sección se presentan las relaciones encontradas entre las variables de tiempo de inicio, frecuencia, cantidad y los porcentajes de auto-eficacia en las ocho situaciones evaluadas (ver apéndice F). La tercera sección está integrada por el análisis de conglomerados jerárquicos (ver apéndice E) en donde se describen las variables de tiempo de inicio, frecuencia, cantidad, consecuencias asociadas y los niveles de auto-eficacia en dos grupos.

### 1. Características de la muestra

#### 5.1.1 Sexo

De la muestra total del estudio ( $N = 20$ ), 11 fueron hombres (55%) y 9 fueron mujeres (45%).

#### 5.1.2 Edad y escolaridad

El rango de edad encontrado entre los participantes del estudio fue de 14 a 21 años en donde la media fue de 16.8 años. En la Figura 4 se muestran las diferentes edades reportadas por los adolescentes del estudio. Cabe señalar que la mayoría de ellos tenían 17 y 16 años.

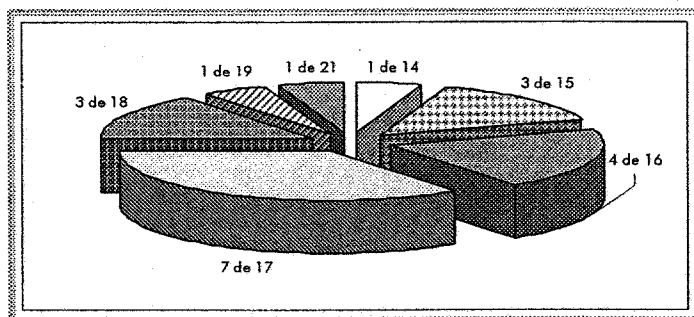


Figura 4. Distribución de los 20 adolescentes con respecto a la edad

Con respecto a la variable de escolaridad, la mayoría de los jóvenes se encontraba cursando el tercer año de preparatoria (12 adolescentes, 60%) (ver figura 5).

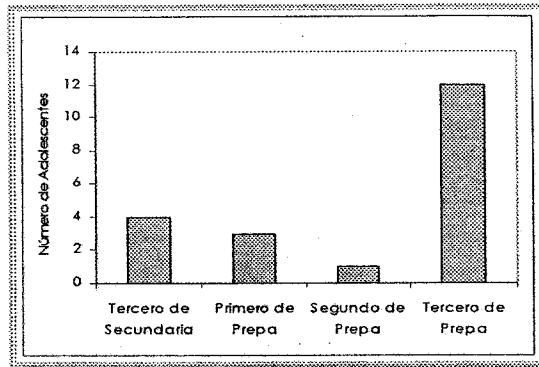


Figura 5. Distribución de los 20 adolescentes con respecto a la escolaridad

### 5.2 Tiempo de inicio del consumo de alcohol

A partir de la variable de tiempo de consumo pudimos conocer el tiempo total en que el adolescente reporta haber empezado a beber y está definido, de manera más específica, como el número de meses que lleva consumiendo de manera regular. En la figura 6 se muestran los meses de consumo regular reportados por los adolescentes del estudio. La media de tiempo de inicio de consumo fue de 31.75 meses y la moda fue de 24 meses dado que el 40% (8 adolescentes) de la muestra reportó este tiempo de consumo.

De manera interesante, la escolaridad de la mayoría de los adolescentes que reportaron 24 meses de inicio en el consumo fue de 3°. de preparatoria en tanto que la edad de la gran parte fue de 17 años.

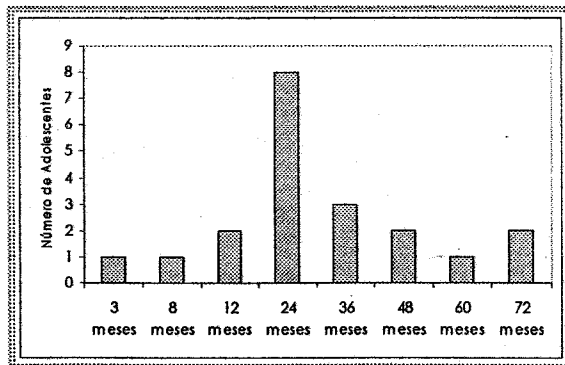


Figura 6. Distribución de los 20 adolescentes acerca del tiempo de inicio del consumo regular



### 5.3 Frecuencia de consumo de alcohol

Con respecto a la frecuencia se encontró que la categoría de 11 a 16 ocasiones fue la más representativa ya que la mayoría de los adolescentes (9 jóvenes) se agrupó dentro de este rango de frecuencia de consumo de alcohol.

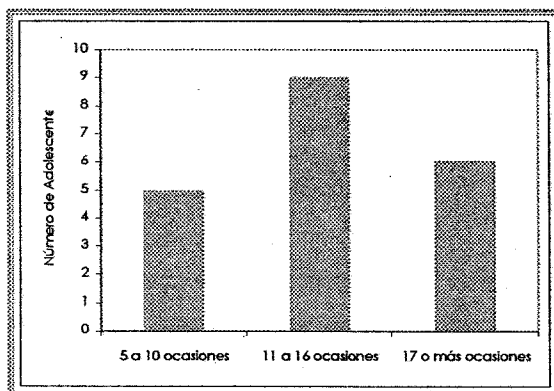


Figura 7. Distribución de los 20 adolescentes en los tres rangos de frecuencia de consumo de alcohol en un periodo de 6 meses

### 5.4 Cantidad de consumo de alcohol

En cuanto a la cantidad, se encontró que la categoría de 11 a 90 copas y aquella de 171 a 248 copas fueron aquellas en donde se agrupó la mayoría de los jóvenes, siendo el mismo número de ellos en una y otra categoría (7 adolescentes). Cabe resaltar que la categoría media de 91 a 170 copas presentó un número de jóvenes muy cercano a las dos categorías más representativas antes mencionadas (6 adolescentes).

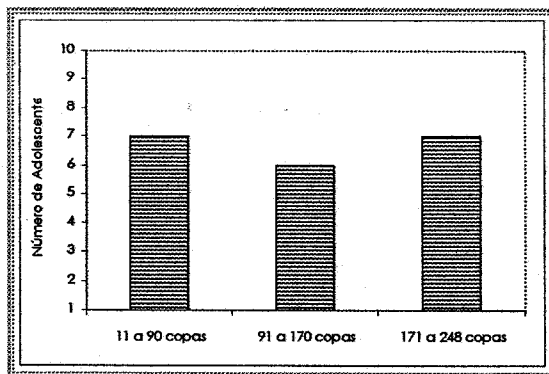


Figura 8. Distribución de los 20 adolescentes en los tres rangos de cantidad de alcohol consumida en un periodo de 6 meses

### 5.5 Promedio de consumo de alcohol

En cuanto al promedio de la cantidad, el mínimo fue el rango de 2 a 4 copas y el máximo fue el rango de 12 o más copas consumidas por ocasión. El rango de mayor frecuencia fue el de 5 a 6 copas (45%) seguido del rango de 7 a 8 copas (20%).

Tabla 2. Número promedio de copas consumidas por ocasión de los 20 adolescentes

Número de Copas	Frecuencia	Porcentaje
2 a 4 copas	3	15%
5 a 6 copas	9	45%
7 a 8 copas	4	20%
9 a 10 copas	3	15%
12 o más copas	1	5%

### 5.6 Consecuencias asociadas al consumo de alcohol

En este apartado se muestran los resultados referentes a las consecuencias asociadas al consumo reportadas por los adolescentes de este estudio. Las consecuencias que se examinaron fueron: sociales, físicas, cognitivas, interpersonales, agresión, legales y financieras.

A continuación se describe la información más representativa de cada una de las consecuencias exploradas con el objetivo de identificar qué tipo(s) de consecuencias representan a los adolescentes del estudio.

#### 5.6.1 Consecuencias sociales

Dentro de este rubro de consecuencias, aquellas que representaron a la mayoría de la población fueron los problemas familiares y personales (6 adolescentes, 30%) y las consecuencias de tipo escolar, familiar y personal (4 adolescentes, 20%) asociados a su consumo de alcohol.

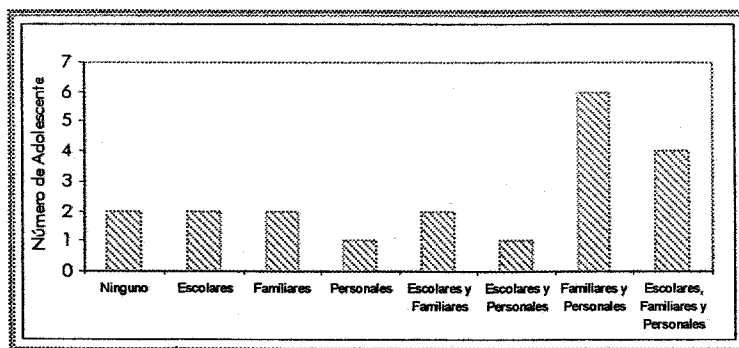


Figura 9. Distribución de los 20 adolescentes acerca de la frecuencia de los distintos tipos de consecuencias sociales asociadas al consumo de alcohol

### 5.6.2 Consecuencias físicas

Con respecto a las consecuencias físicas, la mayoría de los adolescentes (13 adolescentes, 65%) mencionó no haber experimentado ningún problema al respecto y el 30% (6 adolescentes) reportó haber tenido un aviso preventivo del médico asociado con su consumo de alcohol.

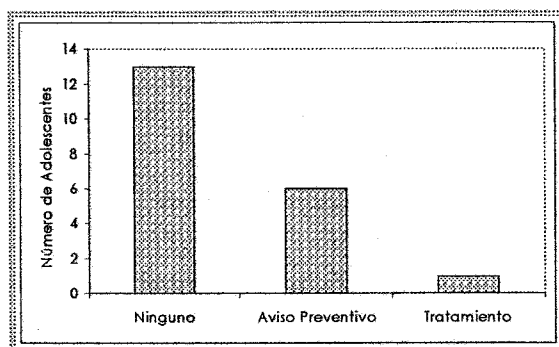


Figura 10. Distribución de los 20 adolescentes acerca de las consecuencias físicas asociadas al consumo de alcohol

### 5.6.3 Consecuencias cognitivas

En torno a las consecuencias cognitivas, entre las cuales se pueden encontrar lagunas mentales, problemas de memoria, olvidos, confusión y dificultad de pensamiento, la mayoría de los participantes (10 adolescentes, 50%) reportaron que habían presentado este tipo de consecuencias en 5 o menos ocasiones, y otro porcentaje representativo (9 adolescentes, 45%) fue el de aquellos jóvenes que mencionaron no haber experimentado ningún problema cognitivo.

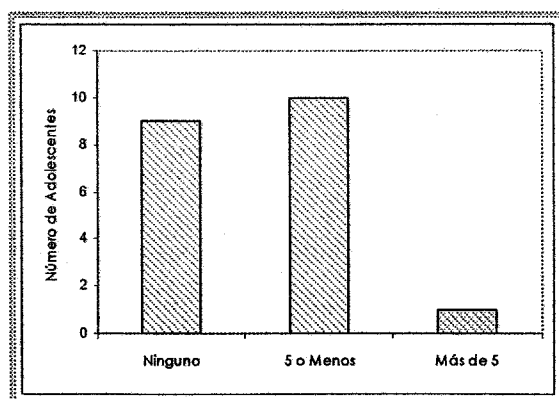


Figura 11. Distribución de los 20 adolescentes respecto a las consecuencias cognitivas asociadas al consumo de alcohol

#### 5.6.4 Consecuencias afectivas

Dentro de las consecuencias afectivas, incluyendo daño agudo o crónico además de borracheras, cambios de humor, presiones relacionadas con el consumo y cambios de personalidad, se encontró que la mayor parte de los adolescentes (10 adolescentes, 50%) habían experimentado consecuencias afectivas menores, es decir, sin consecuencias en el comportamiento diario. Otro dato relevante es que una proporción importante (7 adolescentes, 35%) reportó no haber tenido ningún problema de este tipo.

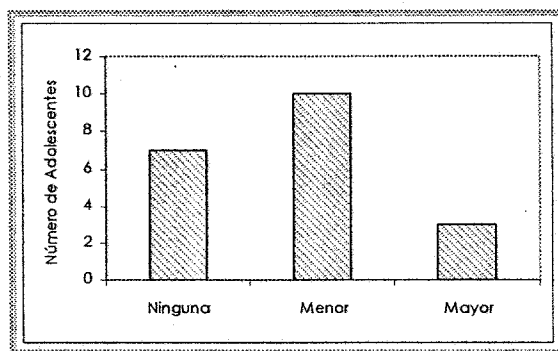


Figura 12. Distribución de los 20 adolescentes respecto a las consecuencias afectivas asociadas al consumo de alcohol

#### 5.6.5 Consecuencias interpersonales

En este rubro de consecuencias, el 55% (11 adolescentes) dijeron no haber tenido ningún problema interpersonal asociado con su consumo, y un 35% (7 adolescentes) mencionaron que habían tenido problemas menores, entendiendo por menores haber discutido con personas significativas.

La mayoría de los adolescentes que no presentaron ningún problema de este tipo cursaban el tercer año de la preparatoria y tenían 17 años.

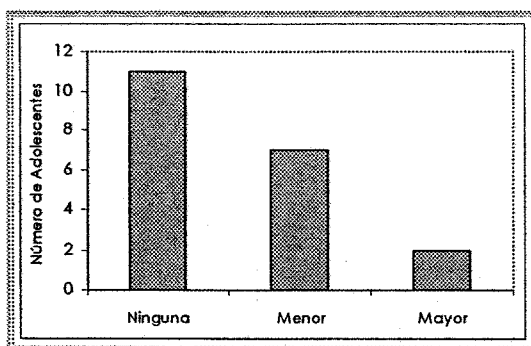


Figura 13. Distribución de los 20 adolescentes acerca de las consecuencias interpersonales asociadas al consumo de alcohol

### 5.6.6 Consecuencias de agresión

En relación a la agresión relacionada al consumo de alcohol presentada por los adolescentes de este estudio, la mayoría de ellos (11 adolescentes, 55%) mencionaron que no habían tenido ninguna consecuencia de este tipo, en tanto que un 30% (6 adolescentes) reportó haber presentado abuso verbal en el cual estuvo asociado el alcohol.

Con respecto a los jóvenes que no reportaron consecuencias de agresión, la mayoría tenía 17 años y se encontraba cursando 3° de preparatoria.

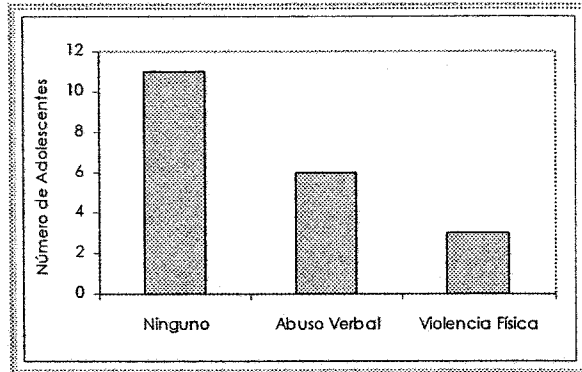


Figura 14. Distribución de los 20 adolescentes acerca de las consecuencias de agresión asociadas al consumo de alcohol

### 5.6.7 Consecuencias legales

Referente a las consecuencias de tipo legal asociadas con el consumo de alcohol, cerca de la población total (19 adolescentes, 95%) mencionó que no había tenido problemas al respecto.

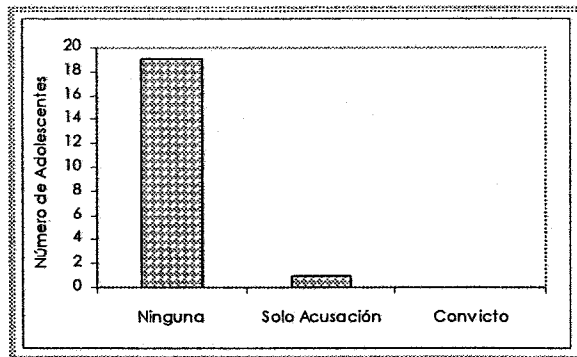


Figura 15. Distribución de los 20 adolescentes respecto a las consecuencias legales asociadas al consumo de alcohol

### 5.6.8 Consecuencias financieras

Al revisar las consecuencias financieras relacionadas con el consumo de los participantes, la mayoría de los adolescentes (12 adolescentes, 60%) reportó no haber presentado ningún problema de este tipo. Otro dato significativo es el que es representado por el 35% (7 adolescentes) que dijeron haber tenido problemas menores, entendidos como gastos en exceso ocasionados por el consumo de alcohol.

La gran mayoría de los participantes que no experimentaron consecuencias financieras cursaban tercero de preparatoria y tenían 17 años.

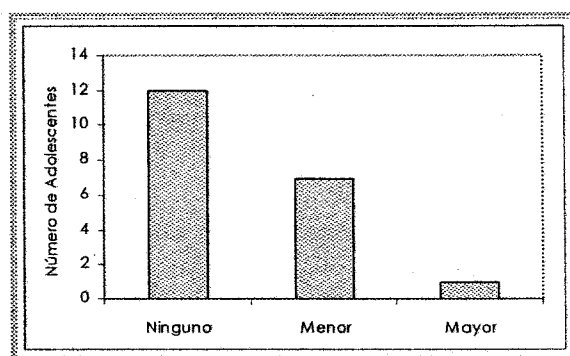


Figura 16. Distribución de los 20 adolescentes respecto de las consecuencias financieras asociadas al consumo de alcohol

### 5.7 Auto-eficacia

En este apartado se describen los índices de auto-eficacia para evitar el consumo excesivo de alcohol que reportaron los 20 adolescentes.

Tabla 3. En esta tabla se muestra la frecuencia y el porcentaje de los adolescentes que se ubicaron en una de tres categorías de auto-eficacia para evitar el consumo excesivo en las ocho diferentes situaciones evaluadas

Situaciones de Consumo	Auto-Eficacia Baja	Auto-Eficacia Media	Auto-Eficacia Alta
Emociones Desagradables	2 (10%)	6 (30%)	12 (60%)
Malestar Físico	1 (5%)	2 (10%)	17 (85%)
Necesidad Física	5 (25%)	3 (15%)	12 (60%)
Conflicto con Otros	2 (10%)	7 (35%)	11 (55%)
Presión Social	5 (25%)	9 (45%)	6 (30%)
Emociones Agradables	6 (30%)	7 (35%)	7 (35%)
Probando Control	3 (15%)	8 (40%)	9 (45%)
Momentos Agradables con Otros	11 (55%)	8 (40%)	1 (5%)

Como se observa en la tabla, la situación en la que la mayoría de los adolescentes se percibió con una baja confianza para evitar consumir de forma excesiva fue la de momentos agradables con otros.

Por otra parte, en el nivel de auto-eficacia alta, se encontró que las situaciones de emociones desagradables, malestar físico, probando control, necesidad física y conflicto con otros fueron contextos en los que la mayoría de los jóvenes reportaron una confianza alta de poder evitar el consumo excesivo de alcohol. Este nivel de auto-eficacia fue el más reportado por los adolescentes en casi la totalidad de los contextos evaluados.

Cabe señalar que las situaciones de presión social, emociones agradables y probando control mostraron una distribución muy homogénea en la que es difícil la discriminación entre niveles de auto-eficacia y situaciones.

## II. Relación entre las variables del estudio

### 5.8 Relación entre las variables de tiempo de inicio, patrón y auto-eficacia

Con la intención de cumplir con el objetivo central de este estudio el cual fue observar las posibles relaciones entre las variables de tiempo de inicio, frecuencia de consumo, cantidad de consumo y la variable continua de auto-eficacia (porcentajes), se corrió un análisis de correlación de Pearson (ver Apéndice F).

A partir del análisis de correlación de Pearson se pudieron encontrar relaciones lineales y estadísticamente significativas entre las siguientes variables:

Tabla 4. Correlaciones significativas encontradas con respecto al tiempo de inicio, frecuencia, cantidad y la auto-eficacia para evitar el exceso en el consumo de alcohol

Variables	Correlación de Pearson	Significancia (Bilateral)
Frecuencia y Cantidad	rp= .807	.000
Emociones Agradables y Momentos Agradables con Otros	rp= .658	.002
Cantidad y Malestar Físico	rp= -.587	.007
Necesidad Física y Momentos Agradables con Otros	rp= .514	.020
Necesidad Física y Conflicto con Otros	rp= .457	.043
Presión Social y Necesidad Física	rp= .433	.057
Emociones Desagradables y Probando Control	rp= .429	.059

En la tabla se presentan todas las relaciones que fueron significativas siendo la de frecuencia y cantidad la más alta y aquella entre presión social y necesidad física marginalmente significativa.

## III. Conformación de grupos y consecuencias asociadas

### 5.9 Conglomerados jerárquicos

Ya que no fue posible observar mediante la correlación de Pearson el comportamiento de la variable de consecuencias asociadas con respecto a las demás variables del estudio debido a la incompatibilidad de las características de la variable con los criterios del análisis y, además, buscando la conformación de grupos en la población general, se recurrió al análisis de conglomerados jerárquicos. Este análisis permitió conocer de forma más detallada características que no hubieran podido ser observadas a través de otro análisis.

El análisis de conglomerados es una técnica que busca agrupar casos tratando de lograr la máxima homogeneidad en cada grupo. El criterio para conglomerar a los casos en los grupos parte de la

semejanza que se encuentre entre ellos con respecto a una o más variables (ver Apéndice E). En este estudio las variables utilizadas para la conformación de grupos fueron la cantidad de alcohol consumida en 6 meses así como la frecuencia de consumo, es decir, el número de ocasiones en las que se bebió dentro de ese mismo periodo de tiempo. Se obtuvieron dos grupos, uno de 16 y otro de 4 sujetos.

### 5.9.1 Características de las variables del estudio por grupo

En la tabla que a continuación se presenta se pueden observar las características de cada grupo con respecto a sexo así como las medias de las variables de tiempo de inicio, frecuencia, cantidad y número de consecuencias asociadas al consumo de alcohol. Asimismo, se presentan datos referentes al tipo de consecuencias, las situaciones en donde la auto-eficacia para evitar el consumo excesivo fue baja, media y alta para cada grupo.

Tabla 5. Características de los grupos con respecto a las variables del estudio

Variables del Estudio	Grupo 1 (N=16)	Grupo 2 (N=4)
Sexo	10 Hombres (62.5%) 6 Mujeres (37.5%)	1 Hombre (25%) 3 Mujeres (75%)
X Tiempo de Inicio	31.44 Meses	33 Meses
X Cantidad de Consumo	77.5 Copas estándar	204 Copas estándar
X Frecuencia de Consumo	13.06 Ocasiones	29.25 Ocasiones
X de Número de Consecuencias	3.56 Consecuencias	4.75 Consecuencias
Tipo de Consecuencias	68.75% Familiares 56.25% Personales 50% Escolares Cognitivas Interpersonales	75% Familiares 75% Personales 75% Cognitivas 75% Afectivas 75% Agresión 75% Financieras
Auto-Eficacia Baja	56.25% Momentos Agradables con Otros	50% Emociones Agradables 50% Momentos Agradables con Otros
Auto-eficacia Media	43.75% Emociones Agradables 43.75% Presión Social	75% Emociones desagradables 75% Probando control 50% Necesidad Física 50% Presión Social 50% Momentos Agradables con Otros
Auto-Eficacia Alta	93.75% Malestar Físico 68.75% Emociones Desagradables 68.75% Necesidad Física 56.25% Conflicto con Otros 50% Probando Control	50% Malestar Físico* 50% Conflicto con Otros* 50% Emociones Agradables*

\*Distribución más homogénea entre las 3 categorías de Auto-eficacia, menos discriminación entre las situaciones.

El grupo 1 estuvo conformado en su mayoría por hombres a diferencia del grupo 2 en el que casi la totalidad del grupo fueron mujeres.

Con respecto a las medias de tiempo de inicio, cantidad, frecuencia y número de consecuencias asociadas se observaron cantidades mayores en el grupo 2 a diferencia del grupo 1, en donde las variables de cantidad y frecuencia mostraron ser las más representativas entre los grupos dadas las diferencias en las medias. Además, el grupo 2 presentó más tipos de consecuencias en donde la mayor parte de los participantes de este grupo reportó haberlas experimentado. A diferencia del grupo 1, el grupo 2 presentó consecuencias afectivas, de agresión y financieras, en contraparte el



grupo 1 presentó consecuencias escolares e interpersonales lo cual no ocurrió dentro del grupo 2. Cabe señalar que la consecuencia asociada más representativa dentro del grupo 1 fue la familiar, en tanto que dentro del grupo 2 las consecuencias familiares, personales, cognitivas, afectivas, de agresión y financieras mostraron la misma importancia.

En torno a la auto-eficacia baja, la situación de momentos agradables con otros se presentó en ambos grupos, siendo el único contexto con este nivel de auto-eficacia en el grupo 1. Para el grupo 2, la situación de emociones agradables también se presentó dentro de este nivel de auto-eficacia.

Dentro del nivel de auto-eficacia media, para ambos grupos la situación de presión social se ubicó dentro de esta categoría. Para el grupo 1, la situación de emociones agradables también se encontró en este nivel de eficacia personal, en tanto que para el grupo 2 las situaciones de necesidad física y momentos agradables con otros fue un contexto en el que la mitad de los sujetos la reportaron con puntajes dentro de este nivel. Los contextos de emociones desagradables y probando control fueron los más representativos de esta categoría de auto-eficacia para el grupo 2.

En relación al nivel de auto-eficacia alta, dentro del grupo 1 se encontró que las situaciones de malestar físico, emociones desagradables, necesidad física y conflicto con otros fueron las más representativas ya que más de la mitad de la población reportó puntajes que se ubicaron dentro de esta categoría de auto-eficacia. En el grupo 2, hubo tres contextos en los que la mitad del grupo 2 se ubicó dentro de este nivel de auto-eficacia los cuales fueron malestar físico, conflicto con otros y emociones agradables

---

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

---

## ⌘ Discusión y Conclusiones

El objetivo del estudio fue observar y analizar las relaciones entre las variables de tiempo de inicio, patrón de consumo, consecuencias asociadas al consumo y la auto-eficacia percibida para evitar el consumo excesivo de alcohol por 20 adolescentes.

El conocimiento de las relaciones entre las variables estudiadas en esta tesis puede permitirnos entender mejor los mecanismos que regulan la disposición al cambio de los jóvenes. Las áreas que podrían trabajarse para mejorar y aumentar la auto-eficacia percibida en torno al consumo excesivo de alcohol, los elementos involucrados entre otras cuestiones (Baldwin, Oei & Young, 1993)

A continuación se presentan las principales inferencias respecto a la relación entre la auto-eficacia y las demás variables estudiadas.

### ⌘ Patrón de consumo

Se encontró una fuerte asociación entre frecuencia y cantidad de consumo ( $r_p=0.807$ ). Además, estas dos variables fueron la base para distinguir a los dos segmentos de la muestra en el análisis de conglomerados.

Por ejemplo, el grupo 2 del análisis de conglomerados presentó mayor severidad tanto en frecuencia como en cantidad pero la media de cantidad resultó ser la más notable dadas las diferencias con la media del grupo 1. Esto constituye un mayor daño en esta dimensión para los jóvenes del grupo 2, lo que puede ser ocasionado por el desarrollo de un hábito de consumo, es decir, se aumentan los días orientados a beber y esto produce un aumento en la cantidad consumida por ocasión (ver Tabla 5). Lo anterior señala la existencia de un hábito cada vez más establecido dentro del repertorio conductual del adolescente, lo cual representa al mismo tiempo el desarrollo de la tolerancia, en donde el usuario necesita elevar la cantidad de alcohol para obtener los efectos de la sustancia (Senra, 2003).

Un ejemplo de este aumento progresivo es el promedio de consumo de alcohol encontrado en la población total del estudio el cual refleja un patrón de consumo que es considerado como abuso dentro del continuo de severidad de acuerdo a Winters (2001) (ver tabla 2).

Las razones por las que un adolescente aumenta la frecuencia y la cantidad de consumo pueden ser diversas y de distinta naturaleza en donde pueden estar involucrados desde aspectos cognitivos y motivacionales hasta familiares y culturales, entre muchos otros. Una forma de entender estos aspectos es a través de los resultados de autoeficacia encontrados en el estudio.

### ⌘ Auto-eficacia para evitar el consumo excesivo de alcohol

Se observó que la autoeficacia para evitar el consumo excesivo está también influido por el aspecto cultural, en el cual el consumo de alcohol es concebido como una estrategia social cuyo significado simbólico está vinculado con las relaciones interpersonales (Senra, 2003), en donde el consumo de alcohol muy frecuentemente se ubica en situaciones de celebración y convivencia social. Lo anterior coincide con lo encontrado en el estudio con respecto a la situación que representó mayor riesgo para los jóvenes de la muestra total: la situación de momentos agradables con otros. Además, a partir de los conglomerados se pudo observar que esta situación se presentó en ambos grupos sin importar las diferencias existentes entre éstos en torno a las variables del estudio.

Dentro del aspecto motivacional se pueden identificar las creencias personales que tienen con respecto al alcohol. En este sentido se habla de aquella capacidad de previsión a partir de la cual el adolescente guía sus acciones de manera anticipada (Bandura, 1986) y son las atribuciones

positivas y directas que se le confieren al alcohol las que los motivan a ejecutar acciones dirigidas a la obtención de ciertos resultados. Aunado a esto, las creencias en cuanto al poder facilitador de habilidades sociales así como el deseo de exacerbar emociones agradables pueden ser elementos que los lleven a beber alcohol con regularidad (Baldwin, Oei & Young, 1993; Evans & Duna, 1995). Lo anterior coincide con lo que argumenta Abrahms y Niaura (1987) en relación a que el alcohol puede fungir como una herramienta poderosa para los individuos cuando presentan problemas de aceptación social o rechazo social por parte de los pares.

Asimismo, el reforzamiento positivo inmediato que el joven experimenta como consecuencia del consumo de alcohol así como la búsqueda constante de sensaciones nuevas que caracteriza al período de desarrollo de la adolescencia constituyen elementos que pueden fortalecer buena parte de la asociación entre estas variables.

Es importante mencionar que las creencias personales de este tipo pueden provenir del grupo de pares al que pertenece un joven. Con base en lo anterior, se ha argumentado que las creencias sobre el uso del alcohol cambian en concierto con los cambios que se observan en las fuerzas de socialización (Celucci, 1982; Zucker, 1979; Plant, 1979), en este sentido, tal fuerza de socialización se ve reflejada de manera significativa en el consumo de alcohol del adolescente el cual, en parte, se deriva de la norma de consumo del grupo de pares al que pertenece. Entonces, podría decirse que la creencia colectiva referente al consumo de alcohol puede modelar la forma en la que se bebe a través de los significados y expectativas que se le otorgan a esta práctica por lo que no podría decirse en este sentido que el beber alcohol es la simple imitación del adolescente con respecto a sus iguales.

La norma de uso de alcohol del adolescente también se ve influida por la familia a través del aprendizaje por observación así como por la inexistencia de reglas claras que limiten su consumo, indicando que a diferencia de sus padres, los adolescentes de hoy parecen desarrollarse en un ambiente más "húmedo" donde se tolera y hasta, podría decirse, se promueve el consumo (Medina-Mora y cols., 2001).

Otro de los hallazgos de este estudio, relevante al papel de la autoeficacia, es el relacionado a la identificación de las situaciones en las que los adolescentes muestran predominantemente una confianza alta para no beber de forma excesiva en donde malestar físico, emociones desagradables, probando control, conflicto con otros y necesidad físico representan a este tipo de entornos lo que podría deberse a la ausencia de elementos adversos para el control personal lo que representaría entornos constituidos en su mayoría por factores de protección según la evaluación que realiza el joven a partir de los riesgos que ellos podrían concebir como amenazantes.

Cabe señalar que dentro de estos contextos de riesgo, se encontró que puede llegar a ocurrir que el reportar una alta auto-eficacia en la situación de emociones desagradables, se observe una alta eficacia personal en la situación de probando control. Esto también puede ser un resultado de la semejanza percibida entre éstas.

La única relación negativa encontrada fue entre cantidad y malestar físico. Esto indica que ocasionalmente entre mayor sea la auto-eficacia reportada en un contexto de malestar físico, menor será la cantidad que consuma el individuo. Es importante mencionar que este malestar físico es un estado previo del individuo cuyo origen no está relacionado con esta sustancia y es más bien un estado físico, una enfermedad. A partir de este hallazgo podemos percatarnos de que el estado físico no altera el funcionamiento psicológico en estos adolescentes ni su evaluación de eficacia personal con respecto a evitar el consumo excesivo (Marlatt, Baer & Quigley, 1999). Este dato sugiere entonces que es común que los adolescentes de este estudio beban buscando realzar estados emocionales positivos y no con el objetivo de evitar emociones displacenteras,

concibiendo lo anterior como producto de la percepción y evaluación de dificultades o tentaciones para el consumo excesivo en situaciones compartidas, de celebración, etc. y no en situaciones en las que está involucrada alguna emoción negativa. Lo anterior coincide con lo encontrado por Engels, Wiers, Lemmers & Overbeek (2005) respecto a que sujetos desde 15 a más de 55 años, donde la mayoría de la población era masculina. Dentro de su estudio mencionaron con mayor frecuencia beber por motivos sociales o para aumentar las emociones positivas en contraparte de aquellos motivos para hacer frente a la situación y de aquellos motivos de conformidad.

Por otro lado, a través de la correlación, se observó una semejanza entre las situaciones de emociones agradables y momentos agradables con otros, lo que puede indicar que la mayor parte de las ocasiones presentar una alta auto-eficacia en la situación de emociones agradables conllevará a una alta eficacia personal en el contexto de momentos agradables con otros. Asimismo, se puede mencionar que existe parecido entre estas situaciones en cuanto a las propiedades que poseen así como a la percepción y evaluación que realiza el adolescente en torno a ellas.

De igual forma, los resultados encontrados a través de los conglomerados jerárquicos señalan el parecido percibido por los jóvenes entre las situaciones de presión social, necesidad física y momentos agradables con otros. En muchas ocasiones estos 3 entornos son evaluados de manera similar, en tanto que el nivel de auto-eficacia media es el que mejor describe la confianza que presentan para evitar consumir excesivamente (ver Tabla 5).

La asociación marginalmente significativa ( $p=0.057$ ) entre el contexto de presión social y necesidad física puede sentar las bases para pensar que ocasionalmente la presión social puede ser de tal magnitud que sea equiparable con una sensación de necesidad física. Este dato puede permitirnos observar la gran influencia que tienen los otros significativos para la vida del usuario con respecto al consumo de alcohol. Además, puede decirse que habrá veces que el estar en una situación de momentos agradables con otros pueda llevar con mucha facilidad al consumo de alcohol.

Del mismo modo, puede llegar a ocurrir que presentar un alto nivel de auto-eficacia en la situación de necesidad física conlleva a un nivel de este mismo tipo en la situación de conflicto con otros. Esta información apunta a que la emoción displacentera que acarrea experimentar una situación de conflicto con personas importantes o presentar necesidad física puede impactar la forma en que un adolescente se evalúa, tomando al elemento emocional como aquel que altera la percepción y la confianza para enfrentar dichos contextos (Marlatt, Baer & Quigley, 1999).

Por lo tanto, a estos contextos se les debe otorgar una atención principal cuando se sabe la fuerza que tienen y lo amenazante que pueden resultar para la eficacia del individuo. Congruente con lo anterior es lo que argumenta Bronfenbrenner (1979) en cuanto a que los aspectos del ambiente que modelan con más fuerza el curso del desarrollo psicológico son, sin duda, aquellos que tienen significado para la persona en una situación determinada y son aquellas propiedades subjetivas de los ambientes, es decir, la forma en que son percibidos dichos ambientes, el aspecto más relevante.

Una diferencia importante con respecto a la auto-eficacia reportada por los grupos conformados a través de los conglomerados es la presencia de una distribución más homogénea a lo largo de los tres niveles de auto-eficacia por parte del grupo 2. Esto podría deberse a un problema de discriminación entre las situaciones lo que habla de poca claridad y ambigüedad ya que refieren puntajes que señalan inseguridad acerca de su evaluación personal de eficacia. Esto nos lleva a pensar al respecto de alteraciones a nivel cognitivo, referentes a la capacidad disminuida de estos

jóvenes para anticipar resultados según sus capacidades, a la generalización de percepción de riesgos así como a fallas en la interpretación de eventos, entre otras explicaciones cognitivas.

#### ⌘ Conglomerados jerárquicos

La utilización de la técnica de conglomerados jerárquicos fue de gran beneficio para este estudio ya que a partir de éste se logró explorar de forma más específica las variables de interés dentro del grupo observado. El análisis ayudó a examinar elementos que no se lograban percibir a través del análisis general de la muestra; esto nos habla de un procedimiento fino a través del cual se logró realizar una segmentación de los casos en dos grupos que presentaron diferencias en todas las variables del estudio. Se observó que el grupo 1 podría representar a la población total de la muestra, dadas las características que mostró, en tanto que el grupo 2 constituye un sector diferente de la población adolescente del estudio ya que existió un mayor daño en todos los niveles evaluados dentro del estudio. Cabe mencionar que casi la totalidad de la población de este grupo fue femenina.

Este hallazgo es opuesto con los encontrados en el estudio de Baldwin, Oei & Young (1993) en donde se encontró que las mujeres bebían menos por ocasión y bebían menos frecuentemente en comparación con los hombres.

Una característica de interés del grupo 2 es su situación dentro del programa: todos fueron desertores al tratamiento. De forma contrastante a lo encontrado en la presente investigación, es un estudio realizado en torno a la deserción dentro del programa de adolescentes, en el que se reportó que los terminadores del programa habían sido más afectados por el consumo de alcohol o drogas, consumían en cantidades mayores, con mayor frecuencia, presentaban mayores consecuencias negativas relacionadas a diferencia de los desertores (Bernal, 2004).

#### ⌘ Consecuencias asociadas al consumo de alcohol

Las consecuencias más representativas de la muestra general fueron: las de tipo social (familiares y personales), cognitivas (experimentadas en 5 o menos ocasiones), y afectivas (menores); lo cual coincide con los datos que arrojan distintos estudios epidemiológicos (Villatoro, 1999; ENA, 1998, 2002; WHO, 1995; Medina-Mora & López, 1994).

A partir de los conglomerados, se observaron diferencias entre los grupos. Con respecto a las consecuencias que presentó la mayor parte del grupo 1 puede decirse que suelen estar presentes en casi cualquier joven que acude a un programa de atención, a diferencia de las consecuencias reportadas por los sujetos del grupo 2 que revelan una problemática de consumo más severa (ver Tabla 5).

#### ⌘ Datos sociodemográficos

Con respecto a la edad, la mayoría de los participantes presentaron una edad en la que es ilegal el consumo de alcohol y de gran riesgo dadas las características de desarrollo de los jóvenes. Dentro de este dato elementos como permisividad, disponibilidad, falta de regulación del consumo y reglas familiares son aquellos que pueden incluirse dentro de las posibles explicaciones de la edad de los jóvenes del estudio. Haciendo hincapié en la falta de regulación del consumo se sabe que en la actualidad, casi en cualquier lugar y con poco dinero un adolescente puede adquirir la sustancia sin importar su edad.

La edad de los adolescentes del estudio representa un índice de interés ya que se considera como una de las variables involucradas en la problemática del consumo de alcohol, la cual argumentan que conforme el individuo crece, el uso y abuso de alcohol se incrementa (Medina-Mora & López, 1994). Esto posee implicaciones importantes en el área de prevención y adicionalmente realza la importancia de los programas dirigidos a esta población en particular en donde uno de los

principales objetivos es evitar y disminuir las consecuencias asociadas al consumo de alcohol así como evitar que haya una disminución progresiva en la edad de inicio.

La muestra fue muy homogénea con respecto al sexo lo cual resulta preocupante ya que indica que este subgrupo de la población es muy vulnerable. Esto coincide con datos provenientes de la ENA (2002). Además, si se toma este dato de forma conjunta con el encontrado a partir de los conglomerados al respecto de que el grupo de mayor severidad estuvo conformado casi en su totalidad por mujeres representan datos muy interesantes pero preocupantes a la vez.

#### ⌘ Tiempo de inicio de consumo de alcohol

La mayoría de los jóvenes mencionó que llevaba bebiendo de forma regular dos años. Este tiempo de inicio reportado podría aumentar la probabilidad de avanzar a una fase más compleja dentro del proceso de adicción. Al mismo tiempo este dato es congruente con el hecho de que esta muestra fue tomada de una población de jóvenes que fueron atendidos por presentar problemas asociados a su forma de beber alcohol. Además, este dato fortalece la explicación derivada de la relación entre frecuencia y cantidad respecto al hábito de consumo de los jóvenes de este estudio.

En resumen, puede decirse que las explicaciones generadas al respecto de los resultados encontrados apuntan al criterio cognitivo, como lo es la percepción de autoeficacia, como aquel que interviene de manera prioritaria en el comportamiento de las relaciones encontradas entre las variables del estudio. Además, el aspecto socio-cultural reviste importancia al percatarnos de la forma en que están bebiendo los adolescentes de este estudio.

Algunas limitaciones del presente estudio son: 1) Tamaño de la muestra; 2) Sitios de reclutamiento, 3) Otras variables relevantes a la auto-eficacia para evitar el consumo excesivo de alcohol.

En relación al tamaño de la muestra, no se puede llegar a conclusiones fuertes ni generalizables por lo que hay que tomarlas con cautela. Por lo que aumentar el tamaño de la muestra sería muy recomendable así como tener un grupo de comparación que estuviera constituido por adolescentes con la misma edad y sexo pero que no presentaran consumo de alcohol representaría una oportunidad para evaluar la vulnerabilidad al consumo de alcohol de los adolescentes en relación con la auto-eficacia.

Sin embargo, la muestra fue reducida por la razón de querer estudiar únicamente a monousuarios, ya que el alcohol sigue siendo la sustancia de preferencia de los adolescentes de nuestro país (ENA, 2003). Además, se ha considerado que la auto-eficacia puede ser un factor importante en la aparición de consumo de drogas de los adolescentes (Marlatt, Baer y Quigley, 1999) por lo cual estudiar la auto-eficacia en este tipo de jóvenes podría constituir una labor de prevención en torno al consumo de sustancias ilícitas.

En cuanto a los sitios de reclutamiento, no fue posible incluir a jóvenes provenientes de otros escenarios que presentaran una situación socioeconómica distinta, que no asistieran a la escuela, que formaran parte de una población rural, que formaran parte de clubs deportivos, etc. Lo anterior sería interesante de realizar ya que se basaría en el objetivo de tener diferentes características de los participantes que pudieran presentar al mismo tiempo diferencias en torno al consumo de alcohol y la auto-eficacia para evitar el consumo excesivo de esta sustancia.

Con respecto a otras variables relevantes para la auto-eficacia para evitar el consumo excesivo de alcohol, no se consideraron elementos como la disposición al cambio de los jóvenes, su percepción acerca del tratamiento así como correlatos de estados afectivos negativos, como depresión y ansiedad, que podrían haber fortalecido los hallazgos e indicar de qué forma estos

aspectos representan obstáculos para el adolescente que pudieran influir en su evaluación de eficacia personal y si esto es un producto de la vulnerabilidad afectiva.

Implicaciones para el tratamiento: 1) Brindar una atención prioritaria a las mujeres adolescentes dada la forma en que están bebiendo y las consecuencias asociadas que presentan, 2) Desarrollar una sesión de auto-eficacia dirigida a aumentar de manera directa la confianza del adolescente para evitar el consumo excesivo en las situaciones que se identifiquen como las más riesgosas a través de fuentes como: experiencias dominio, experiencias vicarias, persuasión social y estados emocionales y psicológicos; refinar el procedimiento de diagnóstico de la auto-eficacia, identificando de manera directa y más precisa las barreras para evitar el exceso en el consumo a partir de preguntas como: ¿qué tendría que pasar para que te percibieras con el 100% de confianza para evitar excederte? Al momento de responder el cuestionario de confianza situacional, 3) Abordar el aspecto afectivo, explorar la posibilidad de que el adolescente haya tenido un evento importante a nivel emocional que propiciara vulnerabilidad afectiva y precipitara una baja auto-eficacia para evitar el consumo excesivo de alcohol. Otra forma de abordar este aspecto afectivo, al momento de aplicar el cuestionario de confianza situacional, sería preguntar al adolescente cómo se sentía emocionalmente estando en las ocho diferentes situaciones que evalúa el instrumento.

En conclusión, se observó una fuerte relación entre frecuencia y cantidad de consumo de alcohol. Hubo una relación negativa entre la auto-eficacia para evitar el consumo excesivo en la situación de malestar físico y la cantidad de consumo. El análisis de conglomerados mostró que las mujeres representan el sector más vulnerable. Aún cuando fue una muestra compuesta por monousuarios, se observaron tipos de monousuarios partiendo de las diferentes características que presentaron con respecto a las variables estudiadas.



---

## REFERENCIAS

---

.....

REFERENCIAS

.....

- ☐ Abrams, D.B. & Niaura, R.S. (1987) en Blane, H. & Leonard, K. (1999). "Psychological Theories of Drinking and Alcoholism". ed. Guilford, New York.
- ☐ Alden, 1988 en Trull, T.J. & Phares, E.J. (2003). "Psicología Clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión". Thomson, México.
- ☐ Annis, H. M. & Martin, G. (1985). "Inventory of Drug - Taking Situations. Ed. Addiction Research Foundation. Toronto.
- ☐ Ayala, H. E. (1993). "El Curso del Alcoholismo: una visión psicológica". *Investigación Psicológica*. Vol. 3 (1). p.p 5-36.
- ☐ Ayala, H. E. (2001). "Desarrollo y Evaluación de Intervenciones Preventivas para Comportamientos Adictivos en Comunidades Urbanas y Rurales en México". Proyecto CONACYT G 36266 -H. febrero, 2002-enero, 2007.
- ☐ Ayala, H.E. & Carrascoza, C. A. (2000). "El Alcoholismo: Una Perspectiva Psicológica". *Enseñanza e Investigación en Psicología*.vol. 5 (1). p.p 131-140.
- ☐ Ayala, H.E.; Echeverría, L.; Sobell, M. & Sobell, L (1998). "Una Alternativa de Intervención Breve y Temprana para Bebedores Problema en México". *Acta Comportamental*, 1, p.p. 71-93.
- ☐ Baer & Lichtenstein (1988<sup>o</sup>) en Bandura, A. (Ed.) (1999). "Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual".ed. Desclée de Brouwer, España.
- ☐ Baer & Peterson en Miller, W.R & Rollnick, S. (2002). "Motivational Interviewing. Preparing People for Change" 2a. Ed. The Guilford Press, New York.
- ☐ Baer & Peterson (2002) en Miller, W.R & Rollnick, S. (2002). "Motivational Interviewing. Preparing People for Change" 2a. Ed. The Guilford Press, New York.
- ☐ Baer et al. (1992) en Bandura, A. (Ed.) (1999). "Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual".ed. Desclée de Brouwer, España.
- ☐ Baer, (1993) en Bandura, A. (Ed.) (1999). "Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual".ed. Desclée de Brouwer, España.
- ☐ Baldwin, A.R.; Oei, T.P.S. & Young, R. (1993). "To Drink or Not to Drink: the differential role of alcohol expectancies and drinking refusal self-efficacy in quantity and frequency of alcohol consumption". *Cognitive Therapy and Research*, vol. 17 (6), p.p. 511-531.
- ☐ Bandura (1981) en Marlatt, G.A & Gordon, J.R (1985). "Relapse Prevention: Manitenance strategies in the treatment of addictive behaviors". Guilford, New York.
- ☐ Bandura (1982) en Bandura, A. (Ed.) (1999). "Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual".ed. Desclée de Brouwer, España.
- ☐ Bandura (1986) en Leonard, K. & Blane, H. (1999). "Psychological Theories of Drinking and Alcoholism". Guilford, New York.

- Bandura (1986) en Schunk, D.H (1997). "Teorías del Aprendizaje". 2ª. Edición. Prentice Hall Hispanoamérica. México. Traducción por José Francisco Dávila Martínez.
- Bandura, A. (1986). "Social Foundations of Thought and Action: A social cognitive theory". ed. Prentice, New Jersey.
- Bandura, A. (1997). "Self-efficacy: the exercise of control". Ed. W.H. Freeman, New York.
- Bandura, A. (Ed.) (1999). "Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual".ed. Desclée de Brouwer, España.
- Barry (1988) en Chaldrón, D. & Wilkinson, A. (1988). "Theories on Alcoholism":. Addiction Research Foundation ,Toronto.
- Bernal, P. R. (2004). "La Deserción a un Tratamiento para Adolescentes Consumidores de Alcohol y Otras Drogas". Tesis de Licenciatura. México, Facultad de Psicología, UNAM.
- Biddle y Cols., 1980; Margulies, Kessler y Kandel, 1977 en Ayala, H. (1993). "El Curso del Alcoholismo: una visión psicológica". *Investigación Psicológica*. Vol. 3 (1). p.p 5-36.
- Biran & Wilson (1981) en Bandura, A. (Ed.) (1999). "Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual".ed. Desclée de Brouwer, España.
- Blane, H. & Leonard, K. (1999). "Psychological Theories of Drinking and Alcoholism". Guilford, New York.
- Breslin, C., Sdao-Jarvie, K. Tupker, E. & Pearlman, S. (1999) "*First Contact a brief treatment for young substance users*". Center for Addiction and Mental Health, Canada.
- Bronfenbrenner, U. (1979). "La Ecología del Desarrollo Humano". ed. Paidós. Barcelona.
- Brooks-Gunn & Reiter (1993) en Monti, P.M; Colby, S.M & O'leary T.A. (2001). "Adolescents, Alcohol, and Substance Abuse. Reaching Teens trough Brief Interventions". The Guilford Press. New York.
- Brown & Intuye (1978) en Bandura, A. (Ed.) (1999). "Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual".ed. Desclée de Brouwer, España.
- Buela-Casal, G. & Caballo, V.E. (comps.) (1991). "Manual de Psicología Clínica Aplicada". Siglo XXI de España Editores, S.A, Madrid.
- Buela-Casal, G; Caballo, V.E & Sierra, C. (dirs.) (1996). "Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la salud". Siglo XXI de España Editores, S.A, Madrid.
- Caplan (1961) en Trull, T.J. & Phares, E.J. (2003). "Psicología Clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión". Thomson, México.
- Caplan (1964) en Trull, T.J. & Phares, E.J. (2003). "Psicología Clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión". Thomson, México.
- Castro, M.E., Llanes, J. & Carreño, A. (1999) "CHIMALLI: Un Modelo de Prevención de Riesgos Psicosociales. Cambios de Actitud y Modificación de los Niveles de Protección en Seis Planteles Escolares Situados en Cuatro Ciudades del País". *Psicología Iberoamericana*. 7 (4).

- ☐ Castro, M.E.; Llanes, J.; Margain & Carreño, A. (1999); DIF, 2003, en "Modelos Preventivos. Serie planeación". Ed. CONADIC & Secretaría de Salud [SSA]. México.
- ☐ Celucci, 1982; Zucker, 1979; Plant, 1979 en Ayala, H. (1993). "El Curso del Alcoholismo: una visión psicológica". *Investigación Psicológica*. Vol. 3 (1). p.p 5-36.
- ☐ Chaldrón, D. & Wilkinson, A. (1988). "Theories on Alcoholism". Addiction Research Foundation, Toronto.
- ☐ Clayton, R.R. (1992). "Transitions in Drug Use: Risk and Protective Factors" en Glantz, M. & Pickens, R. (comps.). *Vulnerability to Drug Abuse*. Washington, DC. American Psychological Association.
- ☐ Cox (1988) en Chaldrón, D. & Wilkinson, A. (1988). "Theories on Alcoholism". Addiction Research Foundation, Toronto.
- ☐ Cruz, N. y De la Rosa, M. (2003). "La prevención Primaria de Conductas de Riesgo en Adolescentes". Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM.
- ☐ Curry & Marlatt (1987) en Bandura, A. (Ed.) (1999). "Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual". ed. Desclée de Brouwer, España.
- ☐ Delval, J. (1994). "El Desarrollo Humano". Siglo veintiuno editores, S.A. Madrid.
- ☐ DiClemente, Prochaska & Gibertini (1985) en Bandura, A. (Ed.) (1999). "Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual". ed. Desclée de Brouwer, España.
- ☐ Echeverría, L. & Ayala, H.E. (1997). "Cuestionario de Confianza Situacional: traducción y adaptación". UNAM. México.
- ☐ Ellickson & Hays (1991) en Bandura, A. (Ed.) (1999). "Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual". ed. Desclée de Brouwer, España.
- ☐ Encuesta Nacional de Adicciones (1998). Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología, *Instituto Mexicano de Psiquiatría*. México.
- ☐ Encuesta Nacional de Adicciones (2002). Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología, *Instituto Mexicano de Psiquiatría*. México.
- ☐ Encuesta Nacional de Juventud (2000), México: Secretaría de Educación Pública [SEP], Instituto Mexicano de la Juventud [INJ], Centro de Investigación y Estudios sobre juventud.
- ☐ Engels, R.C.M.E.; Wiers, R.; Lemmers, L. & Overbeek, G. (2005). "Drinking Motives, Alcohol Expectancies, Self-efficacy, and Drinking Patterns". *Journal of Drug Education*, vol. 35(2), p.p.147-166.
- ☐ Evans & Duna, (1995) en Bandura, A. (1997). ). "Self-efficacy: the exercise of control". Ed. W.H. Freeman, New York.
- ☐ Ewart (1992) en Bandura, A. (Ed.) (1999). "Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual". ed. Desclée de Brouwer, España.
- ☐ Facultad de Medicina, UNAM: <http://www.facmed.unam.mx/pibc/srpimer/alcohol.html>, 2006.

- ☐ Feliz, Landers & Raeder (1979) en Bandura, A. (Ed.) (1999). "Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual".ed. Desclée de Brouwer, España.
- ☐ Felner, Jasón, Moritsugu y Farber, (1983) en Trull, T.J. & Phares, E.J. (2003). "Psicología Clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión". Thomson, México.
- ☐ Fromme et al., (1986) en Bandura, A. (Ed.) (1999). "Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual".ed. Desclée de Brouwer, España.
- ☐ Fromme, Kivlahan & Marlatt (1986) en Bandura, A. (Ed.) (1999). "Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual".ed. Desclée de Brouwer, España.
- ☐ Gist (1989) en Bandura, A. (Ed.) (1999). "Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual".ed. Desclée de Brouwer, España.
- ☐ Glantz, M. & Pickens, R. (comps.)(1992). *Vulnerability to Drug Abuse*. American Psychological Association, Washington, DC.
- ☐ Golinko, 1984 en Rice, F.P. (1997). *Desarrollo Humano. Estudio del Ciclo Vital*, 2ª. Edición. Ed. Prentice Hall, México.
- ☐ Gordon, D.À (1987). "An operacional classification of disease prevention". En: Steinberg, J.A & Silverman, M.M., (Eds). *Preventing Mental Disorders*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- ☐ Hawkins et al., (1992) en Martínez, K. I. (2003). "Desarrollo y Evaluación de un Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas". Tesis de Doctorado. México, Facultad de Psicología, UNAM.
- ☐ Hawkins, Catalano & Miller, (1992) en Wagner, E.F & Waldron, H.B. (2001). "Innovations in Adolescent Substance Abuse Interventions". Pergamon, Oxford.
- ☐ Hawkins, J.D., Catalano, R.F., & Miller, J.Y. (1992). "Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention". *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- ☐ Hays & Ellickson, 1990 en Bandura, A. (Ed.) (1999). "Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual".ed. Desclée de Brouwer, España.
- ☐ <http://www.library.uow.edu.au/adt-NWU/uploads/approved/adt-NWU20031001.162858/public/05Chapter3.pdf>, 2007.
- ☐ Ibáñez y Senra, (1999) en Senra, M. (2003). "Etiología del consumo de alcohol en la adolescencia: análisis de diversos enfoques y teorías". *REOP*, vol. 14(1) p.p 83-97.
- ☐ Institute of Medicine (1994). "*Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*". National Academy Press, Washington, DC.
- ☐ Instituto Tecnológico de Estudios Superiores Monterrey. (1999). "Programa de Prevención ITESM".
- ☐ IOM, (1994) en Trull, T.J. & Phares, E.J. (2003). "Psicología Clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión". Thomson, México.

- ☐ Jessor, R. (1991). "Risk Behavior in Adolescence: A psychological framework for understanding and action". *Journal of Adolescent Health*, vol. 12, p.p. 597-605.
- ☐ Jessor, R. (1993). "Successful Adolescent Development among Youth in high-risk Settings". *American Psychologist*, vol. 48, p.p 117-126.
- ☐ Jessor, R.; Donovan, J.E; Costa, F.M. (1991). "Beyond Adolescence: Problem Behavior and Young Adult Development". Cambridge University, Cambridge.
- ☐ Kavanagh & Bower (1985) en Bandura, A. (Ed.) (1999). "Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual".ed. Desclée de Brouwer, España.
- ☐ Keating (1990) Kimmel, D.C. & Weiner I.B. (1985). "Adolescence : a developmental transition" (2ª.edición). John Wiley & Sons, INC. New York.
- ☐ Kent & Gibbons (1987) en Bandura, A. (Ed.) (1999). "Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual".ed. Desclée de Brouwer, España.
- ☐ Kimmel, D.C. & Weiner I.B. (1985). "Adolescence : a developmental transition" (2ª.edición). John Wiley & Sons, INC. New York.
- ☐ Kivlahan et al., (1990) en Bandura, A. (Ed.) (1999). "Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual".ed. Desclée de Brouwer, España.
- ☐ Kivlahan, Marlatt, Fromme, Coppel & Williams, 1990 en Bandura, A. (Ed.) (1999). "Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual".ed. Desclée de Brouwer, España.
- ☐ Litt (1988) en Bandura, A. (Ed.) (1999). "Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual".ed. Desclée de Brouwer, España.
- ☐ Mariño, M.C.; González-Forteza, G.C.; Andrade, P. & Medina-Mora, M.E. (1997). "Validación de un Cuestionario para Detectar Adolescentes con Problemas por Uso de Drogas". *Salud Mental*, 1, 27-36.
- ☐ Marlatt, G.A & VanenBos, R. (1997). *Addictive Behaviors. Readings on etiology, prevention, and treatment*. American Psychological Association. Washington, D.C.
- ☐ Marlatt, G.A.; Larimer, M.E.; Baer & Quigley, L. (1993) en Bandura, A. (Ed.) (1999). "Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual".ed. Desclée de Brouwer, España.
- ☐ Marlatt, G.A; Baer, J.S & Quigley, L. 1999 en Bandura, A. (Ed.) (1999). "Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual".ed. Desclée de Brouwer, España.
- ☐ Martínez, K. I. (2003). "Desarrollo y Evaluación de un Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas". Tesis de Doctorado. México, Facultad de Psicología, UNAM.
- ☐ Medina- Mora, M.E. (1994). "Las Adicciones: Su Situación Actual". En Barruecos y Díaz -Leal, L. (Eds). *Curso Básico sobre las Adicciones*. Centro contra las Adicciones (CENCA). Fundación "Ama la vida" I.A.P. p.p 9-52. México.

- Medina-Mora, M. E.; Natera, G; Borges, G; Cravioto, P; Fleiz, C y Tapia-Conyer, R. (2001). "Del Siglo XX al Tercer Milenio. Las Adicciones y la Salud Pública; Drogas, Alcohol y Sociedad". *Salud Mental*, vol. 24(4). p.p. 3-19.
- Medina-Mora, M.E., Villatoro, J., López, E., Berenzon, S., Carreño, S., & Juárez, F. (1995). "Los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes mexicanos". *Gaceta Médica de México*, vol. 131, p.p 383-393.
- Medina-Mora, M.E. & López, E.K. (1994). "Prevención en Materia de Adicciones". *Prevención en Psicología*. México, UNAM, P.P 99-120.
- Merlo, R. & Milanese, E. (2000). "Métodos de Intervención Juvenil Comunitaria: Miradas de la Ciudad". México: Instituto Mexicano de la Juventud y Secretaría de Educación Pública.
- Miller, W.R & Rollnick, S. (2002). "Motivational Interviewing. Preparing People for Change" 2a. Ed. The Guilford Press, New York.
- Miller, W.R. (1985). "Motivation for Treatment: A review with special emphasis on alcoholism". *Psychological Bulletin*, 98, p.p. 84-107.
- Moffitt (1993) en Monti, P.M; Colby, S.M & O'leary T.A. (2001). "Adolescents, Alcohol, and Substance Abuse. Reaching Teens through Brief Interventions". The Guilford Press, New York.
- Monti, Abrahms, Binkoff & Zwick, (1988) en Ayala, H. (1993). "El Curso del Alcoholismo: una visión psicológica". *Investigación Psicológica*. Vol. 3 (1). p.p 5-36.
- Monti, P.M; Colby, S.M & O'leary T.A. (2001). "Adolescents, Alcohol, and Substance Abuse. Reaching Teens through Brief Interventions". The Guilford Press, New York.
- Mrazek, J.P. & Haggerty, R.J. (1994). "Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research". National Academy Press. Washington.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (1999). "Principles of Drug Addiction Treatment: A research-Based Guide". NIH Publication No. 99-4180. Rockville, MD: NIDA, National Institutes of Health.
- Orford, 1992 en Trull, T.J. & Phares, E.J. (2003). "Psicología Clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión". Thomson, México.
- Rice, F.P. (1997). *Desarrollo Humano. Estudio del Ciclo Vital*, 2ª Edición. ed. Prentice Hall. México.
- Rodríguez y Rojas, (1998) en Cruz, N y De la Rosa, M. (2003). "La prevención Primaria de Conductas de Riesgo en Adolescentes". Tesis de Licenciatura. México, Facultad de Psicología. UNAM.
- Rodríguez, S.E (2004). *Factores Familiares y de Pares Asociados al Consumo de Drogas*. Tesis de Maestría. México, Facultad de Psicología, UNAM.
- Rojas-Guiot, E., Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora, M. & Doménech-Rodríguez, M. (1999). "Consumo de Alcohol y Drogas en Estudiantes de Pachuca, Hidalgo". *Salud Pública de México*, 41 (4) p.p 297-308.

- ☐ Rojas-Guiot, E; Fleiz-Bautista, C; Medina-Mora, M.E; Morón, M.A.(1999). Consumo de Alcohol y Drogas en Estudiantes de Pachuca, Hidalgo". Salud pública de México. Vol. 41 (4). p.p 297-308.
- ☐ Rose, 1998 en Monti, P.M; Colby, S.M & O'leary T.A. (2001). "Adolescents, Alcohol, and Substance Abuse. Reaching Teens through Brief Interventions". The Guilford Press, New York.
- ☐ Salkovskis & Harrison, 1984 en Bandura, A. (Ed.) (1999). "Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual".ed. Desclée de Brouwer, España.
- ☐ Schulenberg et al., (1997) en Marlatt, G.A & VanenBos, R. (1997). Addictive Behaviors. Readings on etiology, prevention, and treatment. American Psychological Association, Washington, D.C.
- ☐ Schunk, D.H (1997). "Teorías del Aprendizaje". 2º. ed. Prentice Hall Hispanoamérica. México. Traducción por José Francisco Dávila Martínez.
- ☐ Secretaría de Educación Pública & Instituto Nacional de Psiquiatría (2003), Leonardo, P. Bermúdez & N. Gigliola (2003) Programa de educación preventiva contra las adicciones en CONADIC (comp.) Serie Planeación: Modelos Preventivos.
- ☐ Senra, M. (2003). "Etiología del consumo de alcohol en la adolescencia: análisis de diversos enfoques y teorías". REOP, vol 14(1) p.p 83-97.
- ☐ Tavera, S., Cantú de Ainslie, M., & Luna, V. (2000). "Modelo Comunitario de Integración Psicosocial". México: Fundación Ama la Vida.
- ☐ Trull, T.J. & Phares, E.J. (2003). "Psicología Clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión". Thomson, México.
- ☐ Velez, A.; Prado, A. & Sánchez, T. (2003). Modelo Preventivo "Construye tu Vida sin Adicciones" en Modelos Preventivos. Serie planeación. Ed. CONADIC & Secretaría de Salud [SSA], 2003. México.
- ☐ Villatoro, J., Medina-Mora, M., Rojano, C., Fleiz, C., Bermúdez, P., Castro, P y Suárez, F. (2002). "¿Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes? Resultados de la encuesta de estudiantes, medición otoño del 2000". Salud Mental, 25 (1), pág. 43- 54.
- ☐ Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Cardiel, H., Alcantar, E., Fleiz, C., Parra, J., Navarro, C. & Néquiz, G. (1999) "Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal: Medición: Otoño de 1997". Reporte Global Del Distrito Federal. INP-SEP. México.
- ☐ Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Rojano, C., Fleiz, C., Villa, G., Jasso, A., Alcántar, M.I., Bermúdez, P., Castro, P., Blanco, J. (2001). Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal: medición otoño 2000. Reporte Global del Distrito Federal. INP-SEP. México
- ☐ Wagner, E.F & Waldron, H.B. (2001). "Innovations in Adolescent Substance Abuse Interventions". Pergamon, Oxford.
- ☐ Winters (2001) en Monti, P.M; Colby, S.M & O'leary T.A. (2001). "Adolescents, Alcohol, and Substance Abuse. Reaching Teens through Brief Interventions". The Guilford Press, New York.



World Health Organization (1995). International digest of health legislation. Geneva.

Young, R.; Oei, T.P.S. & Crook, G. (1991). "Development of a Drinking Self-efficacy Questionnaire". *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, vol.13, p.p. 1-15.

---

# APÉNDICE A

---

⌘ Apéndice A: Historia de consumo de alcohol para adolescentes

ENTREVISTA INICIAL

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

DATOS GENERALES

Nombre:		
1. Eres:	Hombre      Mujer	2. ¿Cuántos años tienes?
3. ¿Qué año escolar estás cursando actualmente?		
4. ¿Con quién vives?		
5. ¿Cuántos hermanos y hermanas tienes?	Hermanos	Hermanas
6. ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos?		
7. ¿Qué edad tiene tu papá?		
8. ¿Qué edad tiene tu mamá?		
9. ¿Hasta qué año estudio tu papá?		
10. ¿Hasta qué año estudio tu mamá?		
11. ¿A qué se dedica tu papá?		
12. ¿A qué se dedica tu mamá?		
13. ¿Cuál es tu Dirección?		
Teléfono		
14. Aproximadamente ¿Cuánto dinero gana tu papá y/o mamá al mes?		

15. Motivo de Consulta

CONSUMO DE SUSTANCIAS

16. Principal sustancia de consumo (marca sólo uno):

- \_\_\_ (1) Alcohol    \_\_\_ (2) Tabaco    \_\_\_ (3) Cocaína    \_\_\_ (4) Heroína    \_\_\_ (5) Marihuana    \_\_\_ (6) Pastillas  
 \_\_\_ (7) Otra

\_\_\_ (8) Consumo varias drogas que considero de igual importancia

17. ¿En caso de consumir alcohol, qué tipo de bebida consumes con mayor frecuencia?

- \_\_\_ (1) pulque    \_\_\_ (2) cerveza    \_\_\_ (3) coñac    \_\_\_ (4) vino    \_\_\_ (5) destilados

18. De acuerdo con la siguiente escala, señala la alternativa que mejor describa tu CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS durante el año pasado (marque sólo una opción):

- \_\_\_ (1) Sin problema  
 \_\_\_ (2) Un pequeño problema (estoy preocupado al respecto, pero no he tenido ninguna experiencia negativa)  
 \_\_\_ (3) Un problema menor (he tenido algunas experiencias negativas, pero ninguna que pueda considerarse seria)  
 \_\_\_ (4) Un problema mayor (he tenido algunas consecuencias negativas, una de las cuales puede considerarse seria)  
 \_\_\_ (5) Un gran problema, (he tenido algunas consecuencias negativas, dos de las cuales pueden considerarse serias)

19. Desde que el CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS se ha convertido en un problema, ¿Cual es el mayor tiempo consecutivo en que no has consumido? (El mayor período de abstinencia. Si no lo hay, marcar "0").

¿Cuándo ocurrió?      /      mes      año

20. ¿Porque te abstuviste en esa ocasión?

21. ¿Has recibido algún tipo de tratamiento o ayuda para resolver problemas de ALCOHOL O DROGAS?

\_\_\_ (1) Si \_\_\_ (2) No

22. Tipo de Tratamiento/ayuda

\_\_\_ (1) Centro de desintoxicación \_\_\_ (2) Tratamiento C. Externa \_\_\_ (3) Tratamiento de C. Interna \_\_\_

\_\_\_ (4) Asesoría medica \_\_\_ (5) Asesoría psiquiátrica \_\_\_ (6) Grupos de auto-ayuda

Fecha: mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_ Alcohol / Drogas

(Para ex - fumadores estas preguntas deben contestarse en pasado)

23. ¿Fumas?

\_\_\_ (1) Nunca he fumado \_\_\_ (2) Actualmente fumo \_\_\_ (3) Ex - fumador (< de 1 año)

\_\_\_ (4) Ex-fumador (> de 1 año) no. de años: \_\_\_\_\_

24. ¿Por cuanto tiempo has sido un fumador regular?: \_\_\_\_\_

25. Promedio de cigarras fumados diariamente: \_\_\_\_\_

### CUESTIONARIO DE HISTORIA DE DROGAS PSICOACTIVAS

<p>INSTRUCCIONES: Marcar en el cuadro la respuesta correspondiente, tomando en cuenta las claves asignadas.</p> <p>* Nota: Si en el cuadro "CONSUMO" se contesta "NO" el resto del cuadro debe permanecer en blanco.</p>	<p><b>** CODIGO DE FRECUENCIA DE CONSUMO</b></p> <p>0 = No consume          1 = Menos de una vez al mes          2 = Una vez al mes          3 = 1 a 2 veces a la semana          4 = 3 a 6 veces por semana          5 = diariamente</p>
--	---

TIPO DE DROGA	*Consumo 1 = Si 2 = No	Total de años de consumo	Último año de consumo	Frecuencia de consumo más usual durante los últimos 90 días	Cantidad consumida con más frecuencia durante los últimos 90 días
Alcohol					
Cannabis: marihuana, hashish					
Estimulantes: cocaína, crack					
Estimulantes: metanfetaminas					
Anfetaminas/ estimulantes: ritalin, benzedrina, dexedrina					
Benzodiazepinas / tranquilizantes: valium, librium, halcion, xanax, diazepam, rookes					
Sedativos/ Hipnóticos/ Barbitúricos: amylal, seconal, dalmone, qualude, penobarbital					
Heroina					
Meladona callejera o ilícita					
Otros opiáceos: tylenol #2 y #3, 282's, percodan, percocet, opio, morfina, demerol, dilaudid					
Alucinógenos: LSD, PCP, STP, MDA, DAT, mescalina, peyote, hongos. éxtasis (MDMA), óxido nítrico					
Inhalables: cemento, gasolina, rush, aerosol, thinner, poppers, locker room					
Otros (especificar) _____					



26. Algunas de estas personas ha usado algún tipo de drogas (que no sea alcohol o tabaco)

a) Tu papá	(1) SI	(2) NO
b) Tu mamá	(1) SI	(2) NO
c) Alguno de tus hermanos (as)	(1) SI	(2) NO
d) Tu mejor amigo	(1) SI	(2) NO
e) Algún familiar que viva contigo	(1) SI	(2) NO

27. Algunas de estas personas han tenido algún problema debido a su consumo de alcohol

e) Tu papá	(1) SI	(2) NO
f) Tu mamá	(1) SI	(2) NO
g) Alguno de tus hermanos (as)	(1) SI	(2) NO
h) Tu mejor amigo	(1) SI	(2) NO
e) Algún familiar que viva contigo	(1) SI	(2) NO

**AREA DE SALUD**

28. ¿Estás siendo atendido por algún problema de salud en la actualidad?

\_\_\_ (1) Si \_\_\_ (2) No

29. ¿Estas tomando algún medicamento por prescripción médica o te estás auto-medicando?

\_\_\_ (1) Si ¿Cuál? \_\_\_\_\_ (2) No

**AREA ESCOLAR Y LABORAL**

30. ¿Asistes a la escuela de manera regular? \_\_\_ (1) Si \_\_\_ (2) No

31. ¿Cuál fue el promedio escolar que obtuviste el año pasado?

\_\_\_ (1) 10 \_\_\_ (2) 9 \_\_\_ (3) 8 \_\_\_ (4) 7 \_\_\_ (5) 6 \_\_\_ (6) 5

32. ¿Cuál es tu promedio general actual?

\_\_\_ (1) 10 \_\_\_ (2) 9 \_\_\_ (3) 8 \_\_\_ (4) 7 \_\_\_ (5) 6 \_\_\_ (6) 5

33. ¿Debes alguna materia? \_\_\_ (1) Regular \_\_\_ (2) Irregular

34. ¿Cómo consideras tu desempeño escolar?

\_\_\_ (1) Muy Bueno \_\_\_ (2) Bueno \_\_\_ (3) Regular \_\_\_ (4) Malo \_\_\_ (5) Muy malo

35. ¿Has interrumpido tus estudios durante 6 meses o más? \_\_\_ (1) Si \_\_\_ (2) No

36. ¿Cuántos días has faltado a la escuela durante este año escolar?

\_\_\_ (1) Ninguno \_\_\_ (2) 1 a 2 días \_\_\_ (3) 3 a 5 días \_\_\_ (4) 6 o más días

37. ¿Has tenido algún problema serio en la escuela relacionado con tu consumo de alcohol o drogas?

\_\_\_ (1) Si \_\_\_ (2) No

38. ¿Trabajas? \_\_\_ (1) Si \_\_\_ (2) No

39. ¿Cuál es tu situación laboral? (Marcar sólo una opción)

\_\_\_ (1) Tiempo completo \_\_\_ (2) Medio tiempo \_\_\_ (3) Trabajo por su cuenta \_\_\_ (4) Trabajo ocasional

40. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces faltaste a tu empleo como resultado de consumir alcohol o drogas?

**ADMINISTRACIÓN DEL TIEMPO LIBRE**

41. ¿Qué acostumbras hacer cuando no estás en la escuela? (Marcar una respuesta para cada inciso)

	Nunca	Algunas veces	Casi Siempre
1) Veo la televisión en casa	1	2	3
2) Practico algún deporte	1	2	3
3) Juego o salgo con amigos (as)	1	2	3
4) Nada y me aburro	1	2	3
5) Ayudo en las labores de la casa	1	2	3
6) Hago tarea o estudio	1	2	3
7) Juego jugando o voy a las máquinas y a los juegos electrónicos	1	2	3
8) Salgo a pasear con mi familia	1	2	3
9) Me voy a beber con mis amigos	1	2	3
10) Escucho música	1	2	3
11) Hablo por teléfono	1	2	3
12) Voy a fiestas	1	2	3
13) Asisto a clases artísticas (baile, tocar un instrumento, etc.)	1	2	3
14) Voy al cine	1	2	3
15) Otro (especifica)	1	2	3

42. ¿Estas actividades están relacionadas al consumo de alcohol o drogas?

\_\_\_ (1) Si ¿Cuál? \_\_\_\_\_

\_\_\_ (2) No

**AREA FAMILIAR**

43. ¿Cuándo estás con amigos o familiares éstos te presionan a consumir alcohol o drogas?

\_\_\_ (1) No \_\_\_ (2) Sí, pero sólo mis amigos

\_\_\_ (3) Sí, pero sólo mi familia \_\_\_ (4) Sí, tanto mis amigos como mi familia

44. ¿De tus amigos o familiares, quienes te ayudarían a cambiar tu consumo de alcohol o drogas?  
 \_\_\_ (1) Padres \_\_\_ (2) Hermanos \_\_\_ (3) Abuelos \_\_\_ (4) Tíos \_\_\_ (5) Primos  
 \_\_\_ (6) Amigos \_\_\_ (7) Pareja
45. ¿En los últimos 12 meses has tenido algún conflicto familiar grave? \_\_\_ (1) Si \_\_\_ (2) No
46. ¿Cómo describes tu relación con tus padres?  
 \_\_\_ (1) Muy Buena \_\_\_ (2) Buena \_\_\_ (3) Regular \_\_\_ (4) Mala \_\_\_ (5) Muy mala
47. ¿Cómo describes tu relación con tus hermanos?  
 \_\_\_ (1) Muy Buena \_\_\_ (2) Buena \_\_\_ (3) Regular \_\_\_ (4) Mala \_\_\_ (5) Muy mala
48. ¿Tus padres te asignan una cantidad fija de dinero? \_\_\_ (1) Si \_\_\_ (2) No ¿Cuánto? \_\_\_\_\_
49. ¿Cuánto dinero utilizas a la semana en alcohol o drogas? \_\_\_\_\_

**AREA DE SEXUALIDAD**

50. ¿Has tenido relaciones sexuales? \_\_\_ No \_\_\_ Una vez \_\_\_ Más de una vez
51. Cuando tienes relaciones sexuales ¿utilizas algún método anticonceptivo para evitar el embarazo o para no contraer alguna enfermedad? \_\_\_ (1) Sí \_\_\_ (2) No ¿Cuál? \_\_\_\_\_
52. ¿Con qué frecuencia?  
 \_\_\_ (1) Siempre \_\_\_ (2) Casi siempre \_\_\_ (3) Frecuentemente \_\_\_ (4) Algunas Veces \_\_\_ (5) Nunca
53. ¿Has tenido problemas relacionados a tu conducta sexual? \_\_\_ (1) Si \_\_\_ (2) No
54. ¿Has tenido relaciones sexuales después de consumir alcohol o drogas? \_\_\_ (1) Si \_\_\_ (2) No

**AREA DE CONDUCTA ANTISOCIAL**

55. ¿Has realizado las siguientes actividades en los últimos doce meses? (Marcar una opción para cada respuesta).

	SI	NO
1) Tomar un auto sin permiso del dueño	1	2
2) Tomar dinero o cosas con valor de \$50 o menos que no te pertenecen	1	2
3) Tomar dinero o cosas con valor de \$500 pesos o más que no te pertenecen	1	2
4) Forzar cerraduras para entrar a algún lugar que no sea tu casa.	1	2
5) tomar mercancía de alguna tienda sin pagarla (causar daños)	1	2
6) Golpear o dañar algún (objeto o propiedad) que no te pertenece	1	2
7) Atacar a alguien usando algún objeto como arma. (cuchillo, palo, navaja, etc.)	1	2
8) Vender drogas (marihuana, cocaína)	1	2
9) Golpear o herir a propósito a alguien, sin considerar pleitos o discusiones con tus hermanos.	1	2
10) Tomar parte en riñas o peleas	1	2
11) Prender fuego a propósito a objetos que no te pertenecen.	1	2
12) Usar un cuchillo o pistola para obtener algún objeto de otra persona	1	2

**DEPRESIÓN Y RIESGO SUICIDA**

56. ¿Te sientes triste con frecuencia? \_\_\_ (1) Si \_\_\_ (2) No
57. Durante el último mes has sentido que:

Número de días	0	1 a 3	4 a 6	7 o más
a) No puedes seguir adelante	1	2	3	4
b) Tenías pensamientos sobre la muerte	1	2	3	4
c) Sentías que tu familia estaría mejor si tu estuviera muerto	1	2	3	4
d) Pensé en matarme	1	2	3	4

**SATISFACCIÓN PERSONAL**

58. ¿Qué tan satisfecho estás con tu forma (estilo) de vida en este momento?  
 \_\_\_ (1) Muy satisfecho \_\_\_ (2) Satisfecho \_\_\_ (3) Inseguro \_\_\_ (4) Insatisfecho \_\_\_ (5) Muy insatisfecho
59. ¿Cuáles son tus metas para el futuro?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

## APÉNDICE B

---



☞ Apéndice B: Línea Base Retrospectiva (LIBARE)

Línea Base Retrospectiva (LIBARE)

Fecha: \_\_\_\_\_ Expediente \_\_\_\_\_  
 Terapeuta: \_\_\_\_\_  
 # Sesión: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_  
 Edad \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_

2006

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
F							1
N	2	3	4	5	6	7	8
E	9	10	11	12	13	14	15
R	16	17	18	19	20	21	22
O	23	24	25	26	27	28	29
	30	31					

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
J						1	2
U	3	4	5	6	7	8	9
I	10	11	12	13	14	15	16
L	17	18	19	20	21	22	23
O	24	25	26	27	28	29	30
	31						

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
F			1	2	3	4	5
E	6	7	8	9	10	11	12
B	13	14	15	16	17	18	19
R	20	21	22	23	24	25	26
E	27	28					

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
A		1	2	3	4	5	6
G	7	8	9	10	11	12	13
O	14	15	16	17	18	19	20
S	21	22	23	24	25	26	27
T	28	29	30	31			

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
M			1	2	3	4	5
A	6	7	8	9	10	11	12
R	13	14	15	16	17	18	19
Z	20	21	22	23	24	25	26
O	27	28	29	30	31		

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
S					1	2	3
E	4	5	6	7	8	9	10
P	11	12	13	14	15	16	17
T	18	19	20	21	22	23	24
I	25	26	27	28	29	30	

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
A						1	2
B	3	4	5	6	7	8	9
R	10	11	12	13	14	15	16
I	17	18	19	20	21	22	23
L	24	25	26	27	28	29	30

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
O							1
C	2	3	4	5	6	7	8
T	9	10	11	12	13	14	15
U	16	17	18	19	20	21	22
B	23	24	25	26	27	28	29
	30	31					

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
M							
A	1	2	3	4	5	6	7
Y	8	9	10	11	12	13	14
O	15	16	17	18	19	20	21
	22	23	24	25	26	27	28
	29	30	31				

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
N			1	2	3	4	5
O	6	7	8	9	10	11	12
V	13	14	15	16	17	18	19
I	20	21	22	23	24	25	26
E	27	28	29	30			

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
J				1	2	3	4
U	5	6	7	8	9	10	11
N	12	13	14	15	16	17	18
I	19	20	21	22	23	24	25
O	26	27	28	29	30		

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
D					1	2	3
I	4	5	6	7	8	9	10
C	11	12	13	14	15	16	17
I	18	19	20	21	22	23	24
E	25	26	27	28	29	30	31

---

# APÉNDICE C

---

⌘ Apéndice C: Cuestionario de Confianza Situacional (CCS)

Cuestionario Breve de Confianza Situacional

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_ Terapeuta: \_\_\_\_\_

Instrucciones: A continuación se presentan 8 diferentes situaciones o eventos ante los que algunas personas tienen problemas por su forma de beber o consumir alguna droga.

Imagínate que estás en este momento en cada una de estas situaciones e indica en la escala que tan seguro te sientes de poder resistir la necesidad de beber en exceso o consumir alguna droga, marcando con una x a lo largo de la línea 0% si "DEFINITIVAMENTE CONSUMIRÍA" ante esa situación o 100% si "DEFINITIVAMENTE NO CONSUMIRÍA" en esa situación.

1. Emociones Desagradables:

0% 100%  
Definitivamente Definitivamente no  
Consumiría Consumiría

2. Malestar Físico:

0% 100%  
Definitivamente Definitivamente no  
Consumiría Consumiría

3. Emociones Agradables:

0% 100%  
Definitivamente Definitivamente no  
Consumiría Consumiría

4. Probando mi control sobre  
el consumo de alcohol o drogas:

0% 100%  
Definitivamente Definitivamente no  
Consumiría Consumiría

5. Necesidad Física:

0% 100%  
Definitivamente Definitivamente no  
Consumiría Consumiría

6. Conflicto con otros:

0% 100%  
Definitivamente Definitivamente no  
Consumiría Consumiría

7. Presión social:

0% 100%  
Definitivamente Definitivamente no  
Consumiría Consumiría

8. Momentos agradables con otros:

0% 100%  
Definitivamente Definitivamente no  
Consumiría Consumiría

---

# APÉNDICE D

---

⌘ Apéndice D:

Entrevista para la identificación de características de consumo del adolescente

**Entrevista Semiestructurada de Admisión**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

1. Motivo de consulta ¿por qué fuiste canalizado con nosotros?

---

---

2. Droga principal de consumo

---

3. Historia de consumo (edad de inicio, ha aumentado el consumo a lo largo del tiempo?)

---

---

4. Situaciones Principales de consumo

---

---

5. Frecuencia de consumo más usual durante los últimos tres meses (¿cada cuánto has consumido la droga?)

- 0= no consume
- 1= menos de una vez al mes
- 2= una vez al mes
- 3= 1 a 2 veces a la semana
- 4= 3 a 6 veces por semana

6. Cantidad consumida con más frecuencia durante los últimos tres meses

---

---

7. Problemas relacionados con el consumo (escolares, familiares, personales) ¿has tenido algún problema debido al consumo de drogas?

---

---

8. Intentos de reducir el consumo (¿has intentado cambiar tu consumo?)

---

---

---

9. ¿Estás dispuesto a participar en una evaluación acerca de tu patrón de consumo y problemas relacionados?

- a) Si
- b) No

10. ¿Estás dispuesto a participar en un programa de adolescentes para reducir tu consumo de alcohol o drogas?

- a) si
- b) no

11. Propuesta del terapeuta

- a) ingresa al programa para adolescentes
- b) ingresa al taller de prevención primaria
- c) otro \_\_\_\_\_

Observaciones

---

---

---

Nombre y firma del terapeuta \_\_\_\_\_

---

# APÉNDICE E

---

## ⌘ Apéndice E: Dendograma

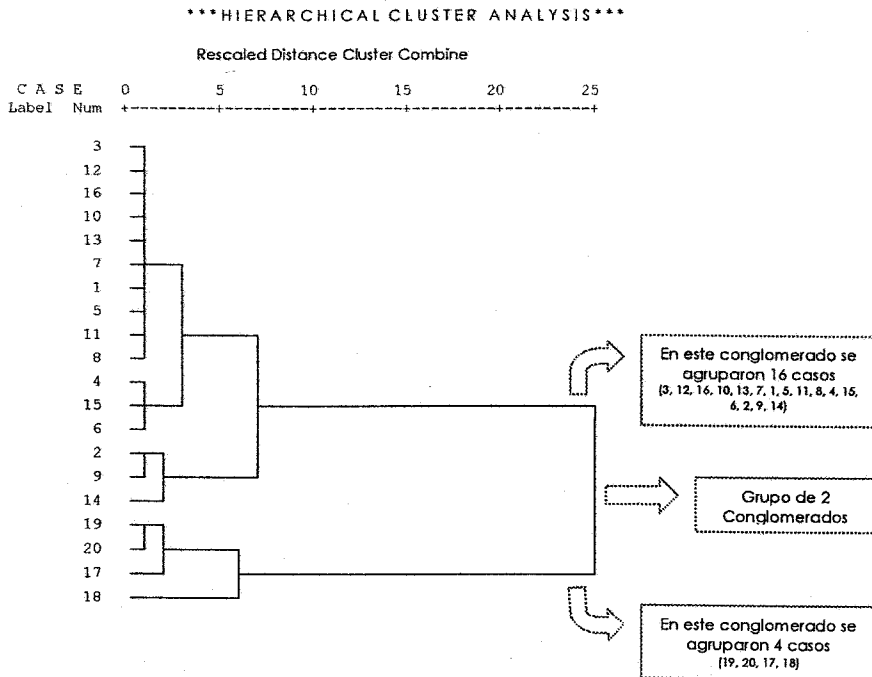
### • Análisis de conglomerados jerárquicos: Dendograma

Aún cuando este análisis podría agrupar los casos en un sinnúmero de grupos, se utilizó el método de rango de soluciones en el que se delimitan el número de grupos que el análisis conformará. En este estudio el rango de soluciones fue de 2-4, en donde el número posible de grupos era de 2, 3 y 4.

El gráfico que se utilizó para identificar el número de soluciones fue el dendograma a partir del cual se observan las etapas de conformación de grupos y los casos incluidos en cada uno de ellos. A partir de este gráfico se identificó el número de grupos que era el ideal para este estudio (ver figura 4.6.1).

La adecuada observación de esta figura debe realizarse de derecha a izquierda. En este dendograma se pueden ver las distintas ramificaciones que constituyen las soluciones que se le pidió al análisis que identificara, desde la primera solución (2 grupos), hasta la última de ellas (4 grupos). El número de conglomerados que mostraba mayor claridad en la conformación de grupos y mayor homogeneidad fue la de 2 conglomerados, en donde un grupo se constituyó de 16 casos y el otro de 4 casos. A partir de esta identificación de grupos se denominó como grupo 1 al conglomerado en donde se aglomeraron 16 participantes y como grupo 2 al conglomerado en donde se juntaron 4 participantes.

Figura 4.6.1 Análisis de Conglomerados Jerárquicos





---

## APÉNDICE F

---

