



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**AREA DE LA SALUD HUMANA**  
**Carrera de Psicología Clínica**



**Nivel de Pregrado**

**Título:**

TIPOS DE FAMILIA (NUCLEAR, EXTENDIDA, MONOPARENTAL) Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ESTUDIANTES DE 16-17 AÑOS, DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL “DANIEL ÁLVAREZ BURNÉO”

Tesis previa a la obtención del título de  
Psicóloga Clínica

Autora:

Yessenia Anabell Silva Montaña

Directora de tesis:

Dra. María Susana González García, Mg. Sc.

*No 2016 ocupan los  
genios nuestros, sino  
los mas preparados,  
aunque no sean genios.*

*Loja- Ecuador*

## CERTIFICACIÓN

Loja, 05 de Diciembre de 2016

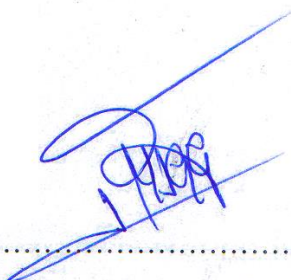
Dra. María Susana González García Mg. Sc.

**DIRECTORA DE TESIS DE GRADO**

CERTIFICA.-

Haber dirigido, asesorado y monitoreado con pertinencia la ejecución de la investigación de campo y el informe final y el tema de tesis titulado: TIPOS DE FAMILIA (NUCLEAR, EXTENDIDA, MONOPARENTAL) Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ESTUDIANTES DE 16-17 AÑOS, DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL “DANIEL ÁLVAREZ BURNÉO”. De la egresada, Srta. Yessenia Anabell Silva Montaña, así como revisar oportunamente los avances de la investigación a fin de asegurar la calidad de la misma, por lo tanto da cumplimiento con lo establecido en el Art. 139 del Reglamento de Régimen Académico, en tal virtud autorizo su presentación para la defensa ante el tribunal de tesis y disertación pública de la misma para la graduación.

Atentamente:



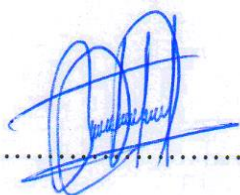
Dra. María Susana González García Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

## AUTORÍA

Yo, Yessenia Anabell Silva Montaña, declaro ser autora del presente trabajo de tesis: TIPOS DE FAMILIA (NUCLEAR, EXTENDIDA, MONOPARENTAL) Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ESTUDIANTES DE 16-17 AÑOS, DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL “DANIEL ÁLVAREZ BURNÉO”. Y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma

**Firma**.....



**Autora:** Yessenia Anabell Silva Montaña

**Cédula:** 1104733272

**Fecha:** 05 Diciembre de 2016

## CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Yessenia Anabell Silva Montaña, declaro ser la autora de la tesis de grado titulada: TIPOS DE FAMILIA (NUCLEAR, EXTENDIDA, MONOPARENTAL) Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ESTUDIANTES DE 16-17 AÑOS, DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL “DANIEL ÁLVAREZ BURNÉO”, como requisito para optar el grado de PSICÓLOGA CLÍNICA; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional (RDI):

- Los usuarios pueden consultar el contenido de éste trabajo en el RDI en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.
- La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a cinco días del mes de Diciembre del dos mil dieciséis, firma la autora.

- **AUTORA:** Yessenia Anabell Silva Montaña
- **CÉDULA:** 1104733272
- **CELULAR:** 0985577910
- **CORREO ELECTRÓNICO:** ycniaBell.99@ hotmail.com

**Firma**.....



### DATOS COMPLEMENTARIOS

- **DIRECTORA DE TESIS:** Dra. María Susana González García. Mg. Sc.
- **TRIBUNAL DE GRADO:**

Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero

Presidenta de tribunal

Lic. Adrián Felipe Vásquez Escandón

Psic. Clin. Karina Cecibel Flores Flores

## DEDICATORIA

Esta meta y las que me faltan por cumplir si tú me lo permites son principalmente para ti, mi Dios, para ti que has estado a mi lado en todo momento, en las veces que sentía no poder más, en las alegrías, tristezas, angustias y soledad, que tuve en todo este trayecto, estuviste ahí haciéndome saber y sentir que todo estaría bien, que las cosas siempre pasan por algo, y que no hay mal que por bien no venga, y que no das batallas a quien no las pueda superar.

A mis padres que amo y admiro tanto, por todo lo que han hecho por mí, por todo su sacrificio y dedicación, por enseñarme que hay cosas difíciles pero no imposibles.

A mi esposo e hijos, a quienes amo y quienes han sido el pilar fundamental en mi vida, mi orgullo y mi fortaleza, para ustedes por quienes daría mi vida, este logro no es mío, es nuestro.

**La autora**

## AGRADECIMIENTO

Mi sincero agradecimiento de forma especial a Dios por darme la vida y darme la oportunidad de prepararme. A todas y cada una de las personas que colaboraron; directa e indirectamente, en el desarrollo del presente trabajo, de manera especial a mis padres y a mi esposo por su apoyo constante e incondicional. A la Dra. María Susana González por su valiosa asesoría durante la elaboración de la investigación como directora de tesis. A la UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, a la carrera de Psicología Clínica que ha sido durante estos últimos cinco años mi segundo hogar, una privilegiada institución la cual me enseñó a prender y transmitir lo bueno y cultivar lo ético y moral y sobre todo a respetar, querer y dejar muy en alto el nombre del establecimiento.

A todos los docentes que supieron ayudarme y guiarme con sus enseñanzas para salir adelante en mi vida académica.

**La autora**

## ÍNDICE

|   |     |
|---|-----|
| PORTADA.....  | i   |
| CERTIFICACIÓN .....   | ii  |
| AUTORÍA.....  | iii |
| CARTA DE AUTORIZACIÓN.....                                    | iv  |
| DEDICATORIA .....   | v   |
| AGRADECIMIENTO .....  | vi  |
| ÍNDICE.....   | vii |
| ÍNDICE DE TABLAS .....  | x   |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS .....                                      | xi  |
| TÍTULO.....   | 1   |
| RESUMEN .....   | 2   |
| SUMMARY.....  | 4   |
| I. INTRODUCCIÓN.....  | 6   |
| II. REVISIÓN DE LITERATURA.....                               | 9   |
| 2.1. Familia .....  | 9   |
| 2.1.1. Definición .....                                       | 9   |
| 2.1.2. Tipos de familia .....                                 | 10  |
| a) Familia Nuclear.....                                       | 10  |
| b) Familia Extendida. ....                                    | 10  |
| c) Familia monoparental. ....                                 | 10  |
| 2.2. Adolescencia.....  | 11  |
| 2.2.1. Definición.....  | 11  |
| 2.2.2. Etapas de la Adolescencia.....                         | 12  |
| a) Adolescencia temprana o pubertad (de los 11- 13 años)..... | 12  |
| b) Adolescencia media (de los 14-17 años).....                | 12  |
| c) Adolescencia tardía (de los 17-21 años). ....              | 13  |
| 2.3. Alcohol.....   | 14  |
| 2.3.1. Definición .....                                       | 14  |

|   |    |
|---|----|
| 2.3.2. Clases de bebedores .....  | 15 |
| a) Abstemios. ....  | 15 |
| b) Bebedor moderado. ....   | 15 |
| c) Bebedor de riesgo. ....  | 15 |
| d) Bebedor problemático. ....   | 15 |
| 2.3.3. Factores relacionados con el consumo de alcohol en adolescentes..... | 16 |
| a) Factores individuales. ....  | 16 |
| b) Factores familiares.....   | 18 |
| c) Factores sociales o culturales.....                                      | 20 |
| 2.3.4. Niveles de consumo de alcohol: uso, abuso y dependencia.....         | 21 |
| 2.3.6. Problemas derivados del abuso de alcohol en la adolescencia.....     | 23 |
| 2.3.7. Prevención del consumo de alcohol.....                               | 25 |
| III. MATERIALES Y MÉTODOS .....   | 28 |
| IV. RESULTADOS.....   | 32 |
| PRIMER OBJETIVO.....  | 32 |
| SEGUNDO OBJETIVO .....  | 34 |
| TERCER OBJETIVO .....   | 39 |
| V. DISCUSIÓN .....  | 41 |
| VI. CONCLUSIONES .....  | 44 |
| VII. RECOMENDACIONES .....  | 45 |
| CUARTO OBJETIVO .....   | 46 |
| Justificación .....   | 47 |
| Objetivos.....  | 48 |
| Metodología.....  | 49 |
| Marco Teorico.....  | 50 |
| VIII. BIBLIOGRAFÍA .....  | 79 |
| IX. ANEXOS .....  | 85 |
| Anexo 1. Encuesta semiestructurada sobre la familia.....                    | 86 |
| Anexo 2. Test Audit.....  | 90 |



|   |     |
|---|-----|
| Anexo 3.Solicitud de autorización al Rector de la Institución.....  | 93  |
| Anexo 4. Consentimiento informado del Rector de la Institución..... | 94  |
| Anexo 5. Consentimiento informado de los padres de familia.....     | 95  |
| Anexo 6. APGAR familiar.....  | 96  |
| Anexo 7. Historia Clínica Psicológica.....                          | 97  |
| Anexo 8. Hoja de árbol de logros.....                               | 100 |
| Anexo 9. Economía de fichas.....                                    | 101 |
| Anexo 10. Test de Rosenberg (RSE).....                              | 102 |
| Anexo 11. Certificado de traducción del Summary.....                | 104 |
| Anexo 12. Proyecto.....   | 105 |

## ÍNDICE DE TABLAS

|  |    |
|--|----|
| Tabla 1. Tipos de familia de los estdiantes de 16-17 años de la Unidad Educativa<br>Fiscomisional “Daniel Álvarez Burnéo”..... | 32 |
| Tabla 2. Tipos de familia de los estudiantes de 16-17 años por rango de edad.....  | 33 |
| Tabla 3. Existencia de consumo de alcohol.....   | 34 |
| Tabla 4. Existencia de consumo de alcohol por rango de edad.....   | 35 |
| Tabla 5. Frecuencia de consumo de alcohol.....   | 36 |
| Tabla 6. Frecuencia de consumo de alcohol por rango de edad.....   | 37 |
| Tabla 7. Relación entre el consumo de alcohol y los tipos de familia.....  | 39 |

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

|  |    |
|--|----|
| Gráfico 1. Tipos de familia de los estdiantes de 16-17 años de la Unidad Educativa<br>Fiscomisional “Daniel Álvarez Burnéo”..... | 32 |
| Gráfico 2. Tipos de familia de los estudiantes de 16-17 años por rango de edad.....  | 33 |
| Gráfico 3. Existencia de consumo de alcohol.....   | 34 |
| Gráfico 4. Existencia de consumo de alcohol por rango de edad.....   | 35 |
| Gráfico 5. Frecuencia de consumo de alcohol.....   | 36 |
| Gráfico 6. Frecuencia de consumo de alcohol por rango de edad.....   | 37 |

**TÍTULO:**

TIPOS DE FAMILIA (NUCLEAR, EXTENDIDA, MONOPARENTAL) Y SU RELACIÓN  
CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ESTUDIANTES DE 16-17 AÑOS, DE  
UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL “DANIEL ÁLVAREZ BURNÉO”

## RESUMEN

El trabajo de investigación fue de tipo descriptivo, cuantitativo, cualitativo, relacional y de corte transversal, se trabajó con 82 estudiantes comprendidos entre 16-17 años de la Unidad Educativa Fiscomisional “Daniel Álvarez Burnéo”. Para llevar a cabo la indagación se diseñó los siguientes objetivos, como general: Determinar los tipos de familia nuclear, extendida y monoparental y su relación con el consumo de alcohol en los estudiantes de 16-17 años, y específicos: 1. Conocer los tipos de familia, 2. identificar la existencia y frecuencia de consumo de alcohol; 3. Determinar la relación entre el consumo de alcohol y los tipos de familia de los estudiantes; y, 4. Realizar un plan terapéutico con la finalidad de fortalecer las relaciones familiares y prevenir el consumo de alcohol. Para el cumplimiento de los objetivos se utilizó una encuesta semiestructurada para conocer el tipo de familia, y el test de AUDIT se aplicó para determinar la existencia y frecuencia de consumo de alcohol; para encontrar la relación entre las dos variables se utilizó la tabla de valores cruzados y el programa Stat Calc en el que se evidenció que no existe relación directa entre el tipo de familia y el consumo de alcohol. Se concluyó que: existe mayor número de estudiantes que pertenecen a la familia nuclear, el cual se refleja con el 46,34%, seguido de la familia monoparental con un total de 28,05% y finalmente se encuentra la familia extendida con 25,61%. También se evidenció consumo de alcohol en las tres familias; en la familia extendida, el 42,86% de estudiantes mencionaron que nunca consumen alcohol, 52,38% consumen una o menos veces al mes y 4,76% consumen de dos a cuatro veces al mes. En la familia monoparental 43,48% de estudiantes nunca consumen alcohol, 39,13% consumen una o menos veces al mes y 17,39% consumen de dos a cuatro veces al mes. En la familia nuclear el 39,47% nunca consumen alcohol, 47,37% consumen una o menos veces al mes y 13,16% de estudiantes consumen de dos a cuatro veces al mes. Finalmente diseñó un plan psicoterapéutico encaminado a fortalecer las relaciones familiares y prevenir el consumo de alcohol en los adolescentes basado en el paradigma de la integración

en psicoterapia. **Palabras claves:** familias nuclear, extendida y monoparental; consumo de alcohol

## SUMMARY

The research was descriptive, quantitative, qualitative, relational and cross-sectional; it was worked with 82 students ranging in age between 16 and 17 years on “Daniel Álvarez Burnéo” high school for which were designed the following objectives, as general: To determine the types of nuclear, extended and single-parent family and their relation with the alcohol consumption in the students of 16 and 17 years old, and specific: 1. To know the types of family, 2. To identify the relation between the alcohol consumption and the type of family of the students; and, 4. To carry out a therapeutic plan in order to strengthen family relationships and prevent the alcohol consumption in the students of the educative institution previously mentioned. For which a semi-structured survey about the family was used to know the type of family, and the AUDIT was used to determine the existence and frequency of alcohol consumption; to find the relation between both variables a cross-valuation table and the program Stat Calc were used, in which it was evidenced that there is no direct relation between the type of family and the alcohol consumption. It was concluded that: exists a higher number of students that belong to nuclear families, which is reflected with the 46,34%, followed by the single-parent family with a total of 28,05% and finally was situated the extended family with 25,61%. It was also evident alcohol consumption in all the three families; in the extended family, the 42,86% of students mentioned that they never consume alcohol, 52,38% consume once or twice a month and 4,76% consume twice to four times a month. In the single-parent family 43,48% of students never consume alcohol, 39,13% consume once or less times a month and 17,39% consume from twice to four times a month. The nuclear family the 39,47% never consume alcohol, 47,37% consume once or less times a month and 13,16% of students consume from twice to four times a month. Finally a psychotherapeutic plan was designed, aimed at strengthening family relations and prevent the alcohol consumption in teenagers based

paradigm of integration in psychotherapy. **Key Words:** nuclear, extended and single-parent families; alcohol consumption.



## 1. INTRODUCCIÓN

La familia es una institución social en la cual a través de las interacciones, se facilita el desarrollo de habilidades, valores, actitudes y comportamientos que, en un ámbito de cariño, apoyo, reconocimiento y compromiso permite la integración de los individuos a la sociedad y para su funcionamiento, a su vez, la familia debe satisfacer las siguientes actividades: lo predecible de la vida de sus miembros; la coordinación de las actividades familiares; la creación de niveles de exigencia; la presencia de un clima de comunicación y apoyo recíproco (Robles, 2004).

Hablar de familia en la actualidad es hablar de diversidad, sin embargo la familia es una institución clave para un desarrollo saludable en los hijos, cuando este sistema falla puede constituir un factor de riesgo en éstos, especialmente cuando están atravesando por la etapa adolescente ya que un estudio realizado por (Hoffman y Johnson, 1998) demostró que los que provienen de familias monoparentales y reestructuradas tienen mayores probabilidades de consumir drogas.

Existen diversos factores de riesgo que aumentan la probabilidad de que los adolescentes consuman alcohol y/o drogas, una de las principales es la disfunción familiar. Autores como (Quiroz, y otros, 2007) identificaron que las familias de los adolescentes con problemas de conducta externalizadas, se caracterizan por experimentar mayor hostilidad y rechazo parental, menor comunicación intrafamiliar, menor apoyo hacia los hijos y mayor presencia de disciplina negativa severa en comparación con los chicos sin problemas conductuales.

Datos citados por UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) de acuerdo a un estudio realizado por Medina-Mora, Galvan, y Tapia (2001) mencionan como el índice de consumo de drogas era menor en los niños, niñas y adolescentes cuando su familia se encontraba intacta (mantenían la convivencia con ambos padres) y que se incrementaba cuando se trataba de familias monoparentales, cuando la familia había sido reconstruida, cuando el

menor había formado su familia en la calle, y, alcanzaba su máxima expresión cuando los menores no vivían en familia.

Por ello, motivada por analizar los problemas concernientes con el tipo de familia se consideró oportuno investigar el tema: TIPOS DE FAMILIA (NUCLEAR, EXTENDIDA, MONOPARENTAL) Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ESTUDIANTES DE 16-17 AÑOS, DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL “DANIEL ÁLVAREZ BURNÉO”

La investigación, se encuentra dentro de las líneas de la carrera y el tema elegido es sumamente importante. Para orientar el proceso de trabajo investigativo se han planteado los siguientes objetivos, como general: Determinar los tipos de familia nuclear, extendida y monoparental y su relación con el consumo de alcohol en los estudiantes de 16-17 años; y específicos: 1) Conocer los tipos de familia de los estudiantes, 2) Identificar la existencia y frecuencia de consumo de alcohol, 3) Determinar la relación entre el consumo de alcohol y los tipos de familia, 4) Realizar un plan terapéutico con la finalidad de fortalecer las relaciones familiares y prevenir el consumo de alcohol en los estudiantes de la Institución Educativa antes mencionada.

La información teórica se obtuvo de libros, artículos, internet, etc., así mismo, se realizó un estudio de tipo descriptivo, cualitativo, cuantitativo, porque se utilizó datos numéricos para la tabulación, también se realizó un estudio de tipo relacional y corte transversal ya que se hizo una relación entre los tipos de familia y el consumo de alcohol en los adolescentes y se realizó en un periodo de tiempo dado (marzo- junio 2016).

En la revisión de la literatura se abordó temáticas como: familia, tipos de familia, adolescencia, etapas de la adolescencia, definición de alcohol, clases de bebedores, factores relacionados con el consumo de alcohol en adolescentes, niveles de consumo de alcohol: uso,

abuso, dependencia, problemas derivados del abuso de alcohol en la adolescencia y prevención del consumo de alcohol.

El informe de la investigación cuenta con: resumen, introducción, revisión literaria, materiales, métodos, resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones y anexos.

## 2. REVISIÓN DE LITERATURA

### 2.1. Familia

#### 2.1.1. Definición

Louro Bernal, y otros (2002), en el Manual para la Intervención en Salud Familiar, presentan la siguiente definición de familia:

La familia es un componente de la estructura de la sociedad. Como tal se encuentra condicionada por el sistema económico y el periodo histórico-social y cultural en el cual se desarrolla, así mismo se inserta en la estructura de clase de la sociedad y refleja el grado de desarrollo socioeconómico y cultural de la misma; es un grupo que funciona en forma sistémica como subsistema abierto, en interconexión con la sociedad y los otros subsistemas que la componen; debe estar integrado a menos por dos personas, que conviven en una vivienda o parte de ella y comparten o no sus recursos y servicios; la familia incluye cualquier vínculo consanguíneo con independencia del grado de consanguinidad, y no limita el grado de parentesco, además, contempla hijos adoptados o de otros vínculos matrimoniales, sin embargo si no existen vínculos afectivos o de parentesco, se considera familia a aquellos convivientes con relaciones de afinidad que reproduzcan el vínculo afectivo natural entre familiares consanguíneos y parientes. (p.11)

Sin embargo Morán (2004), considera a la familia como una institución de índole social, señalando que:

“La familia (...) es un sistema de normas que guía la interacción entre las personas que están vinculadas por la sangre, el matrimonio y por lazos amorosos; la familia como grupo se refiere a los parientes que viven bajo el mismo techo o lo bastante cerca para tener un trato frecuente que los defina como una unidad familiar única”. (p.20).

### **2.1.2. Tipos de familia**

A continuación, autores como Estrella y Suarez (2006 ) y Eguiluz (2007), describen los tipos de familia más comunes en la actualidad, debiéndose notar que se usa el término padre en su acepción plural para referir al padre o a la madre:

#### **a) Familia Nuclear.**

“Familia con dos adultos cónyuges que ejercen el rol de padres y viven con sus respectivos hijos, sean estos biológicos, incluyendo a la fertilización in vitro o adoptivos” (Estrella y Suarez, 2006, p.p.42-43).

#### **b) Familia Extendida.**

Estrella y Suarez (2006 ) afirman que “se trata de una familia con más de dos generaciones conviviendo en el hogar, esto es, por lo menos existe un padre de otra persona que es padre a su vez (viven desde abuelos hasta nietos)”. (p.p.42-43).

En los estudios realizados por Eguiluz (2003) se ha mostrado que la familia extensa desempeña un papel como red social de apoyo familiar; la convivencia diaria con la familia de origen (abuelos) o parientes establece redes de alianza y apoyo principalmente para los padres que trabajan lejos por largo tiempo o para los hijos que inician una familia a corta edad; está comprobado que a menor nivel socioeconómico familiar, más se establecen redes de relación con familiares y parientes, esto hace que vivan muy cerca entre sí o bajo el mismo techo y que se influyan entre si las ideologías y los valores de cada uno de sus miembros en especial en la educación de los menores de edad que viven en ella, la presencia de otras figuras de cuidado diferentes de la madre o padre biológicos desarrolla en el menor una pluralidad de ideologías que puede confundirlo al intentar marcar límites y adoptar los roles familiares que tendrían que mantener.

#### **c) Familia monoparental.**

“Es aquella familia con un solo padre y su(s) hijo(s) pudiendo tratarse de un padre soltero, separado/divorciado o viudo” (Estrella y Suarez, 2006).

De acuerdo con (Guispert, 2003) las causas que llevan a ésta composición del hogar se deben a la separación o el divorcio del matrimonio, la viudez de uno de los cónyuges o el ser madre soltera; los problemas y dificultades que el progenitor único debe soportar son variados: problemas económicos, excesivo apego a los hijos porque estos se convierten en el apoyo emocional, baja disciplina y poco control del comportamiento de los hijos.

## **2.2. Adolescencia**

### **2.2.1. Definición**

Para Zuloaga y Franco (2014) hablar de adolescencia implica referirse a una época de cambios, por lo general bruscos y profundos; la adolescencia es el proceso de transformación del niño en adulto, cuyos cambios (físicos, psicológicos emocionales, sociales) se dan en tantos aspectos y con tal celeridad que nos provocan la sensación de que hay urgencia porque sucedan todos al mismo tiempo.

La Dirección Corporativa de Administración, Subdirección de Servicios de Salud, cita a la Organización Mundial de la Salud, definiendo a la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años; en cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo, cada individuo posee una personalidad y en esta etapa es cuando más la manifiesta generalmente, no solo de manera individual sino de forma grupal, para poder medir el grado de aceptación en los diferentes escenarios sociales e ir haciendo los ajustes o modificaciones necesarios para sentirse aceptado socialmente

### **2.2.2. Etapas de la Adolescencia**

#### **a) Adolescencia temprana o pubertad (de los 11- 13 años).**

Según Bernal, Rivas y Urpí (2012):

La pubertad se entiende como el inicio de los cambios biológicos que tienen lugar a principio de la adolescencia, estos cambios son más de tipo fisiológico que psicológico, por tanto se manifiestan más evidentemente el plano físico corporal que en el psíquico de la mente y de las conductas. (p.p.243-244).

Papalia, Wendkos Olds, y Duskin (2002) definen a la adolescencia temprana como la transición que se da después de la niñez, ofrece oportunidades de crecimiento (no solo en dimensiones físicas, sino también en competencias cognitivas y sociales, autonomía, autoestima e intimidad); sin embargo, este periodo también supone grandes riesgos ya que a algunos jóvenes se les dificulta manejar tantos cambios al mismo tiempo es posible que lleguen a necesitar ayuda para superar los peligros que hay durante este lapso.

#### **b) Adolescencia media (de los 14-17 años).**

Ya en esta etapa, el crecimiento y la maduración sexual prácticamente han finalizado adquiriendo alrededor del 95% de la talla adulta y siendo los cambios mucho más lentos, lo que permite restablecer la imagen corporal, la capacidad cognitiva va siendo capaz de utilizar el pensamiento abstracto, aunque este vuelve a ser completamente concreto durante períodos variables y sobre todo con el estrés, esta nueva capacidad les permite disfrutar con sus habilidades cognitivas empezándose a interesar por temas idealistas y gozando de la discusión de ideas por el mero placer de la discusión; son capaces de percibir las implicaciones futuras de sus actos y decisiones aunque su aplicación sea variable; tienen una sensación de omnipotencia e invulnerabilidad con el pensamiento mágico de que a ellos jamás les ocurrirá ningún percance; esta sensación facilita los comportamientos de riesgo que conllevan a la morbimortalidad (alcohol, tabaco, drogas, embarazo, etc.) de este período de la vida y que

puede determinar parte de las patologías posteriores en la época adulta (Casas Rivero y Ceñal Gonzalez, 2005).

Así mismo, la lucha por la emancipación y el adquirir el control de su vida está en plena efervescencia y el grupo adquiere una gran importancia, sirve para afirmar su autoimagen y definir el código de conducta para lograr la emancipación; es el grupo el que dicta la forma de vestir, de hablar y de comportarse, siendo las opiniones de los amigos mucho más importantes que las que puedan emitir los padres; estas últimas siguen siendo muy necesarias, aunque sólo sea para discutir las, sirven de referencia y dan estabilidad, los padres permanecen, el grupo cambia o desaparece; la importancia de pertenecer a un grupo es altísima, algunos adolescentes antes que permanecer "solitarios" se incluyen en grupos marginales, que pueden favorecer comportamientos de riesgo y comprometer la maduración normal de la persona, además las relaciones con el otro sexo son más plurales pero fundamentalmente por el afán narcisista de comprobar la propia capacidad de atraer al otro, aunque las fantasías románticas están en pleno auge (Casas Rivero y Ceñal Gonzalez, 2005).

**c) Adolescencia tardía (de los 17-21 años).**

Según Bernal, Rivas y Urpí (2012):

Las edades a las que se hace referencia (17-21 años) coinciden con la etapa en la que el adolescente se plantea seriamente que quiere hacer con su vida, que espera de ella, como quiere establecerse como individuo dentro de una sociedad; es decir se trata de un periodo de autoafirmación y autorrealización de gran trascendencia para la vida. Donde el crecimiento ha terminado y ya son físicamente maduros, el pensamiento abstracto está plenamente establecido aunque no necesariamente todo el mundo lo consigue, están orientados al futuro y son capaces de percibir y actuar según las implicaciones futuras de sus actos; es una fase estable que puede estar alterada por la "crisis de los 21", cuando teóricamente empiezan a enfrentarse a las exigencias reales del mundo adulto.



Se puede afirmar que al llegar a esta última fase de la adolescencia, la conciencia del Yo se ha ido ampliando hasta alcanzar no solo la relación del yo consigo mismo o con el otro como igual, sino también la relación con los demás como individuos diferentes y como grupo social amplio o comunidad con la que interactúa para poder desplegarse como persona (...) el final de la adolescencia se distingue por ser el momento vital en el que el joven empieza a tomar las riendas de su propia vida, a tomar decisiones importantes que conciernen únicamente a su persona, a su futuro, y por las que se hace responsable. (p.281).

## **2.3. Alcohol**

### **2.3.1. Definición**

El alcohol etílico o etanol, cuya fórmula química es:  $\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{OH}$  es el componente activo esencial de las bebidas alcohólicas, puede obtenerse a través de dos procesos de elaboración: la fermentación o descomposición de los azúcares contenidos en distintas frutas y la destilación, consistente en la depuración de las bebidas fermentada; medicinalmente, el alcohol etílico se clasifica como hipnótico (que produce sueño); siendo menos ofensivo que otros alcoholes (el metanol, por ejemplo tomarlo es muy venenoso: tomarlo, respirarlo por periodos prolongados o dejarlo por mucho tiempo en contacto con la piel, puede causar daños graves a los seres humanos. (Cadena Agroindustrial, 2004).

De acuerdo a Papalia, Feldman, y Martorell (2012), el alcohol es una potente droga psicotrópica con efectos importantes en el bienestar físico, emocional y social y su consumo constituye un problema grave en muchos países.

Esta sustancia tiene importantes efectos farmacológicos que dependen de la concentración de alcohol en sangre, tipo de consumo (agudo o crónico), y de características de la persona, la duración de un episodio de intoxicación depende de factores como la cantidad y el tipo de bebida alcohólica ingerida, la rapidez de la ingesta, y de la absorción dependiendo si la ingesta se realizó o no con comida, cuando la intoxicación se hace progresivamente más intensa pasa

por tres fases: excitación psicomotriz, incoordinación con depresión cerebral y coma; además puede asociarse a amnesia para los acontecimientos ocurridos durante la intoxicación, con el desarrollo de tolerancia, los efectos motores, sedantes y ansiolíticos del alcohol disminuyen de intensidad (Sociedad Española de Toxicomanías, 2006).

### **2.3.2. Clases de bebedores**

Según el Grupo Cultural S.A (2004) se presenta la siguiente clasificación.

#### **a) Abstemios.**

Se considera que una persona abstemia es aquella que nunca ha bebido alcohol de forma habitual.

#### **b) Bebedor moderado.**

Aquella persona que consume alcohol de manera habitual pero en cantidades situadas debajo del límite de riesgo.

#### **c) Bebedor de riesgo.**

Aquellas personas cuyo consumo semana de alcohol sobrepasa el límite de riesgo admitido (280 gramos /semana en los hombres y 168 gramos/ semana en las mujeres no gestantes).

#### **d) Bebedor problemático.**

Aquellas personas que a causa de su consumo de alcohol presentan algún problema físico, psíquico, familiar, social, legal o económico. Incluye a todos los individuos que presentan síndrome de abstinencia al no consumir.

Este grupo de autores y editores explica que el consumo de bebidas alcohólicas es actualmente uno de los principales factores relacionados con el estado de salud de las poblaciones; el consumo excesivo de alcohol se asocia a un incremento de la mortalidad (...) el alcohol es la principal droga de uso y abuso en muchos estados, por lo que es conveniente valorar las repercusiones sociales y sanitarias de su consumo, además, forma parte de los objetivos de Plan Estratégico de Salud (2004), y éste tiene en su formulación un compromiso expreso para disminuir su consumo e impulsar su estudio y seguimiento epidemiológico (Grupo Cultural S.A, 2004).

### 2.3.3. Factores relacionados con el consumo de alcohol en adolescentes

#### a) Factores individuales.

Entre los principales factores relacionados con el consumo de alcohol de acuerdo con Torres y Forns (2004) se encuentran:

- Desinformación y prejuicios: la falta de conocimiento o la información errónea sobre la naturaleza del Alcohol.
- La edad constituye un factor de riesgo, ya que hay diversas etapas evolutivas del ser humano (adolescencia, jubilación...), que resulta más favorables al consumo de alcohol, por las características propias de las mismas.
- Curiosidad por experimentar: la elevada búsqueda de sensaciones de las personas se caracterizan por querer experimentar emociones nuevas, en muchas ocasiones sin reparar en el daño o riesgo que la situación pueda implicar, los expertos han denominado a esta elevada búsqueda de sensaciones como «conductas de riesgo».
- Los problemas personales constituyen factores de riesgo en algunos grupos de edad, como en la adolescencia, porque el adolescente puede intentar compensarlos o aliviarlos recurriendo al alcohol.
- El consumo de alcohol se relaciona estrechamente con la pobre autoestima: el autoestima es la forma en que la persona se valora a sí misma, con sus defectos y virtudes, y tiene gran influencia en el consumo de alcohol, según avanza el proceso adictivo, la autoestima es una de las características personales que antes se deteriora y que más atención requiere durante el tratamiento de las dependencias.
- Baja asertividad: si una persona no es capaz de mantener sus opiniones, ideales y de actuar bajo su criterio, es probable que tenga dificultades a la hora de enfrentarse a los demás o al ambiente cuando cualquiera de los elementos anteriores requiera o incite al consumo de alcohol.

- Búsqueda de placer: el consumo de alcohol ha estado siempre vinculado al deseo de desconectar de las exigencias más agobiantes de la realidad, en un intento de disfrutar al máximo del tiempo de ocio, cuando durante la infancia y la adolescencia no se aprenden otras formas de diversión, el alcohol pueden ocupar un lugar estelar para el adulto, viéndose encerrado en el círculo del consumo.

- Lugar de control externo: hay personas que sitúan la causa de los acontecimientos de la vida cotidiana en factores exteriores a él (como la sociedad, la suerte, la familia, etc.); las personas que tienden a pensar que los problemas que surgen en determinadas ocasiones, no siempre, no se deben a sus propias características, sino a factores exteriores, tratan de solucionarlos con recursos externos, como es el consumo de alcohol.

- Falta de conformidad con las normas sociales: algunos individuos que tienden a «transgredir» las normas socialmente establecidas se ven impulsados a conseguir cualquier tipo de sustancia para así, incumplir la norma.

- Escasa tolerancia a la frustración: algunas personas son incapaces de tolerar la frustración y pretenden que todo aquello que desean sea satisfecho, en determinadas ocasiones, cuando esto no sucede, el consumo de alcohol puede parecerles un medio rápido para obtener un placer inmediato, que es difícil de conseguir por otros medios.

- Elevada necesidad de aprobación social: aquellas personas que requieren aprobación con su grupo de iguales y la necesitan para seguir funcionando en su vida diaria, les lleva a una brutal dependencia del grupo y ajustar su conducta a las opiniones y pensamientos de los demás; una persona que no sepa mantener la postura independiente al grupo (siendo el grupo consumidor) y se deje influir por el ambiente, tiene mayor posibilidad de incorporarse al consumo.

- Dificultad para el manejo del estrés: ante la sensación de ansiedad que proviene del ambiente, algunas personas que no manejan el estrés pueden intentar regularla mediante el

consumo de alcohol, llevando al individuo en ocasiones, a experimentar sensaciones de relajación.

- Insatisfacción con el empleo del tiempo libre: el «gozar» de un ocio no estructurado, basado en la asociación de este al descontrol resulta un grave riesgo para el adolescente, si se emplea todo el tiempo libre en actividades que facilitan el consumo de alcohol (como estar siempre en bares) o de forma poco satisfactoria para el individuo (ratos aburridos o sin hacer nada), esto puede aumentar la probabilidad de consumo de alcohol.

- Bajo aprovechamiento escolar: esta característica se basa en que el desarrollo individual y social no es el mismo (autoestima baja y rechazo del entorno por no tener determinada formación), sin olvidar que el poseer menor nivel de conocimiento puede facilitar la dificultad en la comprensión de la información y formación de cara a los efectos que provoca el alcohol.

- Diferencias genéticas: algunos estudios consideran que existe una predisposición genética para convertirse en adicto al alcohol; los hijos varones de padres con antecedentes de dependencia al alcohol tienen más riesgo de desarrollar dependencia al alcohol, las hijas de madres alcohólicas tienen un riesgo tres veces mayor.

- Situaciones de alto riesgo personal: describimos estas situaciones como aquellas en las que el individuo se enfrente simultáneamente a varios factores potenciadores del riesgo de consumo, por ejemplo: malos tratos, abusos, abandonos, minusvalías físicas o psíquicas.

#### **b) Factores familiares**

Según Saucedo (2003) desde el punto de vista del sistema familiar, la condición de salud y estabilidad que el núcleo familiar debería proveer entre sus miembros debe ser recíproco, moldeadas, con movimiento circular más que lineal como tal.

Las influencias familiares son importantes al momento de determinar las expectativas y las normas respecto del consumo de alcohol; esto nos dice Saucedo (2003) en su libro *la Familia su dinámica y tratamiento*:

- El consumo de alcohol en la familia es un factor de riesgo elevado pues el adolescente aprende por lo que ve y asimila entonces cuando el crezca hará lo mismo, el comportamiento de los padres actúa como modelo para los hijos.
- La conducta de consumo de alcohol entre los miembros de la familia, generalmente sirve como modelo para los hijos adolescentes.
- El consumo de alcohol por parte de los padres puede predecir la conducta de consumo que tendrán los hijos en su adultez.
- La conducta de consumo de los hermanos, especialmente los hermanos mayores y del mismo sexo, ejerce una fuerte influencia sobre los patrones de consumo de los adolescentes, hasta quizá una influencia mayor que la que ejercen los padres.
- Para los niños de padres dependientes del alcohol, la predisposición genética influye de manera más significativa sobre el desarrollo de problemas que la conducta de consumo por parte de los padres.
- La disfunción Familiar.
- La estructura familiar (tal como la presencia y la participación de los padres) durante la niñez o la adolescencia afecta el consumo de alcohol por parte de los jóvenes esto quiere decir que estas influencias se mantienen en la adultez.
- La estabilidad en las relaciones de pareja ha sido relacionada en forma positiva con el consumo de alcohol moderado, mientras que las alteraciones en las relaciones se relacionan más probablemente con patrones de consumo nocivo.
- Las personas con lazos familiares más fuertes son menos propensas a ser influenciadas por amigos y están mejor capacitadas para evitar el consumo riesgoso de alcohol.

- La mayor participación en las actividades familiares, en vez de en actividades con amigos, también es un factor de protección.

- Ambientes familiares caóticos o con abuso de alcohol o drogas en los padres.
- Falta de vínculo afectivo entre hijos y padres.

**c) Factores sociales o culturales.**

El alcohol está presente en la sociedad desde la antigüedad; el consumo de alcohol varía mucho de unas culturas a otras, pero en todas ellas se puede observar que su consumo depende de unas variables, entre ellas destaca el status, la edad, el género del individuo y la estructura social; y la influencia que tiene el alcohol en la sociabilización de muchos individuos, tanto para integrarse dentro de un grupo determinado, como para excluirse, se halla plasmada (Boscolo, 1998):

- Para sentirse bien y pasar aparentemente entretenido con amigos.
- Para descansar y olvidar el estrés acompañado de amigos que compartan las mismas creencias o ideales. - Para escapar de la rutina y sus problemas diarios.

- Porque les gusta el sabor de las bebidas alcohólicas.
- Para estar más a gusto en fiestas.
- Para ser parte del grupo y que no le marginen por no beber.
- Por ser aceptado en un grupo social.
- Condición socioeconómica baja.
- Para los adolescentes el alcohol es una creencia errónea, acompañado de una falta de información como una quitapenas que permitirían esquivar los límites que la realidad impone y acceder a un mundo que ofrecería mejores condiciones y sensaciones.

- La búsqueda de efectos agradables.
- El encontrarse a gusto, búsqueda de una mayor capacidad de relación.
- Elementos de presión social, el bombardeo de la publicidad y la oferta, etc.

#### **2.3.4. Niveles de consumo de alcohol: uso, abuso y dependencia**

De acuerdo con Lorenzo Fernandez, Ladero Quezada, Leza Cerro, y Lizasoain Hernandez (2009), la delimitación de los conceptos de uso, abuso y dependencia ha sido una tarea ardua que todavía no se ha dado por concluida, particularmente, el concepto de abuso es muy controvertido, sin embargo desde una perspectiva cultural, no cabe duda de que distintas sociedades tienen un criterio propio sobre esta materia, por ejemplo, en la cultura musulmana, la ingesta de alcohol es una conducta rechazable, por lo que cualquier consumo se considera abuso; mientras que fumar hachís se acepta, por ello analizar el consumo de alcohol desde una perspectiva neutral y científica resulta difícil.

Lorenzo Fernandez, Ladero Quezada, Leza Cerro, y Lizasoain Hernandez (2009) cita a la Organización Mundial de la Salud (1950), está haciendo esfuerzos en este sentido, y otras asociaciones médicas también se han unido al mismo, por ello, a continuación se describe estos conceptos en el consenso actual.

El uso de una sustancia no tiene ninguna significación clínica ni social; es decir, el término uso indica, sencillamente, consumo, utilización, gasto de una sustancia sin que se produzcan efectos médicos, sociales, familiares, etc.; en ausencia de otras especificaciones debe entenderse un consumo aislado, ocasional, episódico, sin tolerancia o dependencia. (Lorenzo Fernandez, Ladero Quezada, Leza Cerro, y Lizasoain Hernandez, 2009)

El hábito en cambio, es la costumbre de consumir una sustancia por habernos adaptado a sus efectos; hay por tanto, un deseo del producto; pero nunca se evidencia de manera imperiosa, no existe una tendencia a aumentar la dosis ni se padecen trastornos físicos o psicológicos importantes cuando la sustancia no se consigue. La búsqueda de la sustancia es limitada y nunca significa una alteración conductual. (Lorenzo Fernandez, Ladero Quezada, Leza Cerro, y Lizasoain Hernandez, 2009).



Papalia , Wendkos Olds, y Duskin (2002), mencionan a la Asociación Psiquiátrica Americana al referir al abuso de sustancias como el consumo dañino de alcohol u otras drogas, se trata de un comportamiento adaptativo deficiente, que dura más de un mes, en el cual la persona sigue consumiendo una sustancia a sabiendas de que la perjudica, o la ingiere de manera reiterada en una situación peligrosa, como e conducir en estado de intoxicación.

Lorenzo Fernandez, Ladero Quezada, Leza Cerro, y Lizasoain Hernandez (2009), menciona al Real Colegio de Psiquiatras Británico, el cual define al abuso como: “cualquier consumo de droga que dañe o amenace dañar la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general”. (p.p.3-4).

Tratándose de un uso inadecuado por su cuantía, frecuencia o finalidad. Este mismo autor también cita a la Organización Mundial de la Salud, la cual encierra cuatro criterios diferentes; en los tres primeros, la relación entre uso y abuso se establece, principalmente, por un diferencial cuantitativo, mientras que en el cuarto, y último, el diferencial es de tipo cualitativo:

a) Uso no aprobado: cuando el consumo está legalmente sancionado, por ejemplo, son los casos de consumos cuando se está trabajando con maquinaria de precisión, se conduce un vehículo, se portan armas, se participa en una competición deportiva (doping), etc.

b) Uso peligroso: indica el consumo de una sustancia cuando se está en situación de riesgo orgánico (consumo de alcohol por un enfermo hepático) o el momento es inoportuno (consumo de alcohol antes de consumir un vehículo).

c) Uso dañino: se refiere al consumo de sustancias por personas en situaciones vitales que conllevan una disminución importante o total de la tolerancia a las mismas, por ejemplo en ancianos, niños, mujeres embarazadas, mujeres en periodo de lactancia, etc.

d) Uso que provoca una disfunción: describe un patrón desadaptativo de consumo, ya sea por la prioridad que toma la administración de la sustancia y/o por los excesos

cuantitativos puntuales que se realizan, todo lo cual significa una alteración del funcionamiento personal: psicológico y social.

De acuerdo al Grupo Cultural, S.A.(2004), cuando una droga se consume repetidamente, puede desarrollarse una necesidad ineludible de seguir tomándola, este proceso se conoce como dependencia, y puede ser de naturaleza psicológica y /o física; la más frecuente es la dependencia psicológica y ocurre cuando una persona experimenta un deseo imperioso de obtener las sensaciones que le proporciona la droga, tales como exaltación, euforia, estimulación, sedación, hipnosis, alucinaciones o percepción alterada- al punto de preferir el estado modificado de conciencia a la normalidad; la dependencia física es el enganche físico que aparece cuando el organismo, habiendo sufrido cambios fisiológicos a causa de la droga, tiene necesidad de su acción para continuar funcionando.

### **2.3.5. Problemas derivados del abuso de alcohol en la adolescencia**

Según Escobar (1992), el consumo de alcohol durante la adolescencia tiene muchos riesgos, algunos de ellos son directos, porque la ingesta de bebidas alcohólicas es peligrosa para la salud; otros de los riesgos en el caso de los adolescentes son indirectos y están ligados a los comportamientos derivados del consumo de alcohol.

En la actualidad asistimos a una creciente demanda de información sobre los patrones de consumo de alcohol en nuestra sociedad, por la problemática social y personal que plantea. Dentro de estos patrones adquieren una mayor importancia los asociados a las pautas de consumo de la adolescencia y juventud, que va aumentando, tanto en número de bebidas adquiridas, como en el de su graduación alcohólica, además la accesibilidad de los jóvenes a las bebidas alcohólicas es cada vez mayor, a pesar de las prohibiciones impuestas de su venta a menores; esto nos habla una revista en Colombia dedicada a jóvenes “vivir sano” (Escobar, 1992).

De acuerdo al autor los adolescentes que abusan del alcohol son cuatro veces más vulnerables a la depresión severa que aquellos que no tienen un problema de alcohol, el consumo de alcohol entre adolescentes ha sido asociado con muertes por suicidio y accidentes de tránsito, adicionalmente al ser un depresor del sistema nervioso central, afecta funciones cognoscitivas (percepción y juicio), motoras (equilibrio y reflejos), y emocionales (sensatez y madurez). El alcohol afecta la absorción de nutrientes en el intestino delgado, siendo esto contraproducente para el período de crecimiento en el que se encuentran los adolescentes, además incrementa la vulnerabilidad de los jóvenes, frente al consumo de otras sustancias adictivas; existe una correlación importante entre el consumo de alcohol y la violencia, como efecto de la embriaguez no se piensa en las consecuencias de los actos o estas dejan de importar y el bloqueo de las funciones frontales del cerebro incrementa la agresividad y pueden involucrarse en riñas callejeras, en pandillas y en actividades delictivas (Escobar, 1992).

Según Escobar (1992) el inicio de consumo de alcohol en la adolescencia incrementa la probabilidad de padecer trastornos de personalidades incrementa al doble el riesgo de ser alcohólico antes de los veinticuatro años; así mismo puede llevar a adoptar conductas de alto riesgo, como conducir tras haber bebido, primera causa de mortalidad en este grupo de edad, provoca alteraciones en los procesos de memoria y aprendizaje, con cambios cerebrales, tanto a nivel funcional como estructural, y con diferencias del daño observadas en jóvenes, producidas por los diferentes patrones de consumo. El cerebro del adolescente pudiera ser más sensible a los efectos dañinos del alcohol que el de los adultos, pero es incuestionable que la exposición temprana al alcohol es un claro predictor de una posible dependencia al alcohol en la edad adulta.

Sin embargo según Espada, Mendez, Griffin, y Botvin (2003), es complejo determinar cuándo el consumo adolescente de alcohol resulta problemático, ya que la aparición de secuelas físicas requiere que se haya estado abusando de esta sustancia cierto tiempo (...) no obstante

considera que las principales consecuencias negativas que pueden padecer los adolescentes son:

- Intoxicación etílica aguda o embriaguez. A mayor cantidad de alcohol ingerido, mayor descoordinación motora, agresividad y episodios de pérdida de conocimiento, la intoxicación etílica grave puede desembocar en coma, llegando incluso a provocar la muerte.
- Problemas escolares. El consumo de alcohol repercute directamente en el rendimiento escolar.
- Sexo no planificado
- Accidentes de tráfico: el riesgo de padecer un accidente aumenta por la pérdida de reflejos, la desinhibición, la sensación de control, la euforia y los déficits perceptivos ocasionados por el alcohol.
- Alcohol y consumo de otras drogas: Espada, Mendez, Griffin, y Botvin (2003) en su investigación denominado “Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas” cita a Arévalo et al. (1997) y Comas (1990), quienes consideran al alcohol como una “puerta de entrada” al consumo de otras sustancias, generalmente el consumo de drogas ilegales está precedido por el de sustancias legales, siendo una cadena habitual: alcohol → tabaco → cánnabis → otras drogas ilegales. La magnitud del consumo de alcohol es una variable estrechamente relacionada con el uso de drogas ilegales, de modo que el consumo precoz de bebidas alcohólicas aumenta la probabilidad de usar más sustancias (Secades R, 1996).

### **2.3.6. Prevención del consumo de alcohol**

Según Becoña (1999), un programa preventivo es un conjunto de actuaciones que tienen como objetivo impedir o retrasar| la aparición de conductas de consumo y abuso de las distintas drogas.

La Comisión Nacional para el desarrollo y vida sin drogas DEVIDA (2014) denomina a la prevención como el conjunto de medidas que se adoptan con anticipación antes de que ocurra

una determinada situación o para minimizar sus efectos negativos, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas es evitar o reducir los diversos factores que influyen para que un sujeto llegue a consumir drogas, así como las consecuencias que se derivan de este. La prevención se realiza mediante un conjunto de actividades integradas de un programa, encaminadas a limitar o anular los diferentes factores que favorecen el consumo de drogas, desarrollando factores de protección, seguridad y resistencia en los individuos y la comunidad.

Sin embargo Caplan (1980) distingue tres tipos de prevención:

- a. La prevención primaria, que tiene lugar antes de la aparición del problema; los destinatarios son los adolescentes no consumidores habituales de sustancias psicoactivas
- b. La prevención secundaria que se dirige a colectivos de alto riesgo de consumo o que lo han iniciado de forma reciente
- c. La prevención terciaria que trata de reducir los perjuicios del consumo, y equivale al tratamiento o rehabilitación de la persona consumidora.

**a) Reglas para la prevención de conductas de riesgo en la adolescencia dirigidas a los padres.**

Para el Grupo Previnfad/PAPPS Infancia y adolescencia (2012), existen algunas reglas de prevención de las conductas de riesgo en los hijos adolescentes, entre las que se encuentran:

- Dialogar con los hijos aprovechando los momentos en que estos estén predispuestos.
- Tener ocios y aficiones comunes.
- Tener un proyecto y unos objetivos educativos individuales para cada hijo.
- Transmitir valores.
- Transmitir las tradiciones y valores propios de la cultura de los padres.
- Promover la sobriedad en el uso del dinero.
- Ofrecer un modelo adecuado mediante las propias conductas de los padres.

- Conocer a sus amigos ofreciendo en la medida de lo posible la propia casa para que se reúnan allí.
- Mantener unos límites razonables pero firmes en los horarios de salida.
- Reforzar positivamente las conductas que lo merezcan y reprobar las que no lo merezcan, pero siempre señalando los hechos concretos y sin descalificaciones personales.
- Promover la autonomía y la responsabilidad de una forma prudente y progresiva.
- Dedicar tiempo de calidad y específico para cada hijo.

### 3. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo de investigación fue de tipo descriptivo, cuantitativo, cualitativo, relacional y de corte transversal, porque utilizó datos numéricos para la respectiva tabulación y describió la relación de los tipos de familias nuclear, extendida y monoparental con el consumo de alcohol, y se realizó en un período de tiempo dado.

#### 3.1. Población

**3.1.1. Universo.** Para la presente investigación se ha tomado en cuenta a los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Daniel Álvarez Burnéo”, el cual lo constituyen 3030 estudiantes.

**3.1.2. Muestra.** Se realizó un tipo de estudio no probabilístico ya que se sesgó la muestra de 910 estudiantes que pertenecieron a primero y segundo de bachillerato ya que por motivos de la directiva de la Institución no se permitió aplicar a todos los paralelos, por consiguiente tomando en cuenta lo antes mencionado y el criterio de la investigadora, el estudio se realizó en estudiantes de 16 y 17 años de seis paralelos ( 1ro B, E, F; y 2do H, I, K) asignados por los inspectores de la Institución Educativa con un total de 82 estudiantes representando el 9,01% de la muestra.

#### 3.2. Criterios De Inclusión

-Estudiantes que estuvieron presentes al momento de la entrega del consentimiento informado

-Estudiantes que fueron autorizados por sus padres o representantes legales para ser evaluados

#### 3.3. Criterios De Exclusión

- Estudiantes fuera del rango de edad.
- Encuestas mal llenadas o incompletas.

### **3.4. Procedimientos.**

- Se platicó con el rector del colegio acerca de la problemática existente.
- Solicitud de autorización al rector de la Unidad Educativa Fiscomisional “Daniel Álvarez Burnéo” para la aplicación de instrumentos psicológicos a los estudiantes
- Entrega de consentimiento informado a los estudiantes
- Recepción de los consentimientos informados previamente firmados por sus padres o representantes legales y aplicación de instrumentos psicológicos
- Con la respectiva autorización se aplicó el instrumento psicológico (test AUDIT) y la encuesta semiestructurada sobre la familia

### **3.5. Técnicas e Instrumentos**

Para la presente investigación se utilizó las presentes técnicas e instrumentos:

- Encuesta semiestructurada sobre la familia (Anexo 1), la cual fue elaborada por la investigadora y constó de 14 preguntas abiertas y cerradas, tuvo como objetivo conocer el tipo de familia al que pertenecen los estudiantes que forman parte de la investigación, evaluando la relación que mantienen con sus padres entre otros aspectos, así mismo se realizó el familiograma, el cual es un instrumento que permite valorar la dinámica, la composición, la estructura, el tipo de familia, y las relaciones, todo esto se realizó con la finalidad de que tenga mayor validez y fiabilidad.

Sin embargo, se tomó como referencia la primera pregunta de la encuesta ya que en la misma está inmersa la información necesaria para el cumplimiento del primer objetivo que es determinar el tipo de familia.

- Test AUDIT (Anexo 2), desarrollado como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. Constituido por 10 preguntas, cada interrogante tiene de tres a cinco posibles respuestas, cada respuesta tiene un



valor numérico que va de cero hasta dos o cuatro puntos. La sumatoria de cada respuesta da un puntaje total con un máximo posible de 40 puntos.

Los resultados que se pueden obtener son los siguientes:

- 0: no consume
- 1 a 7: indica un consumo de alcohol sin riesgos apreciables
- 8 a 15: indica un consumo de riesgo. Es el rango en el que resulta particularmente indicada una intervención preventiva
- 16 a 19: indica “Beber Problema” o consumo perjudicial, corresponde indicar intervención preventiva o terapéutica
- 20 o más: orienta fuertemente hacia un beber problema con mayor grado de compromiso, severidad o la presencia de dependencia, se indica intervención terapéutica o referencia a tratamiento en nivel de especialidad

Este reactivo fue adaptado bajo la orientación de la directora de tesis con la finalidad de determinar la existencia y frecuencia del consumo de alcohol. Se tomó en cuenta únicamente la primera pregunta para establecer la frecuencia de consumo de alcohol y la sumatoria total del mismo sirvió para establecer la existencia de consumo de alcohol en los estudiantes, así, un puntaje de 0 significa que no existe consumo de alcohol y puntajes de 1 o más significa presencia de consumo de alcohol.

- Tabla de valores cruzados

Para el tercer objetivo se realizó la tabla de valores cruzados la cual sirve para medir la relación entre dos variables. Se utilizó el programa estadístico Stat Calc, el mismo que nos permitió determinar la relación o asociación entre elementos de 2 o más variables. Para lo cual se realizó el siguiente procedimiento, primeramente se calculó, el *Odds ratio* (OR) que constituye otra forma de cuantificar la asociación entre dos variables dicotómicas, seguidamente se obtuvo el *Intervalo de confianza* (IC) el cual se lo denomina a un par o varios

pares de números entre los cuales se estima que estará cierto valor desconocido con una determinada probabilidad de acierto, así, estos números determinan un intervalo, que se calcula a partir de datos de una muestra, y el valor desconocido es un parámetro poblacional. Finalmente se obtuvo el *Valor (P)*, el cual se define como la probabilidad de obtener un resultado al menos tan extremo como el que realmente se ha obtenido (valor del estadístico calculado), suponiendo que la hipótesis nula es cierta, en términos de probabilidad condicional. Estos cálculos los realizó automáticamente el programa Stat Calc.

## 4. RESULTADOS

### PRIMER OBJETIVO

#### Conocer los tipos de familia de los estudiantes de 16-17 años de la Unidad Educativa Fiscomisional “Daniel Álvarez Burnéo”.

Tabla Nro. 1

*Tipos de familia de los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Daniel Álvarez Burnéo”*

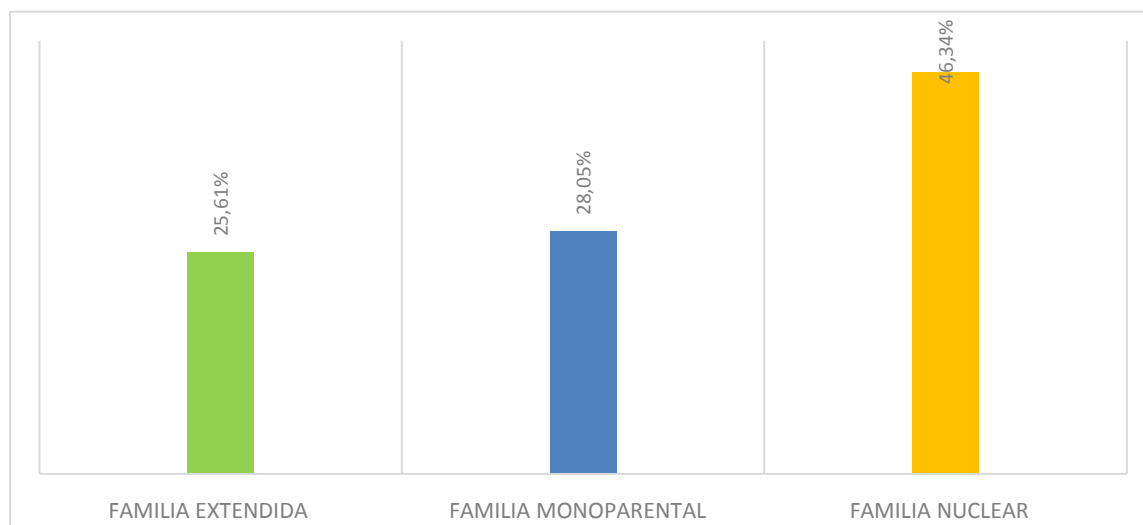
| Tipos de familia     |            |            |
|----------------------|------------|------------|
|                      | Frecuencia | Porcentaje |
| Familia Extendida    | 21         | 25,61%     |
| Familia Monoparental | 23         | 28,05%     |
| Familia nuclear      | 38         | 46,34%     |
| Total                | 82         | 100%       |

**Fuente:** Encuesta semiestructurada sobre la familia

**Elaborado por:** La Autora

Gráfico Nro. 1

*Tipos de familia de los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Daniel Álvarez Burnéo”*



**Fuente:** Encuesta semiestructurada sobre la familia

**Elaborado por:** La Autora

**Interpretación:** en la figura 1 se puede observar que existe un mayor número de estudiantes que conforman la familia nuclear, representado por el 46,34% (38 personas), seguida de la familia monoparental que lo constituye el 28,05% (23 personas). Finalmente a la familia extendida pertenecen el 25,61% (21 personas) de los estudiantes encuestados.

Tabla Nro. 2

*Tipos de familia de los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Daniel Álvarez Burnéo” por rango de edad*

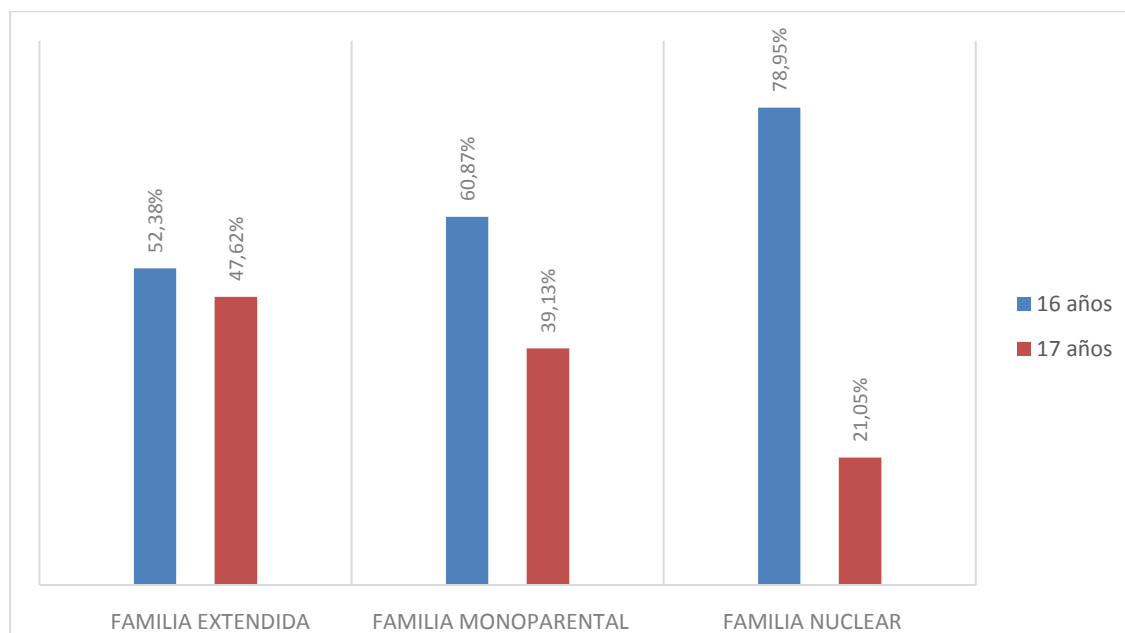
| Tipos de familia por rango de edad |                   |        |                      |        |                 |        |
|------------------------------------|-------------------|--------|----------------------|--------|-----------------|--------|
|                                    | Familia extendida | %      | Familia monoparental | %      | Familia nuclear | %      |
| 16 años                            | 11                | 52,38% | 14                   | 60,87% | 30              | 78,95% |
| 17 años                            | 10                | 47,62% | 9                    | 39,13% | 8               | 21,05% |
| Total                              | 21                | 100%   | 23                   | 100%   | 38              | 100%   |

**Fuente:** Encuesta semiestructurada sobre la familia

**Elaborado por:** La Autora

Grafico Nro. 2

*Tipos de familia de los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Daniel Álvarez Burnéo” por rango de edad*



**Fuente:** Encuesta semiestructurada sobre la familia

**Elaborado por:** La Autora

**Interpretación:** en la figura 2 se puede observar un predominio de estudiantes de 16 años, siendo así que, existen 52,38% (11 de estudiantes de 16 años) y 47,62% (10 de 17 años) que pertenecen a la familia extendida; en relación a la familia monoparental, el 60,87% (14 de estudiantes tienen 16 años) y 39,13% (9 tienen 17 años); en cuanto a la familia nuclear, el 78,95% (30 son de 16 años) y el 21,05% (8 son de 17 años).

## SEGUNDO OBJETIVO

**Identificar la existencia y frecuencia de consumo de alcohol en los estudiantes de 16-17 años de la Unidad Educativa Fiscomisional “Daniel Álvarez Burnéo”.**

Tabla Nro. 3

*Existencia de consumo de alcohol de los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Daniel Álvarez Burnéo”*

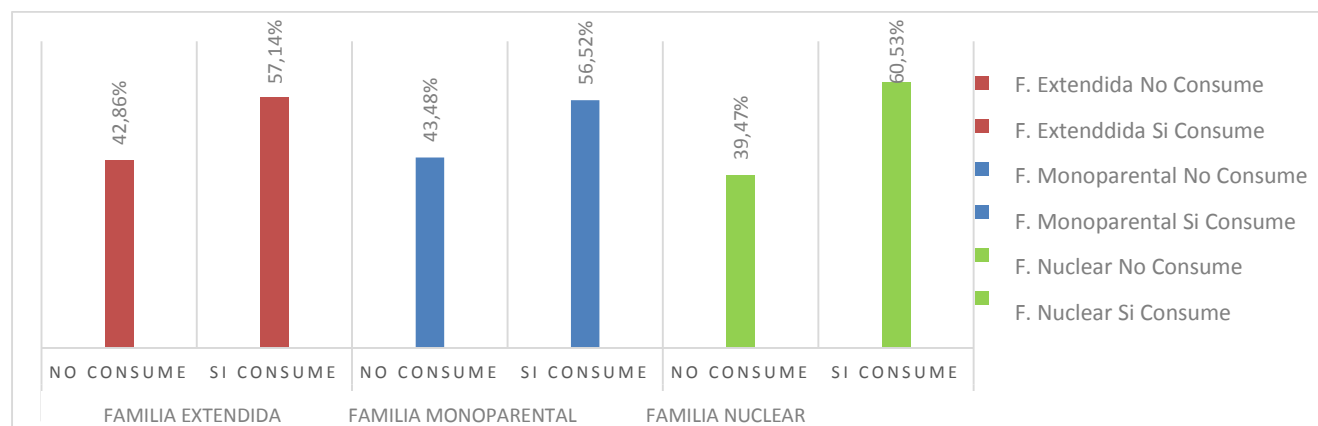
|             | Existencia de consumo de alcohol |         |                      |         |                 |         |
|-------------|----------------------------------|---------|----------------------|---------|-----------------|---------|
|             | Familia extendida                | %       | Familia monoparental | %       | Familia nuclear | %       |
| No consumen | 9                                | 42,86%  | 10                   | 43,48%  | 15              | 39,47%  |
| Si consumen | 12                               | 57,14%  | 13                   | 56,52%  | 23              | 60,53%  |
| Total       | 21                               | 100.00% | 23                   | 100.00% | 38              | 100.00% |

**Fuente:** Test AUDIT

**Elaborado por:** La Autora

Grafico Nro. 3

*Existencia de consumo de alcohol de los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Daniel Álvarez Burnéo”*



**Fuente:** Test AUDIT

**Elaborado por:** La Autora

**Interpretación:** en la figura 3 se puede observar que existe consumo de alcohol en las tres familias estudiadas. Concerniente a la familia extendida, el 42,86% (9 de estudiantes no consumen alcohol), mientras que el 57,14% (12) si lo hace; en la familia monoparental el 43,48% (10 de estudiantes no consumen alcohol), sin embargo el 56,52% (13 si ingieren); en cuanto a la familia nuclear están el 39,47% (15 de estudiantes que no consumen alcohol) frente al 60,53% (23 que si consumen).

Tabla Nro. 4

*Existencia de consumo de alcohol en los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional "Daniel Álvarez Burnéo" por rango de edad*

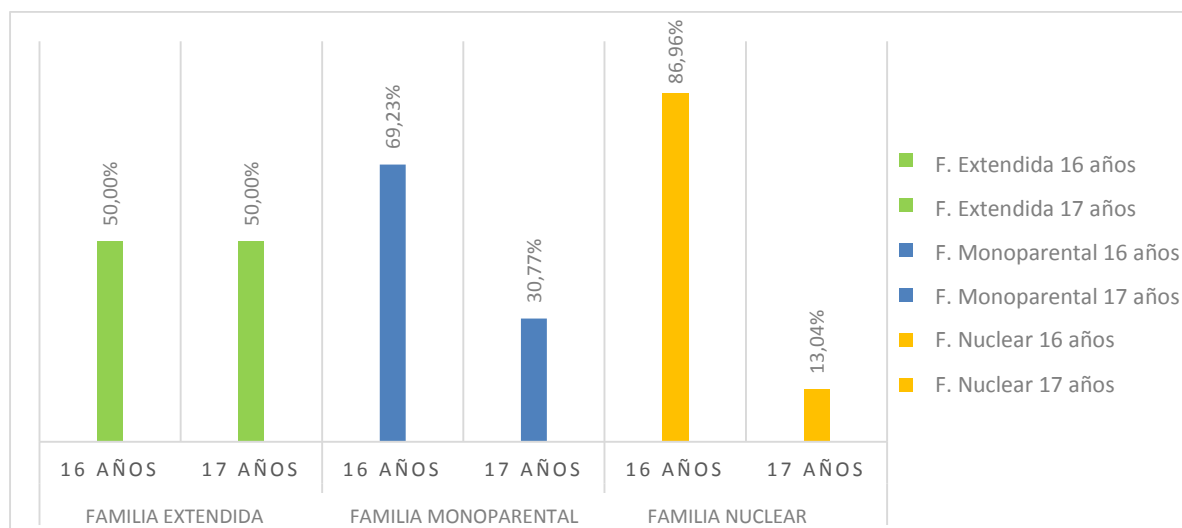
| Existencia de consumo de alcohol por rango de edad |                   |         |                      |         |                 |         |
|--|-------------------|---------|----------------------|---------|-----------------|---------|
|  | Familia extendida | %       | Familia monoparental | %       | Familia nuclear | %       |
| 16 años  | 6                 | 50,00%  | 9                    | 69,23%  | 20              | 86,96%  |
| 17 años  | 6                 | 50,00%  | 4                    | 30,77%  | 3               | 13,04%  |
| Total  | 12                | 100,00% | 13                   | 100,00% | 23              | 100,00% |

**Fuente:** Test AUDIT

**Elaborado por:** La Autora

Grafico Nro.4

*Existencia de consumo de alcohol en los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional "Daniel Álvarez Burnéo" por rango de edad*



**Fuente:** Test AUDIT

**Elaborado por:** La Autora

**Interpretación:** en la figura 4 se puede observar que en la familia extendida existe igual número de estudiantes de 16 y 17 años que consumen alcohol (12 personas), en la familia monoparental el 69,23% (9 de estudiantes) que consumen son de 16 años frente a un 30,77% (4 de 17 años). Finalmente en la familia nuclear existe un 86,96% (20 de estudiantes de 16 años) que consumen alcohol frente al 13,04% (3 de 17 años).

Tabla Nro. 5

Frecuencia de consumo de alcohol en los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional "Daniel Álvarez Burnéo

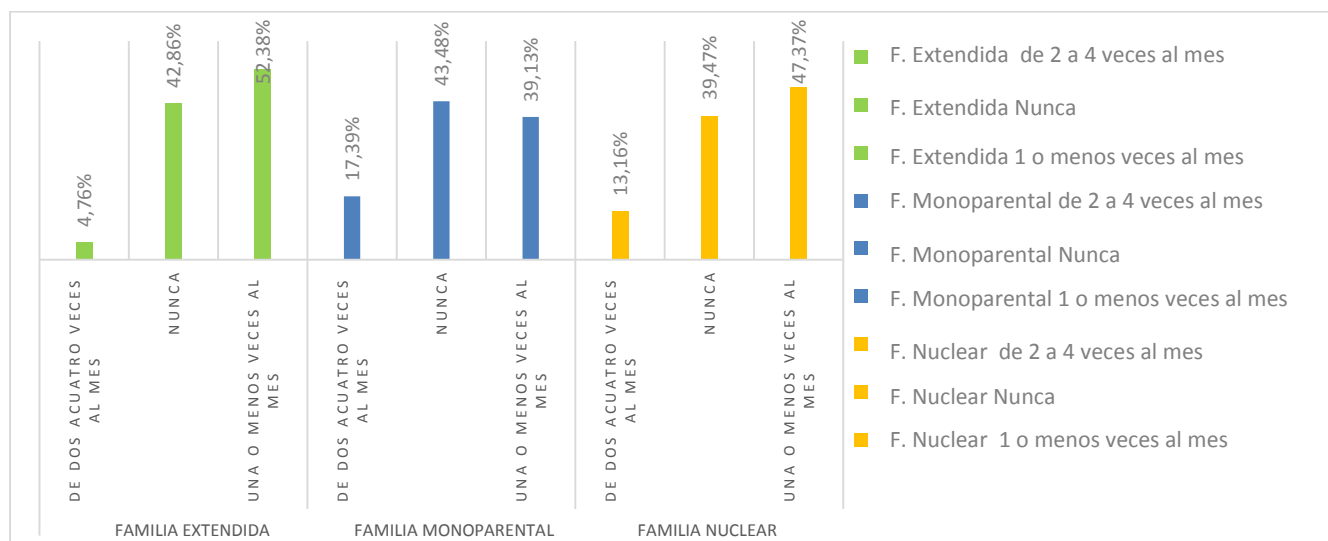
| Frecuencia de consumo de alcohol |       |        |                          |        |                       |        |         |
|----------------------------------|-------|--------|--------------------------|--------|-----------------------|--------|---------|
| Tipos de familias                | Nunca | %      | Una o menos veces al mes |        | de 2 a 4 veces al mes |        | % Total |
|                                  |       |        |                          | %      |                       | %      |         |
| Extendida                        | 9     | 42,86% | 11                       | 52,38% | 1                     | 4,76%  | 100,00% |
| Monoparental                     | 10    | 43,48% | 9                        | 39,13% | 4                     | 17,39% | 100,00% |
| Nuclear                          | 15    | 39,47% | 18                       | 47,37% | 5                     | 13,16% | 100,00% |

Fuente: Test AUDIT

Elaborado por: La Autora

Gráfico Nro. 5

Frecuencia de consumo de alcohol en los estudiantes de la Unidad educativa fiscomisional "Daniel Álvarez Burnéo



Fuente: Test AUDIT

Elaborado por: La Autora

**Interpretación:** en la figura 5 se aprecia que hay mayor número de estudiantes que mencionaron que consumen alcohol con una frecuencia de una o menos veces al mes en la familia extendida y nuclear, representado por el 52,38% (11 personas) y 47,37% (18 personas) respectivamente. A estos valores le siguen aquellos que mencionaron que nunca ingieren alcohol, siendo así en la familia extendida se observa un 42,86% (9 personas) frente a la monoparental con un 43,48% (10 personas) y en la nuclear un 39,47% (15 personas).

Tabla Nro. 6

Frecuencia de consumo de alcohol en los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional "Daniel Álvarez Burnéo por rango de edad

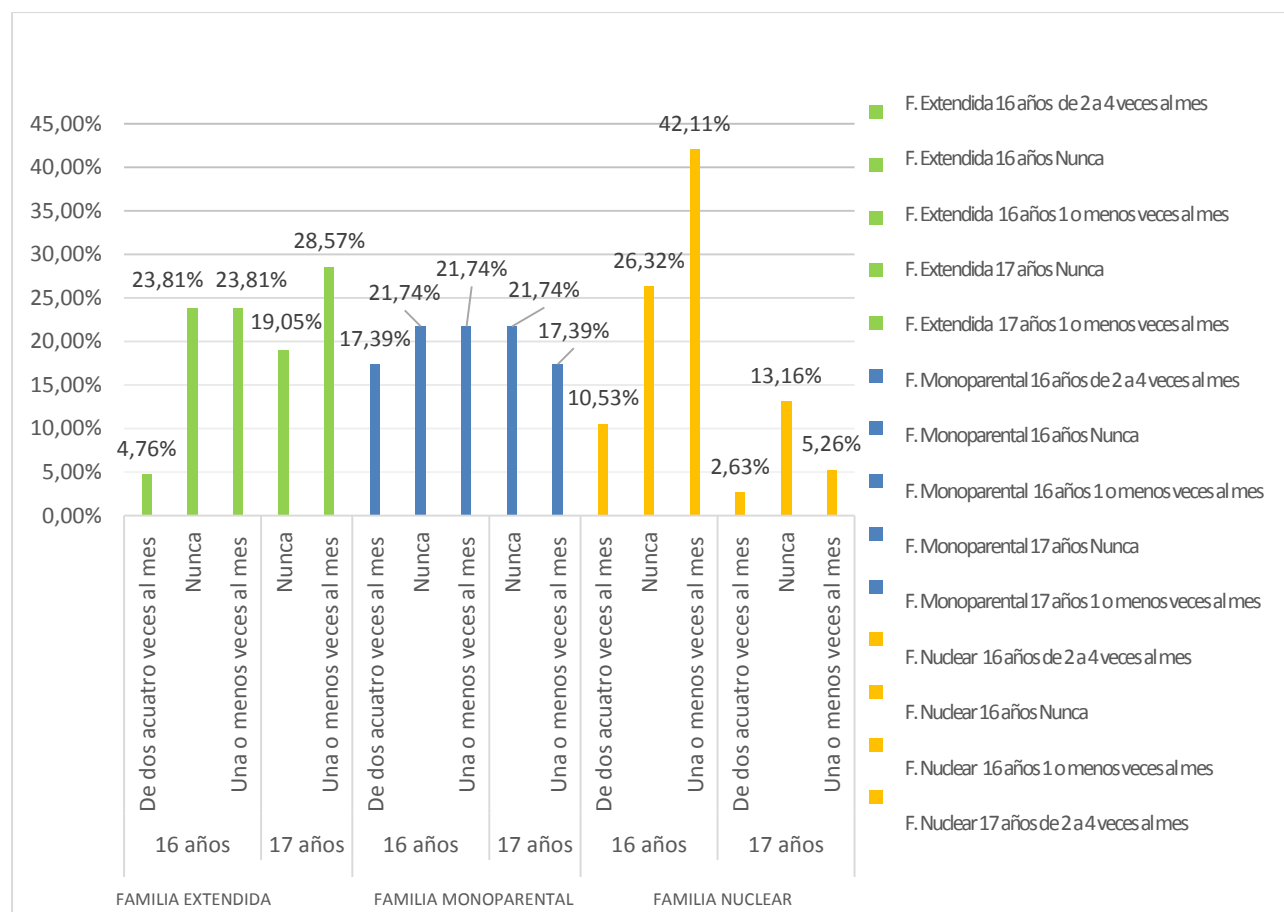
|                              | Frecuencia de consumo de alcohol por rango de edad |        |         |        |                      |        |         |        |                 |        |         |        |
|------------------------------|--|--------|---------|--------|----------------------|--------|---------|--------|-----------------|--------|---------|--------|
|                              | Familia extendida                                  |        |         |        | Familia monoparental |        |         |        | Familia nuclear |        |         |        |
|                              | 16 años  | %      | 17 años | %      | 16 años              | %      | 17 años | %      | 16 años         | %      | 17 años | %      |
| De dos a cuatro veces al mes | 1  | 4,76%  | 0       | 0%     | 4                    | 17,39% |         | 0%     | 4               | 10,53% | 1       | 2,63%  |
| nunca                        | 5  | 23,81% | 4       | 19,05% | 5                    | 21,74% | 5       | 21,74% | 10              | 26,32% | 5       | 13,16% |
| Una o menos veces al mes     | 5  | 23,81% | 6       | 28,57% | 5                    | 21,74% | 4       | 17,39% | 16              | 42,11% | 2       | 5,26%  |

Fuente: Test AUDIT

Elaborado por: La Autora

Gráfico Nro. 6

Frecuencia de consumo de alcohol en los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional "Daniel Álvarez Burnéo por rango de edad



Fuente: Test AUDIT

Elaborado por: La Autora



**Interpretación:** en la figura 6 se observa que hay mayor número de estudiantes de 16 años que pertenecen a la familia nuclear que manifestaron que consumen alcohol con una frecuencia de una o menos veces el cual se representa con el 42,11% (16 personas). A este valor le siguen el 28,57% (6 personas) de 17 años de la familia extendida.

Del mismo modo, en la familia monoparental se visualiza que existe igual número de estudiantes de 16 y 17 años que nunca consumen alcohol, representado por el 21,74% (5 personas).

Finalmente se aprecia un menor número de estudiantes que consumen alcohol de dos a cuatro veces al mes, siendo así que dentro de la familia extendida los estudiantes de 16 años que consumen es el 4,76% (1 persona), mientras que en la familia monoparental, los estudiantes de 16 años se representa por el 17,39% (4 estudiantes). Por último, en la familia nuclear los estudiantes de 16 años que consumen se refleja con el 10,53% (4 estudiantes) frente al 2,63% (1) de 17 años.

## TERCER OBJETIVO

**Determinar la relación entre el consumo de alcohol y los tipos de familia de los estudiantes de 16-17 años de la Unidad Educativa Fiscomisional “Daniel Álvarez Burnéo”**

Tabla Nro. 7

*Relación entre el tipo de familia y el consumo de alcohol en los estudiantes de 16-17 años de la Unidad Educativa Fiscomisional “Daniel Álvarez Burnéo”*

| Tipo de Familia      | Alcohol    |        |             |        | OR   | IC        | P    |
|----------------------|------------|--------|-------------|--------|------|-----------|------|
|                      | Consumen   |        | No consumen |        |      |           |      |
|                      | Frecuencia | %      | Frecuencia  | %      |      |           |      |
| Familia Extendida    | 12         | 25,00  | 9           | 26,47  | 0,9  | 0,33-2,55 | 0,88 |
| Familia Monoparental | 13         | 27,08  | 10          | 29,41  | 0,8  | 0,3-2,36  | 0,81 |
| Familia Nuclear      | 23         | 47,92  | 15          | 44,12  | 1,16 | 0,48-2,81 | 0,73 |
| Total                | 48         | 100,00 | 34          | 100,00 |      |           |      |

**Fuente:** Test AUDIT

**Elaborado por:** La Autora

**Interpretación:** en la tabla 7 se observa que en la familia extendida consumen alcohol 12 estudiantes, frente a 9 que no ingieren alcohol, lo que de acuerdo a un nivel de confianza del 95%, no existe relación entre la familia extendida y el consumo de alcohol por cuanto el OR= 0,9; el intervalo de confianza (IC)= 0,33-2,55 y el valor P= 0,88. Para que exista relación debe haber valor inferior a 0,05 en valor p.

En la familia monoparental consumen 13 estudiantes frente a 10 que afirmaron no consumir alcohol; lo que de acuerdo a un nivel de confianza del 95%, no existe relación entre la familia monoparental y el consumo de alcohol por cuanto el OR=0,8, el intervalo de confianza (IC)= 0,3-2,36 y el nivel P= 0,81; valores inferiores a 0,05 en valor P indican relación de ambas variables. Finalmente en la familia nuclear 23 estudiantes consumen alcohol frente a 15 que no ingieren, lo que significa que de acuerdo a un nivel de confianza del 95%, un OR de 1,16 y un intervalo de confianza de 0,48- 2,81; el nivel P da como resultado 0,73; lo que confirma que

no hay relación entre el tipo de familia nuclear con el consumo de alcohol ya que debería haber valores inferiores a 0,05 en valor P para que indique relación de las variables.

## 5. DISCUSIÓN

En el presente estudio se ha indagado el tipo de familia, la existencia y frecuencia de consumo de alcohol de los estudiantes de 16- 17 años de la Unidad Educativa Fiscomisional “Daniel Álvarez Burnéo”, así mismo se ha analizado la relación existente entre los tipos de familia (nuclear, extendida y monoparental) con el consumo de alcohol en los estudiantes adolescentes, llegando a concretar que no existe relación entre las variables propuestas dentro del grupo de estudio pero se demostró que existe un consumo de alcohol casi igual en las tres familias.

En un estudio realizado por Hoffman y Johnson (1998) se encontró que los adolescentes provenientes de familias monoparentales y reestructuradas tienen mayores probabilidades de consumir drogas.

Otro estudio realizado por Carvalho, Pinsky, R, y Carlini-Cotrim (1995) en el que exploraron la relación entre las relaciones familiares y el consumo de drogas a través de un análisis multivariado con 16,378 estudiantes de secundaria en Brasil, los hallazgos sugieren que la ocurrencia de la violencia en casa es el principal factor implicado en el uso de alcohol y otras drogas entre los adolescentes; el estado conyugal de los padres no constituyó por sí mismo un fuerte factor relacionado al uso de sustancias e incluso no se vio una relación estadísticamente significativa con el uso frecuente de alcohol.

En general, los factores subjetivos intrafamiliares (las percepciones que los individuos tenían sobre sus familias) tuvieron mayor impacto en el uso de alcohol y otras drogas de los adolescentes, en comparación a condiciones familiares objetivas, como el estado civil de los padres, sugiriendo así los autores que la calidad de las relaciones familiares conforma un determinante de mayor importancia que la situación formal de la familia Carvalho, Pinsky, R, y Carlini-Cotrim (1995).

Igualmente Secades y Fernández Hermida (2002) concuerdan que la variable estructural (familias monoparentales) no ejerce un efecto directo sobre el consumo de drogas de los/as

hijos/as, sino que se debe más bien a la mediación de una variable funcional como es el control familiar.

Por tanto, es preciso aclarar que la estructura familiar no es necesariamente productora de hijos con problemas, pues igual se presentan dificultades independientemente del tipo de familias. Al respecto, Wagner, Ritt-Olson, Soto, y Unger (2008) realizaron un estudio acerca de las variaciones en la estructura familiar y el uso de drogas con 255 jóvenes de noveno grado del área urbana de Los Ángeles; se encontró que la disolución familiar o separación de los padres no estuvo asociada con el uso de alcohol y que la presencia de soporte social puede favorecer o mitigar el impacto de pertenecer a una familia de un padre/madre soltero.

Por otra parte, Hemovich, Lac, y Crano (2011) sobre la base del Estudio Nacional de Padres y Juventud de los Estados Unidos, que comprende 4123 participantes, realizaron un análisis multivariado con el fin de explorar la estructura familiar y el consumo y percepción sobre el consumo de drogas; los resultados indican que los jóvenes provenientes de familias monoparentales se involucran en mayores niveles de consumo de sustancias en comparación a los que vienen de familias con ambos padres, específicamente, los jóvenes que viven únicamente con el padre hacen mayor uso de tabaco, marihuana y alcohol, en comparación con los jóvenes que viven con su madre o con ambos padres (p.p.249-267).

Tomando en cuenta todos estos datos considero que es importante la ejecución de programas sobre prevención de consumo de alcohol desde la institución, dirigido tanto a padres y docentes como a adolescentes de tal manera que el adolescente aprenda a resolver los problemas presentes en el entorno familiar, sin perder la actitud positiva hacia otras personas, así como a percibir sus experiencias dolorosas como algo constructivo y valioso para su propio desarrollo.

La relevancia de este estudio se basó en explorar la relación que tienen los tipos de familia con el consumo de alcohol, variables poco investigadas por otros autores, y que, por tanto, se constituyen en referencia para futuras investigaciones que tengan como interés particular que

continúe la indagación acerca de la relación que tengan los tipos de familia en el inicio y curso de la ingesta de alcohol sobre los hijos adolescentes debido a que éstos constituyen una población vulnerable.

Una de las limitaciones del presente estudio fue el hecho de haber investigado solamente los tipos de familia, y no otras variables familiares como la formas de comunicación entre los miembros y antecedentes familiares de consumo de alcohol, lo cual habría sido importante para tener un sustento más sólido en torno a los factores familiares que se relacionan con la ingesta de alcohol en adolescentes.

## 6. CONCLUSIONES

Una vez finalizado el trabajo investigativo se puede concluir lo siguiente:

- En el grupo de estudio se encontró un mayor porcentaje de estudiantes que pertenecen a la familia nuclear, lo cual constituye un factor importante al reducir la vulnerabilidad en los adolescentes hacia la ingesta de alcohol si dentro del núcleo existe un vínculo fuerte entre padres e hijos, participación activa de los padres y límites establecidos.

- En las tres familias abordadas se evidenció ingesta de alcohol con predominio en los adolescentes de 16 años, sugiriendo que en esta fase las expectativas positivas hacia el alcohol predicen el consumo, es decir que lo peligroso supone un reto, de tal manera que aquella conducta que se presente como arriesgada puede percibirse mayormente atrayente.

- En cuanto a la frecuencia de consumo de alcohol, en los estudiantes pertenecientes a la familia extendida y nuclear prevalece la ingesta con una o menos veces al mes, seguida de los estudiantes provenientes de la familia monoparental que afirmaron nunca consumir alcohol; estos datos apuntan que a pesar de que la adolescencia constituye un factor de riesgo en el consumo de alcohol debido a las características propias de la misma, aún existen aquellos con un buen nivel de asertividad.

- Se comprobó que no existe relación entre los tipos de familia y el consumo de alcohol, lo cual también se corrobora con estudios que anteriormente realizaron otros investigadores en los que se menciona que el estado civil de los padres no tiene mayor impacto en el uso de esta sustancia.

- Se desarrolló un plan terapéutico con la finalidad de prevenir el consumo de alcohol en los estudiantes de la Institución en estudio ya que por ser una de las etapas que requiere atención oportuna.

## 7. RECOMENDACIONES

Una vez realizado el proyecto investigativo se recomienda:

- Que la Institución Educativa, a través del Departamento de Bienestar Estudiantil realice campañas informativas a fin de dar a conocer las consecuencias que conlleva la ingesta de alcohol a través de foros educativos con la finalidad de crear discernimiento acerca del consumo.
- Impartir charlas educativas a padres, docentes y estudiantes en cuanto al consumo de sustancias y la repercusión del mismo puesto que no solo afecta en la esfera afectiva sino también en la relación con el medio y su desarrollo personal.
- Formar a los padres de familia en función de su rol hacia los hijos para que sepan cómo interactuar con los mismos con el fin de mejorar y fortalecer los lazos afectivos dentro de casa, así como una participación activa en la vida de los adolescentes a fin de evitar consecuencias desagradables en la vida de éstos.
- Socializar el plan terapéutico con los directivos de la institución buscando prevenir la incidencia de consumo de alcohol y concientizar a los alumnos sobre los efectos perjudiciales de ésta sustancia.
- Informar a los directivos de la Institución por parte de los docentes de aquellos estudiantes que llegaren a consumir alcohol dentro de la misma para que tomen las medidas respectivas



## **CUARTO OBJETIVO**

### **TEMA:**

**Plan psicoterapéutico encaminado a fortalecer las relaciones familiares y prevenir el consumo de alcohol en los adolescentes desde el paradigma de integración en psicoterapia.**

## JUSTIFICACIÓN

La carrera de Psicología Clínica del Área De La Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, siendo una unidad académica que desarrolla procesos científicos, técnicos y humanos de calidad, para la formación de psicólogos clínicos, con valores éticos, que propicia la convivencia armónica y contribuye a la solución de la problemática de la salud mental.

En la actualidad es común ver a los adolescentes consumiendo alcohol, ya que la relación que se establece entre adolescencia y consumo de sustancias tóxicas obedece a múltiples factores, entre los que destaca un amplio sentido de frustración de las expectativas de desarrollo y bienestar en un mundo deshumanizado e injusto, donde priva la competencia, la intolerancia, y la hostilidad, de tal manera que la población adolescente constituye uno de los sectores más vulnerables ante los ataques de los intereses comerciales creadores de necesidades y de estereotipos; por tanto no es un hecho aislado que la población consumidora de drogas sea mayoritariamente joven.

Otro factor que se relaciona ampliamente con el consumo de alcohol es la existencia de alteraciones en las relaciones familiares provocando consecuencias inmediatas y/o a largo plazo, impactando a los integrantes más susceptibles, que se convierten en portavoces de la problemática interna familiar que en la mayoría de los casos son los hijos, especialmente si están pasando por la niñez o adolescencia.

Por esta razón creo conveniente realizar un Plan psicoterapéutico encaminado a fortalecer las relaciones familiares y prevenir el consumo de alcohol basado en el paradigma de la Integración en Psicoterapia para los estudiantes de 16-17 años de la Unidad Educativa fiscomisional “Daniel Álvarez Burnéo”; ya que cabe señalar que los hijos, una vez que entran en la etapa adolescente, pueden generar notables cambios que son percibidos con facilidad, se puede recalcar entre estos: mala conducta dentro y fuera del hogar, bajo rendimiento académico, consumo de sustancias, etc..

## OBJETIVOS

- Fortalecer las relaciones familiares por medio de intervenciones psicoeducativas sobre temas relacionados con la estructura familiar, funcionalidad- disfuncionalidad familiar y estructuración de reglas límites a fin de satisfacer las necesidades afectivas- emocionales de sus miembros.
- Prevenir el consumo de alcohol en los adolescentes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Daniel Álvarez Burnéo” a través de la intervención grupal a padres de familia, docentes y alumnos brindando charlas psicoeducativas para dar a conocer los efectos y niveles de consumo.
- Mejorar la autoestima y nivel de asertividad en los estudiantes a través de diferentes técnicas que le permitan conocer sus fortalezas y debilidades en el momento de afrontar una situación y actuar en base a sus intereses más importantes.

## METODOLOGÍA

### 1.1. Población

El presente plan terapéutico está dirigido a padres de familia y estudiantes de la unidad educativa fiscomisional “Daniel Álvarez Burnéo”, el grupo de estudio estuvo conformado por 82 estudiantes, de los cuales 48 estudiantes consumen alcohol, sin embargo la propuesta psicoterapéutica va dirigida al total de estudiantes que conformaron el grupo de estudio. Para la ejecución de la planificación psicoterapéutica, se dividirá a la población en tres grupos debido al amplio número de estudiantes y se realizara 13 sesiones, una por semana con una duración de 45- 60 minutos de las cuales, 10 son de intervención individual y grupal y 2 de seguimiento. Por tanto se ha considerado un tiempo aproximado de tres meses.

### 1.2. Técnicas e instrumentos

Para el desarrollo del plan terapéutico se considera conveniente la aplicación de los siguientes instrumentos para determinar el diagnóstico en los adolescentes:

- Historia clínica psicológica
- Apgar familiar
- Test de autoestima de Rosenberg

Sin embargo, también es importante la utilización de técnicas como:

- Psicoeducación
- Técnica del árbol de logos
- Role playing
- Economía de fichas

## MARCO TEORICO

### 1.1. Primera Etapa: Demanda del paciente

Para esta etapa es importante determinar la demanda explícita e implícita del paciente y sus familiares, establecer empatía y encuadre con los pacientes; a continuación se acuerda los compromisos de trabajo, finalmente se explica acerca de la historia clínica psicológica, que permite y que información obtenemos con ella para consecuentemente realizarla.

#### Historia Clínica psicológica

La historia clínica (Anexo 7), es el instrumento que reúne todos los datos disponibles que permiten descifrar y explicar el curso de la vida del paciente en cuanto interesa para su estudio. Dentro de esos datos se incluyen los personales (biológicos, funcionales, emocionales, etc.) familiares, escolares, sociales, laborales, etc. Esos datos constituyen la base para el diagnóstico y la orientación y se completan con las observaciones y entrevistas realizadas así como con el resultado de las pruebas aplicadas (Tomás, 2010)

### 1.2. Segunda Etapa: Diagnóstico

Determinar el diagnóstico mediante la evaluación. Aplicación de reactivos psicológicos

#### 1.2.1. Apgar familiar

La Universidad Autónoma de Chile (2010) afirma que el cuestionario Apgar Familiar - Family APGAR – (Anexo 6), fue diseñado en 1978 por Smilkstein para explorar la funcionalidad familiar. El acrónimo Apgar hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnership), desarrollo (growth), afectividad (affection) y capacidad resolutoria (resolve). El Apgar familiar sirve para diagnosticar una posible disfunción familiar y establecer los parámetros por los cuales la salud funcional de la familia pudiera ser medida, para ello se escogieron cinco componentes básicos de la función familiar:

##### a) Adaptabilidad

Mide la utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar ha sido modificado (situaciones de crisis)

**b) Participación**

Mide la cooperación de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y en la división del trabajo; el cómo comparten los problemas y el cómo se comunican para explorar la manera de resolverlos

**c) Crecimiento**

Mide la maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo y dirección (conducta). Este gradiente evalúa la capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los diferentes miembros de la familia.

**d) Afecto**

Mide las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia entre ellos mismos.

**e) Resolución**

Mide la tarea de compartir el tiempo, de dedicar recursos materiales y especiales para apoyar a todos los miembros de la familia.

Cada pregunta del test debe ser respondida con una X dependiendo de la forma en cómo se identifique la persona. Las categorías a marcar son las siguientes:

Casi nunca: 0      A veces: 1      Casi siempre: 2

*Interpretación del puntaje:*

Una vez aplicado el test se suma los puntajes marcados en las opciones presentes en el test. El resultado final es el siguiente:

A.F. BAJO: 00 - 03

A. F. MEDIANO: 04 - 06

A. F. ALTO: 07-10

### **1.2.2. Test de Autoestima de Rosenberg (RSE)**

Este test (Anexo 10) fue realizado para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

#### *Administración:*

La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia autoadministrada.

#### *Interpretación:*

- De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.
- De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada, Considerada como a autoestima normal.
- De 26 a 29 puntos: autoestima media, no presenta problemas de autoestima graves pero es conveniente mejorarla
- Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

#### *Propiedades psicométricas*

La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de las escalas se encuentra entre 0,76 y 0,87. La fiabilidad es de 0,80.

### **1.3. Tercera etapa: Señalamiento de técnicas (intervención grupal con estudiantes)**

#### **Objetivos**

1. Brindar psicoeducación sobre los efectos del alcohol, sus niveles de consumo; mitos y verdades sobre la ingesta (factores de riesgo y factores protectores) con el fin de crear discernimiento
2. Fortalecer autoestima
3. Entrenamiento en asertividad y aprender a decir “NO” cuando los pares intenten influir con la finalidad de prevenir el consumo de alcohol

#### 4. Habilidades sociales (role playing)

Todos los objetivos serán trabajados desde el paradigma de la integración en psicoterapia, se empezará hablando acerca de:

##### **1.3.1. Primera fase: Psicoeducación**

###### *a) Efectos del alcohol*

Los daños que produce el alcoholismo son de gravedad tanto en el plano somático como psíquico, de acuerdo a Bernard y Risle, (1998) un bebedor consuetudinario pierde el apetito en forma gradual para desembocar en estado de peligrosa desnutrición con sus múltiples consecuencias dentro de las cuales es común la hipertrofia de hígado, el deterioro del corazón y la alteración de otros órganos. Según Bernard y Risle (1998), los efectos por introducir alcohol al organismo en forma desmesurada pone al individuo en la posibilidad de quedar dependiendo físicamente y es causal de trastornos psíquicos, sociales y físicos de importancia con graves consecuencias; por lo general, actúa como elemento disociador al producir acciones de ruptura de relaciones, a nivel familiar y del medio; agudiza los problemas económicos y laborales, además hace perder “estatus” y confianza en sus capacidades.

En lo personal provoca el descuido de presentación (dentadura, vestimenta, aseo), se torna más irritable cuando no encuentra los recursos para satisfacer sus necesidades, provocando problemas de carácter judicial con llegada a delinquir con extremos de causar la muerte a terceros, también las perturbaciones cardíacas hacen su aparición, tal como sucede con las complicaciones del sistema respiratorio y digestivo; se altera el cuadro nutricional (Bernard y Risle, 1998).

###### *b) Niveles de consumo de alcohol: uso, abuso y dependencia*

Lorenzo Fernandez, Ladero Quezada, Leza Cerro, y Lizasoain Hernandez (2009), cita a la OMS, (1950), está haciendo esfuerzos en este sentido, y otras asociaciones médicas también



se han unido al mismo, por ello, a continuación se describe estos conceptos en el consenso actual.

El uso de una sustancia no tiene ninguna significación clínica ni social; es decir, el término uso indica, sencillamente, *consumo, utilización, gasto de una sustancia sin que se produzcan efectos médicos, sociales, familiares, etc.*; en ausencia de otras especificaciones debe entenderse un consumo aislado, ocasional, episódico, sin tolerancia o dependencia Lorenzo Fernandez, Ladero Quezada, Leza Cerro, y Lizasoain Hernandez (2009).

Papalia , Wendkos Olds, y Duskin (2002) mencionan a la Asociación Psiquiátrica Americana (1994) al referir al abuso de sustancias como el consumo dañino de alcohol u otras drogas, se trata de un comportamiento adaptativo deficiente, que dura más de un mes, en el cual la persona sigue consumiendo una sustancia a sabiendas de que la perjudica, o la ingiere de manera reiterada en una situación peligrosa, como e conducir en estado de intoxicación.

De acuerdo al Grupo Cultural, S.A. (2004), cuando una droga se consume repetidamente, puede desarrollarse una necesidad ineludible de seguir tomándola, este proceso se conoce como dependencia, y puede ser de naturaleza psicológica y /o física; la más frecuente es la dependencia psicológica y ocurre cuando una persona experimenta un deseo imperioso de obtener las sensaciones que le proporciona la droga, - tales como exaltación, euforia, estimulación, sedación, hipnosis, alucinaciones o percepción alterada- al punto de preferir el estado modificado de conciencia a la normalidad; la dependencia física es el enganche físico que aparece cuando el organismo, habiendo sufrido cambios fisiológicos a causa de la droga, tiene necesidad de su acción para continuar funcionando.

c) Mitos y verdades sobre el consumo de alcohol

El consumo de alcohol está ligado a nuestra cultura y también asociado a múltiples mitos y falsas creencias sobre posibles beneficios de su consumo, el Ministerio de Sanidad, Servicios

Sociales e Igualdad (2013), presenta algunos mitos y realidades sobre el consumo de esta sustancia:

#### Mito N°1

Beber alcohol sólo los fines de semana no produce daños en el organismo.

Realidad: El daño que provoca el alcohol depende del llamado *patrón de consumo*, es decir, de la cantidad (a mayor cantidad, mayor daño) y de la intensidad (la misma cantidad concentrada en menos tiempo es más dañina). También existe el riesgo de convertirse en un hábito, hasta el punto de no saber divertirse si no se bebe.

#### Mito N°2

El consumo de alcohol ayuda a salir de las horas bajas, a superar el cansancio y a estar más animado y en forma.

Realidad: El consumo abusivo de alcohol hace perder el control sobre las emociones y sentimientos. Tras una breve sensación de bienestar, si se está triste o deprimido, esta situación se agudiza.

Asimismo, se produce una mayor fatiga física y más sueño; también se pierde fuerza y coordinación.

#### Mito N°3

El consumo de alcohol hace entrar en calor y combate el frío.

Realidad: El alcohol produce una sensación momentánea de calor al dilatar los vasos sanguíneos y dirigir la sangre hacia la superficie de la piel, pero en poco tiempo la temperatura interior del cuerpo disminuye y se siente más frío. Por eso, en situaciones de embriaguez, hay que abrigar y proporcionar calor a la persona y nunca intentar espabilarla con duchas frías.

#### Mito N°4

El alcohol es un alimento.

Realidad: El alcohol engorda pero no alimenta. Al contrario, aumenta la producción de grasa en el organismo.

#### Mito N°5

El alcohol facilita las relaciones sexuales.

Realidad: Al contrario, el consumo abusivo muchas veces dificulta o incluso impide unas relaciones sexuales plenas, provocando impotencia y otras disfunciones asociadas.

#### Mito N°6

El que más aguanta el alcohol es porque es más fuerte.

Realidad: No existe relación alguna entre fortaleza o virilidad y “aguantar” un mayor consumo de alcohol. Si se aguanta mucho, puede ser porque el organismo se haya acostumbrado. Ha desarrollado tolerancia al alcohol y eso no significa que haga menos daño, sino que hay más riesgo de convertirse en dependiente y, por tanto, en alcohólico.

#### *d) Factores de riesgo y factores protectores*

Las investigaciones realizadas durante las últimas dos décadas han tratado de determinar cómo comienza y cómo progresa el abuso de las drogas, para Papalia, Wendkos Olds, y Duskin (2002) existen varios factores de riesgo:

- Un mal control de impulsos y una tendencia a usar sensaciones (que puede tener un fundamento bioquímico)
- Influencias familiares (como una predisposición genética al alcoholismo, el consumo o la aceptación de las drogas por parte de los padres, prácticas de crianza deficiente o inconsistente, conflicto familiar y relaciones familiares distorsionadas o distantes.
- Temperamento “difícil”
- Problemas conductuales tempranos y persistentes, sobretodo agresividad.
- Fracaso académico y falta de compromiso con la educación.
- Rechazo de los pares
- Asociarse con consumidores de drogas.

- Alienación y rebeldía
- Actitudes favorables hacia el consumo de drogas.

Según el NIDA (2004), los factores de riesgo pueden aumentar las posibilidades de que una persona abuse de las drogas mientras que los factores de protección pueden disminuir este riesgo, es importante notar, sin embargo, que la mayoría de las personas que tienen un riesgo para el abuso de las drogas no comienzan a usarlas ni se hacen adictos; Además, lo que constituye un factor de riesgo para una persona, puede no serlo para otra.

Las familias pueden proveer protección contra un futuro abuso de drogas siempre y cuando exista, NIDA (2004):

- Un vínculo fuerte entre los hijos y los padres;
- participación de los padres en la vida del adolescente; y
- límites claros y una disciplina aplicada consistentemente.

Para Papalia, Wendkos Olds, y Duskin, (2002), el desarrollo físico de los adolescentes no se da en el vacío, los jóvenes viven y crecen en un mundo social y las influencias de los ambientes familiar y escolar desempeñan una función importante en la salud física y mental.

Un factor de protección según Llavona Uribe Larrea y Méndez Carrillo (2012), es la elevada autoestima que el adolescente presente ya que esto lo capacita para la toma de decisiones, fomenta su responsabilidad y le ayuda a resistir la presión del grupo.

También una comunicación satisfactoria dentro del ámbito familiar evita el aislamiento, educa para las relaciones extra familiares, promueve la expresión de sentimientos, y facilita el desarrollo personal, Hawkins, Catalano, y Janet (1992)

### **1.3.2. Segunda fase: Fortalecimiento de Autoestima**

Esta fase se centrará en fortalecer la autoestima de los adolescentes, para lo cual se realizará la técnica del árbol. Para esta técnica se necesita un lápiz y unas hojas. Casla Herrero (2012)

explica que la técnica consiste en anotar todos los valores, capacidades y motivaciones con las que cuenta a fin de conocer sus fortalezas y debilidades al momento de afrontar una situación.

*e) Árbol de logros*

La técnica del árbol (Anexo 8), radica en que, a través de la reflexión anote todos los valores, capacidades y motivaciones positivas con las que cuenta, algunas las habrá ido desarrollando a lo largo de toda su vida y otras seguramente lo haya descubierto hace poco.

Después de esto se elabora una segunda lista con “el camino que va realizando a lo largo de su vida”, cuáles son sus fortalezas y los apoyos más importantes con los que cuenta. Podemos decir que en esta lista debería colocar aquello que lo mantiene en pie y con lo que puede contar para vivir cualquier situación de su vida.

En tercer lugar deberá escribir aquellos logros y metas a los que quiera llegar. El paciente decide si serán logros a corto o a largo plazo. Simplemente piense en que es aquello para lo que se levanta todos los días y lucha por conseguirlo.

Ahora tiene que dibujar un árbol con raíces, tronco y una gran copa con frutos. Deberá ir colocando en las raíces la primera lista que llevó a cabo (la de sus valores y capacidades), en el tronco y ramificaciones la segunda lista (fortalezas y apoyos) y en los frutos de la copa del árbol la tercera lista (la de los logros y metas). Puede dibujar las raíces, ramificaciones y frutos de diferentes tamaños, de esta forma podrá ir colocando cada componente de la lista dependiendo de aquello que considere que es más importante para usted.

Una vez que haya finalizado contémplo y reflexione acerca de todas las cualidades positivas que posee, de todo aquello que le rodea, que le ayuda a ser más fuerte y por último aquello que quiere conseguir y que con esfuerzo y paciencia llegará a ello. Ahora sabe que dispone de todo lo necesario para conseguirlo.

Para finalizar decir, que si antes de realizar esta técnica no se ha parado a pensar un poco sobre usted mismo, concédase el placer de conocerse, gaste el tiempo en usted. También se le recomienda que si quiere le muestre su árbol a una persona de confianza (padre/madre) y que él/ella pueden añadir más cualidades y fortalezas que le rodean y que en ocasiones no vemos; pero las metas son solo del paciente, y él o ella deciden sus sueños y que es aquello que quiere lograr en su vida.

### **1.3.3. Tercera fase: Asertividad y Entrenamiento asertivo**

Para Alberti y Emmons (1977), la conducta asertiva es: “la conducta que permite a una persona actuar en base a sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad inapropiada, expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer los derechos personales sin negar los derechos de los otros

Se le enseña al estudiante a enfrentarse a personas persistentes. El objetivo de esta técnica es enfrentar a los estudiantes a situaciones en donde otra persona persiste en su empeño por convencerlos. Se pone mucha atención en el cambio del pensamiento irracional y las conductas no asertivas que pueden surgir en respuesta a las persistencias de alguien.

Se puede sugerir el uso de declaraciones y no dar explicaciones. Se revisan además una serie de respuestas a utilizar en este tipo de interacciones:

- Básica.- Se trata de frases cortas y simples que pretender defender un derecho: "no me gusta...".
- Enfática.- En esta respuesta se toma en cuenta a la otra persona: "agradezco su interés, pero..."
- Escalamiento.- Son respuestas asertivas que van de menor a mayor intensidad, ya sea por el tono o volumen de la voz, los sentimientos que se expresan, el uso de advertencias, etc.

- Confrontadora.- En este tipo de respuestas se enfatiza más el contenido de las palabras de la otra persona y los efectos desagradables que tienen sobre las personas que pretenden convencer.

Se procede entonces a los ejercicios, que involucran diversas situaciones en donde los estudiantes deban responder asertivamente.

Las sesiones de entrenamiento asertivo se diseñarán así:

A. Se identificarán situaciones que requieran de comportamiento asertivo. (personas persistentes incitándole a consumir alcohol)

B. Se estructuran escenas con la mayor exactitud posible.

C. Se describen algunos componentes básicos de las habilidades asertivas verbales y no verbales (volumen, tono e inflexión de la voz, fluidez, contenido verbal y selección del momento apropiado para emitir la respuesta asertiva. Las conductas no verbales centrales en la identificación de una persona como no asertiva son: distancia física durante la interacción, postura, movimientos corporales, contacto visual y expresión facial o gesticulaciones).

D. El terapeuta muestra o modela, según el caso.

E. Se discuten y aclaran dudas.

F. Se llevan a cabo ensayos conductuales.

G. Se repite el ensayo conductual hasta que el/la adolescente emita la respuesta asertiva deseada.

H. Se discute acerca de su ejecución y se corrigen los problemas o dificultades en la realización del ejercicio.

I. Se programan tareas en casa que le permiten ensayar la nueva respuesta.

#### *Tareas para casa*

Se diseñara un registro de entrenamiento asertivo y se solicita a los estudiantes que lo completen en casa

La tarea en la que se trabajará será: Conversaciones familiares.

#### **1.3.4. Cuarta fase: Role playing**

Para Solís (2012), la técnica del role-playing pretende facilitar la adquisición de capacidades como la perspectiva social; el precursor en este tema es el psiquiatra, teórico y educador Jacob Levy Moreno quien trabajó el psicodrama como una forma de psicoterapia inspirada en la improvisación teatral. Durante los años '60 se realizaban las llamadas terapias de juego orientando su enfoque hacia un aspecto lúdico-educativo especialmente dirigido al trabajo con niños. Sin embargo en la actualidad también se trabajan aspectos como la dirección de las relaciones interpersonales o las motivaciones racionales y emocionales que actúan en la toma de decisiones, siendo todo ello objeto de análisis posterior. Mediante la práctica continuada del role-playing los alumnos exploran los sentimientos, actitudes, valores y percepciones que influyen en su conducta a la vez que se sienten forzados a descubrir y aceptar el rol de los demás.

El proceso de role playing a trabajar constara de 4 fases

1. Motivación. El objetivo de esta fase es crear en el aula un clima de confianza y participación, intentando que todos los alumnos reconozcan el problema que se plantea y lo acepten como un tema de interés.
2. Preparación de la dramatización. En esta fase la psicóloga aporta los datos necesarios para llevar a cabo la representación, indicando cuál es el conflicto, qué personajes intervienen y qué situación o escena concreta se dramatiza.

Después de la explicación, se piden voluntarios para representar los distintos personajes, animando a los alumnos a participar, pero sin forzarlos. Es interesante asumir roles diferentes al personal de forma que el alumno se vea forzado a buscar argumentos distintos a los propios y a ponerse en el lugar del otro.



A continuación los «actores» salen del aula y tienen unos breves minutos para interiorizar su papel. Si se considera necesario la psicóloga entregará a cada personaje un pequeño escrito donde figuren sus rasgos de personalidad más característicos. Mientras, la psicóloga informa al resto de la clase sobre cómo deben realizar su función de observadores, subrayando la importancia de sus apreciaciones en el análisis de la representación y en la calidad del debate posterior.

3. Dramatización. Durante la dramatización los actores intentan asumir su rol acercándose lo más posible a la realidad y esforzándose por encontrar argumentos convincentes que hagan creíble su postura.

**Caso a tratar:** Un grupo de amigos/as está reunido en la plaza del pueblo donde siempre quedan antes de ir a la discoteca. Dos amigos/as del grupo ya han consumido en varias ocasiones cocaína y ofrecen a los demás ya que creen que así la noche será mejor

Papeles de los personajes:

- Dos personas que ofrecen droga tendrán tratando de convencer a los demás.
- Dos personas deben rechazarla y mantenerse firmes en su decisión.
- Dos personas tras su negativa inicial empiezan a tener dudas entre aceptar o no.

Al finalizar la representación, la psicóloga pedirá a los actores que expliquen a los demás como se han sentido y si han tenido dificultades para mantener su postura inicial. A continuación, los compañero/as que observaban darán su punto de vista y el dinamizador (psicóloga) cerrará el debate destacando los aspectos más significativos de la presión de grupo.

#### **1.4. Cuarta etapa: Intervención grupal a padres de familia y docentes**

Intervenir con la familia a través de psicoeducación sobre estructura familiar, elementos de la estructura familiar, funcionalidad, disfuncionalidad, y estructuración de las reglas y límites

con la finalidad de destacar a importancia de mantener buenas relaciones intrafamiliares. Presentación del grupo. Psicoeducación en 2 sesiones permitiendo que los padres de familia y docentes participen activamente.

#### **a) Estructura familiar**

La estructura familiar es el conjunto de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia, una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales, estas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan el sistema, las pautas transaccionales regulan la conducta de los miembros de la familia, pero debe existir una jerarquía de poder en la que los padres y los hijos poseen niveles de autoridad diferentes, también debe existir una complementariedad de las funciones, en la que el marido y la esposa acepten la interdependencia y operen como un equipo (Minuchin, 1982).

#### **b) Elementos de la estructura familiar**

Los elementos que componen a la estructura familiar según Garibay, (2013) son:

- Los miembros de la familia: Constituidos por padres, hijos si es que nos referimos particularmente a la nuclear, aunque se pueden incluir a abuelos, tíos o parientes que vivan o convivan de modo significativo con ellos.
- Demandas funcionales: Aquellas expectativas implícitas o explícitas que se fijan entre los miembros de la familia, como expectativas están aquellas que cada miembro espera del otro.
- Las pautas: Las pautas señalan el modo, el tiempo y las personas con las cuales el miembro puede relacionarse, normativizan la conducta de cada miembro de la familia y son mantenidas gracias a dos sistemas de coacción: 1) uno genérico y comprende las reglas universales que dirigen la organización familiar, 2) otro idiosincrásico e implica las expectativas comunes de los distintos integrantes de la familia.

- Las reglas: Regulan las conductas e interacciones, favoreciendo el desarrollo de las pautas así como de la estructura, además prescriben y limitan las acciones de los individuos, adecuando su interacción en un sistema de una estabilidad razonable.
- Los límites: Definidos por Minuchin (1982) como aquellas reglas que establecen quienes participan y de qué modo, siendo su función la de proteger la diferenciación del sistema, para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites deben ser claros y definirse con precisión para que permitan a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferir. Los tipos de límites según Minuchin (1982) son:
  - Rígido: autoritarios, impermeables.
  - Flexibles: negociables, normales, semipermeables.
  - Porosos.: difusos, débiles, invasivos, permeables.
- Las funciones: Cumplen dos objetivos, en primer lugar la protección psicosocial de los miembros, así como la acomodación a la cultura imperante, lo que permite, justamente, la continuidad de dicha cultura, es importante destacar que cada subsistema familiar tiene funciones específicas, las cuales conllevan a demandas puntuales a sus integrantes.
- Los roles: Son la totalidad de expectativas y normas que una familia tiene respecto a la posición y conducta de un individuo en la familia; el rol es equivalente a las expectativas de conducta que son dirigidas hacia un individuo en una situación o contexto dado.
- Las jerarquías: Son las posiciones que ocupan los distintos miembros de la familia con relación al ordenamiento jerárquico dentro del sistema, que marca subordinación o supra ordenación de un miembro respecto a otro y define la función del poder y sus estructuras en las familias.
- Alianzas y coaliciones: Dos o más integrantes del grupo se unen para ejecutar una acción o una empresa que excluiría a un tercero, por su parte, la coalición es una acción conjunta entre dos o más integrantes del grupo contra un tercer miembro; la oposición contra un tercero puede expresarse por medio del conflicto, de la exclusión, entre otras formas.

- La triangulación: Tratar de solucionar los conflictos interpersonales entre dos miembros de la familia, incluyendo a una tercera, las características de la tercera persona, en especial sus problemas, son el centro de atención de las interacciones en las que participan los tres individuos

### **c) Funcionalidad familiar**

Para Zaldivar Perez, (2003) el funcionamiento familiar es aquel que le posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados, entre los cuales podemos citar los siguientes:

- La satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros.
- La transmisión de valores éticos y culturales.
- La promoción y facilitación del proceso de socialización de sus miembros.
- El establecimiento y mantenimiento de un equilibrio que sirva para enfrentar las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital.
- El establecimiento de patrones para las relaciones interpersonales (la educación para la convivencia social).
- La creación de condiciones propicias para el desarrollo de la identidad personal y la adquisición de la identidad sexual.

Además, como indicadores de un funcionamiento familiar adecuado puede considerarse la flexibilidad en las reglas y roles familiares, es decir que estas no sean rígidas, que no se impongan, sino que sean claras y que se asuman conscientemente por los miembros existiendo complementariedad entre los integrantes del sistema familiar para su cumplimiento, con el objetivo de evitar la sobrecarga y sobre exigencia en algún miembro; sin embargo, cuando analizamos este indicador desde el concepto de género nos damos cuenta que están indiscutiblemente relacionados y que las problemáticas del rol de género, en cuanto a las

normas establecidas para cada sexo, imposibilita en muchos hogares su comportamiento adecuado, manteniéndose, por lo general, un modelo tradicional de distribución de las tareas domésticas que da a la mujer la mayor responsabilidad ante ellas y mantiene el hombre un rol periférico, Herrera Santi P (2000).

#### **d) Disfuncionalidad familiar**

Para la autora Herrera Santi (1997), la familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía, (por ejemplo: la madre que pide autorización al hijo para volverse a casar) y cuando la jerarquía se confunde con el autoritarismo

Así mismo, según Clavijo (2011) en la disfuncionalidad se encuentra evidente el desajuste en lo social, y suele existir casi seguro un sufrimiento psicológico a través de la expresión de múltiples emociones, sentimientos y conductas negativas en los miembros de la familia.

Por esta razón Rangel, Valerio, Patiño, y García (2004) consideran que la disfunción familiar es un factor predisponente para el desarrollo de conductas en los adolescentes, ya que en su estudio denominado “funcionalidad familiar en la adolescente embarazada” identificó que la disfunción familiar constituye en realidad un riesgo que se agrava si está asociado con la edad, escolaridad, ocupación, estado civil actual, por lo que las adolescentes requieren de mayor participación al momento de tomar decisiones que afecten a la familia, que se les distribuya de manera responsable, se les confiera libertad para tomar decisiones sobre su vida, de acuerdo a su grado de madurez y bajo la supervisión de los padres, mayor calidad del tiempo disponible para compartir, demostraciones de confianza, solidaridad y sobre todo afecto.

#### **e) La estructuración de normas y límites**

Al hacer la descripción de los estilos parentales, se manifiesta que el manejo de la autoridad y de la expresión de afectividad, ayudan a definir los diversos estilos o patrones de crianza. Se

nota que el llamado estilo autoritativo o de padres-guía, es el que más favorece el desarrollo óptimo de la vida psicoafectiva de los hijos. Por lo mismo, es necesario hacer mayor claridad sobre cuáles son los elementos que caracterizan dicho estilo. Ajá Eslava (2013) en su manual de talleres psicoeducativos para padres y madres explica que existen tres elementos fundamentales en el correcto ejercicio de la sana autoridad: la claridad, la firmeza y la justicia.

- *La claridad normativa*

Este aspecto hace referencia a que las normas, las reglas, los límites, los premios, los castigos, los permisos, los privilegios y las restricciones, deben estar establecidos con detalle, exactitud y precisión, es decir, deben ser claros. Las normas están presentes en todos los ámbitos de la vida cotidiana, por ejemplo, en los contratos laborales, en el manual de convivencia del colegio, en los contratos por la prestación de servicios como la telefonía celular, etc.

- *La firmeza en los mandatos.*

Este aspecto se refiere a ser consistente en el mantenimiento de las reglas y evitar al máximo las llamadas “excepciones”, terceras o cuartas “segundas oportunidades”, o “la próxima vez...”. En ocasiones la firmeza es confundida con la rudeza, con el maltrato, con la grosería o incluso, con la falta de respeto.

Nada más alejado de la realidad. Se puede ser muy firme sin perder la compostura o tener que recurrir a gritos o acciones agresivas, la ira o el enfado como emociones en el momento de corregir a los hijos, no son las más aconsejables

- *El sentido de justicia.*

Debemos reconocer que con frecuencia los adultos fallamos en ejercer el sentido de justicia. Se es injusto cuando se premia o se castiga en exceso o cuando se deja de hacerlo. Se es justo, cuando hay un adecuado sentido de las proporciones entre aquello que se hace y lo que se obtiene a cambio.

Se es justo, cuando la norma es aplicativa para todos los miembros del grupo, no solo para algunos. Se actúa de manera injusta cuando la consecuencia que genera una acción es excesivamente drástica. Por ejemplo, cuando algunos padres amenazan a sus hijos con expulsarlos de la casa si cometen una determinada acción. Lo anterior no justifica caer en el otro extremo, en el cual no importa lo que haga o deje de hacer el joven, nunca hay consecuencias que asumir. En este caso también se está actuando injustamente.

El último punto que hay que mencionar con respecto al sentido de la justicia, es que la semilla de la rebeldía es precisamente la injusticia.

Todo lo contrario: para saber mandar, primero hay que saber

Obedecer la obediencia es el primer escalón en el camino de la autonomía.

“La forma óptima de desarrollo se encontraría en un ejercicio del autocontrol asociado a normas y reglas claras dentro del contexto social en el que se ejercita la conducta” (Fernández-Hermida y Secades-Villa, 2010)

#### **1.4.2. Segunda fase: psicoeducación II parte.**

En esta fase se les explicará a los padres de familia y docentes temas sobre los efectos del alcohol y sus niveles de consumo; mitos y verdades sobre el consumo de alcohol (factores de riesgo y factores protectores), temas ya abordados con los estudiantes.

#### **1.4.3. Tercera Fase: Economía de fichas**

Rizo Ruiz (2014) explica que ésta técnica permitirá el uso adecuado de reforzadores positivos y manejo eficaz de contingencias y en técnicas de resolución de problemas para fortalecer conductas deseadas y reducir las desadaptativas.

En esta sesión se pone en marcha la negociación de la economía de fichas que se utilizará con los adolescentes en casa, el mismo que se lo puede construir durante la sesión con los padres tomando en cuenta la problemática existente.

De esta manera, si el/la adolescente consigue a lo largo del día un mínimo de 5 reforzadores podría salir de 1,30 a 2 horas con sus amigos entre semana después de haber terminado sus tareas.

Del mismo modo, si obtiene 25 puntos, podrá salir con los amigos, viernes o sábado hasta la hora acordada entre padre/madre e hijos.

De 30 puntos a 45 puntos semanales, podría elegir entre libros, revistas de moda (mujeres) o tickets para el cine, juego para play station (hombres).

También podía acumular los puntos de varias semanas para un reforzador de mayor valor.

### **1.5. Quinta etapa: Seguimiento**

Desde esta perspectiva nos proponemos en toda intervención clínica planificar una serie de sesiones de tratamiento con el ánimo de evaluar las últimas fases del tratamiento, se trata de planificar y registrar lo que realmente se hace en sesión.

El objetivo en esta fase es determinar la evolución o involución de los estudiantes a través del dialogo con los padres y adolescentes. La labor del terapeuta no es sino reforzar el afrontamiento del problema y favorecer la exposición a situaciones nuevas, similares a las entrenadas en sesión, en las que el cliente compruebe sus actuales habilidades, aprendidas en las sesiones de tratamiento, para que finalmente desaparezcan sus sentimientos de incapacidad.

A continuación se detalla el procedimiento y objetivos de cada etapa a realizar:



## 1ra Etapa: demanda del paciente

| Técnicas                                     | Objetivos o resultados esperados   | Procedimiento  | Numero de sesiones | Tiempo     |
|--|--|--|--------------------|------------|
| Entrevista psicológica individual y familiar | -determinar la demanda explícita e implícita del paciente y sus familiares | <p><b>-Historia Clínica psicológica</b></p> <p>Una vez establecido el rapport y empatía se procede a realizar la Historia Clínica reuniendo todos los datos disponibles que permiten descifrar y explicar el curso de la vida del paciente en cuanto interesa para su estudio. Dentro de esos datos se incluyen los personales (biológicos, funcionales, emocionales, etc.) familiares, escolares, sociales, laborales, etc.</p> | 1 sesión           | 60 minutos |

## 2da Etapa: Diagnóstico

| Técnicas  | Objetivos o resultados esperados  | Procedimiento  | Numero de sesiones | Tiempo     |
|---|---|--|--------------------|------------|
| -Evaluación psicológica<br>-Aplicación de reactivos | -Determinar el diagnostico mediante la evaluación.<br>-Aplicación de reactivos psicológicos | <p><b>- Apgar familiar</b></p> <p>El Apgar familiar sirve para diagnosticar una posible disfunción familiar y establecer los parámetros por los cuales la salud funcional de la familia pudiera ser medida, el test consta de 5 preguntas con tres opciones de respuesta (casi siempre, algunas veces, casi nunca) tomando en cuenta cinco componentes básicos de la función familiar:</p> <p>1 Adaptabilidad, 2 Participación, 3 Crecimiento, 4 Afecto, 5 Resolución.</p> <p><i>Interpretación:</i> una vez aplicado el test se suman los puntajes</p> <p>A.F. BAJO: 0-3 puntos<br/>           A.F. MEDIANO: 0-6 puntos<br/>           A.F. ALTO: 07-10 puntos</p> <p><b>Test de Autoestima de Rosenberg (RSE)</b></p> <p>Para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. La escala</p> | 1 sesión           | 45 minutos |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  | <p>consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia autoadministrada.</p> <p><i>Interpretación:</i> una vez aplicado el test se suman los puntajes</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 30-40 puntos: Autoestima elevada</li><li>• 26-29 puntos: Autoestima media</li><li>• Menos de 25 puntos: Autoestima baja</li></ul> |  |  |
|--|--|--|--|--|

## 3ra etapa: Señalamiento de técnicas (intervención grupal con estudiantes)

| Técnicas   | Objetivos o resultados esperados  | Procedimiento   | Número de sesiones | Tiempo     |
|--|---|---|--------------------|------------|
| -Psicoeducación<br>-Técnica del árbol de logros<br>-Entrenamiento asertivo<br>- Role-playing | 1. Realizar psicoeducación con la finalidad de desarrollar discernimiento en los estudiantes sobre la ingesta de alcohol<br><br>2. Fortalecer autoestima resaltando los valores, capacidades y motivaciones con las que cuenta a fin de conocer las fortalezas y debilidades al momento de afrontar una situación | Todos los objetivos serán trabajados desde el enfoque del paradigma de la integración en psicoterapia, se empezará hablando acerca de:<br><br><b>Primera Fase: Psicoeducación</b><br><br>Se realizara la presentación del grupo y se exponen los objetivos de esta fase para continuar con los temas preparados:<br><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Efectos del alcohol</li> <li>• Niveles de consumo</li> <li>• Mitos y verdades sobre el consumo de alcohol</li> <li>• Factores de riesgo y factores protectores</li> </ul><br><b>Segunda Fase: Fortalecimiento de autoestima</b><br><br>Antes de continuar con la técnica del árbol de logros se hace una retroalimentación de lo expuesto anteriormente y luego se explica el objetivo de la segunda fase. | 2 sesiones         | 45 minutos |
|  |   |   | 1 sesiones         | 45 minutos |

|  |   |   |          |            |
|--|---|---|----------|------------|
|  | <p>3. Entrenamiento en asertividad y aprender a decir “NO” con la finalidad de prevenir el consumo de alcohol</p> <p>4. Habilidades sociales (role playing)</p> | <p>Se le solicita a paciente realizar 3 listas (valores y capacidades- fortalezas y apoyos- logros y metas) para que posteriormente dibuje un árbol en donde en las raíces coloca la primera lista, en el tronco y ramificaciones escribe la segunda lista y en los frutos la tercera. Una vez finalizado se procede a hacer una reflexión acerca de las cualidades positivas que posee, de aquello que le rodea y le ayuda a ser más fuerte.</p> <p><b>Tercera fase: Asertividad y entrenamiento asertivo</b></p> <p>Esta fase consiste en que el adolescente aprenda a enfrentar situaciones en donde otra persona persiste en su empeño por convencerlos a consumir alcohol. Se procede a los ejercicios, que involucran diversas situaciones en donde los estudiantes deban responder asertivamente. Las sesiones de entrenamiento asertivo se diseñarán así:</p> <p>A. Se identificaran situaciones que requieran de comportamiento asertivo. (personas persistentes incitándole a consumir alcohol)</p> | 1 sesión | 45 minutos |
|--|---|---|----------|------------|

|  |  |   |          |            |
|--|--|---|----------|------------|
|  |  | <p>B. Se estructuran escenas con la mayor exactitud posible.</p> <p>C. Se describen algunos componentes básicos de las habilidades asertivas verbales y no verbales</p> <p>D. El psicólogo modela, según el caso, se discuten y aclaran dudas, luego se llevan a cabo ensayos conductuales y se repite hasta que el/la adolescente emita la respuesta asertiva deseada.</p> <p>E. Se discute acerca de su ejecución y se corrigen los problemas o dificultades en la realización del ejercicio.</p> <p>F. Se programan tareas en casa que le permiten ensayar la nueva respuesta.</p> <p><i>Tareas para casa:</i> Se diseñara un registro de entrenamiento asertivo y se solicita a los estudiantes que lo completen en casa</p> <p>La tarea en la que se trabajará será: Conversaciones familiares.</p> <p><b>Cuarta fase: role playing</b></p> <p>Esta técnica pretende facilitar la adquisición de capacidades como la perspectiva social. Este proceso constará de 4 fases:</p> | 1 sesión | 45 minutos |
|--|--|---|----------|------------|

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  | <p>Motivación, preparación de la dramatización, realización de dramatización, debate.</p> <p><b>Caso a tratar:</b> Un grupo de amigos/as está reunido en la plaza del pueblo donde siempre quedan antes de ir a la discoteca. Dos amigos/as del grupo ya han consumido en varias ocasiones cocaína y alcohol; y ofrecen a los demás ya que creen que así la noche será mejor</p> |  |  |
|--|--|--|--|--|

4ta etapa: Intervención grupal a padres de familia y docentes

| Técnicas  | Objetivos o resultados esperados   | Procedimiento  | Número de sesiones | Tiempo     |
|---|--|--|--------------------|------------|
| <p>-Psicoeducación</p> <p>-Economía de fichas</p> | <p>1. Intervenir con la familia a través de psicoeducación con la finalidad de destacar a importancia de</p> | <p>Antes de dar paso a la exposición se realiza la presentación del grupo y se solicita su participación activa, además de explicar los objetivos de la misma.</p> <p><b>Primera fase: psicoeducación I</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estructura familiar</li> <li>- Elementos de la estructura familiar</li> </ul> | 1 sesión           | 45 minutos |





## Quinta etapa: Seguimiento

| Técnicas                                   | Objetivos o resultados esperados                          | Procedimiento   | Número de sesiones         | Tiempo     |
|--|---|---|----------------------------|------------|
| Entrevista psicológica directa e indirecta | -Determinar la evolución o involución de los adolescentes | <p>Desde esta perspectiva nos proponemos en toda intervención clínica planificar una serie de sesiones de tratamiento con el ánimo de evaluar las últimas fases del tratamiento, se trata de planificar y registrar lo que realmente se hace en sesión.</p> <p>El objetivo en esta fase es determinar la evolución o involución de los estudiantes a través del dialogo con los padres y adolescentes. La labor del terapeuta no es sino reforzar el afrontamiento del problema y favorecer la exposición a situaciones nuevas, similares a las entrenadas en sesión, en las que el cliente compruebe sus actuales habilidades, aprendidas en las sesiones de tratamiento, para que finalmente desaparezcan sus sentimientos de incapacidad</p> | 2 sesiones<br>cada 15 días | 45 minutos |

## VIII. BIBLIOGRAFÍA

- Ackerman, N. (1977). *Diagnostico y tratamiento de las relaciones familiares*. Hormé.
- Ajá Eslava, L. (2013). *Talleres de apoyo psicoeducativos para padres y madres*. Bogotá: Vistagraf. Obtenido de [http://www.educacionbogota.edu.co/archivos/Temas%20estrategicos/Convivencia/2015/Prevencion%20sustancias%20sicoactivas/Previniendo\\_y\\_tratando\\_suicidio-y-adicciones-Padres.pdf](http://www.educacionbogota.edu.co/archivos/Temas%20estrategicos/Convivencia/2015/Prevencion%20sustancias%20sicoactivas/Previniendo_y_tratando_suicidio-y-adicciones-Padres.pdf)
- Alberti, R., y Emmons, M. (1977). *your perfect right: A guide to assertive behavior*. San Luis Oispo, California: Impact.
- Allen, D. (2003). Treating the cause not the problem: Vulnerable young people and substance misuse. *Journal of Substance Use*, 8, 42-46.
- American Psychiatric Association. (2000). *Manual Diagnostico y Estadistico de los Trastornos Mentales*. Washington DC: Masson.
- Becoña, E. (1999). *Bases Teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Berger, S. (2007). *Psicología del desarrollo*. Madrid: Panamericana.
- Bernal, A., Rivas, S., y Urpí, C. (2012). *Educación familiar. Infancia y adolescencia*. Madrid: Piramide.
- Bernard, I., y Risle, M. (1998). *Manual de orientación*. Chile: S.E.
- Boscolo, L. (1998). *La terapia familia en transformación*. Buenos Aires: Mony Claim.
- Bradshaw, J. (2000). *La Familia*. Florida: Selector.
- Buelga, S., y Musitu, G. (s/f de s/f de 2006). *Famille et Adolescence: Prévention de conduites à risque*. Obtenido de <https://www.uv.es/lisis/sofia/preventionconduitesRennes.pdf>
- Cadena Agroindustrial. (2004). El producto y el entorno internacional. En c. Agroindustrial, *etanol* (pág. 5). Nicaragua: IICA.
- Cami, A., y Dealbert, I. (2009). Introducción al trabajo familiar en casos de vulnerabilidad. *Introducción al trabajo familiar en casos de vulnerabilidad* (págs. 5-10). Córdoba: Plataformas Sociales Salesianas.
- Caplan, M. (1980). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Carvalho, V., Pinsky, I., R, d. S., y Carlini-Cotrim, B. (1995). Drug and alcohol use and family characteristics: A study among Brazilian high-school students. *PubMed*, 65-72.
- Casas Rivero, J., y Ceñal Gonzalez, M. (2005). *Desarrollo del adolescente: Aspectos físicos, psicológicos y sociales*. Obtenido de [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo\\_adolescente\(2\).pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente(2).pdf)
- Casla Herrero, M. G. (31 de Octubre de 2012). *cuaderno de viaje de una psicopedagoga*. Obtenido de <http://cuadernodeunafuturapsicopedagoga.blogspot.com/2012/10/la-tecnica-del-arbol.html>
- Castillo, G. (2009). *El adolescente y sus retos*. Madrid: Pirámide.
- Cherlin, A., y Furstenberg, F. (1994). *Step families in the United States: A reconsideration in J. Blake y J. Hagen (Eds.)*. Palo Alto, CA: Annual Reviews.
- Clavijo, A. (2011). *Crisis familia y psicoterapia*. Habana: Ciencias médicas.
- Coleman, J., y Hendry, L. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Morata.
- Comisión Nacional para el desarrollo y vida sin drogas DEVIDA. (1 de Diciembre de 2014). *Manual para la prevención del consumo de drogas. Proyecto descentralización de políticas de drogas en los países andinos Perú*. Obtenido de [http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento\\_institucional/savia/PDF/guias/manual%20de%20prevencion.pdf](http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/PDF/guias/manual%20de%20prevencion.pdf)

- Cortés, M. T., Espejo, B., Martín, B., y Gómez-Íñiguez, C. (2010). Tipologías de consumidores de alcohol dentro de la práctica del botellón en tres ciudades españolas. *Psicothema*, 22, 363-368.
- Desrichard, O., y Denarie, V. (s/f de s/f de 2005). *Sensation seeking and negative affectivity as predictors of risky behaviors: A distinction between occasional versus frequent risk-taking*. Obtenido de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.529.3001&rep=rep1&type=pdf>
- Dirección Corporativa de Administración .Subdirección de Servicios de Salud. (s.f. de s.f. de s.f.). *adolescencia. PEMEX*. Recuperado el 22 de febrero de 2016, de <http://www.pemex.com/servicios/salud/TuSalud/MedicinaPreventiva/Documents/adolescencia.pdf>
- Donas Burak, S. (1998). *Protección, riesgo y vulnerabilidad: Sus posibles aplicaciones en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud integral de los adolescentes y las adolescentes*. Obtenido de <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/CasosModulos/CasosModulo4Ap.html>
- Dulanto, E. (1989). *El Adolescente*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- EEguiluz, L. (2003). *Dinámica de la familia* (1ra ed.). México: Pax Mexico.
- Eguiluz, L. (2007). *Dinamica de la familia* (3ra ed.). México: Pax Mexico.
- ejercicios practicos para mejorar tu autoestima*. (22 de diciembre de 2012). Obtenido de [http://portal.uc3m.es/portal/page/portal/cultura\\_y\\_deporte/orientacion/orientacion/bienestar\\_emocional/gestion\\_emociones/Ejercicios-para-mejorar-tu-autoestima.pdf](http://portal.uc3m.es/portal/page/portal/cultura_y_deporte/orientacion/orientacion/bienestar_emocional/gestion_emociones/Ejercicios-para-mejorar-tu-autoestima.pdf)
- Elzo, J. (2002). Comunicación y conflictos. En J. Elzo, *Hijos y padres*. Madrid: FAD.
- Escobar, R. (1992). *El crimen de la droga*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Espada, J., Mendez, X., Griffin, K., y Botvin, G. (2003). Adolescencia: Consumo de alcohol y otras drogas. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 10. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/778/77808402.pdf>
- Esteinou, R. (2006). *Fortalezas y desafíos de las familias en dos contextos: Estados Unidos de America y Mexico*. México: CIESAS, DIF.
- Esteves Lopez, E., Jimenez Gtierrez, T., y Musito Ochoa, G. (2011). *Relaciones entre padres e hijos adolescentes*. Valencia: Nau Libres.
- Estrella, E., y Suarez, M. (2006). Introducción al estudio de la dinámica familiar. *Rampa. Fasciculos CADEC*, 42-43.
- Fernández-Hermida, J., y Secades-Villa, R. (2010). Ética y prevención del consumo de drogas. *Revista Española de drogodependencias*, 4-20.
- Florenzano Urzúa, R. (1998). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Fondo de la Naciones Unidas para Infancia UNICEF. (2011). *Estado Mundial de la Infancia. La adolescencia una época de oportunidades*. UNICEF.
- Gambers, H., y Gonzalez, E. (2005). *¿Sobre qué deciden los adolescentes? Infancia y aprendizaje*. S.E.
- Garibaldi Alvarado, S. (1994). *Jóvenes y drogas*. Distrito Federal: Procuraduría General de la República .
- Garibay, S. (2013). *Enfoque Sistemico: Una introduccion a la psicoterapia familiar*. D.F.: El Manual Moderno.
- Gil-Lacruz, M. (2007). *Psicología social: Un compromiso aplicado a la salud*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.
- Giró, J. (2007). *Adolescentes, ocio y consumo de alcohol*. Madrid: Entinema.
- Goldman, M. S., y Darkes, J. (2004). Alcohol expectancy multiaxial assessment: A memory network-based approach. *Psychological Assessment*, 16, 4-15.

- Gough, E. (1971). The origin of the family". *Journal of Marriage and the Family*, 760-771.
- Grupo Cultural, S.A. (2004). *Las Drogas, Educación y Prevención*. Madrid: Cultural.
- Grupo Previnfad/PAPPS Infancia y adolescencia. (19 de Diciembre de 2012). *Prevencion del consumo de alcohol en adolescentes*. Obtenido de Revista pediatría atención primaria: [http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/\\_IXus51\\_LjPrFG1u0ScQLB0hOPJD3irEC](http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/_IXus51_LjPrFG1u0ScQLB0hOPJD3irEC)
- Guispert, C. (2003). *Asesor de padres, programa de informacion familiar*. Madrid: Oceano.
- Harrocks, J. (1994). *Psicología de la adolescencia*. MEXICO: Trillas.
- Hawkins, D., Catalano, R., y Janet, M. (1992). *Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood: Implications for Substance Abuse Prevention*. Cop\right 1992 the American Psychological Association. Obtenido de <https://cre8tiveyouthink.files.wordpress.com/2011/12/social-developmental-prevention-and-yd.pdf>
- Hemovich, V., Lac, A., y Crano, W. (2011). Understanding early-onset drug and alcohol outcomes among youth: The role of family structure, social factors, and interpersonal perceptions of use. *Psychology, Health & Medicine* , 249–267.
- Herrera Santi, P. (6 de noviembre- diciembre de 2000). *Rol de genero y Funcionamiento familiar*. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252000000600008&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252000000600008&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Herrera Santi, P. M. (s.f. de noviembre- diciembre de 1997). *La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud*. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251997000600013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000600013)
- Hoffman, J., y Johnson, R. (1998). A national portrait a family structure and adolescent drug use . *Revistas indexadas integral*, 60, 633-645.
- Horton, P. B., y Hunt, C. L. (1968). *Sociologia*. Madrid: Castilla.
- Hurlock, E. (1994). *Psicologia de la Adolescencia*. ESPAÑA: Paidós.
- INEC. (2014). La realidad tras las cifras. *Revista posdata*, 6.
- Instituto Nacional de Abuso de Drogas. (Septiembre de 2004). *Cómo prevenir el uso de drogas en niños y adolescentes*. Obtenido de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/como-prevenir-el-uso-de-drogas/capitulo-1-los-factores-de-riesgo-y-los-factores-de-proteccion/cuales-son-los-fa>
- Jessor, R., Costa, F. M., Kreuger, P. M., y Turbin, M. S. (2006). A developmental study of heavy episodic drinking among college students: The role of psychosocial and behavioral protective and risk factors. *Journal of Studies on Alcohol*, 67.
- Krimmel, D., y Weiner, I. (1998). *La adolescencia: una transición al desarrollo*. Barcelona: Ariel psicología.
- Lefrancois, G. (2001). *El ciclo de la vida*. universidad de alberra: International Thomson Editores.
- Llavona Uribebarrea, L. M., y Méndez Carrillo, F. X. (2012). *Manual del psicologo de familia*. Madrid: Pirámide.
- Lorenzo Fernandez, P., Ladero Quezada, J. M., Leza Cerro, J. C., y Lizasoain Hernandez, I. (2009). *Drogodependencias Farmacologia. Patologia. Psicologia, Legislacion*. Madrid: Panamericana.
- Louro Bernal, I., Infante Pedreira, O., De la Cuesta Freijomil, D., Perez Gonzalez, E., Gonzalez Benites, I., Perez Pileta, C., . . . Tejera Villareal, G. (2002). *Manual para la intervencion en la salud familiar*. La Habana: Ciencias Medicas.
- Mackintosh, A. M., Earleywine, M., y Dunn, M. E. (s/f de Septiembre de 2006). *Alcohol expectancies for social facilitation: A short form with decreased bias*. Obtenido de

- [https://www.researchgate.net/publication/7410592\\_Alcohol\\_expectancies\\_for\\_social\\_facilitation\\_A\\_short\\_form\\_with\\_decreased\\_bias](https://www.researchgate.net/publication/7410592_Alcohol_expectancies_for_social_facilitation_A_short_form_with_decreased_bias)
- Martinez Navarro, M. d. (s/f de s/f de s/f). *Funcionalidad y disfuncionalidad de la familia*. Obtenido de <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/5/2106/27.pdf>
- Martinez, M. (2013). Diversidad familiar y ajuste psicosocial en la sociedad. *Revista Psicologica*, 6.
- McGoldrick, M. (2000). *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Medina-Mora, M., Galván, F., y Tapia, R. (11 de Abril de 2001). Consumo de drogas entre adolescentes: Resultados de la encuesta nacional de adicciones 1998. *Salud pública de México*, 45. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v45s1/15442.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad . (16 de Enero de 2013). *Alcohol: mitos y realidades*. Obtenido de <http://enfamilia.aeped.es/vida-sana/mitos-realidades-sobre-alcohol>
- Minuchin. (1982). *Familias y Terapia Familiar*. Buenos Aires: Gedisa.
- Miranda, A., y Perez, J. (2005). *Socialización familiar pese a todo. congreso ser adolescente hoy*. Madrid: Fundación ayuda contra la drogadicción.
- Montoro, R. (2004). La familia en su evolución hacia el siglo XXI. *II Congreso La Familia en la Sociedad del Siglo XXI*. Madrid.
- Moos, R. M., S., M. B., y Trickett, E. J. (1984). *Escalas de clima social*. Madrid: TEA Ediciones.
- Morán, R. (2004). *Educandos con desórdenes emocionales y conductuales*. Puerto Rico: La Editorial.
- Murdock, G. (1949). *Social Structure*. New York: The Macmillan Company.
- Nuño Gutierrez, B., y Gonzalez Corteza, C. (21 de Enero de 2004). La representación social que orienta las decisiones paternas al afrontar el consumo de las drogas de sus hijos . *Sakud pública de Mexico*, 46. Obtenido de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v46n2/a05v46n2.pdf>
- Observatorio Español sobre Drogas. (2000). *Encuesta sobre drogas a población escolar*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Olhaberry, M. (2012). estrés materno y configuración familiar: estudio comparativo en familias chilenas monoparentales y nucleares de bajos ingresos\*. *Universitas Psychologica*, 1318.
- Organización Mundial de la Salud. (09 de Mayo de 2003). *Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilizacion en atencion primaria*. Obtenido de [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf?ua=1](http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf?ua=1)
- Organizacion Mundial de la Salud OMS. (1992). *Decima Revision de la clasificacion Internaccional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clinicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Organizacion Panamericana de la Salud. (14 de Mayo de 2014). *siete organos se afectan con frecuencia por el consumo de alcohol*. Obtenido de [http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1208%3Amayo-14-2014&Itemid=356](http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1208%3Amayo-14-2014&Itemid=356)
- Ortigosa Quiles, J. M., Quiles Sebastián, M. J., y Méndez Carrillo, F. X. (2003). *Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familia*. Madrid : Pirámide.
- Papalia , D., Wendkos Olds, S., y Duskin , R. (2002). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia* (novena ed.). México, D.F: Mc Graw-Hill.
- Papalia, D., Duskin Feldman, R., y Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano*. Mdexico: Mc Graw Hill Education.

- Páramo, M. d. (07 de Marzo de 2011). *Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión*. Obtenido de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082011000100009](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100009)
- Paz Navarro, L. d., Rodríguez Roldán, P. G., y Martínez González, M. G. (10 de abril-junio de 2009). *Funcionamiento familiar de alumnos con bajo rendimiento escolar y su comparación con un grupo de rendimiento promedio en una preparatoria de la Universidad de Guadalajara*. Obtenido de [http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu\\_desarrollo/anteriores/10/010\\_Paz.pdf?iframe=true&width=90%&height=90%](http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/10/010_Paz.pdf?iframe=true&width=90%&height=90%)
- Pons, J., y Buelga, S. (s/f de Abril de 2011). *factores Asociados al Consumo Juvenil de Alcohol: Una Revisión desde una Perspectiva Psicosocial y Ecológica*. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-05592011000100008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592011000100008)
- Quiroz, N., Villatoro, V., Juárez, G., Gutiérrez, L., Amador, B., y Medina, I. (2007). La familia y el maltrato como factores de riesgo de conducta antisocial. *Medigraphic*, 47-54.
- Ramírez Ruiz, M., y De Andrade, D. (2015). La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes (Guayaquil-Ecuador). *Revista latinoamericana de enfermagem*. Obtenido de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000700008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000700008)
- Rangel, J. L., Valerio, L., Patiño, J., y García, M. (s.f. de Enero-Febrero de 2004). *Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada*. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un041g.pdf>
- Rizo Ruiz, A. (2014). Intervención cognitivo-conductual en un caso de trastorno negativista desafiante en una adolescente. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 94-95.
- Robles, P. (2004). Violencia y seguridad. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*. Obtenido de <http://criminet.urg.es/recpc/06-r1>.
- Rodrigo, M. J., y Palacios, J. (1998). *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza.
- Santrock, J. (2003). *Psicología del desarrollo en la adolescencia*. Madrid: Mc Graw-Hill.
- Saucedo, J. (2003). *La familia su dinámica y tratamiento*. Washington: Paltex.
- Schaefer, R. (2006). *Introducción a la Sociología*. Madrid: McGraw- Hill Interamericana de España S.L.
- Secades, R. (1996). *Alcoholismo juvenil. Prevención y Tratamiento*. Madrid: Piramide.
- Secades, R., y Fernández Hermida, J. (18 de Diciembre de 2002). *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias*. Obtenido de [http://www.irefrea.eu/uploads/PDF/FHernida\\_Secades\\_2002\\_Intervencion\\_familiar.pdf](http://www.irefrea.eu/uploads/PDF/FHernida_Secades_2002_Intervencion_familiar.pdf)
- Shaffer R, D. (2000). *Psicología del desarrollo Infancia y Adolescencia*. Universidad de Georgia: International Thomson Editores.
- Siise-Siniñez, V. 2. (1998). *Cartilla de indicadores sobre adolescentes ecuatorianos*. Obtenido de <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/ecuador/iinfa/adoles.pdf>
- Sociedad Española de Toxicomanías. (26 de Abril de 2004). *Estudio internacional sobre género, alcohol y cultura. Proyecto "Genasis"*. Obtenido de <http://www.documentacion.edex.es/docs/1104SANest.pdf>
- Sociedad Española de Toxicomanías. (2006). *Tratado SET de trastornos adictivos. Sociedad española de toxicomanías*. Madrid: Médica Panamericana.
- Solís, M. (2012). *Reflexión Académica en Diseño y Comunicación N°XIX*. Buenos Aires: Facultad de Diseño y Comunicación - Universidad de Palermo.
- Tabera, V., y Rodríguez, M. (2010). *Intervención con familias y atención a menores*. S.N.: Editex.

- Tomás, U. (19 de Noviembre de 2010). *Historia Clínica*. Obtenido de <http://elpsicoasesor.com/historia-clinica/>
- Torres García, R. (2013). *La disfuncionalidad familiar y su incidencia en los problemas de lecto-escritura de los alumnos del quinto "A" y "B" de educación básica de la escuela nueve de julio del canto cayambe de la provincia de pichincha año lectivo 2012-2013*. tesis de pregrado. UTPL. Cayambe, Ecuador. Obtenido de [http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/7167/1/Ruth%20Ver%C3%](http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/7167/1/Ruth%20Ver%C3%99)
- Torres, M., y Forns, M. (2004). *Evaluación psicológica modelos y técnicas*. Barcelona: Paidós. Universidad Autónoma de Chile. (22 de Marzo de 2010). *manual para la interveccion en caso-famiia*. Obtenido de <https://cetsocial.files.wordpress.com/2012/04/e1.pdf>
- UTPL, (Noviembre de 2014). *Variables psicosociales y consumo de alcohol en adolescentes de Loja y Zamora*. Recuperado el 30 de 12 de 2015, de [http://smartland.utpl.edu.ec/sites/default/files/Informe\\_final\\_de\\_investigacion\\_sobre\\_el\\_alcoholismo\\_en\\_los\\_jovenes.pdf](http://smartland.utpl.edu.ec/sites/default/files/Informe_final_de_investigacion_sobre_el_alcoholismo_en_los_jovenes.pdf)
- Wagner, K., Ritt-Olson, A., Soto, D., y Unger, J. (2008). *Variation in Family Structure Among Urban Adolescents and Its Effects on Drug Use. Substance Use & Misuse*,. Obtenido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3794458/>
- Walsh, F. (1982). *Conceptualización of normal family functioning*. Nueva York: Guillard Press.
- Zaldivar Perez, D. (2003). *Funcionamiento familiar saludable*. Obtenido de [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitaciontemprana/funcionamiento\\_familiar.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitaciontemprana/funcionamiento_familiar.pdf)
- Zuloaga, J., y Franco, N. (2014). *Adolescencia: una guía para padres*. Palibrio.
- Zurita, F y Alvaro, J. (2014). *Salud y drogas*. Recuperado el 11 de 2 de 2016, de <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/214-337-1-PB.pdf>

## IX. ANEXOS

|   |     |
|---|-----|
| Anexo 1. Encuesta semiestructurada sobre la familia.....            | 86  |
| Anexo 2. Test Audit.....  | 90  |
| Anexo 3.Solicitud de autorización al Rector de la Institución.....  | 93  |
| Anexo 4. Consentimiento informado del Rector de la Institución..... | 94  |
| Anexo 5. Consentimiento informado de los padres de familia.....     | 95  |
| Anexo 6. APGAR familiar.....  | 96  |
| Anexo 7. Historia Clínica Psicológica.....                          | 97  |
| Anexo 8. Hoja de árbol de logros.....                               | 100 |
| Anexo 9. Economía de fichas.....                                    | 101 |
| Anexo 10. Test de Rosenberg (RSE).....                              | 102 |
| Anexo 11. Certificado de traducción del Summary.....                | 104 |
| Anexo 12. Proyecto.....   | 105 |



## ANEXO 1

### ENCUESTA SEMIESTRUCTURADA SOBRE LA FAMILIA

**Nombre**.....

**Edad**.....

**Curso y paralelo**.....

La presente encuesta pretende conocer a qué tipo de familia pertenece. Esta información será manejada confidencial y estrictamente con fines de investigación. Para lo cual solicitamos su participación y autorización bajo el consentimiento informado.

Lea por favor atentamente cada pregunta antes de dar respuesta a la misma.

#### 1. ¿Con quién vive?

Padre ( )

Madre ( )

Abuelos paternos ( )

Abuelos maternos ( )

Tíos ( )

Otros ( )

Especifique.....

#### 2. ¿Qué edad tienen sus padres?

Padre.....

Madre.....

#### 3. La relación con su padre es:

Buena ( )

Regular ( )

Mala ( )

Explique ¿Por qué?.....

**4. La relación con su madre es:**

Buena ( )

Regular ( )

Mala ( )

Explique ¿Por qué?.....

**5. Sus padres están:**

Casados ( )

Unión libre ( )

Se divorciaron / separaron ( )

Se divorciaron /separaron y retomaron la relación ( )

**6. La relación entre sus padres es:**

Buena ( )

Regular ( )

Mala ( )

Explique, ¿Por qué?

.....  
.....**7. ¿Cuántos HERMANOS y HERMANAS de padre y madre tiene Ud?**

HERMANAS.....

HERMANOS.....

ESPECIFIQUE.....

**8. ¿Qué lugar ocupa entre sus hermanos?**

Primero ( )

Cuarto ( )

Segundo ( )

Quinto ( )

Tercero ( )

Otro.....

**9. La relación entre usted y sus hermano/as es:**

Buena ( )

Regular ( )

Mala ( )

**10. ¿Los conflictos en su familia se resuelven?**

Siempre ( ) A veces ( ) Nunca ( )

Explique porque

.....  
 .....

**11. ¿Su familia le escucha?**

Siempre ( ) A veces ( ) Nunca ( )

**12 ¿En su familia se expresa abiertamente muestras de cariño?**

Siempre ( ) A veces ( ) Nunca ( )

**13¿Los miembros de su familia, consumen alcohol?**

Si ( )

No ( )

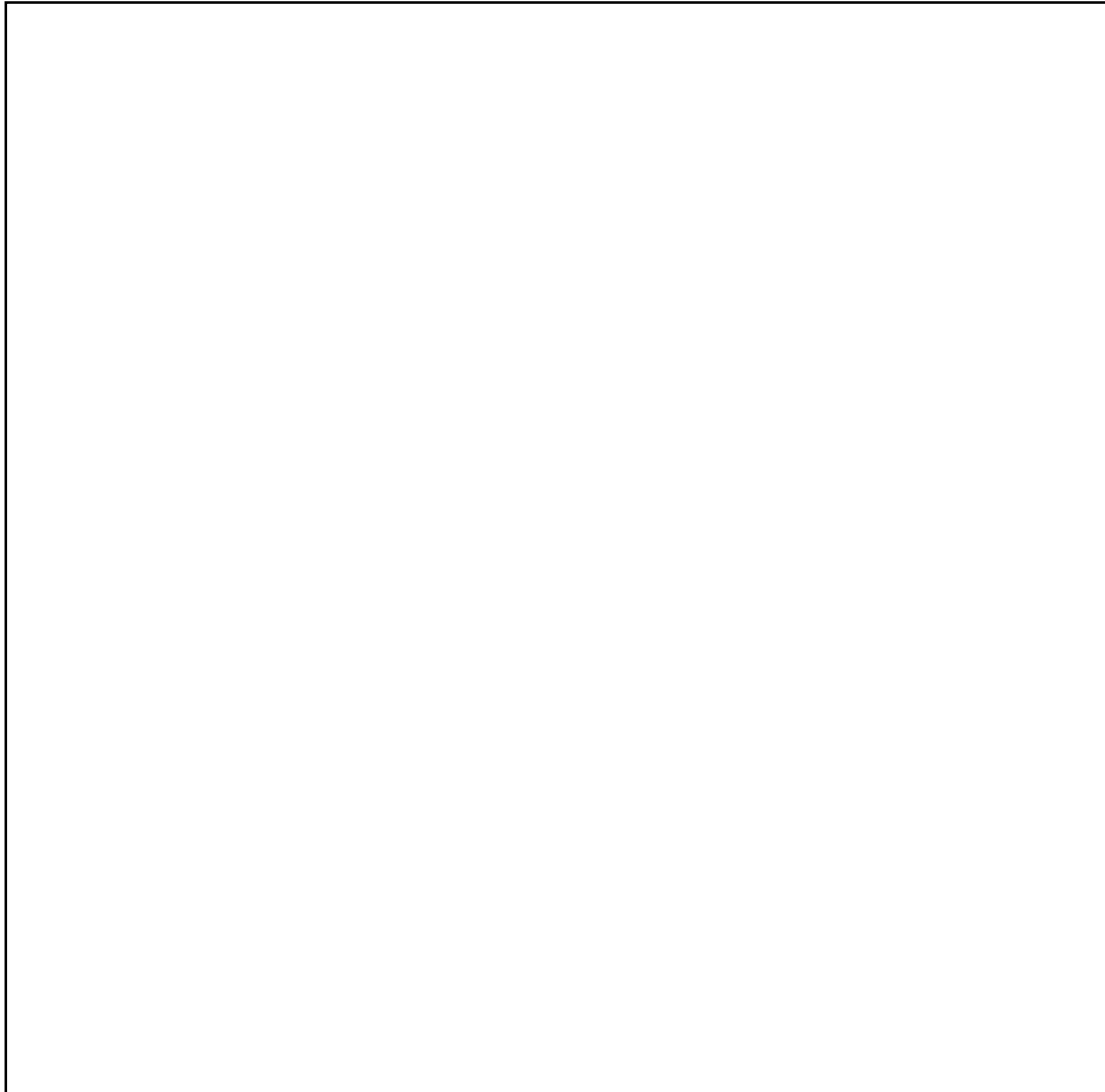
**14 Si la respuesta es afirmativa ¿ésta situación ha provocado?**

Peleas ( )

Agresiones (física, verbal): ( )

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

## Familiograma



**Elaborado por:** La autora

## ANEXO 2

## TEST AUDIT (ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST)

Nombre: .....

Edad.....

Curso y paralelo.....

Conteste a las siguientes preguntas haciendo referencia al último año, para cada pregunta en la tabla siguiente, marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta.

| PREGUNTAS   | 0     | 1                        | 2                     | 3                          | 4                         |  |
|---|-------|--------------------------|-----------------------|----------------------------|---------------------------|--|
| 1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida que contenga alcohol?  | Nunca | Una o menos veces al mes | De 2 a 4 veces al mes | De 2 a 3 veces a la semana | 4 o más veces a la semana |  |
| 2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma durante un día típico en el que ha bebido?                               | 1 o 2 | 3 o 4                    | 5 o 6                 | 7 a 9                      | 10 o mas                  |  |
| 3. ¿Con que frecuencia toma 6 bebidas o más en una sola ocasión?  | Nunca | Menos de una vez al mes  | Mensualmente          | Semanalmente               | A diario o casi a diario  |  |
| 4. ¿Con que frecuencia en el último año ha sentido incapacidad de parar de beber una vez que había comenzado? | Nunca | Menos de una vez al mes  | Mensualmente          | Semanalmente               | A diario o casi a diario  |  |

|  |       |                         |              |              |                          |  |
|--|-------|-------------------------|--------------|--------------|--------------------------|--|
| 5. ¿Con que frecuencia durante el último año no pudo hacer lo que normalmente se esperaba de usted debido a la bebida?   | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente | Semanalmente | A diario o casi a diario |  |
| 6. Durante el último año, ¿con que frecuencia necesitó tomar alguna “bebida alcohólica” por la mañana para poder ponerse en funcionamiento después de una noche de haber bebido mucho? | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente | Semanalmente | A diario o casi a diario |  |
| 7. Durante el último año ¿con que frecuencia se sintió culpable o con remordimientos después de haber bebido   | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente | Semanalmente | A diario o casi a diario |  |
| 8. Durante el último año ¿en cuántas ocasiones no fue capaz de recordar lo que le había pasado la noche anterior por haber estado bebiendo?  | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente | Semanalmente | A diario o casi a diario |  |
| 9. ¿usted u otra persona ha sufrido algún daño como  | No    |                         |              |              |                          |  |

|   |    |  |  |  |                   |  |
|---|----|--|--|--|-------------------|--|
| consecuencia de que usted hubiera bebido?   |    |  | Sí, pero no en el curso del último año |  | Si, el último año |  |
| 10. ¿algún pariente, amigo, médico o profesional sanitario le ha expresado su preocupación por su bebida o le ha sugerido dejar de beber? | No |  | Sí, pero no en el curso del último año |  | Si, el último año |  |
| <b>TOTAL</b>  |    |  |  |  |                   |  |

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

**ANEXO 3**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Loja, 25 de Marzo de 2016

Hno. Eduardo Bartolomé Martínez

RECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL “DANIEL ÁLVAREZ BURNÉO”

Presente.-

De mi consideración:

Yo, Yessenia Anabell Silva Montaña, con C.I. 1104733272, estudiante del quinto año de la carrera de psicología clínica, solicito a usted por medio de la presente que se me autorice aplicar los instrumentos psicológicos dirigidos hacia los estudiantes de 16-17 años de la institución que usted muy acertadamente dirige, con el fin de efectuar el desarrollo de la tesis de investigación titulada “TIPOS DE FAMILIA (NUCLEAR, EXTENDIDA, MONOPARENTAL) Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ESTUDIANTES DE 16-17 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL DANIEL ÁLVAREZ BURNÉO”

Por la favorable atención que se digne dar a la presente desde ya le antelo mi sincero agradecimiento.

Atentamente:

.....

Yessenia Anabell Silva Montaña

Estudiante de psicología clínica



**ANEXO 4**

Loja, Mayo de 2016

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo Hno. Eduardo Bartolomé Ramírez en calidad de rector de la Unidad Educativa Fiscomisional “Daniel Álvarez Burnéo” en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente manifiesto que he sido debidamente informado y en consecuencia autorizo que la Srta. **YESSENIA ANABELL SILVA MONTAÑO**, con C.I. 1104733272 realice su proceso investigativo con el respectivo tema “TIPOS DE FAMILIA (NUCLEAR, EXTENDIDA, MONOPARENTAL) Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ESTUDIANTES DE 16-17 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL DANIEL ÁLVAREZ BURNÉO” teniendo en cuenta que:

1. He comprendido la naturaleza y propósito del procedimiento y
2. He tenido la oportunidad de aclarar mis dudas

Por tanto, declaro estar debidamente informado y doy mi consentimiento expreso para que la Srta. Yessenia Silva realice el proceso investigativo.

.....

Hno. Eduardo Bartolomé Martínez

**ANEXO 5****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo,.....  
como padre/ madre de familia del estudiante .....en  
pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente autorizo que la Srta. **YESSENIA ANABELL SILVA MONTAÑO**, con C.I. 1104733272 aplique a mi hijo/ a los reactivos correspondientes a su proceso investigativo, cuyo tema es “TIPOS DE FAMILIA (NUCLEAR, EXTENDIDA, MONOPARENTAL) Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ESTUDIANTES DE 16-17 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL DANIEL ÁLVAREZ BURNÉO”

.....

C.I

## ANEXO 6

## CUESTIONARIO APGAR DE LA FAMILIA

Nombre.....

Edad..... Fecha.....

|  | CASI SIEMPRE | ALGUNAS<br>VECES | CASI<br>NUNCA |
|--|--------------|------------------|---------------|
| Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa                             |              |                  |               |
| Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas              |              |                  |               |
| Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección.    |              |                  |               |
| Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor. |              |                  |               |
| Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos.   |              |                  |               |

ANEXO 7

**HISTORIA CLINICA PSICOLOGICA**

**1. DATOS DE INFORMACION**

Nombre: .....

Lugar y fecha de nacimiento: .....

Edad: .....

Sexo: .....

Raza: .....

Estado Civil: .....

Número de Hijos: .....

Instrucción: .....

Ocupación: .....

Religión: .....

Lugar de Residencia: .....

Familiar responsable: .....

Ingreso: .....

**2. MOTIVO DE CONSULTA**

.....

.....

.....

.....

.....

**3. EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD**

.....

.....

.....

.....

.....

**4. PSICOANAMNESIS PERSONAL NORMAL Y PATOLOGICA**

Prenatal

.....

.....

.....

.....

.....

Natal

.....

.....

.....

.....

.....

Infancia

.....

.....

.....  
.....

Pubertad, adolescencia y juventud

.....  
.....  
.....

Adultez

.....  
.....  
.....

**5. PSICOANAMNESIS FAMILIAR NORMAL Y PATOLOGICA**

.....  
.....  
.....

**6. HISTORIA SOCIAL**

.....  
.....  
.....

**7. HISTORIA LABORAL**

.....  
.....  
.....

**8. HISTORIA PSICOSEXUAL**

.....  
.....  
.....

**9. EXAMEN DE FUNCIONES PSICOLÓGICAS**

CONCIENCIA: .....

ORIENTACION: .....

ATENCION: .....

INTELIGENCIA: .....

SENSOPERCEPCIONES: .....

MEMORIA: .....

AFECTIVIDAD:.....  
PENSAMIENTO: .....  
VOLUNTAD: .....  
HABITOS: .....

**10. OBSERVACION CLINICA**

.....  
.....  
.....  
.....

**11. EXAMENES PSICOLOGICOS**

.....  
.....  
.....  
.....

**12. DIAGNOSTICO PRESUNTIVO**

.....  
.....

**13. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

.....  
.....  
.....  
.....

**14. DIAGNOSTICO DEFINITIVO**

.....  
.....  
.....

**15. PRONOSTICO**

.....  
.....  
.....

**16. TRATAMIENTO**

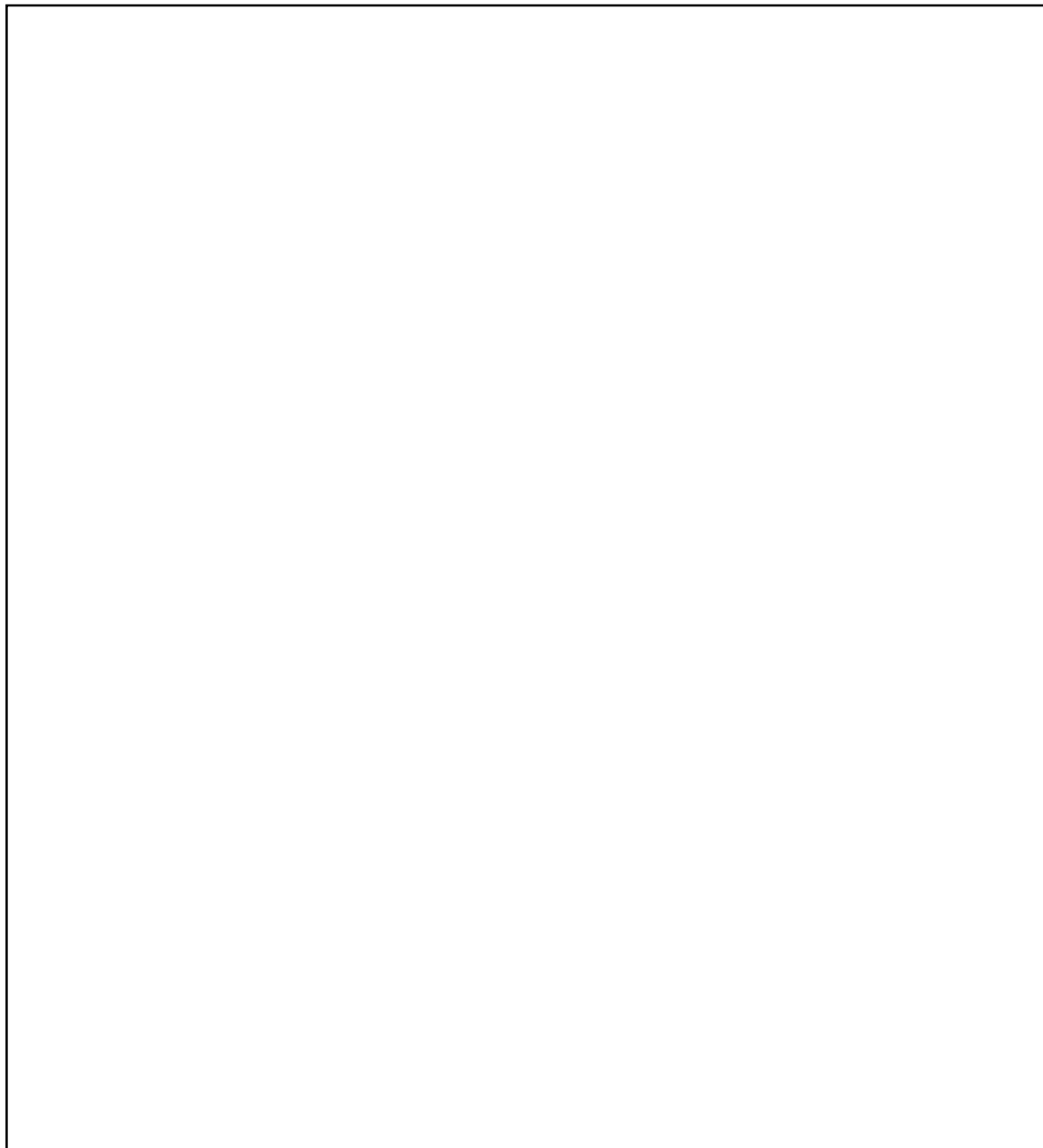
.....  
.....  
.....

**17. RECOMENDACIONES**

.....  
.....  
.....

**ANEXO 8****Árbol de logros**

A continuación dibuje un árbol con raíces, tronco y una gran copa con frutos



**ANEXO 9****Economía de fichas**

|              | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes |
|--------------|-------|--------|-----------|--------|---------|
|              |       |        |           |        |         |
|              |       |        |           |        |         |
|              |       |        |           |        |         |
|              |       |        |           |        |         |
|              |       |        |           |        |         |
|              |       |        |           |        |         |
| <b>Total</b> |       |        |           |        |         |



**ANEXO 10.****TEST DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG**

Nombre.....

Edad..... Fecha.....

A continuación se presenta una serie de preguntas y opciones a responder, por favor encierre en un círculo el literal con el cual usted se identifique

**1. Siento que soy una persona digna, al menos tanto como las demás.**

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

**2. Estoy convencido de que tengo buenas cualidades.**

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

**3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de gente.**

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

**4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.**

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

**5. En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.**

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

**6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.**

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

**7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.**

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

**8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.**

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

**9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.**

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

**10. A menudo creo que no soy una buena persona.**

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

## ANEXO 11



Líderes en la Enseñanza del Inglés

Sr. Carlos Velastegui  
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA. LTDA.

## CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen para el trabajo de titulación denominado: **TIPOS DE FAMILIA (NUCLEAR, EXTENDIDA, MONOPARENTAL) Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ESTUDIANTES DE 16-17 AÑOS, DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL "DANIEL ALVAREZ BURNEO"**, autoría de la alumna Yessenia Anabell Silva Montaña, egresada en la Carrera de Psicología Clínica, de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autoriza a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 02 de diciembre de 2016

Sr. Carlos Velastegui  
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA. LTDA.



*Líderes en la Enseñanza del Inglés*

Fine-Tuned English Cía. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email [venalfine@finetunedenglish.edu.ec](mailto:venalfine@finetunedenglish.edu.ec) | [www.finetunedenglish.edu.ec](http://www.finetunedenglish.edu.ec)

LOJA: Fine-Tuned English, Macará entre Miguel Riofrío y Rocafuerte. 2578899, 2563224, 2574702  
ZAMORA: Fine-Tuned Zamora, García Moreno y Pasaje 12 de Febrero. Teléfono: 2608169  
CATAMAYO: Fine-Tuned Catamayo, Av. 24 de Mayo 08-21 y Juan Montalvo. Teléfono: 2678442

## ANEXO 12. PROYECTO



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**

**Carrera de Psicología Clínica**



TIPOS DE FAMILIA (NUCLEAR, EXTENDIDA, MONOPARENTAL) Y SU RELACIÓN  
CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ESTUDIANTES DE 16-17 AÑOS, DE LA  
UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL “DANIEL ALVAREZ BURNEO”

Proyecto de investigación previo a la obtención del  
título de psicóloga clínica

Autora: Yessenia Anabell Silva Montaña

*No todos ocupan los  
mejores puestos, sino  
los más preparados,  
aunque no sean genios.*

**a. Tema:**

TIPOS DE FAMILIA (NUCLEAR, EXTENDIDA, MONOPARENTAL) Y SU RELACIÓN  
CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ESTUDIANTES DE 16-17 AÑOS, DE LA  
UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL “DANIEL ÁLVAREZ BURNÉO”

## **b. Problemática**

La familia es una parte crucial de la vida de cualquier ser humano, en la actualidad existen diversos tipos de familia pero todas cumplen con el propósito de formar individuos (Moos, S., y Trickett, 1984).

Existen diversos factores de riesgo que aumentan la probabilidad de que los adolescentes consuman alcohol y/o drogas, una de las principales es la disfunción familiar; autores como Quiroz, y otros (2007) identificaron que las familias de los adolescentes con problemas de conducta externalizadas, se caracterizan por experimentar mayor hostilidad y rechazo parental, menor comunicación intrafamiliar, menor apoyo hacia los hijos y mayor presencia de disciplina negativa severa en comparación con los chicos sin problemas conductuales.

Por su parte, Hoffman y Johnson (1998) encontraron que los adolescentes provenientes de familias monoparentales y reestructuradas tienen mayores probabilidades de consumir drogas.

Datos citados por UNICEF, de acuerdo a un estudio realizado por Medina-Mora, Galvan, y Tapia (2001) mencionan como el índice de consumo de drogas era menor en los niños, niñas y adolescentes cuando su familia se encontraba intacta (mantenían la convivencia con ambos padres) y que se incrementaba cuando se trataba de familias monoparentales, cuando la familia había sido reconstruida, cuando el menor había formado su familia en la calle, y, alcanzaba su máxima expresión cuando los menores no vivían en familia.

En el caso de las familias, donde convive el dúo parental con sus hijos, como en aquellas familias que se ven envueltas en un problema de adicción, por parte de los hijos, el padre venía desempeñando un rol periférico o ausente hasta antes del descubrimiento del fenómeno y que, cuando era descubierto éste, el padre se involucraba más en el cuidado de los hijos pero sólo como un reproche hacia la supuesta falla materna con quien se relaciona tradicionalmente el papel de cuidador. (Nuño Gutierrez y Gonzalez Corteza, 2004)

La relación que se establece entre adolescencia y consumo de sustancias tóxicas obedece a múltiples factores, entre los que destaca un amplio sentido de frustración de las expectativas de desarrollo, y bienestar en un mundo deshumanizado e injusto, donde priva la competencia, la intolerancia, y la hostilidad, a propósito del importante papel que juegan los desajustes e incertidumbres psicosociales ocasionadas por la transición de la niñez a la adolescencia y de esta a la vida adulta, de tal suerte que la población adolescente constituye uno de los sectores más vulnerables ante los ataques de los intereses comerciales creadores de necesidades y de estereotipos; por tanto no es un hecho aislado que la población consumidora de drogas sea mayoritariamente joven y que, en el caso específico de México la edad promedio de inicio en el consumo de sustancias tóxicas sea en un más del 50% entre los 12 y 17 años, o que más de la mitad del total de personas que presentan el síndrome de dependencia alcohólica tengan entre 18 y 29 años de edad. (Garibaldi Alvarado, 1994)

Cualquier tipo de alteración en las relaciones familiares provoca consecuencias inmediatas y/o a largo plazo, impactando a los integrantes más susceptibles, que se convierten en portavoces de la problemática interna familiar que en la mayoría de los casos son los hijos, especialmente si están pasando por la niñez o adolescencia; dicho esto cabe señalar que los hijos pueden generar notables cambios que son percibidos con facilidad, se puede recalcar entre estos: mala conducta dentro y fuera del hogar, bajo rendimiento académico, consumo de sustancias, etc., y es en este último en el cual se enfoca la investigación, puesto que “los datos estadísticos sobre el consumo de bebidas alcohólicas en Ecuador dan cuenta de una sociedad sumida en una cultura del alcohol, cuyo empleo está legitimado en la vida cotidiana, atravesando todas las capas sociales, desde aquellos hogares con ingresos salariales mínimos hasta máximos; pero ¿en qué grupo de edades se evidencia el mayor consumo de este tipo de bebidas?, la mayoría se encuentra en edades de 19 a 24 años, así mismo, si le preguntarían a qué edad empezó a ingerir bebidas alcohólicas, ¿qué respondería?; se realizó esta consulta a

cinco personas mayores de 30 años y todos respondieron entre los 13 y 15 años, datos que confirma la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), el 26,3% de la población de 20 a 59 años que consume alcohol, inició su consumo antes de los 16 años”. (INEC, 2014).

Un informe elaborado por el Consejo de Sustancias Estupefacentes y Psicotrópicas (CONSEP) sobre el consumo y adicción de drogas ilícitas como el alcohol, en la población estudiantil del país, preocupa a las autoridades, dos indicadores de la encuesta muestran datos preocupantes, pues mientras que en el año 2000 la edad promedio para la iniciación del consumo de licor era de 15 a 16 años, hoy está es de 12 años, en el país el 28% de los adolescentes consumen alcohol; en la región Sierra, existe mayor consumo de alcohol con el 36%, por ciudades llama la atención el alto porcentaje de consumo en Quito (46%) y Cuenca (33%), por sexo, las mujeres con el (34%) consumen con mayor frecuencia que los hombres (23%) y el grupo de edad de mayor consumo está entre los 15 y 17 años de edad con 31% (Siise-Siniñez, 1998).

De acuerdo al Informe de investigación del estudio “Variables psicosociales y consumo de alcohol en adolescentes de Loja y Zamora” (2014) de la UTPL la mayor parte de los adolescentes de estas dos provincias, refieren no consumir alcohol, y quienes lo hacen, reportan un consumo categorizado como prudente o de riesgo bajo según la OMS, y asociado a una frecuencia de consumo aproximado de 2 o 3 veces al mes (UTPL, 2014). Sin embargo, existe un porcentaje de adolescentes que sí consumen, debe tenerse en consideración estos datos porque el consumo de alcohol es una de las variables asociadas al deterioro del clima familiar y académico (Zurita, F y Alvaro, J, 2014), con tendencia a agravarse en el tiempo.

Es por ello que se considera que los factores familiares pueden ser una de las variables para el primer contacto con las drogas y que los hábitos y los conflictos que el joven percibe pueden contribuir para una introducción a las costumbres y prácticas sociales (Ramirez Ruiz y De Andrade, 2015).



Con estos antecedentes considero importante contrastar los datos empíricos con los datos científicos con el fin de determinar si, los tipos de familia nuclear, extendida y monoparental se relacionan con el consumo de alcohol en los adolescentes e identificar con qué frecuencia ingiere esta sustancia, por esta razón, este análisis contribuirá, sin duda, a entender mejor el problema del consumo de alcohol y también a diseñar programas de prevención en el consumo de alcohol en adolescentes y en realizar un plan terapéutico con la finalidad de fortalecer las relaciones familiares.

### **c. Justificación**

La carrera de psicología clínica del área de la salud humana de la Universidad Nacional de Loja, siendo una unidad académica que desarrolla procesos científicos, técnicos y humanos de calidad, para la formación de psicólogos clínicos, con valores éticos, que propicia la convivencia armónica y contribuye a la solución de la problemática de la salud mental.

Para el estudio del presente proyecto investigativo se parte del estudio de la familia como eje fundamental de la sociedad, donde el crecimiento, desarrollo y constitución de una persona dentro de un núcleo familiar resulta uno de los fenómenos más complejos de la vida.

La familia es el lugar en donde los seres humanos aprenden mucho sobre sí mismos y también es el lugar en donde se reflejan las crisis que vive la sociedad. De lo que recibimos en nuestra familia depende en gran parte el grado de nuestra salud emocional.

En la sociedad es cada vez más común encontrar problemáticas asociadas con la función familiar, lo que ha provocado una creciente preocupación de los profesionales del área de la salud mental, y por ello considero importante la necesidad de realizar estudios relacionados con los tipos de familia y la influencia en el consumo de alcohol en los hijos adolescentes.

Dichas problemáticas conllevan una gran repercusión, puesto que la ingesta de bebidas alcohólicas se da cada vez a edades muy tempranas ocasionando conflictos en diversos ámbitos como social, académico o personal, por ello mi interés se centra en determinar si los tipos de familia nuclear, extendida y monoparental se relacionan con el consumo de alcohol, en los estudiantes de 16-17 años de la Unidad Educativa Fiscomisional “Daniel Álvarez Burnéo” durante el periodo marzo-junio 2016, dado que éste constituye un problema de gran importancia para la salud e integración social del adolescente ya que se debe tener presente que los hijos asimilan toda esta información y necesitan expresarla de algún modo, por ejemplo con conductas negativistas, desafiantes, miedo, depresión, ansiedad, falta de socialización, y

consumo de sustancias, por ello una atención especializada y oportuna les permite a los adolescentes desarrollar su potencial y llevar una vida productiva.

#### **d. Objetivos**

##### **General**

- Determinar los tipos de familia nuclear, extendida y monoparental y su relación con el consumo de alcohol en los estudiantes de 16-17 años de la unidad educativa fiscomisional “Daniel Álvarez Burnéo”

##### **Específicos**

- Conocer los tipos de familia de los estudiantes de 16-17 años de la Unidad Educativa Fiscomisional “Daniel Álvarez Burnéo”.
- Identificar la existencia y frecuencia de consumo de alcohol en los estudiantes de 16-17 años de la Unidad Educativa Fiscomisional “Daniel Álvarez Burnéo”
- Determinar la relación entre el consumo de alcohol y los tipos de familia de los estudiantes de 16-17 años de la Unidad Educativa Fiscomisional “Daniel Álvarez Burnéo”.
- Realizar un plan terapéutico con la finalidad de fortalecer las relaciones familiares y prevenir el consumo de alcohol en los estudiantes de la institución educativa antes mencionada.

## **e. Esquema de marco teórico**

### **1. FAMILIA**

#### **1.1 DEFINICIÓN**

#### **1.2 ESTRUCTURA FAMILIAR**

##### **1.2.1 ELEMENTOS DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR**

#### **1.3 TIPOS DE FAMILIA**

##### **1.3.1 FAMILIA NUCLEAR**

##### **1.3.2 FAMILIA EXTENDIDA**

##### **1.3.3 PAREJA SIN HIJOS**

##### **1.3.4 FAMILIA MONOPARENTAL**

##### **1.3.5 FAMILIA RECONSTITUIDA**

#### **1.4 FUNCIÓN FAMILIAR**

##### **1.4.1 DEFINICIÓN**

#### **1.5 DISFUNCIÓN FAMILIAR**

##### **1.5.1 DEFINICIÓN**

#### **1.6 FUNCIONES DE LA FAMILIA**

#### **1.7 TIPOS DE FAMILIA CON HIJOS ADOLESCENTES**

### **2. ADOLESCENCIA**

#### **2.1. DEFINICIÓN**

#### **2.2. CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA**

#### **2.3. ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA**

##### **2.3.1. LA ADOLESCENCIA TEMPRANA (DE LOS 11-13 AÑOS)**

##### **2.3.2. LA ADOLESCENCIA MEDIA (DE LOS 14-17 AÑOS)**

##### **2.3.3. ADOLESCENCIA TARDÍA (DE LOS 17-21 AÑOS)**

#### **2.4. PREDISPOSICIÓN DE LA ADOLESCENCIA AL CONSUMO DE ALCOHOL**

## 2.5. LA AUTONOMÍA DEL ADOLESCENTE

## 2.6. EL CONFLICTO INTERGENERACIONAL

## 2.7. FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN

### 2.7.1. FACTORES DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA

### 2.7.2. FACTORES DE PROTECCIÓN EN LA ADOLESCENCIA

## 3. ALCOHOL

### 3.1. DEFINICIÓN

### 3.2. EFECTOS DEL ALCOHOL

### 3.3. CLASES DE BEBEDORES

### 3.4. FACTORES RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES

#### 3.4.1. FACTORES INDIVIDUALES

#### 3.4.2. FACTORES FAMILIARES

#### 3.4.3. FACTORES SOCIALES Y CULTURALES

### 3.5. NIVELES DE CONSUMO DE ALCOHOL: USO, ABUSO Y DEPENDENCIA

### 3.6. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

#### 3.6.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA SÍNDROME DE DEPENDENCIA ALCOHÓLICA SEGÚN CIE-10

#### 3.6.2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA LA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS SEGÚN DSM-IV-TR

### 3.7. PROBLEMAS DERIVADOS DEL ABUSO DE ALCOHOL EN LA ADOLESCENCIA

### 3.8. PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL

#### 3.8.1. REGLAS PARA LA PREVENCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA DIRIGIDAS A LOS PADRES

## **f. Marco teórico**

### **1. Familia**

#### **1.1. Definición**

Como todas las instituciones, la familia es un sistema de normas y procedimientos aceptados para la ejecución de ciertas tareas fundamentales para la sociedad y se define como una agrupación de parentesco que cria y educa a los niños nacidos en su seno y satisface otras necesidades humanas (Horton y Hunt, 1968)

Rodrigo y Palacios (1998) cita a Gough (1971), el mismo que dice: “la familia se define como una pareja u otro grupo de parientes que cooperan en la vida económica y la crianza y educación de los hijos, y que normalmente viven en una residencia común”

Morán (2004), quien considera a la familia como una institución de índole social, señala que:

“La familia (...) es un sistema de normas que guía la interacción entre las personas que están vinculadas por la sangre, el matrimonio y por lazos amorosos; la familia como grupo se refiere a los parientes que viven bajo el mismo techo o lo bastante cerca para tener un trato frecuente que los defina como una unidad familiar única”

Para Schaefer (2006), una familia se puede definir como “un conjunto de personas emparentadas por lazos de sangre, matrimonio o alguna otra relación acordada o adopción que tienen en común la responsabilidad principal de la reproducción y el cuidado de los miembros de la sociedad”.

Martínez Navarro, cita a Ackerman (1977) quien menciona:

“La familia es la unidad básica de desarrollo y de experiencia; es también la unidad básica de la enfermedad y la salud, la familia es como una especie de unidad de intercambio que generalmente tiende a estar en equilibrio, gracias a un proceso de acciones y reacciones llamado dinámica familiar, es la colección de fuerzas positivas y negativas que afectan el

comportamiento de cada miembro de la familia haciendo que ésta como unidad funcione, y la manera de pensar, sentir, actuar y presentarse ante los otros, que cada miembro de la familia tiene, es lo que producirá acercamiento o alejamiento; desarrollo o estancamiento, y un clima de seguridad o de ansiedad y depresión.

Pero, Según Robles (2004):

“La familia es una institución social en la cual a través de las interacciones, se facilita el desarrollo de habilidades, valores, actitudes y comportamientos que, en un ámbito de cariño, apoyo, reconocimiento y compromiso permite la integración de los individuos a la sociedad y para su funcionamiento, a su vez, la familia debe satisfacer las siguientes actividades: lo predecible de la vida de sus miembros; la coordinación de las actividades familiares; la creación de niveles de exigencia; la presencia de un clima de comunicación y apoyo recíproco”

Louro Bernal, y otros (2002) en el Manual para la Intervención en Salud Familiar, presentan la siguiente definición de familia:

“La familia es un componente de la estructura de la sociedad. Como tal se encuentra condicionada por el sistema económico y el periodo histórico-social y cultural en el cual se desarrolla, así mismo se inserta en la estructura de clase de la sociedad y refleja el grado de desarrollo socioeconómico y cultural de la misma; es un grupo que funciona en forma sistémica como subsistema abierto, en interconexión con la sociedad y los otros subsistemas que la componen; debe estar integrado a menos por dos personas, que conviven en una vivienda o parte de ella y comparten o no sus recursos y servicios; la familia incluye cualquier vínculo consanguíneo con independencia del grado de consanguinidad, y no limita el grado de parentesco, además, contempla hijos adoptados o de otros vínculos matrimoniales, sin embargo si no existen vínculos afectivos o de parentesco, se considera familia a aquellos convivientes con relaciones de afinidad que reproduzcan el vínculo afectivo natural entre familiares consanguíneos y parientes”.



Finalmente, Esteves Lopez, Jimenez Gtierrez, y Musito Ochoa (2011) consideran que:

“La familia es la única institución que se encuentra presente en todas las sociedades conocidas, desde la más desarrollada hasta la más primitiva, en la familia existe una sistema de obligaciones y derechos que no está controlado externamente, sino que se rige por los miembros que la constituyen”.

## **1.2 Estructura familiar**

La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia, una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales, estas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan el sistema, las pautas transaccionales regulan la conducta de los miembros de la familia, pero debe existir una jerarquía de poder en la que los padres y los hijos poseen niveles de autoridad diferentes, también debe existir una complementariedad de las funciones, en la que el marido y la esposa acepten la interdependencia y operen como un equipo (Minuchin, 1982).

### **1.2.1 Elementos de la estructura familiar.**

Los elementos que componen a la estructura familiar según Garibay (2013) son:

- Los miembros de la familia: Constituidos por padres, hijos si es que nos referimos particularmente a la nuclear, aunque se pueden incluir a abuelos, tíos o parientes que vivan o convivan de modo significativo con ellos.
- Demandas funcionales: Aquellas expectativas implícitas o explícitas que se fijan entre los miembros de la familia, como expectativas están aquellas que cada miembro espera del otro.
- Las pautas: Las pautas señalan el modo, el tiempo y las personas con las cuales el miembro puede relacionarse, normativizan la conducta de cada miembro de la familia y son mantenidas gracias a dos sistemas de coacción: 1) uno genérico y comprende las reglas

universales que dirigen la organización familiar, 2) otro idiosincrásico e implica las expectativas comunes de los distintos integrantes de la familia.

- Las reglas: Regulan las conductas e interacciones, favoreciendo el desarrollo de las pautas así como de la estructura, además prescriben y limitan las acciones de los individuos, adecuando su interacción en un sistema de una estabilidad razonable.

- Los límites: Definidos por Minuchin (1982) como aquellas reglas que establecen quienes participan y de qué modo, siendo su función la de proteger la diferenciación del sistema, para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites deben ser claros y definirse con precisión para que permitan a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferir. Los tipos de límites según Minuchin (1982) son:

- Rígido: autoritarios, impermeables.
- Flexibles: negociables, normales, semipermeables.
- Porosos.: difusos, débiles, invasivos, permeables.

- Las funciones: Cumplen dos objetivos, en primer lugar la protección psicosocial de los miembros, así como la acomodación a la cultura imperante, lo que permite, justamente, la continuidad de dicha cultura, es importante destacar que cada subsistema familiar tiene funciones específicas, las cuales conllevan a demandas puntuales a sus integrantes.

- Los roles: Son la totalidad de expectativas y normas que una familia tiene respecto a la posición y conducta de un individuo en la familia; el rol es equivalente a las expectativas de conducta que son dirigidas hacia un individuo en una situación o contexto dado.

- Las jerarquías: Son las posiciones que ocupan los distintos miembros de la familia con relación al ordenamiento jerárquico dentro del sistema, que marca subordinación o supraordinación de un miembro respecto a otro y define la función del poder y sus estructuras en las familias.

- Alianzas y coaliciones: Dos o más integrantes del grupo se unen para ejecutar una acción o una empresa que excluiría a un tercero, por su parte, la coalición es una acción conjunta entre dos o más integrantes del grupo contra un tercer miembro; la oposición contra un tercero puede expresarse por medio del conflicto, de la exclusión, entre otras formas.

- La triangulación: Tratar de solucionar los conflictos interpersonales entre dos miembros de la familia, incluyendo a una tercera, las características de la tercera persona, en especial sus problemas, son el centro de atención de las interacciones en las que participan los tres individuos

### **1.3 Tipos de familia**

A continuación, autores como Estrella y Suarez (2006) y Eguiluz (2007), describen los tipos de familia más comunes en la actualidad, debiéndose notar que se usa el término padre en su acepción plural para referir al padre o a la madre:

#### **1.3.1 Familia nuclear.**

“Familia con dos adultos cónyuges que ejercen el rol de padres y viven con sus respectivos hijos, sean estos biológicos, incluyendo a la fertilización in vitro o adoptivos”. Estrella y Suarez, (2006)

El sistema nuclear familiar se define como aislado, constituido a través del matrimonio por esposo y esposa e hijos aun no dependientes y que como unidad familiar viven separados de sus familias de origen; dentro de la familia nuclear encontramos claramente los 3 subsistemas de relaciones familiares: adulto- adulto (entre la pareja), adulto- niño (entre padres e hijos ) y niño- niño (entre hermanos), los elementos de protección del sistema familiar nuclear son mucho más restringidos en la actualidad, debido a la drástica reducción en el número de hijos de las familias de nuestro entorno según Eguiluz (2007).

Eguiluz (2007) en su libro Dinámica de la familia cita a Murdock (1949), quien dice que en la familia nuclear se encadenan 2 variedades:

- La familia de orientación, que es aquella en la que una persona ha nacido y se ha criado
- La familia de procreación, que es la formada por una persona al contraer matrimonio, por su cónyuge y por sus descendientes.

### **1.3.2 Familia extendida.**

Según Esteves Lopez, Jimenez Gutierrez, y Musito Ochoa (2011) “son familias extensas aquellas que siguiendo la línea de descendencia, incluyen como miembros de la unidad familiar a personas de todas las generaciones (abuelos, tíos, hijos, nietos, etc.)”

También nos da su definición Estrella y Suarez (2006), quien afirma que “se trata de una familia con más de dos generaciones conviviendo en el hogar, esto es, por lo menos existe un padre de otra persona que es padre a su vez (viven desde abuelos hasta nietos)”.

En las familias extendidas, la red de afines actúa como una comunidad cerrada, este tipo de estructuras parentales puede incluir a los padres con sus hijos, los hermanos de los padres con sus hijos, los miembros de las generaciones ascendentes: abuelos, tíos abuelos, bisabuelos o de la misma generación; además puede abarcar parientes no consanguíneos, como, medios hermanos o hijos adoptivos, estas características establecen un contraste con la familia nuclear (Cami y Dealbert, 2009).

Diversos estudios han mostrado que la familia extensa desempeña un papel como red social de apoyo familiar; la convivencia diaria con la familia de origen (abuelos) o parientes establece redes de alianza y apoyo principalmente para los padres que trabajan lejos por largo tiempo o para los hijos que inician una familia a corta edad; está comprobado que a menor nivel socioeconómico familiar, más se establecen redes de relación con familiares y parientes, esto hace que vivan muy cerca entre sí o bajo el mismo techo y que se influyan entre si las ideologías y los valores de cada uno de sus miembros en especial en la educación de los menores de edad que viven en ella, la presencia de otras figuras de cuidado diferentes de la madre o padre biológicos desarrolla en el menor una pluralidad de ideologías que puede

confundirlo al intentar marcar límites y adoptar los roles familiares que tendrían que mantener Eguiluz (2003).

### **1.3.3 Pareja sin hijos.**

De acuerdo con Estrella y Suarez (2006) este tipo de familia la constituyen dos adultos cónyuges que por voluntad propia, imposibilidad de procrear o por su etapa en el ciclo de vida, no tienen ni han tenido hijos en común.

### **1.3.4 Familia monoparental.**

“Es aquella familia con un solo padre y su(s) hijo(s) (pudiendo tratarse de un padre soltero, separado/divorciado o viudo)” Estrella y Suarez (2006).

Llavona Uribe Larrea y Méndez Carrillo (2012) también entra en acuerdo con Estrella Suarez (2006) afirmando así que: “estas familias están conformadas por uno de los progenitores con su descendencia, solo por soltería o por divorcio, abandono, emigración o fallecimiento del otro cónyuge”

En este tipo de hogares vive una familia constituida por una madre o un padre sin pareja y que vive, al menos, con un hijo menor de dieciocho años, la mayoría de estas familias están encabezados por mujeres divorciadas que han obtenido la custodia de los hijos, o por mujeres que nunca han estado casadas; los hogares monoparentales son cada vez más habituales, desde el punto de vista de la educación de los hijos se ha discutido mucho sobre las repercusiones de criarse sin padre, lo que se ha relacionado con un variado conjunto de problemas sociales, como el aumento de la delincuencia juvenil, si bien en estos casos puede formularse la hipótesis de que sean la pobreza y la marginación, más que la ausencia de padre, los responsables de esos problemas (Elzo, 2002).

De acuerdo con Guispert (2003) las causas que llevan a ésta composición del hogar se deben a la separación o el divorcio del matrimonio, la viudez de uno de los cónyuges o el ser madre soltera; los problemas y dificultades que el progenitor único debe soportar son variados:

problemas económicos, excesivo apego a los hijos porque estos se convierten en el apoyo emocional, baja disciplina y poco control del comportamiento de los hijos.

### **1.3.5 Familia reconstituida.**

“Familia en la que dos adultos previamente separados o divorciados se hacen cónyuges, y por lo menos uno de ellos tiene hijo(s) de su compromiso anterior que lleva a vivir al hogar común, pudiendo tener o no nueva descendencia”. Estrella y Suárez (2006).

Para Guispert (2003), la formación de un segundo matrimonio, después de la separación por muerte o divorcio de un enlace anterior, implica una situación compleja y cada vez más habitual en nuestra sociedad; estas nuevas familias tienen características distintas a las familias nucleares, y ello requiere un esfuerzo de adaptación tanto de los padres como de los hijos, además hay un conjunto de reglas o principios que deben ser respetados para garantizar su buen funcionamiento, no obstante hay que tener en cuenta que el padre biológico forma parte de la familia reconstituida y que los padrastros nunca pueden ser padres sustitutos, sino en todo caso adicionales, pues el padre biológico es quien tiene los derechos legales y emocionales sobre sus hijos.

Santrock (2003) cita a Dunn, White y Gilbreth (2001) quien dice que los padres actuales se divorcian más que en ningún otro momento de la historia, pero muchos de ellos vuelven a formar una familia, por ello casarse, tener hijos, separarse y volverse a casar lleva tiempo; consecuentemente en las familias reconstituidas hay más niños o adolescentes de primaria o secundaria que bebés o niños pequeños.

Por ello, autores como Cherlin y Furstenberg (1994) agregan que la cantidad de bodas de personas que ya tienen hijos ha ido creciendo progresivamente durante los últimos años conforme han ido aumentando las tasas de divorcio, así mismo la tasa de divorcio es un 10 por 100 superior en los segundos matrimonios que en los primeros debido a los sucesivos matrimonios de los padres, aproximadamente la mitad de los hijos de padres divorciados viven

con un padrastro o madrastra en algún momento durante los cuatro años inmediatamente posteriores al divorcio de sus padres.

Hay distintos tipos de familias reconstituidas, algunos están basados en la estructura familiar, otros en el establecimiento de determinado tipo de relaciones; algunas familias reconstituidas se forman a raíz de la muerte de uno de los progenitores, de todos modos, la gran mayoría de estas familias van precedidas de un divorcio más que de un fallecimiento, así, los tres tipos de estructuras familiares más comunes son: (1) familias con padrastro; (2) familias con madrastra; y (3) familias combinadas o complejas, en las familias con padrastro, la madre obtuvo la custodia de los hijos y se volvió a casar introduciendo a su nueva pareja -el padrastro- en la vida de sus hijos; en cambio en las familias con madrastra, generalmente el padre obtuvo la custodia de los hijos y se volvió a casar, introduciendo a su nueva pareja - la madrastra- en la vida de sus hijos; finalmente en las familias combinadas o complejas, ambos padres introducen a los hijos de matrimonios previos a la nueva familia. (Cherlin y Furstenberg (1994)

### **1.3.Función familiar**

#### **1.3.1. Definición.**

Se considera una familia funcional cuando las tareas o roles asignados a cada miembro están claros y son aceptados por éstos, y es importante también que para que una familia sea funcional que no haya sobrecarga de rol que puede ser debido a sobre exigencias, como podría ser en casos de madres adolescentes o de hogares monoparentales y también se deben a sobrecargas genéricas o por estereotipos genéricos que implican rigidez en cuanto a las funciones masculinas y femeninas en el hogar. Herrera (1997).

Así mismo, para Zaldivar Perez (2003), el funcionamiento familiar es aquel que le posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados, entre los cuales podemos citar los siguientes:

- La satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros.

- La transmisión de valores éticos y culturales.
- La promoción y facilitación del proceso de socialización de sus miembros.
- El establecimiento y mantenimiento de un equilibrio que sirva para enfrentar las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital.
- El establecimiento de patrones para las relaciones interpersonales (la educación para la convivencia social).
- La creación de condiciones propicias para el desarrollo de la identidad personal y la adquisición de la identidad sexual.

Además, como indicadores de un funcionamiento familiar adecuado puede considerarse la flexibilidad en las reglas y roles familiares, es decir que estas no sean rígidas, que no se impongan, sino que sean claras y que se asuman conscientemente por los miembros existiendo complementariedad entre los integrantes del sistema familiar para su cumplimiento, con el objetivo de evitar la sobrecarga y sobre exigencia en algún miembro; sin embargo, cuando analizamos este indicador desde el concepto de género nos damos cuenta que están indiscutiblemente relacionados y que las problemáticas del rol de género, en cuanto a las normas establecidas para cada sexo, imposibilita en muchos hogares su comportamiento adecuado, manteniéndose, por lo general, un modelo tradicional de distribución de las tareas domésticas que da a la mujer la mayor responsabilidad ante ellas y mantiene el hombre un rol periférico. Herrera (2000).

Al unirse a esto la creciente independencia e incorporación de la mujer a las actividades sociales, se provoca inevitablemente una sobrecarga y sobre exigencia en ella, dinámica que se hace aún más compleja al tratar la familia, y el propio hombre, de incorporarse cada vez más a estas tareas para tratar de asumir un rol diferente en aras de lograr mayor complementariedad, pero al no cambiar sus valores aparecen conflictos en la relación asignación-asunción del rol,



lo que afecta necesariamente los procesos de interrelación familiar; esta situación se convierte en un espiral, dado que las madres educan, en la mayoría de los casos, a sus hijos en patrones sexistas, mientras que exigen que el padre participe más en las tareas del hogar, con lo que provocan que no queden claros los roles y valores en la familia. Herrera (2000).

Otro indicador importante del funcionamiento familiar de acuerdo a Herrera (2000) viene dado por la jerarquía, donde debe quedar clara la posición de poder, siendo más favorable en la medida en que se logre un sistema jerárquico horizontal entre ambos miembros de la pareja, lo que es decir, un mismo nivel de poder en el subsistema conyugal con relación a los otros subsistemas familiares.

Por ello, de acuerdo con Bradshaw, (2000), una familia sana es aquella en la que sus miembros - y las relaciones que estos sostienen con los demás miembros de la familia - son completamente funcionales; los miembros familiares como todos los seres humanos, disponen de un potencial humano que les permite satisfacer sus necesidades individuales y colectivas, mediante la cooperación y la individualización; una familia funcional es la tierra fértil que permite que los individuos se transformen en seres humanos maduros, ya que:

- La familia es la unidad de supervivencia y crecimiento
- La familia satisface las necesidades emocionales de sus miembros, logrando un balance entre autonomía y dependencia, entre sociabilidad y sexualidad.
- Una familia sana permite el crecimiento y el desarrollo de todos sus miembros, incluyendo a los padres.
- Es en la familia donde los individuos obtienen una autoestima sólida.
- La sociedad solo puede perdurar basándose en la familia, pues es en ella – principalmente- donde los individuos aprenden a socializar.

Según Bradshaw, ( 2000b) “un Sistema familiar gobernado por reglas funcionales fomenta la flexibilidad y la espontaneidad (la diversión y la risa), válida la vergüenza sana y ve los errores como oportunidades de crecimiento”

Uno de los aspectos paradójicos de las familias funcionales, es que mientras más se individualicen y se separen las personas, mas crecerá la unión familiar; entre más se acerquen a la integridad personal, mayor serán sus posibilidades de establecer una intimidad interpersonal (...) es necesaria la separación para alcanzar la unión, los individuos necesitados e incompletos buscan que otros los completen, aman a los demás porque los necesitan, las personas individualizadas que se han enfrentado a la soledad y a la separación, saben que pueden salir adelante solas y buscan pareja porque desean amar, no porque desean ser completadas; necesitan a los demás porque los aman, ofrecen su amor por generosidad y no por necesidad. Bradshaw (2000).

En resumen, el funcionamiento familiar es el resultado de la interacción familiar, en el cual la familia expresa en toda cultura el sentido de identidad de sus miembros y representa la matriz de evolución psicosocial de los individuos, los mismos que toman un sentido de pertenencia al grupo y también de independencia o diferenciación para adquirir una propia identidad y entender su propio ser en relación con los otros, adicionalmente, la familia debe ayudar al adolescente a que acepte su papel psíquico y sexual, establecer un nuevo tipo de relación frente a los padres, adquirir autonomía, descubrir una vocación, adquirir pautas de conducta responsables, preparar la vocación para el matrimonio y construir valores propios armónicos con el medio donde vive esto según Paz Navarro, Rodriguez Roldan, y Martinez Gonzalez (2009). Y por esta misma razón, Dulanto (1989) afirma que la familia funcional ha sido y seguirá siendo el mejor agente preventivo de la salud psicosocial del adolescente lo que representa la mejor manera de contribuir a la salud de la comunidad.

#### **1.4. Disfunción familiar**

### **1.4.1. Definición.**

Herrera, P (1997) en su artículo “La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud”, señala que algunos autores plantean que la familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros. Walsh (1982) señala como características disfuncionales la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas.

Para la autora Herrera, P (1997b), la familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía, (por ejemplo: la madre que pide autorización al hijo para volverse a casar) y cuando la jerarquía se confunde con el autoritarismo

Así mismo, según Clavijo (2011) en la disfuncionalidad se encuentra evidente el desajuste en lo social, y suele existir casi seguro un sufrimiento psicológico a través de la expresión de múltiples emociones, sentimientos y conductas negativas en los miembros de la familia.

Por esta razón Rangel, Valerio, Patiño, y García (2004) consideran que la disfunción familiar es un factor predisponente para el desarrollo de conductas en los adolescentes, ya que en su estudio denominado “funcionalidad familiar en la adolescente embarazada” identificó que la disfunción familiar constituye en realidad un riesgo que se agrava si está asociado con la edad, escolaridad, ocupación, estado civil actual, por lo que las adolescentes requieren de mayor participación al momento de tomar decisiones que afecten a la familia, que se les distribuya de manera responsable, se les confiera libertad para tomar decisiones sobre su vida, de acuerdo a su grado de madurez y bajo la supervisión de los padres, mayor calidad del tiempo disponible para compartir, demostraciones de confianza, solidaridad y sobre todo afecto.

### **1.5. Funciones de la familia**

Tabera y Rodríguez (2010) diferencian 2 tipos de objetivos ligados al funcionamiento: uno de carácter interno relacionado con la protección psicosocial de sus miembros, y otro externo

que alude a la acomodación, a una cultura y a la transmisión de la misma; en relación a estos objetivos podemos hablar de las siguientes funciones básicas que tiene la familia:

#### **1.4.1 Función biosocial o reproductiva.**

Para Tabera y Rodriguez (2010), ésta función comprende la realización del deseo de procrear hijos y vivir con ellos en familia. Permite la renovación de la población al tiempo que satisface los impulsos sexuales y afectivos de las personas.

#### **1.4.2 Función cultural.**

Comprende los procesos de reproducción cultural y espiritual de la sociedad que ocurren dentro de la familia, particularmente los relacionados con los valores sociales y las actividades de tiempo libre que transcurren en el hogar o aquellos que los integrantes disfrutan en un grupo fuera de casa. Tabera y Rodriguez (2010).

#### **1.4.3 Función económica.**

Para Horton y Hunt (1968) la familia constituye en muchas sociedades, la unidad económica básica; sus miembros trabajan juntos, como un equipo y comparten juntos el producto de sus esfuerzos, en algunas sociedades, el clan es la unidad básica de trabajo y participación, pero, más a menudo esta función la desempeña la familia.

Se realiza a través de la convivencia en un hogar común permitiendo la administración de la economía doméstica. Para el cumplimiento de esta función resulta central la variada gama de actividades que se realizan en el hogar, dirigidas al mantenimiento de la familia y que corrientemente se denominan “trabajo doméstico” cuyo aporte es fundamental para asegurar la existencia física y desarrollo de sus miembros. Tabera y Rodriguez, (2010).

#### **1.4.4 Función nutricia.**

“Alude al hecho de proporcionar cobertura de necesidades físicas a través del cuidado y alimentación, así como el apoyo social y emocional brindando a sus miembros, ayudándoles a superar situaciones de crisis”. Tabera y Rodriguez (2010)

#### **1.4.5 Función socializadora.**

Todas las sociedades dependen de la familia, principalmente para la socialización de niños en adultos, que pueden desempeñar con éxito las funciones que socialmente les sean encomendadas, uno de los muchos modos en que la familia socializa al niño estriba en la proporción de modelos para ser copiados por éste. Aprende a ser hombre, esposo, padre, principalmente a través del desarrollo de su vida en una familia encabezada por un hombre, esposo y padre. Donde falta este modelo y el hijo tiene que recurrir a modelos de segunda mano que ve en otras familias y en sus parientes, pueden aparecer algunas dificultades de socialización. Horton y Hunt (1968).

Para Shaffer R ( 2000), la socialización es el proceso mediante el cual las personas adquieren las creencias, valores y comportamientos considerados significativos y apropiados por los miembros mayores de su sociedad, la socialización de cada generación sirve a la sociedad al menos de tres maneras: primero es un medio para regular el comportamiento de los niños y controlar sus impulsos indeseables o antisociales; segunda, estimula el crecimiento personal del individuo, a medida que los niños interactúan con otros miembros de su cultura y se parecen cada vez más a ellos, adquieren el conocimiento, habilidades, motivos y aspiraciones que les permitirán adaptarse a su ambiente y funcionar con eficiencia dentro de sus comunidades. Por último, la socialización perpetúa el orden social: los niños socializados de modo apropiado se convierten en adultos competentes, adaptados y prosociales que impartirán lo que han aprendido a sus propios hijos.

Integra dicha función, no solo actividades propiamente “educativas” (dirigidas conscientemente a formar, disciplinar o educar), sino aquellas otras concebidas como proceso a través del cual los niños adquieren opiniones, valores y conductas que los adultos de referencia consideran significativas y apropiadas en su contexto familiar y social, Tabera y Rodriguez (2010)

## 1.6. Tipos de familia con hijos adolescentes

Para los autores Esteves Lopez, Jimenez Gutierrez, y Musito Ochoa (2011) la disponibilidad de ciertos recursos familiares explica porque ciertas familias superan con éxito sus transiciones vitales y los eventos estresantes, mientras que otras no lo consiguen y se agotan fácilmente, los recursos de que dispone una familia son un funcionamiento familiar satisfactorio y unas habilidades de comunicación positiva.

Por ello, los aspectos a tomar en cuenta para explicar el comportamiento más o menos adaptativo de las familias ante los cambios fundamentales asociados a la entrada de los hijos en la edad adolescente según Esteves Lopez, Jimenez Gutierrez, y Musito Ochoa (2011) son:

- La familia dispone de dos recursos fundamentales para hacer frente al estrés: un funcionamiento familiar satisfactorio y una comunicación familiar positiva y abierta.
- Los aspectos principales del funcionamiento familiar son: la capacidad para adaptarse a la nueva situación familiar (flexibilidad) y la unión afectiva de los integrantes de la familia (vinculación emocional).
- Los aspectos principales de la comunicación familiar son: la existencia del libre intercambio de opiniones en un ambiente de comprensión y satisfacción, y la evitación de una comunicación excesivamente crítica y negativa.

Respecto del primer recurso, se considera que una familia tiene un funcionamiento satisfactorio cuando el sistema presenta elevados niveles de vinculación emocional entre sus miembros y es flexible para cambiar su estructura y normas; a su vez, las dimensiones de vinculación emocional y flexibilidad se relacionan entre sí de modo que las familias donde sus miembros están emocionalmente vinculados son también familias flexibles, y al contrario, las familias poco flexibles suelen presentar escasa vinculación emocional, Esteves Lopez, Jimenez Gutierrez, y Musito Ochoa (2011)

A partir de estas dos dimensiones se pueden definir dos tipos generales de familias con hijos adolescentes, Esteves Lopez, Jimenez Gtierrez, y Musito Ochoa (2011):

- Familias altas en funcionamiento familiar: son familias con uno o varios hijos adolescentes que mantienen en elevado grado de vinculación emocional entre sus miembros y son capaces de adaptar la estructura y normas familiares en coherencia con las nuevas demandas que realizan los hijos.
- Familias bajas en funcionamiento familiar: son familias cuyos hijos han entrado en la edad adolescente y que, frente a las nuevas demandas de éstos han disminuido el grado de vinculación emocional y no han flexibilizado la estructura y normas familiares.

El otro gran recurso de las familias con hijos adolescentes es la comunicación entre padres e hijos, en éste ámbito se distingue entre la comunicación abierta (comunicación positiva, fundamentada en la libertad, el libre flujo de la información, la comprensión y la satisfacción experimentada en la interacción) y la comunicación problemática (comunicación poco eficaz, excesivamente crítica o negativa). También el tipo de comunicación permite diferenciar dos tipos de familias con hijos adolescentes Esteves Lopez, Jimenez Gtierrez, y Musito Ochoa (2011):

- Familias altas en comunicación familiar: son familias que mantienen una comunicación abierta, libre, comprensiva y satisfactoria entre padres e hijos adolescentes.
- Familias bajas en comunicación familiar: son familias que, con la llegada de los hijos a la adolescencia, han cerrado los canales de comunicación y ésta si se da, es de carácter problemático.

En este modelo se consideran ambos recursos familiares caracterizados por una variedad de comportamientos familiares más o menos adaptativos para afrontar las demandas de cambio de los hijos que han alcanzado la edad adolescente:

- Familias tipo I: son familias que tienen un funcionamiento familiar adecuado, con un elevado grado de vinculación emocional entre los miembros y de flexibilidad del sistema, y, al mismo tiempo presentan una comunicación positiva entre padres e hijos adolescentes.
- Familias tipo II: se trata de familias con hijos adolescentes que no logran un adecuado funcionamiento familiar, escasa vinculación y flexibilidad, pero que consiguen tener una comunicación abierta entre padres y adolescentes.
- Familias tipo III: en este caso, el funcionamiento es adecuado, pero la comunicación entre padres e hijos está cargada de problemas.
- Familias tipo IV: estas familias tienen bajos recursos en general, tanto en lo referente al funcionamiento familiar como en relación con la comunicación; estas familias son por tanto las más problemáticas en el proceso de afrontamiento de los cambios asociados a la adolescencia

En este sentido se puede decir que el ajuste de los hijos adolescentes depende en gran medida del ajuste del sistema familiar al que pertenecen, puesto que es el sistema familiar el que les proporciona las armas más importantes. Sin embargo también es cierto que el grado de desajuste del hijo, su participación en conductas de riesgo o poco saludables pueden influir negativamente en el funcionamiento y comunicación familiar, puesto que se trata de un estresor que puede deteriorar la calidad de las relaciones entre padres e hijos (p. 36-39).

## **2. Adolescencia**

### **2.1. Definición**

Definir la adolescencia con precisión es problemático por varias razones, primero, se sabe que de la madurez física, emocional y cognitiva, entre otros factores, depende la manera en que cada individuo experimenta este período de la vida. Hacer referencia al comienzo de la



pubertad, que podría considerarse una línea de demarcación entre la infancia y la adolescencia, no resuelve el problema, según la UNICEF (2011).

Una definición de adolescencia requiere la consideración de la edad y también de las influencias socio- históricas, por ello, teniendo en cuenta estas limitaciones, se puede definir a la adolescencia como el periodo evolutivo de transición entre la infancia y la etapa adulta que implica cambios biológicos, cognitivos y socioemocionales; a pesar de que las circunstancias culturales e históricas limitan nuestra capacidad de establecer intervalos de edad con exactitud, en la mayoría de culturas actuales la adolescencia se inicia aproximadamente entre los 10 y los 13 años y finaliza entre los 18 y 22 en la mayoría de los individuos, y los cambios biológicos, cognitivos y socioemocionales de la adolescencia van desde el desarrollo de las funciones sexuales hasta el pensamiento abstracto y la conquista de la independencia, Santrock (2003).

Para Zuloaga y Franco (2014) hablar de adolescencia implica referirse a una época de cambios, por lo general bruscos y profundos; la adolescencia es el proceso de transformación del niño en adulto, cuyos cambios (físicos, psicológicos emocionales, sociales) se dan en tantos aspectos y con tal celeridad que nos provocan la sensación de que hay urgencia porque sucedan todos al mismo tiempo.

Otro concepto sobre adolescencia de acuerdo a Papalia , Wendkos Olds, y Duskin (2002) se refiere a la transformación durante el desarrollo entre la niñez y la edad adulta que entraña importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales interrelacionados, por lo tanto, la adolescencia es una construcción social, un concepto cuyo significado depende de la forma en que lo defina la cultura.

La Dirección Corporativa de Administración, Subdirección de Servicios de Salud cita a la (OMS), la cual define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años; en cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico

(estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo, cada individuo posee una personalidad y en esta etapa es cuando más la manifiesta generalmente, no solo de manera individual sino de forma grupal, para poder medir el grado de aceptación en los diferentes escenarios sociales e ir haciendo los ajustes o modificaciones necesarios para sentirse aceptado socialmente.

## **2.2. Características de la adolescencia**

En general según Papalia, Wendkos Olds, Duskin (2002), “se considera que la adolescencia empieza con la pubertad (proceso que conduce a la madurez sexual, o fertilidad- capacidad para reproducirse), esta etapa dura aproximadamente de los 11 o 12 años de edad a los 19-21 y entraña cambios importantes interrelacionados en todos los ámbitos de desarrollo”.

La adolescencia es una etapa de transformaciones físicas, emocionales e intelectuales, que comprende una reorganización del esquema psicológico para adecuarse a grandes cambios sexuales que tienen un efecto muy importante en el individuo (por ejemplo, los cambios físicos repercuten en el curso que toman los afectos y el concepto que la persona tiene de sí misma); por su parte, la identidad también se ve influenciada por el aumento de la estatura y por lo tanto de las extremidades, es probable que el crecimiento desigual de los huesos y de la cara, hagan que el adolescente se pueda sentir inseguro debido a su apariencia. Hurlock (1994).

Harrocks (1994) afirma que la adolescencia es una etapa en la que el individuo se hace cada vez más consciente de sí mismo, intenta poner a prueba sus conceptos desorganizados del yo y trabaja gradualmente para dar paso a una estabilización que va a caracterizar su vida adulta. Aprende el rol personal y social que adaptará al concepto de sí mismo que se vaya forjando, así como al concepto que tenga de los demás y busca el status como individuo.

En esta época, también es cuando las relaciones de grupo adquieren mayor importancia debido a que el adolescente necesita lograr un status entre los individuos de su misma edad; a la par van surgiendo los intereses sexuales, lo que conlleva a hacer complejas y conflictivas sus emociones y actividades, por otra parte, también es una época de desarrollo físico y crecimiento que sigue un patrón común a la especie, pero a su vez es característico del individuo; se producen rápidos cambios corporales, se revisan los patrones motores habituales y la imagen del cuerpo, al mismo tiempo que se alcanza la madurez física, por último, cabe mencionar que la adolescencia es una etapa de expansión y desarrollo intelectual, así como de experiencias académicas, también, tiende a ser una etapa de desarrollo y evaluación de valores, que va acompañada del desarrollo de los propios ideales y la aceptación de su persona. Harrocks (1994).

### **2.3. Etapas de la adolescencia**

La combinación de un anteproyecto genético, las experiencias acumuladas durante la infancia y las experiencias adolescentes son las que determinan el curso del desarrollo adolescente, por lo que es importante tener en cuenta esta continuidad (...) los cambios biológicos, cognitivos y socioemocionales de la adolescencia van desde el desarrollo de las funciones sexuales hasta el pensamiento abstracto y la conquista de la independencia. Santrock (2003).

#### **2.3.1. La adolescencia temprana o pubertad (de los 11-13 años).**

Para Santrock (2003) “esta etapa corresponde a grosso modo con los años de enseñanza secundaria obligatoria e incluye la mayoría de los cambios asociados a la pubertad”.

La pubertad se entiende como el inicio de los cambios biológicos que tienen lugar a principio de la adolescencia, estos cambios son más de tipo fisiológico que psicológico, por tanto se manifiestan más evidentemente el plano físico corporal que en el psíquico de la mente y de las conductas, según Bernal, Rivas , y Urpí, (2012).

Papalia, Wendkos Olds, y Duskin (2002) definen a la adolescencia temprana como la transición que se da después de la niñez, ofrece oportunidades de crecimiento (no solo en dimensiones físicas, sino también en competencias cognitivas y sociales, autonomía, autoestima e intimidad); sin embargo, este periodo también supone grandes riesgos ya que a algunos jóvenes se les dificulta manejar tantos cambios al mismo tiempo es posible que lleguen a necesitar ayuda para superar los peligros que hay durante este lapso.

Casas Rivero y Ceñal Gonzalez (2005), señalan que la característica fundamental de esta fase es el rápido crecimiento somático, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, estos cambios hacen que se pierda la imagen corporal previa, creando una gran preocupación y curiosidad por los cambios físicos; el grupo de amigos, normalmente del mismo sexo, sirve para contrarrestar la inestabilidad producida por estos cambios, en él se compara la propia normalidad con la de los demás y la aceptación por sus compañeros de la misma edad y sexo. Los contactos con el sexo contrario se inician de forma “exploratoria”, también, se inician los primeros intentos de modular los límites de la independencia y de reclamar su propia intimidad pero sin crear grandes conflictos familiares; la capacidad de pensamiento es totalmente concreta, no perciben las implicaciones futuras de sus actos y decisiones presentes; creen que son el centro de una gran audiencia imaginaria que constantemente les está observando, con lo que muchas de sus acciones estarán moduladas por este sentimiento (y con un sentido del ridículo exquisito), se vuelven narcisistas y egoístas.

Al final de la infancia y en los primeros años de adolescencia, las hormonas producen un importante estirón puberal: un aumento repentino, irregular y algo impredecible en el tamaño de casi todas las partes del cuerpo; el crecimiento sigue un ordenamiento centrípeto, los dedos de las manos y los pies se alargan antes que las manos y los pies, las manos y los pies antes que los brazos y las piernas y éstos antes que el tronco y a medida que los huesos se alargan y se calcifican (cambios visibles en la radiografía), los niños comen más y aumentan de peso,

para proveer de energía para su estirón puberal, por esta razón, hacia el final de la infancia, el peso aumenta. Berger (2007).

En cuanto al desarrollo sexual, para Berger (2007) los primeros años de la adolescencia, más o menos de los 10 a los 13 años, la mayoría de los adolescentes piensan mucho acerca de sí mismos. Se preguntan cómo los perciben los demás; tratan de reconciliar sus sentimientos conflictivos hacia sus padres, la escuela y los amigos íntimos; piensan en profundidad (pero no siempre de forma realista) sobre su futuro; reflexionan, en detalle, sobre las experiencias cotidianas; se preocupan acerca de las relaciones con sus pares, sus familias, las escuelas y el mundo. Como ellos se han convertido en ávidos pensadores, están preparados para aprender, aunque ese aprendizaje puede no siempre ocurrir en la escuela

### **2.3.2. La adolescencia media (de los 14-17 años).**

Una vez que han aparecido la mayor parte de los cambios significativos en el plano biológico, el adolescente se adentra en el mundo psicológico de los sentimientos y de los pensamientos más íntimos, es la etapa por excelencia del yo; si antes el adolescente se asombraba de su apariencia externa y se veía como un extraño frente al espejo, como un desconocido, con su nueva imagen corporal, ahora se siente también así de inseguro por dentro y el pensamiento sobre sí mismo es igualmente incierto y confuso: ¿Qué me pasa?, ¿Qué siento?; en definitiva, ¿Quién soy?, la adolescencia media es una crisis hacia dentro, no hacia fuera como lo ha sido la pubertad. Castillo (2009).

Ya en esta etapa, el crecimiento y la maduración sexual prácticamente han finalizado adquiriendo alrededor del 95% de la talla adulta y siendo los cambios mucho más lentos, lo que permite restablecer la imagen corporal, la capacidad cognitiva va siendo capaz de utilizar el pensamiento abstracto, aunque este vuelve a ser completamente concreto durante períodos variables y sobre todo con el estrés, esta nueva capacidad les permite disfrutar con sus habilidades cognitivas empezándose a interesar por temas idealistas y gozando de la discusión

de ideas por el mero placer de la discusión; son capaces de percibir las implicaciones futuras de sus actos y decisiones aunque su aplicación sea variable; tienen una sensación de omnipotencia e invulnerabilidad con el pensamiento mágico de que a ellos jamás les ocurrirá ningún percance; esta sensación facilita los comportamientos de riesgo que conllevan a la morbimortalidad (alcohol, tabaco, drogas, embarazo, etc.) de este período de la vida y que puede determinar parte de las patologías posteriores en la época adulta, Casas Rivero y Ceñal Gonzalez (2005).

Así mismo, la lucha por la emancipación y el adquirir el control de su vida está en plena efervescencia y el grupo adquiere una gran importancia, sirve para afirmar su autoimagen y definir el código de conducta para lograr la emancipación; es el grupo el que dicta la forma de vestir, de hablar y de comportarse, siendo las opiniones de los amigos mucho más importantes que las que puedan emitir los padres; estas últimas siguen siendo muy necesarias, aunque sólo sea para discutir las, sirven de referencia y dan estabilidad, los padres permanecen, el grupo cambia o desaparece; la importancia de pertenecer a un grupo es altísima, algunos adolescentes antes que permanecer "solitarios" se incluyen en grupos marginales, que pueden favorecer comportamientos de riesgo y comprometer la maduración normal de la persona, además las relaciones con el otro sexo son más plurales pero fundamentalmente por el afán narcisista de comprobar la propia capacidad de atraer al otro, aunque las fantasías románticas están en pleno auge. Rivero y Ceñal Gonzalez (2005).

En cuanto a las necesidades en esta etapa, éstas se agrupan básicamente en dos aspectos diferenciados que derivan en un tercer aspecto; este último, aunque se inicia en esta etapa, no se desarrolla hasta la siguiente, en la adolescencia tardía, Bernal, Rivas, y Urpí (2012):

- Desarrollo cognitivo a través de la elaboración del auto concepto: mayor conciencia del yo (proceso de individualización, singularización personal).

- Desarrollo afectivo a través del fortalecimiento del autoestima: mayor conciencia de la interacción entre el yo y el otro, es decir socialización (aceptación, inclusión)
- Aparición de la heteroestima: mayor conciencia de la interacción entre el yo y la comunidad, de la convivencia individuo- sociedad; adquisición de los primeros valores y referentes morales válidos, de los primeros compromisos (Desarrollo social y moral).

Todo ello contribuirá a la búsqueda de esa identidad personal que tanto preocupa al adolescente: ¡tengo que ser alguien!, que los adultos conozcan las dificultades y la dilatación en el tiempo que supone esta búsqueda será de vital importancia para no provocar una identidad débil, ficticia o disgregada, causada más por una asimilación precipitada del ambiente (familiar, escolar, social) que por una maduración interior autónoma y, a su vez, acompañada de cerca desde el exterior.

### **2.3.3. Adolescencia tardía (de los 17-21 años).**

Según Bernal, Rivas, y Urpí (2012), “las edades a las que se hace referencia (17-21 años) coinciden con la etapa en el que el adolescente se plantea seriamente que quiere hacer con su vida, que espera de ella, como quiere establecerse como individuo dentro de una sociedad; es decir se trata de un periodo de autoafirmación y autorrealización de gran trascendencia para la vida”.

Se refiere aproximadamente a la segunda mitad de la segunda década de la vida, los intereses profesionales, las citas románticas y la exploración de la identidad suele predominar más en la adolescencia tardía que en la temprana. Santrock (2003).

De acuerdo con Bernal, Rivas y Urpí (2012) el crecimiento ha terminado y ya son físicamente maduros, el pensamiento abstracto está plenamente establecido aunque no necesariamente todo el mundo lo consigue, están orientados al futuro y son capaces de percibir y actuar según las implicaciones futuras de sus actos; es una fase estable que puede estar

alterada por la "crisis de los 21", cuando teóricamente empiezan a enfrentarse a las exigencias reales del mundo adulto.

Las relaciones familiares son de adulto a adulto y el grupo pierde importancia para ganar las relaciones individuales de amistad, las relaciones son estables y capaces de reciprocidad y cariño y se empieza a planificar una vida en común, familia, matrimonio y proyectos de futuro, Casas Rivero y Ceñal Gonzalez (2005).

Bernal, Rivas, y Urpí (2012) afirman que “la diferencia principal de esta etapa tardía de la adolescencia respecto a las anteriores está en que el joven es capaz de comprender por sí mismo los criterios y las normas de actuación familiar y social hasta ahora establecidas e interiorizadas desde la demanda externa de unos padres que velaban por su cumplimiento”

Se puede afirmar que al llegar a esta última fase de la adolescencia, la conciencia del yo se ha ido ampliando hasta alcanzar no solo la relación del yo consigo mismo o con el otro como igual, sino también la relación con los demás como individuos diferentes y como grupo social amplio o comunidad con la que interactúa para poder desplegarse como persona (...) el final de la adolescencia se distingue por ser el momento vital en el que el joven empieza a tomar las riendas de su propia vida, a tomar decisiones importantes que conciernen únicamente a su persona, a su futuro, y por las que se hace responsable. Bernal, Rivas, y Urpí (2012).

#### **2.4.Predisposición de la| adolescencia al consumo de alcohol**

En cuanto a la predisposición al consumo y abuso de sustancias en esta etapa, Papalia, Wendkos Olds, y Duskin (2002) afirman:

Aunque la gran mayoría de los adolescentes no abusan de las drogas, una minoría significativa sí lo hace, recurren a los estupefacientes por curiosidad o por un deseo de experimentar la sensación, por presión de los pares o como escape a problemas abrumadores y, en consecuencia ponen en peligro su salud física y psicológica presente y futura.



Según Jessor, Costa, Kreuger, Turbin (2006), el contexto evolutivo y social de la adolescencia va a cristalizar unas expectativas hacia el alcohol, que actuarán como predisponentes próximos del consumo; la percepción de una asociación causal entre un comportamiento dado y ciertos resultados conduce a una predisposición, en forma de expectativas del tipo "si..., entonces..." ; estas asociaciones influyen, en su momento, en la disposición hacia una conducta específica, en este caso, consumir alcohol, como señalan Goldman y Darkes (2004), las expectativas positivas hacia el alcohol incluyen expectativas "de activación" y "de sedación"; las primeras se refieren a la dimensión desinhibidora y facilitadora social de las bebidas alcohólicas, mientras que las segundas hacen referencia a la capacidad ansiolítica de éstas.

En este mismo sentido, Cortés, Espejo, Martín, y Gómez (2010), comprueban que las expectativas que caracterizan el beber abusivo adolescente son experimentar euforia, asumir comportamientos relacionales más arriesgados y sentir relajación y pérdida de la noción del tiempo.

La motivación a consumir alcohol estará guiada, pues, por la creencia sobre las gratificaciones que se derivarán de sus efectos psicoactivos y de su significado social, es decir, sobre las consecuencias gratificantes que se derivan de ingerir alcohol, Mackintosh, Earleywine, y Dunn (2006).

Pons y Buelga, (2011) en su estudio citan a Dunn y Goldman (2000); Hipwell et al. (2005), quienes en diversos trabajos de investigación han comprobado que las expectativas positivas están ya presentes en los niños, antes incluso de que tengan su primera experiencia directa de consumo de alcohol con el grupo, y que tales expectativas se van incrementando con la edad hasta llegar a la adolescencia.

Pons y Buelga (2011), también cita a Pons y Berjano (1999); Randolph, Gerend y Miller (2006); Zamboaga (2005), los cuales afirman que una vez en el periodo adolescente, las

expectativas positivas hacia el alcohol predicen el consumo, en el sentido de que los adolescentes con mayor probabilidad de consumo abusivo son, claramente, los que atribuyen más efectos positivos al alcohol, sin olvidar que según Allen (2003), las expectativas de gratificación en los adolescentes ya consumidores están fortalecidas por su propia experiencia de consumo, considerando, obviamente, las gratificaciones psicológicas y relacionales que de él se han derivado.

En la investigación de Giró (2007), se recogen las razones que dan los adolescentes abstemios o bebedores muy esporádicos para no consumir, siendo muy poco relevante el miedo a un accidente o a una futura adicción o enfermedad, mientras que el rechazo a la experiencia fisiológica negativa de una borrachera destaca sobremanera sobre cualquier otra razón.

La percepción de vulnerabilidad es uno de los factores necesarios para que una persona esté motivada a realizar conductas de cuidado de su salud, sean éstas terapéuticas o preventivas, Gil-Lacruz (2007).

Además, no habrá que olvidar que en la adolescencia lo peligroso supone un reto, de manera tal que aquella conducta que se presenta como arriesgada o peligrosa puede percibirse como más atrayente. Desrichard y Denarie (2005).

Pons y Buelga (2011) citan a Carroll, Green, Houghton y Wood (2003); Emler y Reicher (2005), quienes dicen que, si el adolescente pondera inadecuadamente el riesgo asociado al consumo de alcohol, lo que está haciendo es minusvalorar sus efectos negativos a medio y largo plazo, y enfatizar la atracción y la gratificación inmediata que posee un comportamiento calificado socialmente como "peligroso"; por supuesto, este proceso no está exento de significados sociales, tales como el diferente lugar que ocupan, en el imaginario colectivo, los valores del riesgo y la abstinencia o que el consumo de alcohol, en nuestra cultura, venga asociado a un significado social que va oscilando a lo largo del ciclo vital entre la transgresión,

la iniciación al mundo adulto y la manifestación de cierto tipo de atractivo personal; de hecho, la reputación ocupa una posición central en la vida de los adolescentes.

Así, para algunos adolescentes, la reputación se relacionará con la realización de ciertas conductas de riesgo, que implican atreverse a hacer algo calificado de peligroso, como el consumo de sustancias así definidas. Buelga y Musitu (2006).

De acuerdo con Pons y Buelga (2011) quienes en su estudio citan a autores como Pons, Pinazo y Carreras (2002) Zullig, Valois, Huebner, Oeltman y Drane (2001), los mismos que afirman que se ha comprobado que la probabilidad de consumo de alcohol y de cannabinoides se incrementa en aquellos adolescentes con una percepción negativa de sí mismos y de sus relaciones familiares, así como en los que poseen peores recursos de afrontamiento del estrés y dificultades para obtener apoyo afectivo en sus familias.

En general, para Pons y Buelga (2011), el joven con dificultades en la formación positiva de su autoestima necesitará afirmarse ante el grupo y en el grupo, realizando aquellas conductas que fortalezcan su imagen y desconfirmer la inseguridad sentida, un adolescente con baja autoestima y alta necesidad de aprobación estará fuertemente motivado a seguir aquellas conductas que manifiestan sus iguales, con la finalidad de afianzar su integración entre ellos; de este modo, y para este adolescente, el riesgo que para la salud entraña el consumo de tóxicos es menos importante que el riesgo que para la reputación supondría una conducta abstinentes o moderada, si él pensara que el grupo la atribuyera a falta de decisión.

### **2.5. La autonomía del adolescente**

Llavona Uribe Larrea y Méndez Carrillo (2012), afirman en cuanto a la búsqueda de mayor autonomía que:

“Los adolescente buscan cada vez más autonomía, independencia y control sobre sus vidas, y esto hace que las relaciones con los padres se modifiquen significativamente (...) a medida que los hijos entran en la etapa adolescente, las diferencias de poder comienzan a diluirse, se

empieza a cuestionar la autoridad parental y aumenta la demanda de cierto grado de autonomía, tanto externa, es decir, en relación con la vida fuera del hogar, con las amistades y el tiempo libre de ocio, como interna, esto es, referente a la posibilidad de tomar decisiones relativas a la propia vida sin sentimientos de culpa y sin necesidad de juzgar las propias acciones en función de los criterios parentales.

Santrock (2003), afirma que la mayor independencia característica de la adolescencia es considerada por algunos padres como rebeldía, pero en muchos casos la afirmación de la autonomía de los adolescentes tiene poco que ver con los sentimientos que tienen hacia sus padres, las familias psicológicamente sanas se adaptan a las mayores ansias de independencia de los adolescentes tratándolos de una forma más adulta y haciendo que participen en las decisiones que se toman en la familia, no obstante, las familias psicológicamente enfermas suelen quedarse estancadas en el control patero basado en las relaciones de poder, y los padres se vuelven incluso más autoritarios en las relaciones que se establecen con sus hijos

En condiciones normales los niños y las niñas pasan por un largo periodo de buenas relaciones con las figuras de apego, pero en la adolescencia esta relación entra en crisis debido a la conquista de la autonomía frente a las figuras de apego. Una crisis que puede ser conflictiva o pacífica, pero que siempre implica un cambio profundo en el sistema de relaciones entre padres e hijos. Los conflictos son escasos si los padres ayudan a sus hijos a conseguir la independencia, mientras que se incrementan cuando aquéllos intentan mantener un control absoluto sobre éstos. Miranda y Perez (2005).

Según Santrock (2003), la afirmación de la autonomía y el sentido de la responsabilidad del adolescente crea confusión y conflicto en muchos padres, ya que los padres empiezan a temer que sus hijos se les escapan de las manos y a menudo reaccionan incrementando el control sobre sus hijos; a veces se producen intercambios acalorados, con insultos y amenazas por una o ambas partes y los padres hacen todo lo necesario por recuperar el control.

Para este mismo autor, un aspecto de la autonomía adolescente que es especialmente importante es la autonomía emocional, la cual se refiere a la capacidad de renunciar a las dependencias con respecto a los padres, propias de la edad infantil; al desarrollar la autonomía emocional, los adolescentes dejan de idealizar progresivamente a sus padres, percibiéndolos como personas en lugar de figuras paternas y se vuelven menos independientes de su apoyo emocional. La conquista de la autonomía adolescente y el cambio de relaciones familiares vienen condicionados por el paso del pensamiento operacional concreto al operacional formal, desde un pensamiento sobre realidades concretas, como puede ser la familia, a un pensamiento formal, que permite abordar no sólo el mundo real sino también el mundo posible, de forma que no sólo perciben a su familia tal y como es, sino también como podría ser. Ello da lugar a una actitud crítica y más realista hacia sus padres: los padres podrían ser de otra forma o existen otras posibles relaciones con ellos. La nueva percepción de los padres, unida a la autonomía emergente de los adolescentes, los estimula a desafiar las opiniones y decisiones parentales que antes se acataban sin discusión, no porque ya no quieran y respeten a sus padres, ni porque se hayan vuelto rebeldes, sino porque es natural y saludable para ellos afirmarse a sí mismos como individuos, que no desean ser tratados como niños. Krimmel y Weiner (1998).

De acuerdo a Santrock (2003) el pensamiento formal, que caracteriza al adolescente, también puede desembocar en una especie de egocentrismo, que impulse al joven a someter toda realidad, también la familiar, a sus propias reflexiones y a identificar sus propios pensamientos y preocupaciones con los de la sociedad, en el sentido de pensar que lo que a él le preocupa es lo que le preocupa o debería preocupar a los demás, y lo que él piensa es lo que piensan o deberían pensar todos, de ahí a mostrarse rebelde contra todo intento de disonancia en este sentido, o a ignorar los planteamientos de sus padres o de los adultos con los que no coincide, no hay más que un paso; estos cambios se han explicado mediante la hipótesis del distanciamiento, que se ha visto confirmada en numerosas investigaciones en las que se ha

puesto de manifiesto que la pubertad viene acompañada de un debilitamiento del vínculo con los padres, de un aumento de los conflictos familiares, y de una mayor implicación de los adolescentes en la toma de decisiones.

Esta transición es cognitiva, pero también social, lo que permite al adolescente ampliar sus relaciones sociales: conoce otros padres y estilos parentales de comportamiento, tiene otras referencias que le hacen ser más crítico y menos idealista respecto a su familia, de esta forma los adolescentes adquieren una visión más madura y realista de sus padres, no necesariamente conflictiva, pero que puede serlo en función de cómo se armonice su deseo de autonomía con la realidad de su dependencia de los padres, las investigaciones sobre el apego han demostrado que la vinculación afectiva de los adolescentes con sus padres es positiva para ellos, sobre todo si se ha desarrollado un apego seguro, por esta razón, el apego seguro facilita el bienestar y el ajuste social del adolescente, además de ser un factor protector de los comportamientos problemáticos, por el contrario, el apego evitativo favorece el distanciamiento mutuo padres-adolescente, lo que reduce la influencia de los padres sobre los hijos; el apego ansioso-ambivalente genera en la adolescencia comportamientos de búsqueda mezclados con sentimientos de enfado hacia los padres; y el apego desorganizado provoca miedo y desorientación en las relaciones familiares. Santrock (2003)

## **2.6. El conflicto intergeneracional**

Llavona Uribe Larrea y Méndez Carrillo (2012), mencionan a Rubin, Pruitt y Kim (1994) quienes sostienen que el conflicto se lo define como una diferencia percibida de intereses, o una creencia de que las aspiraciones actuales de las partes no pueden ser alcanzadas simultáneamente, en efecto, los padres e hijos adolescentes perciben distintos intereses y muestran aspiraciones que entran en confrontación, de hecho, los desacuerdos que surgen entre ellos tienen normalmente mucho que ver con lo que unos esperan de los otros, es decir, con las

distintas interpretaciones que padres e hijos hacen al respecto a cómo los demás deberían pensar y comportarse.

La adolescencia implica un proceso de desarrollo que impulsa al joven a tomar sus propias decisiones sobre cómo pensar, sentir y actuar; las decisiones más importantes y difíciles de tomar en su vida son en primer lugar las referidas a temas familiares, seguidas de las que tienen que ver con sus amistades, estudios y sentimientos. Gambers y Gonzalez (2005).

Los adolescentes están convencidos de que pueden tomar decisiones a edades más tempranas de lo que consideran sus padres, esta discrepancia influirá en la conducta de los padres hacia sus hijos y viceversa, lo que podría afectar a sus relaciones afectivas y hacer más probable la aparición de conflictos entre ellos; frente a la opinión generalizada de que los adolescentes viven en un continuo conflicto con la familia, las investigaciones muestran claramente unas buenas relaciones; existen pocos datos que apoyen la idea de un conflicto de gran amplitud entre generaciones, esto no significa que no haya diferencias entre ellas y que en algunas familias, al menos, haya elevados niveles de conflicto pero en las familias normalizadas el grado de conflictividad es bajo según Coleman y Hendry (2003).

Autoras como Bernal, Rivas y Urpí (2012) consideran que la relación con los adultos puede sufrir ciertas modificaciones tras la aparición de una primera crisis emocional; es frecuente que durante la pubertad los padres pasen de ser confidentes o aliados del niño a convertirse en sus rivales; en el caso de las niñas esta crisis se acentúa sobre todo en relación con la madre (...) la crisis afectiva primaria que atraviesa el adolescente es básicamente una crisis a nivel emocional que se vuelca contra la vida familiar; es una crisis caracterizada por el distanciamiento y la rebeldía frente al ambiente familiar y, en concreto, por el enfrentamiento impulsivo contra la autoridad de los padres que se percibe como un obstáculo para actuar libremente.

Ahora bien, según Llavona Uribe Larrea y Méndez Carrillo (2012) los conflictos pueden ser funcional o disfuncional dependiendo de la forma en que sea solucionado, si el conflicto es percibido como un problema, se tenderá a evitar o solucionar de forma rápida; si se opta por la estrategia de evitación del problema, nos encontraremos con una relación familiar aparentemente sin desacuerdos que terminará polarizando a las partes implicadas y profundizando en las diferencias; cuando la elección es poner un fin rápido al conflicto, se utiliza en numerosas ocasiones un estilo autoritario y hostil por la unilateralidad, donde se impone el más fuerte – en este caso, los padres frente a los hijos-; como consecuencia de estos modos de resolver conflictos, se bloquea el proceso de adquisición de autonomía del adolescente, la familia no progresa en su ciclo de desarrollo vital, e incluso es posible que los hijos eviten la interacción con sus padres y presenten problemas de desajuste escolar y comportamental.

En conclusión para todos estos desacuerdos que pueden devenir en conflictos, es común en familias con hijos adolescentes, también es importante destacar que su existencia no debe considerarse como algo categóricamente negativo; el conflicto no es en sí ni bueno ni malo, sino parte de la vida y de la naturaleza humana, los conflictos son inherentes a las interacciones sociales y universales y, además, brindan oportunidades para adquirir o potenciar habilidades de relación como la empatía, desarrollar estrategias adecuadas para resolver problemas y conocer mejor a los demás según Llavona Uribe Larrea y Méndez Carrillo (2012).

## **2.7. Factores de riesgo y de protección**

### **2.7.1. Factores de riesgo en la adolescencia.**

Históricamente, el concepto de riesgo en salud (probabilidad de que acontezca un hecho indeseado que afecta a la salud de un individuo o de un grupo), ha sido ampliamente usado en salud pública y en clínica para detectar individuos o grupos con mayor probabilidad de padecer daños específicos (el hecho indeseado en salud: enfermedad, secuelas, muerte) y realizar



acciones para prevenir o reducir la aparición (incidencia y prevalencia) del hecho negativo según Donas Burak (1998).

Páramo (2011) en su investigación llamada “Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión” menciona a Roldan (2001) quien considera que una problemática muy asociada al período adolescente, es la de las *adicciones*, ya que en esta problemática confluyen factores de riesgo individuales (como impulsividad y/o agresión antisocial), familiares (como uso de drogas por padres o hermanos) y culturales o sociales (como una alta disponibilidad de drogas y alcohol y falta de normativas).

Otro autor que ha trabajado este tema han sido Florenzano Urzúa (1998) quien opina que existe en varios países un aumento de la misma, y que se ha demostrado una secuencia progresiva de consumo de sustancias, partiendo por las legales (cigarrillo y alcohol), para pasar por marihuana a una edad algo mayor y terminar, al fin de la adolescencia con consumo de cocaína y otras sustancias ilegales más tóxicas. También se observó que, en general, los padres tienden a subestimar el consumo de sustancias químicas entre sus hijos.

Las investigaciones realizadas durante las últimas dos décadas han tratado de determinar cómo comienza y cómo progresa el abuso de las drogas, para Papalia, Wendkos Olds, y Duskin (2002), existen varios factores de riesgo:

- Un mal control de impulsos y una tendencia a usar sensaciones (que puede tener un fundamento bioquímico)
- Influencias familiares (como una predisposición genética al alcoholismo, el consumo o la aceptación de las drogas por parte de los padres, prácticas de crianza deficiente o inconsistente, conflicto familiar y relaciones familiares distorsionadas o distantes.
- Temperamento “difícil”
- Problemas conductuales tempranos y persistentes, sobretodo agresividad.

- Fracaso académico y falta de compromiso con la educación.
- Rechazo de los pares
- Asociarse con consumidores de drogas.
- Alienación y rebeldía
- Actitudes favorables hacia el consumo de drogas.

Según el Instituto Nacional de Abuso de Drogas (2004), los factores de riesgo pueden aumentar las posibilidades de que una persona abuse de las drogas mientras que los factores de protección pueden disminuir este riesgo, es importante notar, sin embargo, que la mayoría de las personas que tienen un riesgo para el abuso de las drogas no comienzan a usarlas ni se hacen adictos; Además, lo que constituye un factor de riesgo para una persona, puede no serlo para otra. Algunas de las señales de riesgo se pueden ver tan temprano como en la infancia o en la niñez temprana, tal como la conducta agresiva, la falta de auto-control, o un temperamento difícil, cuando el hijo crece, las interacciones con la familia, la escuela y en la comunidad pueden afectar su riesgo para el abuso de drogas en el futuro.

El Instituto Nacional de Abuso de Drogas (2004), considera que las primeras interacciones de los hijos ocurren en la familia; a veces la situación familiar aumenta el riesgo del adolescente para el abuso de drogas en el futuro, por ejemplo cuando existe:

- La falta de cariño y respaldo por parte de los padres o de los cuidadores;
- Una crianza ineficiente; y
- Un cuidador que abusa de las drogas.

### **2.7.2. Factores de protección en la adolescencia.**

Según Páramo (2011), en el campo de la salud, hablar de factores protectores, es hablar de características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o la recuperación de la salud; y que pueden contrarrestar

los posibles efectos de los factores de riesgo, de las conductas de riesgo y, por lo tanto, reducir la vulnerabilidad, ya sea general o específica.

Existen dos tipos de factores protectores: de amplio espectro, o sea, indicativos de mayor probabilidad de conductas protectoras que favorecen el no acontecer de daños o riesgos; y factores protectores específicos a ciertas conductas de riesgo; dentro de los factores de amplio espectro, nombra: familia contenedora, con buena comunicación interpersonal; alta autoestima; proyecto de vida elaborado, fuertemente internalizado; locus de control interno bien establecido; sentido de la vida elaborado; permanecer en el sistema educativo formal y un alto nivel de resiliencia, y como factores protectores específicos se encuentran: el uso de cinturón de seguridad (que reduce o evita accidentes automovilísticos); no tener relaciones sexuales, o tenerlas con uso de preservativo; y no consumir sustancias psicoactivas.

En este sentido, las familias pueden proveer protección contra un futuro abuso de drogas siempre y cuando exista según el Instituto Nacional de Abuso de Drogas (2004):

- Un vínculo fuerte entre los hijos y los padres;
- participación de los padres en la vida del adolescente; y
- límites claros y una disciplina aplicada consistentemente.

Para Papalia , Wendkos Olds, y Duskin (2002), el desarrollo físico de los adolescentes no se da en el vacío, los jóvenes viven y crecen en un mundo social y las influencias de los ambientes familiar y escolar desempeñan una función importante en la salud física y mental

Hay una interconexión entre el desarrollo físico, cognoscitivo, emocional y social; las percepciones de vinculación con los demás, tanto en la casa como en la escuela influyen constantemente en la salud y el bienestar de los adolescentes en todos los ámbitos y un factor importante es el tiempo que los padres pasan con los hijos y la disponibilidad que estos tienen de aquellos, así como el hecho de que los adolescentes sientan que sus padres y maestros son

cálidos y comprensivos, y que tengan elevadas expectativas respecto al aprovechamiento de los adolescentes.

Otro factor de protección según Llavona Uribe Larrea y Méndez Carrillo (2012), es la elevada autoestima que el adolescente presente ya que esto lo capacita para la toma de decisiones, fomenta su responsabilidad y le ayuda a resistir la presión del grupo.

También una comunicación satisfactoria dentro del ámbito familiar evita el aislamiento, educa para las relaciones extra familiares, promueve la expresión de sentimientos, y facilita el desarrollo personal según Hawkins, Catalano, y Janet (1992).

### **3. Alcohol**

#### **3.1. Definición**

El alcohol etílico o etanol, cuya fórmula química es:  $\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{OH}$  es el componente activo esencial de las bebidas alcohólicas, puede obtenerse a través de dos procesos de elaboración: la fermentación o descomposición de los azúcares contenidos en distintas frutas y la destilación, consistente en la depuración de las bebidas fermentada; medicinalmente, el alcohol etílico se clasifica como hipnótico (que produce sueño); siendo menos ofensivo que otros alcoholes (el metanol, por ejemplo tomarlo es muy venenoso: tomarlo, respirarlo por periodos prolongados o dejarlo por mucho tiempo en contacto con la piel, puede causar daños graves a los seres humanos según la Cadena Agroindustrial (2004)

Para el Grupo Cultural, S.A. (2004), el nombre alcohol se designa genéricamente a toda clase de bebidas espirituosas; en las civilizaciones occidentales, se considera legal el alcohol tanto para su uso privado como en su uso médico; después de la cafeína es la droga más popular del mundo, esta sustancia se la considera una droga que debe ser fabricada ya que no se la puede extraer directamente de la naturaleza ya que surge de la fermentación de productos vegetales.

La Sociedad Española de Toxicomanias (2006) también da su aporte, al señalar que el alcohol etílico es un líquido claro, incoloro, volátil, inflamable, muy hidrosoluble, su molécula es pequeña y poco polar, por lo que atraviesa bien las membranas biológicas; 1 gramo de alcohol aporta al organismo 7,1 kilocalorías, se absorbe rápidamente en el estómago (20%) e intestino delgado, por difusión simple; la rapidez de absorción depende de presencia de alimentos en el estómago, cantidad de alcohol ingerida y tipo de bebida, parte del alcohol se metaboliza en estomago por la alcohol-deshidrogenasa (ADH) que es menor en la mujer, esta sustancia además se distribuye rápidamente por todo el organismo, excepto por el tejido graso, y alcanza la máxima concentración a los 30-90 minutos de su ingesta, atraviesa con facilidad todas las barreras, se metaboliza en su mayor parte por vía hepática, eliminándose principalmente por vía renal.

De acuerdo a Papalia, Feldman, y Martorell (2012), el alcohol es una potente droga psicotrópica con efectos importantes en el bienestar físico, emocional y social y su consumo constituye un problema grave en muchos países.

Esta sustancia tiene importantes efectos farmacológicos que dependen de la concentración de alcohol en sangre, tipo de consumo (agudo o crónico), y de características de la persona, la duración de un episodio de intoxicación depende de factores como la cantidad y el tipo de bebida alcohólica ingerida, la rapidez de la ingesta, y de la absorción dependiendo si la ingesta se realizó o no con comida, cuando la intoxicación se hace progresivamente más intensa pasa por tres fases: excitación psicomotriz, incoordinación con depresión cerebral y coma; además puede asociarse a amnesia para los acontecimientos ocurridos durante la intoxicación, con el desarrollo de tolerancia, los efectos motores, sedantes y ansiolíticos del alcohol disminuyen de intensidad (Sociedad Española de Toxicomanias, 2006).

### **3.2.Efectos del alcohol**

Los daños que produce el alcoholismo son de gravedad tanto en el plano somático como psíquico, de acuerdo a Bernard y Risle (1998) un bebedor consuetudinario pierde el apetito en forma gradual para desembocar en estado de peligrosa desnutrición con sus múltiples consecuencias dentro de las cuales es común la hipertrofia de hígado, el deterioro del corazón y la alteración de otros órganos.

Para Bernard y Risle (1998), en una síntesis puede apreciarse los efectos que produce el alcoholismo según el tipo:

- Esporádico (ocasional)
- Desmedido (desmesurado)
- Habitual (crónico)

Cuando se ingiere en forma esporádica no existen mayores complicaciones que una notoria alegría, chispeante risa y gestos inusuales, otros aspectos destacados son la pérdida de coordinación, perturbaciones en los dominios del intelecto (juicio, memoria), dificultades visuales, irritaciones en el sistema digestivo y mucha sed, Bernard y Risle (1998).

Según Bernard y Risle (1998), los efectos por introducir alcohol al organismo en forma desmesurada pone al individuo en la posibilidad de quedar dependiendo físicamente y es causal de trastornos psíquicos, sociales y físicos de importancia con graves consecuencias; por lo general, actúa como elemento disociador al producir acciones de ruptura de relaciones, a nivel familiar y del medio; agudiza los problemas económicos y laborales, además hace perder “estatus” y confianza en sus capacidades. En lo personal provoca el descuido de presentación (dentadura, vestimenta, aseo), se torna más irritable cuando no encuentra los recursos para satisfacer sus necesidades, provocando problemas de carácter judicial con llegada a delinquir con extremos de causar la muerte a terceros, también las perturbaciones cardiacas hacen su aparición, tal como sucede con las complicaciones del sistema respiratorio y digestivo; se altera el cuadro nutricional.

Hay pérdida de vigor para asumir roles que se desempeñan habitualmente (conducir vehículos, practicar deporte, trabajo); ser bebedor habitual, crónico (estado alcohólico sumo) la derivación se radicara en complicaciones graves, y dentro de otras repercusiones podemos consignar: perturbaciones médicas (alucinaciones, hemorragias, lesiones múltiples, digestivas, respiratorias), un cuadro nutricional deficiente, entorpecimiento y alteración de la sensibilidad y las habilidades técnicas, depresión y cese de funciones automáticas. Llegado a esta situación, no son pocos los alcohólicos que se han visto afectados por serias lesiones en su intento de escapar de estas percepciones, ya que su prolongación es por periodos que van de dos días a una semana. Lo importante es recurrir a la asistencia especializada con prontitud para evitar consecuencias fatales como la muerte, Bernard y Risle (1998).

### **3.3. Clases de bebedores**

El Grupo Cultural, S.A. (2004) considera bebedores excesivos a los hombres que beben más de 40 gramos de alcohol diarios, y a las mujeres que ingieren más de 24 gramos de alcohol por día. Aproximadamente, el contenido en gramos alcohol de las bebidas más consumidas es:

| Bebida       | Cantidad | Gramos    |
|--------------|----------|-----------|
| Vaso de vino | (100ml)  | 8 gramos  |
| Cerveza      | (200ml)  | 8 gramos  |
| Licor, copa  | (50ml)   | 16gramos  |
| Vermut       | (100ml)  | 16 gramos |

Fuente: (Grupo Cultural, S.A., 2004)

#### **3.3.1 Abstemios.**

Se considera que una persona abstemia es aquella que nunca ha bebido alcohol de forma habitual.

#### **3.3.2 Bebedor moderado.**

Aquella persona que consume alcohol de manera habitual pero en cantidades situadas debajo del límite de riesgo.

### **3.3.3 Bebedor de riesgo.**

Aquellas personas cuyo consumo semana de alcohol sobrepasa el límite de riesgo admitido (280 gramos /semana en los hombres y 168 gramos/ semana en las mujeres no gestantes).

### **3.3.4 Bebedor problemático.**

Aquellas personas que a causa de su consumo de alcohol presentan algún problema físico, psíquico, familiar, social, legal o económico. Incluye a todos los individuos que presentan síndrome de abstinencia al no consumir .

Este mismo autor explica que el consumo de bebidas alcohólicas es actualmente uno de los principales factores relacionados con el estado de salud de las poblaciones; el consumo excesivo de alcohol se asocia a un incremento de la mortalidad (...) el alcohol es la principal droga de uso y abuso en muchos estados, por lo que es conveniente valorar las repercusiones sociales y sanitarias de su consumo, además, forma parte de los objetivos de Plan Estratégico de Salud y éste tiene en su formulación un compromiso expreso para disminuir su consumo e impulsar su estudio y seguimiento epidemiológico.

## **3.4. Factores relacionados con el consumo de alcohol en adolescentes**

Los problemas relacionados con el consumo de alcohol y las motivaciones que inducen a beber a los adolescentes son múltiples y complejos. Tenemos factores, individuales, familiares y sociales o culturales según Torres y Forns ( 2004).

### **3.4.1. Factores individuales.**

Torres y Forns (2004) consideran que las características individuales juegan en el inicio y mantenimiento del consumo de alcohol, un papel de vital importancia, ya que es el criterio personal el que influye tanto en la interpretación y apreciación que hacemos del alcohol.



Entre los principales factores relacionados con el consumo de alcohol de acuerdo con Torres y Forns (2004) se encuentran:

- Desinformación y prejuicios: la falta de conocimiento o la información errónea sobre la naturaleza del Alcohol.
- La edad constituye un factor de riesgo, ya que hay diversas etapas evolutivas del ser humano (adolescencia, jubilación...), que resulta más favorables al consumo de alcohol, por las características propias de las mismas.
- Curiosidad por experimentar: Elevada búsqueda de sensaciones de las personas se caracterizan por querer experimentar emociones nuevas, en muchas ocasiones sin reparar en el daño o riesgo que la situación pueda implicar, los expertos han denominado a esta elevada búsqueda de sensaciones como «conductas de riesgo».
- Los problemas personales constituyen factores de riesgo en algunos grupos de edad, como en la adolescencia, porque el adolescente puede intentar compensarlos o aliviarlos recurriendo al alcohol.
- El consumo de alcohol se relaciona estrechamente con la pobre autoestima: el autoestima es la forma en que la persona se valora a sí misma, con sus defectos y virtudes, y tiene gran influencia en el consumo de alcohol; según avanza el proceso adictivo, la autoestima es una de las características personales que antes se deteriora y que más atención requiere durante el tratamiento de las dependencias.
- Baja asertividad: si una persona no es capaz de mantener sus opiniones, ideales y de actuar bajo su criterio, es probable que tenga dificultades a la hora de enfrentarse a los demás o al ambiente cuando cualquiera de los elementos anteriores requiera o incite al consumo de alcohol.

- **Búsqueda de placer:** el consumo de alcohol ha estado siempre vinculado al deseo de desconectar de las exigencias más agobiantes de la realidad, en un intento de disfrutar al máximo del tiempo de ocio, cuando durante la infancia y la adolescencia no se aprenden otras formas de diversión, el alcohol pueden ocupar un lugar estelar para el adulto, viéndose encerrado en el círculo del consumo.
- **Lugar de control externo:** hay personas que sitúan la causa de los acontecimientos de la vida cotidiana en factores exteriores a él (como la sociedad, la suerte, la familia, etc.); las personas que tienden a pensar que los problemas que surgen en determinadas ocasiones, no siempre, no se deben a sus propias características, sino a factores exteriores, tratan de solucionarlos con recursos externos, como es el consumo de alcohol.
- **Falta de conformidad con las normas sociales:** algunos individuos que tienden a «transgredir» las normas socialmente establecidas se ven impulsados a conseguir cualquier tipo de sustancia para así, incumplir la norma.
- **Escasa tolerancia a la frustración:** algunas personas son incapaces de tolerar la frustración y pretenden que todo aquello que desean sea satisfecho, en determinadas ocasiones, cuando esto no sucede, el consumo de alcohol puede parecerles un medio rápido para obtener un placer inmediato, que es difícil de conseguir por otros medios.
- **Elevada necesidad de aprobación social:** aquellas personas que requieren aprobación con su grupo de iguales y la necesitan para seguir funcionando en su vida diaria, les lleva a una brutal dependencia del grupo y ajustar su conducta a las opiniones y pensamientos de los demás, una persona que no sepa mantener la postura independiente al grupo (siendo el grupo consumidor) y se deje influir por el ambiente, tiene mayor posibilidad de incorporarse al consumo.

- Dificultad para el manejo del estrés: ante la sensación de ansiedad que proviene del ambiente, algunas personas que no manejan el estrés pueden intentar regularla mediante el consumo de alcohol, llevando al individuo en ocasiones, a experimentar sensaciones de relajación.
- Insatisfacción con el empleo del tiempo libre: el «gozar» de un ocio no estructurado, basado en la asociación de este al descontrol resulta un grave riesgo para el adolescente, si se emplea todo el tiempo libre en actividades que facilitan el consumo de alcohol (como estar siempre en bares) o de forma poco satisfactoria para el individuo (ratos aburridos o sin hacer nada), esto puede aumentar la probabilidad de consumo de alcohol.
- Bajo aprovechamiento escolar: esta característica se basa en que el desarrollo individual y social no es el mismo (autoestima baja y rechazo del entorno por no tener determinada formación), sin olvidar que el poseer menor nivel de conocimiento puede facilitar la dificultad en la comprensión de la información y formación de cara a los efectos que provoca el alcohol.
- Diferencias genéticas: algunos estudios consideran que existe una predisposición genética para convertirse en adicto al alcohol; los hijos varones de padres con antecedentes de dependencia al alcohol tienen más riesgo de desarrollar dependencia al alcohol, las hijas de madres alcohólicas tienen un riesgo tres veces mayor.
- Situaciones de alto riesgo personal: describimos estas situaciones como aquellas en las que el individuo se enfrente simultáneamente a varios factores potenciadores del riesgo de consumo, por ejemplo: malos tratos, abusos, abandonos, minusvalías físicas o psíquicas.

#### **3.4.2. Factores familiares.**

Según Saucedo (2003a), desde el punto de vista del sistema familiar, la condición de salud y estabilidad que el núcleo familiar debería proveer entre sus miembros debe ser recíproco, moldeadas, con movimiento circular más que lineal como tal.

Las influencias familiares son importantes al momento de determinar las expectativas y las normas respecto del consumo de alcohol; esto nos dice Saucedo (2003) en su libro *la Familia su dinámica y tratamiento*:

- El consumo de alcohol en la familia es un factor de riesgo elevado pues el adolescente aprende por lo que ve y asimila entonces cuando el crezca hará lo mismo, el comportamiento de los padres actúa como modelo para los hijos.
- La conducta de consumo de alcohol entre los miembros de la familia, generalmente sirve como modelo para los hijos adolescentes.
- El consumo de alcohol por parte de los padres puede predecir la conducta de consumo que tendrán los hijos en su adultez.
- La conducta de consumo de los hermanos, especialmente los hermanos mayores y del mismo sexo, ejerce una fuerte influencia sobre los patrones de consumo de los adolescentes, hasta quizá una influencia mayor que la que ejercen los padres.
- Para los niños de padres dependientes del alcohol, la predisposición genética influye de manera más significativa sobre el desarrollo de problemas que la conducta de consumo por parte de los padres.
- La disfunción Familiar.
- La estructura familiar (tal como la presencia y la participación de los padres) durante la niñez o la adolescencia afecta el consumo de alcohol por parte de los jóvenes esto quiere decir que estas influencias se mantienen en la adultez.

- La estabilidad en las relaciones de pareja ha sido relacionada en forma positiva con el consumo de alcohol moderado, mientras que las alteraciones en las relaciones se relacionan más probablemente con patrones de consumo nocivo.
- Las personas con lazos familiares más fuertes son menos propensas a ser influenciadas por amigos y están mejor capacitadas para evitar el consumo riesgoso de alcohol.
- La mayor participación en las actividades familiares, en vez de en actividades con amigos, también es un factor de protección.
- Ambientes familiares caóticos o con abuso de alcohol o drogas en los padres.
- Falta de vínculo afectivo entre hijos y padres. Saucedo (2003).

### **3.4.3. Factores sociales o culturales.**

El alcohol está presente en la sociedad desde la antigüedad; el consumo de alcohol varía mucho de unas culturas a otras, pero en todas ellas se puede observar que su consumo depende de unas variables, entre ellas destaca el status, la edad, el género del individuo y la estructura social; y la influencia que tiene el alcohol en la sociabilización de muchos individuos, tanto para integrarse dentro de un grupo determinado, como para excluirse, se halla plasmada según Boscolo (1998):

- Para sentirse bien y pasar aparentemente entretenido con amigos.
- Para descansar y olvidar el estrés acompañado de amigos que compartan las mismas creencias o ideales. - Para escapar de la rutina y sus problemas diarios.
- Porque les gusta el sabor de las bebidas alcohólicas.
- Para estar más a gusto en fiestas.
- Para ser parte del grupo y que no le marginen por no beber.
- Por ser aceptado en un grupo social.
- Condición socioeconómica baja.

- Para los adolescentes el alcohol es una creencia errónea, acompañado de una falta de información como una quitapenas que permitirían esquivar los límites que la realidad impone y acceder a un mundo que ofrecería mejores condiciones y sensaciones.
- La búsqueda de efectos agradables.
- El encontrarse a gusto, búsqueda de una mayor capacidad de relación.
- Elementos de presión social, el bombardeo de la publicidad y la oferta, etc.

### **3.5. Niveles de consumo de alcohol: uso, abuso y dependencia**

De acuerdo con Lorenzo Fernandez, Ladero Quezada, Leza Cerro, y Lizasoain Hernandez (2009), la delimitación de los conceptos de uso, abuso y dependencia ha sido una tarea ardua que todavía no se ha dado por concluida, particularmente, el concepto de abuso es muy controvertido, sin embargo desde una perspectiva cultural, no cabe duda de que distintas sociedades tienen un criterio propio sobre esta materia, por ejemplo, en la cultura musulmana, la ingesta de alcohol es una conducta rechazable, por lo que cualquier consumo se considera abuso; mientras que fumar hachís se acepta, por ello analizar el consumo de alcohol desde una perspectiva neutral y científica resulta difícil.

Lorenzo Fernandez, Ladero Quezada, Leza Cerro, y Lizasoain Hernandez (2009), cita a la OMS (1950), está haciendo esfuerzos en este sentido, y otras asociaciones médicas también se han unido al mismo, por ello, a continuación se describe estos conceptos en el consenso actual

El uso de una sustancia no tiene ninguna significación clínica ni social; es decir, el término uso indica, sencillamente, *consumo, utilización, gasto de una sustancia sin que se produzcan efectos médicos, sociales, familiares, etc.*; en ausencia de otras especificaciones debe entenderse un consumo aislado, ocasional, episódico, sin tolerancia o dependencia. El hábito en cambio, es la costumbre de consumir una sustancia por habernos adaptado a sus efectos; hay por tanto, un deseo del producto; pero nunca se evidencia de manera imperiosa, no existe

una tendencia a aumentar la dosis ni se padecen trastornos físicos o psicológicos importantes cuando la sustancia no se consigue. La búsqueda de la sustancia es limitada y nunca significa una alteración conductual.

Papalia, Wendkos Olds, y Duskin (2002) mencionan a Asociación Psiquiátrica Americana (1994) al referir al abuso de sustancias como el consumo dañino de alcohol u otras drogas, se trata de un comportamiento adaptativo deficiente, que dura más de un mes, en el cual la persona sigue consumiendo una sustancia a sabiendas de que la perjudica, o la ingiere de manera reiterada en una situación peligrosa, como e conducir en estado de intoxicación

Lorenzo Fernandez, Ladero Quezada, Leza Cerro, y Lizasoain Hernandez (2009), menciona al Real Colegio de Psiquiatras Británico, el cual define al abuso como: “cualquier consumo de droga que dañe o amenace dañar la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general”; en definitiva, se trata de un uso inadecuado por su cuantía, frecuencia o finalidad. Este mismo autor también cita a la Organización Mundial de la Salud, la cual encierra cuatro criterios diferentes; en los tres primeros, la relación entre uso y abuso se establece, principalmente, por un diferencial cuantitativo, mientras que en el cuarto, y último, el diferencial es de tipo cualitativo:

1. Uso no aprobado: cuando el consumo está legalmente sancionado, por ejemplo, son los casos de consumos cuando se está trabajando con maquinaria de precisión, se conduce un vehículo, se portan armas, se participa en una competición deportiva (doping), etc.
2. Uso peligroso: indica el consumo de una sustancia cuando se está en situación de riesgo orgánico (consumo de alcohol por un enfermo hepático) o el momento es inoportuno (consumo de alcohol antes de consumir un vehículo).
3. Uso dañino: se refiere al consumo de sustancias por personas en situaciones vitales que conllevan una disminución importante o total de la tolerancia a las mismas, por ejemplo en ancianos, niños, mujeres embarazadas, mujeres en periodo de lactancia, etc.

4. Uso que provoca una disfunción: describe un patrón desadaptativo de consumo, ya sea por la prioridad que toma la administración de la sustancia y/o por los excesos cuantitativos puntuales que se realizan, todo lo cual significa una alteración del funcionamiento personal: psicológico y social.

De acuerdo al Grupo Cultural, S.A. (2004), cuando una droga se consume repetidamente, puede desarrollarse una necesidad ineludible de seguir tomándola, este proceso se conoce como dependencia, y puede ser de naturaleza psicológica y /o física; la más frecuente es la dependencia psicológica y ocurre cuando una persona experimenta un deseo imperioso de obtener las sensaciones que le proporciona la droga, - tales como exaltación, euforia, estimulación, sedación, hipnosis, alucinaciones o percepción alterada- al punto de preferir el estado modificado de conciencia a la normalidad; la dependencia física es el enganche físico que aparece cuando el organismo, habiendo sufrido cambios fisiológicos a causa de la droga, tiene necesidad de su acción para continuar funcionando.

### **3.6 Criterios diagnósticos**

#### **3.6.1. Criterios diagnósticos para síndrome de dependencia alcohólica según CIE-10.**

En la décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades CIE-10, la OMS (1992) define al síndrome de dependencia alcohólica como un trastorno que presenta los siguientes aspectos:

- a) Manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas características.
- b) Se da máxima prioridad al consumo de alcohol.
- c) Hay un deseo (fuerte o insuperable) de ingesta
- d) Las recaídas después de un periodo de abstinencia, llevan a instaurar más rápidamente el síndrome de dependencia alcohólica que en los no dependientes.

Y da las siguientes pautas diagnosticas: “si en algún momento en los 12 meses previos o de un modo continuo han estado presentes 3 o más de los rasgos siguientes”:



- a) Deseo o compulsión de consumir alcohol.
- b) Disminución de la capacidad de control del consumo para comenzar o para terminarlo.
- c) Síntomas somáticos del síndrome de abstinencia cuando se reduzca o cese el consumo.
- d) Tolerancia.
- e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones.
- f) Persistencia en el consumo, a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales.

### **3.6.2. Criterios diagnósticos para la dependencia de sustancias psicoactivas según DSM-IV-TR.**

La American Psychiatric Association (2000) hace la siguiente descripción de la dependencia de sustancias psicoactivas, extensivo al alcohol. Se trata de “un patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por 3 (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses”:

- A. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes apartados:
- B. Una necesidad de cantidades gradualmente crecientes de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- C. El efecto de las mismas cantidades disminuye con su consumo continuado.
- D. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes apartados:
  - 1 El síndrome de abstinencia característico para el alcohol
  - 2 Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- E. El alcohol se toma con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.
- F. Existe un deseo pertinente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de alcohol

- G. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención del alcohol, en el consumo del alcohol o en la recuperación de los efectos del mismo
- H. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo del alcohol
- I. Se continúa ingiriendo alcohol a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que son causados o exacerbados por el consumo del alcohol (p. ej., ingesta continuada de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

### **3.7. Problemas derivados del abuso de alcohol en la adolescencia**

Según Escobar (1992), el consumo de alcohol durante la adolescencia tiene muchos riesgos, Algunos de ellos son directos, porque la ingesta de bebidas alcohólicas es peligrosa para la salud; otros de los riesgos en el caso de los adolescentes son indirectos y están ligados a los comportamientos derivados del consumo de alcohol.

En la actualidad asistimos a una creciente demanda de información sobre los patrones de consumo de alcohol en nuestra sociedad, por la problemática social y personal que plantea. Dentro de estos patrones adquieren una mayor importancia los asociados a las pautas de consumo de la adolescencia y juventud, que va aumentando, tanto en número de bebidas adquiridas, como en el de su graduación alcohólica, además la accesibilidad de los jóvenes a las bebidas alcohólicas es cada vez mayor, a pesar de las prohibiciones impuestas de su venta a menores; esto nos habla una revista en Colombia dedicada a jóvenes “vivir sano”. Escobar, (1992b).

De acuerdo al autor los adolescentes corren un riesgo mayor que los adultos a desarrollar enfermedades como la cirrosis del hígado, pancreatitis, infartos hemorrágicos y algunas formas de cáncer, también están más expuestos a iniciar actividad sexual temprana, situación que los expone a un mayor riesgo de contagio con el virus del SIDA, las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados. De igual modo, incrementan la probabilidad de verse

afectados por la impotencia y la disfunción eréctil. Los adolescentes que abusan del alcohol son cuatro veces más vulnerables a la depresión severa que aquellos que no tienen un problema de alcohol, el consumo de alcohol entre adolescentes ha sido asociado con muertes por suicidio y accidentes de tránsito, adicionalmente al ser un depresor del sistema nervioso central, afecta funciones cognoscitivas (percepción y juicio), motoras (equilibrio y reflejos), y emocionales (sensatez y madurez). Escobar (1992).

Para Escobar (1992) El inicio de consumo de alcohol en la adolescencia incrementa la probabilidad de padecer trastornos de personalidades incrementa al doble el riesgo de ser alcohólico antes de los veinticuatro años; así mismo puede llevar a adoptar conductas de alto riesgo, como conducir tras haber bebido, primera causa de mortalidad en este grupo de edad, provoca alteraciones en los procesos de memoria y aprendizaje, con cambios cerebrales, tanto a nivel funcional como estructural, y con diferencias del daño observadas en jóvenes, producidas por los diferentes patrones de consumo.

El cerebro del adolescente pudiera ser más sensible a los efectos dañinos del alcohol que el de los adultos, pero es incuestionable que la exposición temprana al alcohol es un claro predictor de una posible dependencia al alcohol en la edad adulta. Escobar (1992).

Sin embargo según Espada, Mendez, Griffin, y Botvin (2003), es complejo determinar cuándo el consumo adolescente de alcohol resulta problemático, ya que la aparición de secuelas físicas requiere que se haya estado abusando de esta sustancia cierto tiempo (...) no obstante considera que las principales consecuencias negativas que pueden padecer los adolescentes son:

- Intoxicación etílica aguda o embriaguez. A mayor cantidad de alcohol ingerido, mayor descoordinación motora, agresividad y episodios de pérdida de conocimiento, la intoxicación etílica grave puede desembocar en coma, llegando incluso a provocar la muerte.

- Problemas escolares. El consumo de alcohol repercute directamente en el rendimiento escolar.
- Sexo no planificado
- Accidentes de tráfico: el riesgo de padecer un accidente aumenta por la pérdida de reflejos, la desinhibición, la sensación de control, la euforia y los déficits perceptivos ocasionados por el alcohol.
- Alcohol y consumo de otras drogas: Espada, Mendez, Griffin, y Botvin (2003) en su investigación denominado “Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas” cita a Arévalo et al. (1997) y Comas (1990), quienes consideran al alcohol como una “puerta de entrada” al consumo de otras sustancias, generalmente el consumo de drogas ilegales está precedido por el de sustancias legales, siendo una cadena habitual: alcohol → tabaco → cánnabis → otras drogas ilegales. La magnitud del consumo de alcohol es una variable estrechamente relacionada con el uso de drogas ilegales, de modo que el consumo precoz de bebidas alcohólicas aumenta la probabilidad de usar más sustancias (Secades R. , 1996).

### **3.8. Prevención del consumo de alcohol**

Según Becoña (1999), “un programa preventivo es un conjunto de actuaciones que tienen como objetivo específico impedir o retrasar| la aparición de conductas de consumo y abuso de las distintas drogas”.

La Comisión Nacional para el desarrollo y vida sin drogas DEVIDA ( 2014) denomina a la prevención como el conjunto de medidas que se adoptan con anticipación antes de que ocurra una determinada situación o para minimizar sus efectos negativos, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas es evitar o reducir los diversos factores que influyen para que un sujeto llegue a consumir drogas, así como las consecuencias que se derivan de este. La prevención se realiza mediante un conjunto de actividades integradas e un programa,

encaminadas a limitar o anular los diferentes factores que favorecen el consumo de drogas, desarrollando factores de protección, seguridad y resistencia en los individuos y la comunidad.

El conocimiento de las variables y de los mecanismos que conducen al consumo de alcohol y otras drogas es una información útil para elaborar programas de prevención. Así, una intervención dirigida a aumentar la competencia personal mediante entrenamiento asertivo puede tener efectos beneficiosos sobre varios factores psicológicos, por ejemplo adquirir habilidad para rechazar ofrecimientos de bebida y mejorar la autoestima, factores que protegen del abuso de sustancias según Espada, Mendez, Griffin, y Botvin (2003).

Según Ortigosa Quiles, Quiles Sebastián, y Méndez Carrillo (2003) algunos programas centran su objetivo en reducir el consumo, promoviendo entre la población actitudes contrarias a las drogas y aumentando el autocontrol personal, este tipo de intervención se califica como de *reducción de la demanda* y se trata de programas que suelen realizarse en instituciones educativas o a través de los medios de comunicación; otras actuaciones preventivas pretenden disminuir la disponibilidad de la sustancia en el medio en que se mueven los destinatarios y estas intervenciones son conocidas como de *reducción de la oferta* y suelen estar desarrolladas desde los organismos políticos, legislativos y policiales.

Por otro lado Caplan (1980) distingue tres tipos de prevención:

- d. La prevención primaria, que tiene lugar antes de la aparición del problema; los destinatarios son los adolescentes no consumidores habituales de sustancias psicoactivas
- e. La prevención secundaria que se dirige a colectivos de alto riesgo de consumo o que lo han iniciado de forma reciente
- f. La prevención terciaria que trata de reducir los perjuicios del consumo, y equivale al tratamiento o rehabilitación de la persona consumidora.

La forma más común de prevención es el modelo de transmisión de información, en el que se ofrece a los adolescentes información sobre las drogas y su abuso; se instruye a los alumnos acerca de los peligros de las drogas en términos de sus consecuencias negativas a nivel social, legal y de salud además de que instruyen los adolescentes acerca de los distintos patrones de consumo de drogas, su farmacología y el proceso de adicción. Ortigosa Quiles, Quiles Sebastián, y Méndez Carrillo (2003).

### **3.8.1. Reglas para la prevención de conductas de riesgo en la adolescencia dirigidas a los padres.**

Para Grupo Previnfad/PAPPS Infancia y adolescencia (2012), existen algunas reglas de prevención de las conductas de riesgo en los hijos adolescentes, entre las que se encuentran:

- Dialogar con los hijos aprovechando los momentos en que estos estén predispuestos.
- Tener ocios y aficiones comunes.
- Tener un proyecto y unos objetivos educativos individuales para cada hijo.
- Transmitir valores.
- Transmitir las tradiciones y valores propios de la cultura de los padres.
- Promover la sobriedad en el uso del dinero.
- Ofrecer un modelo adecuado mediante las propias conductas de los padres.
- Conocer a sus amigos ofreciendo en la medida de lo posible la propia casa para que se reúnan allí.
- Mantener unos límites razonables pero firmes en los horarios de salida.

- Reforzar positivamente las conductas que lo merezcan y reprobado las que no lo merezcan, pero siempre señalando los hechos concretos y sin descalificaciones personales.
- Promover la autonomía y la responsabilidad de una forma prudente y progresiva.
- Dedicar tiempo de calidad y específico para cada hijo.

## **g. METODOLOGÍA**

### **TIPOS DE ESTUDIO**

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo, analítico, cualitativo, cuantitativo, relacional y de corte transversal porque utilizara datos numéricos para la respectiva tabulación y describirá la relación de los tipos de familias nuclear, extendida y monoparental con el consumo de alcohol, además se realizará en período de tiempo dado (marzo-junio 2016)

### **ÁREA DE ESTUDIO**

Unidad educativa fiscomisional “Daniel Álvarez Burnéo”.

### **POBLACIÓN**

**Universo.** Para la presente investigación se tomará en cuenta a los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional “Daniel Álvarez Burnéo”, el cual lo constituyen 3030 estudiantes.

**Muestra.** Se realizará un tipo de estudio no probabilístico ya que se sesgó la muestra de 910 estudiantes que pertenecieron a primero y segundo de bachillerato ya que por motivos de la directiva de la Institución no se permite aplicar a todos los paralelos, por consiguiente tomando en cuenta lo antes mencionado y el criterio de la investigadora, el estudio se realizará en estudiantes de 16 y 17 años de seis paralelos ( 1ro B, E, F; y 2do H, I, K) asignados por los inspectores de la Institución Educativa con un total de 82 estudiantes representando el 9,01% de la muestra.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Estudiantes que estén presentes al momento de la entrega del consentimiento informado y aquellos que estén autorizados por sus padres o representantes legales para ser evaluados

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Encuestas mal llenadas o incompletas.
- Estudiantes fuera del rango de edad.



## PROCEDIMIENTO.

- Dialogo con el rector del colegio acerca de la problemática existente.
- Solicitud de autorización al rector de la unidad educativa fiscomisional “Daniel Álvarez Burneo” para la aplicación de instrumentos psicológicos a los estudiantes
- Entrega de consentimiento informado a los estudiantes
- Recepción de los consentimientos informados previamente firmados por sus padres o representantes legales y aplicación de instrumentos psicológicos
- aplicación del instrumento psicológico (test AUDIT) y la encuesta semiestructurada sobre la familia

## TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

- Encuesta semiestructurada sobre la familia (*Anexo 1*)

La encuesta será elaborada por la investigadora y constará de 14 preguntas abiertas y cerradas, tendrá como objetivo conocer el tipo de familia al que pertenecen los estudiantes que forman parte de la investigación, así también, evaluará la relación que mantienen con sus padres entre otros aspectos, finalmente se realizó el familiograma; todas estas preguntas complementarias se las utilizará para que tenga mayor validez y fiabilidad la encuesta elaborada

Sin embargo tomaré en cuenta únicamente la primera pregunta de la encuesta ya que esta brindará la información necesaria para el cumplimiento del primer objetivo que es determinar el tipo de familia, el resto de preguntas serán excluidas para la tabulación.

- Test AUDIT (*Anexo 2*)

### *Descripción:*

Desarrollado como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve.

Su validez y confiabilidad se ha establecido en poblaciones diversas, incluyendo a los estudiantes universitarios de diversas partes del mundo. El cuestionario posee 10 preguntas, cada interrogante tiene de tres a cinco posibles respuestas, cada respuesta tiene un valor numérico que va de cero hasta dos o cuatro puntos.

*Corrección e interpretación.*

La sumatoria de cada respuesta da un puntaje total con un máximo posible de 40 puntos.

Los resultados que se pueden obtener son los siguientes:

- 0: no consume
- 1 a 7: indica un consumo de alcohol sin riesgos apreciables
- 8 a 15: indica un consumo de riesgo. Es el rango en el que resulta particularmente indicada una intervención preventiva
- 16 a 19: indica "Beber Problema" o consumo perjudicial, corresponde indicar intervención preventiva o terapéutica
- 20 o más: orienta fuertemente hacia un beber problema con mayor grado de compromiso, severidad o la presencia de dependencia, se indica intervención terapéutica o referencia a tratamiento en nivel de especialidad

Este reactivo será adaptado bajo la orientación del director de tesis con la finalidad de determinar la existencia y frecuencia del consumo de alcohol. Se tomara en cuenta únicamente la primera pregunta para establecer la frecuencia de consumo de alcohol y la sumatoria total del mismo servirá para establecer la existencia de consumo de alcohol en los estudiantes, así, un puntaje de 0 significa que no existe consumo de alcohol y puntajes de 1 o más significa presencia de consumo de alcohol.



### **i. Presupuesto y financiamiento**

#### RECURSOS HUMANOS

- Tesista
- Director de tesis
- Alumnos de la institución a investigar

#### RECURSOS MATERIALES

| RECURSOS            | VALOR       |
|---------------------|-------------|
| Computadora         | 500.00      |
| Internet            | 60.00       |
| Libros              | 100.00      |
| Impresiones, copias | 150.00      |
| Flash memory        | 10.00       |
| Calculadora         | 5.00        |
| Transporte          | 50.00       |
| Imprevistos         | 100.00      |
| Empastado, anillado | 40.00       |
| <b>Total</b>        | <b>1015</b> |

## j. Bibliografía

- Sociedad española de toxicomanías. (2006). *Tratado SET de trastornos adictivos. Sociedad española de toxicomanías*. Madrid: Médica Panamericana.
- Ackerman, N. (1977). *Diagnostico y tratamiento de las relaciones familiares*. Hormé.
- Ajá Eslava, L. (2013). *Talleres de apoyo psicoeducativos para padres y madres*. Bogotá: Vistagraf. Obtenido de [http://www.educacionbogota.edu.co/archivos/Temas%20estrategicos/Convivencia/2015/Prevencion%20sustancias%20sicoactivas/Previniendo\\_y\\_tratando\\_suicidio-y-adicciones-Padres.pdf](http://www.educacionbogota.edu.co/archivos/Temas%20estrategicos/Convivencia/2015/Prevencion%20sustancias%20sicoactivas/Previniendo_y_tratando_suicidio-y-adicciones-Padres.pdf)
- Alberti, R., y Emmons, M. (1977). *your perfect right: A guide to assertive behavior*. San Luis Oispo, California: Impact.
- Allen, D. (2003). Treating the cause not the problem: Vulnerable young people and substance misuse. *Journal of Substance Use*, 8, 42-46.
- American Psychiatric Association. (2000). *Manual Diagnostico y Estadistico de los Trastornos Mentales*. Washington DC: Masson.
- Becoña, E. (1999). *Bases Teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Berger, S. (2007). *Psicología del desarrollo*. Madrid: Panamericana.
- Bernal, A., Rivas, S., y Urpí, C. (2012). *Educación familiar. Infancia y adolescencia*. Madrid: Piramide.
- Bernard, I., y Risle, M. (1998). *Manual de orientación*. Chile: S.E.
- Boscolo, L. (1998). *La terapia familia en transformación*. Buenos Aires: Mony Claim.
- Bradshaw, J. (2000). *La Familia*. Florida: Selector.
- Buelga, S., y Musitu, G. (s/f de s/f de 2006). *Famille et Adolescence: Prévention de conduites à risque*. Obtenido de <https://www.uv.es/lisis/sofia/preventionconduitesRennes.pdf>
- Cadena Agroindustrial. (2004). El producto y el entorno internacional. En c. Agroindustrial, *etanol* (pág. 5). Nicaragua: IICA.
- Cami, A., y Dealbert, I. (2009). Introducción al trabajo familiar en casos de vulnerabilidad. *Introducción al trabajo familiar en casos de vulnerabilidad* (págs. 5-10). Córdoba: Plataformas Sociales Salesianas.
- Caplan, M. (1980). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Carvalho, V., Pinsky, I., R, d. S., y Carlini-Cotrim, B. (1995). Drug and alcohol use and family characteristics: A study among Brazilian high-school students. *PubMed*, 65-72.
- Casas Rivero, J., y Ceñal Gonzalez, M. (2005). *Desarrollo del adolescente: Aspectos físicos, psicológicos y sociales*. Obtenido de [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo\\_adolescente\(2\).pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente(2).pdf)
- Casla Herrero, M. G. (31 de Octubre de 2012). *cuaderno de viaje de una psicopedagoga*. Obtenido de <http://cuadernodeunafuturapsicopedagoga.blogspot.com/2012/10/la-tecnica-del-arbol.html>
- Castillo, G. (2009). *El adolescente y sus retos*. Madrid: Pirámide.
- Cherlin, A., y Furstenberg, F. (1994). *Step families in the United States: A reconsideration in J. Blake y J. Hagen (Eds.)*. Palo Alto, CA: Annual Reviews.
- Clavijo, A. (2011). *Crisis familia y psicoterapia*. Habana: Ciencias médicas.
- Coleman, J., y Hendry, L. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Morata.
- Comisión Nacional para el desarrollo y vida sin drogas DEVIDA. (1 de Diciembre de 2014). *Manual para la prevención del consumo de drogas. Proyecto descentralización de políticas de drogas en los países andinos Perú*. Obtenido de [http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento\\_institucional/savia/PDF/guias/manual%20de%20prevencion.pdf](http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/PDF/guias/manual%20de%20prevencion.pdf)

- Cortés, M. T., Espejo, B., Martín, B., y Gómez-Íñiguez, C. (2010). Tipologías de consumidores de alcohol dentro de la práctica del botellón en tres ciudades españolas. *Psicothema*, 22, 363-368.
- Desrichard, O., y Denarie, V. (s/f de s/f de 2005). *Sensation seeking and negative affectivity as predictors of risky behaviors: A distinction between occasional versus frequent risk-taking*. Obtenido de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.529.3001&rep=rep1&type=pdf>
- Dirección Corporativa de Administración .Subdirección de Servicios de Salud. (s.f. de s.f. de s.f.). *adolescencia. PEMEX*. Recuperado el 22 de febrero de 2016, de <http://www.pemex.com/servicios/salud/TuSalud/MedicinaPreventiva/Documents/adolescencia.pdf>
- Donas Burak, S. (1998). *Protección, riesgo y vulnerabilidad: Sus posibles aplicaciones en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud integral de los adolescentes y las adolescentes*. Obtenido de <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/CasosModulos/CasosModulo4Ap.html>
- Dulanto, E. (1989). *El Adolescente*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- EEguiluz, L. (2003). *Dinámica de la familia* (1ra ed.). México: Pax Mexico.
- Eguiluz, L. (2007). *Dinamica de la familia* (3ra ed.). México: Pax Mexico.
- ejercicios practicos para mejorar tu autoestima*. (22 de diciembre de 2012). Obtenido de [http://portal.uc3m.es/portal/page/portal/cultura\\_y\\_deporte/orientacion/orientacion/bienestar\\_emocional/gestion\\_emociones/Ejercicios-para-mejorar-tu-autoestima.pdf](http://portal.uc3m.es/portal/page/portal/cultura_y_deporte/orientacion/orientacion/bienestar_emocional/gestion_emociones/Ejercicios-para-mejorar-tu-autoestima.pdf)
- Elzo, J. (2002). Comunicación y conflictos. En J. Elzo, *Hijos y padres*. Madrid: FAD.
- Escobar, R. (1992). *El crimen de la droga*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Espada, J., Mendez, X., Griffin, K., y Botvin, G. (2003). Adolescencia: Consumo de alcohol y otras drogas. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 10. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/778/77808402.pdf>
- Esteinou, R. (2006). *Fortalezas y desafíos de las familias en dos contextos: Estados Unidos de América y México*. México: CIESAS, DIF.
- Esteves Lopez, E., Jimenez Gtierrez, T., y Musito Ochoa, G. (2011). *Relaciones entre padres e hijos adolescentes*. Valencia: Nau Libres.
- Estrella, E., y Suarez, M. (2006). Introducción al estudio de la dinámica familiar. *Rampa. Fasciculos CADEC*, 42-43.
- Fernández-Hermida, J., y Secades-Villa, R. (2010). Ética y prevención del consumo de drogas. *Revista Española de drogodependencias*, 4-20.
- Florenzano Urzúa, R. (1998). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Fondo de la Naciones Unidas para Infancia UNICEF. (2011). *Estado Mundial de la Infancia. La adolescencia una época de oportunidades*. UNICEF.
- Gambers, H., y Gonzalez, E. (2005). *¿Sobre qué deciden los adolescentes? Infancia y aprendizaje*. S.E.
- Garibaldi Alvarado, S. (1994). *Jóvenes y drogas*. Distrito Federal: Procuraduría General de la República .
- Garibay, S. (2013). *Enfoque Sistemico: Una introduccion a la psicoterapia familiar*. D.F.: El Manual Moderno.
- Gil-Lacruz, M. (2007). *Psicología social: Un compromiso aplicado a la salud*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.
- Giró, J. (2007). *Adolescentes, ocio y consumo de alcohol*. Madrid: Entinema.
- Goldman, M. S., y Darkes, J. (2004). Alcohol expectancy multiaxial assessment: A memory network-based approach. *Psychological Assessment*, 16, 4-15.

- Gough, E. (1971). The origin of the family". *Journal of Marriage and the Family*, 760-771.
- Grupo Cultural, S.A. (2004). *Las Drogas, Educación y Prevención*. Madrid: Cultural.
- Grupo Previnfad/PAPPS Infancia y adolescencia. (19 de Diciembre de 2012). *Prevencion del consumo de alcohol en adolescentes*. Obtenido de Revista pediatría atención primaria: [http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/\\_IXus5l\\_LjPrFG1u0ScQLB0hOPJD3irEC](http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/_IXus5l_LjPrFG1u0ScQLB0hOPJD3irEC)
- Guispert, C. (2003). *Asesor de padres, programa de informacion familiar*. Madrid: Oceano.
- Harrocks, J. (1994). *Psicología de la adolescencia*. MEXICO: Trillas.
- Hawkins, D., Catalano, R., y Janet, M. (1992). *Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood: Implications for Substance Abuse Prevention*. Cop\right 1992 the American Psychological Association. Obtenido de <https://cre8tiveyouthink.files.wordpress.com/2011/12/social-developmental-prevention-and-yd.pdf>
- Hemovich, V., Lac, A., y Crano, W. (2011). Understanding early-onset drug and alcohol outcomes among youth: The role of family structure, social factors, and interpersonal perceptions of use. *Psychology, Health & Medicine* , 249–267.
- Herrera Santi, P. (6 de noviembre- diciembre de 2000). *Rol de genero y Funcionamiento familiar*. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252000000600008&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252000000600008&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Herrera Santi, P. M. (s.f. de noviembre- diciembre de 1997). *La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud*. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251997000600013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000600013)
- Hoffman, J., y Johnson, R. (1998). A national portrait a family structure and adolescent drug use . *Revistas indexadas integral*, 60, 633-645.
- Horton, P. B., y Hunt, C. L. (1968). *Sociologia*. Madrid: Castilla.
- Hurlock, E. (1994). *Psicologia de la Adolescencia*. ESPAÑA: Paidos.
- INEC. (2014). La realidad tras las cifras. *Revista posdata*, 6.
- Instituto Nacional de Abuso de Drogas. (Septiembre de 2004). *Cómo prevenir el uso de drogas en niños y adolescentes*. Obtenido de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/como-prevenir-el-uso-de-drogas/capitulo-1-los-factores-de-riesgo-y-los-factores-de-proteccion/cuales-son-los-fa>
- Jessor, R., Costa, F. M., Kreuger, P. M., y Turbin, M. S. (2006). A developmental study of heavy episodic drinking among college students: The role of psychosocial and behavioral protective and risk factors. *Journal of Studies on Alcohol*, 67.
- Krimmel, D., y Weiner, I. (1998). *La adolescencia: una transición al desarrollo*. Barcelona: Ariel psicología.
- Lefrancois, G. (2001). *El cciclo de la vida*. universidad de alberra: International Thomson Editores.
- Llavona Uribelarrea, L. M., y Méndez Carrillo, F. X. (2012). *Manual del psicologo de familia*. Madrid: Pirámide.
- Lorenzo Fernandez, P., Ladero Quezada, J. M., Leza Cerro, J. C., y Lizasoain Hernandez, I. (2009). *Drogodependencias Farmacologia. Patologia. Psicologia, Legislacion*. Madrid: Panamericana.
- Louro Bernal, I., Infante Pedreira, O., De la Cuesta Freijomil, D., Perez Gonzalez, E., Gonzalez Benites, I., Perez Pileta, C., . . . Tejera Villareal, G. (2002). *Manual para la intervencion en la salud familiar*. La Habana: Ciencias Medicas.
- Mackintosh, A. M., Earleywine, M., y Dunn, M. E. (s/f de Septiembre de 2006). *Alcohol expectancies for social facilitation: A short form with decreased bias*. Obtenido de

- [https://www.researchgate.net/publication/7410592\\_Alcohol\\_expectancies\\_for\\_social\\_facilitation\\_A\\_short\\_form\\_with\\_decreased\\_bias](https://www.researchgate.net/publication/7410592_Alcohol_expectancies_for_social_facilitation_A_short_form_with_decreased_bias)
- Martinez Navarro, M. d. (s/f de s/f de s/f). *Funcionalidad y disfuncionalidad de la familia*. Obtenido de <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/5/2106/27.pdf>
- Martinez, M. (2013). Diversidad familiar y ajuste psicosocial en la sociedad. *Revista Psicologica*, 6.
- McGoldrick, M. (2000). *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Medina-Mora, M., Galván, F., y Tapia, R. (11 de Abril de 2001). Consumo de drogas entre adolescentes: Resultados de la encuesta nacional de adicciones 1998. *Salud pública de México*, 45. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v45s1/15442.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad . (16 de Enero de 2013). *Alcohol: mitos y realidades*. Obtenido de <http://enfamilia.aeped.es/vida-sana/mitos-realidades-sobre-alcohol>
- Minuchin. (1982). *Familias y Terapia Familiar*. Buenos Aires: Gedisa.
- Miranda, A., y Perez, J. (2005). *Socialización familiar pese a todo. congreso ser adolescente hoy*. Madrid: Fundación ayuda contra la drogadicción.
- Montoro, R. (2004). La familia en su evolución hacia el siglo XXI. *II Congreso La Familia en la Sociedad del Siglo XXI*. Madrid.
- Moos, R. M., S., M. B., y Trickett, E. J. (1984). *Escalas de clima social*. Madrid: TEA Ediciones.
- Morán, R. (2004). *Educandos con desórdenes emocionales y conductuales*. Puerto Rico: La Editorial.
- Murdock, G. (1949). *Social Structure*. New York: The Macmillan Company.
- Nuño Gutierrez, B., y Gonzalez Corteza, C. (21 de Enero de 2004). La representación social que orienta las decisiones paternas al afrontar el consumo de las drogas de sus hijos . *Sakud pública de Mexico*, 46. Obtenido de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v46n2/a05v46n2.pdf>
- Observatorio Español sobre Drogas. (2000). *Encuesta sobre drogas a población escolar*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Olhaverri, M. (2012). estrés materno y configuración familiar: estudio comparativo en familias chilenas monoparentales y nucleares de bajos ingresos\*. *Universitas Psychologica*, 1318.
- Organización Mundial de la Salud. (09 de Mayo de 2003). *Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en atención primaria*. Obtenido de [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf?ua=1](http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf?ua=1)
- Organizacion Mundial de la Salud OMS. (1992). *Decima Revision de la clasificacion Internaccional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clinicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Organizacion Panamericana de la Salud. (14 de Mayo de 2014). *siete organos se afectan con frecuencia por el consumo de alcohol*. Obtenido de [http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1208%3Amayo-14-2014&Itemid=356](http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1208%3Amayo-14-2014&Itemid=356)
- Ortigosa Quiles, J. M., Quiles Sebastián, M. J., y Méndez Carrillo, F. X. (2003). *Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familia*. Madrid : Pirámide.
- Papalia , D., Wendkos Olds, S., y Duskin , R. (2002). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia* (novena ed.). México, D.F: Mc Graw-Hill.
- Papalia, D., Duskin Feldman, R., y Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano*. Mdexico: Mc Graw Hill Education.



- Páramo, M. d. (07 de Marzo de 2011). *Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión*. Obtenido de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082011000100009](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100009)
- Paz Navarro, L. d., Rodriguez Roldan, P. G., y Martinez Gonzalez, M. G. (10 de abril-junio de 2009). *Funcionamiento familiar de alumnos con bajo rendimiento escolar y su comparación con un grupo de rendimiento promedio en una preparatoria de la Universidad de Guadalajara*. Obtenido de [http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu\\_desarrollo/anteriores/10/010\\_Paz.pdf?iframe=true&width=90%&height=90%](http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/10/010_Paz.pdf?iframe=true&width=90%&height=90%)
- Pons, J., y Buelga, S. (s/f de Abril de 2011). *factores Asociados al Consumo Juvenil de Alcohol: Una Revisión desde una Perspectiva Psicosocial y Ecológica*. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-05592011000100008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592011000100008)
- Quiroz, N., Villatoro, V., Juarez, G., Gutierrez, L., Amador, B., y Medina, I. (2007). La familia y el maltrato como factores de riesgo de conducta antisocial . *Medigraphic*, 47-54.
- Ramirez Ruiz, M., y De Andrade, D. (2015). La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes (Guayaquil-Ecuador). *Revista latinoamericana de enfermagem*. Obtenido de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000700008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000700008)
- Rangel, J. L., Valerio, L., Patiño, J., y García, M. (s.f. de Enero-Febrero de 2004). *Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada*. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un041g.pdf>
- Rizo Ruiz, A. (2014). Intervención cognitivo-conductual en un caso de trastorno negativista desafiante en una adolescente. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 94-95.
- Robles, P. (2004). Violencia y seguridad. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*. Obtenido de <http://criminet.urg.es/recpc/06-r1>.
- Rodrigo, M. J., y Palacios, J. (1998). *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza.
- Santrock, J. (2003). *Psicología del desarrollo en la adolescencia*. Madrid: Mc Graw-Hill.
- Saucedo, J. (2003). *La familia su dinámica y tratamiento*. Washington: Paltex.
- Schaefer, R. (2006). *Introducción a la Sociología*. Madrid: McGraw- Hill Interamericana de España S.L.
- Secades, R. (1996). *Alcoholismo juvenil. Prevención y Tratamiento*. Madrid: Piramide.
- Secades, R., y Fernández Hermida, J. (18 de Diciembre de 2002). *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias*. Obtenido de [http://www.irefrea.eu/uploads/PDF/FHernida\\_Secades\\_2002\\_Intervencion\\_familiar.pdf](http://www.irefrea.eu/uploads/PDF/FHernida_Secades_2002_Intervencion_familiar.pdf)
- Shaffer R, D. (2000). *Psicología del desarrollo Infancia y Adolescencia*. Universidad de Georgia: International Thomson Editores.
- Siise-Siniñez, V. 2. (1998). *Cartilla de indicadores sobre adolescentes ecuatorianos*. Obtenido de <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/ecuador/iinfa/adoles.pdf>
- Sociedad española de toxicomanías. (26 de Abril de 2004). *Estudio internacional sobre género, alcohol y cultura. Proyecto "Genesis"*. Obtenido de <http://www.documentacion.edex.es/docs/1104SANest.pdf>
- Solís, M. (2012). *Reflexión Académica en Diseño y Comunicación N°XIX* . Buenos Aires: Facultad de Diseño y Comunicación - Universidad de Palermo.
- Tabera, V., y Rodriguez, M. (2010). *Intervención con familias y atención a menores*. S.N.: Editex.
- Tomás, U. (19 de Noviembre de 2010). *Historia Clínica*. Obtenido de <http://elpsicoasesor.com/historia-clinica/>

- Torres García, R. (2013). *La disfuncionalidad familiar y su incidencia en los problemas de lecto-escritura de los alumnos del quinto "A" y "B" de educación básica de la escuela nueve de julio del canto cayambe de la provincia de pichincha año lectivo 2012-2013*. tesis de pregrado. UTPL. Cayambe, Ecuador. Obtenido de [http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/7167/1/Ruth%20Ver%C3%](http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/7167/1/Ruth%20Ver%C3%99)
- Torres, M., y Forns, M. (2004). *Evaluación psicológica modelos y técnicas*. Barcelona: Paidós. Universidad autónoma de Chile. (22 de Marzo de 2010). *manual para la interveccion en caso-famiia*. Obtenido de <https://cetsocial.files.wordpress.com/2012/04/e1.pdf>
- UTPL, (Noviembre de 2014). *Variables psicosociales y consumo de alcohol en adolescentes de Loja y Zamora*. Recuperado el 30 de 12 de 2015, de [http://smartland.utpl.edu.ec/sites/default/files/Informe\\_final\\_de\\_investigacion\\_sobre\\_el\\_alcoholismo\\_en\\_los\\_jovenes.pdf](http://smartland.utpl.edu.ec/sites/default/files/Informe_final_de_investigacion_sobre_el_alcoholismo_en_los_jovenes.pdf)
- Wagner, K., Ritt-Olson, A., Soto, D., y Unger, J. (2008). *Variation in Family Structure Among Urban Adolescents and Its Effects on Drug Use. Substance Use & Misuse*,. Obtenido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3794458/>
- Walsh, F. (1982). *Conceptualización of normal family functioning*. Nueva York: Guillard Press.
- Zaldivar Perez, D. (2003). *Funcionamiento familiar saludable*. Obtenido de [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitaciontemprana/funcionamiento\\_familiar.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitaciontemprana/funcionamiento_familiar.pdf)
- Zuloaga, J., y Franco, N. (2014). *Adolescencia: una guía para padres*. Palibrio.
- Zurita, F y Alvaro, J. (2014). *Salud y drogas*. Recuperado el 11 de 2 de 2016, de <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/214-337-1-PB.pdf>

# ANEXOS

## ANEXO 1

### ENCUESTA SEMIESTRUCTURADA SOBRE LA FAMILIA

**Nombre**.....

**Edad**.....

**Curso y paralelo**.....

La presente encuesta pretende conocer a qué tipo de familia pertenece. Esta información será manejada confidencial y estrictamente con fines de investigación. Para lo cual solicitamos su participación y autorización bajo el consentimiento informado.

Lea por favor atentamente cada pregunta antes de dar respuesta a la misma.

#### **12. ¿Con quién vive?**

Padre ( )

Madre ( )

Abuelos paternos ( )

Abuelos maternos ( )

Tíos ( )

Otros ( )

Especifique.....

#### **13. ¿Qué edad tienen sus padres?**

Padre.....

Madre.....

#### **14. La relación con su padre es:**

Buena ( )

Regular ( )

Mala ( )

Explique ¿Por qué?.....

**15. La relación con su madre es:**

Buena ( )

Regular ( )

Mala ( )

Explique ¿Por qué?.....

**16. Sus padres están:**

Casados ( )

Unión libre ( )

Se divorciaron / separaron ( )

Se divorciaron /separaron y retomaron la relación ( )

**17. La relación entre sus padres es:**

Buena ( )

Regular ( )

Mala ( )

Explique, ¿Por qué?

.....  
.....**18. ¿Cuántos HERMANOS y HERMANAS de padre y madre tiene Ud?**

HERMANAS.....

HERMANOS.....

ESPECIFIQUE.....

**19. ¿Qué lugar ocupa entre sus hermanos?**

Primero ( )

Cuarto ( )

Segundo ( )

Quinto ( )

Tercero ( )

Otro.....

**20. La relación entre usted y sus hermano/as es:**

Buena ( )

Regular ( )

Mala ( )

**21. ¿Los conflictos en su familia se resuelven?**

Siempre ( ) A veces ( ) Nunca ( )

Explique porque

.....  
 .....

**22. ¿Su familia le escucha?**

Siempre ( ) A veces ( ) Nunca ( )

**12 ¿En su familia se expresa abiertamente muestras de cariño?**

Siempre ( ) A veces ( ) Nunca ( )

**13¿Los miembros de su familia, consumen alcohol?**

Si ( )

No ( )

**14 Si la respuesta es afirmativa ¿ésta situación ha provocado?**

Peleas ( )

Agresiones (física, verbal): ( )

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

**Familiograma**

## ANEXO 2

## TEST AUDIT (ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST)

Nombre: .....

Edad.....

Curso y paralelo.....

Conteste a las siguientes preguntas haciendo referencia al último año, para cada pregunta en la tabla siguiente, marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta.

| PREGUNTAS  | 0     | 1                        | 2                     | 3                          | 4                         |  |
|--|-------|--------------------------|-----------------------|----------------------------|---------------------------|--|
| 3. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida que contenga alcohol?   | Nunca | Una o menos veces al mes | De 2 a 4 veces al mes | De 2 a 3 veces a la semana | 4 o más veces a la semana |  |
| 4. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma durante un día típico en el que ha bebido?                                | 1 o 2 | 3 o 4                    | 5 o 6                 | 7 a 9                      | 10 o mas                  |  |
| 11. ¿Con que frecuencia toma 6 bebidas o más en una sola ocasión?  | Nunca | Menos de una vez al mes  | Mensualmente          | Semanalmente               | A diario o casi a diario  |  |
| 12. ¿Con que frecuencia en el último año ha sentido incapacidad de parar de beber una vez que había comenzado? | Nunca | Menos de una vez al mes  | Mensualmente          | Semanalmente               | A diario o casi a diario  |  |
| 13. ¿Con que frecuencia durante el último año no   | Nunca |                          | Mensualmente          | Semanalmente               |                           |  |

|   |       |                         |  |              |                          |  |
|---|-------|-------------------------|--|--------------|--------------------------|--|
| pudo hacer lo que normalmente se esperaba de usted debido a la bebida?  |       | Menos de una vez al mes |  |              | A diario o casi a diario |  |
| 14. Durante el último año, ¿con que frecuencia necesitó tomar alguna “bebida alcohólica” por la mañana para poder ponerse en funcionamiento después de una noche de haber bebido mucho? | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente                           | Semanalmente | A diario o casi a diario |  |
| 15. Durante el último año ¿con que frecuencia se sintió culpable o con remordimientos después de haber bebido?  | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente                           | Semanalmente | A diario o casi a diario |  |
| 16. Durante el último año ¿en cuántas ocasiones no fue capaz de recordar lo que le había pasado la noche anterior por haber estado bebiendo?  | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente                           | Semanalmente | A diario o casi a diario |  |
| 17. ¿usted u otra persona ha sufrido algún daño como consecuencia de que usted hubiera bebido?  | No    |                         | Sí, pero no en el curso del último año |              | Si, el último año        |  |



|   |    |  |  |  |                   |  |
|---|----|--|--|--|-------------------|--|
| 18. ¿algún pariente, amigo, médico o profesional sanitario le ha expresado su preocupación por su bebida o le ha sugerido dejar de beber? | No |  | Sí, pero no en el curso del último año |  | Sí, el último año |  |
| TOTAL   |    |  |  |  |                   |  |

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

**ANEXO 3**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Loja, 25 de Marzo de 2016

Hno. Eduardo Bartolomé Martínez

RECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL “DANIEL ÁLVAREZ BURNÉO”

Presente.-

De mi consideración:

Yo, Yessenia Anabell Silva Montaña, con C.I. 1104733272, estudiante del quinto año de la carrera de psicología clínica, solicito a usted por medio de la presente que se me autorice aplicar los instrumentos psicológicos dirigidos hacia los estudiantes de 16-17 años de la institución que usted muy acertadamente dirige, con el fin de efectuar el desarrollo de la tesis de investigación titulada “TIPOS DE FAMILIA (NUCLEAR, EXTENDIDA, MONOPARENTAL) Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ESTUDIANTES DE 16-17 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL DANIEL ALVAREZ BURNEO”

Por la favorable atención que se digne dar a la presente desde ya le antelo mi sincero agradecimiento.

Atentamente:

.....

Yessenia Anabell Silva Montaña

Estudiante de psicología clínica

**ANEXO 4**

Loja, Mayo de 2016

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo Hno. Eduardo Bartolomé Martínez en calidad de rector de la Unidad Educativa Fiscomisional “Daniel Álvarez Burnéo” en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente manifiesto que he sido debidamente informado y en consecuencia autorizo que la Srta. **YESSENIA ANABELL SILVA MONTAÑO**, con C.I. 1104733272 realice su proceso investigativo con el respetivo tema “TIPOS DE FAMILIA (NUCLEAR, EXTENDIDA, MONOPARENTAL) Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ESTUDIANTES DE 16-17 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL DANIEL ALVAREZ BURNEO” teniendo en cuenta que:

3. He comprendido la naturaleza y propósito del procedimiento y
4. He tenido la oportunidad de aclarar mis dudas

Por tanto, declaro estar debidamente informado y doy mi consentimiento expreso para que la Srta. Yessenia Silva realice el proceso investigativo.

.....

Hno. Eduardo Bartolomé Martínez

**ANEXO 5****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo,.....  
como padre/ madre de familia del estudiante .....en  
pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente autorizo que la Srta. **YESSENIA ANABELL SILVA MONTAÑO**, con C.I. 1104733272 aplique a mi hijo/ a los reactivos correspondientes a su proceso investigativo, cuyo tema es “TIPOS DE FAMILIA (NUCLEAR, EXTENDIDA, MONOPARENTAL) Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ESTUDIANTES DE 16-17 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL DANIEL ÁLVAREZ BURNEO”

.....  
C.I.

