



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**RELACIONES INTRAFAMILIARES Y PRESIÓN DE LOS
AMIGOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL EN
JÓVENES DE BACHILLERATO**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

VANIA MARIAN BECERRIL TORIZ

**DIRECTOR DE TESIS: MTRA. GUADALUPE BEATRIZ
SANTAELLA HIDALGO**

**REVISOR DE TESIS: LIC. LUIS MARIANO GALLARDO
RAMÍREZ**



CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX., 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
MARCO REFERENCIAL Y ANTECEDENTES	4

CAPÍTULO 1. ADOLESCENCIA

1.1 Antecedentes y definición de adolescencia	12
1.2 Etapas de la adolescencia	13
1.2.1 Adolescencia temprana	14
1.2.2 Adolescencia media	16
1.2.3 Adolescencia tardía	17
1.3 Desarrollo socioemocional	18
1.3.1 Autoconcepto, autoestima y autoeficacia	19
1.3.2 Identidad y sentido de pertenencia	24
1.3.3 Autonomía y apego	30
1.4 El adolescente actual	33
1.4.1 Adolescencia y salud	35

CAPÍTULO II. ADOLESCENCIA Y CONSUMO DE ALCOHOL

2.1 El alcohol como droga	37
2.2 Consumo, abuso y dependencia	38
2.3 Antecedentes en México	40
2.3.1 Epidemiología del consumo	40
2.4 Factores de riesgo y protección asociados al consumo de alcohol en los jóvenes	42
2.4.1 Factores contextuales	44
2.4.2 Factores individuales	46
2.4.3 Factores relacionales	50
2.4.3.1 La familia	50
2.4.3.2 Los amigos	52

2.5 Problemas derivados del abuso de alcohol	55
2.5.1 Problemas en la salud física y psicológica.....	56
2.5.2 Intoxicación aguda o embriaguez	58
2.5.3 Problemas escolares	59
2.5.4 Prácticas sexuales de riesgo	60
2.5.5 Accidentes de tránsito	60
2.5.6 Problemas legales	61

CAPÍTULO III. EL PAPEL DE LA FAMILIA EN EL CONSUMO DE ALCOHOL

3.1 Concepto y funciones de la familia	62
3.2 Estructura, dinámica y funcionamiento familiar	64
3.3 Familias con hijos adolescentes	66
3.4 Estilos educativos y disciplina familiar	68
3.5 Familia y consumo de alcohol	70
3.5.1 Dependencia y codependencia	78

CAPÍTULO IV. MÉTODO

4.1 Justificación y planteamiento del problema	83
4.2 Pregunta de Investigación	83
4.3 Objetivos	83
4.3.1 Objetivo general	83
4.3.2 Objetivos específicos	83
4.4 Hipótesis	84
4.5 Tipo de estudio.....	85
4.6 Participantes	85
4.7 Instrumentos	85
4.8 Procedimiento	87

CAPÍTULO V. ANÁLISIS DE RESULTADOS	88
CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	98
CONCLUSIONES	102
4.1 Alcances y limitaciones	103
REFERENCIAS	104
ANEXOS	
Anexo 1. Prueba de Identificación de Trastornos Relacionados con el Consumo de Alcohol (AUDIT)	115
Anexo 2. Escala de Evaluación de las Relaciones (ERI)	119
Anexo 3. Escala de Resistencia a la Presión de Amigos para el Consumo de Alcohol	122

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

A mis padres, Patricia Toriz y Gonzalo Becerril, por su amor incondicional, por la comprensión, apoyo y guía que me han brindado durante mi vida; por ser los principales promotores de mis sueños; por darme las herramientas para ser una persona de bien. Muchos de mis logros se los debo a ustedes, entre ellos éste. Son mi ejemplo a seguir.

A Emmanuel y Gibrán, mis queridos hermanos, quienes me han enseñado valiosas lecciones; por su amor, apoyo, ánimo, respaldo y confianza que me han dado.

A la memoria de mi tío Armando.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, mi alma máter, a la que debo mi formación y desarrollo, no sólo como profesional, sino también como persona. A la Facultad de Psicología, que con orgullo y pasión representaré.

A mi directora de tesis, Guadalupe Beatriz Santaella Hidalgo; a mi revisor, Luis Mariano Gallardo Ramírez, y a los profesores que han sido partícipes en este trabajo, por su labor en la evaluación, seguimiento y por sus valiosos comentarios que mejoraron el presente proyecto.

A Arturo y a las grandes personas quienes han compartido el camino conmigo. Algunas siguen, otras han tomado rumbos distintos o se encuentran lejos, pero que siempre estarán presentes en mi vida. A todos ustedes, gracias.

RESUMEN

El aumento en el consumo de bebidas alcohólicas entre la población adolescente representa un problema de salud pública y suscita preocupación social. Existen diversos factores que, de manera conjunta, pueden facilitar el consumo de dicha sustancia. El objetivo del presente proyecto fue comparar, por sexo y grado escolar, los patrones de consumo, la relación intrafamiliar y las habilidades para negarse a consumir alcohol, que presentan 137 adolescentes con y sin familiar consumidor; a los cuales se aplicaron los instrumentos: "Prueba de Identificación de Trastornos Relacionados con el Consumo de Alcohol" (OMS, 1992), "Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares" (Andrade & Heredia, 2010) y "Escala de Resistencia a la Presión de Amigos para el Consumo de Alcohol" (Sánchez, Andrade, Betancourt & Vital, 2013). Con la finalidad de detectar si existían diferencias significativas entre los participantes respecto a los patrones de consumo, la relación intrafamiliar y las habilidades de resistencia a la presión de pares, se utilizó la prueba no paramétrica Chi cuadrada, resultando significativas la relación entre las habilidades de resistencia a la presión de amigos y el sexo de los participantes, la unión y apoyo percibidos asociados a los patrones de consumo de los adolescentes, y por último, la resistencia a la presión de amigos para el consumo de alcohol asociado a los patrones de consumo de los jóvenes.

Palabras clave: alcohol, adolescencia, relación intrafamiliar, habilidades de resistencia, presión social.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de transición entre la infancia y la adultez, caracterizada por cambios importantes en diversas esferas: afectiva, física, social y mental. Constituye un periodo de aprendizaje, construcción de identidad, entre otros y a su vez, de vulnerabilidad.

La adolescencia es el periodo en que comúnmente inicia el contacto con el consumo de alcohol, más específicamente, en edades de entre los 12 y 17 años. El consumo de alcohol se asocia con diversión, ocio, modernidad, estatus y un sentido de pertenencia; elementos que son altamente valorados y buscados por los adolescentes (Villarreal, Sánchez & Musitu 2013; Chacón, 2011).

En los últimos años, en nuestro país, ha habido un incremento en el patrón de consumo. De acuerdo con un sondeo realizado por Conadic en el 2014, se registró un total de 1 millón 674 mil alumnos de secundaria y bachillerato que requerían tratamiento por consumo de alcohol. Estas cifras suscitan preocupación social, ya que el abuso de alcohol aumenta las probabilidades de tener problemas legales, escolares y/ o afectivos, sexo no planificado, accidentes de tránsito, y a su vez, interfiere en el desarrollo saludable del adolescente, y por lo tanto, existe mayor riesgo de padecer problemas derivados del alcoholismo en la edad adulta (Valdez, 2016).

Algunos autores consideran que el sistema familiar juega un papel fundamental en el consumo temprano de alcohol en los adolescentes. Actualmente vivimos en una sociedad con una cultura permisiva respecto al consumo del licor, en donde éste se encuentra con frecuencia en, actividades deportivas, recreativas y principalmente en fiestas y reuniones familiares. Este hecho es un arma de doble filo, puesto que si bien la comunicación familiar favorece la cohesión y la adaptabilidad de la misma, los problemas de funcionamiento y comunicación entre padres e hijos adolescentes constituye un factor de riesgo que se encuentra estrechamente vinculado con el consumo de alcohol en los hijos (Villarreal, et. al., 2013).

Aquellos adolescentes que abusan del alcohol, perciben su entorno familiar, en mayor medida que los abstemios o los consumidores no abusivos, como conflictivo y en el que existe poco entendimiento entre los miembros de la familia (Villarreal, et. al., 2013). Bravo (2015) señala que el modelo de un padre consumidor y la frecuente exposición al alcohol de igual manera propician el consumo del mismo por el adolescente.

Por otra parte, la oferta y disponibilidad de las bebidas alcohólicas, aunado a la influencia de los medios de comunicación, el contexto social, tales como compañeros-amistades, representan factores macro y micro sociales que influyen altamente en el uso, o mejor dicho, abuso del alcohol.

La ENA consiste en una encuesta a nivel Nacional sobre consumo de drogas que se realiza de manera periódica (cada tres años) con la finalidad de medir la evolución del consumo de alcohol y otras sustancias. En el 2011 se encontró, tanto en los hombres como en las mujeres, un incremento en sus patrones de consumo de alcohol con respecto a la encuesta realizada en el año 2008. El consumo de alcohol del último mes aumentó en los varones adolescentes de 11.5% a 17.4% y en las mujeres de 2.7% a 11.6% (ENA, 2011). Estos resultados muestran gran diferencia en los patrones de consumo por sexo, y además, se observa un aumento significativo en el consumo por parte de las jóvenes.

Por lo tanto, el presente proyecto tiene como objetivo investigar diferencias por sexo y edad en los patrones de consumo de alcohol en jóvenes, así como identificar las características de las relaciones intrafamiliares como factor de riesgo, su influencia ante el consumo de alcohol en los adolescentes; e identificar habilidades para rechazar consumo de alcohol por parte de ellos ante la presión social.

MARCO REFERENCIAL Y ANTECEDENTES

La juventud y sus problemáticas se han incorporado a la agenda gubernamental como parte esencial para lograr un desarrollo humano sostenible, ya que se trata de un grupo etario numeroso, pero también vulnerable. Al respecto, la secretaria general del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2015) menciona que “en la mayoría de los casos, las condiciones de vida de las adolescentes y jóvenes del México actual han mejorado en comparación con las presentadas con las generaciones que les preceden, sin embargo, una parte importante aún experimenta una serie de desventajas acumuladas como pobreza extrema, falta de acceso a la educación, a servicios de salud, la violencia, la discriminación y la desigualdad laboral, entre muchos otros, lo que merma su bienestar y pone en peligro su calidad de vida y su desarrollo” (Chemor, 2015 citado por Toribio, 2015, párr. 4).

En el año 2000 la Asamblea General de las Naciones Unidas declaró el 12 de agosto como el del Día Internacional de la Juventud. Con motivo de esta celebración, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) realizó un estudio en el año 2015, en el cual proporciona información sociodemográfica de la población adolescente, tomando como rango de edad las manejadas por distintos organismos internacionales, como la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Iberoamericana de la Juventud, que va de los 15 a los 29 años de edad. Se analizaron el monto y estructura de dicha población, el nivel educativo, índices de discapacidad, el uso de métodos anticonceptivos, mortalidad, nupcialidad, migración interna e internacional, ocupación, así como las actividades de convivencia y entretenimiento.

En 2015, residían en México 30.6 millones de jóvenes de 15 a 29 años, que representan el 25.7% de la población total.

En lo concerniente al nivel de escolaridad, 32.9% de los jóvenes cuentan con educación media superior, mientras que 19.4% cuentan con educación superior.

Cabe señalar que 1.2% de jóvenes no cuentan con escolaridad y 2.9% cuentan con primaria inconclusa.

En cuanto al tiempo dedicado a actividades de esparcimiento o convivencia con familiares, amigos o conocidos, se encontró lo siguiente:

Tabla 1. Actividades de convivencia y entretenimiento en población adolescente

Actividad seleccionada	Porcentaje de la población que realiza la actividad	Promedio de horas semanales dedicadas a la actividad
Ver televisión	67.1	9.7
Dedicar tiempo a los integrantes del hogar	56.6	5.5
Revisar el correo o consultar redes sociales	54.8	8.9
Deporte o ejercicio físico	42.4	5.3
Asistir a sitios culturales o de entretenimiento	33.1	3.7
Navegar por internet	32.1	4.7
Leer	31.0	3.1
Escuchar la radio u otros medios de audio	21.6	5.3
Participar en juegos de mesa o azar, videojuegos, aficiones o pasatiempos	17.4	4.3
Realizó actividades artísticas o culturales	8.3	4.6

Fuente: INEGI (2016)

Respecto a la salud, en 2013 una de las enfermedades reportadas con mayor frecuencia fue la Insuficiencia renal crónica (ICR), la cual representó el 17% del total de ingresos hospitalarios a nivel nacional. Entre las diferentes posibles causas de dicha enfermedad, se encuentra el consumo excesivo de alcohol.

En nuestro país se han realizado diversas encuestas con relación al uso de sustancias y la evolución de su consumo. Algunas de ellas con representatividad nacional como lo son la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA).

En la encuesta realizada en el año 2011, se encontró que el consumo de alcohol en la población adolescente ha tenido un aumento significativo en los últimos años.

Tabla 2. Tendencias en el consumo de alcohol en población adolescente

Consumo	2002	2008	2011
Consumo de alguna vez	35.6%	31.7%	42.9%
Consumo último año	25.7%	23.7%	30.0%
Consumo última vez	7.1%	11.5%	14.5%
Consumo alto	NC	13.1%	14.5%
Consumo diario	.3%	.3%	.2%
Consuetudinarios	1.8%	2.2%	1.0%
Dependencia	2.1%	2.7%	4.1%

Fuente: ENA (2011)
NC: No comparable

Así mismo, en 2008 el 49.1% de los adolescentes mencionó haber consumido por primera vez a los 17 años o menos, mientras que en 2011 este porcentaje incrementó a 55.2%.

Al analizar el promedio de la edad de inicio del consumo de alcohol por sexo, se distinguen variaciones, en los hombres se dio un decremento en este periodo,

debido a que la media de edad en 2008 fue a los 16.95 años y en 2011 disminuyó a los 16.62 años. En las mujeres, la media de edad fue similar en las dos encuestas, permaneciendo alrededor de los 19 años.

Cabe mencionar que la Secretaría de Salud federal llevó a cabo la ENA 2015-2016, sin embargo, los resultados no se han dado a conocer. Por otra parte, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE), mostró que en el 2014 la prevalencia total de consumo de alcohol en los estudiantes de secundaria y bachillerato fue de 53.2%; 54% en los hombres y 52.5% en las mujeres. Por otro lado, las prevalencias de consumo de alcohol por edad muestran que a mayor edad mayor es el consumo; esta misma situación se presenta para el consumo excesivo de alcohol, hacia los 12 años o menos la prevalencia es de 4%, para los estudiantes de 17 años esta prevalencia alcanza el 28.8% y en los estudiantes de 18 años o más llega al 37.7% (ENCODE, 2014).

El aumento en las cifras del consumo y abuso de alcohol, se ha vuelto motivo de preocupación social. Por lo que resulta importante revisar los diversos factores que se encuentran íntimamente relacionados con el inicio y mantenimiento del consumo de alcohol en la adolescencia.

De acuerdo con la literatura, existen factores de riesgo que pueden colocar al adolescente en una situación de vulnerabilidad, propiciando así el abuso de sustancias; y otros denominados "de protección" que pueden actuar como un agente protector que aleje al joven de hábitos no saludables.

La autoestima es señalada por varios autores como uno de los factores protectores para el bienestar psicológico, biológico y social, por lo que diversas investigaciones han estudiado su relación en el consumo de alcohol.

La literatura señala que aquellos jóvenes que poseen una autoestima elevada tienen menores probabilidades de consumir alcohol en comparación a los que cuentan con una autoestima baja.

Álvarez, Castillo, Magdalena & Zanetti (2010) realizaron un análisis de la relación entre el nivel de autoestima y el consumo de alcohol en los adolescentes. Sus resultados arrojaron que la mayoría de los participantes poseía una autoestima elevada y sin riesgo para el consumo de alcohol (81%), el 14% contó con autoestima promedio e inicio de conductas de riesgo. Finalmente, el 5% presentó autoestima baja y riesgo elevado.

Así mismo, los resultados arrojados por los diversos estudios confirman dicha correlación y reafirman la importancia de la autoestima como factor protector.

Sin embargo, un estudio realizado por Musitu, Jiménez & Murgui (2007) si bien confirma que la autoestima constituye una protección frente a conductas de riesgo, por otra parte, también apoya la idea del "lado oscuro" de la autoestima, propuesta por Brendgen y cols. (2004 citado por Musitu et. al., 2007), donde una autoestima muy elevada en determinadas dimensiones (social y física) indica un mayor riesgo de implicación en problemas de carácter externo. De manera que resulta factible que los adolescentes eleven o mantengan su autoestima alta al consumir sustancias tales como el alcohol con los iguales, para verse como seres sociales e incluso donde sean evaluados positivamente por ello; ya que la adolescencia representa la etapa donde el grupo de amigos se convierte en una de las áreas más importantes del joven y el pertenecer a un grupo y ser aceptado en éste, se convierte en una prioridad (Sánchez et. al., 2013).

Diversos autores concuerdan en que la presión ejercida por el grupo de pertenencia del adolescente e incluso, el nivel de consumo de alcohol de los mismos, tiene mayor poder predictivo que el consumo por parte de los miembros de la familia. Cuando existe presión por parte de los amigos para el consumo, es importante analizar si los jóvenes cuentan con las habilidades necesarias para resistirla (Sánchez et. al., 2013).

Por lo que, aunado a las características individuales, el contexto y la disponibilidad constituyen a su vez otros factores que pueden aumentar la probabilidad de

experimentar, continuar usando y avanzar hacia el consumo problemático y la dependencia.

A lo anterior, lo respalda la investigación realizada por Ruíz & Medina-Mora (2014) donde los adolescentes que abusan del alcohol, en su mayoría consideran que dentro de los motivos para consumir dicha sustancia se encuentran la pertenencia a un grupo, liderazgo e imitación, y perciben el no consumo de alcohol como una falta de interés por divertirse.

Su consumo desmedido impacta en diversas esferas de la vida del adolescente y de acuerdo a un estudio realizado en 2002, las consecuencias de su abuso reportadas con mayor frecuencia derivaban en problemas legales (ENA, 2002 citado por Álvarez, et. al, 2010)

Con respecto a ello, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones (SISVEA), realizó la medición del consumo de drogas en Centros de Integración Juvenil y Centros de Tratamiento, entre otros, encontrando que en los consejos tutelares para menores, el 24.3% cometió un delito bajo la influencia de alguna sustancia, siendo el robo el de mayor prevalencia (72.1%). De los menores infractores entrevistados, el consumo de alcohol fue la segunda sustancia más reportada (SISVEA, 2009 citado por ENA, 2011).

La salud es otra de las áreas que se ven afectadas. En México, las enfermedades no transmisibles ocupan el primer lugar de años de vida saludables perdidos (AVISA). La ingesta y abuso de alcohol es parte de ellas y es responsable del 4.8% de años de vida saludables perdidos (Armendáriz, et. al., 2014). Respecto a la mortalidad, estudios en materia de vialidad revelan que en nuestro país los jueves, viernes y sábado por la noche, se movilizan alrededor de 200 mil conductores bajo influencia del alcohol y por este motivo mueren al año aproximadamente 24 mil personas en accidentes automovilísticos relacionados con el consumo de alcohol. Lo que coloca a nuestro país en el séptimo lugar a nivel mundial en muertes por dicha causa (OPS, 2013). A nivel mundial, 320 mil

jóvenes de entre 15 y 29 años mueren anualmente por esta causa; lo que representa el 9% de todas las muertes en este sector de la población (OPS, 2007)

Por lo descrito anteriormente, se puede entender que el consumo de alcohol cumple con una función social, en donde la experiencia por parte del adolescente puede resultar positiva.

Cabe destacar que el primer acercamiento a esta sustancia suele darse como respuesta a una invitación o presión por parte de miembros de la sociedad, incluidos familiares, quienes continúan jugando un importante papel en esta etapa del desarrollo.

Diversos autores señalan que determinados ambientes familiares y los patrones de consumo de alcohol por parte de los integrantes de familia pueden ser un factor que incremente la posibilidad de que los hijos ingieran esta sustancia (Armendáriz, 2014).

Se han llevado a cabo diversas investigaciones al respecto. Entre los resultados se observa que en efecto, existe una correlación positiva entre la historia familiar de consumo de alcohol por parte de los padres y el consumo de los adolescentes. En el estudio realizado por Kovacs y cols. (2008), se analizaron los resultados por sexo y se encontró que el hecho de que la madre –y no el padre- consumiera alcohol, se asociaba significativamente a un mayor riesgo de que los hijos bebieran, especialmente si eran mujeres. Por otra parte, el que el padre fuera el único consumidor no se asoció a un mayor riesgo de ingesta por parte del adolescente (hombre o mujer).

A su vez, la supervisión parental sobre las actividades cotidianas de los hijos, está inversamente relacionada con conductas de riesgo, incluida la ingesta de alcohol (Landeró & Villareal, 2007).

Otros estudios también muestran que mientras mayor apoyo por parte de la familia perciba el adolescente, menor será su consumo de alcohol, incluso si su grupo de

iguales consumen en desmedida (Martínez & Robles, 2001 citado por Landero & Villareal, 2007).

Por lo anterior, se puede decir que tanto la familia como los amigos juegan un papel importante en la conducta de consumo de alcohol de los adolescentes.

CAPÍTULO I. ADOLESCENCIA

1.1 Antecedentes y definición de adolescencia

Numerosos autores están de acuerdo en que la adolescencia nace con la revolución industrial como forma de auto diferenciación, debido a que sus protagonistas ya no son totalmente niños, pero tampoco son adultos. Caron (1996 citado por Jiménez, 2012) describe al siglo XVIII como la era en la cual la adolescencia salió del anonimato.

En la antigüedad, la pubertad fisiológica marcaba el paso de la niñez a la adultez. La vida estaba dividida en infancia, edad adulta y vejez. Fue durante el siglo II a.C. que la adolescencia comienza a hacer su aparición. ¿El motivo? Los cambios en el sistema social y económico por los cuales atravesaba la sociedad romana. El senado aprueba la Lex Plaetoria, acta de nacimiento de un nuevo grupo social" que instituyó una acción penal contra quien hubiese abusado de la inexperiencia de un joven menor de 25 años en un negocio jurídico. Trasladando así la madurez social, anteriormente reconocida una vez pasando la pubertad, a dicha edad (Jiménez, 2012). La adolescencia, por tanto, aparece como una fase que implica limitaciones, semidependencia e incapacidad de actuar como adulto.

Durante los siglos XVI y XIX, los cambios producidos en la familia y cultura dieron lugar a la creación de la infancia escolar y posteriormente, la educación especializada por grupos de edad, dando pie a la invención de la adolescencia (Jiménez, 2012).

Hoy en día, la adolescencia como objeto de estudio ha sido abordada por diversas ciencias y distintos enfoques. Supone una etapa de transición en el ciclo vital del ser humano, la transición biopsicosocial donde se crean nuevos espacios y territorios para interactuar (Landeró & Villareal, 2007).

Kimmel & Weiner (1998 citado por Zacarés, Ibarra, Tomás & Serra, 2009) definen a la adolescencia como una "transición evolutiva" ya que supone un periodo de

cambios, crecimiento y transformaciones que van de la inmadurez infantil hacia la madurez física, psicosocial y sexual de la edad adulta.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) la define como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce entre la niñez y la edad adulta, considerándose dos fases: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años). Se trata de un periodo de crecimiento y cambios, de preparación para la edad adulta, durante la cual se producen varias experiencias de desarrollo, tales como la maduración física y sexual, que incluyen la transición hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones y funciones de adulto, así como la capacidad de razonamiento abstracto.

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS, s.f.) es la época de la vida en la que tienen lugar el crecimiento puberal, así como el desarrollo de habilidades sociales, cognitivas y emocionales. Abarcando un periodo de edad de entre los 10 y 24 años.

Si bien, estos conceptos son muy similares, también podemos dar cuenta de que existe una discrepancia en el periodo de edades señalado. Esto se debe a que la adolescencia depende de un contexto social determinado; es la creación de las fuerzas sociales que operan en una época y cultura dada (Heras & Ortiz, 2010). Por lo que es una construcción que va más allá del fenómeno biológico conocido como pubertad que acontece de forma similar en los jóvenes, aunque con variaciones en su duración, contenido, experiencias y significado cultural (Jiménez, 2012).

1.2. Etapas de la adolescencia

Existe escaso consenso sobre el inicio y término de la adolescencia, pues de acuerdo con algunos autores, esta etapa se ha prolongado tanto por el adelanto de la pubertad durante el siglo XX, el cual se relaciona con la mejoras en la higiene, nutrición y salud infantil, etc., así como por el retraso que se ha producido

en el logro de la madurez social. Ya que actualmente los jóvenes demoran más tiempo en completar su educación, retardando su incorporación a un trabajo estable y con ello la adquisición de su independencia y la adopción de roles propios de la adultez (Gaete, 2015).

Dado que el rango de edad considerado para esta etapa es bastante amplio, resulta de gran utilidad su división. Sin embargo, tampoco existe uniformidad en la terminología para designar sus fases ni en los rangos de edad que estas comprenden. La UNICEF (2011) propone contemplarla en dos partes: la adolescencia temprana (que va de los 10 a 14 años de edad) y la adolescencia tardía (de los 15 a 19 años). Por otro lado, la OPS (2005 citado por Gaete, 2015) añade la adolescencia media.

Cabe mencionar que ningún esquema único de desarrollo psicosocial puede aplicarse a todo joven, pues la adolescencia constituye un proceso altamente variable en cuanto al crecimiento y desarrollo biológico, psicológico y social. Además de las diferencias en cuanto a la edad en que los jóvenes inician y terminan su adolescencia, factores como el sexo, la etnia y el ambiente (urbano o rural) nivel socioeconómico y educacional, etc., y las variaciones individuales en la progresión a través de las etapas descritas a continuación pueden ser sustanciales. Por otra parte, su proceso puede no ocurrir como un continuo y por lo tanto, presentar períodos de regresión (Gaete, 2015).

1.2.1 Adolescencia temprana

Es en esta etapa (10 a 13-14 años) donde la pubertad constituye la señal más evidente del comienzo de la adolescencia. Se trata de un periodo de acelerada madurez física en la que se producen cambios drásticos y con frecuencia notorios.

El hipotálamo, la glándula pituitaria y las gónadas, juegan un papel importante en esta etapa del desarrollo, puesto que existe una mayor concentración de la hormona testosterona en el caso de los varones y estradiol en las mujeres.

Los cambios internos que tienen lugar en el adolescente, aunque menos evidentes, son igualmente profundos. Durante esta etapa, el cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico. El número de células cerebrales pueden casi llegar a duplicarse en el curso de un año y las redes neuronales se reorganizan radicalmente, repercutiendo en la capacidad emocional, física y mental (Gaete, 2015).

El desarrollo psicológico de esta etapa se caracteriza por la existencia del egocentrismo, propio de la niñez y adolescencia, que disminuye progresivamente, dando paso a un punto de vista sociocéntrico (propio de la adultez). Este egocentrismo adolescente, Elkind (1988 citado por Gaete, 2015) lo maneja como la "audiencia imaginaria" y la "fábula personal". El adolescente se encuentra muy centrado en su propia conducta, cambios corporales y apariencia física, y asume que los otros tienen perspectivas y valores idénticos a los suyos; construyendo en su propio pensamiento una "audiencia imaginaria" y reaccionando ante ella. Siente que constantemente se encuentra bajo la mira de sus pares, como si estuviera sobre un escenario siendo el protagonista, y proyecta a su público (grupo de iguales) sus preocupaciones y autoevaluaciones positivas y negativas. Así mismo, la "fábula personal" se refiere a la creencia del adolescente de que es un ser único (en sus pensamientos, sentimientos, creencias, ideales y experiencias) y que los demás son incapaces de llegar a entenderlos. Por otra parte, también existe labilidad emocional, con rápidas y amplias fluctuaciones del estado de ánimo y de la conducta, así como una tendencia a magnificar las experiencias; una falta de control de impulsos, y la necesidad de gratificación inmediata y de privacidad. Además, aumenta la habilidad de expresión verbal y en el ámbito vocacional y suelen presentarse metas no realistas o idealistas (ser modelo, estrella de rock, actor o actriz de cine, piloto de carreras, etc.) (Gaete, 2015).

Inicia el surgimiento del pensamiento abstracto o formal, donde la toma de decisiones comienza a involucrar habilidades más complejas. Estos cambios le permiten al adolescente representar, explorar, resolver problemas y recrear

importantes aspectos de su vida. Sin embargo, este tipo de pensamiento es lábil y oscilante, tendiendo aún a predominar el pensamiento concreto.

En el ámbito social, comienza la movilización fuera de la familia. Aumenta el deseo de independencia y disminuye el interés por convivir en familia. El adolescente se muestra en ocasiones insolente y adquiere mayor conciencia de que los padres no son perfectos. Todo ello genera cierta tensión para ambas partes. Sin embargo, el joven continúa dependiendo de la familia como fuente de estructura y apoyo. El grupo de pares adquiere mayor importancia y el adolescente se hace más dependiente de las amistades como fuente de bienestar.

1.2.2 Adolescencia media

Este periodo (14-15 a 16-17 años) se distingue por el distanciamiento afectivo con la familia y el acercamiento al grupo de iguales (que pasan a ser de ambos sexos). No existe otra etapa en la que el grupo de pares sea más poderoso e influyente. El joven adopta la vestimenta, la conducta y los códigos y valores de éste en un intento de separarse más de la familia y encontrar su propia identidad.

Durante esta etapa, el adolescente se inclina por buscar situaciones que le brinden recompensas o sensaciones cargadas de emociones, predominando una tendencia a la impulsividad, sobre todo, al interactuar con las amistades, sin embargo, de esta interacción también se deriva también la empatía.

El pensamiento abstracto continúa incrementando. El adolescente ya no acepta las normas de manera automática, lo que lo lleva a ser crítico con sus padres y con la sociedad en general.

Durante la adolescencia media, se lucha por la emancipación. Ahora resulta claro el desinterés por pasar tiempo en familia, volcando el tiempo libre a las amistades, actividades fuera del hogar o a estar solo. Los valores y la autoridad se ven desafiados y descalificados, los jóvenes comparan a sus padres con un ideal y luego critican las diferencias que detectan (Santrock, 2006); se buscan de manera

activa los juicios y valores propios. Por lo anterior, los conflictos padres-hijo alcanzan su punto máximo en este período. Y por tormentoso que parezca, esta es una parte necesaria del proceso de crecer, pues para alcanzar la madurez, el adolescente debe separar su propia identidad de aquella de su familia y demostrarse a sí mismo que es capaz de trazar su propio camino en la vida, es decir, su autonomía, sin las opiniones ni las directrices de sus padres (Gaete, 2015).

En cuanto al desarrollo sexual, en la adolescencia media aumenta la aceptación del propio cuerpo y la comodidad con él. Los jóvenes dedican mucho tiempo a tratar de hacer su cuerpo más atractivo, probando su atractivo sexual y experimentando con su aspecto (peinado, maquillaje, ropa, tatuajes y piercing, etc.). En este período, las relaciones de noviazgo suelen ser fantasías idealistas. Por último, es cuando la experimentación de diversas conductas sexuales aumenta.

1.2.3 Adolescencia tardía

Para esta etapa (17-18 años en adelante) se han completado y aceptado los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo y el cerebro siguen desarrollándose. Resulta un período de mayor tranquilidad, pues los intereses son más estables y existe conciencia de los límites y las limitaciones personales. El pensamiento abstracto queda establecido y se alcanza el pensamiento hipotético-deductivo propio del adulto. Se adquieren aptitudes para tomar decisiones de manera independiente y se desarrollan habilidades de planificación (Gaete, 2015).

Las amistades (ya más selectivas) aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero disminuye a medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad sobre sus propias opiniones y principios (UNICEF, 2011) encaminándolo hacia el logro de su identidad y autonomía. Por otra parte, el joven ahora puede apreciar los valores y la experiencia de sus padres, y buscar (o permitirles) su ayuda, pero en un estilo de interacción que es más horizontal. El adolescente aumenta su inclinación hacia relaciones de pareja más íntimas y

estables, que comprenden menos experimentación y exploración, y se basan principalmente en intereses y valores en común (Gaete, 2015).

Es durante estos años que los adolescentes ingresan en el mundo del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y cosmovisión y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea.

1.3 Desarrollo socioemocional

Durante la adolescencia ocurren tres procesos básicos: una metamorfosis corporal, seguida de la maduración sexual y el consiguiente cambio psicosocial que éstos implican y que suponen, entre otros aspectos, la pérdida de la seguridad infantil.

Dicha transformación, lleva al adolescente a una búsqueda y esfuerzo para comprenderse no sólo a sí mismo y a las variantes emocionales que experimente, sino también, al nuevo entorno social en el que se adentra. De tal manera que es probable que tanto la comprensión y percepción de sí mismos, así como de su personalidad (que sigue en desarrollo), se vean modificados.

Para Eddy (2014) son cuatro los puntos primordiales de esta etapa del desarrollo:

- La lucha por pasar de la dependencia de las figuras parentales a la independencia.
- Preocupación incrementada por el aspecto corporal en una sociedad donde hay una constante preocupación en este sentido. Pero el interés en el adolescente es sobre todo para tener un aspecto, o imprimir una marca, diferente a la de sus padres.
- Integración en el grupo de amigos, teniendo este hecho mayor importancia al inicio de la adolescencia para perder fuerza al final del desarrollo psicosocial a favor de una relación individual más íntima con quien compartir pensamientos y sentimientos.
- Desarrollo de la propia identidad

1.3.1 Autoconcepto, autoestima y autoeficacia

El autoconcepto, la autoestima y la autoeficacia son tres conceptos que están fuertemente ligados entre sí.

El autoconcepto (self-concept) se define como un sistema de creencias que una persona considera verdaderas sobre sí misma, resultado de un análisis, valoración e integración de las experiencias vividas y la retroalimentación de personas significativas para el individuo (González-Pineda et al., 1997 citado por Rodríguez & Caño, 2012). Marsh & Carven (2006 citado por Rodríguez & Caño, 2012) distinguen cuatro componentes del autoconcepto: físico, académico, personal y social. A su vez, lo integran aspectos descriptivos, como la autoimagen, así como los valorativos o afectivos, que se corresponden con la autoestima.

Para Polaino (2004) la construcción del autoconcepto se realiza de forma inadvertida, siendo un instrumento del que las personas se valen para integrar las experiencias (positivas o negativas) al tratar de resolver problemas, estableciendo un equilibrio entre ellas para así lograr adaptarse a la realidad y asegurar la estabilidad de la autoestima.

El término autoestima es la traducción del término en inglés self-esteem, que denota la valoración que una persona hace sobre sí misma. (Polaino, 2004). Se ha empleado principalmente como una dimensión o aspecto del autoconcepto.

Santrock (2006) nos dice que la autoestima es denominada como el valor propio o la autoimagen, que hace referencia a la evaluación global del yo. Por varios autores es considerada como un fenómeno afectivo ineludible, que además de ser personal y psicológico, es siempre un fenómeno social. Se trata de "la evaluación que efectúa y mantiene comúnmente el individuo en referencia a sí mismo: expresa una actitud de aprobación/desaprobación" (Rosenberg, 1965 citado por Doménech, 2005, p. 90). La autoestima se experimenta a modo de sentimiento y se expresa mediante palabras y acciones; ésta depende de la etnia, de la clase social y los grupos a los que pertenece cada individuo, es decir, depende del

contexto; a su vez, es la causa de una conducta, pues se actúa de una forma u otra según se tenga una alta o baja autoestima (Doménech, 2005).

Tanto las características individuales, como las relaciones sociales positivas y la influencia de las personas significativas en la vida de un individuo, entre los que destacan la familia, los amigos, la pareja, etc., serán cruciales para la formación del juicio de valor propio (Camacho, 2012). Así mismo, las variables culturales (estereotipos, sesgos, modas, estilos de vida, etc.) y valores imperantes en la sociedad también son determinantes en lo que es aceptado y valorado en un individuo. Partiendo desde la premisa de que la autoestima no se construye en solitario e incluye el aprendizaje social e interpersonal, podemos tomar la teoría cognitivo-social de Bandura para dar cuenta de ello. Su teoría enfatiza que el comportamiento, el entorno y la cognición son fundamentales en el desarrollo. Desde este punto de vista, las personas adquieren la percepción de sí mismos con base en las experiencias obtenidas del trato social y el modo en que otros los estiman, actuando en cierta manera como un reflejo, por lo que la percepción de una verdad verdadera, valga la redundancia, es fundamental.

Para Polaino (2004) el conocimiento personal basado en la verdad y un proyecto individual realista, son dos condiciones necesarias para hacer crecer la autoestima. Una percepción distorsionada de la estima de los demás, puede incurrir en un nivel bajo de autoestima. Por otra parte, no disponer de proyecto alguno puede indicar aburrimiento y desinterés de la persona hacia consigo.

Aunque la autoestima tiende a mantener una estabilidad, no es inalterable, se va construyendo a lo largo del tiempo de tal forma que se puede desarrollar y mejorar. Cuando la autoestima está basada principalmente en elementos internos de la persona, existe una mayor probabilidad de que se mantenga estable, a diferencia de aquellos que dependen de recursos externos y de la retroalimentación de terceros.

Investigaciones sobre el desarrollo de la autoestima en la transición de niño a adulto, han revelado discrepancias en los resultados y en el cambio real que se

produce durante la adolescencia. Mientras que algunos reportan un incremento en la autoestima, otros no reportan cambios, incluso hay los que revelan una disminución (Camacho, 2012).

Una investigación de ocho décadas realizada por Robins y cols. (2002 citado por Camacho, 2012) revela que la disminución de la autoestima comienza desde la niñez, habiendo un declive substancial durante la adolescencia. Este descenso se asocia a los cambios en la maduración derivados de la pubertad, los cambios cognitivos asociados con el pensamiento operacional y los cambios en el contexto social, siendo el más evidente, la transición de la escuela primaria a secundaria y posteriormente bachillerato.

Su investigación también indica diferencias en la autoestima entre mujeres y hombres. En el caso de las mujeres, el nivel de autoestima disminuía más que en los varones. Otro estudio concluyó lo mismo, siendo la etapa de la adolescencia temprana el periodo en que ésta descendía (Baldwin & Hoffman, 2002 citado por Santrock, 2006). Sin embargo, también encontraron que la autoestima de los varones aumentaba en esa misma etapa.

Aparentemente estos resultados se podrían interpretar como confusos y contradictorios. Sin embargo, estas fluctuaciones en el nivel de autoestima son comunes en esta etapa del desarrollo. Pues como se ha mencionado constantemente, la adolescencia (temprana) se caracteriza por cambios dramáticos, la experiencia de acontecimientos novedosos y a veces estresantes que suponen un desafío para los jóvenes.

Para dar explicación a las diferencias en el nivel de autoestima dependiendo del sexo, se ha considerado la imagen corporal como un posible factor. Las chicas adolescentes tienden a percibir sus cuerpos de manera más negativa que la de los chicos (Santrock, 2006) y son más críticas sobre su apariencia física. Dado que sus cuerpos presentan cambios mayormente evidentes, es factible pensar en esta posibilidad. Estudios han encontrado que las chicas adolescentes se sienten más insatisfechas con sus cuerpos a diferencia de los varones. Broker y cols. (2003

citado por Camacho, 2012) dan cuenta de ello. Para estos autores, la apariencia juega un factor de gran peso, sobre todo en esta etapa, afectando el autoconcepto y la autoestima principalmente de las jóvenes, quienes le dan un mayor valor. Siendo así la apariencia física una de las bases de la autoestima.

Por otra parte, Crocker et al. (2002 citado por Rodríguez & Caño, 2012) muestran que estos incrementos y decrementos de la autoestima en los jóvenes se da también como respuesta a sus éxitos y fracasos en las áreas que perciben se ven implicadas sus competencias y habilidades, es decir, a situaciones relacionadas con su autoeficacia (self-efficacy) considerada por la mayoría de los autores como una dimensión de la autoestima.

Al comparar la autoestima global con la autoestima para áreas determinadas, se encuentra que la autoestima en los varones adolescentes depende en gran medida de los logros personales, los cuales comparan con los obtenidos por sus iguales; mientras que las mujeres suelen evaluarse a sí mismas en función de la aprobación de terceros significativos (Block y Robins, 1933 citado por Rodríguez & Caño, 2012).

William James en su libro *The Principlless of Psychology* publicado en 1890 distingue tres tipos de autoestima:

- Autoestima material: vanidad personal, modestia, orgullo por la riqueza, temor a la pobreza, etc.
- Autoestima social: orgullo social y familiar, vanagloria, afectación, humildad, vergüenza, etc.
- Autoestima espiritual: sentido de superioridad moral o mental, pureza, sentido de inferioridad o de culpa, etc.

Siendo entonces la autoestima, en su opinión un autosentimiento que depende de lo que una persona se proponga ser y hacer. Y de acuerdo con él, lo anterior se puede expresar con la siguiente fórmula:

Autoestima= Éxito/Pretensiones

Entonces, la autoestima puede aumentar o disminuir en función de los valores otorgados al numerador y al denominador. Cuan mayor sea el éxito esperado y no alcanzado, más baja será la autoestima; cuanto menores sean las aspiraciones y pretensiones, o mayores los éxitos lucrados, mayor será la autoestima (Rodríguez & Caño, 2012).

Por lo que, la autoestima juega un papel importante en la motivación y a su vez, las contingencias de la autoeficacia son relevantes en la percepción del sí mismo; entendiéndose ésta como la competencia personal sobre cuán efectiva puede ser la persona al afrontar una variedad de situaciones y que le permitan obtener los resultados deseados. (Bandura, 1995 citado por Olivari & Urra, 2007). Al depender la autoestima de las experiencias y los resultados producidos en áreas de trascendencia para el adolescente, éstos estarán o no motivados a tener éxito y a experimentar las emociones que deriven de ellas. De ser positivas, fortalecerán la autoestima en las áreas implicadas (Rodríguez & Caño, 2012).

Una autoestima alta, expresa una autoevaluación positiva, donde el individuo siente que es una persona de valor, que se respeta y se quiere a sí mismo por lo que es (Armendáriz, Rodríguez & Guzmán, 2008). Diversos autores mencionan que de igual manera, ésta se asocia con una percepción menos negativa del estrés cotidiano, un afrontamiento más eficaz de las experiencias negativas, interpretándolas de un modo más funcional; además suelen tener niveles superiores de éxito académico debido a una mayor capacidad de planificación y persistencia, también tienden a percibirse menos responsables ante una retroalimentación negativa dada por aquellos jóvenes con baja autoestima. Por el contrario, una autoestima baja sugiere cierto auto-rechazo e insatisfacción y cuando estos jóvenes experimentan fracaso en áreas relevantes para su autoestima, llevan a cabo un afrontamiento menos eficaz, tendiendo a sobregeneralizar los fracasos y a evitar las emociones que estos les producen,

resultando en una mayor vulnerabilidad al impacto de acontecimientos cotidianos próximos (Rodríguez & Caño, 2012).

1.3.2 Identidad y sentido de pertenencia

La formación de la identidad es un proceso que empieza a configurarse a partir de ciertas condiciones propias de la persona que están presentes desde su nacimiento, junto con su interacción con el medio, formándose una dinámica que guía la formación de la identidad hacia una dirección determinada. Gracias a esto es posible que el ser humano sea capaz de notar, que más allá de lo que es, forma parte de un algo mayor fuera de sí mismo.

Todo adolescente necesita saber quién es, pues necesita sentirse respetado y amado. El niño prepúber se identifica a través de sus padres o los adultos de su entorno, pero el adolescente necesita desarrollar su propia identidad y ser él mismo (Eddy, 2014).

La identidad se constituye por diversas dimensiones en las que se encuentran:

- La identidad laboral o vocacional: trabajo o vocación que elija el individuo
- La identidad política: el hecho de pertenecer o congeniar con algún partido político
- La identidad religiosa: las creencias espirituales de un individuo
- La identidad de relaciones: refiriéndose al estado civil del sujeto
- Identidad intelectual y de logros: capacidad intelectual y motivación
- Identidad sexual: el hecho de que una persona sea heterosexual, homosexual, etc.
- Identidad de género: o el grado en que una persona se considera femenino, masculino o andrógino.
- Identidad cultural o étnica: identificación con la herencia cultural
- Identidad de intereses: actividades, aficiones, hobbies, etc.
- Identidad de personalidad: las características de personalidad

- Identidad física: o la imagen corporal de una persona (Santrock, 2006)

Algunos autores consideran la aproximación de Erikson como la que más ha influido en su estudio. La fase de identidad frente a confusión de identidad representa la quinta fase psico-social propuesta por Erikson. El descubrimiento de ¿Quién soy? ¿Qué represento? ¿Hacia dónde voy? ¿Qué me hace diferente? tiene lugar en este periodo. Los adolescentes buscan respuesta a estas preguntas que giran en torno al concepto de identidad, concepto clave para su desarrollo.

Para Erikson (1968 citado por Santrock, 2006) la adolescencia es "una moratoria psicológica" un espacio entre la seguridad de la niñez y la autonomía de la edad adulta, donde a medida que los jóvenes buscan su identidad, experimentan con diferentes roles e identidades contradictorias brindadas por el contexto que les rodea, esto de manera saludable y que lleva a la creación de un nuevo sentido del yo socialmente aceptable.

Dos aspectos fundamentales de la teoría de Erikson son la personalidad y la experimentación de roles. Se considera que los adolescentes se enfrentan a nuevas cantidades de elecciones, preocupaciones, vocaciones, emociones, etc., y en algún momento de la moratoria psicológica experimentan con distintos roles y personalidades hasta que alcanzan un sentido del yo estable. Conforme se van dando cuenta de que van a ser responsables de sí mismos y de sus vidas, los adolescentes se plantean en qué se van a convertir sus vidas. Así mismo, la mayoría de los adolescentes acaba descartando roles indeseables.

De acuerdo con Erikson (2004 citado por Eddy, 2014) para que un joven se encuentre a sí mismo es necesario que haya encontrado su dimensión comunitaria, ésta creará la unión entre sus características individuales (factores biológicos y psicológicos) y las decisiones tomadas (opción de estudio, de trabajo, valores éticos, amistades, encuentros sexuales); todo ello dentro de las pautas culturales. A su vez, dado que ningún yo se construye de forma aislada, los modelos recibidos (parentales y comunitarios) y las relaciones que tengan los

adolescentes con ellos, les dará la oportunidad de identificarse con alguno o algunos y tomar cualidades deseables.

De manera que quienes sean capaces de superar los retos en forma de "tareas evolutivas" (Zacarés et al., 2009) formarán y consolidarán un sentido de identidad; obteniendo una nueva y mejor comprensión de su persona. Mientras que aquellos que no resuelvan dicha crisis de identidad, se mostrarán confundidos y tendrán una confusión de identidad, como lo llama Erikson. Esta confusión puede contribuir a que el adolescente se aísle de amigos, familia y compañeros, o bien, a que pierda su identidad en la sociedad. Cabe resaltar que esta identidad todavía es tentativa, pero constituye la base para las posteriores reformulaciones durante la adultez.

Un análisis de las ideas de Erikson efectuado por Marcia (1993 en Zacarés et al., 2009) describe cuatro estatus de la identidad, los cuales están basados en la cantidad de exploración, o crisis, y el compromiso del adolescente, que se reflejan en la Figura 1: logro, moratoria, cerrazón o identidad hipotecada y difusión de identidad. Estas representan el estilo de afrontamiento y el sentido de identidad.

Figura 1. Estatus de identidad según el esquema de Marcia

		Compromiso	
		Alto (en el presente)	Bajo (en el presente)
Exploración	Alta (en el pasado)	Logro de identidad	
	Alta (en el presente)		Moratoria
	Baja (en el presente)	Cerrazón (identidad difusa)	Difusión de identidad

Fuente: Zacarés et al., 2009)

El logro de identidad significa que el adolescente ha concluido el periodo de exploración y ha adaptado compromisos relativamente estables. La cerrazón, señala que el adolescente ha asumido un compromiso mediante la adopción de

roles y figuras de identificación temprana, sin antes haber explorado. En la situación moratoria, el adolescente se encuentra en un estado de exploración activa y no ha efectuado compromiso alguno. La difusión de identidad sugiere que el adolescente no ha realizado ningún compromiso y tampoco ha explorado las distintas alternativas.

Por lo anterior, Zacarés y cols. (2009) realizaron la división del estatus de identidad en dos grupos: estatus activos y maduros, y estatus pasivos e inmaduros.

Al primer grupo lo conforman el logro de identidad y moratoria, ya que se asocian con características positivas tales como altos niveles de autoestima, autonomía y razonamiento moral. Mientras que al segundo grupo lo constituyen la cerrazón y difusión de identidad, que por el contrario, de acuerdo a los autores, se asocian con características negativas como bajos niveles de autoestima y razonamiento moral, así como mayor grado de conformismo y convencionalidad.

A partir del modelo de los estatus de identidad, surgieron premisas que asumían una secuencia madurativa con el siguiente orden:

1. Difusión de identidad
2. Cerrazón
3. Moratoria
4. Logro de identidad

Sin embargo, esta secuencia madurativa unidireccional fue abandonada, pues el paso por ellas no se trata de una transición jerárquica. Siendo entonces la descripción del desarrollo de la identidad, una manera más adecuada de utilizar el modelo de los estatus (Zacarés et al., 2009)

Diversos autores concuerdan en que la construcción de la identidad avanza a diferentes ritmos y en distintos dominios, de manera que un desarrollo de la

identidad más avanzado en un dominio, no necesariamente significa un desarrollo igual de pronunciado en otro.

Se han realizado numerosas investigaciones con el fin de identificar aquellos factores, tanto personales como contextuales, que influyen en la formación de la identidad. Entre los resultados se confirma la hipótesis hecha por Grotevant (1987 en Zacarés et al., 2009) donde señala que una alta autoestima contribuiría a la actividad exploratoria, ya que ésta brinda seguridad al momento de asumir riesgos y considerar opciones. Por otra parte, la percepción del adolescente respecto a su ambiente familiar parece estar relacionada con la formación de identidad. Pues los estudios muestran que ésta se favorece con un estilo familiar democrático que permite a los jóvenes expresar su propia individualidad y donde existe un clima de conexión emocional y de apoyo (Zacarés et al., 2009). Aunque todavía se sabe poco sobre la relación y el impacto de los familiares, los iguales y el contexto escolar en la identidad. Al respecto, existen hipótesis que señalan una gran influencia por parte de los padres e iguales en la formación de la identidad, pero en diferentes dominios, mientras que otras, sostienen que su influencia sería la misma en las distintas áreas de identidad.

Desde la psicología social, Henry Tajfel (1981 citado por Mercado & Hernández, 2010) desarrolla una teoría de la identidad social, concibiéndola como el vínculo psicológico que permite la unión de una persona con su grupo, ya que al mismo tiempo en que la persona se siente parte de un grupo, también se diferencia de los miembros de los otros grupos a los cuales no pertenece. Por ello maneja que la fuente de identificación es el propio grupo.

Para que esto sea así, Chihu (2002 en Mercado & Hernández, 2010) considera que se debe contar con las siguientes características:

- Percepción de pertenencia a un grupo.
- Ser consciente de que por el hecho de pertenecer a tal grupo, se le asigna un calificativo (positivo o negativo).

- Sentir afecto derivado de la consciencia de pertenecer a un grupo.

De lo anterior, Tajfel concluye que la identidad social se integra de los componentes: cognitivo, evaluativo y afectivo. Los cognitivos son los conocimientos sobre el propio grupo, los evaluativos, los juicios de valor emitidos por personas ajenas al grupo, y los afectivos, que se relacionan con los sentimientos que produce dicha pertenencia (Tajfel, s.f. citado por Mercado & Hernández, 2010)

Sin embargo, el que los individuos se perciban diferentes a otros, no significa necesariamente que se identifiquen con el grupo al que pertenecen. Pues puede ser parte de la moratoria planteada por Erikson y Marcia.

Perrault & Bourhis (s.f., citado por Mercado & Hernández, 2010) señalan que es preciso hacer la distinción entre grado y calidad de la identificación, siendo el grado la fuerza con la que se percibe diferente de los demás grupos, y la calidad, la atracción de la persona hacia el propio grupo.

El sentido de pertenencia se da como resultado de una organización del entorno a través de categorías o estereotipos. El proceso de categorización implica cierta discriminación, pero es de esta forma en la que los individuos aprenden a referirse a los grupos de los que son miembros en relación con los grupos a los que no pertenecen (Mercado & Hernández, 2010).

Por ello, "la primera distinción es realizada por los propios actores que forman el grupo y que se vuelven conscientes de la característica en común que poseen y los define como miembros de ese grupo; y la segunda distinción es la identidad de un grupo social desde fuera" (Chihu 2002 citado por Mercado & Hernández, 2010 p. 233). Siendo entonces la identidad social producto del binomio pertenencia-comparación, que consiste en la asimilación de algún rol, o la apropiación e interiorización, al menos parcial, de los contenidos del grupo (Giménez, 2000 citado por Mercado & Hernández, 2010).

1.3.3 Autonomía y apego

La adquisición de la autonomía con respecto a los progenitores es una de las principales tareas que debe resolver el adolescente, pues actúa como un mediador en la transición hacia la adultez; siendo esta "la capacidad individual de pensar, sentir y tomar decisiones por uno mismo" (Steinberg 1999 citado por Fleming, 2005, p. 35)

Al comienzo de la adolescencia, el joven ya empieza a exigir su autonomía, sin embargo no posee la suficiente capacidad para tomar decisiones maduras y acertadas en las diferentes esferas de su vida. Esta capacidad se adquiere gradualmente, de manera que las reacciones adecuadas por parte de los padres, ante las ansias del adolescente de ejercer el control, ayudan al joven a conseguirla (Santrock, 2006). El otorgamiento del control en determinadas áreas que el adolescente puede manejar y el actuar como guía en los campos donde el conocimiento del adolescente es más limitado, es un ejemplo de ello. Al respecto, la literatura menciona que existen diferencias en la cesión de la autonomía dependiendo de la cultura y el sexo del joven, siendo usualmente los varones quienes gozan de mayor independencia. Un estudio llevado a cabo por Bumpus y cols. (2001 citado por Santrock, 2006) confirma este hecho, principalmente en aquellas familias con una orientación tradicional sobre el papel del género. Por otro lado, en una cultura donde se valore la autonomía y la independencia, es posible suponer que la desvinculación afectiva tenga un mayor valor adaptativo que en otras culturas más orientadas hacia la colectividad donde el mantener lazos afectivos estrechos con la familia se considere un requisito para un desarrollo óptimo (Oliva & Parra, 2001).

Para diversos autores, la autonomía consta de tres dimensiones:

- La autonomía actitudinal o cognitiva: referida a la concepción del propio yo como algo único y diferenciado.

- La autonomía funcional o conductual: referida como la capacidad para tomar decisiones propias sin la ayuda de los padres.
- La autonomía emocional: refiriéndose a la desvinculación emocional y la liberación de la necesidad de apoyo afectivo de los padres (Steinberg & Silverberg, 1986 citado por Oliva & Parra, 2001)

Investigaciones han documentado que las puntuaciones de conducta autónoma suelen aumentar a lo largo de la adolescencia, tendiendo a ser más significativo en los varones, ya que en las chicas adolescentes suele mantenerse similar; además de que altos niveles de autonomía se asocian con frecuencia a una mayor desobediencia hacia los padres y problemas de conducta (Fleming, 2005)

Autores de orientación psicoanalítica señalan que el distanciamiento emocional, incluso las conductas hostiles hacia los padres deben considerarse como algo natural y deseable durante esta etapa, ya que esto favorecería el establecimiento de vínculos extrafamiliares y la superación de los deseos de carácter incestuoso (Oliva & Parra, 2001).

Pero hay quienes han cuestionado la consideración de que la desvinculación afectiva represente un paso necesario en el proceso de individuación del adolescente. Dado que se cree que la autonomía se desarrolla principalmente con base en las relaciones familiares; Ryan & Lynch (1989 citado por Oliva & Parra, 2001) argumentan que, siguiendo la línea de la teoría del apego propuesta por John Bowlby en el año 1969, una alta autonomía emocional con respecto a los padres puede indicar una experiencia previa de falta de apoyo y afecto en el vínculo establecido con los mismos, propiciando un apego de tipo inseguro evitativo en el adolescente. Los estudios llevados a cabo por estos y otros autores apoyan la idea de que mientras más alto se puntúe la autonomía emocional, el medio familiar es menos cohesionado.

Lamborn & Steinberg (1993 citado por Oliva & Parra, 2001) encontraron que aquellos adolescentes que puntuaban con una mayor autonomía emocional,

presentaban un perfil de menor ajuste y competencia únicamente cuando percibían escaso apoyo y disponibilidad de parte de sus padres, de lo contrario, habían consecuencias positivas.

Por otra parte, en contraste con los resultados obtenidos en el estudio anterior, Fuhrman & Holmbeck (1995 citado por Oliva & Parra, 2001) señalan que solamente cuando el contexto familiar es conflictivo y poco afectivo, una alta autonomía emocional resulta adaptativa ya que supone distanciarse de una situación estresante.

Los resultados disponibles hasta el momento distan de resultar concluyentes en relación con el efecto mediador del contexto familiar.

En un estudio más reciente realizado por Oliva & Parra (2001) se analizaron la relación entre la autonomía emocional en adolescentes de 12 a 19 años de edad y el tipo de relación familiar; así como las características socio-emocionales y las relaciones con iguales de aquellos que manifestaban niveles altos de ésta. Sus resultados fueron similares a los encontrados por Ryan & Lynch (1989). Independientemente del sexo, los adolescentes que reportaron una mayor autonomía emocional eran los hijos de padres con un estilo de crianza indiferente (bajo afecto y control), donde el medio familiar era conflictivo, menos cohesionado y flexible. Por el contrario, los adolescentes que mantenían mejores relaciones con sus padres, que tendían a manifestar un estilo de crianza democrático (alto afecto y control), puntuaban más bajo en la escala de autonomía emocional.

Sus hallazgos también mostraron que no sólo el medio familiar actual estaba relacionado con la autonomía emocional, también existe una relación significativa con el recuerdo que el adolescente tiene de la relación con sus padres durante la infancia. Quienes contaban con un recuerdo negativo de su infancia (bajo cariño y alta sobreprotección) manifestaban una autonomía emocional más elevada, mientras que aquellos que establecieron un vínculo seguro, caracterizado por el cariño y estimulación de la autonomía, obtuvieron puntuaciones más bajas.

En lo que respecta a las relaciones sociales, se hallaron diferencias significativas en cuanto al sexo. En los varones, la desvinculación afectiva aparecía ligeramente asociada con una menor satisfacción vital, mientras que las chicas con mayor autonomía emocional mostraron una mayor insatisfacción, mayores conflictos con los padres y menor confianza y comunicación con los iguales, salvo por la relación establecida con una mejor amiga.

Los autores de este estudio especulan que estas diferencias pueden deberse a los estereotipos de género que imperan en la sociedad, ya que suele esperarse que las chicas se muestren más apegadas a la familia que los varones. De esta manera, cuando muestran mayor autonomía emocional, es posible que entren en conflicto con las expectativas que tienen los padres sobre ellas, repercutiendo de manera negativa en su grado de satisfacción.

Por lo anterior, se puede decir que el reto del adolescente es dejar de ser heterónimo y acercarse a mayores niveles de autonomía, sin que esto suponga una desvinculación afectiva de sus padres.

1.4 El adolescente actual

Un estudio realizado por la Liga Española de Educación en 2012 da cuenta de la percepción de los chicos y chicas adolescentes, de 14 a 18 años de edad, sobre: la etapa en la que viven, los modelos que ejercen influencia en sus imágenes como ideales de vida, sus ilusiones, aspiraciones y preocupaciones respecto al futuro (INJUCAM, 2013). Entre sus hallazgos, está que el ser adolescente en la actual sociedad globalizada (afectada además, por drásticos cambios en los escenarios económico y social), donde se encuentran expuestos a constantes y rápidos cambios tecnológicos y de acceso a la información, así como a modelos de vida notoriamente distintos de aquellos que tuvieron sus padres, tiene implicaciones quizá determinantes en la transición hacia la vida adulta.

Entre los rasgos más comunes en el perfil del adolescente actual, trazado por los mismos jóvenes, destacaron: la competitividad, irresponsabilidad, hedonismo,

banalidad, consumismo, falta de motivación por los estudios, inmediatez e individualismo, pero también solidaridad, compañerismo y compromiso. Elementos que al igual que algunos rasgos en el periodo de la adolescencia, parecieran ser contradictorios.

Actualmente, existe una percepción ampliamente compartida por la sociedad, la cual consiste en que los jóvenes viven y se preocupan sólo por el presente. Los resultados del estudio arrojaron que más de dos terceras partes de los participantes, especialmente los más jóvenes, estuvieron de acuerdo con esta afirmación, aunque dentro de sus preocupaciones actuales, el futuro no pasaba desapercibido. En este estudio, la fuente más usual de preocupación era la imagen de un futuro incierto; originada en parte, por las dificultades que encaran cotidianamente en los estudios y por la conciencia acerca de la coyuntura económica que existe, así como la manera en que sus efectos pueden incidir en el alcance de sus metas e ilusiones. Las chicas adolescentes (17,2%) en porcentaje mayor que los chicos (9,1%) consideraban como una de las aspiraciones más importantes, acertar en la elección de la carrera. En cambio, la obtención del éxito económico traducido como “ganar mucho dinero” resultaba una aspiración de un porcentaje más alto de chicos (24,8%) que de chicas (18,6%). Disponer de tiempo para el ocio importó a un sector minoritario de los participantes (4%), sin embargo, el ocio y tiempo libre constituyen actividades preferidas mediante las que canalizan sus intereses y expectativas (La Liga Española, 2012 citado por INJUCAM, 2013).

En un sondeo más reciente, llevado a cabo por el INJUVE (2014) se indagó sobre el grado de importancia concedido por los jóvenes en diferentes esferas de su vida, encontrando lo siguiente:

Tabla 3. Importancia sobre aspectos de la vida personal del adolescente y su evolución

	2002	2003	2005	2006	2007	2008	2014
Familia	74%	78%	78%	82%	82%	81%	89%
Salud	80%	75%	73%	81%	81%	75%	86%
Amistad	61%	70%	68%	69%	66%	63%	79%
Trabajo	51%	59%	54%	56%	63%	58%	68%
Ganar dinero	36%	45%	42%	38%	50%	49%	38%
Tiempo libre	43%	44%	44%	42%	45%	47%	51%
Sexualidad	33%	41%	42%	34%	42%	41%	48%
Estudios	40%	43%	41%	41%	40%	40%	65%
Religión	7%	6%	6%	6%	9%	8%	6%
Política	4%	8%	8%	5%	7%	7%	16%

Fuente: INJUVE (2014)

De acuerdo con el INJUVE (2014), la familia, la salud y, por primera vez, la amistad son los tres grandes aspectos que valoran los y las jóvenes. Siendo también los estudios otro de los aspectos que ganaron importancia, en un porcentaje más elevado en la mujeres (69,3%) que en los hombres (60,4%). Por otra parte, el valor que se le daba a ganar dinero, perdió relevancia.

1.4.1 Adolescencia y salud

La definición más importante e influyente en la actualidad con respecto a lo que por salud se entiende, sin lugar a dudas es la de la Organización Mundial de la Salud, que en 1948 la definió como: "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" A pesar de que fue oficializada hace casi 70 años, esta definición es relevante por su institucionalidad y ha sido acogida por casi todos los países, incorporándola en la legislación interna de cada uno de ellos (OMS, 2017, párr. 1).

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS, s.f.), la salud integral del adolescente comprende el bienestar físico, mental, social y espiritual de los jóvenes. Incluye aspectos relacionados con su desarrollo educativo y la participación en actividades comunitarias, que lo lleven a un máximo desarrollo de su potencial. Su salud también se relaciona con el desarrollo de etapas anteriores y de sus circunstancias actuales; lo que sucede en una etapa de la vida afecta y se ve afectado por lo que sucede en otras, inclusive en la salud y el desarrollo de la siguiente generación. Siendo entonces, la adolescencia una etapa clave del desarrollo del individuo y un momento importante para sentar las bases de una buena salud en la edad adulta.

De acuerdo con la OMS (2014) resulta indispensable prestar especial atención a los cambios que tienen lugar en la adolescencia, ya que las afecciones determinantes de las principales enfermedades no transmisibles suelen presentarse por primera vez, o verse reforzados, durante la adolescencia: consumo de tabaco y alcohol, hábitos de alimentación y de actividad física, sobrepeso y obesidad. Estos comportamientos y problemas tienen un grave impacto en la salud y el desarrollo de los adolescentes de hoy, pero sus efectos para la salud en la edad adulta son aún más devastadores.

La salud mental es otra nueva prioridad, pues problemas relacionados con ésta se cobran un número elevado de víctimas en la segunda década de la vida. A nivel mundial, el suicidio ocupa el tercer lugar entre las causas de mortalidad durante la adolescencia, y la depresión es la primera causa de morbilidad. Hasta un 50% de todos los trastornos de salud mental se manifiestan por primera vez a los 14 años, pero la mayoría de los casos no se reconocen ni se tratan, y tienen consecuencias graves para la salud mental durante toda la vida (OMS, 2014).

CAPÍTULO II. ADOLESCENCIA Y CONSUMO DE ALCOHOL

2.1 El alcohol como droga

El alcohol es una sustancia psicoactiva que puede producir dependencia y que ha sido utilizada por nuestra civilización desde tiempos inmemorables. El abuso en su consumo constituye uno de los problemas de salud pública primordiales en la actualidad; afecta sin distinción de género y estrato social, incidiendo principalmente en niños y adolescentes, cuyas pautas de consumo están vinculadas a situaciones en las que se busca la experimentación de sus efectos desinhibidores como instrumento de integración grupal.

Al hablar de las drogas muchas veces no se piensa en las llamadas drogas institucionalizadas, es decir, aquellas sustancias cuya venta y consumo no están penalizados y se encuentran integradas en las pautas de comportamiento de la sociedad. Pocas veces, en nuestra cultura, al hablar de las drogas, nos referimos al alcohol, al tabaco o al café, puesto que se nos presentan como productos de uso común, aunque farmacológicamente sean clasificables como drogas en función de las acciones que tienen sobre el organismo y sean capaces de crear toxicomanías de mayor o menor severidad (Pons & Berjano, 2013).

Se entiende por droga aquella sustancia que cumpla con los siguientes criterios: es administrada voluntariamente por la persona, donde a través de su consumo se pretende obtener una serie cambios físicos y/o psicológicos, su consumo continuo puede provocar una situación de necesidad de seguir consumiendo la sustancia, por último, tanto el consumidor como la sociedad, conocen los efectos que la sustancia puede provocar (Pons & Berjano, 2013).

Una droga, de acuerdo con la OMS (s.f. citado por Bravo, 2015) es una sustancia ya sea natural o química que, introducida por cualquier vía en un organismo vivo es capaz de actuar sobre el Sistema Nervioso Central, alterando una o varias de sus funciones, y que además es susceptible de crear dependencia física, psicológica o ambas.

2.2 Consumo, abuso y dependencia

El término *consumo* de alcohol, contempla únicamente la ingesta actual, aislada de otras ingestas pasadas o futuras (Pons & Berjano, 2013). Un consumo moderado en las mujeres implica ingerir tres copas estándar por ocasión y 4 copas en caso de los hombres, no más de tres veces por semana (OMS, s.f. citado por Bravo, 2015). Es por ello que el consumo moderado es cuando la cantidad y frecuencia no exceden los límites recomendados, sin que genere problemas para el consumidor o para la sociedad (Tiburcio, 2009 citado por Bravo, 2015).

Consumir de manera frecuente y exceder los límites de menor riesgo constituiría, por lo tanto, una utilización excesiva o un *abuso*. La distinción entre el abuso y la dependencia se ve reflejada en la aceptación de los problemas derivados del consumo.

Kramer & Cameron (1975 citado por Pons & Berjano, 2013), definen la *dependencia* como un estado psíquico y a veces físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones en el comportamiento y otras reacciones que comprenden un impulso irreprimible a consumir la sustancia en forma continua o periódica con el fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces por evitar el malestar producido por la privación. Cabe destacar que para llegar a depender de una sustancia, primero debe existir la presencia de una tolerancia a la misma, siendo ésta, el proceso de habituación a su uso continuo, de tal manera que para conseguir los mismos efectos a nivel orgánico o psicológico obtenidos anteriormente con una menor cantidad, se necesita ahora de una dosis más alta (Pons & Berjano, 1999).

El Síndrome de Dependencia Alcohólica (S.D.A.) está sometido a unos determinados criterios diagnósticos que requieren de atención clínica y/o ambulatoria inmediata. Sin embargo, su diagnóstico se hace cada vez más complicado, teniendo en cuenta la aparición de nuevas formas de consumo abusivo, no exactamente diagnosticables con la etiqueta del S.D.A., y características de determinados tipos de consumidores: jóvenes bebedores excesivos de fin de semana; consumidores compulsivos con escaso deterioro

físico; jóvenes con uso exclusivamente ansiolítico del alcohol (Morales et al., 1992 citado por Pons & Berjano, 2013).

Kessel y Walton (1989 citado por Pons & Berjano, 2013) elaboraron una tipología del tipo de bebedores con base en los patrones de consumo y consideraciones psicosociales:

- Abstemios. Son las personas que no beben.
- Bebedores sociales. Beben de forma moderada, en el marco de determinados acontecimientos sociales. Pueden emborracharse alguna vez, pero no crean ni se crean excesivos problemas sociales o de salud pública.
- Bebedores excesivos. Consumen alcohol de forma excesiva. Es característico el no reconocimiento de su hábito. Sus excesos se manifiestan por la frecuencia con la que se intoxican y por las consecuencias sociales, económicas y médicas de su ingestión continuada. Muchos bebedores excesivos que tienen crecientes dificultades originadas en el alcohol pueden necesitar atención terapéutica y responder a un tratamiento adecuado. Sin embargo, no todos los bebedores excesivos son alcohólicos, aunque es probable que muchos lleguen a serlo.
- Alcohólicos. Son personas con un desorden que puede definirse en términos clínicos y que requiere un régimen apropiado de tratamiento. Tienen enormes dificultades para dejar de beber de forma espontánea y, aunque puedan estar sin beber algunos períodos más o menos largos, es muy probable que recaigan en el hábito. La aparición de la sintomatología característica del alcoholismo aparecerá tras largos años de autoengaños o situaciones de indulgencia ante sí mismo para explicarse el consumo abusivo alcohol, y vendrá acompañado de estados depresivos y celos sin causa justificada, así como trastornos metabólicos a nivel celular que ocasionarán amnesias, encefalopatías y una evolución de pronóstico grave.

2.3 Antecedentes en México

En México se han llevado a cabo desde 1980, seis encuestas nacionales de vigilancia epidemiológica de las adicciones. Con estos estudios se ha logrado tener información actualizada sobre la evolución del problema tanto en el medio urbano y rural, a nivel regional y estatal.

Se ha encontrado que la percepción de riesgo del consumo de alcohol entre la población, ha venido disminuyendo desde tiempo atrás; en tanto que la tolerancia social se ha incrementado (ENA, 2011).

Bajo este contexto global, a continuación se muestran los resultados arrojados por diversas instituciones y estudios llevados a cabo en el país.

2.3.1 Epidemiología del consumo

La Secretaría de Salud, a través del Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC) y de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), encomendó al Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y al Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” (INPRFM) la realización de la “Encuesta Nacional de Adicciones 2011” (ENA 2011). Entre sus objetivos se encuentran: estimar las prevalencias del uso y abuso de sustancias tanto legales como ilegales, así como evaluar las tendencias de su consumo, en la población adolescente de entre 12 y 17 años de edad y en la población adulta de entre 18 y 65 años.

En la sección referente al alcohol, se presentan las prevalencias del consumo en alguna vez en el la vida, en el último año y en el último mes.

En la población adolescente, se encontró que el consumo de alcohol aumentó significativamente en las tres prevalencias, puesto que el consumo de alguna vez pasó de 35.5% a 42.9%, el consumo el último año incrementó de 25.7% a 30% y el consumo en el último mes de un 7.1% a 14.5%

Por sexo, se observó la misma tendencia, especialmente en el consumo del último mes ya que en los varones se incrementó de 11.5% a 17.4% y en ellas de 2.7% a 11.6%.

Entre la encuesta anterior, realizada en el año 2008, y la presente, se puede observar que el consumo diario se mantuvo con una prevalencia baja en ambos sexos, el consumo alto no tuvo un incremento significativo en ambos sexos, y el consuetudinario disminuyó de 2.2% a 1%. Mientras que la dependencia aumentó, en los hombres, las cifras se duplicaron (3.5% a 6.2%) y en las mujeres se triplicó (.6% a 2%).

Tabla 4. Tendencias del consumo de alcohol en adolescentes

	2002		2008		2011	
	H	M	H	M	H	M
Consumo alguna vez	41.6%	29.6%	35.7%	27.7%	46.0%	39.7%
Consumo último año	30.6%	20.9%	26.9%	20.6%	31.8%	28.1%
Consumo último mes	11.5%	2.7%	14.0%	9.0%	17.4%	11.6%
Consumo alto	NC	NC	15.7%	10.6%	17.3%	11.7%
Consumo diario	.4%	.1%	.4%	.1%	.4%	***
Consuetudinarios	2.0%	1.6%	3.0%	1.4%	1.7%	.4%
Dependencia	3.5%	.6%	3.1%	2.2%	6.2%	2.0%

Fuente: ENA (2011)

NC: No comparables

*** El porcentaje obtenido es menos a 0.1

El porcentaje de personas que mencionan como edad de inicio de consumo de alcohol a los 17 años o menos, es mayor tanto en el estudio llevado a cabo en el

2008 como en el 2011. Observándose un incremento de consumo en dicho rango de edad en ambos sexos.

Figura 2. Edad de inicio del consumo de alcohol

	2008		2011	
	17 años o menos	18 a 25 años	17 años o menos	18 a 25 años
Hombres	56.8%	41.4%	64.9%	33.0%
Mujeres	38.9%	51.2%	43.3%	46.1%
Total	49.1%	45.7%	55.2%	38.9%

Fuente: ENA (2011)

2.4 Factores de riesgo y protección asociados al consumo de alcohol en los jóvenes

Las razones que llevan a algunos adolescentes a consumir o no alcohol, en situaciones similares, no se pueden explicar con una teoría universal. Se han identificado una gran variedad de factores (tanto a nivel individual como social) que afectan la magnitud y los patrones de consumo del alcohol, éstos pueden aumentar el riesgo de que se presenten trastornos o problemas relacionados con el mismo (OMS, 2014).

- *Factores de riesgo:* Son aquellos factores interpersonales, sociales, de influencia ambiental y/o individual que hacen más probable la ocurrencia de una conducta como el consumo de sustancias (CIJ, 2015)
- *Factores de protección:* Son características internas y externas que reducen la probabilidad de que ocurra un problema al mediar o moderar el efecto de estar expuesto a un riesgo (Hawkins et al., 2002 citado por CIJ, 2015).

Los factores ambientales tales como el desarrollo económico, la cultura, la disponibilidad de alcohol y la efectividad de las políticas públicas, son factores relevantes para explicar las diferencias en la vulnerabilidad entre las sociedades,

las tendencias en el consumo de alcohol y los daños relacionados con el mismo (OMS, 2014).

Hay que tener en cuenta que no es necesaria la presencia de todos y cada uno de los factores de riesgo, de la misma forma que la aparición de uno de ellos no determina necesariamente, de manera causal, la ocurrencia de cierta conducta.

Clayton (1992 citado por Fernández, 2010) identificó cinco principios generales al hablar de factores de riesgo y factores de protección:

1. Los factores de riesgo pueden estar presentes o no en un caso concreto. Cuando un factor de riesgo está presente, es más probable que la persona use o abuse de las sustancias que cuando no lo está.
2. La presencia de un solo factor de riesgo no es garantía de que vaya a producirse el abuso de sustancias y, por el contrario, su ausencia no garantiza que el abuso no se produzca. Sucediendo lo mismo en el caso de los factores de protección.
3. El número de factores de riesgo está directamente relacionado con la probabilidad del abuso de sustancias, aunque este efecto aditivo puede atenuarse según la naturaleza, contenido y número de factores de riesgo implicados.
4. La mayoría de los factores de riesgo y de protección tienen múltiples dimensiones medibles y cada uno de ellos influye de forma independiente y global en el abuso de sustancias.
5. Las intervenciones directas son posibles con determinados factores de riesgo y pueden tener como resultado la eliminación o reducción de los mismos, disminuyendo la probabilidad del abuso de sustancias. Por el contrario, en el caso de otros factores de riesgo la intervención directa no es posible, siendo el objetivo principal atenuar su influencia y así reducir al máximo la posibilidad de que estos factores lleven al consumo de sustancias.

La evidencia empírica ha demostrado que las conductas de uso y abuso de sustancias en la adolescencia no dependen de un único factor, sino que están originadas y mantenidas por diversos factores y características propias de la adolescencia, de naturaleza multidimensional, que hacen que los adolescentes sean un grupo susceptible al consumo de sustancias. Tradicionalmente han sido agrupados en factores de riesgo contextuales, individuales e interpersonales o relacionales (Laespada, 2004 citado por Fernández, 2010).

2.4.1 Factores contextuales

La cultura y el contexto en el que se desarrolla el adolescente, incide en la conducta que éste tenga al momento de consumir o no alcohol. La estructura económica, la normativa, la accesibilidad al consumo, la aceptación social, las costumbres y tradiciones, así como la influencia de la publicidad y los medios de comunicación, son algunos de los factores de riesgo comunitario (Hawkins et al., 1992 citado por Fernández, 2010).

El modelo Sociológico atiende fundamentalmente a las condiciones socioeconómicas y socioambientales en las que tiene lugar el consumo de una determinada sustancia. Sin embargo, lo económico es contemplado de manera parcial, priorizando su impacto en una clase social determinada, la clase más deprivada (Pons & Berjano, 2013).

La deprivación económica extrema se considera como un factor social clave en el consumo de sustancias y se asocia a un consumo mayor. Las personas con un nivel socioeconómico bajo parecen ser más vulnerables a problemas y consecuencias del consumo de alcohol, sin embargo, encuestas y estudios de mortalidad, especialmente de países desarrollados, indican que hay más bebedores, más ocasiones para beber y más bebedores de bajo riesgo en grupos sociales con un alto poder adquisitivo (OMS, 2014).

Las características del entorno serán aspectos que van a influir en el grado de consumo de sustancias de los adolescentes. En nuestro país, no es de extrañarse la fácil disponibilidad y la presencia acrítica de tabaco y alcohol en la vida cotidiana, así como en celebraciones, reuniones, etc.

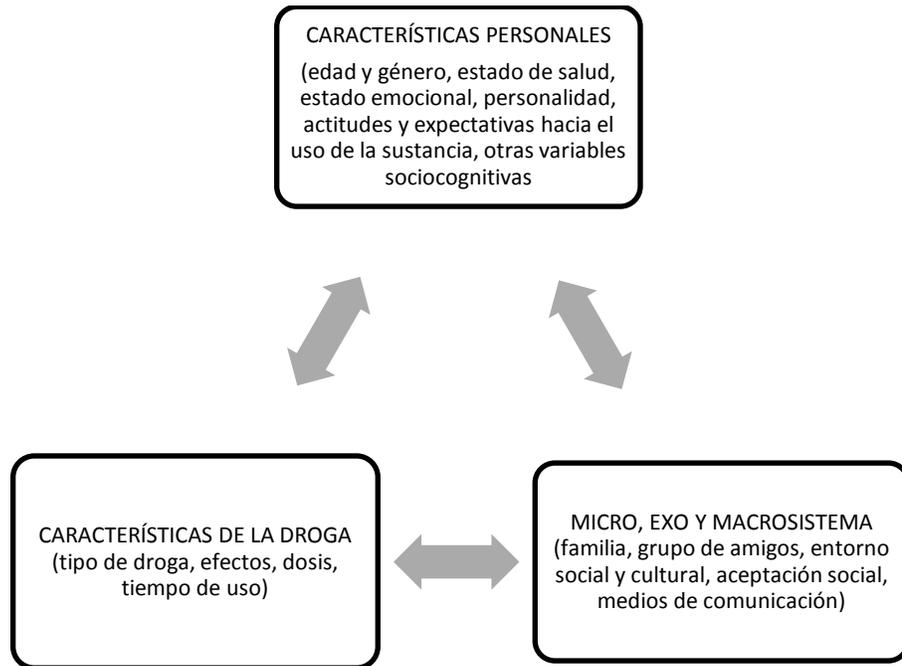
En muchos países puede haber graves consecuencias jurídicas o sociales por beber, por lo que la disponibilidad de una sustancia está íntimamente ligada con su integración cultural, la cual, a su vez, regula, tanto los aspectos legislativos, como las normas y expectativas sociales de su consumo (Pons & Berjano, 2013).

El hablar de la disponibilidad, es referirse no sólo a la presencia física de las bebidas alcohólicas en los lugares habituales que nuestra sociedad destina a su venta, sino también a la presencia cultural del alcohol en la sociedad, caracterizada por la elevada aceptabilidad; y a su vez, al precio y el marketing con el que se acompañan.

Podemos observar cómo los medios de comunicación, en el caso de las drogas legales, minimizan los efectos del consumo a largo plazo y asocian su consumo con los efectos positivos, como una forma fácil e inmediata de obtener placer, relajación, evasión, diversión, sociabilidad, oposición a lo establecido y, en definitiva con cualquier mensaje que logre atraer la atención de los potenciales consumidores. Los anuncios asocian la bebida con elementos altamente valorados y atractivos para los adolescentes, como lo son la amistad, el éxito, el placer, el riesgo y la aventura, etc. Siendo estos mensajes, difíciles de contrarrestar por los adolescentes que en muchos casos carecen de una actitud crítica frente a la publicidad (Fernández, 2010).

Bajo esta perspectiva, la conducta de consumo de alcohol, aparece como el producto de una compleja interacción de factores. El modelo ecológico pretende revalorizar al ser humano en su esencia como ser social, y atiende al problema del consumo y abuso de las bebidas alcohólicas como un fenómeno global, posibilitando buscar y descubrir nuevas alternativas sociales que permitan reducirlo y controlarlo, atacando sus causas en diferentes niveles de profundidad (Pons & Berjano, 2013).

Figura 3. Modelo ecológico del consumo de sustancias.



Fuente: Asun & Alvarado (1991 en Pons & Berjano, 2013)

2.4.2 Factores individuales

Hacen referencia a las circunstancias internas del individuo, a su forma de ser, sentirse y comportarse que conforman un sujeto único (Laespada, 2004 en Fernández, 2010).

Los principales factores de riesgo o protección a nivel personal que la literatura menciona como predictores del consumo de sustancias en la adolescencia son: la edad, el género, el estado de salud, el estado emocional, la personalidad, las actitudes, los valores, la autoestima, los conocimientos y expectativas hacia el uso de la sustancia. La forma personal en que cada adolescente asimile los cambios propios de la etapa, así como las características individuales, las capacidades y formas de afrontamiento, etc. puede determinar si los factores antes mencionados actuarán como de riesgo o protección.

En cuanto a la edad refiere, el inicio temprano (antes de los 14 años de edad) es un predictor del estado de salud porque está asociado con un mayor riesgo de abuso y dependencia en edades posteriores (OMS, 2014). Respecto a las diferencias de género, la OMS sugiere que no hay pruebas de que las mujeres pueden ser más vulnerables a los daños relacionados con el alcohol a partir de un determinado nivel de consumo o de un determinado patrón de beber. Sin embargo, la vulnerabilidad de las mujeres a los daños relacionados con el alcohol es un importante problema de salud pública debido a que el consumo de alcohol entre las mujeres ha venido aumentando constantemente en consonancia con el desarrollo económico y el cambio de los roles de género (OMS, 2014).

La relación entre el consumo de sustancias y el malestar emocional ha sido objeto de estudio. Aunque la evidencia no es del todo concluyente parece que el estrés, la ansiedad y depresión podrían propiciar el consumo. Pons & Berjano (2013) sugieren que se comienza a abusar del alcohol cuando se trata de aliviar las tensiones emocionales, problemas personales, etc., siendo la acción de beber, un medio para reducir o aliviar estos estados negativos.

Las personas que carezcan de recursos personales o psicosociales para hacerles frente y superarlos de otra forma, tendrían más probabilidades de consumir sustancias (Fernández, 2010).

Algunos autores, han puesto de manifiesto que las personas con mayor nivel de neuroticismo, inestabilidad emocional o ansiedad, son más susceptibles a consumir bebidas alcohólicas, posiblemente debido a que la tensión asociada a los estados de ansiedad, puede verse aplacada por los efectos ansiolíticos derivados de la ingesta de alcohol, actuando así como un reforzante, con lo cual se puede consolidar la respuesta de consumo de alcohol (Pons & Berjano, 2013).

Los estudios realizados por Kessel & Walton (1989 citado por Pons & Berjano, 2013) complementan las aportaciones anteriores, pues proponen unos rasgos de personalidad que pueden identificarse como rasgos de personalidad alcohólica o como factores predisponentes:

- Inmadurez emocional: Caracterizada por personalidad dependiente, necesidad de aprobación, baja tolerancia a la frustración y dificultad de sentir y manifestar empatía.
- Personalidad autoindulgente: Suele aparecer en hijos de padres sobreprotectores, y se traduce en baja autoestima, falta de autocontrol emocional y conductual, baja tolerancia a la frustración y dificultades para diferir el refuerzo.
- Desajustes sexuales: Incluye tanto la “timidez sexual”, caracterizada por inhibiciones, desconfianza y dificultad en el trato con el otro sexo, como las parafilias y “desviaciones” sexuales, vividas como algo inaceptable moral o socialmente.
- Personalidad autopunitiva: Es característica de personas que han sufrido una educación paterna restrictiva en cuanto a la expresión de sentimientos. Al llegar a la edad adulta estas personas esconden o retraen sus sentimientos y la expresión de sus necesidades.

Sin embargo, en el caso de los adolescentes los datos son contradictorios, pues mientras algunas investigaciones indican que la reducción de la presión emocional interna no parece ser un factor etiológico importante, otras obtienen una relación directa. Por lo que Berjano y cols. (1992 citado por Pons & Berjano, 2013) sugieren que más que buscar el efecto ansiolítico, el adolescente busca efectos evasivos. Aquellos que presenten un estilo rápido y poco meditado de resolución de problemas, junto con un insuficiente autocontrol, tienen mayor riesgo de consumo de sustancias y otras conductas de riesgo (McCown y DeSimone, 1993 citado por Fernández, 2010). Por otro lado, un buen nivel de autocontrol permitirá al adolescente rechazar comportamientos que le brinden consecuencias positivas inmediatas y negativas a largo plazo, como el consumo de alcohol, además de que le permitirá planificar objetivos, y ejecutarlos, obteniendo con ello gratificación personal; favoreciendo el autoconcepto y el nivel de autoestima.

Ambos conceptos están muy relacionados con el autocontrol, ya que “una persona que tiene una idea de sí misma coherente con su verdadera forma de ser,

manifestará sentimientos positivos hacia su persona, conocerá sus propios límites y poseerá un nivel aceptable de control sobre lo que hace y sobre las consecuencias que de ello se derivan” (Vallés, 1996 citado por Fernández, 2010, p. 65). Siguiendo esta línea, la autoestima actúa como un factor protector que aleja al adolescente de conductas no saludables. Por el contrario, un alto nivel de frustración y un nivel bajo de autoestima pueden colocar al individuo en vulnerabilidad de conductas riesgosas y propiciar el uso y abuso de alcohol.

Estudios han aportado evidencia de que el consumo juvenil de alcohol se relaciona también a la búsqueda de sensaciones y a la experimentación. García y cols. (2012 citado por Bravo, 2015) nos dice que los adolescentes que consumen alcohol presentan actitudes más favorables hacia éste en comparación con los no consumidores, quienes presentan actitudes desfavorables. La actitud es de carácter personal y se refiere a la postura del individuo hacia una determinada conducta; está condicionada por un conjunto de creencias relevantes sobre las consecuencias, tanto positivas como negativas, de la conducta y el valor afectivo que la persona atribuye a tales consecuencias (Bravo, 2015). En este sentido, lo que el adolescente piensa sobre las drogas, las creencias que tenga acerca de sus efectos, sobre el propio acto de consumir y de lo que experimente con ellas, arrojan un balance subjetivo positivo o negativo que facilitará o no, la ocurrencia del consumo.

García del Castillo (2006 citado por Fernández, 2010) realizó un estudio sobre el consumo de alcohol en estudiantes y su relación con las actitudes y valores, la cual sugiere que la educación en valores del individuo adquiere cierto protagonismo en el desarrollo o no de determinadas conductas de riesgo, pues la adopción de valores considerados de riesgo (inmediatismo, liberalismo sexual, afán de experimentación, etc.) pueden llevar al individuo a desarrollar conductas de consumo de sustancias.

Fernández (2010) menciona como valores protectores activos aquellos de carácter altruista y normativo, con centros de interés menos egocéntricos y más integradores.

Por otra parte, los conocimientos relacionados con el tema del alcohol, también se asocian con el ajuste en el consumo de éste; pueden ser adquiridos mediante la experiencia, haciéndolos difícil de transmitir y además pueden contener un alto grado de subjetividad, pues habrá quienes den menor importancia a las consecuencias negativas derivadas del consumo de alcohol, por lo que es de suma importancia tener los conocimientos correctos. (Carreón & Melgoza, 2013 citado por Bravo, 2015)

Barroso y cols. (2009 citado por n Bravo, 2015) evaluaron los conocimientos y expectativas referentes al consumo de alcohol en una muestra de 654 estudiantes adolescentes, encontrando que los jóvenes que poseen conocimientos más acertados acerca del alcohol presentaban conductas más adecuadas en el consumo del mismo. Siendo entonces, el conocimiento un factor protector.

2.4.3 Factores relacionales

Las relaciones interpersonales han sido señaladas por varios autores como uno de los factores más influyentes en el inicio y permanencia del consumo de bebidas alcohólicas. El efecto modelador que ejercen, principalmente la familia y el grupo de iguales, así como la transmisión de expectativas relacionadas con su ingesta, son factores que se deben tomar en cuenta al explicar el consumo abusivo (Shore, 1983 citado por Pons & Berjano, 2013).

2.4.3.1 La familia

El entorno familiar es el primer contexto social en el que se desenvuelve una persona; y el comportamiento de cualquier persona dependerá de las relaciones que se dieron en su situación familiar (Martínez, 2001 citado por Laespada, Arostegui & Iraurgi, 2004). Dada su importancia en el desarrollo de vida, no es extraño que investigaciones se hayan centrado en este contexto a la hora de analizar la aparición de ciertos fenómenos. Dentro de los factores de riesgo, la literatura menciona la influencia de la familia como la variable con mayor

relevancia. De acuerdo con Pons & Berjano (2013), esto se debe a que la influencia de otros contextos sociales (medios de comunicación, grupo de iguales, etc., pasa por el tamiz de la familia, aumentando o disminuyendo sus efectos, ya sean positivos o negativos.

En lo concerniente al consumo de alcohol, varios autores ponen de manifiesto que tanto la actitud hacia el consumo, así como el propio consumo dentro de la familia, pueden ser aspectos que desvíen o refuercen la influencia de los otros contextos sociales. Como ya se ha venido mencionando, en nuestra sociedad prevalece una actitud positiva hacia el consumo de alcohol, por lo que no es de extrañarse la inducción al consumo del mismo a través de la normalidad de los usos familiares habituales.

Por otro lado, la familia no sólo ejerce su influencia facilitando o transmitiendo el consumo de bebidas alcohólicas entre sus miembros; diversos autores y estudios han relacionado el consumo de drogas con una serie de aspectos familiares que van a actuar como factores de riesgo o protección; tales como: un ambiente familiar deteriorado, relaciones conflictivas, el nivel de satisfacción del hijo hacia sus relaciones con la familia, la estructura y composición familiar, situaciones de riesgo familiares, las actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas; las relaciones afectivas y comunicación entre padres e hijos; las prácticas educativas ejercidas por las figuras parentales y la disciplina familiar (Fernández, 2010; Pons & Berjano, 2013; Martínez, 2007). A su vez, Laespada y cols. (2004) mencionan la importancia del modelado ejercido por los padres, que tiene fundamento en la teoría del aprendizaje social de Bandura (1984), siendo la observación directa y el modelado de un comportamiento por parte de las personas más cercanas al individuo, esencial para adquirir tal comportamiento. Esta influencia puede ser de manera directa cuando se observa a los padres consumir alcohol u otras sustancias; la transmisión de actitudes y valores más o menos permisivos con respecto al consumo, serían una forma indirecta.

Por lo anterior, se infiere que la influencia familiar en el consumo de alcohol en el adolescente es bastante compleja, por lo que el siguiente capítulo estará destinado a detallar a mayor profundidad lo mencionado en este apartado.

Pero está claro que no sólo es la familia la variable relacional que puede explicar el consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes, se destaca también la influencia de las relaciones establecidas fuera del ámbito familiar.

2.4.3.2 Los amigos

Es durante esta etapa donde la influencia de amigos y grupos sociales extensos comienza a ser más relevante en la vida del joven. De acuerdo con Laespada y cols. (2004) el grupo de amigos es un elemento imprescindible para comprender la actitud y los comportamientos de los jóvenes, ya que sustituyen progresivamente a la familia como referencia y las relaciones más importantes del adolescente se desplazan hacia los compañeros de similar edad e intereses. Es por ello que el grupo de iguales ha sido objeto de numerosas investigaciones que tratan de explicar su acción moduladora en la experimentación con sustancias.

Recordemos que la adolescencia es una etapa en la que el individuo está en busca de su identidad y aceptación; el grupo entonces, pasa a proporcionar un modelo que en cierta manera, condiciona las relaciones del joven con los demás, así como su comportamiento.

Laespada y cols. (2004) nos dicen que los compañeros proporcionan información directa o indirecta sobre aquellas conductas que son aceptadas y reconocidas en determinadas situaciones sociales, diferentes a las que el sujeto vive en su medio familiar. El grupo establece sus propias normas y el sujeto que pertenece o quiere pertenecer a éste, debe adoptarlas para ser valorado. En este sentido, puede suceder que algunos miembros del grupo muestren una actitud favorable hacia diversas conductas de riesgo, como por ejemplo, el consumo de alcohol, e ingerirlo moderada o excesivamente; entonces otros miembros que hasta el momento no consumían o no lo hacían de manera habitual, comiencen a hacerlo

por la necesidad de adaptarse a una nueva circunstancia social representada por el grupo.

El consumo de drogas en el grupo de iguales actuaría, por lo tanto, como una forma más de cohesión y de identidad grupal, al igual que sucede con la imagen física (forma de vestir, de llevar el cabello, de portar cualquier accesorio, etc.), el tipo de música que eligen o cualquier otra conducta, que defina un estilo de vida vivido como propio (Fernández, 2010).

En este marco de relación, Pons & Berjano (2013) plantean que aspectos como el poder adquisitivo, la búsqueda de integración y aprobación del grupo, el ocio desarrollado en bares y discotecas, así como las salidas nocturnas de fin de semana, correlacionan con un mayor consumo de sustancias.

Fernández (2010) cita estudios que señalan que en la cultura occidental, donde el consumo de alcohol es visto como algo normal y aceptado, los jóvenes consumidores consiguen un nivel mayor de aceptación que los abstemios. Pons & Berjano (2013) ilustran la influencia grupal sobre el consumo abusivo de bebidas alcohólicas, a partir de la información recogida por Peinado y cols., citado por 1993, sobre la cultura del alcohol en los adolescentes y los motivos principales que los conducían a beber:

- Salir, estar con los amigos y beber forma parte de un mismo ritual social.
- La ingesta de bebidas alcohólicas es un fenómeno socialmente instaurado que permite la relación con los amigos y la diversión.
- Se bebe durante los fines de semana porque es cuando se puede salir con los amigos.
- Entre semana no se bebe prácticamente nada, aunque se visiten los mismos establecimientos que el fin de semana.
- No se bebe porque se necesite, sino porque lo demanda el ambiente.
- No apetece beber a solas; se bebe con el grupo.
- No se bebe con los padres; no porque lo prohíban, sino porque no apetece.

- "Beber" no es tomar una copa como aperitivo o con las comidas; "beber" tiene como objetivo emborracharse.
- Sentirse más integrado en el grupo es una razón para iniciar el hábito.
- En una discoteca o en un bar hay que beber alcohol, porque de lo contrario se puede pasar por aburrido o "raro".
- Se bebe por inercia, porque lo hace todo el mundo.
- La cantidad que se ingiere habitualmente en una noche depende de lo que suele beber el resto del grupo.
- La borrachera permite el acercamiento a personas de otro sexo, especialmente por parte de los varones.

Por lo visto, los adolescentes son más propensos de consumir y abusar del alcohol por su deseo de encajar con los valores del grupo y así sentirse parte de éste, lo que lleva a la pregunta: ¿Cuánta presión soportan los jóvenes para sentirse aceptados por sus iguales?

Alfaro, Sánchez, Andrade, Pérez & Montes (2010) mencionan que cuando existe presión por parte de los amigos para el consumo, es importante analizar si los jóvenes tienen habilidades para resistir a dicha presión. Estos autores, definen la resistencia a la presión de pares como: "la capacidad del adolescente para rechazar el consumo de alcohol cuando no quiere hacerlo aunque los amigos lo presionen para que lo haga" (Alfaro et. al., 2010 p 919). En su trabajo, éstos citan diferentes estudios donde se reporta que un déficit en la habilidad de resistencia a la presión de pares está asociado a: el consumo de alcohol riesgoso, consumo de alcohol y tabaco, y consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables. Por lo que la habilidad de resistencia a la presión es un factor que protege a los adolescentes del consumo de drogas tanto legales como ilegales.

Se menciona que a mayores puntajes en resistencia, las probabilidades de que el adolescente consumiera alcohol, tanto en el presente como en el futuro, disminuyen significativamente; mientras que aquellos que percibían beneficios sociales de consumir, utilizaban pocas técnicas de resistencia, y tenían mayores probabilidades de consumir alcohol. Diversos autores coinciden en que esta

habilidad se incrementa a lo largo de la adolescencia, siendo las mujeres quienes presentan un mayor desarrollo de ésta que los hombres (Alfaro et al. 2010).

Si bien, la influencia de los amigos en el adolescente es innegable, es difícil asegurar su magnitud. Aunque la mayoría de los estudios señalan que los amigos son un factor que se asocia al consumo de alcohol en adolescentes, algunos autores reportan que la influencia de los amigos no es tan importante; hay quienes indican que la influencia de los pares se ha sobreestimado; otros autores, como Kwakman (1999 citado por Pons & Berjano, 2013) refieren que los adolescentes que perciben sus relaciones con los iguales como menos consolidadas, tienen mayores probabilidades de convertirse en consumidores abusivos, que aquellos quienes han desarrollado relaciones más consistentes. Por otra parte, Maxwell (2002 citado por Alfaro et al., 2010) menciona que la influencia de los amigos no sólo es para conductas problema, y enfatiza que su influencia puede ser incluso un factor de protección, ya que los amigos se asocian tanto para el inicio como para la detención del consumo de alcohol. Siguiendo esta línea, investigaciones más recientes sugieren que la influencia de los amigos de consumir o no alcohol, está relacionada con la calidad del grupo de amigos y con el tipo de grupo o pandilla (Fernández, 2010).

En todo caso, puede decirse que los datos hasta ahora expuestos nos sugieren que la familia juega un papel importante en el inicio de la conducta de consumo, y de acuerdo con Pons & Berjano (2013) el grupo de iguales es el factor decisivo al momento de convertir o no este consumo en un hábito.

2.5 Problemas derivados del abuso de alcohol

Es complejo determinar cuándo el consumo adolescente de alcohol resulta problemático, ya que sus efectos se relacionan con los hábitos de consumo, el volumen de alcohol consumido, y, en raras ocasiones, la calidad del alcohol. Además, para la aparición de secuelas físicas se requiere que se haya estado abusando de esta sustancia por prolongado periodo de tiempo.

El consumo desmedido de alcohol puede no sólo conducir a la dependencia, sino que también aumenta el riesgo de desarrollar problemas de salud tales como trastornos mentales y comportamentales, incluido el alcoholismo, importantes enfermedades no transmisibles tales como la cirrosis hepática, diversos tipos de cáncer, enfermedades digestivas, respiratorias, cardiovasculares, así como padecer afecciones agudas, tales como las lesiones, y en particular las provocadas por accidentes de tránsito (OMS, 2014).

El consumo nocivo de alcohol también puede perjudicar a otras personas, por ejemplo, familiares, amigos, compañeros de trabajo y desconocidos; a su vez, genera una carga sanitaria, social y económica considerable para la sociedad.

A continuación, se presentan las principales consecuencias del abuso de alcohol a nivel individual.

2.5.1 Problemas en la salud física y psicológica

El uso de alcohol se relaciona con un amplio rango de problemas de salud tanto físicos como mentales. El Ministerio de Sanidad y Consumo (2007) recopiló evidencias científicas sobre el daño producido por el alcohol, basándose principalmente en dos fuentes: El informe "Global status report on alcohol 2004" y el documento "Alcohol in Europe. A public health perspective" publicado en 2006. Estos a su vez recopilan la evidencia de numerosos metaanálisis, revisiones y estudios individuales.

Figura 4. Efectos en la salud derivados del abuso de alcohol.

Problema de salud (grupo)	Problema de salud específico
Neoplasias malignas	<ul style="list-style-type: none"> • Cánceres en el tracto gastrointestinal (de labio, cavidad bucal, faringe, esófago, laringe y en menor grado de estómago, colon y próstata).

	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de hígado • Cáncer de mama
Enfermedades gastrointestinales, metabólicas y endócrinas	<ul style="list-style-type: none"> • Cirrosis hepática • Pancreatitis • Diabetes de tipo II • Sobrepeso y obesidad • Malnutrición • Gota
Enfermedades cardiovasculares	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión • Accidente cerebrovascular • Enfermedad coronaria • Arritmia cardíaca • Cardiomiopatía
Enfermedades neuropsiquiátricas	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad y alteraciones del sueño • Epilepsia • Depresión • Dependencia del alcohol • Daño en el sistema nervioso • Daño cerebral • Disminución de la función cognitiva y demencia

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo (2007)

A su vez, el alcohol, por su acción alterante sobre el S.N.C., a largo plazo produce una serie de trastornos mentales, Santo Domingo (1990 citado por Pons & Berjano, 2013) los denomina como psicosis alcohólicas o delirium tremens. Ocurre como consecuencia de la privación, es decir, del síndrome de abstinencia, y se caracteriza por la existencia de alucinaciones auditivas, en las que la persona escucha voces, habitualmente reconocibles, que le insultan o le increpan, ante lo cual puede reaccionar de manera agresiva.

Otro tipo de alteraciones mentales relacionadas con el abuso de alcohol son las llamadas encefalopatías alcohólicas. Todas ellas presentan en común la existencia de lesiones neuronales y focos de necrosis (muerte neuronal). Un ejemplo es el síndrome de Korsakoff, el cual es provocado por lesiones en el lóbulo frontal a causa del alcohol y la desnutrición. Se caracteriza por alteraciones en la memoria, tanto a corto como a largo plazo y, en ocasiones, episodios de fabulación (Perpiñá et al., 1987 citado por Pons & Berjano, 2013).

Las alteraciones cerebrales de los alcohólicos evolucionan en muchas ocasiones a la pérdida irreversible de las facultades intelectuales. Son auténticas demencias que determinan comportamientos muy alterados y regresivos, donde predomina la labilidad emocional y los estados depresivos, lo cual impide que la persona afectada pueda hacerse cargo de su propia vida. Varios estudios han puesto de manifiesto la relación entre abuso de alcohol y suicidio. Pons y Berjano (2013) señalan que aproximadamente la mitad de los intentos de suicidio en las mujeres y las dos terceras partes en los varones se producen bajo los efectos del alcohol.

2.5.2 Intoxicación aguda o embriaguez

Como lo mencionan Pons & Berjano (2013), la intoxicación alcohólica aguda (borrachea o embriaguez) es un estado desadaptativo caracterizado por la existencia de alteraciones conductuales que interfieren con el adecuado funcionamiento social, físico y psíquico. Mientras mayor sea la cantidad de alcohol consumida, mayor es la probabilidad de que el individuo presente alteraciones conductuales tales como disartrias, descoordinación motora, labilidad emocional, irritabilidad, agresividad, alteraciones de la atención, episodios de pérdida del conocimiento, etc. La intoxicación etílica grave puede desembocar en coma, llegando incluso a provocar la muerte. Se relaciona con efectos agudos como la accidentabilidad, violencia y conflictos sociales (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007)

Brunt (1982 citado por Pons & Berjano, 2013) sugiere que es posible distinguir, a grandes rasgos, cuatro niveles de intoxicación, en función del grado de alcoholemia:

- Primera fase. Con dosis inferiores a 0.5 g. de alcohol por litro de sangre. Puede presentarse un cierto estado de bienestar y calor en el rostro, inducido por la vasodilatación periférica que ocasiona el alcohol.
- Segunda fase. Con cantidades de entre 0.5 a 0.8 g. de alcohol por litro de sangre. El individuo puede experimentar euforia, fases de locuacidad y de depresión, comenzando a perder los reflejos más sencillos. El estado de ánimo comienza también a exaltarse y la persona se siente fuerte y segura de sí misma, sus reflejos le parecen más activos que nunca, pero en realidad, el tiempo de reacción se alarga y disminuye la coordinación mano-ojo.
- Tercera fase. Coincide con la segunda fase de intoxicación aguda (0.8-1.5 g./l.) los reflejos se alteran todavía más, los movimientos se hacen aún más lentos, la locuacidad se torna en incoherencia verbal, y la persona comienza a tornarse impulsiva.
- Cuarta fase. Si la embriaguez progresa, el individuo entrará en una nueva fase de intoxicación (1.5-4 g./l.), y como consecuencia, se produce una pérdida del equilibrio, se instaura una doble visión, y sigue alterándose la conducta hasta transformarse en comportamiento de tipo psicótico-incoherente.

2.5.3 Problemas escolares

El consumo abusivo de alcohol repercute directamente en el rendimiento escolar. Los jóvenes comienzan a faltar a clase y se desinteresan por actividades tanto escolares como extraescolares. Investigaciones también confirman la relación entre consumo de alcohol y fracaso escolar (Vega, 1989 en Espada, Botvin, Griffin & Méndez, 2003). El uso combinado de alcohol y tabaco se asocia más a problemas escolares de los encontrados en usuarios exclusivos de alcohol:

reprobación de cursos, falta de concentración, notas bajas, deseo de abandonar la escuela, sentir tedio en ambiente escolar, no hacer los deberes (Cardoso & Malbergier, 2014).

2.5.4 Prácticas sexuales de riesgo

Diversos autores están de acuerdo en que el alcohol es la sustancia más consumida y la que más influye en la conducta sexual, pues es utilizada para reforzar la confianza y rebajar las inhibiciones (Castaño, Arango, Morales, Rodríguez & Montoya, 2013)

Las relaciones sexuales entre adolescentes a menudo tienen lugar durante el fin de semana, igual que el consumo de alcohol. El abusar del consumo de alcohol o encontrarse en estado de embriaguez, dificulta la puesta en práctica de conductas sexuales responsables, aunque los adolescentes dispongan de información sobre los métodos para prevenir las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados (Cooper et al., 1994 citado por Espada et al., 2003).

2.5.5 Accidentes de tránsito

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. De acuerdo con Pons & Berjano (2013) el riesgo de sufrir un accidente es 80 veces superior al que se tendría de conducir sin haber ingerido alcohol, pues el conductor que se encuentra bajo los efectos del mismo se caracteriza por los siguientes rasgos:

- Mayor impulsividad y asunción de riesgos.
- Descoordinación psicomotora y menor precisión de movimientos.
- Aumento del tiempo de reacción.
- Confusión perceptiva y disminución del campo perceptivo: El individuo bajo los efectos del alcohol comienza a perder la visión panorámica de 180° que posee normalmente cuando conduce, reduciéndose su visión hasta llegar a

lo que se denomina visión de túnel en la que el individuo pierde hasta el 50% de su visión panorámica, con lo que no percibe de los vehículos que se encuentran a los lados y que intentan adelantarlo.

- Merma considerable de todas las funciones sensoriales.
- Depresión general e incremento de la fatiga.
- Interferencias en la visión binocular: Aparece una dificultad para apreciar la velocidad propia y la del coche que viene en frente, así como la distancia entre ambos. La acomodación del ojo a los cambios de luz es peor. A mayor nivel de alcohol, menor visión de los colores. Se calcula que el alcohol interviene en las tres cuartas partes de los accidentes nocturnos por sólo la cuarta parte de los diurnos (Berjano y Musitu, 1987; Montoro, 1991 citado por Pons & Berjano, 2013).

2.5.6 Problemas legales

Numerosos estudios han probado la relación entre el alcohol y el comportamiento delictivo. De acuerdo con diversos autores, entre los adolescentes consumidores existe mayor probabilidad de realizar actividades predelictivas y tener conductas antisociales como por ejemplo, dañar de manera deliberada bienes públicos, el robo de artículos y las peleas físicas (Calafat et al, 2000 citado por Espada, 2003).

CAPÍTULO III. EL PAPEL DE LA FAMILIA EN EL CONSUMO DE ALCOHOL

3.1 Concepto y funciones de la familia

La familia constituye un espacio de vivencias de primer orden, donde el individuo tiene sus primeras experiencias, y adquiere sus valores y su concepción del mundo. La familia juega un importante papel en cada individuo que la conforma, ya que las relaciones que se establezcan entre ellos, incidirá en gran medida en el desarrollo favorable y sano de los mismos, o por el contrario, puede ser el foco principal de sus trastornos emocionales.

De la Revilla (1994 citado por Jiménez, 2012) define a la familia como una unidad biopsicosocial integrada por un número variable de personas, ligada por vínculos de consanguineidad, matrimonio o unión estable, que viven en un mismo hogar, siendo éste, el espacio físico donde habita la familia.

Pons & Berjano (2013) consideran a la familia como un sistema social cuyas características más sobresalientes son la de ser una pequeña unidad formada por un número relativamente restringido de individuos reunidos por lazos íntimos y complejos, basada esencialmente en acuerdos voluntarios entre adultos y una delimitación de roles, donde padre y madre actuarán como protectores y guías, modelando entonces una parte considerable de la conducta de los hijos que, de acuerdo a los autores, fungirán un papel de protegidos y guiados.

De acuerdo con Minuchin (1983 citado por Vargas, 2005), la familia cuenta con las siguientes características:

- Su estructura es la de un sistema sociocultural abierto, siempre en proceso de transformación.
- Se desarrolla en una serie de etapas marcadas por crisis que la obligan a modificar su estructura, sin perder su identidad.
- Es capaz de adaptarse a las circunstancias cambiantes del entorno modificando sus reglas y comportamientos para acoplarse a las demandas externas (Minuchin, 1983 citado por Carbajal, 2010).

Este proceso de continuidad y cambio permite a la familia crecer y desarrollarse y, a la vez, permite la diferenciación de sus miembros.

La concepción de la familia va más allá de la existencia de lazos consanguíneos, siendo entonces una forma de organización grupal que se deriva de la relación entre sus miembros y el macrosistema, siendo este último, el que asigna distintas clases de valores, conductas, creencias, etc., que son aceptados o no por la generalidad de la misma, dictando la calidad de las relaciones que la familia tenga hacia su interior con cada uno de sus miembros, y al exterior, con los miembros de la sociedad. Como principal agente socializador, la familia reproduce patrones culturales en el individuo e inculca modos de pensar y de actuar que se convierten en hábitos (Lasch, 1984 citado por Carbajal, 2010). Esta depende de una serie de pautas para responder a cambios internos y externos, y ser capaz de adaptarse y encarar nuevas circunstancias sin perder continuidad. Por lo que la unidad e integridad del sistema familiar requiere de normas, roles, límites y jerarquías, que ayuden a la familia a mantener un cierto grado de homeostasis que le van a permitir desarrollarse y trabajar como un sistema, afrontando las diversas complicaciones que puedan presentarse a lo largo de los diferentes fases existentes en la evolución de la familia, es decir, en su ciclo vital.

Macías (1981 citado por Vargas, 2005), nos dice que la familia es entendida como una unidad de estudio y diagnóstico, así como de salud-funcionalidad siempre y cuando cumpla con las siguientes funciones psicosociales:

- Provee satisfacción a las necesidades biológicas de subsistencia (comida, techo, abrigo, etc.)
- Constituye el matiz emocional de las relaciones afectivas interpersonales.
- Facilita el desarrollo de la identidad individual, ligada a la identidad familiar.
- Provee los primeros modelos de identificación psicosexual.
- Inicia en el entrenamiento de roles sociales.
- Estimula el aprendizaje y la creatividad.
- La familia como transmisora de valores, ideología y cultura.

3.2 Estructura, dinámica y funcionamiento familiar

La *estructura familiar* es la primera aproximación a la familia e indica quienes la conforman, así como las relaciones existentes en ella. Es "el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia" (Minuchin, 1977 citado por Heras & Ortiz, 2010, p.15). Estas pautas relacionales creadas por la misma, establecen cómo, cuándo y con quién se relaciona cada uno de sus miembros.

Las estructuras familiares más tradicionales son, de acuerdo a la clasificación De la Revilla (2005 citado por Jiménez, 2012): la familia extensa (cuando viven en el mismo hogar tres o más generaciones), la familia nuclear (formada por dos generaciones, padres e hijos), la familia monoparental (constituida por uno solo de los cónyuges y sus hijos) y la familia reconstituida (formada por dos adultos en las que, al menos uno de ellos tiene un hijo de una relación anterior).

La *dinámica familiar*, hace a los aspectos involucrados en la forma en que se relacionan los miembros de la familia, es decir, al clima relacional. La proximidad y la distancia entre los integrantes de la familia ofrecen la posibilidad de interpretar, por parte de ellos mismos, cómo se relacionan, cómo se vinculan, se acercan o se alejan, cómo se colaboran, se apoyan o se muestran indiferentes unos con otros; esto es fundamental para llevar a cabo una manera particular de creación del clima familiar (Viveros & Vergara, 2013).

La dinámica familiar es el tejido de relaciones y vínculos atravesados por la colaboración, intercambio, poder y conflicto que se genera entre los miembros de la familia (padre, madre e hijos) al interior de ésta, de acuerdo a la distribución de responsabilidades en el hogar, la participación y la toma de decisiones

(Palacios & Sánchez 1996 citado por Gallego, 2012, p. 333)

Lo que permite que el funcionamiento de la vida familiar se desarrolle armónicamente.

El *funcionamiento familiar* se caracteriza por la vinculación emocional entre los miembros de la familia y la habilidad para adaptarse a diferentes situaciones y demandas de la dinámica familia. Un funcionamiento saludable, implica el desarrollo de una dinámica adecuada en la familia.

Epstein (1982 citado por Vargas, 2005), sugiere seis dimensiones del funcionamiento familiar:

- Patrones de identificación y de solución de problemas: se refiere a la capacidad que tiene la familia para identificar y resolver sus problemas, manteniendo un equilibrio.
- Expresión de afectos: es la capacidad que tienen los distintos miembros de la familia para expresar (verbal y no verbalmente) sus afectos.
- Involucramiento afectivo o cohesividad: puede ir desde un involucramiento excesivo entre todos los miembros de la familia, que da la impresión de un amalgamiento emocional, hasta la ausencia del mismo, que implica una desintegración emocional como es el caso de las familias desarticuladas.
- Comunicación: es el intercambio de información dentro de la familia (mensajes verbales no verbales). Puede ser clara (mensajes inmediatos), u oscura (las dudas prevalecen en los mensajes); directa (si se dirige a la persona para la cual se generó el mensaje) o indirecta. El patrón y tipo de comunicación que prevalece en una familia, puede dar una idea de su funcionalidad o disfuncionalidad.
- Roles: el papel que juega un miembro de la familia en una situación o contexto social dado.
- Control de la conducta: se refiere a los patrones habituales que la familia adopta para mantener conductas, normas y dirección de situaciones peligrosas dentro o fuera del hogar.

Fosum & Manson (2003 citado por Salas & García, 2012), dividen las familias en dos tipos:

- *Familias funcionales*: son aquellas en las que sus miembros se muestran seguros acerca de quiénes son, tienen una autoimagen positiva, y se comunican libremente.
- *Familias disfuncionales*: se componen de personas habitualmente autolimitadas, cuyas personalidades parecen inhibidas, empobrecidas o subdesarrolladas. En estas familias la comunicación suele ser deficiente, inexistente o se expresa mediante comportamientos destructivos, incluso violentos.

Satir (1998 citado por Carbajal, 2010) equipara a las familias funcionales o nutricias con sistemas abiertos, organizados, capaces de procesar y manejar la información del medio, así como de responder a las diferentes necesidades de las etapas evolutivas, modificando y elaborando elementos estructurales. Por lo general, en este tipo de familias, existe libertad y aceptación de las expresiones (ira, miedo, amor, etc.) sin temor a ser juzgados.

El lado opuesto, son las familias disfuncionales o conflictivas (cerradas) que tienden a desarrollar límites rígidos hacia el exterior, donde la comunicación es indirecta, vaga o incluso inexistente. De acuerdo con varios autores, este tipo de familia tiene un impacto sustancial en la conducta del adolescente, pues los comportamientos de riesgo del joven están estrechamente relacionados con la sintomatización del sistema familiar.

3.3 Familias con hijos adolescentes

La adolescencia se sitúa en la tercera etapa del ciclo vital de la familia y puede ser fuente de tensiones por la gran complejidad relacional entre padres e hijos. Durante la adolescencia, los requerimientos planteados por los padres comienzan

a entrar en conflicto con los nuevos requerimientos de los hijos (su propio espacio personal, un cambio en el rol de los padres y en el rol personal, etc.) para lograr la independencia y responsabilidad que conlleva la etiqueta de adulto, Es en este punto cuando ocurre una crisis en la familia, pues generalmente los padres no saben lidiar con las nuevas exigencias del adolescente.

La entrada de un hijo en la adolescencia, por lo tanto, supone una serie de cambios en la dinámica y las relaciones de la misma. La familia entonces, debe integrar la afectividad, confianza y seguridad y, transformarse de una unidad dedicada a la protección y crianza, en una unidad que se centre en la preparación del tránsito del adolescente al mundo autónomo, de las responsabilidades y compromisos de los adultos. Poniendo en marcha nuevas normas, límites y roles. Sin embargo, en ocasiones los padres se empeñan en mantener a los hijos en relaciones muy cercanas, sin darle espacio a su libertad e independencia, propiciando un aislamiento y separación de su parte. Con esto, es posible que el adolescente busque otras alternativas para conseguir alcanzar su individualidad e identidad, por lo que puede involucrarse en conductas de riesgo que, si no son afrontadas adecuadamente por las familias, llevarán a empeorar la situación que el joven está viviendo (De la Revilla, 2009 citado por Jiménez, 2012; Heras & Ortiz, 2010).

Diversos estudios muestran que la calidad en la relación padre-adolescente tiene un impacto significativo para el desarrollo o prevención de comportamientos de riesgo; es por este motivo que se vuelve imprescindible que la familia cuente con una comunicación adecuada, el establecimiento de límites, normas, roles y jerarquías, es decir, con una estructura definida para las necesidades y exigencias que se presenten (Heras & Ortiz, 2010).

3.4 Estilos educativos y disciplina familiar

“Hablamos de estilos educativos a la forma de actuar, derivada de unos criterios, y que identifica las respuestas que los adultos dan a los menores ante cualquier situación cotidiana, toma de decisiones o actuaciones” (Comellas, 2003 citado por Capano & Ulbach, 2013, p.5). Se habla de estilo por su permanencia y estabilidad a lo largo del tiempo, aunque pueden existir modificaciones (Climent, 2009 citado por Capano & Ulbach, 2013).

La literatura e investigaciones han puesto de manifiesto que las prácticas educativas ejercidas por los padres, facilitarán o dificultarán tanto la relación con los hijos dentro del entorno familiar y, la presentación de conductas de riesgo. Vielva (2001 citado por Laespada et al., 2004) refiere que aunque no se pueden hacer afirmaciones categóricas sobre la etiología del abuso de drogas, existe suficiente evidencia empírica para defender que la variable de control, disciplina o estilo educativo parental, está ligada a la aparición de este tipo de conductas.

Maccoby & Martin (1983 citado por Capano & Ulbach, 2013) proponen cuatro estilos parentales a partir de dos dimensiones:

- Afecto y comunicación
- Control y establecimiento de límites

El afecto refiere al amor, a la aprobación, a la aceptación y a la ayuda que se les brinda a los hijos; de esta manera los hijos se sienten amados, aceptados, entendidos y con lugar para ser tenidos en cuenta. El control y establecimiento de límites hace referencia a la disciplina que los padres intentan conseguir con sus hijos; de esta manera los padres controlan y/o supervisan el comportamiento de sus hijos y además velan por el cumplimiento de las normas establecidas por ellos mismos. A partir de éstas dimensiones se desarrollan cuatro estilos parentales, el autoritario, el permisivo, el democrático y el negligente.

Carbajal (2010) cita el Modelo Tradicional de socialización, el cual hace mención de los cuatro estilos educativos:

1. Estilo democrático: se caracteriza por presentar valores altos de afecto y comunicación, así como en exigencias y control. Los padres establecen normas claras, adaptadas a las posibilidades de los hijos, de ser necesario, se negocia con ellos su contenido y significado; el cumplimiento de las mismas se exige con autoridad y firmeza, sin llegar a ser absolutamente rígida. Los hijos de padres democráticos destacan por un nivel elevado de autoestima, su capacidad de autocontrol, mayor independencia y por su capacidad de posponer la satisfacción inmediata de necesidades o apetencias.
2. Estilo permisivo: presenta altos niveles de comunicación y afecto. Los límites son difusos, existen niveles bajos de exigencia y escasa supervisión del cumplimiento de las normas. Los hijos de padres permisivos tienden a presentar dificultades para controlar sus impulsos y para posponer las gratificaciones.
3. Estilo autoritario: fundado en el castigo y la imposición de normas por la fuerza. Suelen haber bajos niveles de expresión de afecto y comunicación; los padres están menos inclinados a explorar los intereses y necesidades de sus hijos. Los hijos de padres autoritarios muestran niveles bajos de autoestima y su conducta parece depender más del control externo que desde los principios interiorizados.
4. Estilo negligente: los padres presentan una menor implicación en la vida de sus hijos y muestran escasa sensibilidad hacia sus intereses y necesidades. El establecimiento de normas puede oscilar entre ser excesivas y con una supervisión colérica y una completa ausencia. Los hijos de padres negligentes poseen valores pobres de identidad y autoestima, dificultades para controlar sus impulsos y problemas para relacionarse con sus iguales.

Una educación paterna afectiva, apoyativa y basada en la aceptación y la confianza, al contrario que los coercitivos y reprobativos, desarrollarán en los hijos confianza en sí mismos, alta autoestima y capacidad de autocontrol.

Los padres suelen tener estilos educativos preferentes, sin embargo, las tendencias globales de comportamiento parental pueden variar dependiendo de las diversas situaciones e inclusive, dependiendo del miembro de la familia que se trate.

3.5 Familia y consumo de alcohol

Se ha constatado que el sistema familiar juega un papel fundamental en el consumo de alcohol en los hijos. Diversos autores mencionan como factores que se encuentran estrechamente ligados al consumo de alcohol y drogas en los hijos, los siguientes: la estructura familiar, las pautas de interacción, comunicación y afecto entre padres e hijos adolescentes, el nivel de satisfacción del hijo en la relación familiar, una carencia de monitoreo parental y métodos pobres de disciplina, las actitudes y conductas de los padres hacia el consumo de alcohol y el consumo de los propios padres (Fernández, 2010; Martínez, 2007; Pérez et al., 2007; Pons & Berjano, 2013, Villarreal et al., 2010). Merikangas y cols. (1998 citado por Lloret, Segura & Carratalá, 2008) clasifican a estos factores, referentes a la familia, en específicos y generales. Dentro de los factores específicos se encuentran la exposición a las sustancias, los modelados negativos de su uso y la actitud de los padres ante estas. Los factores generales, se refieren a aspectos relacionados con la estructuración familiar y a su funcionamiento, como son la expresión de emociones, el grado de conflicto y el estilo educativo.

En lo referente a la *estructura familiar*, es a partir del último tercio del siglo XX lo que Hein & Farren (s.f.) llaman "la crisis del modelo tradicional de la familia". Esta se manifiesta en la disminución de matrimonios, el aumento de divorcios y el desarrollo de las uniones libres. En consecuencia, algunos autores llegaron a sugerir que los hijos de familias monoparentales o reconstituidas, a las cuales les

faltaba al menos uno de los padres biológicos, tendrían mayores probabilidades de manifestar conductas de riesgo que, aquellos quienes fueron criados por ambos padres; siendo entonces la familia nuclear la más funcional y preparada para afrontar los cambios en cada fase de su ciclo vital (Hein & Farren, s.f.; Pérez et al., 2007).

Hein & Farren (s.f.) citan diversos estudios que apoyan la idea de que las conformaciones estructurales familiares alternativas estarían asociadas a mayores prevalencias de conductas de riesgo, encontrándose entre ellas; la delincuencia juvenil, la adhesión a pandillas juveniles violentas, el consumo de alcohol y drogas; así como con un menor rendimiento académico y fracaso escolar.

Sin embargo, existe un debate en torno a la magnitud del efecto de las características estructurales familiares sobre el desarrollo de conductas de riesgo y la influencia de *variables funcionales*, que a diferencia de las estructurales, ponen en el centro del debate la calidad de la vida familiar.

Un estudio realizado por Loeber & Stouthamer (1986 citado por Hein & Farren, s.f.) revela que la prevalencia de involucramiento en conductas delictivas es equivalente entre adolescentes que crecen en familias monoparentales con aquellos con familias biparentales con un funcionamiento altamente conflictivo. Estos resultados parecen indicar que la estructura familiar posee un efecto sobre tales conductas, sugiriendo que ésta afecta ciertas propiedades del funcionamiento familiar, las cuales suelen ser mejores predictores que la estructura familiar por sí misma.

En este sentido, Wright & Wright (1996 citado por Hein & Farren, s.f.) concluyen que los efectos de la estructura familiar sobre las conductas de riesgo son consistentes pero débiles, una vez que se controla por el efecto de otros factores asociados a la funcionalidad familiar.

Una investigación más reciente realizada por Pérez y cols. (2007), pretendía conocer la estructura familiar de los adolescentes y cómo percibían el

funcionamiento de ésta, así como la relación entre ambas variables con el consumo de sustancias tóxicas y la sensación de malestar psíquico. La muestra consistió de un total de 405 estudiantes, con una media de edad de 14.7 años. Sus datos arrojaron que la estructura familiar no influye en la percepción que tiene el adolescente sobre el grado de funcionalidad de su familia, en el consumo de tóxicos ni en la presencia de síntomas indicativos de malestar psíquico. Sin embargo, sí se encontró un incremento significativo del consumo de alcohol y tabaco en adolescentes con disfunciones familiares intensas. Por lo que los autores mencionan que, por un lado, la familia nuclear no parece ser imprescindible para el establecimiento de unas relaciones familiares positivas y un desarrollo psicológico saludable en el adolescente; y por otra parte, la dinámica familiar estaría matizada por los factores demográficos y los recursos existentes, más que por la estructura familiar, y que las familias no nucleares pueden presentar ciclos vitales alternativos que le confieran un funcionamiento normal.

Villarreal y cols. (2013) se propusieron estudiar, entre otras variables, las relaciones existentes entre el funcionamiento familiar y el *apoyo familiar*. La muestra se conformó de 1,245 adolescentes mexicanos de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 12 y 17 años de edad. En éste, se comprobó que el funcionamiento familiar se relaciona positivamente con el apoyo familiar. Así mismo, los resultados mostraron que el apoyo percibido de los adolescentes por parte de los miembros de su familia (padres, madres y hermanos/as) se relaciona con el consumo de alcohol; siendo el consumo abusivo más evidente en los hombres que en las mujeres.

La mayoría de los estudios coinciden en que las interacciones padre-hijo caracterizadas por la ausencia de conexión o una sobre-implicación en las actividades con los hijos, parecen estar relacionadas con la iniciación de los jóvenes en el uso de drogas. De forma contraria, las relaciones familiares positivas basadas en un profundo vínculo afectivo entre padres e hijos correlacionan con una menor probabilidad de que la juventud presente problemas de conducta y se inicie en el consumo de sustancias (Alcalá, 2010)

Por otra parte, diversos autores, entre ellos Hawkins, Catalano & Miller (1992 citado por Lloret, 2008) mencionan que no hay que olvidar el “*manejo familiar*” y su importancia en la probabilidad del consumo de drogas de los hijos. Este término, hace referencia a las habilidades de los padres para el control de la conducta de sus hijos, mediante la supervisión, el establecimiento de normas/límites, la construcción de relaciones entre los miembros de la familia y la aplicación de disciplina. Al respecto, Mezquita y cols. (2006) citan a diversos autores que refieren que la frecuencia de castigos físicos como medio educativo, la sobreprotección, niveles bajos de supervisión o por el contrario, un control extremo por parte de los padres, son factores que se relacionan con el consumo de alcohol.

Partiendo de lo anterior, Mezquita y cols. (2006) llevaron a cabo un estudio que tenía entre sus objetivos, relacionar los estilos educativos parentales con el consumo de alcohol de los adolescentes. Se encontraron evidencias de que los estilos caracterizados por un elevado castigo físico, o una elevada permisividad se relacionaban con las variables de consumo de alcohol, lo que viene a replicar lo hallado en otros estudios. Por otra parte, los adolescentes que tienen una menor responsabilidad, es decir, que son más descuidados o despreocupados, y que poseen un menor autocontrol; que además perciben a sus padres como inconsistentes en la aplicación de la disciplina, permisivos, que no les supervisan y utilizan el castigo físico, consumen más alcohol y de forma más frecuente que aquellos adolescentes que son organizados, trabajadores, fiables, que están motivados por conseguir ciertos objetivos y que perciben que sus padres aplican las normas de forma consistentes y están pendientes de que estas se cumplan sin necesidad de recurrir al castigo físico.

A su vez, Fuentes, Alarcón, García & García (2015) llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo fue analizar el funcionamiento como factores de protección o de riesgo de los estilos educativos de los padres para el consumo de alcohol, tabaco,

cannabis y otras drogas en los hijos. Obteniendo resultados contrarios al estudio mencionado anteriormente, pues los hijos de padres permisivos mostraron una incidencia más baja en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis; mientras que, los hijos de padres negligentes, democráticos y autoritarios mostraron los índices de consumo más altos.

Muñoz & Graña (2013) realizaron una investigación, la cual se centró en analizar la relación existente entre las distintas variables familiares, como las ya mencionadas hasta ahora, y el consumo de diversas sustancias psicoactivas en adolescentes; contaron con la participación de un total de 1,570 adolescentes de ambos sexos (54.4% hombres y 45.6% mujeres) con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años (edad media de 15.83 años). Se evaluaron las siguientes variables: consumo de sustancias, estructura y composición familiar, la existencia de normas de convivencia familiar, la naturaleza de la relación familiar, la vinculación afectiva, la comunicación familiar, el nivel de conflicto familiar, las actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas; encontrando que, únicamente las dimensiones relacionadas con la existencia de conflictos entre el adolescente y sus padres y el consumo familiar, parecen predecir un mayor riesgo de que el joven se vea implicado en el uso de cualquier tipo de sustancias.

Los resultados confirman gran parte de las conclusiones que se han presentado de forma consistente en la literatura con respecto a las variables familiares como factores protectores, especialmente en el consumo de drogas legales; siendo menos probable que los hijos de familias altamente cohesionadas recibieran ofertas de tabaco y alcohol, probaran o consumieran estas sustancias y se embriagaran o tuvieran intención de fumar o beber en un futuro. Asimismo, la existencia de una relación positiva, un estrecho vínculo afectivo entre el adolescente y sus padres, y un buen nivel de comunicación familiar parecen señalar una menor implicación del joven en el consumo de cualquiera de las sustancias estimadas tanto legales como ilegales (Muñoz & Graña, 2001).

Por otra parte, el establecimiento de *normas explícitas* con respecto al uso de sustancias, se configuran, de forma paralela, como un importante factor de protección del mismo consumo. A su vez, el hecho de que los padres expresen *actitudes* contrarias a la bebida o al tabaco será un factor protector de la implicación en el uso de las mismas por parte de sus hijos. De lo contrario, al no ser expresamente rechazadas, desde la perspectiva de estos autores, es posible que los hijos interpreten que este tipo de sustancias son menos peligrosas o dañinas y los lleven a consumirlas.

Al Respecto, Marina (2010 citado por Villarreal et al., 2010) nos dice que la socialización y aceptación social del consumo de alcohol entre la población adulta está tan arraigada en la cultura mexicana que parece difícil que padres y educadores transmitan a los adolescentes el mensaje de que el alcohol puede afectar seriamente su salud.

En cuanto a los factores predictores, en lo concerniente a las *relaciones familiares conflictivas*, se observa que si existen disputas frecuentes entre el adolescente y sus padres, y éstos entre sí, se presenta una probabilidad mayor de que el joven beba, fume o consuma alguna otra sustancia. Estos resultados son similares a los encontrados por Sanz y cols. (2004 citado por Lloret et al., 2008) donde los adolescentes consumidores abusivos de alcohol perciben a su familia, en mayor medida que los abstemios o los consumidores no abusivos, como un contexto conflictivo en el que existe poco entendimiento entre los miembros de la familia.

Por último, en cuanto al *consumo familiar*, los resultados evidencian que el uso de alcohol por parte del padre es el principal predictor del mismo tipo de consumo en el adolescente.

De acuerdo con Musitu y cols. (2001 citado por Villarreal et al, 2010), el modelado de los padres es un factor relevante para entender el comportamiento de los adolescentes en relación al consumo de alcohol y otras sustancias. Si un adolescente observa en el entorno familiar el consumo de alcohol como "normal", entenderá como adecuado que él pueda hacer lo mismo en sus relaciones

sociales con los amigos; a su vez, existe una mayor probabilidad de consumo abusivo en los hijos conforme aumenta la frecuencia de consumo de alcohol en sus padres.

Bravo (2015) cita una investigación realizada por Sher y cols., en 1991, quienes compararon el consumo de alcohol y drogas en 253 hijos adolescentes de padres alcohólicos y 237 hijos de padres abstemios. Sus resultados arrojaron que los hijos de padres alcohólicos reportaban más problemas asociados al uso de alcohol y drogas, y mostraban tener expectativas positivas hacia los efectos de su consumo, en comparación con los hijos de padres no consumidores.

En este mismo sentido, Bravo (2015) cita un estudio realizado por Pons (1998) donde se observa que los adolescentes que más consumen bebidas alcohólicas son aquellos que pertenecen a familias en las que el consumo es habitual.

Martínez (2006) refiere que estudios actuales examinan a adultos que nacieron de padres alcohólicos, pero que fueron criados por padres adoptivos o por figuras paternas y maternas no alcohólicas; junto con adultos descendientes de padres no alcohólicos, pero que por diversas circunstancias, fueron criados por padres alcohólicos. Estos estudios muestran el nivel de identificación y el grado de imitación de la conducta paterna, son cruciales para el desarrollo subsecuente de hábitos de consumo de alcohol y dependencia de los hijos, además de que los efectos dañinos de un padre alcohólico sobre la personalidad de los hijos, son factores determinantes de problemas emocionales que posteriormente empujan a los hijos a encontrar alivio en el consumo de alcohol (Madden, 1986 citado por Martínez, 2006).

En su trabajo, Torres (2011) cita el modelo de sistema de familia alcohólica, el cual presenta cuatro principios básicos:

1. Las familias alcohólicas son sistemas conductuales donde el alcoholismo y las conductas vinculadas con éste se han convertido en principios

organizadores centrales en torno a los cuales se estructura la vida en familia.

2. El alcoholismo en la familia es capaz de alterar en profundidad el equilibrio que existe entre el crecimiento y la regulación en el seno de la familia.
3. El impacto del alcoholismo y de las conductas conexas con el alcohol sobre el funcionamiento sistémico se ve con mayor claridad en los cambios en las conductas reguladoras, a medida que la familia adapta poco a poco su vida a las exigencias del alcoholismo.
4. Los tipos de alteraciones que se producen en las conductas reguladoras pueden verse en su profunda influencia sobre la forma general de crecimiento y desarrollo de la familia. Son cambios en el ciclo normativo de ésta, llamados deformaciones del desarrollo.

Sher (1991 citado por Bravo, 2015) propuso un modelo que explica de qué manera la historia familiar de alcoholismo puede generar, mediante diversas vías, problemas con los hijos, favoreciendo el consumo posterior de sustancias:

- Desviación social: el alcoholismo parental conduce a una conducta deficiente por parte de los mismos, que junto con la predisposición genética puede producir dificultades en el desarrollo de los hijos, contribuyendo a un desajuste social e incrementando las probabilidades de consumo.
- Afecto negativo: el alcoholismo parental predispone el desarrollo de características temperamentales y cognitivas que conducen al malestar emocional ante situaciones de estrés, con dificultades para utilizar estrategias adecuadas ante estas situaciones.
- Refuerzo aumentado: los factores de vulnerabilidad familiar influyen en el desarrollo de una sensibilidad a los efectos reforzadores del alcohol que hace que la persona desarrolle expectativas positivas de esos efectos.

Con base en lo anterior, se puede decir que un clima conflictivo y el efecto del modelado de una práctica habitual de consumo dentro de la familia, son factores

cruciales para explicar y predecir la ingesta abusiva de los miembros de la familia, especialmente de los adolescentes.

3.5.1 Dependencia y codependencia

El problema del alcoholismo no sólo provoca daños al individuo que consume. La adicción al alcohol u otro tipo de drogas puede afectar a algunas de las personas más próximas al dependiente.

Anteriormente se ha hablado de la familia como un elemento fundamental en la historia del uso y abuso de sustancias. Pero ¿cómo la adicción afecta a la familia? y ¿cómo se recupera de ésta?

La familia como sistema recibe directamente el impacto de una adicción, de modo que no existe familia que no se afecte y muestre síntomas de disfunción cuando uno de sus miembros presenta adicción. Paradójicamente, la familia además de verse afectada por ésta, termina produciendo un sistema de conductas que apoyan el mantenimiento de la adicción. Torres (2007) menciona que, de la misma manera en que una persona adicta utiliza la negación, la pueden utilizar sus seres queridos que no se dan cuenta que existe un problema serio.

Los familiares de la persona adicta a menudo sufren de una condición conocida como *codependencia*.

El término codependencia, se encuentra ligado en sus orígenes al problema del alcoholismo. A partir del nacimiento de Alcohólicos Anónimos, se describieron una serie de disfuncionalidades que sufrían las mujeres de adictos alcohólicos, que hoy en día se podrían designar como codependientes. Sin embargo este término únicamente fue acuñado en el año 1979 para referirse a personas que se habían hecho disfuncionales como resultado de vivir en una relación de compromiso con un alcohólico (Beattie, 1987 citado por Ferraro, 2011). Actualmente, el concepto se ha ampliado desde al campo específico de familias de alcohólicos y

farmacodependientes a diversos otros, sin embargo, son estas áreas donde reside su mayor significancia.

La codependencia se define como "el ciclo de patrones de conducta, y pensamientos disfuncionales, que producen dolor, y que se repiten de manera compulsiva, como respuesta a una relación enferma y alienante, con un adicto activo o en una situación de toxicidad relacional" (Alvarado, s.f. párr.3)

A medida que la dependencia al alcohol progresa, el sistema familiar se verá afectado, comenzando a desarrollar conductas de ajuste a esta nueva situación. Cada miembro de la familia comenzará a jugar un rol en dicha disfunción, lo que se traducirá en una forma codependiente de funcionar (Ferraro, 2011).

La codependencia se revela en muchas formas. La adicción puede hacer que la familia oculte el problema o intente controlar el comportamiento del adicto, ocupando su tiempo libre para impedir que la persona consuma alcohol u otras sustancias.

Cuando algún familiar se involucra de forma obsesiva en los problemas de un adicto hasta el punto de vivir por y para él, desequilibrando su propia vida en las áreas personal, familiar, laboral y social, se dice que es codependiente (Gómez et al., 2000 citado por Salas & García, 2012). Una persona codependiente es aquella cuya atención, intereses y energía gira alrededor de un adicto de forma enfermiza, generándole sufrimiento (Mansilla, 2001 citado por Ferraro, 2011). Se caracteriza por un sentido de urgencia por el control de la conducta de otros, especialmente hacia el adicto (Torres, 2011).

En este sentido, Wegscheider (1985 citado por Torres, 2011) define a la codependencia como: "una condición específica, que se caracteriza por una preocupación y una dependencia extrema en el nivel emocional, mental, social y/o física, sobre una persona u objeto. Eventualmente esta dependencia de otra persona llega a convertirse en una condición patológica que afecta al

codependiente en todas las demás relaciones que establece en su vida. Siendo la codependencia un patrón de conocimientos en sus relaciones y formándose un modo de vivir. Es una manera de experimentar la realidad a través de una muy baja autoestima. Es un proceso que comienza con el amor y la esperanza de poder cambiar a otro ser humano y que termina en desesperación y odio a sí mismo a través del fracaso inevitable”.

Beattie (1992 citado por Salas & García, 2012) refiere que los síntomas y conductas indicativos de una persona codependiente son:

- Necesidad de ser aceptados más de lo saludable.
- Sensación de pérdida de identidad.
- Congelación de sentimientos por miedo a herir a los demás.
- Reacciones desmedidas que desconciertan y confunden.
- Incapacidad de disfrutar por estar demasiado comprometidos con los demás.
- Preocupación excesiva por los demás, hasta el punto de hacerse daño.
- Incapacidad de permitir que los demás vivan las consecuencias de sus actos.

En una familia alcohólica, el problema de dependencia es mantenido por todos los miembros del sistema familiar, ya que, en su afán por ayudar al adicto, prolongan la enfermedad por la falta de aceptación de ésta, transformándola en un problema conductual y creando la ilusión de que se puede controlar.

Entre las características más comunes en estas familias nos encontramos con que los miembros de la familia se defienden de su realidad negándola, justifican las conductas destructivas y autodestructivas de la persona dependiente; por otra parte, existe sobreprotección, incapacidad para resolver conflictos, comunicación disfuncional, evitación del diálogo, una vinculación afectiva débil y la presencia de un ambiente rígido y estresante, asociado a la conducta impredecible tanto del alcohólico como del codependiente (Ferraro, 2011).

Los niños tampoco son inmunes a la codependencia. Como consecuencia de vivir en un entorno estresante y caótico, incluso violento y confuso, se crea una necesidad de adaptarse y sobrevivir al comportamiento impredecible, y en ocasiones, amenazante del enfermo y de la familia en general. No disponen de referencias claras que les indique cuando una situación es normal o anormal, buena o mala; desconocen la capacidad de goce y no logran experimentar satisfacción personal de una manera plena. (Washton, 1991 citado por Torres, 2007), por lo que no saben cómo vivir de manera tranquila.

Pueden mostrar ira o intentar lograr metas muy altas en la escuela o en deportes para desviar la atención de la familia lejos de la adicción, o bien, pueden determinarse a alcanzar metas poco realistas, las cuales al no cumplirse, pueden promover la depresión o una adicción en el niño, así como un aislamiento de su familia y amigos (Torres, 2007).

La recuperación de la familia del adicto es necesaria para poder sanar de manera integral el daño producido por la adicción en el sistema familiar. Uno de los aspectos más importantes en el proceso de rehabilitación, es la intervención con el grupo familiar. Por lo general, un miembro de la misma es quien toma conciencia del problema y da los primeros pasos en búsqueda de ayuda.

Al principio, el codependiente considerará que sólo él o ella puede "salvar" o brindarle la ayuda requerida a la persona adicta. Guevara, (2002 citado por Salas & García, 2012) señala que incluso puede llegar a realizar un boicot, explícito o implícito, a los esfuerzos del drogodependiente por salir de su adicción. Esto, a través de variados comportamientos como los de descalificar a los terapeutas o a los centros de tratamiento, transmitiendo negatividad en sus mensajes al adicto o creando necesidades (reales o no) para que el adicto abandone el tratamiento. Sin embargo, se hará evidente que únicamente puede ayudar, si se enfoca en sí mismo y comienza su proceso de recuperación (Torres, 2007).

En muchos casos los pensamientos y las sensaciones de los miembros de la familia son controlados por el comportamiento y las emociones del adicto, causando una destrucción en la unidad familiar. Como se mencionó, las personas codependientes pueden sentirse responsables por “curar” a su ser querido. Por esto una de las primeras metas a trabajar es el desarrollo del desprendimiento emocional. Este desprendimiento se hace a través del cambio de formas de pensar y de actuar que vienen con la recuperación. El codependiente se desprende de su obsesión por el control, y de los patrones de conducta compulsivos, que le causan dolor (Torres, 2007).

Una familia organizada y bajo la guía de un profesional, puede convertirse en una herramienta de intervención sumamente valiosa para romper la negación del adicto. Sin embargo es necesario que los miembros estén dispuestos a iniciar y mantener su propia recuperación personal como codependientes.

CAPÍTULO IV. MÉTODO

4.1 Justificación y planteamiento del problema

El alza en el consumo de alcohol entre los adolescentes en los últimos años suscita preocupación social. El consumo de esta sustancia suele iniciarse en edades cada vez más tempranas; frecuentemente en esta etapa del desarrollo, cuyas características, aunadas a las condiciones ambientales, pueden facilitar el consumo de alcohol.

Debido a la influencia que tiene la familia y los iguales en el desarrollo del adolescente, es de interés conocer el impacto de los mismos en el patrón de consumo de los jóvenes de bachillerato.

4.2 Pregunta de investigación

- ¿Podrán actuar como factores de riesgo para el consumo de alcohol en adolescentes, la relación intrafamiliar y la presión de las amistades?

4.3. Objetivos

4.3.1. Objetivo general

Comparar entre sexo y grado escolar las habilidades para de resistencia a la presión de amigos que poseen los adolescentes que reporten tener, o no, familiares consumidores de alcohol; así como la relación intrafamiliar de los mismos.

4.3.2. Objetivos específicos

1. Identificar diferencias en patrones de consumo de alcohol de los adolescentes a partir del sexo y grado escolar.
2. Identificar diferencias en habilidades de resistencia a la presión de amigos para el consumo de alcohol por sexo y grado escolar.
3. Comparar la relación intrafamiliar de los adolescentes con y sin familiar consumidor por sexo y grado escolar.

4. Comparar los patrones de consumo de alcohol de los adolescentes con y sin familiar consumidor de alcohol.

4.4. Hipótesis

H1. Existen diferencias en los patrones de consumo del alcohol en cuanto al sexo y el grado escolar.

H0. No existen diferencias en los patrones de consumo del alcohol en cuanto al sexo y el grado escolar

H2. Existen diferencias en cuanto al sexo y el grado escolar en las habilidades resistencia a la presión de los iguales para consumir alcohol.

H0. No existen diferencias en cuanto al sexo y el grado escolar en las habilidades resistencia a la presión de los iguales para consumir alcohol.

H3. Existe relación entre la relación intrafamiliar y el consumo de alcohol del adolescente.

H0. No existe relación entre la relación intrafamiliar y el consumo de alcohol del adolescente.

H4. Existen diferencias entre los patrones de consumo de alcohol entre los adolescentes con y sin familiar consumidor.

H0. No existen diferencias entre los patrones de consumo de alcohol entre los adolescentes con y sin familiar consumidor.

4.5. Tipo de estudio

De acuerdo con la clasificación de Vázquez (2005), parte del presente proyecto corresponde a un estudio de tipo correlacional, ya que pretende visualizar cómo se relacionan o vinculan diversos fenómenos entre sí, o si por el contrario no existe relación entre ellos. Así mismo, también se trata de un estudio de tipo comparativo, pues tiene como objetivos la búsqueda de similitudes y diferencias. Dado que la comparación se basa en el criterio de homogeneidad, se compara entonces lo que pertenece al mismo género o especie (Sartori, 1984 citado por Tonon, 2011). El diseño del trabajo es de corte transversal, ya que se recaudaron los datos en una sola ocasión.

4.6 Participantes

La muestra es de tipo intencional, la cual se conforma por 137 alumnos del Colegio de Bachilleres, plantel 13, de los cuales fueron: 70 mujeres y 67 hombres, con una media de edad de 16.8 años. De cada turno (matutino y vespertino) se tomaron un total de 75 adolescentes de 2do semestre y 62 de 6to semestre.

Se tomaron como parámetros de inclusión que los participantes se encontraran en la adolescencia, en un rango de edad de 15 a 20 años, así mismo, que fueran alumnos inscritos de segundo y sexto semestre de bachillerato.

4.7 Instrumentos

Cuestionario AUDIT

El AUDIT es un cuestionario desarrollado por la OMS (1992) cuyo objetivo es detectar problemas relacionados con el comienzo del consumo de alcohol, antes de que se presenten dependencia física y otros problemas crónicos asociados. Se trata de una escala tipo Likert autoadministrable que consta de 10 ítems que

evalúan la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol, dificultad de controlar la bebida, abandono de aficiones y síntomas de abstinencia, reacciones adversas como problemas en el funcionamiento derivados del consumo de alcohol y problemas relacionados con el consumo de alcohol.

Se agrega un breve cuestionario exploratorio, de elaboración propia, el cual consta de cinco preguntas y tiene como objetivo identificar los patrones de consumo de alcohol de los integrantes de la familia de los adolescentes así como la permisividad paterna percibida por éste.

Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares.

Diseñada por Andrade y Heredia (2010). Se trata de un instrumento de auto aplicación, el cual tiene como objetivo identificar diferentes elementos de las relaciones familiares que pudieran relacionarse con el bienestar psicológico de sus integrantes, o por el contrario que fueran factor de riesgo ante diferentes conductas problemáticas. Se utilizó la versión larga, la cual consta de 56 reactivos y evalúa 3 dimensiones:

- Unión y apoyo: mide la tendencia de la familia de realizar actividades en conjunto, de convivir y de apoyarse mutuamente. Se asocia con un sentido de solidaridad y de pertenencia con el sistema familiar.
- Expresión: mide la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de respeto
- Dificultades: Esta dimensión evalúa los aspectos de la relaciones intrafamiliares considerados ya sea por el individuo, o por la sociedad como indeseables, negativos, problemáticos o difíciles. Permite identificar el grado de percepción de “conflicto” dentro de una familia.

Escala de Resistencia a la Presión de los Amigos para el Consumo de Alcohol

Diseñada por Sánchez y cols. (2013). Se trata de una escala que mide la habilidad que tiene el adolescente para rechazar el consumo de alcohol cuando no desea consumir pero se siente presionado por los amigos para hacerlo.

El instrumento es autoaplicable y consta de 6 reactivos ($\alpha=.778$) que miden la resistencia a la presión de pares con relación al consumo de alcohol, la cual es definida como el rechazo del adolescente a consumir alcohol cuando no lo desea. Los reactivos se refieren a situaciones en donde el adolescente no quiere consumir alcohol pero existe una presión implícita o explícita de parte del mejor amigo o del grupo de amigos. Es una escala Likert con cuatro opciones de respuesta (nunca, pocas veces, muchas veces, siempre).

4.7. Procedimiento

Se acudió con los directivos del Colegio de Bachilleres número 13, con la finalidad de dar a conocer los propósitos del presente proyecto y solicitar su autorización para trabajar con los alumnos inscritos, dentro de las instalaciones del plantel; una vez obtenida, se me proporcionaron los salones de grupo donde podría trabajar y se prosiguió a informar a los alumnos el objetivo del estudio. Para dar cuenta del consentimiento informado, se les explicó que su participación sería anónima y que sus respuestas se utilizarían únicamente con fines estadísticos.

Posteriormente, a los jóvenes que desearon formar parte de la investigación se les hizo entrega de la batería de instrumentos.

CAPÍTULO V. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se realizó el análisis estadístico de los datos obtenidos en el paquete SPSS, con el fin de comparar por sexo y grado escolar, la relación intrafamiliar y las habilidades de resistencia hacia el consumo de alcohol que poseen los adolescentes que reportaron tener o no, familiares consumidores de alcohol.

En la Tablas 5 se puede observar que el número de participantes que reporta tener familiares consumidores de alcohol (columna izquierda) es mayor con respecto a los adolescentes que no reportan tener familiares consumidores (columna derecha). De igual manera, se puede apreciar que para los cuatro grupos, cerca del 50% de los participantes dicen resistir muchas veces o siempre ante conductas incitadoras a tomar por parte de los amigos.

Tabla 5. Resistencia a la presión de amigos para el consumo de alcohol y consumo familiar por sexo.

Resistencia a la presión	Adolescente con familiar consumidor n=94				Adolescente sin familiar consumidor n=43			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	f	% acumulado	f	% acumulado	f	% acumulado	f	% acumulado
Nunca	1	2%	0	0%	1	4%	0	0%
Pocas veces	6	17%	4	8%	6	28%	0	0%
Muchas veces	12	45%	25	56%	9	64%	6	33%
Siempre	23	100%	23	100%	9	100%	12	100%
Total	42		52		25		18	

La segunda variable fue el grado escolar, por lo que la muestra se dividió en alumnos de segundo y sexto semestre con y sin familiar consumidor. La Tabla 6 muestra que más del 50% de los participantes reportan mantenerse firmes en una decisión de no consumir alcohol por presión social la mayoría de las veces.

Tabla 6. Resistencia a la presión de amigos para el consumo de alcohol y consumo familiar por grado escolar.

Resistencia a la presión	Adolescente con familiar consumidor				Adolescente sin familiar consumidor			
	Segundo		Sexto		Segundo		Sexto	
	f	% acumulado	f	%	f	%	f	%
Nunca	1	2%	0	0%	1	4%	0	0%
Pocas veces	5	12%	5	12%	5	26%	1	5%
Muchas veces	18	46%	19	57%	7	57%	8	45%
Siempre	28	100%	18	100%	10	100%	11	100%
Total	52		42		23		20	

La Tabla 7 muestra la distribución que se obtuvo al separar a los sujetos por la variable sexo, sobre sus habilidades de resistencia a la presión de los amigos para el consumo de alcohol. Una prueba de independencia Chi cuadrada mostró que existe una relación significativa entre ambas variables (valor Chi=7.99, gl=3, $p < 0.05$). Se puede observar que las mujeres cuentan con mayor habilidad para rechazar consumir alcohol cuando no lo desean.

Tabla 7. Habilidades de resistencia a la presión de amigos, agrupados por sexo

Resistencia a la Presión	Sexo del entrevistado		Total
	Hombre	Mujer	
Nunca	2	0	2
	3.00%	0.00%	1.50%
Pocas veces	12	4	16
	17.90%	5.70%	11.70%
Muchas veces	21	31	52
	31.30%	44.30%	38.00%
Siempre	32	35	67
	47.80%	50.00%	48.90%
Total	67	70	137
	100.00%	100.00%	100.00%

En la Tabla 8 se presenta la percepción de la relación intrafamiliar de los adolescentes en un comparativo entre aquellos con familiar consumidor y aquellos sin familiar consumidor. Como en las tablas anteriores, a su vez se subdividió

entre hombres y mujeres. Se muestran las tres dimensiones de la Escala de Relaciones Intrafamiliares. Se realizó una prueba de Chi cuadrada para cada una de las seis combinaciones resultantes. Si bien ninguna de ellas resultó estadísticamente significativa, es de resaltar que independientemente del sexo, el gran porcentaje de los adolescentes percibe un ambiente familiar positivo, donde el sentido de solidaridad y la posibilidad de comunicación de emociones, ideas y sucesos son elevados.

Tabla 8. ERI y consumo familiar por sexo.

		Adolescente con familiar consumidor				Adolescente sin familiar consumidor			
		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Unión y apoyo	Totalmente en desacuerdo	1	1.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	En desacuerdo	2	2.9%	5	7.1%	1	1.4%	1	1.4%
	Neutral	11	16.4%	14	20.0%	5	7.4%	3	4.2%
	De acuerdo	20	29.8%	23	32.8%	12	17.9%	6	8.5%
	Totalmente de acuerdo	8	11.9%	10	14.2%	7	10.4%	8	11.4%
Expresión	Totalmente en desacuerdo	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	En desacuerdo	4	6.0%	9	12.9%	1	1.5%	2	2.9%
	Neutral	12	17.9%	12	17.1%	5	7.5%	3	4.3%
	De acuerdo	19	28.4%	20	28.6%	10	14.9%	8	11.4%
	Totalmente de acuerdo	7	10.4%	11	15.7%	9	13.4%	5	7.1%
Dificultades	Totalmente en desacuerdo	0	0.0%	5	5.7%	3	4.4%	4	12.8%
	En desacuerdo	15	22.3%	24	11.4%	12	17.9%	8	45.7%
	Neutral	26	38.1%	19	2.8%	8	11.9%	2	30.0%
	De acuerdo	1	1.4%	4	5.7%	2	2.9%	4	11.4%
	Totalmente de acuerdo	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

La Tabla 9 muestra la percepción de los adolescentes de la relación intrafamiliar, separados por el grado escolar. Nuevamente ninguna de las pruebas Chi cuadrada resultó significativa. Sin embargo, también se observa que independientemente del grado escolar o la presencia o no de un familiar consumidor, la percepción es positiva para las tres dimensiones de dicha escala.

Tabla 9. ERI y consumo familiar por grado escolar.

		Adolescente con familiar consumidor				Adolescente sin familiar consumidor			
		Segundo		Sexto		Segundo		Sexto	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Unión y apoyo	Totalmente en desacuerdo	1	1.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	En desacuerdo	2	2.6%	5	8.0%	1	1.3%	1	1.6%
	Neutral	15	20.0%	10	16.1%	4	5.3%	4	6.4%
	De acuerdo	22	29.3%	21	33.8%	9	12.0%	9	14.5%
	Totalmente de acuerdo	12	16.9%	6	9.6%	9	12.0%	6	9.6%
Expresión	Totalmente en desacuerdo	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	En desacuerdo	6	8.0%	7	11.2%	1	1.33%	2	3.2%
	Neutral	15	20.0%	9	14.5%	5	6.67%	3	4.8%
	De acuerdo	19	25.3%	20	32.2%	7	9.3%	11	17.7%
	Totalmente de acuerdo	12	16.0%	6	9.6%	10	13.3%	4	6.4%
Dificultades	Totalmente en desacuerdo	2	2.6%	3	4.8%	5	6.6%	2	8.0%
	En desacuerdo	22	29.3%	17	27.4%	8	10.6%	12	46.7%
	Neutral	25	33.3%	20	32.2%	6	8.0%	4	38.7%
	De acuerdo	3	4.0%	2	3.2%	4	5.3%	2	6.4%
	Totalmente de acuerdo	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

En la Tabla 10 se comparan los patrones de consumo de alcohol de los adolescentes por sexo y grado escolar. A pesar de que no se encontraron diferencias significativas, se puede observar que las mujeres presentan una conducta de consumo de menor riesgo que los hombres; lo mismo sucede con los alumnos de segundo semestre en comparación con los de sexto semestre.

Tabla 10. Patrones de consumo de alcohol por sexo y grado escolar

Nivel de riesgo	Sexo				Grado escolar			
	Hombre		Mujer		Segundo		Sexto	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Bajo riesgo	42	30.6%	50	36.5%	56	40.8%	36	26.2%
De riesgo	15	10.9%	19	13.8%	14	10.2%	20	14.6%
Perjudicial	9	6.5%	1	0.7%	4	2.9%	6	4.3%
Dependencia	1	0.7%	0	0.0%	1	0.7%	0	0.0%
Total	67	48.9%	70	51.0%	75	54.7%	62	45.2%

En la Tabla 11 se comparan los patrones de consumo de alcohol de los adolescentes con y sin familiar consumidor de alcohol. Los resultados muestran que predomina un consumo responsable de bebidas alcohólicas entre los adolescentes entrevistados, independientemente de que en sus familias consuman o no alcohol.

Tabla 11. AUDIT y consumo familiar

Nivel de riesgo	Consumo de alcohol en la familia			
	Sí		No	
	f	%	f	%
Bajo riesgo	64	46.7%	28	20.4%
De riesgo	22	16.0%	12	8.7%
Perjudicial	8	5.8%	2	1.4%
Dependencia	0	0.0%	1	0.7%
Total general	94	68.61%	43	31.39%

Por otra parte, con el objetivo de conocer si las relaciones familiares se correlacionan con los patrones de consumo de los jóvenes, se analizó mediante la prueba Chi cuadrado cada una de las tres dimensiones pertenecientes al instrumento ERI: Unión y apoyo, Expresión y Dificultades (Tabla 12). La prueba de independencia Chi cuadrada resultó estadísticamente significativa (Chi cuadrada=22.34, gl=12, $p < 0.05$) para la dimensión "Unión y apoyo"; no encontrando resultados significativos para las otras dos dimensiones.

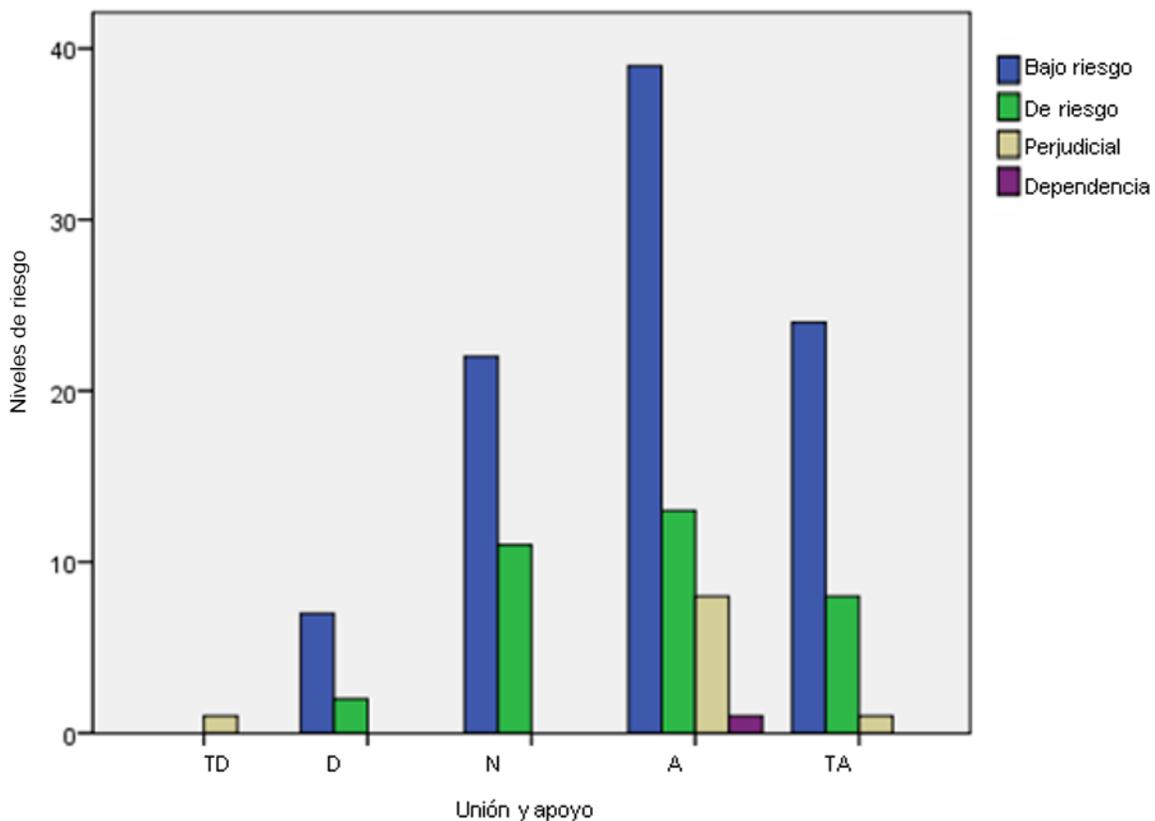
Tabla 12. Unión y apoyo percibidos en relación a los patrones de consumo de alcohol de los adolescentes

		Nivel de riesgo			
		Bajo riesgo	De riesgo	perjudicial	Dependencia
Unión y Apoyo	Totalmente en desacuerdo	0	0	1	0
	En desacuerdo	7	2	0	0
	Neutral	22	11	0	0
	De acuerdo	39	13	8	1
	Totalmente de acuerdo	24	8	1	0
Expresión	Totalmente en desacuerdo	0	0	0	0
	En desacuerdo	11	4	1	0
	Neutral	23	6	2	1

	De acuerdo	35	15	7	0
	Totalmente de acuerdo	23	9	0	0
Dificultades	Totalmente en desacuerdo	9	3	0	0
	En desacuerdo	41	13	5	0
	Neutral	34	15	5	1
	De acuerdo	8	3	0	0
	Totalmente de acuerdo	0	0	0	0

En la Gráfica 1 se coloca en el eje de las “x” la dimensión denominada como “Unión y apoyo” donde las siglas TD, D, N, A y TA significan; Totalmente en desacuerdo, Desacuerdo, Neutral, Acuerdo y Totalmente de acuerdo, respectivamente. En el eje de las “y” se encuentran los niveles de riesgo del consumo de alcohol del Test AUDIT. Pudiéndose apreciar que un consumo de alcohol de bajo riesgo se correlaciona con la percepción de altos niveles de cohesión familiar.

Gráfica 1. AUDIT y Unión y apoyo



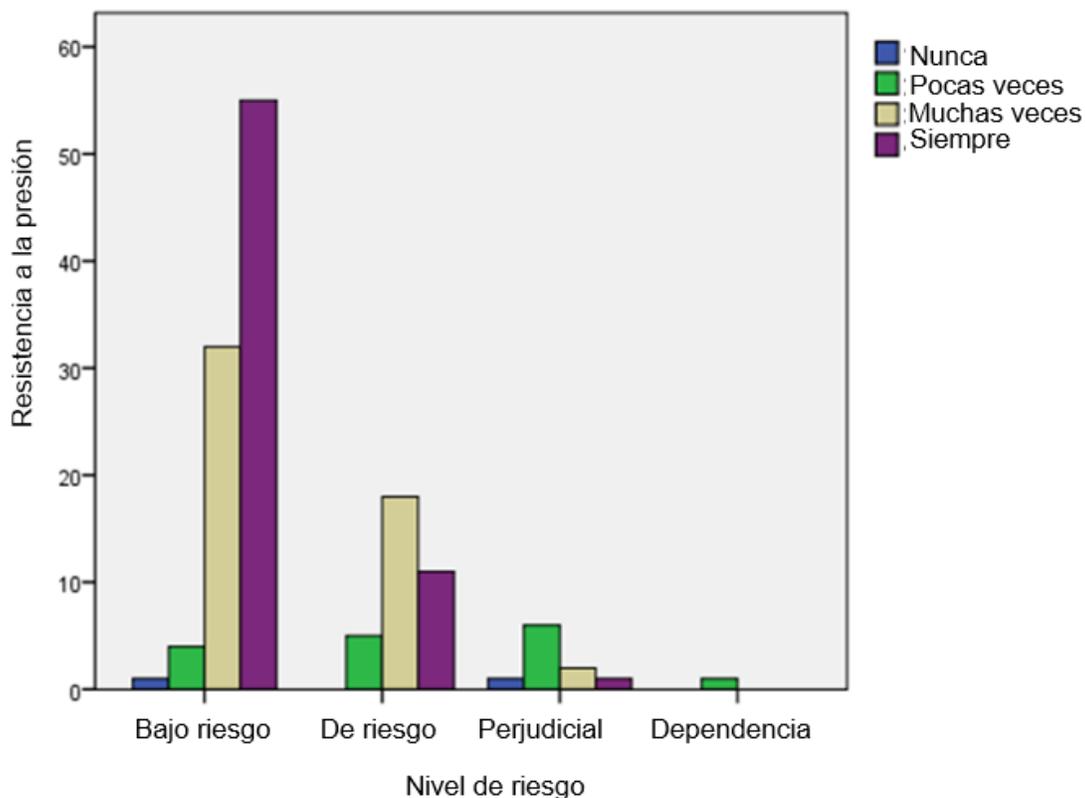
Para conocer si las habilidades de los adolescentes para rechazar alcohol cuando no lo desean, estando en compañía de sus amigos, están relacionadas con sus patrones de consumo de alcohol, se utilizó una prueba de independencia Chi cuadrada (Tabla 13), la cual indica que existe una relación significativa entre ambas variables (Chi cuadrada=47.96, gl=0, p< 0.00). Esto sugiere que, aquellos adolescentes que poseen mayores habilidades de resistencia a la presión, muestran un patrón de consumo de alcohol de menor riesgo.

Tabla 13. Resistencia a la presión de amigos para el consumo de alcohol y patrones de consumo de los adolescentes

Nivel de riesgo	Resistencia a la Presión				Total
	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre	
Bajo riesgo	1	4	32	55	92
De riesgo	0	5	18	11	34
Perjudicial	1	6	2	1	10
Dependencia	0	1	0	0	1
Total	2	16	52	67	137

En la Gráfica 2, encontramos en el eje de las “x” los niveles de riesgo del consumo de alcohol, ordenados de manera ascendente, desde un bajo riesgo hasta llegar a la dependencia. En el eje de las “y” se ubican las veces en las que los adolescentes han rechazado consumir alcohol cuando no lo desean, a pesar de la insistencia de sus amigos para que lo hagan. Como se puede observar, aquellos adolescentes que reportan patrones de consumo de bajo riesgo, poseen una mayor habilidad para mantenerse firmes en su decisión de no tomar.

Gráfica 2. Resistencia a la presión de los amigos para el consumo de alcohol y AUDIT



Como datos adicionales, se muestran a continuación la frecuencia del consumo de alcohol de los miembros de la familia: madre, padre, hermano (s) u otro (s); la frecuencia en que los adolescentes están presentes mientras los adultos beben alcohol, y el tipo de normas que existen en la familia sobre el mismo. Cabe mencionar que se tomaron como valores perdidos aquellos reactivos que no fueron contestados por parte de los adolescentes

En la Tabla 14, se puede observar que la figura paterna, así como otros miembros de la familia, son quienes muestran un mayor consumo, sin embargo, su consumo es esporádico.

Tabla 14. Frecuencia de consumo de alcohol de los miembros de la familia

	Familiar			
	Madre	Padre	Hermano (s)	Otro (s)
Nunca o casi nunca %	65 47.4%	32 23.4%	49 35.8%	14 10.2%
De forma ocasional %	17 12.4%	47 34.3%	25 18.2	37 27.0%
Con frecuencia %	1 .7%	10 7.3%	5 3.6%	12 8.8%
Valores perdidos %	54 39.4%	48 35.0%	58 42.3%	74 54.0%
Total %	137 100.0%	137 100.0%	137 100.0%	137 100.0%

Por otra parte, se puede ver en la Tabla 15 que la cantidad de adolescentes que reportan nunca han estado presentes cuando algún miembro de la familia consume alcohol, es muy bajo; siendo el mayor porcentaje de adolescentes quienes han estado en contacto con algún miembro de su familia mientras éste consume dicha sustancia.

Tabla 15. Consumo de alcohol en la familia y presencia del adolescente

Presencia del adolescente	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Siempre o casi siempre	27	19.7	19.7
Algunas veces	62	45.3	65.0
Nunca	4	2.9	67.9
Valores perdidos	44	32.1	100.0
Total	137	100.0	

Finalmente, en la Tabla 16 vemos que dentro de las familias de los participantes, las normas que predominan sobre el consumo de alcohol son en su mayoría permisivas (62.8%).

Tabla 16. Normas en la familia sobre el consumo de alcohol.

Establecimiento de normas	Frecuencia	Porcentaje
Se puede consumir siempre que no sea excesivo	83	60.6
Se puede consumir si no es en casa	3	2.2
Bajo ninguna circunstancia se puede consumir	20	14.6
No se ha hablado del tema	31	22.6
Total	137	100.0

CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

En relación a la pregunta de investigación realizada para el presente trabajo, los resultados arrojan que en lo referente a las relaciones intrafamiliares, la unión y el apoyo percibidos juegan un papel importante en los patrones de consumo de alcohol en los adolescentes; pues aquellos participantes que poseían una percepción positiva de éstas en su familia, mostraron tener un consumo de menor riesgo (Gráfica 1). Estos resultados concuerdan con los estudios realizados por Villarreal y cols. (2013) y Muñoz & Graña (2001), donde señalan que la existencia de una relación positiva entre los miembros de la familia, en la cual prevalecen altos niveles de cohesión, se relaciona con una menor probabilidad de que el adolescente consuma alcohol de manera abusiva.

A la vez, estos autores han señalado que una buena comunicación dentro de la familia se asocia a un menor consumo de alcohol; mientras que las relaciones intrafamiliares altamente conflictivas se relacionan con un mayor riesgo de consumo y abuso de sustancias. Los resultados del presente proyecto no muestran que la comunicación de emociones, ideas y acontecimientos tenga una relación significativa con los patrones de consumo de alcohol de los jóvenes. Por otra parte, tampoco se encontró una relación significativa con respecto a las dificultades percibidas en el ambiente familiar. Sin embargo, se puede observar que el mayor porcentaje de los participantes, si bien, son conscientes de la presencia de aspectos problemáticos o difíciles dentro de su familia, el grado de percepción de conflicto se mantiene bajo.

En lo concerniente a la presión de las amistades y las habilidades de los adolescentes para negarse a consumir alcohol cuando no lo desean, Alfaro y cols. (2010) mencionan que esta habilidad se incrementa a lo largo de la adolescencia, siendo las mujeres quienes presentan un mayor desarrollo de ésta que los hombres. Para esta muestra, los resultados concuerdan con lo dicho por estos autores, pues se encontraron diferencias significativas por sexo; siendo las mujeres quienes poseen mayores habilidades de resistencia; mientras que en los

hombres, existe una menor resistencia a la compañía e influencia de los pares sobre su conducta de consumo de alcohol.

De igual manera, las habilidades de resistencia se relacionan de manera significativa con los patrones de consumo de los adolescentes, pues un déficit en éstas se asocia con un consumo de alcohol de riesgo y viceversa.

Con respecto a los patrones de consumo de los adolescentes, los resultados se comportaron de manera homogénea; en la muestra predomina un consumo de alcohol de bajo riesgo, independientemente del sexo y grado escolar. A pesar de que no se encontró una diferencia significativa, se puede observar que los hombres presentan patrones de consumo de mayor riesgo, a diferencia de las mujeres. Misma tendencia que se observa en la encuesta realizada por la ENA (2011)

Por otro lado, los alumnos de segundo semestre muestran una conducta de consumo de menor riesgo que los alumnos de sexto semestre. Tal como señalan Pons & Berjano (2013), la disponibilidad de esta sustancia se encuentra ligada tanto a los aspectos legislativos como a las expectativas sociales de su consumo. La homogeneidad de los resultados en este punto da mucho de qué hablar, puesto que los adolescentes de segundo semestre son menores de edad y en nuestro país, por ley, a los establecimientos les está prohibido venderles bebidas alcohólicas.

Cabe mencionar que estos resultados donde predomina un consumo de alcohol de bajo riesgo, contrastan con lo que cotidianamente podemos observar en nuestra sociedad; por lo que habría que preguntarse hasta qué punto los participantes pudieron contestar con lo que consideraron eran respuestas socialmente aceptadas.

Para comprender la conducta de consumo de alcohol de los adolescentes es necesario observar si dentro del entorno familiar el consumo de alcohol se percibe como "normal", pues es posible que el adolescente repita los patrones de consumo observados en sus relaciones sociales (Musitu, et. al., 2001 citado por

Villarreal et al, 2010). En los resultados obtenidos, se puede observar que la cantidad de adolescentes que reportan tener familiares consumidores es mayor que los adolescentes sin familiar consumidor (Tabla 5), a su vez, la mayoría reporta haber observado esta conducta en diversas ocasiones (Tabla 15).

En el estudio realizado por Muñoz & Graña (2001), y Pons (1998 citado por Bravo, 2015), el consumo familiar es el principal predictor del mismo tipo de consumo en el adolescente; siendo mayor en aquellos que pertenecen a familias donde su consumo es habitual. En este mismo sentido, en la investigación realizada por Sher y cols. (1991 citado por Bravo, 2015), se encontró que los hijos de padres alcohólicos reportaban más problemas asociados al uso de alcohol en comparación con los hijos de padres no consumidores. Sin embargo, en el presente trabajo no se encontró una relación significativa. Ambos grupos de adolescentes mostraron un consumo de alcohol de bajo riesgo; misma tendencia que se observa con los familiares. Laespada y cols. (2004) señalan la importancia del modelado ejercido por los padres para que los adolescentes adquieran tal comportamiento. En los resultados de la muestra se puede notar que a pesar de que es mayor el porcentaje de adolescentes que reporta tener familiares consumidores, estos manifiestan que la conducta se da de manera esporádica; por lo que los resultados concuerdan con lo mencionado por dichos autores y con lo señalado por Musitu y cols (2001 citado por Villarreal et al, 2010), quienes refieren que existe una mayor probabilidad de consumo abusivo en los hijos conforme aumenta la frecuencia de consumo de alcohol en sus padres.

Por lo descrito anteriormente, se puede decir que las hipótesis 1 y 4 del presente proyecto son nulas, mientras que las hipótesis 2 y 3 se aceptan de manera parcial, puesto que los resultados muestran una diferencia significativa por sexo con respecto a las habilidades para negarse a consumir alcohol cuando no se desea; mientras que únicamente la dimensión denominada como "Unión y apoyo" se asocia con el consumo de alcohol de los adolescentes.

Finalmente, podemos apreciar que el gran porcentaje de los participantes reporta contar dentro de su familia con normas establecidas para el consumo de alcohol,

siendo en su mayoría normas permisivas; mientras que tan sólo el 22% señalan que en sus familias no se ha hablado del tema. Al respecto, Muñoz & Graña (2001) mencionan que la falta de normas explícitas sobre el consumo de alcohol puede dar pauta a que los hijos consuman.

CONCLUSIONES

La adolescencia constituye la etapa en que suele aparecer la primera ingesta de alcohol, debido a ciertas características que acompañan este periodo evolutivo y que facilitan su consumo. Si bien, un consumo de alcohol más o menos esporádico no conlleva necesariamente a un abuso o adicción, sí puede aumentar el riesgo del uso de otras drogas lícitas o ilícitas más adelante, cuyos efectos, como se ha mencionado anteriormente, pueden tener repercusiones en el desarrollo del individuo en diferentes esferas, además de las afectaciones a terceros.

Las variables que desencadenan o acompañan el consumo de alcohol ayudan a tener una mejor comprensión del fenómeno. Es por ello que resulta pertinente hacer una mayor investigación acerca de los factores individuales, familiares y sociales, que puedan predecir la conducta de consumo; observándose en el presente trabajo que la cohesión familiar percibida por los adolescentes, así como mayores habilidades para resistirse a la presión social conducen a una conducta de consumo de alcohol de bajo riesgo.

En nuestro país, el alcohol cuenta con una presencia fuertemente arraigada y tolerada socialmente, frecuentemente el primer consumo está asociado con la permisividad familiar.

Se considera relevante mencionar que el hecho de que no existan grandes diferencias respecto al consumo de alcohol de los adolescentes de menor grado escolar con respecto a los de último grado, que sería lo esperado dadas sus edades y las prohibiciones impuestas en su venta, refleja la necesidad de implementar estrategias preventivas de manera integral, en las que se intervenga a nivel familiar, escolar y social; que fomenten las habilidades de resistencia a la presión de pares en ambos sexos, pero principalmente en los jóvenes varones, puesto que son más susceptibles a la influencia de los amigos.

ALCANCES Y LIMITACIONES

Los resultados que aquí se muestran, indican una relación entre la unión y apoyo familiar, y las habilidades de resistencia para el consumo de alcohol en la población adolescente. Estos factores podrían ser tomados en consideración por aquellas Instituciones que llevan a cabo investigaciones sobre alcoholismo a gran escala para tener una mejor comprensión de dicho fenómeno.

Por otra parte, durante la realización del trabajo hubo un factor que sobresalió y que dada la línea de investigación no se consideró en un principio, éste es la accesibilidad al alcohol en menores de edad; mismo que puede considerarse para estudios posteriores.

Finalmente, profesores y encargados de la Institución, en pláticas informales, manifestaron que el consumo de otras sustancias, tales como la marihuana, representaban un problema inclusive mayor que el consumo de alcohol en los estudiantes del colegio. Por lo que sería prudente, en investigaciones futuras, explorar su consumo.

REFERENCIAS

- AEPap (2009). Prevención y detección del consumo de alcohol y drogas en la adolescencia. Recuperado el 05 de mayo de 2017 de https://www.aepap.org/sites/default/files/alcohol_y_drogas.pdf
- Alfaro, L., Sánchez, M., Andrade, P., Pérez, C. & Montes, A. (2010). Habilidades para la vida, consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. *Revista Española de Drogodependencias*; 35 (1): 66-77. Recuperado el 07 de marzo de 2017 de http://www.aesed.com/descargas/revistas/v35n1_5.pdf
- Alvarado, S. (s.f.) Adicciones. Codependencia. Recuperado el 01 de mayo de 2017 de <http://www.adicciones.org/familia/codependencia.html>
- Álvarez, A., Castillo, A., Magdalena, M. & Zanetti, A. (2010). Consumo de alcohol y autoestima en adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(spe), 634-640. Recuperado el 28 de febrero de 2017 de <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000700021>
- Armendáriz, N., Alonso, M., Alonso, B., López, M., Rodríguez, L. & Méndez, M. (2014). La familia y el consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Cienc. enferm.* 20(3): 109-118. Recuperado el 03 de marzo de 2017 de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071795532014000300010&script=sci_arttext
- Armendáriz, N., Rodríguez, L. & Guzmán, F. (2008). Efecto de la autoestima sobre el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes del área rural de Nuevo León, México. *Rev. Electrónica de Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 4 (1): 1-16. Recuperado el 19 de marzo de 2017 de <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>
- Bravo, X. (2015). *Actitudes y consumo de alcohol en adolescentes con y sin padre consumidor de alcohol*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Camacho, L. (2012). La influencia de la formación de la autoestima y el autoconcepto en la adolescencia. Universidad de La Sabana: Colombia. Recuperado el 21 de marzo de 2017 de <http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/4616/130822.pdf?sequence=1>

Capano, Á. & Ubach, A. (2013). Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres. *Ciencias Psicológicas*, 7(1), 83-95. Recuperado el 29 de abril de 2017, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212013000100008&lng=es&tlng=es.

Carbajal, D. (2010). *Dinámica familiar en los jóvenes: una puerta a la violencia en el noviazgo*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Cardoso, L. & Malbergier, A. (2014). Problemas escolares y el consumo de alcohol y otras drogas entre adolescentes. *Psicol. Esc. Educ.*, 18(1): 27-34. Recuperado el 07 de abril de 2017 de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-85572014000100003&script=sci_abstract&tlng=es

Castaño, G., Arango, E., Morales, S., Rodríguez, A. & Montoya, C. (2013). Riesgos y consecuencias de las prácticas sexuales en adolescentes bajo los efectos de alcohol y otras drogas. *Revista Cubana de Pediatría*, 85(1), 36-50. Recuperado en 07 de abril de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312013000100005&lng=es&tlng=es.

Chacón, M. (2011). *Factores asociados y patrones de consumo habitual de alcohol en adolescentes de un colegio de bachilleres* (Tesis de especialidad). Universidad Nacional Autónoma de México, México.

- CIJ (2015). *Prevención del consumo de drogas en CIJ. Para vivir sin adicciones*. Recuperado el 13 de abril de 2017 de <http://www.cij.gob.mx/programas/pdf/ProgramaPreventivo2015.pdf>
- Doménech, E. (2005). *Actualizaciones en psicología y psicopatología de la adolescencia*. Servei Publicacions: España
- Eddy, L. (2014). La identidad del adolescente. Como se construye. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 2(2): 14-18. Recuperado el 22 de marzo de 2017 de <https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/02-01%20Mesa%20debate%20-%20Eddy.pdf>
- ENA (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011*. Alcohol. Recuperado el 01 de marzo de 2017 de http://encuestas.insp.mx/ena/ena2011/ENA2011_alcohol.pdf
- ENCODE (2014). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Alcohol*. Recuperado el 25 de septiembre de 2017 de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/investigacion/ENCODE_ALCOHOL_2014.pdf
- Espada, J., Botvin, J., Griffin, W. & Méndez, X. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 23 (84): 9-17. Recuperado el 07 de abril de 2017 de <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=1051>
- Fernández, P. (2010). *Estudio de los factores de riesgo y protección del consumo de sustancias en adolescentes*. (Tesis doctoral). Universidad de Alcalá, España. Recuperado el 13 de abril de 2017 de <http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/9003/TESIS%20FINAL%20MAYO%202010.pdf?sequence=1>
- Ferraro, M. (2011). Alcoholismo, familia y codependencia. (Informe de Práctica Pre-Profesional). Universidad de Palermo. Argentina. Recuperado el 01 de mayo de 2017 de

<http://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/662/Ferraro%20Mariana.pdf;jsessionid=7D20A8D9E1DEAF23BC6057655744E9D0?sequence=3>

Fleming, M. (2005). Género y autonomía en la adolescencia: Las diferencias entre chicos y chicas aumentan a los 16 años. *Revista electrónica de Investigación Psicoeducativa y Psicopedagógica*; 3 (2): 33-52. Recuperado el 28 de marzo de 2017 de http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/articulos/6/espanol/Art_6_54.pdf

Fuentes, M., Alarcón, A., García, F. & Gracia, E. (2015). Consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas en la adolescencia: efectos de la familia y peligro de barrio. *Anales de psicología*, 31 (3): 1000-10007. Recuperado el 28 9 de abril de 2017 de http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v31n3/psicologia_adolescencia5.pdf

Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 86 (6): 436-443. Recuperado el 26 de marzo de 2017 de <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v86n6/art10.pdf>

Gallego, A. (2012). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (35): 326- 345. Recuperado el 29 de abril de 2017 de <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/viewFile/364/679>

Hein, A. & Farren, D. (s.f.) Familia y conductas de riesgo adolescente: ¿un problema de estructura o funcionalidad? Recuperado el 27 de abril de 2017 de <http://www.precisa.cl/assets/familia-y-conductas-de-riesgo.pdf>

Heras, C. & Ortiz, C. (2010). *Desestructuración familiar y su influencia en las conductas de riesgo en adolescentes* (Tesis de licenciatura). Universidad de

Cuenca, Ecuador. Recuperado el 15 de marzo de 2017 de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2361/1/tps658.pdf>

INEGI (2016). *Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Juventud (15 a 29 años) 12 de agosto. Datos nacionales*. Recuperado el 05 de enero de 2017 de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/juventud2016_0.pdf

INJUCAM (2013). *Estudio: "Adolescentes de hoy. Aspiraciones y Modelos."* Recuperado el 30 de marzo de 2017 de <http://www.injucam.org/asociaciones/2013/12/16/estudio-adolescentes-de-hoy-aspiraciones-y-modelos/>

INJUVE (2014). *Jóvenes, Valores y Ciudadanía*. Recuperado el 30 de marzo de 2017 de <http://www.injuve.es/observatorio/valores-actitudes-y-participacion/jovenes-valores-y-ciudadania>

Jiménez, I. (2012). *Evolución del consumo del tabaco, alcohol y drogas entre adolescentes en la última década y relación con el apoyo familiar* (Tesis doctoral). Universidad de Jaén, España. Recuperado el 15 de marzo de 2017 de <http://www.samfyc.es/pdf/GdTAdol/2012003.pdf>

Kovacs, F., Gestoso, M., Oliver, M., Gil del Real, M., López, J., Mufraggi, N. & Palou, P. (2008). La influencia de los padres sobre el consumo de alcohol y tabaco y otros hábitos de los adolescentes de Palma de Mallorca en 2003. *Revista Española de Salud Pública*, 82(6), 677-689. Recuperado el 05 de marzo de 2017 de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272008000600008&lng=es&tlng=es.

Laespada, M., Arostegi, E. & Iraurgi J. (2004). *Factores de riesgo y protección frente al consumo de drogas: Hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la CAPV*. Recuperado el 17 de abril de 2017 de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Factores%20CAPV.pdf>

Landero, R. & Villareal, M. (2007). Consumo de alcohol en estudiantes en relación con el consumo familiar y de los amigos. *Psicología y Salud*; 17 (1): 17-23.

Recuperado el 04 de marzo de 2017 de <https://www.uv.es/lisis/m-villarreal/consum-alcohol2007.pdf>

Lloret, D., Segura, M. & Carratalá, E. (2008). Relaciones y reacciones familiares y consumo de alcohol y tabaco en adolescentes en población rural. *Salud y Drogas*, 8 (2): 119-133. Recuperado el 28 de abril de 2017 de <http://www.redalyc.org/pdf/839/83912986001.pdf>

Martínez, E. (2007). Frecuencia de abuso y dependencia de alcohol en padres de pacientes de Centros de Integración Juvenil Toluca. Recuperado el 13 de abril de 2017 de http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/abuso%20y%20dependencia.pdf

Mercado, A. & Hernández, A. (2010). El proceso de construcción de identidad colectiva. *Convergencia*, 17 (53): 229-251. Recuperado el 25 de marzo de 2017 de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352010000200010

Mezquita, L., Moya, J., Edo, S., Maestre, E., Viñas, M., Orlet, G. & Ibáñez, M. (2006). Personalidad y estilos educativos parentales como predictores del consumo de alcohol en adolescentes. Recuperado el 28 de abril de 2017 de http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/78550/forum_2006_2.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. Recuperado el 07 de abril de 2017 de <https://www.msssi.gob.es/alcoholJovenes/docs/prevencionProblemasAlcohol.pdf>

Musitu G, Jiménez T. & Murgui S. (2007). Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. *Salud*

- Pública méx*, 49(1):3-10. Recuperado el 28 de febrero de 2017 de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49n1/a02v49n1.pdf>
- Muñoz, M. & Graña, J. (2001). Factores familiares de riesgo y protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13 (1): 87-94. Recuperado el 28 de abril de 2017 de <http://www.psicothema.com/pdf/418.pdf>
- Oliva, A. & Parra, A. (2001). Autonomía emocional durante la adolescencia. *Infancia y aprendizaje*, 24 (4): 181-196. Recuperado el 28 de marzo de 2017 de <http://personal.us.es/oliva/AE.pdf>
- Olivari, C. & Urra, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y Enfermería*, 13 (1): 9-15. Recuperado el 25 de septiembre de 2017 de <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v13n1/art02.pdf>
- OMS (2014). Global status report on alcohol and health 2014. Recuperado el 07 de abril de 2017 de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1
- OMS (2014). *Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década*. Recuperado el 30 de marzo de 2017 de http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf
- OMS (2017). *Desarrollo en la adolescencia*. Recuperado el 14 de marzo de 2017 de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- OMS (2017). *Preguntas frecuentes*. Recuperado el 28 de marzo de 2017 de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- OPS (2013). *México ocupa el séptimo lugar a nivel mundial en muertes por accidentes de tránsito*. Recuperado el 01 de marzo de 2017 de http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=552:

mexico-ocupa-septimo-lugar-nivel-mundial-muertes-accidentes-transito-ops&Itemid=0

OPS (2007). *Alcohol, género, cultura y daños en las Américas: Reporte final del estudio multicéntrico OPS. (2007)*. Recuperado el 04 de marzo de 2017 de http://www1.paho.org/Spanish/DD/PIN/Multicentrico_Espa%C3%B1ol.pdf?ua=1

OPS (s.f.). *Salud y bienestar de adolescentes y jóvenes: Una mirada integral*. Recuperado el 14 de marzo de 2017 de <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/publicaciones%20virtuales/libroVirtualAdolescentes/ejesTematicos/AbordajeIntegralConsulta/cap13B.html>

Pérez, A., Pérez, R., Martínez, M., Leal, F. Mesa, I., & Jiménez, I., (2007). Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia, relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y malestar psíquico. *Aten Primaria*, 39 (2): 61-65. Recuperado el 27 de abril de 2017 de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656707708405>

Polaino, A. (2004). *Familia y Autoestima*. Ariel: Barcelona. Recuperado el 21 de marzo de 2017 de https://educaenvirtudes.files.wordpress.com/2010/10/familia_autoestima.pdf

Pons, J. & Berjano, E. (2013). El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social. Plan Nacional sobre Drogas: Madrid. Recuperado el 31 de marzo de 2017 de <https://www.msssi.gob.es/alcoholJovenes/docs/consumoAbusivo.pdf>

Rodríguez, C. & Caño, A. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(3): 389-403. Recuperado el 21 de marzo de 2017 de <http://www.ijpsy.com/volumen12/num3/337/autoestima-en-la-adolescencia-analisis-ES.pdf>

Ruiz, G. & Medina-Mora, M. (2014). La percepción de los adolescentes sobre el consumo de alcohol y su relación con la exposición a la oportunidad y la tentación al consumo de alcohol. *Salud mental*, 37(1), 1-8. Recuperado en 28 de febrero de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000100001&lng=es&tlng=es

Salas, E. & García, M. (2012). *Co-dependencia*. (Tesina de Maestría). Universidad del Bío Bío. Chile. Recuperado el 01 de mayo de 2017 de http://cybertesis.ubiobio.cl/tesis/2012/salas_e/doc/salas_e.pdf

Sánchez, C., Andrade, P., Betancourt, D. & Vital, G. (2013). Escala de Resistencia a la Presión de los Amigos para el Consumo de Alcohol. *Acta de Investigación Psicológica*; 3 (1): 917-929. Recuperado el 07 de marzo de 2017 de http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/actas_ip/2013/articulos_a/AIP_Facultad_de_Psicologia_UNAM_31_917_929_Escala_de_resistencia_a_la_presion_de_amigos.pdf

Santrock, J. (2006). *Psicología del desarrollo, el ciclo vital*. McGraw-Hill: Madrid

Tonon, G. (2011). La utilización del método comparativo en estudios cualitativos en ciencia política y ciencias sociales: diseño y desarrollo de una tesis doctoral. *Revista de Temas Sociales*; 12(27): 1-12. Recuperado el 28 de marzo de 2017 de https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&cad=rja&uact=8&sqj=2&ved=0ahUKEwjz5l6jsfrSAhUB3WMKHQ5hBkgQFghAMAY&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F3702607.pdf&usq=AFQjCNEj0cpPoXRmgattlQwOatWSYvfa9g&sig2=444HEzBgTWKNn8_u2j0rhQ&bvm=bv.150729734,d.amc

Toribio, L. (2015). En México ya somos 121, 783, 280. Más de la tercera parte son adolescentes o jóvenes de 10 a 29 años de edad, revela Conapo. *Excelsior*.

Recuperado el 05 de marzo de 2017 de <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2015/07/10/1033934>

Torres, L., (2007) *El adicto y la familia en recuperación*. Recuperado el 01 de mayo de 2017 de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/cecas/qro/anud43_adicto.pdf

UNICEF (2011). *La adolescencia temprana y tardía*. Recuperado el 26 de marzo de 2017 de <https://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/La-adolescencia-temprana-y-tardia.pdf>

Valdez, B. (2016). 2. 3 millones de menores son adictos a droga y alcohol. *Milenio*. Recuperado el 05 de marzo de http://www.milenio.com/politica/menores_adictos_a_droga-alcohol-adolescentes-adicciones-alcoholicos-Conadic_0_671932818.html

Vargas, M. (2005). *Funcionamiento familiar y rendimiento escolar en estudiantes de bachillerato*. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Vázquez. I. (2005). Tipos de estudio y métodos de investigación. Recuperado de <http://www.gestiopolis.com/tipos-estudio-metodos-investigacion/>

Villarreal, M., Sánchez, J., Musitu, G. & Varela, R. (2010). El consumo de alcohol en adolescentes escolarizados: Propuesta de un Modelo Socioeconómico. *Psychological intervention*, 19 (3): 253-264. Recuperado el 27 de abril de 2017 de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592010000300006

Villarreal, M., Sánchez, J. & Musitu, G. (2013). Análisis psicosocial del consumo de alcohol en adolescentes mexicanos. *Universitas Psychologica*, 12 (3), 857-873. Recuperado en 28 de febrero de 2017, de <http://www.redalyc.org/pdf/647/64730275017.pdf>

Viveros, E. & Vergara, C. (2013). *Familia y dinámica familiar. Cartilla dirigida a facilitadores para la aplicación de talleres con familias*. Fondo Editorial FUNLAM: Colombia. Recuperado el 28 de abril de 2017 de

<http://www.funlam.edu.co/uploads/fondoeditorial/preliminar/2014/Familia-dinamica-familiar.pdf>

Zacarés, J., Iborra, A., Tomás, J. & Serra, E. (2009). El desarrollo de la identidad en la adolescencia y adultez emergente: Una comparación de la identidad global frente a la identidad en dominios específicos. *Anales de psicología*, 25 (2): 316-329. Recuperado el 26 de marzo de 2017 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16712958014>

ANEXO 1. AUDIT

DATOS INICIALES

Edad: _____

Sexo: (H) (M)

Grado escolar: _____

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

- () Nunca.
- () Una o menos veces al mes.
- () 2 ó 4 veces al mes.
- () 2 ó 3 veces a la semana.
- () 4 o más veces a la semana.

2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

- () 1 ó 2.
- () 3 ó 4.
- () 5 ó 6.
- () 7 a 9.
- () 10 o más.

3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?

- () Nunca.
- () Menos de una vez al mes.
- () Mensualmente.
- () Semanalmente.
- () A diario o casi a diario.

4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?

- () Nunca.
- () Menos de una vez al mes.
- () Mensualmente.
- () Semanalmente.

A diario o casi a diario.

5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?

Nunca.

Menos de una vez al mes.

Mensualmente.

Semanalmente.

A diario o casi a diario

6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

Nunca.

Menos de una vez al mes.

Mensualmente.

Semanalmente.

A diario o casi a diario.

7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

Nunca.

Menos de una vez al mes.

Mensualmente.

Semanalmente.

A diario o casi a diario.

8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

Nunca.

Menos de una vez al mes.

Mensualmente.

Semanalmente.

A diario o casi a diario.

9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?

- () No.
- () Sí, pero no en el curso del último año.
- () Sí, en el último año.

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han indicado que deje de beber?

- () No.
- () Sí, pero no en el curso del último año.
- () Sí, en el último año.

11. ¿En tu familia consumen alcohol?

- () Sí.
- () No. Nota: Si tu respuesta es NO, pasa a la pregunta 15.

12. ¿Quién (es)? (Puedes seleccionar más de una respuesta)

- () Madre.
- () Padre.
- () Hermano (s).
- () Otro (s). Especifica: _____

13. ¿Con qué frecuencia toma alcohol? Marca con una X

	Nunca o Casi nunca	De forma ocasional	Con frecuencia
Madre			
Padre			
Hermano (s)			
Otro (s)			

14. ¿Por lo regular estás presente cuando algún miembro de tu familia bebe alcohol?

- () Siempre o casi siempre.
- () Algunas veces.
- () Nunca.

15. ¿En tu familia hay normas acordadas sobre el consumo de alcohol?

- () Sí, se puede consumir siempre que no sea excesivo.

- () Sí, se puede consumir si no es en casa.
- () Bajo ninguna circunstancia se puede consumir.
- () No se ha hablado del tema.

ANEXO 2. ESCALA PARA LA EVALUACIÓN DE LA RELACIONES INTRAFAMILIARES (E.R.I.)

INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN

Ayúdanos a conocer cómo funcionan las familias en México, con base en la experiencia y opinión que tienes sobre tu propia familia. La información que tú proporciones será estrictamente confidencial. Recuerda que lo importante es conocer TU punto de vista. Trata de ser lo más sincero y espontáneo posible. Gracias por tu colaboración.

A continuación se presentan una serie de frases que se refieren a aspectos relacionados con TU FAMILIA. Indica cruzando con una X (equis) el número que mejor se adecue a la forma de actuar de tu familia, basándote en la siguiente escala:

TA = 5 = TOTALMENTE DE ACUERDO

A = 4 = DE ACUERDO

N = 3 = NEUTRAL (NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO)

D = 2 = EN DESACUERDO

TD = 1 = TOTALMENTE EN DESACUERDO

Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares		TA	A	N	D	TD
1	En mi familia hablamos con franqueza.	5	4	3	2	1
2	Nuestra familia no hace las cosas juntas.	5	4	3	2	1
3	Mis padres me animan a expresar abiertamente mis puntos de vista.	5	4	3	2	1
4	Hay muchos malos sentimientos en la familia.	5	4	3	2	1
5	Los miembros de la familia acostumbran hacer cosas juntos.	5	4	3	2	1
6	En casa acostumbramos expresar nuestras ideas.	5	4	3	2	1
7	Me avergüenza mostrar mis emociones frente a la familia.	5	4	3	2	1
8	En nuestra familia es importante para todos expresar nuestras opiniones.	5	4	3	2	1
9	Frecuentemente tengo que adivinar sobre qué piensan los otros miembros de la familia o sobre cómo se sienten.	5	4	3	2	1
10	Somos una familia cariñosa.	5	4	3	2	1
11	Mi familia me escucha.	5	4	3	2	1

12	Es difícil llegar a un acuerdo con mi familia.	5	4	3	2	1
13	En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño.	5	4	3	2	1
14	En mi familia, nadie se preocupa por los sentimientos de los demás.	5	4	3	2	1
15	En nuestra familia hay un sentimiento de unión.	5	4	3	2	1
16	En mi familia, yo me siento libre de expresar mis opiniones.	5	4	3	2	1
17	La atmósfera de mi familia usualmente es desagradable.	5	4	3	2	1
18	Los miembros de la familia nos sentimos libres de decir lo que traemos en mente.	5	4	3	2	1
19	Generalmente nos desquitamos con la misma persona de la familia cuando algo sale mal.	5	4	3	2	1
20	Mi familia es cálida y nos brinda apoyo.	5	4	3	2	1
21	Cada miembro de la familia aporta algo en las decisiones familiares importantes.	5	4	3	2	1
22	Encuentro difícil expresar mis opiniones en la familia.	5	4	3	2	1
23	En nuestra familia a cada quien le es fácil expresar su opinión.	5	4	3	2	1
24	Cuando tengo algún problema no se lo platico a mi familia.	5	4	3	2	1
25	Nuestra familia acostumbra hacer actividades en conjunto.	5	4	3	2	1
26	Nosotros somos francos unos con otros.	5	4	3	2	1
27	Es difícil saber cuáles son las reglas que se siguen en nuestra familia.	5	4	3	2	1
28	En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas.	5	4	3	2	1
29	Los miembros de la familia no son muy receptivos para los puntos de vista de los demás	5	4	3	2	1
30	Los miembros de la familia de verdad nos ayudamos y apoyamos unos a otros.	5	4	3	2	1
31	En mi familia, yo puedo expresar cualquier sentimiento que tenga.	5	4	3	2	1
32	Los conflictos en mi familia nunca se resuelven.	5	4	3	2	1
33	En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones.	5	4	3	2	1
34	Si las reglas se rompen no sabemos que esperar.	5	4	3	2	1

35	Las comidas en mi casa, usualmente son amigables y placenteras.	5	4	3	2	1
36	En mi familia nos decimos las cosas abiertamente.	5	4	3	2	1
37	Muchas veces los miembros de la familia se callan sus sentimientos para ellos mismos	5	4	3	2	1
38	Nos contamos nuestros problemas unos a otros.	5	4	3	2	1
39	Generalmente cuando surge un problema cada miembro de la familia confía solo en sí.	5	4	3	2	1
40	Mi familia tiene todas las cualidades que yo siempre quise en una familia.	5	4	3	2	1
41	En mi familia, yo siento que puedo hablar las cosas y solucionar los problemas.	5	4	3	2	1
42	Nuestra familia no habla de sus problemas.	5	4	3	2	1
43	Cuando surgen problemas toda la familia se compromete a resolverlos.	5	4	3	2	1
44	El tomar decisiones es un problema en nuestra familia.	5	4	3	2	1
45	Los miembros de la familia realmente se apoyan.	5	4	3	2	1
46	En mi casa respetamos nuestras propias reglas de conducta.	5	4	3	2	1
47	En nuestra familia, cuando alguien se queja otro se molesta.	5	4	3	2	1
48	Si hay algún desacuerdo en la familia, tratamos de suavizar las cosas y de mantener la paz.	5	4	3	2	1
49	Nuestras decisiones no son propias sino que están forzadas por cosas fuera de nuestro control.	5	4	3	2	1
50	La gente de mi familia frecuentemente se disculpa de sus errores.	5	4	3	2	1
51	La disciplina es razonable y justa en nuestra familia.	5	4	3	2	1
52	Los miembros de la familia no concordamos unos con otros al tomar decisiones.	5	4	3	2	1
53	Todo funciona en nuestra familia.	5	4	3	2	1
54	Peleamos mucho en nuestra familia.	5	4	3	2	1
55	Los miembros de la familia nos animamos unos a otros a defender nuestros derechos.	5	4	3	2	1
56	Las tareas familiares no están lo suficientemente bien distribuidas.	5	4	3	2	1

ANEXO 3. ESCALA DE RESISTENCIA A LA PRESIÓN DE LOS AMIGOS PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL

ESCALA DE RESISTENCIA A LA PRESIÓN DE LOS AMIGOS PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL

REACTIVO	NUNCA	POCAS VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE
En las fiestas o reuniones con mis amigos (as) me niego a beber alcohol, cuando no quiero hacerlo.				
Cuando mis amigos (as) me presionan para beber alcohol, les digo que no insistan.				
Si mi mejor amigo (a) me pidiera que nos emborracháramos y yo no quiero, le diría que "No".				
En una fiesta bebería refresco aunque la mayoría estuviera bebiendo alcohol.				
Puedo rechazar una bebida alcohólica cuando no quiero beber.				
Si tus amigos estuvieran bebiendo alcohol, beberías con ellos aunque no quisieras.				

¡GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!