

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



TESIS

**Clima social familiar y consumo de alcohol en adolescentes de 13 a 16 años de una I.E.
de Lima Metropolitana, 2015**

Tesis presentada para optar el título profesional de Psicóloga

Autores:

Loicy Dey Saavedra Baneo
Anita Lizett Veliz Condori

Asesora:

Psic. Flor Victoria Leiva Colos

Lima, 2016

Dedicatoria

A Dios, el dador de la sabiduría y de la inteligencia.

A mi Padre y a mi madre, personas luchadoras y perseverantes que día a día me muestran su amor y me animan a seguir superándome.

Loicy Saavedra Baneo.

A nuestro Padre Celestial, quien con su grandeza y su sabiduría dirigió y bendijo nuestros objetivos.

Y de manera especial a mis padres por el amor y apoyo incondicional.

Anita Veliz Condori.

Agradecimiento

En primer lugar agradecemos a Dios, ya que todas las cosas son realizadas por su voluntad y su infinito amor, sabiendo que su mano estaba en cada proceso de esta investigación.

Agradecemos también a nuestros padres, por sus palabras de aliento y porque cada día nos incentivan a superarnos, animándonos a continuar a pesar de los obstáculos que se presentaron.

Asimismo agradecemos a los asesores, la Psic. Flor Leiva y el Psic. Teófilo García, por habernos brindado su orientación.

Por último, nuestro agradecimiento también va dirigido a la Psic. Fiorella Zárate, por haber sido el nexo con la Institución para la recolección de datos, y al Dr. Alfredo Matos por su acto servicial.

Índice de Contenido

Resumen.....	ix
Abstract.....	x
Introducción	xi
Capítulo I: El problema.....	1
1. Planteamiento del Problema	1
2. Formulación del Problema.....	5
2.1. Problema general	5
2.2. Problemas específicos.....	5
3. Justificación	6
4. Objetivos de la Investigación.....	7
4.1. Objetivo general	7
4.2. Objetivos específicos	7
Capítulo II: Marco Teórico	8
1. Marco Bíblico Filosófico	8
2. Antecedentes	13
3. Marco Teórico.....	22
3.1. Clima social familiar	22
3.2. Consumo de alcohol	34
3.3. Marco teórico referente a la población de estudio.....	59
4. Definición de términos.....	69
5. Hipótesis de la Investigación	69
5.1. Hipótesis general.	69
5.2. Hipótesis específicas.....	70
Capítulo III: Materiales y Métodos.....	71

1.	Diseño y Tipo de Investigación	71
2.	Variables de la Investigación	71
2.1.	Clima Social Familiar	71
2.2.	Consumo de Alcohol	71
2.3.	Operacionalización de las variables.	73
3.	Delimitación Geográfica y Temporal	75
4.	Participantes	75
4.1.	Criterios de inclusión y exclusión.	75
4.2.	Características de la muestra.	76
5.	Técnica e instrumentos de recolección de datos	76
5.1.	Instrumentos	76
5.2.	Proceso de recolección de datos.	81
5.3.	Procesamiento y análisis de datos	81
Capítulo IV: Resultados y Discusión		82
1.	Resultados	82
1.1.	Análisis descriptivo	82
1.2.	Prueba de normalidad	85
1.3.	Análisis de correlación	86
2.	Discusión.....	86
Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones		90
1.	Conclusiones	90
2.	Recomendaciones	91
Referencias.....		93

Índice de Tablas

Tabla 1	
Matriz de operacionalización de la variable clima social familiar	73
Tabla 2	
Matriz de operacionalización de la variable consumo de alcohol	74
Tabla 3	
Características de la muestra.....	76
Tabla 4	
Nivel de las dimensiones de clima social familiar en adolescentes de 13 a 16 años	82
Tabla 5	
Nivel de las dimensiones de clima social familiar según sexo	83
Tabla 6	
Nivel de las dimensiones de clima social familiar según grado de estudio	83
Tabla 7	
Nivel de consumo de alcohol en adolescentes de 13 a 16 años	84
Tabla 8	
Niveles de consumo de alcohol según sexo	85
Tabla 9	
Nivel de consumo de alcohol según grado de estudio	85
Tabla 10	
Prueba de normalidad	86
Tabla 11	
Análisis de correlación.....	86
Tabla 12	
Estimaciones de consistencia interna del Test Clima social familiar	113

Tabla 13	
Correlaciones subtest - test de la escala de Clima social familiar	114
Tabla 14	
Estimaciones de consistencia interna del Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)	115
Tabla 15	
Correlaciones ítem - test del Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)	116

Índice de Anexo

Anexo 1	
Propiedades psicométricas de la escala de clima social familiar.....	113
Anexo 2	
Propiedades psicométricas del cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT).....	115
Anexo 3	
Validez por criterio de jueces.....	117
Anexo 4	
Escala de clima social familiar (FES).....	126
Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT).....	128
Anexo 5	
Consentimiento informado para participantes de investigación.....	129
Anexo 6	
Carta de autorización firmada por la institución.....	130

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo determinar la relación entre clima social familiar y el consumo de alcohol en una muestra de 150 adolescentes, estudiantes cuyas edades oscilan entre 13 a 16 años, de ambos sexos, de una institución educativa de Chaclacayo en Lima Metropolitana, Perú, 2015. La metodología es de tipo correlacional de corte transversal con un diseño no experimental. Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron la Escala de Clima Social Familiar (FES) de Moos y Trickett, estandarizada por Ruiz Alva y Eva Guerra (1993) y el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT). Los resultados obtenidos indican que existe relación negativa y baja pero significativa entre la dimensión relación ($\rho = -.249$, $p = 0.002$) del clima social familiar con consumo de alcohol, sin embargo no se encontró relación alguna entre la dimensión desarrollo y estabilidad con consumo de alcohol. Se concluye entonces que si en la familia hay una buena comunicación y libre expresión, además que resuelven sus conflictos adecuadamente influirá a que el adolescente no consuma alcohol.

Palabras clave: Clima social familiar, consumo de alcohol, adolescentes, relación.

Abstract

This research aims to determine the relationship between family social climate and consumption of alcohol in a sample of 150 adolescents, students whose ages range from 13 to 16 years old, of both genders, from an educational institution of Chaclacayo in Metropolitan Lima, Peru, 2015, with a methodology of correlation type of cross section with a non-experimental design. The instruments used to collect data were the scale of Social family climate (FES) of Moos and Trickett, standardized by Ruiz Alva and Eva Guerra (1993) and the questionnaire for identification of disorders from the use of alcohol (AUDIT). The results obtained were there is negative and low relationship but significant between the relation dimension ($\rho = -.249$, $p = 0.002$) of the social familiar climate with alcohol consumption, however there is not any relationship between the development dimension and stability with alcohol consumption. It is concluded that there is good communication and free expression in the family, also they resolved their conflicts properly it will affect adolescents do not drink alcohol.

Key words: family social climate, consumption of alcohol, teen, relationship.

Introducción

El alcohol representa la droga psicoactiva más utilizada en todo el mundo, y se encuentra asociado a muchas consecuencias adversas. El problema del consumo de alcohol se ha convertido, sin duda, en uno de los fenómenos sociales más generalizados de las últimas décadas. De manera que ha surgido una gran diversidad de estudios intentando establecer las causas de este consumo para poder identificar los factores que lo propician. A pesar de que el alcoholismo afecta mayormente a los adultos, su consumo en los adolescentes es cada vez más preocupante, ya que empiezan a consumir cada vez a edades más tempranas. Uno de los factores que es mencionado en diversas investigaciones es la familia, en este caso un clima familiar desfavorable influye a que el adolescente empiece su consumo de alcohol.

En el primer capítulo, se describe el planteamiento del problema, desde estadísticas mundiales sobre el consumo de sustancias hasta las nacionales, asimismo se especifican los objetivos que se pretende alcanzar en esta investigación.

En el segundo capítulo se conceptualizará las variables de clima social familiar y consumo de alcohol, asimismo la población de estudio, en este caso los adolescentes, tomando como base teórica a diferentes autores, incluyendo un marco bíblico. Asimismo se citarán antecedentes de la presente investigación, cuyos autores, también quisieron hallar la relación entre clima social familiar y consumo de alcohol.

En el tercer capítulo, se detallará toda la metodología de la investigación: diseño, tipo y corte que se usó, mencionando también, la población que se eligió y detalles de los instrumentos utilizados entre otros.

En el cuarto capítulo, se confirmarán los resultados y la discusión de la presente investigación, que se realiza de cada objetivo planteado.

Finalmente, en el último capítulo, se mencionan las conclusiones con sus respectivas recomendaciones.

Capítulo I

El problema

1. Planteamiento del Problema

A lo largo de los años hasta la actualidad el consumo de alcohol constituye un problema creciente de salud pública, por las consecuencias que ocasiona en el sujeto, la familia y la sociedad, y también por ser la sustancia psicoactiva más usada por la población en general. Además, la Organización Mundial de la Salud menciona que el consumo de alcohol simboliza uno de los principales factores de riesgo para la salud a nivel mundial, ocasiona elevados costos en la atención sanitaria afectando el desarrollo económico de la sociedad (Telumbre y Sánchez, 2014).

De acuerdo a las estadísticas mundiales realizadas por la OMS en el año 2011 describen que el consumo de alcohol pone en peligro el desarrollo individual y/o colectivo, causante de 2.5 millones de muertes al año, dentro de ese grupo unos 320 000 son jóvenes entre 15 y 29 años de edad, lo que significa un 9% de las defunciones, o en otros casos, causa daños a la salud física y psíquica del bebedor. Posteriormente en el año 2014 se publicó un informe mundial de situación sobre alcohol y salud evidenciando que cada año mueren en el mundo 3,3 millones de personas a consecuencia del consumo nocivo de alcohol. También, es un factor causal de más de 200 enfermedades y trastornos, que provoca defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana, y en el grupo etario de 20 a 39 años, causa un 25% de las defunciones. Siendo Europa la región del mundo donde hay una mayor ingesta de alcohol per cápita, 10,9 litros de alcohol puro anuales, teniendo Europa del Este, los índices más altos del mundo.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España (2006) refieren que los consumos regulares se inician cada vez a una edad más precoz, llevándolo a un hábito considerablemente frecuente. De manera que el Observatorio Español sobre Drogas (2000) realiza una investigación llegando a la conclusión de que el contacto de los escolares con las drogas se produce a edades tempranas. Las edades medias de inicio para las distintas sustancias son 13,2 años para el tabaco, 14,5 para los tranquilizantes, 14,8 para el cannabis y 15,7 para la cocaína y 13,6 para el alcohol.

López, et al. en las investigaciones realizadas en México muestran que la edad de inicio del consumo de alcohol es a los 12 años, el 27.6% han consumido alcohol alguna vez en la vida. Por otra parte la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012) identificó una prevalencia actual del consumo de 25% en adolescentes de 10 a 19 años, menos de 1% de los jóvenes abusa del alcohol diariamente, 2.3% lo hace de manera semanal, 5.8% mensual y 7.2% ocasionalmente. Además, Facundo, et al. encontraron que el consumo sensato de alcohol o sin riesgo en los adolescentes oscila entre un 26.6% y el 73.8%, seguido de un consumo perjudicial (16.8%-26.2%) y por último un consumo dañino de alcohol (18.3%). (Citado por Telumbre y Sánchez, 2014).

En Perú, la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA) confirman que el alcohol sigue siendo la sustancia legal más consumida desde edades tempranas por los escolares. En un estudio realizado en este país por DEVIDA, concluyó que la prevalencia anual en el consumo de drogas legales fue 45.1%, y, dentro de estas, la mayor prevalencia fue de bebidas alcohólicas (39.9%). Y la edad promedio de inicio fue de 13.7 años para el alcohol. Asimismo para las drogas legales, las cinco prevalencias de año más elevadas fueron encontradas en Callao (57.7%), Arequipa (52.1%), Lima Metropolitana (51.2%), y Lima provincias (46.1%). Con respecto al género, la prevalencia de año del consumo de alcohol para los varones fue 42.2%, mientras que en las mujeres las prevalencias

fueron 37.8%. (Citado por Cedro, 2013). Asimismo es el país que ocupa el sexto lugar en Latinoamérica con 8.1 litro per cápita, siendo la cerveza la principal bebida (OMS, 2014).

El Ministerio de Sanidad y Consumo (2007) refieren que el consumo de bebidas alcohólicas es un hábito culturalmente aceptado por la sociedad, no es exclusivo de la población adulta, los jóvenes también lo hacen y cada día son más los adolescentes que acostumbran hacerlo. Además, agrega que el consumo es la utilización que se hace de una sustancia en un determinado momento, y trae como consecuencia un gran impacto tanto en términos de salud como en términos sociales, tales como desarrollo de discapacidad y de distintas enfermedades, así como violencia, marginación y conflictos con la familia y en la escuela.

Frente a esta realidad es necesario identificar los factores y determinantes al consumo de alcohol. Villarreal, Musitu, Sánchez y Varela (2010) señalan cuatro factores que predisponen a este tipo de consumo. El primero se refiere a variables individuales, dentro de ella la autoestima familiar. Segundo, variables escolares, que involucran problemas de integración escolar, rendimiento escolar, expectativa académica y reprobación escolar. Tercero, variables sociales que incluyen consumo de padres y hermanos y consumo de amigos y por último, variables familiares que involucra el funcionamiento familiar y apoyo de la familia.

Pons y Buelga (2011) destacan la influencia de la familia como uno de los factores de riesgo que con más insistencia se plantea en investigaciones sobre adicciones. Por otro lado, Flores de Bishop (2002) refiere que la familia es uno de los principales agentes de promoción de la salud mental en la sociedad, debido a que es la primera escuela generadora de comportamientos o estilos de vida en sus miembros, por lo que juega un papel importante en la adquisición y modificación de conductas en cada uno de sus miembros, favoreciendo el bienestar físico, mental y social.

Bronfenbrenner (citado por Castro y Morales, 2014) menciona que el clima social familiar, es uno de los aspectos más importantes en la formación del adolescente, debido a que muchas de las conductas que manifiestan son producto de un proceso de condicionamiento y aprendizaje que se da en el ambiente familiar. Asimismo, Guerra (1993) y Kemper (2002) definen al clima social familiar como la capacidad de relacionarse interpersonalmente entre los miembros de la familia, involucrando aspectos de desarrollo, de comunicación, de interacción y de crecimiento personal, y a la vez considera la estructura y organización de la familia y el control que regularmente ejercen entre los integrantes.

Por lo que, Butters (2002), acotan que la familia es uno de los factores de mayor riesgo y protección en relación con el consumo de sustancias de los adolescentes por lo que se considera de suma importancia la interacción familiar.

La adolescencia es una etapa clave; durante su desarrollo aumenta la tendencia al consumo, por lo que, si no se adoptan hábitos nocivos durante esta etapa, es menos probable que se los adquiera una vez alcanzada la etapa adulta. (Ruiz, Ruiz, Rivera, 2012). A su vez, Jiménez, Musitu y Murgui (2007) refieren que la adolescencia representa un periodo crítico en el inicio y experimentación en el consumo de sustancias y la familia ha sido considerado como factor de riesgo y protección en relación con el consumo de sustancias de los hijos adolescentes. Por lo que Butters (2002), describen que en las familias donde hay pautas negativas de interacción familiar, falta o pobre comunicación, conflictos frecuentes, y castigo excesivo, son factores que influyen directamente en el consumo de alcohol en los hijos/as.

De manera que, se eligió la población de adolescentes de dicha institución educativa porque se evidenció en los alumnos de los últimos años de escolaridad ciertos casos de consumo de alcohol durante las entrevistas psicológicas.

Por lo expuesto, se entiende que la familia influye de manera positiva o negativa entre sus miembros, por lo que juega un rol importante en la conducta de los hijos, siendo un factor

determinante para el inicio del consumo de alcohol en la adolescencia, por esta razón la presente investigación pretende determinar la relación entre clima social familiar y consumo de alcohol en adolescentes de 13 a 16 años de una institución educativa de Lima Metropolitana, 2015.

2. Formulación del Problema

2.1. Problema general

¿Existe relación entre clima social familiar y consumo de alcohol en adolescentes de 13 a 16 años de una I.E. de Lima Metropolitana, 2015?

2.2. Problemas específicos

¿Existe relación entre los niveles de relación y consumo de alcohol en adolescentes de 13 a 16 años de una institución educativa de Lima Metropolitana, 2015?

¿Existe relación entre los niveles de desarrollo y consumo de alcohol en adolescentes de 13 a 16 años de una institución educativa de Lima Metropolitana, 2015?

¿Existe relación entre los niveles de estabilidad y consumo de alcohol en adolescentes de 13 a 16 años de una institución educativa de Lima Metropolitana, 2015?

3. Justificación

Esta investigación es relevante ya que a nivel teórico brindará información actualizada respecto a la importancia que tiene el clima social familiar como uno de los principales factores para el inicio del consumo de alcohol en los adolescentes.

Asimismo, favorecerá que en investigaciones futuras se pueda ofrecer alternativas de solución utilizando la familia como factor de protección de manera preventiva contribuyendo a un buen clima social dentro de sus hogares.

Además, como recurso útil para futuros investigadores que desean ampliar en el campo de adicciones y de la familia.

A nivel práctico, esta investigación contribuirá con el aporte de datos reales del consumo de alcohol en adolescentes y su clima social familiar, de manera directa a la institución donde se realizó la investigación, motivando al psicólogo y a los docentes a realizar programas de intervención, seminarios, charlas, etc., para la prevención primaria y secundaria, asimismo la participación de los padres de familia para que tomen conciencia de la importancia de alcanzar un clima familiar favorable. Por otro lado, contribuirá de manera indirecta a profesionales de la salud mental, para que puedan tomar acciones de evaluación, diagnóstico e intervención en sus distintas áreas.

Y por último a nivel social, esta investigación se realizará por la preocupación en las incidencias de consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes, de manera que los resultados obtenidos beneficien a los psicólogos, docentes, padres de familia y para el bienestar de los estudiantes de dicha institución, además de manera externa a otras instituciones interesadas en esta problemática.

4. Objetivos de la Investigación

4.1. Objetivo general

Determinar la relación entre clima social familiar y consumo de alcohol en adolescentes de 13 a 16 años de una I.E. de Lima Metropolitana, 2015

4.2. Objetivos específicos

Determinar la relación entre los niveles de relación y consumo de alcohol en adolescentes de 13 a 16 años de una institución educativa de Lima Metropolitana, 2015.

Determinar la relación entre los niveles de desarrollo y consumo de alcohol en adolescentes de 13 a 16 años de una institución educativa de Lima Metropolitana, 2015

Determinar la relación entre los niveles de estabilidad y consumo de alcohol en adolescentes de 13 a 16 años de una institución educativa de Lima Metropolitana, 2015

Capítulo II

Marco Teórico

1. Marco Bíblico Filosófico

White (2015) menciona que la familia es el plan divino de Dios y la primera institución de la creación. De igual manera Goff (2003) agrega que es la unión espiritual de dos personas distintas y a la vez hechas la una para la otra, considerándola como la naturaleza divina que Dios formó y bendijo como la unión conyugal. Dobson (1990) acota que la familia fue constituida por razones mencionadas en Génesis 2:18-23 donde Dios observó la soledad que afligía a Adán en el huerto del Edén, y dijo: "No es bueno que el hombre esté solo, le haré ayuda idónea para él, entonces Jehová Dios hizo caer sueño profundo sobre Adán, y mientras este dormía, tomó una de sus costillas, y cerró la carne en su lugar. Y de la costilla que Jehová Dios tomó del hombre, hizo una mujer, y la trajo al hombre. Dijo entonces Adán: Esto es ahora hueso de mis huesos y carne de mi carne; esta será llamada Varona, porque del varón fue tomada", de manera que Dios le dio vida a la mujer, llamándola Eva, quien acompañaría y compartiría pensamientos con Adán.

Por otra parte Bond (1983) señala que una familia cristiana es aquella donde se reconoce a Cristo como el Señor y donde su Palabra es la base de su código moral. Aquella relación que existe con Dios influirá todas las relaciones entre los miembros, tanto padres como hijos cumplirán sus funciones fomentando un buen clima familiar. En la Biblia se encuentra claramente las funciones que mandó Dios para los padres "Fructificad y multiplicaos; llenad la tierra y sojuzgadla, y señoread", al hombre se le señaló como la cabeza del hogar, con la responsabilidad de dirigir a su familia, con autoridad y liderazgo. Mientras que a la mujer o

esposa, se le ordenó ser la ayuda idónea a toda necesidad mental, emocional y espiritual que tenga el esposo, desempeñando un papel de espíritu unificador promoviendo el equilibrio en el hogar y en la relación conyugal. Así como Dios les dio a ambos la capacidad de tener hijos les dio también la aptitud para criarlos bien.

Por lo que Goff (2003) añade que la tarea de todos los padres es guiar a sus hijos hacia una vida responsable y madura, cuya responsabilidad implica atención y tiempo para efectuarla eficazmente. Además agrega que en la crianza se debe incluir la disciplina, definiéndola como la enseñanza o entrenamiento que se acostumbra al niño a llevar una vida respetuosa, recta y decente, para su propio bien y el de otros. Asimismo Bond (1983) añade que la disciplina es útil para que los hijos aprendan a obedecer y a elegir lo bueno de lo malo, para ello es necesario que los padres actúen con firmeza, encuentren el equilibrio entre severidad y flexibilidad, enseñándole valores como la tolerancia y la justicia teniendo como modelo a Dios.

De manera que White (2015) señala que la familia es considerada como la primera escuela con mayor poder en la influencia de los hijos, en la que los padres son llamados también maestros o agentes educadores encargados de guiar y velar por cada uno de sus hijos enseñándoles lecciones de respeto, obediencia, reverencia y dominio propio, recordando que Dios les pedirá cuenta por cada hijo otorgado. Según el aprendizaje que se obtuvo en el ambiente familiar, los hijos lo pondrán en práctica cuando entren en contacto con el mundo exterior, de manera que si los padres han permitido que Dios more en su hogar, se verá reflejado en las conductas y decisiones que haga cada miembro de la familia, por ende los hijos no serán desobedientes, no se dejarán llevar por las tentaciones ni serán instrumentos elegidos por Satanás.

Sin embargo, en la actualidad la educación en el hogar y la preparación en la juventud han sido descuidadas, el resultado es que los hijos que salen del hogar no están adecuadamente

preparados para hacer frente a las responsabilidades de la vida y a sus peligros, conduciéndolos a tomar malas decisiones, poniendo en riesgo sus vidas al involucrarse en conductas de riesgo como el inicio del consumo de alcohol, que perjudica y disminuye la fuerza física, debilitando la mente y siendo menos capaz de discernir entre lo bueno y lo malo (White, 2015).

Según Cox (2005) el alcoholismo no es una enfermedad sino un pecado contra Dios. Sin embargo, como el ser humano es incapaz de quitárselo por sí mismo, Dios lo ayuda a liberarse siempre y cuando la persona muestra disposición. Asimismo cita a Proverbios 20:1 “El vino es escarnecedor, la sidra alborotadora, y cualquiera que por ellos yerra no es sabio”, refiriendo que el vino se burla, engaña y hace frustrar la esperanza de la persona que lo toma, prometiendo solucionar los problemas, sin tener conciencia de las consecuencias. También nombra a Lucas 21:34 “Mirad también por vosotros mismos, que vuestros corazones no se carguen de glotonería y embriaguez y de los afanes de esta vida, y venga de repente sobre vosotros aquel día”. Es parte de la naturaleza humana tratar los problemas con distracción, es decir, en lugar de enfrentar los problemas como Dios quiere que hagamos, buscando la solución que Él ofrece, el ser humano busca excesos de lujos, experiencias agradables, diversión, y entretenimiento para dejar de lado sus problemas, que finalmente perjudica su situación.

Proverbios 23:29 menciona: “¿Para quién será el ay? ¿Para quién el dolor? ¿Para quién las rencillas? ¿Para quién las quejas? ¿Para quién las heridas en balde? ¿Para quién lo amoratado de los ojos? Para los que se detienen mucho en el vino, para los que van buscando la mistura. No mires al vino cuando rojea, cuando resplandece su color en la copa. Se entra suavemente; mas al fin como serpiente morderá, y como áspid dará dolor”. Se entiende entonces que aquella persona que consume alcohol se afecta a sí mismo porque el efecto del alcohol quita el mejor juicio de la persona, desenfrena sus pasiones, deseos, y no tiene control para detener

el pecado, desatando crímenes, violaciones, robos, perdiendo el miedo hacia Dios y sus leyes, olvidando que un día rendirán cuentas por sus pecados.

El alcohol tiene profundos efectos sobre el cuerpo humano, especialmente sobre la mente y la moralidad del ser humano. En relación a lo físico, encontramos que 1° Corintios 6:19 señala “¿O ignoráis que vuestro cuerpo es templo del Espíritu Santo, el cual está en vosotros, el cual tenéis de Dios, y que no sois vuestros? Porque habéis sido comprados por precio; glorificad, pues, a Dios en vuestro cuerpo y en vuestro espíritu, los cuales son de Dios”. Un claro ejemplo es la historia de Daniel y los jóvenes, que se encuentra en el capítulo 1 del libro de Daniel, donde Dios muestra que una dieta con agua pura es mejor que con vino, viéndose reflejado en la diferencia que había entre Daniel y sus amigos, quienes lucían una mejor apariencia, estaban más robustos y de mejor semblante, mientras que los otros jóvenes reflejaban lo contrario, puesto que el vino perjudicaba su salud. También, el alcohol es una droga que afecta los principios morales facilitando hechos que normalmente la persona no haría. Por ejemplo, en Génesis 19:32, se relata la historia de las hijas de Lot, quienes quisieron tener hijos por medio de su padre, siendo conscientes que estarían en contra de sus principios morales, ellas usaron el alcohol para inducir un estado de bajas defensas espirituales en su padre quien no estaba en condiciones de prohibirles.

A pesar de los efectos y consecuencias que puede traer el alcohol, los jóvenes con un mal funcionamiento familiar se tornan vulnerables para iniciar su consumo, por ello White (2015) menciona que en ese tipo de situaciones Satanás procura atraer a los jóvenes al camino de la perdición, guiándolos de un libertinaje a otro, hasta que sus víctimas pierden la sensibilidad de la conciencia y no tienen más temor de Dios. Cada vez tienen menos dominio propio. Se entregan al vino, al alcohol, al tabaco y al opio, y van de un grado de desenfreno a otro, perdiendo la capacidad de juicio y autocontrol llevándolo a otras conductas perjudiciales que afectan su integridad porque actúan con necesidad.

De manera que, para evitar conductas destructivas como el inicio de consumo de alcohol u otros, los padres deben hacerse responsables de criar a sus hijos en un buen clima familiar, presentándose como modelos para ellos, obedeciendo las obligaciones que Dios desde un inicio les encomendó, teniendo presente que toda acción en contra de Él tiene un castigo, y esto es reflejado en Deuteronomio 21:18 “Si alguno tuviere un hijo contumaz y rebelde, que no obedeciere a la voz de su padre ni a la voz de su madre, y habiéndole castigado, no les obedeciere; entonces lo tomarán su padre y su madre, y lo sacarán ante los ancianos de su ciudad, y a la puerta del lugar donde viva; y dirán a los ancianos de la ciudad: Este nuestro hijo es contumaz y rebelde, no obedece a nuestra voz; es glotón y borracho. Entonces todos los hombres de su ciudad lo apedrearán, y morirá; así quitarás el mal de en medio de ti, y todo Israel oirá, y temerá”.

Asimismo 1° Corintios 6:9 menciona ¿No sabéis que los injustos no heredarán el reino de Dios? No erréis; ni los fornicarios, ni los idólatras, ni los adúlteros, ni los afeminados, ni los que se echan con varones, ni los ladrones, ni los avaros, ni los borrachos, ni los maldicientes, ni los estafadores, heredarán el reino de Dios. De manera que el cristiano debe tener en cuenta en su vida las leyes de Dios y ponerlas en práctica para que entre al reino de Cristo, es decir aquellos que hagan la voluntad de Dios irán al cielo y aquellos que no, no podrán entrar a él. Además White (2015), aconseja a los padres estar en alerta a lo que puede pasar en el futuro por un clima familiar desfavorable, recalcándoles que el ambiente en el cual deben desarrollarse los niños, se deben establecer reglas, fomentar un sitio armonioso y alegre para que el hijo pueda discernir entre el bien y el mal, enfatizando la disciplina, que es fundamental en la educación, por lo que se debe corregir a los hijos ante conductas no deseadas sin llegar a la violencia; igualmente, recompensarlos en las conductas aceptables que ellos manifiesten, para así lograr que los jóvenes se consagren al servicio de Dios y no se debiliten mentalmente ni pierdan eficiencia, caracterizándose por aplicar en su vida el

dominio propio y la verdadera temperancia que les enseñará a abstenerse por completo de todo lo perjudicial, y puedan usar prudentemente lo que es saludable.

2. Antecedentes

Dentro de los antecedentes internacionales encontramos que:

Ramírez y Andrade (2005) realizaron una investigación en Ecuador con una metodología de tipo descriptivo-exploratorio teniendo como finalidad identificar en un ambiente familiar los posibles factores de riesgo relacionados con el uso de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes que se considera el grupo vulnerable, con la participación de 139 familias con niños de entre 8 y 12 años, con nivel socioeconómico bajo y medio en la ciudad de Guayaquil. Los instrumentos utilizados fueron una guía de entrevistas por medio de un cuestionario estructurado con preguntas cerradas y abiertas de abordaje al nivel socioeconómico de la familia, número de miembros y factores de riesgo para el consumo de alcohol y tabaco, obteniéndose como resultado que definitivamente existen factores de riesgo para inducir al inicio de consumo de alcohol y tabaco, siendo la familia fuente de fácil acceso para la adquisición, debido a la falta de algún progenitor, dificultad para orientar, mala supervisión, falta de autoridad y padres consumidores.

Además, Landero y Villarreal (2007) realizaron una investigación en México con una metodología de tipo correlacional y de corte transversal teniendo como objetivo analizar la relación entre el consumo de alcohol y la historia familiar de consumo y con el de los pares, teniendo como muestra 980 estudiantes con una edad promedio de 15.6 años, se utilizó un instrumento con preguntas recodificadas para medir variables sociodemográficas y el instrumento INFLUCOL. Los resultados muestran una correlación significativa entre la historia familiar de consumo de alcohol y el consumo de los estudiantes. ($r_s=.4499$, $p=.001$),

así como una correlación significativa entre el consumo de los amigos y el consumo de los estudiantes ($r_s = .505, p = .001$).

Así también, Lloret, Segura y Carratalá (2008), realizaron una investigación en España con una metodología de tipo descriptivo de corte transversal cuya finalidad era analizar la relación entre tres variables de índole familiar siendo estas el control parental, la actitud parental ante el consumo de alcohol y la disponibilidad de dinero en relación con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes, teniendo como muestra alumnos de ambos sexos del 3er y 4to curso de ESO de diferentes Institutos de Educación en poblaciones rurales de Alicante, con un total de 116 estudiantes con la media de edad de 14,17, en la que 70 eran jóvenes consumidores y 46 no consumidores. Se aplicaron las pruebas de Evaluación de las actividades de ocio (EAO, 2003), Cuestionario de consumo (CC, 1968); el Cuestionario de información sobre las drogas y sus efectos (CI, 1968), Cuestionario de actitudes (CA, 1968), Cuestionario de aserción ante las drogas (CAD, 2003), Cuestionario de susceptibilidad a la persuasión (CIP, 1999) y por último el Cuestionario de Evaluación de Habilidades de Solución de Problemas Sociales (SPSI- R, 1996). Se llegó a la conclusión que dentro de la variable control parental los resultados muestran que no existen diferencias entre consumidores y no consumidores. En la variable actitud parental ante el consumo de alcohol un 77,14% de los alumnos consumidores considera que sus padres se enfadarían relativamente poco o nada si se enteraran que han bebido hasta emborracharse y el 77,77% de los jóvenes no consumidores considera que sus padres se enfadarían bastante o mucho si supiesen que se han emborrachado. Y en la tercera variable, los datos revelan una relación directa entre consumo y disponibilidad económica. De manera que las variables de índole familiar están en relación con el consumo de alcohol y tabaco en los adolescentes.

A su vez, Gómez, León y Pérez (2012), realizaron una investigación en Cuba con una metodología de tipo descriptivo con la intención de caracterizar el comportamiento de

adolescentes provenientes de familias disfuncionales por consumo de alcohol en el Área de Salud del Policlínico “Marta Abreu”, se aplicaron la prueba de percepción del funcionamiento familiar y un cuestionario para precisar las variables epidemiológicas y psicológicas, previo consentimiento informado. Los resultados revelan que los estilos de vida nocivos más frecuentes fueron: la ingestión diaria de alcohol, las riñas y las discusiones y la mala utilización del per cápita familiar; los adolescentes no reconocieron el alcoholismo como enfermedad y las alteraciones que más se presentaron fueron el bajo rendimiento académico, las dificultades en las relaciones interpersonales y la ingestión de bebidas alcohólicas, por lo que se concluye que el alcoholismo es un problema de salud causante de disfuncionalidad en los adolescentes.

Fantin y García (2011) realizaron un trabajo de investigación en Argentina con una metodología de tipo descriptivo y de corte transversal teniendo como objetivo indagar la relación entre ciertos factores familiares (vínculo entre los miembros, estilo de crianza, formación, política educativa, valores transmitidos) y el consumo de sustancias conformándose la muestra por 1143 adolescentes de ambos sexos, cuyas edades oscilaban entre 14 y 19 años, que asistían a escuelas de nivel polimodal. Para ello se aplicó un autoinforme de Adaptación de la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI, 1995), Test de Identificación de Desórdenes en el Uso de Alcohol (AUDIT, 1993), Cuestionario de Identificación de Dependencia de las Drogas (CIDD, 2004). Los resultados señalan que los adolescentes varones (6.48), en comparación con las mujeres (3.48) presentan un mayor consumo de alcohol de tipo perjudicial. En cuanto a los factores familiares se encontró, que una política educativa inconsistente se vincula a un mayor consumo de alcohol y que los adolescentes que manifiestan poseer valores diferentes a los transmitidos por los padres presentan altas puntuaciones en consumo de alcohol. Además, los adolescentes que no

consumen tienen mejor calidad de relación con la madre y mejor percepción de la figura materna que los adolescentes consumidores de drogas.

Lema, Varela, Duarte, Bonilla (2011) llevaron a cabo una investigación en Colombia con una metodología de tipo descriptivo-correlacional de corte transversal, teniendo como objetivo estimar la prevalencia del consumo de alcohol y establecer su relación con factores familiares y sociales teniendo como muestra a 548 jóvenes de una universidad privada de Cali, Colombia. Resultó que la prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida fue de 96%, en el último año fue de 89% y en el último mes de 67%. El consumo de alcohol actual y la edad de inicio son similares entre hombres y mujeres. La edad de inicio del consumo fue menor en quienes tienen familiares que se emborrachan frecuentemente y el consumo actual es mayor en quienes tienen amigos que lo hacen frecuentemente. El nivel de consumo de riesgo y perjudicial de alcohol es mayor en quienes tienen familiares y amigos que se embriagan frecuentemente.

Jiménez (2011) realizó una investigación en España con metodología de tipo descriptivo-correlacional con el objetivo de analizar las relaciones directas e indirectas entre la calidad del clima familiar, la autoestima del adolescente considerada desde una perspectiva multidimensional (autoestima familiar, escolar, social y física) y su consumo de sustancias (tabaco, alcohol y marihuana). La muestra estuvo constituida por la participación de 414 estudiantes españoles de ambos sexos, con edades de 12 a 17 años, que asisten a centros públicos de la comunidad de Castilla y León, ubicados en entornos rurales y urbanos, y distribuidos en 1º, 2º, 3º y 4º de la Educación Secundaria Obligatoria. Para ello se utilizó el instrumento de Escala de Clima Social Familiar (FES) de Moos, Moos y Trickett (adaptación al castellano de Fernández-Ballesteros y Sierra, 1984), la Escala Multidimensional de Autoestima (AF5, 1999) y la Escala de Consumo de Sustancias (2001). Los resultados indican que la autoestima de los adolescentes puede ser considerada desde

una doble perspectiva: protectora, en relación con las dimensiones familiar y escolar que muestran una relación negativa con el consumo de sustancias y, de riesgo, en relación con las dimensiones social y física que muestran una relación positiva con dicho consumo. Además, estos dos tipos de autoestima median significativamente la influencia de la calidad del clima familiar en el consumo de sustancias de los adolescentes.

Fabelo, Iglesias Cabrera y Maldonado (2013) realizaron una investigación en México con una metodología de tipo descriptivo de corte transversal teniendo como finalidad identificar la prevalencia del consumo de alcohol y tabaco con la participación de 1516 estudiantes de Enfermería y Salud Pública de la UMSN de México y 1481 estudiantes de medicina de la Facultad Médica Manuel Fajardo de la UCMH de Cuba, de las cuales solo se trabajó con 117 estudiantes mexicanos y 108 estudiantes cubanos. Se aplicó el Test de Identificación de Trastornos en el Consumo de Alcohol (AUDIT) y la Prueba de Fagerstrom para la Dependencia de la Nicotina (FTND), de la cual se escogieron únicamente 6 preguntas, obteniéndose como resultado que la prevalencia de consumo de alcohol en los estudiantes mexicanos fue de 76.9%, resultando que los hombres consumían un 73.7% y mujeres un 78.5%. Por otro lado, en los cubanos la prevalencia fue de 74.1%, en la que todos los varones consumían alcohol y el 63.2 % eran mujeres. Se halló en condiciones de riesgo al 44.4% de los estudiantes mexicanos y 3.7% entre los cubanos.

Armendáriz, Alonso, Alonseo, López, Rodríguez y Méndez (2014) ejecutaron una investigación en México con una metodología de tipo descriptivo correlacional y predictivo teniendo como objetivo identificar la relación e influencia de la historia familiar de consumo de alcohol sobre el consumo de alcohol en 680 estudiantes universitarios de una universidad pública de México. Para las mediciones se utilizaron una Cédula de Datos Personales y de Prevalencia de Consumo de Alcohol (CDPPCA), así como un instrumento que mide la Historia Familiar de Consumo de Alcohol y el Cuestionario de Identificación de los

Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT), teniendo como resultados que la historia familiar de consumo de alcohol influye de una manera importante en el consumo de alcohol de los estudiantes ($B = 0.080, p = 0.001$). En relación al nivel de consumo se observó un consumo sensato (45.2%) seguido por el consumo riesgoso o dependiente (28.6) y dañino o perjudicial (26.2). De acuerdo a los objetivos se propuso un modelo predictivo, el cual en un futuro sirva para la creación de intervenciones de enfermería dirigidas a esta población y sus familias.

Según Suarez y Ulloa (2014) realizaron una investigación en Ecuador con una metodología de tipo descriptivo-correlacional con el fin del indagar la relación existente entre los diferentes estilos parentales (autoritario, autorizativo, negligente, indulgente) y el consumo del alcohol (uso, probable dependencia y consumo perjudicial) con una población numerosa de 712 estudiantes del bachillerato, comprendidos entre las edades de 15 a 18 años, de los centros educativos del sector urbano del Cantón Gualaceo, aplicándose la Prueba para Identificar Trastornos por el Uso de Alcohol (AUDIT) y la Escala de Estilos de Socialización Parental en la Adolescencia (ESPA29). Los resultados señalan que los adolescentes varones (56.16%), en comparación con las mujeres (73.83%) presentan mayor consumo de alcohol. En cuanto a los factores familiares se encontró, que el estilo parental predominante en Cantón es el indulgente seguido del estilo negligente, democrático y autoritario. Según los niveles del consumo el 81% usan alcohol, el 12% presenta una probable dependencia, y un 7% presenta un consumo perjudicial.

Así también, dentro de los antecedentes nacionales, encontramos que:

Silva y Pillon (2004) realizaron una investigación en Ate Vitarte, Lima, de tipo cuantitativo, de carácter exploratorio y de corte transversal, que tuvo como objetivo identificar y analizar los factores protectores y de riesgo relacionados con el uso de alcohol en una muestra de adolescentes ente 12 y 18 años de edad, hijos de padre alcohólico. Para la

recolección de datos se utilizó el Drug Use Screening Inventory (DUSI, 1997) que está diseñado para cuantificar y categorizar los indicadores de consumo de drogas en relación al estado físico, psicosocial, laboral, familiar, relación con pares y académico. Los resultados arrojan que los factores de riesgo son: hijos de padre alcohólico, influencia y capacidad de persuasión entre sus pares; la soledad, la falta de vínculos afectivos con los padres, desadaptación y los comportamientos violentos de los compañeros en el colegio. Los factores de protección son el conocer las consecuencias de otras personas al experimentar el consumo de alcohol, y el deporte. De manera que los factores de riesgo y de protección para uso de alcohol entre los jóvenes están en mayor o menor grado asociados a los comportamientos familiares, de los grupos de amigos, parientes y al contexto social en que están insertados.

A su vez Alarcón (2009) desarrolló una investigación en la provincia del Callao, con un diseño de tipo analítico-correlacional y de corte transversal con la finalidad de determinar la asociación entre el entorno delictivo y consumidor de drogas con el consumo problemático de alcohol y marihuana en escolares de primero a quinto año de secundaria con edades entre 13 y 17 años, contando con 530 colegios, donde 372 eran colegios públicos y 143 privados de educación básica regular. Se utilizó la Escala CAST (Cannabis Abuse Screening Test) y la Escala Breve del Bebedor Anormal (EBBA), obteniéndose como resultado que el 60.5% de estudiantes son consumidores de alcohol y el 51.2% son consumidores de marihuana, poniendo al descubierto algún grado de consumo problemático. Además, el entorno de amigos de consumo de drogas y de delitos aumentaron la probabilidad de consumo problemático de alcohol y de marihuana en los estudiantes. El entorno familiar de consumo de drogas, también se asoció al consumo problemático de alcohol y marihuana por el adolescente, de manera que, los entornos de amistades que consumen droga o cometen

delitos, y el entorno familiar donde existe el consumo de drogas, incrementan la probabilidad de consumo problemático de alcohol o marihuana.

Lorenzo, Cajaleón y Gutiérrez (2010) realizaron una investigación en Lima Metropolitana con una metodología de tipo descriptivo y de corte transversal, con la finalidad de determinar la prevalencia y los factores asociados al consumo de alcohol y tabaco, teniendo como muestra a un total de 250 estudiantes de la carrera de Bromatología y Nutrición de una universidad de Lima. Se elaboró y aplicó un cuestionario autoadministrado basado en la I Encuesta sobre Información, Hábitos y Actitudes hacia el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), elaborado por la comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA 2005), el cual estuvo conformado por 24 ítems con preguntas de opción múltiple y preguntas dicotómicas distribuidos en tres secciones (preguntas generales, consumo de alcohol y tabaco, relaciones personales y familiares). Los resultados fueron que la prevalencia de consumo reciente de alcohol fue de 42.8% y los factores independientes asociados fueron el sexo masculino, auto-percepción de regular rendimiento académico y el consumo familiar de alcohol y tabaco en fiestas y reuniones. La prevalencia de consumo reciente de tabaco fue de 28.4% y los factores independientes asociados fueron el sexo masculino, auto-percepción de regular rendimiento académico, consumo familiar de alcohol y tabaco en fiestas y reuniones, y la edad mayor a 20 años. Las conclusiones de la investigación es que la prevalencia de consumo de alcohol y tabaco en esta población se encuentra en el nivel intermedio de lo reportado previamente en estudiantes universitarios; el sexo masculino y la auto-percepción de regular rendimiento académico son los factores más importantes que llevan al consumo reciente de alcohol.

Mafaldo (2012) efectuó una investigación en Villa El Salvador, con una metodología de tipo descriptivo, diseño no experimental y de corte transversal, con el objetivo de determinar la actitud de los adolescentes frente al consumo de alcohol. La muestra estuvo conformada

por 123 estudiantes de cuarto y quinto grado de secundaria de la I.E.N. “República del Perú” en el distrito de Villa El Salvador. Se utilizó como instrumento un cuestionario estructurado sobre la actitud frente al consumo de alcohol. Dentro de los resultados tenemos que el 50% de adolescentes presentan una actitud cognitiva indiferente, el 28% una actitud cognitiva positiva y 22% una actitud cognitiva negativa. También se aprecia que el 58% presenta una actitud afectiva indiferente seguida de una actitud afectiva positiva con un 28% y un 14% con actitud afectiva negativa. Respecto a la actitud conductual el 70% de ellos presentan resultados indiferentes, seguida de una actitud positiva con un 19% y una actitud negativa con un 11%, concluyéndose que los adolescentes cuyos resultados manifiestan actitudes conductuales positivas hacia el consumo de alcohol, indican un posible riesgo.

Por su parte Huamaní (2012) efectuó una investigación en San Juan de Miraflores con una metodología de tipo descriptivo correlacional de corte trasversal, con el objetivo de determinar si existe relación entre factores psicosociales con el consumo (relación de amigos, relación familiar, autoestima, curiosidad) y el riesgo de alcoholismo en los adolescentes. La muestra estuvo conformada por 270 estudiantes de 4to y 5to de secundaria del colegio estatal de San Juan de Miraflores – Lima. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario estructurado que consta de 42 preguntas relacionadas al tema, validado por el juicio de 9 expertos. En los resultados se observa que los que se relacionan más con los amigos y tienen baja autoestima (52,6%) tienden a consumir alcohol, mientras que el 40,4% lo consumen por problemas familiares, falta de comunicación, por padres consumidores, y el 20,4% de los adolescentes no presenta ningún problema.

3. Marco Teórico

3.1. Clima social familiar

3.1.1 *Definición de familia*

Para entender la definición del clima social familiar se empezará por conceptualizar a la familia.

La ONU (1994) menciona que la familia es un ente universal y tal vez el concepto más básico de la vida social; no obstante, las familias se manifiestan con distintas funciones y de muy diversas maneras. No existe una definición universalmente aplicable, ya que sus formas varían según las sociedades y las culturas a través de los tiempos, con arreglo a los cambios sociales, políticos y económicos.

Zavala (2001) la define como un conjunto de personas que viven juntas y que se relacionan unas con otras, compartiendo sentimientos, responsabilidades, informaciones, costumbres, valores, mitos y creencias. De manera que cada miembro asume roles que permiten el mantenimiento del equilibrio familiar. Mientras que para Lafosse (2002) la familia es un grupo de personas unidas por los lazos del matrimonio, la sangre o la adopción; constituyendo una sola unidad doméstica; interactuando y comunicándose entre ellas en sus funciones sociales respectivas, manteniendo una cultura común.

Así también Freixa (citado por Carrera y Pereira, 2005) define la familia como un fenómeno social de primer orden por las funciones que desempeña, no sólo de forma individual para cada uno de sus miembros sino también para la sociedad de la que forma parte. Desde el punto de vista de la sociedad, la familia se presenta como una institución mediadora entre el individuo y la colectividad, como un puente para que el individuo se incorpore a la vida social.

Asimismo, Otero (1990) refiere que la familia es la primera escuela de las virtudes humanas y sociales que todas las sociedades necesitan, ya que por sus lazos naturales

favorece el desarrollo de la persona y de su intimidad, además de influenciar silenciosa y profundamente en la vida de una persona, por lo que el Congreso de la República en la Ley General de Educación N° 28044 (2003), en su artículo 54, señala que la familia es: el núcleo fundamental de la sociedad, responsable de la educación integral de los hijos. A los padres de familia les corresponde educar a sus hijos y proporcionarles un trato respetuoso de sus derechos como personas, adecuado para el desarrollo de sus capacidades, y asegurarles la culminación de su educación. Informarse sobre la calidad del servicio educativo y velar por ella y por el rendimiento académico y el comportamiento de sus hijos. Además, participar y colaborar en el proceso educativo de sus hijos.

Según Aguilar (2001) menciona el concepto de familia desde diferentes enfoques: antropológico, biológico y psicológico.

Desde el punto de vista *antropológico*, la familia nuclear es aquella que se refiere a la pareja y a su descendencia, la familia extensa es la que se refiere a la existente entre padres e hijos hasta la cuarta generación.

El enfoque *biológico* en la familia se refiere a la unión de dos personas de sexo distinto para la reproducción, conservación de la especie, la preservación de los miembros y la crianza de los hijos.

Con respecto al ambiente *psicológico*, presenta a la familia, como una institución social, constituyendo un área de desenvolvimiento en el que intervienen la patria, el suelo natal y las condiciones de desarrollo. Además Merani la define como un grupo de personas íntimamente unidas, que conforma profundamente la personalidad de sus miembros (Pezúa, 2012).

Por otro lado, Moraleda (2000) menciona que la familia desde un enfoque *evolutivo* es cuando surge en un momento determinado de la vida de un individuo y cuyo desarrollo correcto de este será un hombre con gran satisfacción por lograr sus metas y éxitos.

Después de revisar las acotaciones de diversos autores, se concluye que, la familia es un grupo de personas que se relacionan e influyen tanto positiva o negativamente entre ellos. Es la primera institución encargada de introducir valores, carácter, afecto y adecuadas relaciones interpersonales a sus hijos, además de fomentar en ellos la toma de decisiones.

3.1.2 Tipos de familia.

Actualmente, la familia no solo puede entenderse desde el aspecto tradicional (mamá, papá e hijos) sino también constituida por uno de los padres y los hijos, uno de los padres y otros familiares, hijos a cargo de otros adultos que no necesariamente son sus familiares. Las clasificaciones o tipologías de la familia son muy diversas.

Martín (2000) menciona cuatro tipos de familias:

- La familia nuclear o elemental, es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia.
- La familia extensa o consanguínea, se compone de más de una unidad nuclear, extendiéndose más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre. Otros parientes tales como, tíos, tías, primos o sobrinos que viven en el mismo hogar.
- La familia de madre soltera, es aquella en la que la madre desde un inicio asume, generalmente sola, la crianza de sus hijos/as debido a que el hombre se distancia y no reconoce su paternidad por diversos motivos.
- La familia de padres separados, tanto hombre como mujer dejan de ser pareja pero cumplen su rol de padres ante los hijos.

Por su parte, la ONU (citado por Robles, 2012) aumenta otros tipos de familia:

- Familias *uniparentales* o *monoparentales*, en la que el hijo o hijos vive (n) sólo con uno de los padres (Valdivia, 2008). La familia monoparental es aquella en

que sólo está presente el padre o la madre, llamada también “familia rota, incompleta o disfuncional”. La existencia de este tipo de familia se debe a la muerte de algún miembro, separaciones de larga duración: hospitalizaciones, encarcelamientos, emigración de uno de los cónyuges, por separaciones con diversas modalidades ya sean pactados, o con desacuerdos, conflictos continuos o abandono de algún miembro.

- Familias *polígamas*, se refiere cuando el hombre o la mujer poseen muchas parejas.
- Familias *compuestas*, que habitualmente incluye tres generaciones: abuelos, padres e hijos que viven juntos.
- Familia *reorganizada* o reconstituida, que vienen de otros matrimonios o personas que tuvieron hijos con otras parejas. Valdivia (2008) las señala como la familia Polinuclear, llamada también reconstituida, son aquellas en las que al menos uno de los cónyuges proviene de alguna unión familiar anterior.
- Familias *migrantes*, compuestas por miembros que proceden de otros contextos sociales, generalmente del campo hacia la ciudad.
- Familias *apartadas*, son aquellas en las que existe distancia emocional y aislamiento entre sus miembros.
- Familias *enredadas* son familias de padres predominantemente autoritarios.

Además, Valero y Cruz (2012) refiere que el término familia designa al grupo de individuos vinculados entre sí por lazos consanguíneos, consensuales o jurídicos, que constituyen complejas redes de parentesco, actualizados de manera episódica a través del intercambio, la cooperación y la solidaridad, existiendo los siguientes tipos de familia: la pareja sin hijos, la pareja con uno o más hijos solteros, y el padre o la madre con uno o más hijos solteros, en su sentido más amplio.

3.1.3 *Funciones de la familia.*

Según Palacios y Rodrigo dentro de las funciones básicas que la familia cumple con los hijos son las de asegurar su supervivencia, su sano crecimiento y su socialización en las conductas básicas de comunicación, además de aportar un clima de afecto y apoyo, lo que implica establecer relaciones de apego, sentimiento de relación privilegiada y de compromiso emocional. Capacitarlos para relacionarse competentemente con su entorno físico y social y puedan enfrentar las demandas y exigencias planteadas por su adaptación al mundo. (Robles, 2012).

Así también Ugarriza (1993) especifica 5 funciones principales de la familia:

- Biológica, se refiere a las funciones más cotidianas como la alimentación, salud y descanso.
- Cuidado, se refiere a resolver de la manera más adecuada las necesidades de alimentación, vestido, seguridad física, acceso a la salud, educación de cada uno de sus miembros; Afecto, consiste en propiciar amor y cariño en base a los subsistemas paternal, filial, conyugal, fraternal. Y por último Reproducción, se refiere a que el matrimonio, siendo una institución legal y sacramento de la iglesia, nace para regular dos factores dentro de la familia y la sociedad: el factor sexual y el de la reproducción.
- Socialización, tiene como finalidad transformar a un niño totalmente independiente y autónomo con plena independencia para que pueda desarrollarse en la sociedad. Asimismo, Beltrán y Bueno (1997) añade que esta función es básica, en la que la escuela, pares, medios de comunicación social, y sobre todo la familia son agentes de socialización y educación. Además, la considera como un factor fundamental del ser humano, ya que mediante ello, se aceptan, defienden y transmiten una serie de valores y normas a fin de satisfacer diversos objetivos y

propósitos. Asimismo, Molpeceres (citado por Isaza, 2012) acota que la socialización es el eje fundamental sobre el que se articula la vida intrafamiliar y el contexto sociocultural con su carga de roles, expectativas, creencias y valores. A su vez, McCall y Simmons agrega que el primer marco de referencia para fomentar la socialización es la familia. Que mediante un complejo proceso de interacciones el niño/a asimila conocimientos, emociones, actitudes y pautas que definirán en cierta medida su estilo de adaptación y ajuste al ambiente social. Dicho proceso es un aprendizaje no formalizado que se presenta de forma explícita a través de las interacciones y de manera implícita mediante el modelado, la inferencia, la observación, y el ensayo y error. Asimismo, Sánchez (2008) menciona que el proceso de socialización empieza desde que el niño (a) nace, destacando las figuras de apego y la evolución de los vínculos sociales. Por esto, la familia juega un papel muy importante en el desarrollo de los individuos, ya que garantiza la supervivencia física y la inserción para adecuadas interacciones sociales. Entonces, si el niño crece en todo momento en un ambiente de seguridad y afecto, formará confianza en sí mismo, logrando establecer relaciones afectivas y sociales adecuadas. Por lo que Muñoz (2009) refiere que cuando el niño logra adaptarse al medio social en el que vive aprenderá su lengua, su cultura, su conducta y sus principios éticos. Sin embargo, Dumas y La-Freniere, señalan que cuando la familia no estimula la adaptación, surgen factores adversos creando la probabilidad de que se desarrollen disfunciones conductuales (citado por Isaza y Henao, 2011).

Otra de las funciones es señalada por Beltrán y Bueno (1997) quien añade a la educación, en la que los padres enseñan actitudes y habilidades necesarias (andar, hablar, respuesta afectiva a la sonrisa, etc.), que si no se educan en el momento oportuno, luego ya no es posible inculcarlas en el niño.

Nos inclinamos en la idea de Ugarriza (citado por Pezúa, 2012) ya que el autor menciona e incluye todas las funciones básicas de la familia, por lo que si el niño recibe cuidado, afecto y educación logrará su independencia, mejores relaciones interpersonales, formación de valores, toma de decisiones y una adecuada socialización. Esta última es una de las más relevantes ya que si el niño se forma en un ambiente donde se prioriza la comunicación, en la adolescencia no se verá involucrado en situaciones de riesgo, como la ingesta de bebidas alcohólicas.

3.1.4 Definición de clima social familiar

Kemper describe al clima social familiar como el conjunto de características psicosociales e institucionales de un determinado grupo de personas, sobre un ambiente que se desarrolla en forma dinámica, donde se evidencian aspectos de comunicación e interacción favoreciendo el desarrollo personal (Castro y Morales, 2014). Así también Zimmer-Gembeck y Locke (2007), definen: “el clima social familiar está constituido por el ambiente percibido e interpretado por los miembros que integran la familia, y ha mostrado ejercer una influencia significativa tanto como en la conducta, como en el desarrollo social, físico, afectivo e intelectual de los integrantes” (p. 124). Por su lado Trickett (1989), manifiesta que el clima social familiar es el fruto de la suma de las aportaciones personales de cada miembro de la familia, los cuales tienen un papel decisivo en el desarrollo de diferentes capacidades como establecer relaciones independientes y resolver conflictos adecuadamente.

Mientras que Lila y Buelga (2003) mencionan que un clima social familiar positivo hace referencia a un ambiente fundamentado en la cohesión afectiva entre padres e hijos, el apoyo, la confianza e intimidad y la comunicación abierta y empática; se ha constatado que estas dimensiones potencian el ajuste conductual y psicológico de los hijos. Un clima familiar negativo, por el contrario, carente de los elementos mencionados, se ha asociado

con el desarrollo de problemas de comportamientos en niños y adolescentes caracterizado por los problemas de comunicación entre padres e hijos adolescentes, así como la carencia de afecto y apoyo, dificulta el desarrollo de determinadas habilidades sociales en los hijos que resultan fundamentales para la interacción social. De manera que Bronfenbrenner refiere que el clima social familiar, es uno de los aspectos más importantes en la formación del adolescente, debido a que muchas de las conductas que manifiestan son producto de un proceso de condicionamiento y aprendizaje que se da en el ambiente familiar (citado por Castro y Morales 2014).

3.1.5 Modelos teóricos de la familia.

3.1.5.1. Modelo ecológico

Torrico, Santín, Andrés, Menéndez y López (2002) mencionan que el postulado de Bronfenbrenner, autor principal de este modelo, creó la teoría ecológica sobre el desarrollo y el cambio de conducta en el individuo, teniendo muy en cuenta la importancia crucial del ambiente, que influye en el sujeto y en su cambio de desarrollo. Así lo señala Lewin (1936) quien menciona que la conducta surge en función del intercambio de la persona con el ambiente. También García (2001), agrega que este modelo es dinámico, estático, y los procesos que influyen en el desarrollo son continuos e interactivos; este desarrollo humano comprende tres características: En primer lugar considera a la persona como una entidad dinámica que va reestructurando el medio en el que vive. En segundo lugar, el ambiente influye, y requiere un proceso de acomodación mutua considerándose bidireccional y en tercer lugar el ambiente no se limita a un único entorno inmediato.

Bronfenbrenner postula cuatro niveles o sistemas que operarían en armonía para afectar directa e indirectamente sobre el desarrollo de la persona:

- **Microsistema**, es un patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona experimenta en un entorno determinado, por ejemplo, el hogar.

- Mesosistema, comprende las interrelaciones de dos o más entornos en lo que una persona en desarrollo participa activamente por ejemplo, para un niño, las relaciones entre su hogar, sus amigos y su escuela.
- Exosistema, se refiere a uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno de la persona, ejemplo para un hijo, el trabajo de sus padres.
- Macrosistema, se refiere a las correspondencias entre los tres anteriores sistemas, al nivel de la cultura. Por ejemplo, en un país los niveles educativos no funcionan de la misma manera (García, 2011).

3.1.5.2. *Modelo sistémico.*

La Teoría general de sistemas fue desarrollada por Bertalanffy (1987), quien definió a un sistema como una serie de elementos interrelacionados con un objetivo común, que se afectan unos a otros, y la característica que los une es la composición que tienen, es decir, la totalidad, la cual no es solo la suma de las partes, sino también la relación entre ellas, además, cada elemento tiene una función e interactúan entre ellos. De esta teoría se toma a la familia como un sistema, por lo que Soria (2010) menciona que el enfoque sistémico considera a la familia de vital importancia puesto que la forma como están organizados sus miembros, el papel que juega cada uno de ellos, la forma en la que se comunican, van a determinar el tipo de relaciones que se establece en dicho sistema familiar, lo que a su vez posibilitará o no la presencia y/o mantenimiento de problemas psicológicos.

Dentro de este modelo resaltamos al enfoque evolutivo y estructural.

Haley (1981), representante del enfoque evolutivo, refiere que a la familia como un sistema, quien atraviesa una serie de fases más o menos normativas y propias de su ciclo vital (noviazgo y matrimonio; procreación; adolescencia, maduración y emancipación de los

hijos; nido vacío). La importancia de las nociones evolutivas en Terapia Familiar Sistémica (TFS) no radica solo en cada fase en sí misma, sino en las crisis a que puede dar lugar el paso de una a otra. En este sentido, el proceso óptimo de superación de tales crisis consiste en modificar la estructura del sistema familiar manteniendo su organización.

Para el Modelo Estructural Sistémico, que tiene como principal representante a Salvador Minuchin (2003), define la estructura familiar como “el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia”. Señala además, que la familia está conformada por varios subsistemas o holones. Holón es el término que significa que se es un todo y una parte al mismo tiempo, con lo que se considera entonces que la familia es un todo (sistema familiar) y a la vez un sistema que es parte de otro (s) mayor (es) como la familia extensa.

3.1.5.3. Modelo del clima social familiar de Moos.

Este modelo, tiene como autor principal a Moos. Antes de ello, Kemper (citado por Robles, 2012) señala que para explicar la teoría del clima social de Moos, la base teórica es la psicología ambientalista. Por lo que Holahan menciona que la psicología ambiental, comprende una amplia área de investigación en relación al ambiente y su influencia sobre el individuo, es decir la interrelación del ambiente físico con la conducta y la experiencia humana, enfatizando que no solamente los escenarios físicos afectan la vida de las personas, los individuos también influyen activamente sobre el ambiente. Para Moos, el ambiente es un determinante decisivo del bienestar del individuo y es fundamental como formador del comportamiento humano ya que contempla una compleja combinación de variables organizacionales, sociales y físicas, las que influirán sobre el desarrollo el individuo (citado por Zavala, 2001).

De acuerdo a esta base teórica Moos (1974) evalúa el Clima Social en diversos ambientes (escolar, familiar, laboral, hospitalario, correccional, universitario, grupal y comunitario),

explicando que el clima social pretende describir las características psicosociales e institucionales de un determinado grupo asentado sobre un ambiente.

Considerando al clima social familiar, este modelo enfatiza la medición y descripción de las relaciones interpersonales entre los miembros, en dirección al crecimiento personal dentro de la familia y la organización estructural de la misma. Moos (1974) define al clima familiar como un determinante decisivo en el bienestar del individuo, asumiendo que el rol del clima familiar es fundamental como formador del comportamiento humano, puesto que este contempla una compleja combinación de variables organizacionales, sociales y físicas, las que influirán contundentemente sobre el desarrollo del individuo. También considera las características socio-ambientales de la familia, la misma que es descrita en función de las relaciones interpersonales de los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica.

Por ello, Moos hizo una clasificación de seis tipos de familias derivadas de este modelo: las familias orientadas hacia la expresión, las cuales hacen énfasis en la expresión de las emociones; las familias orientadas hacia la estructura, que dan mayor importancia a la organización, la cohesión, la religión, la expresión, el control, la aspiración al logro y la orientación intelectual-cultural; además encontramos las familias orientadas hacia la independencia, siendo muy asertivas y autosuficientes por ser estructurales y expresivas; así como también, las familias orientadas hacia la obtención de logros, caracterizadas por ser competitivas y trabajadoras; las familias orientadas hacia la religión, que sostienen actitudes éticas-religiosas y por último, están las familias orientadas hacia el conflicto, las cuales son poco estructuradas, menos cohesivas y desorganizadas, considerando un alto grado de conflicto y pocos mecanismos de control (citado por Castro y Morales, 2014).

En base a este modelo Moos (1994) ha elaborado diversas escalas de clima social aplicables a diferentes tipos de ambiente como es el caso de Clima Social en la Familia

(FES), compuesta por tres dimensiones o atributos afectivos que hay que tener en cuenta para evaluarlo. En primer lugar una dimensión de relación; segundo, una dimensión de desarrollo y tercero, una dimensión de estabilidad, las cuales se dividen a su vez en subescalas:

a. Dimensión de relación: Esta dimensión evalúa tanto el grado de comunicación como libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción que la caracteriza, la cual se encuentra conformada por las subescalas: Cohesión, la cual es definida como el grado en que los miembros de la familia se apoyan y ayudan entre sí; Expresividad, que se refiere al grado en que se permite a los miembros de la familia expresar libremente sus sentimientos; y Conflicto, que está descrita como el nivel en que se expresan abiertamente la cólera, la agresividad y el conflicto entre los miembros de la familia.

b. Dimensión de desarrollo: Evalúa el grado de importancia que tienen la independencia y la competitividad dentro de la familia, que pueden ser fomentados, o no, por la vida en común. Está constituida por cinco subescalas: la Autonomía o grado en que los miembros de la familia están seguros de sí mismos y toman sus propias decisiones; la Actuación, denominando al grado en que las actividades (escuela o trabajo) se enmarcan en una estructura orientada a la acción o competencia; Intelectual-Cultural, que es el grado de interés en las actividades políticas, sociales, intelectuales y culturales; Social-Recreativo, que mide el grado de participación en este tipo de actividades; y finalmente la Moralidad-Religiosidad, definida por la importancia que se da en el ámbito familiar a las prácticas y valores de tipo ético y religioso.

c. Dimensión de estabilidad: Brinda información sobre la estructura y organización de la familia sobre el grado de control que unos miembros ejercen

sobre otros. Está conformada por dos subescalas: La primera es la de Organización, que evalúa la importancia que se da a la distribución y estructura al planificar las actividades y responsabilidades de la familia; y la segunda es la de Control o grado en que la dirección de la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos.

3.2. Consumo de alcohol

3.2.1 *Definición del alcohol*

Para empezar el Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2007) menciona que el componente activo de las bebidas alcohólicas es el etanol. Según Sánchez y Tutret, esta composición está conformado por una molécula de dos átomos de carbono y un grupo oxhidrilo (OH) unido a uno de los dos carbonos.

En relación a sus propiedades, la Fundación Alcohol y Sociedad (2000), señalan las siguientes: estado natural líquido, soluble al agua (hidrofilia), e insoluble en grasas (lipófoba), y sustancia volátil debido a su bajo peso molecular con una densidad menor que el agua: 0'79 gr/cc.

Según Ortiz de Zárate, et al. (2011) consideran al alcohol como una droga psicótropa, depresora del sistema nervioso central (SNC), con acción reforzante positiva y con capacidad de crear dependencia psicofísica y adicción desarrollando tolerancia, definición respaldada por la OMS (1994), quien también la caracteriza como una droga ya que cumple con los criterios que definen a una sustancia como tal: genera adicción, provoca tolerancia y su ausencia provoca el síndrome de abstinencia. Además, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España (2006), refiere que el alcohol inhibe progresivamente las funciones cerebrales, afectando en la capacidad de autocontrol, produciendo inicialmente euforia y desinhibición, por lo que puede confundirse con un estimulante. Esta sustancia es considerado por la OMS (1994) como una de las drogas

potencialmente más peligrosas para la salud física, psíquica y social de las personas, por encima de sustancias tales como la cocaína, los estimulantes sintéticos, los alucinógenos o los derivados del cannabis, de manera que, Fergusson, Boden y Horwood la consideran la “droga puerta de entrada”, la cual produciría cambios neurobiológicos que aumentarían la respuesta a otras sustancias adictivas (citado por Maturana, 2011).

Para Heath el alcohol juega un rol importante en la vida social cotidiana; está presente en ocasiones sociales diversas, como bautizos, bodas y funerales; también está presente en la transición entre el trabajo y el juego, facilitando el intercambio social. A lo largo de la historia, y en diferentes culturas, el alcohol resulta ser un medio frecuente utilizado entre amigos para aumentar la diversión y disfrutar aún más la compañía del otro (Organización Panamericana de la Salud, 2008). De manera que, la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (2013) refieren que es la sustancia legal más consumida por los y las escolares.

3.2.2 Tipos de bebidas alcohólicas

Sánchez (2005) menciona que existen dos tipos: Bebidas fermentadas (vino, cerveza, sidra, cava), son aquellas que proceden de la fermentación de los azúcares contenidos en los mostos de distintas frutas (uvas, manzanas, etc.) y tienen una graduación alcohólica que oscila entre los 4 y los 15 grados; y Bebidas destiladas: (licores de frutas, ginebra, whisky, ron, vodka, brandy, aguardientes), este tipo de bebidas se obtienen por destilación de las bebidas fermentadas, proceso por el que se elimina el agua de las mismas para aumentar su concentración de alcohol. Su graduación alcohólica oscila entre los 16 y los 45 grados.

Es necesario saber que las bebidas fermentadas no por tener una menor concentración significan que sean menos peligrosas, puesto que los efectos producidos por el alcohol dependen en sí de la cantidad ingerida.

Para el Ministerio de Sanidad y Consumo de España (1999) los tipos de bebidas se asemejan a la clasificación del autor anterior, diferenciando las cifras. En relación a las bebidas fermentadas, su grado de alcohol puede oscilar entre 5 y 15 grados. Y en las bebidas destiladas, el grado de alcohol oscila entre 17 y 45 grados.

3.2.3 *Definición de consumo de alcohol.*

Para Pons y Berjano (1999) señala el consumo de alcohol se refiere a la utilización que se hace de una sustancia en un determinado momento, y como consecuencia del cual se experimentan unos efectos determinados. De manera que, el consumo de alcohol lo realiza un bebedor habitual, sea este moderado, esporádico u abusivo, u como quien lo hiciera por primera vez. Es decir, el término consumo de alcohol, en un sentido estricto, contempla únicamente la ingesta actual, aislada de otras ingestas pasadas o futuras. De la misma manera Diez (2003) aclara que el consumo de alcohol es la cantidad y frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas, agregando que es una de las principales categorías incluidas en el determinante de salud que engloba a los estilos de vida. En el caso de los trabajadores de atención primaria de la salud describen el consumo de alcohol de sus pacientes en términos de gramos de alcohol consumidos o de bebidas estándar.

También, el consumo de alcohol es considerado como un patrón de conducta culturalmente aceptado y asociado con creencias, tradiciones, celebraciones de acontecimientos de la vida de la persona y de la familia. Además, frecuentemente es usado como recurso de afrontamiento para eludir problemas familiares, frustraciones, alivio de la depresión, contrarrestar la ansiedad, fatiga y timidez (Diez, 2002). Por lo que Cortaza, et al, (citado por Ávila, 2012) enfatiza a los adolescentes y jóvenes como principales consumidores, debido al gran significado social existente en dichas etapas, tomando como vehículo de socialización y de aceptación grupal al alcohol, que más adelante llega a convertirse en un patrón de conducta aprendida por imitación. Asimismo Elzo (2008) acota

que en esta población el consumo de sustancias tiene un valor de uso de carácter recreativo asociado a efectos reforzantes para divertirse, evadirse, desinhibirse, relacionarse y experimentar placer.

3.2.4 Efectos del alcohol en el SNC

Para explicar el proceso del alcohol en las diferentes partes del organismo. Se describirá la Farmacocinética, que básicamente trata del proceso del alcohol en el organismo y los órganos incluidos. Se distinguen 4 etapas básicas desde la ingestión del alcohol hasta su metabolización y eliminación.

- Ingestión y absorción, el etanol se consume por vía oral, esta pasa por el esófago y el estómago, el alcohol debido a su bajo peso molecular no requiere de un proceso de digestión. Una pequeña parte se absorbe a través de la membrana mucosa del estómago (20-30%) y la mayor parte del alcohol ingerido pasa a la corriente sanguínea a través de las paredes del intestino delgado y las pertenecientes al Duodeno y Yeyuno (70-80%), para luego pasar a la sangre, completándose este proceso en unos 30 a 60 minutos. (Fundación de Alcohol y Sociedad, 2000). Por lo que Barreto (2003) explica que en este primer proceso intervienen los siguientes órganos: el estómago, el intestino delgado y colon. Asimismo, señala que la velocidad de absorción depende de múltiples factores tales como la presencia o ausencia de alimentos, el tiempo de vaciamiento gástrico, la cantidad de alcohol ingerida, etc. Mientras que Gonzales (2011) menciona otros factores como las características de la bebida alcohólica ingerida.

- Distribución, una vez absorbido el alcohol, viaja por la sangre a través de venas y arterias a todos los lugares del organismo. Al ser una sustancia soluble en agua se absorberá fácilmente hacia las células de los distintos órganos y tejidos en proporción a su contenido en agua. El alcohol no absorbido por los tejidos

permanecerá en la sangre. La bilis y el líquido cefalorraquídeo absorberán más cantidad de alcohol que la sangre.

- Metabolización, el alcohol se oxida por completo en una proporción del 90-98% en el hígado. La enzima encargada de su metabolización es la alcohol deshidrogenasa, la cual requiere nicotinamida adenina dinucleótido (NAD) como aceptor de hidrógeno. El etanol también puede ser biotransformado por acción de la oxidasa microsómica de función mixta, enzima que aumenta su actividad en individuos que consumen alcohol con regularidad. El acetaldehído que resulta de la acción de estas enzimas, es convertido por la acetaldehído deshidrogenasa en ácido acético, el cual ingresa al ciclo de Krebs o se emplea en diferentes reacciones anabólicas que participan en la síntesis de colesterol, ácidos grasos y otros constituyentes tisulares. El disulfiram inhibe al acetaldehído deshidrogenasa, aumentando las concentraciones de acetaldehído y generando un síndrome caracterizado por: rubor facial, cefalea, náuseas, vómitos, sudoración, hipotensión arterial, visión borrosa, confusión y dificultad respiratoria (Barreto, 2003).

- Eliminación, según la Fundación de Alcohol y Sociedad (2000), el 10% del alcohol ingerido no se transforma por el hígado, y se elimina principalmente a través de la orina, pero también a través del aliento, el sudor. Mientras que Gonzales (2011) refiere el 2% y un 10% del alcohol no oxidado se elimina a través de distintas secreciones corporales. Además, otros factores que modifican la alcoholemia a nivel de la distribución, el metabolismo o la eliminación del alcohol, cabe destacar: el peso, la cantidad de agua del organismo, el género, el hábito de beber y la idiosincrasia individual (el hábito de beber puede acelerar el metabolismo del alcohol), la toma de medicamentos y otros estados temporales y la edad.

3.2.5 *Manifestaciones clínicas del alcohol*

En el IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM- IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría describe los trastornos relacionados con sustancias, dentro de este grupo incluye la clasificación relacionados al alcohol que se dividen en dos grupos: El primer grupo se refiere a los trastornos por consumo de alcohol, en las que se encuentra la dependencia de alcohol (F10.2x) y abuso de alcohol (F10.1) y el segundo grupo son los trastornos inducidos por sustancias incluyendo la intoxicación por el alcohol (F10.00), abstinencia del alcohol (F10.3), delirium por intoxicación por alcohol (F10.03), delirium por abstinencia de alcohol (F10.4), demencia persistente inducida por el alcohol (F10.73), trastorno amnésico persistente inducido por el alcohol (F10.6), trastorno psicótico inducido por el alcohol, con ideas delirantes (F10.51), trastorno psicótico inducido por el alcohol, con alucinaciones (F10.52), trastorno del estado de ánimo inducido por el alcohol (F10.8), trastorno de ansiedad inducido por el alcohol (F10.8), trastorno sexual inducido por el alcohol (F10.8), trastorno del sueño inducido por el alcohol (F10.8) y el y trastorno relacionado con el alcohol no especificado (F10.9).

Dentro de los trastornos por consumo de alcohol:

La dependencia al alcohol (F10.2x): La característica esencial consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo alcohol, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella, en un periodo mínimo de 12 meses. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia. La tolerancia (Criterio 1) se refiere a la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de alcohol para alcanzar la intoxicación o el efecto deseado (a) o una notable disminución de los efectos del alcohol con su uso continuado a las mismas dosis (b). La abstinencia (Criterio 2) es un cambio de comportamiento desadaptativo, con

concomitantes cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración en la sangre o los tejidos del alcohol disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de alcohol (a). Después de la aparición de los desagradables síntomas de abstinencia, el sujeto puede continuar consumiendo alcohol a lo largo del día para eliminarlos o aliviarlos (b). Además, el alcohol es tomado con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía (Criterio 3). Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de alcohol (Criterio 4). Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención del alcohol (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), o en la recuperación de los efectos de dicha sustancia (Criterio 5). Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo del alcohol (Criterio 6). Se continúa tomando dicha sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes (Criterio7).

Abuso de alcohol (F10.1): Un patrón desadaptativo de consumo de bebidas alcohólicas que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos durante un período de 12 meses (Criterio A). El sujeto intoxicado o con otros síntomas relacionados con el alcohol da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa) (1). Puede ocurrir que la persona se intoxique repetidamente en situaciones que son físicamente peligrosas (p. ej., mientras conduce el coche, accionando maquinaria o durante actividades recreativas de riesgo bajo los efectos del alcohol) (2), además tiene problemas legales repetidos relacionados con el alcohol (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia) (3). Y sigue un Consumo continuado del alcohol, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o

problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física) (4). Además, los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia (Criterio B).

Los trastornos inducidos por el alcohol se refieren a los siguientes:

Intoxicación por alcohol (F10.00), la característica esencial de la intoxicación es la ingesta reciente de alcohol (Criterio A). Cambios psicológicos comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante la intoxicación o pocos minutos después de la ingesta de alcohol (Criterio B). Se presentan uno o más de los siguientes síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol: lenguaje farfullante, incoordinación, marcha inestable, nistagmo, deterioro de la atención o de la memoria, estupor o coma (Criterio C). Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (Criterio D).

Abstinencia de alcohol (F10.3), es la interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades (Criterio A). Luego se presentan dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días: la hiperactividad autonómica (p. ej., sudoración o más de 100 pulsaciones), temblor distal de las manos, insomnio, náuseas o vómitos, alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones, agitación psicomotora, ansiedad, crisis comiciales de gran mal o crisis epilépticas (Criterio B). Estos síntomas anteriores provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad social laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto (Criterio C). Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (Criterio D).

De la misma manera El CIE-10 describe una sección de los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas (F10 –F 19), en la que incluye los trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo del alcohol (F10), cuya gravedad incluye desde la intoxicación aguda y el consumo perjudicial, hasta los cuadros psicóticos y demencia.

Intoxicación aguda (F1x.0), se trata de un estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicótropas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas. Incluye la embriaguez aguda en alcoholismo. Según las pautas del diagnóstico la intoxicación aguda suele estar en relación con la dosis de la sustancia, La desinhibición relacionada con el contexto social (por ejemplo, en fiestas o carnavales) debe también ser tomada en cuenta. La intoxicación aguda es un fenómeno transitorio. La intensidad de la intoxicación disminuye con el tiempo, y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo de la sustancia. Los síntomas de la intoxicación no tienen por qué reflejar siempre la acción primaria de la sustancia. Por ejemplo, las sustancias psicótropas depresoras del sistema nervioso central pueden producir síntomas de agitación o hiperreactividad o las sustancias psicótropas estimulantes, dar lugar a un estado de introversión y retraimiento social. Por otra parte, muchas sustancias psicótropas pueden producir efectos de diferentes tipos en función de la dosis. Por ejemplo, el alcohol que a dosis bajas parece tener efectos estimulantes del comportamiento, produce agitación y agresividad al aumentar la dosis y a niveles muy elevados da lugar a una clara sedación.

Puede recurrirse al quinto carácter siguiente para indicar si la intoxicación aguda tiene alguna complicación: No complicada, cuando los síntomas varían de intensidad, pero suelen estar en relación con la dosis, en especial a los niveles más altos (F1x.00). Con traumatismo

o lesión corporal (F1x.01). Con otra complicación médica, por ejemplo, hematemesis, aspiración de vómitos, etc.(F1x.02). Con delirium (F1x.03). Con distorsiones de la percepción (F1x.04). Con soma (F1x.05). Con convulsiones (F1x.06) e intoxicación psicológica, cual únicamente se aplica al alcohol (F1x.07)

Consumo perjudicial (F1 x.1), se trata de una forma de consumo que está afectando ya a la salud física (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicotropas por vía parenteral) o mental, como por ejemplo, los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol. Según las pautas para el diagnóstico requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia. Las formas perjudiciales de consumo suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos. El hecho de que una forma de consumo o una sustancia en particular sean reprobados por terceros o por el entorno en general, no es por sí mismo indicativo de un consumo perjudicial, como tampoco lo es sólo el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa tales como ruptura matrimonial.

Síndrome de dependencia (F1x.2), se trata de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas adquiere la máxima prioridad para el individuo, incluso de cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron un valor más alto. El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante en algún momento en los 12 previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes: Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia (a). Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida(a). Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia (ver F1x.3, F1x.4) cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el

consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia (b). Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia) (c). Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos (d). Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia (e).

Una característica esencial del síndrome de dependencia es que debe estar presente el consumo de una sustancia o el deseo de consumirla, además suele presentarse cuando se intenta frenar o controlar el consumo de la sustancia.

El síndrome de dependencia es cuando sienten la compulsión a consumir por lo general cualquier tipo de sustancias disponibles y en los que se presentan inquietud, agitación o síntomas somáticos de un estado de abstinencia, al verse privados de las sustancias). Incluye el Alcoholismo crónico.

El diagnóstico de síndrome de dependencia se puede especificar más con los siguientes códigos de cinco caracteres: En la actualidad en abstinencia. (F1x.20) En la actualidad en abstinencia en un medio protegido ya sea en un hospital, comunidad terapéutica, prisión, etc. (F1x.21). En la actualidad en un régimen clínico de mantenimiento o sustitución supervisado, por ejemplo, con metadona, con chicles o parches de nicotina (F1x.22). En la actualidad en abstinencia con tratamiento con sustancias aversivas o bloqueantes, por

ejemplo, disulfiram o naltrexona (F1x.23). Con consumo actual de la sustancia o dependencia activa (F1x.25). Con consumo continuo (F1x.24) y con consumo episódico o dipsomanía (F1x.26).

Síndrome de abstinencia (F1x.3), se trata de un conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y están relacionados con el tipo de la sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia. El síndrome de abstinencia puede complicarse con convulsiones, según las pautas para el diagnóstico. El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores de la presencia del síndrome de dependencia. Los síntomas somáticos varían de acuerdo con la sustancia consumida. Los trastornos psicológicos (por ejemplo ansiedad, depresión o trastornos del sueño) son también rasgos frecuentes de la abstinencia. Es característico que los enfermos cuenten que los síntomas del síndrome de abstinencia desaparecen cuando vuelven a consumir la sustancia. Los síntomas del síndrome de abstinencia pueden inducirse por estímulos condicionados o aprendidos, aun en la ausencia de un uso previo inmediato de la sustancia. En estos casos el diagnóstico de síndrome de abstinencia sólo se hará si lo requiere su gravedad.

El diagnóstico de síndrome de abstinencia puede concretarse más con un quinto carácter: no complicado (F1x.30) y con convulsiones (F1x.31).

Síndrome de abstinencia con delirium (F1.x4), se trata de un trastorno en el que un síndrome de abstinencia se complica con un delirium (F05). Los síntomas prodrómicos típicos son insomnio, temblores y miedo. A veces el comienzo está precedido por convulsiones de abstinencia. La tríada clásica de síntomas consiste en obnubilación de la conciencia y estado confusional, alucinaciones e ilusiones vividas en cualquier modalidad

sensorial y temblor intenso. Pueden aparecer también ideas delirantes, agitación, insomnio, inversión del ciclo sueño-vigilia y síntomas de excitación del sistema nervioso vegetativo.

Excluye: Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas (F05.-). El diagnóstico de síndrome de abstinencia con delirium puede concretarse más con cinco caracteres: Sin convulsiones (F1x.40) y Con convulsiones (F1x.41).

Trastorno psicótico (F1x.5), se trata de un trastorno que normalmente se presenta acompañando al consumo de una sustancia o inmediatamente después de él, caracterizado por alucinaciones (auditivas, pero que afectan a menudo a más de una modalidad sensorial), falsos reconocimientos, ideas delirantes o de referencia (a menudo de naturaleza paranoide o de persecución), trastornos psicomotores (excitación, estupor) y estados emocionales anormales, que van desde el miedo intenso hasta el éxtasis. Suele haber claridad del sensorio, aunque puede estar presente un cierto grado de obnubilación de la conciencia, que no llega al grado de un estado confusional grave. Lo característico es que el trastorno se resuelva parcialmente en un mes y de un modo completo en seis meses. Según las pautas para el diagnóstico, está reservado para los trastornos psicóticos que se presentan durante el consumo de una droga o inmediatamente después de él (por lo general dentro de las primeras 48 horas), siempre y cuando no sean una manifestación de un síndrome de abstinencia con delirium (F1x.4) o de comienzo tardío. Los trastornos psicóticos de comienzo tardío (comienzo después de dos semanas de consumo de la sustancia) pueden aparecer, pero deben codificarse como F1x.7.

Los síntomas son variados, ya que están en función de la sustancia y de la personalidad del consumidor. En el caso de las sustancias estimulantes, como la cocaína y las anfetaminas, estos trastornos psicóticos se presentan por lo general tras consumos prolongados o a dosis altas de la sustancia. Se incluye: Alucinosis alcohólica, Celotipia alcohólica., Paranoia alcohólica y Psicosis alcohólica sin especificación.

El diagnóstico de trastorno psicótico puede concretarse más con cinco caracteres: Esquizofreniforme (F1x.50) con predominio de las ideas delirantes (F1x.51), F1x.52 con predominio de las alucinaciones (incluye la alucinosis alcohólica). Con predominio de síntomas polimorfos (F1x.53), con predominio de síntomas depresivos (F1x.54), con predominio de síntomas maníacos (F1x.55) y Trastorno psicótico mixto (F1x.56).

Síndrome amnésico (F1x.6), se trata de un síndrome en el cual hay un deterioro notable y persistente de la memoria para hechos recientes y la memoria remota se afecta en algunas ocasiones, mientras que está conservada la capacidad de evocar recuerdos inmediatos. También suelen estar presentes un trastorno del sentido del tiempo, con dificultades para ordenar cronológicamente acontecimientos del pasado y una disminución de la capacidad para aprender nuevas cosas. Puede ser marcada la presencia de confabulaciones, aunque no siempre están presentes. El resto de las funciones cognoscitivas suele estar relativamente bien conservadas. Los requisitos primarios para este diagnóstico son: Trastorno de memoria para hechos recientes (aprendizaje de material nuevo), trastorno del sentido del tiempo, es decir una alteración de la capacidad para ordenar cronológicamente los acontecimientos del pasado, aglutinación de acontecimientos repetidos en uno solo, etc. (a). Ausencia de alteración de la evocación de recuerdos inmediatos, menor alteración de la conciencia y en general de las funciones cognoscitivas (b) y antecedentes o la presencia objetiva de consumo crónico (y a dosis particularmente altas) de alcohol u otras sustancias psicotropas (c). Incluye: Psicosis de Korsakov inducida por alcohol u otras sustancias psicotropas. Y el Síndrome de Korsakov inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.

Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol o por sustancias psicotropas (F1x.7), se trata de dos estados en los cuales ciertos trastornos cognoscitivos, afectivos, de la personalidad o del comportamiento debidos al consumo de alcohol u otras sustancias psicotropas, persisten más allá del tiempo de

actuación de la sustancia. Según las pautas para el diagnóstico la presencia de este trastorno debe estar directamente relacionada con el consumo de alcohol u otra sustancia psicótropa. Los casos cuyo comienzo tiene lugar con posterioridad a un episodio de consumo de sustancias sólo deben ser diagnosticados de trastorno psicótico residual inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas, si hay una evidencia clara y sólida para atribuir al trastorno psicótico residual al efecto de la sustancia. Un trastorno psicótico residual implica un cambio o una exageración marcada de las formas de comportamiento previa y normal.

El trastorno psicótico residual debe persistir más allá del período en el cual puede asumirse razonablemente la presencia de los efectos directos de una sustancia en particular (véase F1x.0, intoxicación aguda). La demencia secundaria al consumo de alcohol u otras sustancias psicotropas no es siempre irreversible, y así las funciones intelectuales y amnésicas pueden mejorar tras un período de abstinencia total.

El diagnóstico de trastorno psicótico residual inducido por sustancias psicotropas puede subdividirse utilizando cinco caracteres: (F1 x.70) Con reviviscencias ("flashbacks"), que pueden distinguirse de los trastornos psicóticos en parte por su naturaleza episódica, y porque frecuentemente son de muy corta duración (segundos o minutos) o por los síntomas de reduplicación (a veces exacta) de experiencias anteriores relacionadas con sustancias psicotropas (F1x.71) Trastorno de la personalidad o del comportamiento, cuando satisfagan las pautas de trastorno orgánico de la personalidad (F1x.72) Trastorno afectivo residual, cuando satisfagan las pautas de trastorno del humor (afectivo) orgánico.

F1x.73 demencia inducida por alcohol u otras sustancias psicotropas, F1x.74 otro deterioro cognoscitivo persistente. Se trata de una categoría residual para los trastornos en los que persiste un deterioro cognitivo pero que no satisface las pautas de síndrome amnésico (F1x.6) o demencia (F1x.73) inducidos por alcohol u otras sustancias psicotropas.

Finalmente (F1 x.75) trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.

Otros trastornos mentales o del comportamiento (F1x.8), son otros trastornos en los cuales el consumo de una sustancia, en este caso el alcohol, puede identificarse como responsable directo del cuadro clínico que contribuye a dicha situación, pero en los que no encuentran pautas suficientes para poder ser incluido en ninguno de los trastornos precedentes.

Trastorno mental o del comportamiento sin especificación (F1x.9), que no incluye criterios de ninguno de los trastornos anteriores.

3.2.6 Factores asociados al consumo de alcohol

Considerando que nuestra población es de adolescentes se describirán los factores de acuerdo a ello.

Para Secades y Fernández (2001), existen dos tipos de factores: los factores de riesgo son aquellas circunstancias o características personales o ambientales que, combinadas entre sí, podrían resultar predisponentes o facilitadoras para el inicio o mantenimiento del uso y abuso de drogas. Mientras que, los factores de protección se definen como aquellas variables que contribuyen a modular o limitar el uso de drogas.

Para Arbex (2004) los factores asociados al consumo alcohol en adolescentes son las siguientes:

- Necesidad de reafirmación, la formación de la identidad es la tarea más crítica de la adolescencia, en la que los jóvenes tienden a preocuparse en exceso por su imagen y cómo son percibidos por los demás, en busca de la aceptación y reafirmación comparten ritos específicos como consumir alcohol.

- Necesidad de transgresión, con el afán de provocar y llamar la atención de los adultos y sus normas, los adolescentes buscan conductas de riesgo como por ejemplo, tener relaciones sexuales o consumir drogas.

- Necesidad de conformidad intragrupal, el adolescente busca sentirse integrado en la sociedad y más particularmente a la clase de edad que caracteriza. Desde el punto de vista psicológico, el adolescente puede también re-elaborar lo que se denomina el ideal del yo, constituyéndose así el grupo, en un medio de acceso a lo que se sueña adquirir, conquistar o ser. Y en muchas ocasiones por querer pertenecer a grupos con falta de ética, terminar recurriendo al consumo de drogas.

- Sensación de invulnerabilidad, en esta etapa los adolescentes se caracterizan por ser egocéntricos, omnipotentes e intencionalmente buscan nuevas sensaciones para conseguir experiencias y formar su independencia, sin considerar las advertencias en torno a las conductas de riesgo.

- El rechazo a la vida del adulto debido a la creciente necesidad de autonomía que experimenta el adolescente, le lleva a rechazar la protección de los adultos y a enfrentar conductas de riesgo que pueden representar una importante amenaza para su desarrollo posterior.

- Susceptibilidad frente a las presiones del entorno, los adolescentes pueden ser particularmente sensibles a los temas relacionados con la identidad y la imagen pública, la curiosidad y las ganas de experimentar sensaciones nuevas pueden aumentar de forma sustancial la susceptibilidad general frente a la publicidad y otras influencias sociales que promueven el uso de sustancias.

Asimismo, Rodríguez (citado por el Ministerio de Sanidad y consumo, 2007) señala otros factores:

- Factores sociales, se refiere al gran poder que tiene la sociedad sobre los adolescentes, específicamente los medios de comunicación y el consumismo, que a pesar de existir la ley de prohibición a la venta de bebidas alcohólicas a menores, la tolerancia social es mayor, favoreciendo así el manteniendo del uso de alcohol en jóvenes.

- Trastornos de conducta en la adolescencia, se entiende que es el conjunto de alteraciones del comportamiento, excesivas o impropias desde el contexto sociocultural de los adolescentes. Un ejemplo de trastorno es el déficit de atención e hiperactividad, en la que se presentan perturbaciones afectivo-cognitivas, impulsividad, alteraciones emocionales, así como incapacidad para verbalizarlas, sumado a ello, el rechazo que provoca en la familia o entorno social, facilita el inicio en el consumo de alcohol, lo que le puede acercar a compañías y ambientes en los que se siente más cómodo aumentando su trastorno de conducta.

- Factores psicopatológicos, tienen mayor riesgo los jóvenes con determinados rasgos de personalidad, fácilmente influenciables, que buscan sensaciones nuevas, o están obsesionados por su independencia y emancipación. También los jóvenes con frecuentes y desproporcionadas respuestas violentas y aquellos con trastornos emocionales o con pobre control emocional, en los que la impulsividad y la baja autoestima facilitan y predisponen al inicio precoz en el consumo de alcohol. A su vez, el alcohol puede condicionar la existencia de trastornos psiquiátricos acompañados de trastorno del estado de ánimo con síntomas del espectro ansiedad-depresión en cualquiera de sus manifestaciones, o bien trastorno de personalidad o pacientes con trastornos psicóticos.

- Factores familiares: Entre estos factores destacan los de tipo genético, en las que si ha existido consumo o abuso de alcohol en la historia familiar, la

predisposición aumenta a la respuesta adictiva por el consumo de dicha sustancia. Otros factores familiares tendrían relación con el modelo parental y educacional recibido y el tipo y estructura familiar. Los hijos de pacientes alcohólicos son más vulnerables.

Respecto a este último, Butters, et al., refieren que la familia ha sido uno de los contextos en el que los investigadores han localizado un mayor número de factores de riesgo y protección en relación con el consumo de sustancias de los adolescentes. Por ejemplo, se ha observado que las pautas de interacción familiar, como la comunicación deficiente, los frecuentes conflictos, la baja cohesión, el excesivo castigo o el consumo de los propios padres, influyen directamente en el consumo de sustancias de los hijos. De igual manera, CEDRO (2013) confirma que la familia, es uno de los factores más predominantes para el inicio de consumo de bebidas alcohólicas. El ambiente familiar, es decir, la relación entre padres e hijos, los estilos de crianza, creencias y mitos, clima familiar, conflictos, capacidad de recuperación de los periodos de crisis, percepción parental del consumo de alcohol y otras drogas, entre otros factores, al parecer pueden determinar la proclividad a ciertos factores de riesgo adolescente o juvenil; o por el contrario, pueden contribuir al empoderamiento psicológico, emocional, conductual y desarrollo de una buena calidad de vínculos paternos y del sistema familiar.

Para detallar los factores familiares, Kumpfer, Olds, Alexander, Zucker y Gary (citado por Sanz et al, 2004) proponen un listado para el abuso de drogas en los adolescentes:

- Historia familiar de problemas de conducta, incluyendo modelo de los padres o hermanos de valores antisociales y de consumo de drogas, que determinan no solo actitudes favorables hacia el uso de drogas, sino también para la formación de personalidades antisociales, psicopatología o conducta criminal de los padres.

- Prácticas pobres de socialización, se refiere a la escasa comunicación, falta de desarrollo moral positivo y valores prosociales, negligencia para enseñar habilidades sociales y académicas, y por último, actitudes desfavorables al uso de drogas en los jóvenes.
- Disciplina y supervisión ineficaz, caracterizándose por ser familias laxas, inconsistentes o excesivamente severas, los padres por lo general, son muy sobreprotectores o tienen bajo control de los/as hijos/as. Las expectativas o demandas suelen ser excesivas o no realistas, utilizando el castigo físico severo.
- Relaciones pobres entre padres e hijos/as: ausencia de lazos familiares, negatividad y rechazo de los padres hacia el/la hijo/a o viceversa, escasez de tareas compartidas y de tiempo juntos, interacciones maladaptativas entre padres e hijos/as.
- Conflicto familiar excesivo, incluyendo los abusos verbales, físicos o sexuales llevando así al inicio de consumo de alcohol en los adolescentes.
- Desorganización familiar y estrés, con frecuencia provocados por la ausencia de habilidades de manejo familiar eficaces.
- Problemas de salud mental, como depresión, que pueden causar puntos de vista negativos sobre las conductas de los/as hijos/as, hostilidad hacia estos o disciplina demasiado severa.
- Aislamiento familiar, y ausencia de una red de apoyo familiar eficaz.
- Diferencias familiares, en el grado de culturización o pérdida de control de los padres sobre el adolescente debido a un menor grado de culturización.

3.2.7 Consecuencias del consumo de alcohol

Para explicar los efectos en las diferentes partes del organismo. Se describirá la Farmacodinámica, que es la ciencia que estudia desde todos los puntos de vista, cómo los

organismos vivos son afectados por drogas o compuestos químicos, en este caso por el etanol.

De manera general, Estruch menciona que los efectos del etanol en el organismo son tóxicos para la mayoría de tejidos y sistemas del organismo. Su consumo crónico y excesivo no solo se ha asociado al síndrome de dependencia al alcohol, sino también a numerosas enfermedades inflamatorias y degenerativas, que conducen hasta la muerte. Una de las tantas enfermedades con mayor predisposición es la cirrosis hepática, también afecta en el sistema cardiovascular (miocardiopatía alcohólica), páncreas (pancreatitis aguda y crónica), sistema nervioso central (atrofia cerebral y cerebelosa, encefalopatías), nervios periféricos (polineuropatía alcohólica), sistema músculo-esquelético (osteoporosis, miopatía alcohólica) y en caso de embarazos (síndrome alcohólico fetal). También pueden aparecer enfermedades psicoorgánicas (amnesia lacunar, demencia alcohólica), trastornos psicóticos u otras enfermedades psiquiátricas como ansiedad y depresión (citado por Rubio, 2008). Asimismo, Téllez y Cote (2002) señalan que el alcohol incrementa la síntesis de ácidos grasos y triglicéridos, generando una hiperlipidemia que conlleva al desarrollo de hígado graso, característico en alcohólicos crónicos.

Por otro lado, Colombo señala que el alcohol sobre el sistema nervioso central (SNC) es capaz de modificar a nivel de la membrana neuronal la permeabilidad de algunos canales iónicos y la funcionalidad de determinados receptores particularmente sensibles a la acción del alcohol (Rubio, 2008). Asimismo, Souza y Macharro (1988) mencionan que el alcohol atraviesa la barrera hemoencefálica en un 90%, de ahí que se le atribuye un efecto directo, logrando incluso interferir en los potenciales de acción nerviosa; su influencia sobre la conducta se origina en la alteración de la corteza cerebral. A su vez, Téllez y Cote (2006) señalan que la fase inicial se caracteriza por signos de excitación mental, al inhibirse primero los centros inhibitorios del cerebro; aumentan los niveles de alcohol en sangre, la

intoxicación se va agravando y la depresión del sistema nervioso central se torna predominante. Su primera acción depresiva la realiza en partes del encéfalo que participan en funciones integradas. Deprime tanto centros inhibitorios como excitatorios. Los primeros procesos mentales afectados son los que dependen del aprendizaje y la experiencia previa, luego se alteran la atención, la concentración, el juicio y la capacidad de raciocinio. A medida que la intoxicación hace más avanzada esta primera fase se continúa con deterioro general y cambios cognitivos mayores.

De manera específica la Agencia de *Alcohol and Drugs* del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de San Diego (2015) describen las regiones afectadas del SNC:

- La corteza cerebral, esta región del cerebro está a cargo del pensamiento, la toma de decisiones, el poder hacer planes, actuar con inteligencia, sentir emociones, el control en los cinco sentidos y de la interacción social. Además, esta área conecta el cerebro con el resto del sistema nervioso. Los cambios y daños en esta zona pueden poner en peligro la capacidad de resolver problemas, recordar, y para aprender. El alcohol en esta área puede alterar la capacidad para pensar con claridad y reducir las inhibiciones. Esto hace que la persona actúe o reaccione agresivamente sin motivo, y haga cosas sin pensar en las consecuencias. En esta área, el alcohol también puede afectar a los sentidos, como sería el tener la visión borrosa o no encontrarle el sabor a los alimentos (es por lo que algunas personas buscan sabores muy picantes). El abuso a largo plazo del alcohol puede dañar de forma irreparable a esta región.

- El cerebelo, esta área controla la coordinación motora, es decir, es el área de control de muchos de nuestros movimientos diarios, como caminar y coger objetos. El alcohol puede disminuir los reflejos. El alcohol puede dañar al cerebelo y provocar la pérdida del equilibrio, por lo que la persona puede caminar tropezándose, o tener

problemas para agarrar las cosas por estar temblando, también puede afectar las funciones cognitivas como la memoria y las emociones.

- Hipotálamo, muchos procesos del cuerpo, tales como la frecuencia cardiaca, hambre o sed, se controlan en esta área. El alcohol puede disminuir o aumentar su frecuencia cardiaca. Esta área controla los procesos involuntarios, tales como la respiración y el mantener la temperatura corporal, a beber alcohol en exceso se puede llegar al momento en que se cierra la médula y se presenta un estado de coma.

- Hipocampo, es el área que controla la memoria. Beber una gran cantidad de alcohol podría provocar un lapso en blanco, y hacer que se olvide lo que sucedió, en un período de tiempo. Beber alcohol a largo plazo puede causar daños permanentes, de leves a graves, y puede impedir el aprendizaje. Cuanto más se bebe, más vulnerables son las áreas de su cerebro.

Las consecuencias del alcohol, no solo afecta la parte física del organismo, sino otras áreas importantes del ser humano. De manera que La Fundación Alcohol y Sociedad (2000) señala distintos planos de la vida afectados por el consumo de alcohol:

a. Plano familiar:

El consumo abusivo de alcohol es un foco de temor entre los padres por las noticias que surgen en los medios de comunicación sobre accidentes, causando una fuerte alarma social, creando rigidez en el hogar. A su vez Sánchez (2005) agrega que al incrementar el consumo de alcohol en algún miembro de la familia empiezan a surgir problemas económicos, y desatención del cuidado de los hijos.

b. Plano de los estudios y/o trabajo:

Los problemas del consumo abusivo repercuten negativamente en el rendimiento escolar y laboral. Mientras tanto Ortega y Chacón (2010) mencionan algunos problemas en el trabajo

como baja productividad, ausentismo, ruina económica, soledad, rechazo de los demás, mala higiene, violencia, maltratos físicos y psicológicos, dolor a la familia y a uno mismo.

c. Plano social:

Una de las consecuencias negativas, constantes y de impacto por el consumo de alcohol, son los accidentes de tráfico. Gonzales (2011) agrega otros problemas sociales como las separaciones, divorcios, conflictos entre padres e hijos y violencia doméstica. Además, Sánchez (2005) menciona otras consecuencias como violaciones y embarazos no deseados.

d. Plano comportamental:

La violencia y el consumo abusivo de alcohol están relacionados. Las conductas agresivas, son una forma de reaccionar de algunos jóvenes que a través de las sensaciones que les proporciona el alcohol buscan con la violencia marcar su dominio y poder. Pero el mayor riesgo que tiene un adolescente cuando toma alcohol es que potencia aún más la tendencia propia de los jóvenes a exponerse a situaciones peligrosas.

e. Plano psicológico:

Psicológicamente un consumo continuado y abusivo de alcohol puede provocar cuadros de pérdida de memoria, crisis de ansiedad y depresión. Además, Sánchez (2005) agrega que podrían presentarse problemas neurológicos y psiquiátricos como deterioro de la atención o memoria, demencia, lagunas de memoria que no se recuperan, disartrias, descoordinación, labilidad emocional, irritabilidad, locuacidad, epilepsias, depresión, suicidios, ansiedad, psicosis, intoxicación por alcohol, dependencia u alcoholismo, tolerancia al consumo, síndrome de abstinencia o delirium tremens y por último, celotipia.

3.2.8 Consumo de alcohol en adolescentes

Según Acosta, Fernández y Pillon (2011) mencionan que son múltiples las razones por las cuales los jóvenes son vulnerables al consumo excesivo de alcohol. Esta alta vulnerabilidad, es producto de un conjunto de riesgos que surgen debido al proceso de

desarrollo y a los cambios particulares que ocurren en esta etapa en la esfera neurológica, cognitiva y social. En la esfera social, la adolescencia supone una fase de desarrollo donde el individuo configura su identidad frente al grupo de pares, lo cual lo puede llevar a adoptar modelos de comportamiento arriesgados, lo que incluye el consumo de drogas lícitas e ilícitas.

Espada et al. (2003), mencionan que tradicionalmente la adolescencia ha representado un periodo crítico en el inicio y experimentación en el consumo de sustancias psicoactivas; acotación similar a la de Giró (2007), Laespada y Elzo (2007), quienes mencionan que la adolescencia es el período en el que más probablemente aparece el hábito social de consumo de alcohol.

Allen et al., acotan que el alcohol no solo ayuda a crear una atmósfera cooperativa, facilitar la comunicación y el intercambio compartido de sentimientos y experiencias, sino también permite los diferentes procesos de identificación entre iguales. Por otra parte Buelga et al. mencionan que lo anterior acontece de dos diferentes formas: La similitud intragrupal y la diferenciación intergrupala. La primera se refiere a que beber alcohol puede permitir experiencias de similitud con el resto de miembros del grupo, puede constituir un rito de vínculo que se alcanza compartiendo los comportamientos asociados al consumo, al tiempo que se confirma y fortalece la afiliación al grupo. La segunda alude a que estos ritos permiten a los adolescentes mostrar su propia identidad colectiva desde la cual diferenciarse de otras modalidades de comportamiento. (citado por Pons y Buelga, 2011).

Otra de las razones la menciona Pons, et al., quien añade que el alcohol juega un papel importante en el consumo de sustancias entre los adolescentes debido a la necesidad de autoafirmación. Se ha comprobado que la probabilidad de consumo de alcohol y de cannábicos se incrementa en aquellos adolescentes con una percepción negativa de sí mismos e insatisfacción con la propia vida (Pons y Buelga, 2011).

Por otra parte Sánchez (2005) refiere que la cercanía de las bebidas alcohólicas y la existencia de algunas ideas erróneas sobre ellas, lleva a muchos adolescentes a considerar que consumir alcohol es una conducta natural, que no resulta nociva o peligrosa para la salud, sin embargo se desconoce que es la etapa en la que se va desarrollando tanto físico como psicológico, y el consumo del alcohol podría ser perjudicial e irreparable. Una de las consecuencias es que mientras más joven el adolescente inicia el consumo de alcohol, mayores son las probabilidades de desarrollar un problema de alcoholismo de adulto.

3.3. Marco teórico referente a la población de estudio

3.3.1 *Definición de adolescencia.*

A lo largo de la vida, las personas experimentan cambios en su aspecto físico, comportamiento, emociones y pensamientos, los cuales se pronuncian en la etapa de la adolescencia.

Según Bazán y Tapia (2011) mencionan que la adolescencia es un periodo del desarrollo humano comprendido entre la niñez y la edad adulta. A diferencia de la niñez, ya no se encargan de descubrir cómo son los padres y qué deben realizar para ellos, sino averiguar y experimentar para sí mismo, lograr su madurez y autonomía para enfrentar la vida adulta, aprendiendo a ser responsable de sus actos y depender de sí mismo, para aprender a desenvolverse dentro de la sociedad. En esta etapa, se presentan cambios significativos no solo a nivel físico sino también a nivel emocional, social e intelectual. Mientras tanto, la UNICEF (2006) agrega que estos cambios de transformación son procesos importantes que genera perturbaciones y confusión, surgiendo angustia para el adolescente e incomprensible para los adultos. Por su parte la organización Mundial de la Salud (OMS, 2004), agrega que la adolescencia oscila entre los 11 y 19 años, además señala dos fases: la adolescencia temprana, que inicia desde los 12 hasta los 14 años y la adolescencia tardía, que corresponde de los 15 a 19 años. En ambas etapas, surge el alejamiento de valores familiares y dan

énfasis a la necesidad de aceptación por los iguales, tornándose vulnerables, facilitando el inicio de conductas de riesgo como el inicio de consumo de drogas. Así también, Osorio, Ortega y Pillon (2004) mencionan que esta etapa se caracteriza por el desafío a las normas establecidas, favoreciendo el apego a los amigos y compañeros siguiendo indicaciones o recomendaciones de estos, los cuales le facilitan a convertirse en usuarios de drogas. Según, Urquieta, Hernández y Hernández (2006) acotan que durante su desarrollo se presentan conductas autodestructivas, siendo una de ellas la tendencia al consumo, pero si no se adoptan hábitos nocivos durante esta etapa, es menos probable que se los adquiriera una vez alcanzada la etapa adulta.

Del mismo modo, Hall (1844-1924) describe a la adolescencia como un periodo de tormenta e ímpetu, considerándola como un segundo nacimiento porque es cuando aparecen las características esencialmente humanas, el adolescente vive una vida emotiva fluctuante con tendencias contradictorias, puede expresar mucha energía y actividad desmedida y alternativamente mostrarse indiferente y desganado. Pasar de euforia a la depresión, de la vanidad a la timidez, del egoísmo al altruista idealista. Por otro lado, Anna Freud (1946) considera que este periodo de intensa perturbación, no solo es normal, sino que resulta necesario para poder procesar el duelo correspondiente a la ruptura de los lazos de dependencia infantil y para tener acceso a la madurez afectiva y sexual.

Es la adolescencia entonces un periodo de toma de conciencia de su mundo, el cual puede rechazar revelándose contra él o puede aceptarlo asumiendo sus responsabilidades propias de la edad, sin embargo, toda etapa de desarrollo tiene una pauta distinta para la vida del ser humano, exige una nueva integración de la personalidad que el individuo logra a través de una aceptación a las condiciones presentes y asimilación del ambiente para formar su propio mundo interior. (Moreno, 2009).

Por otro lado, Suarez (2013) identifica que la adolescencia es una etapa fundamental de cambios y descubrimientos, en la cual el sujeto comienza a formar su identidad, separando sus propios intereses y proyectos de los de sus figuras parentales. Se debe tener presente que los adolescentes atraviesan por diversas situaciones que les produce ansiedad y tristeza, en ocasiones depresión, incapacitándolos para reconocer y controlar sus emociones obteniendo como resultado la presencia de conductas autodestructivas, tales como el consumo de sustancias, sexualidad irresponsable y promiscua, automutilaciones; por ende es imperante encarar el problema comprendiendo las razones que llevan a un adolescente a su destrucción y conocer el significado personal de este acto.

3.3.2 *Etapas.*

Ya antes citado, la OMS (1996) establece la existencia de dos etapas: la adolescencia temprana, de 12 a 14 años y la adolescencia tardía, de 15 a 19 años.

Para Horrocks la evolución de la adolescencia está dividida en tres períodos: la adolescencia temprana o preadolescencia que oscila entre los 11 a 13 años, adolescencia media de los 14 a 16 años y adolescencia tardía a partir de los 14 hasta los 20 años (citado por Portolés, 2014). Brañas (1997) también sigue esta línea y habla de la primera adolescencia, que inicia de los 10 a los 14 años, adolescencia media entre los 15 hasta los 17 años y, por último, adolescencia tardía que es a partir de los 18 hasta los 21 años de edad.

3.3.3 *Características.*

En la adolescencia se manifiestan cambios en el cuerpo, en los gustos, en los sentimientos y en el estado de ánimo; estos cambios llegan por sorpresa, de modo que el adolescente no sabe cómo manejarlos y por ende no tiene herramientas para entenderlos y por eso le cuesta tanto comunicarlos. Algunos cambios pueden ser desconcertantes, causan miedo y en ocasiones vergüenza, entonces es explicable que el adolescente tienda a aislarse, pero que a la vez necesite y espere todo el apoyo (UNICEF, 2006).

a. Aspectos físicos.

Castillo (1999) menciona que la imagen física juega por ello un papel muy importante en la formación de la imagen de sí mismo. Esto se observa en el hecho de que los adolescentes se autodescriben aludiendo única o principalmente a sus rasgos físicos y solamente a partir de la adolescencia intermedia aparecen descripciones basadas en rasgos psicológicos. Por su parte Iglesias (2013) refiere que la adolescencia emerge con la aparición de los primeros signos de la transformación puberal. Desde el comienzo de este periodo van a ocurrir cambios hormonales que generan el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, con la acentuación del dimorfismo sexual, crecimiento en longitud, cambios en la composición corporal y una transformación gradual en el desarrollo psicosocial. Todos estos cambios tienen una cronología que no coincide en todos los individuos y es más tardía en los hombres que en las mujeres. Así también, Pedreira y Martín (2000) menciona algunos cambios físicos, como la aparición y distribución del vello (de forma más característica con la aparición de la barba en el varón), la redistribución del tejido adiposo (de forma muy manifiesta en la mujer: desarrollo mamario, grasa en las caderas), el incremento de la masa muscular (más manifiesto en el varón), el crecimiento y posterior cierre óseo, el cambio de la voz (enronquecimiento de la voz en el varón) y, posiblemente, la aparición del acné. Estos cambios hormonales y el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios son el inicio de la adolescencia.

b. Cambios cognitivos.

En la adolescencia se dan grandes cambios intelectuales, tal como lo refiere Piaget, el adolescente presenta capacidad para utilizar el pensamiento abstracto y resolver problemas, lo que no solo está relacionado con la edad sino con los conocimientos previos que se tiene sobre la materia y estimulación social. El desarrollo cognitivo es uno de los aspectos más difíciles de observar externamente, las variaciones en el campo intelectual en estas edades

sucedan continuamente, estos cambios facilitan el progreso hacia la madurez en las relaciones humanas y en la participación social (citado por Álvarez, 2010).

c. Cambios afectivos.

Álvarez (2010), refiere que en esta edad se produce una integración social más fuerte en el grupo de compañeros, comenzando a su vez el proceso de emancipación, se empieza a configurar sus primeros estilos de vida, ideas propias y actitudes personales. El adolescente busca su intimidad personal construyendo y elaborando la imagen de sí mismo y el autoconcepto personal. Existen diversas razones por las que la adolescencia es considerada como un periodo de cambio y de consolidación en el concepto de sí mismo. El primero, por los cambios físicos que originan un cambio en la propia imagen; segundo, el desarrollo intelectual; y por último, la creciente independencia emocional y necesidad de adoptar importantes decisiones sobre trabajo, valores, comportamiento sexual, etc. Debido a los cambios, se produce a menudo una etapa emotiva en lugar de la razón. Asimismo, el afecto se desarrolla paralelamente al conocimiento, las emociones cambiarán a medida que desarrollemos nuevas habilidades.

d. Cambios sociales.

Pedreira y Martín (2000) menciona que el cambio social más relevante es el que acontece para evolucionar desde la dependencia a la autonomía, tanto en la toma de las decisiones como en las relaciones sociales, apareciendo la elección de modas, la pertenencia a grupos, la explosión de la identidad sexual y de la sexualidad en su conjunto. Subjetivamente, el/la adolescente establece un cambio hacia la autonomía, teniendo que ver, buena parte de la conflictividad familiar y social, con los límites reales de ese proceso de cambio. Aquí hay que considerar como elemento clave las capacidades personales y sociales de los propios adolescentes, por ejemplo, la integración social definitiva y su autonomía depende, en buena medida, de la posibilidad para acceder al mercado de trabajo y a poseer su propia casa y

sostener un mínimo nivel de vida. En ocasiones, las capacidades personales se poseen (por ejemplo, la información sexual) pero las posibilidades sociales no están totalmente adquiridas (por ejemplo, la posibilidad de acceder libremente a los servicios de planificación familiar o la de tener un lugar propio con razonables comodidades para las relaciones sexuales). Asimismo Iglesias (2013), señala que para los adolescentes es vital la integración en el grupo de amigos, en esa edad la amistad es lo más importante y desplaza el apego que se sentía hasta entonces por los padres. Las relaciones son fuertemente emocionales y aparecen las relaciones con el sexo opuesto. En la adolescencia media, estas relaciones son intensas, surgen las pandillas, los clubs, el deporte; se decantan los gustos por la música, salir con los amigos, se adoptan signos comunes de identidad (piercing, tatuajes, moda, conductas de riesgo); luego (18 a 21 años) la relación con los amigos se vuelve más débil, centrándose en pocas personas y/o en relaciones más o menos estables de pareja.

e. Búsqueda de identidad o personalidad.

Ives (2014) señala que la meta más importante de la adolescencia es el desarrollo o construcción de la identidad. Todo adolescente necesita saber quién es, pues necesita sentirse respetado y amado, como todo ser humano, y para ello necesita saber quién es. 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. Por lo que Martínez (2012) da énfasis al quinto estadio de Erikson, quien habla acerca de identidad contra confusión de roles, este señala que los adolescentes pueden desarrollar un fuerte sentido de ellos mismos, o bien entran en confusión acerca de su identidad y de su papel en la vida. También afirma que en la actualidad muchos jóvenes viven desorientados, no tienen criterio propio, su identidad es confusa y los lleva a enfrentarse a fuertes crisis que no logran resolver adecuadamente, sufriendo cambios más profundos en su personalidad, producto del trabajo de sus conflictos internos no resueltos, desembocando conductas autodestructivas,

por lo que Suarez (2013) la considera como como factor común para aliviar o disminuir la angustia emocional presente, expresando sus pensamientos y sentimientos aunque sea inadecuada y dolorosa, surgiendo otros trastornos como la ansiedad y depresión, siendo una de las causas el círculo familiar disfuncional lleno de conflictos de comunicación, problemas de pareja, violencia física y psicológica, además factores de riesgo a nivel individual, escolar y social que en ocasiones no logran ser superadas. Una de las tantas conductas autodestructivas es el consumo de alcohol, que es tomado como medio de evasión al sentimiento de angustia, y que muchas veces, bajo los efectos de estas sustancias psicoactivas se producen suicidios (Bazan y Tapia, 2011). Del mismo modo, Basile (citado por Moreno, 2009) incluye el consumo de drogas como el alcohol, entre otras conductas.

Sin embargo, no todos los jóvenes perciben esta etapa como tormentosa, otros jóvenes desarrollan la resiliencia, que es la capacidad para transformar situaciones difíciles en oportunidades para crecer; contrarresta de algún modo la vulnerabilidad ocasionados por los cambios que suceden en esta etapa, más aún en la actualidad, donde esta situación se agrava, por las múltiples ocupaciones que poseen los padres, y la escasa calidad de tiempo que dedican a sus hijos, además de los inadecuados modelos sociales que muestran los medios de comunicación, la sociedad consumista y hedonista (Galarza, 2012).

f. Sexualidad.

Según el Instituto Nacional de las Mujeres (2011) la sexualidad es mucho más que mantener relaciones sexuales, tiene que ver con las emociones, sensaciones, deseos y las formas en que se relacionan con otras personas, es un aspecto presente durante toda la vida, influenciado por la cultura, educación y la información que reciben de sus pares. Se enfatiza en la adolescencia ya que en este periodo se va formando la identidad, y a su vez nacen nuevas experiencias como el enamoramiento y la búsqueda de pareja dándose el inicio a las relaciones sexuales, que se define como el encuentro íntimo entre personas, donde los

deseos se ponen en juego al servicio del disfrute de los sentidos y del placer, cuando hay penetración del pene en la vagina se le considera acto sexual coital. Sin embargo, existen jóvenes que no han logrado definir su sexualidad dando pase a diversas orientaciones sexuales:

- La homosexualidad, es sentirse atraído por alguien del mismo sexo.
- La heterosexualidad, es sentirse atraído por alguien del sexo opuesto.
- La bisexualidad, es sentirse atraído por ambos sexos.
- Transexual, incluye las personas que se identifican como travestis, transexuales o transgénero, son personas que expresan su identidad de muchas maneras, transformando su cuerpo, su vestimenta o sus actitudes.

Así también, la Liga Española de la Educación de España (2013) refiere que la adolescencia resulta una etapa decisiva en la formación del individuo para hacerse adulto, junto a todos los procesos de cambios físicos y psicológicos, nacen nuevas sensaciones y experiencias reveladoras de un ser sexual, el adolescente comienza a darse cuenta que va dejando atrás el cuerpo infantil para reconocerse como sujeto de vivencias novedosas en la búsqueda de placer. La sexualidad constituye uno de los temas de preocupación en este período de cambios vertiginosos ya que aparecen muchas inquietudes, por una parte quieren experimentar nuevas emociones pero perciben y viven cotidianamente los temores respecto a las consecuencias de aquellas decisiones.

3.3.4 Modelos teóricos

a. Teoría psicoanalista.

Freud (1946), sostiene que la adolescencia es un fenómeno genético y universal, donde se producen los cambios fisiológicos, cambios psicológicos y de autoimagen. El adolescente debe enfrentar en esta etapa, un nuevo grupo social debido a su nueva estructura corporal, la resolución del complejo de Edipo, posiblemente un breve periodo de homosexualidad, y

finamente el acceso a una relación heterosexual normal, estos cambios fisiológicos traen aparejadas perturbaciones emocionales, en particular aumentando las emociones negativas como la depresión, la ansiedad, la pereza, el estrés y la agresividad. También Freud (1920) la considera como un período de metamorfosis donde se sitúa al sujeto en un tiempo de cambio en la estructura de su personalidad. Los cambios, que a nivel de las estructuras psíquicas se van gestando y que tienen su apoyatura en toda una serie de transformaciones a las que el individuo no puede rehusarse y solo debe contentarse con esperar a que todo ello pase como un ser vivo en plena organización y reorganización estructural permanentes.

b. Teoría del desarrollo cognitivo.

Piaget sostiene que la adolescencia se caracteriza por una serie de cambios cualitativos en la capacidad y el modo de pensar. Dichos cambios ocurren en áreas donde se enfocan la conciencia, el juicio, el discernimiento, la personalidad, la interacción social y la vocación. Coincide con la aparición de una nueva manera de ver las cosas, lo que denomina pensamiento formal. Cuando alcanza la capacidad para pensar en forma abstracta en la edad de 11 y 12 años el niño accede al pensamiento formal, es decir pasa del pensamiento empírico inductivo al pensamiento hipotético deductivo o formal que es el último estadio del desarrollo cognoscitivo, es decir ya no se limitan al aquí y al ahora, sino pueden planear el futuro, son capaces de elaborar y comprobar hipótesis. (Herrero, 2011). Por el mismo hecho de querer comprobar dudas los adolescentes se someten a experiencias nuevas.

c. Teoría psicosocial.

Para Erikson la adolescencia es una crisis normativa, es decir una fase normal de incremento de conflictos, donde la tarea más importante es construir una identidad coherente y evitar la confusión de papeles. Por lo que las instituciones, de ideologías culturales, políticas y religiosas, tienen la función importante de inspirar a los adolescentes en la formación de su proyecto de vida, profesional e institucional. Esta identidad tiene que ver

con el desarrollo del yo y la cultura de referencia, incorporando así la dimensión social o histórica. (Lozano, 2014). Finalmente Ives (2014) describe el quinto estadio de Erikson: Identidad en contra de confusión de roles, donde aclara que el desarrollo de la identidad va a depender de la superación favorable de los cuatro estadios previos del ciclo vital del ser humano (infancia, niñez temprana, edad del juego, y edad escolar). De la misma manera, si hay un buen desarrollo de la identidad en el adolescente, va a influir posteriormente sobre los estadios postadolescencia (juventud, adultez, vejez). El estadio V, corresponde como antes fue mencionado, a la formación de la identidad versus confusión de roles en la adolescencia (12-20 años), donde la crisis fundamental es alcanzar la identidad en contraposición a la confusión de roles. Las principales relaciones significativas en este periodo son el grupo de amigos, grupos externos y modelos de liderazgo. Muchas veces el adolescente está más preocupado por lo que él puede aparentar en los ojos de los demás, o sea la imagen que proyecta, que en cómo él realmente se siente. En la búsqueda de la identidad pueden necesitar repasar las crisis psicosociales vividas previamente, siendo la más relevante la primera, la de confiar en los demás y en uno mismo. Luego está el segundo estadio en el cual debe haber adquirido la cualidad básica de la voluntad, que le permitirá buscar oportunidades para decidir libremente en cada momento. El adolescente suele tener un miedo atroz a quedar en ridículo, prefiriendo actuar sin pudor, de forma libre, contradiciendo a sus superiores antes que realizar una actividad que pudiera parecer vergonzoso ante sus ojos o los de sus pares. Necesitan sentir la afirmación de sus iguales. De la misma forma, el adolescente puede ser muy intransigente y nada tolerante con las diferencias culturales, sociales, físicas o raciales, de aptitudes o características individuales, siendo una forma de defensa ante el sentimiento de pérdida de identidad.

4. Definición de términos

Consumo de Alcohol: Según la OMS en el manual del AUDIT menciona que el consumo de alcohol tiene niveles, siendo estos: consumo de riesgo de alcohol, síntomas de dependencia y consumo perjudicial de alcohol. En relación al consumo de riesgo, es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. Según los síntomas de dependencia, es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que aparecen después del consumo repetido de alcohol. Incluyen deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe. Finalmente, el consumo perjudicial de alcohol, se refiere a aquel que conlleva consecuencias para la salud física y mental, aunque algunos también incluyen las consecuencias sociales entre los daños causados por el alcohol.

Clima Social Familiar: Moos (1974) (citado en Guerra, 1993 y Kemper, 2000) define al clima social familiar por las relaciones que se establecen entre los integrantes de la familia, lo que involucra aspectos de desarrollo de comunicación, interacción y crecimiento personal, lo cual puede ser fomentado por la vida en común. También consideran la estructura y organización de la familia, así como el grado de control que regularmente ejercen unos miembros sobre los otros.

5. Hipótesis de la Investigación

5.1. Hipótesis general.

Hi. Existe relación entre clima social familiar y consumo de alcohol en adolescentes de 13 a 16 años de una institución educativa de Lima Metropolitana, 2015.

5.2. Hipótesis específicas.

H₁. Existe relación significativa entre los niveles de relación y consumo de alcohol en adolescentes de 13 a 16 años de una institución educativa de Lima Metropolitana, 2015.

H₂. Existe relación significativa entre los niveles de desarrollo y consumo de alcohol en adolescentes de 13 a 16 años de una institución educativa de Lima Metropolitana, 2015.

H₃. Existe relación significativa entre los niveles de estabilidad y consumo de alcohol en adolescentes de 13 a 16 años de una institución educativa de Lima Metropolitana, 2015.

Capítulo III

Materiales y Métodos

1. Diseño y Tipo de Investigación

La presente investigación corresponde a un diseño no experimental, ya que no habrá manipulación de variables, además será de corte transversal puesto que los datos serán recolectados en un momento y tiempo determinado; finalmente, la investigación será de tipo correlacional ya que se determinará la variación de relación entre clima social familiar y consumo de alcohol (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

2. Variables de la Investigación

2.1. Clima Social Familiar

Moos (1994) define al clima social familiar por las relaciones que se establecen entre los integrantes de la familia, lo que involucra aspectos de desarrollo de comunicación, interacción y crecimiento personal, lo cual puede ser fomentado por la vida en común. También consideran la estructura y organización de la familia, así como el grado de control que regularmente ejercen unos miembros sobre los otros.

2.2. Consumo de Alcohol

Según la OMS (1992) en el manual del AUDIT menciona que el consumo de alcohol tiene niveles, siendo estos: consumo de riesgo de alcohol, consumo perjudicial de alcohol y síntomas de dependencia. El consumo de riesgo es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. El consumo perjudicial de alcohol, se refiere a aquel que conlleva consecuencias para la salud física y

mental, también incluye las consecuencias sociales. Finalmente los síntomas de dependencia conforman un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que aparecen después del consumo repetido de alcohol; incluyen deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe.

2.3. Operacionalización de las variables.

Tabla 1

Matriz de operacionalización de la variable clima social familiar

Definición operacional	Dimensiones	Subescalas	Ítems	Categoría de respuesta
Moos (1994) define al clima social familiar por las relaciones que se establecen entre los integrantes de la familia, lo que involucra aspectos de desarrollo de comunicación, interacción y crecimiento personal, lo cual puede ser fomentado por la vida en común. También consideran la estructura y organización de la familia, así como el grado de control que regularmente ejercen unos miembros sobre los otros.	Relaciones	Cohesión	1-11-21-31- 41- 51-61-71- 81	1 = Verdadero 0 = Falso
		Expresividad	2-12-22-32- 42- 52-62-72- 82	
		Conflicto	3-13-23-33- 43- 53-63-73- 83	
		Autonomía	4-14-24-34- 44- 54-64- 74-84	
	Desarrollo	Actuación	5-15-25-35- 45- 55-65- 75-85	
		Intelectual - cultural	6-16-26-36- 46- 56-66- 76-86	
		Social recreativo	7-17-27-37- 47- 57-67- 77-87	
		Moralidad – religiosidad	8-18-28-38- 48- 58-68- 78-88	
		Organización	9-19-29-39- 49- 59-69- 79-89	
		Estabilidad	Control	

Tabla 2

Matriz de operacionalización de la variable consumo de alcohol

Definición conceptual	Dominios	Ítems	Indicadores	Categoría de respuesta	
El consumo de alcohol causa daño físico o mental, cuyo resultado es el desarrollo de dependencia o adicción. Además, enfermedades, ruptura de las relaciones de pareja, accidentes, hospitalización, incapacidad prolongada, muerte prematura en el bebedor, y sufrimiento en el bebedor, su familia y amigos.	Consumo de riesgo de alcohol	1	Frecuencia de consumo	(0) Nunca	
				(1) Una o menos veces al mes	
		2	Cantidad típica	(2) De 2 a 4 veces al mes	
				(3) De 2 a 3 veces a la semana	
			3	Frecuencia del consumo elevado	(4) 4 o más veces a la semana
					(0) 1 o 2
	Síntomas de dependencia	4	Pérdida del control sobre el consumo	(1) 3 o 4	
				(2) 5 o 6	
		5	Aumento de la relevancia del consumo	(3) 7, 8, o 9	
				(4) 10 o más	
Consumo perjudicial de alcohol	6	Consumo matutino	(0) Nunca		
			(1) Menos de una vez al mes		
	7	Sentimiento de culpa tras el consumo	(2) Mensualmente		
			(3) Semanalmente		
	8	Lagunas de memoria	(4) A diario o casi a diario		
			(0) No		
	9	Lesiones relacionadas con el alcohol	(2) Sí, pero no en el curso del último año		
			(4) Sí, el último año		
	10	Otros se preocupan por el consumo			

3. Delimitación Geográfica y Temporal

La presente investigación se realizará entre los meses de marzo de 2015 a febrero de 2016, llevándose a cabo en el cuarto bimestre de una Institución Educativa de Chaclacayo en Lima Metropolitana, Perú.

4. Participantes

Se realizará el estudio en 150 adolescentes, estudiantes cuyas edades oscilan entre 13 a 16 años, de ambos sexos, de una Institución Educativa de Chaclacayo en Lima Metropolitana, Perú. La selección de la muestra es no probabilístico, por conveniencia, porque la elección de los participantes no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de los investigadores (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

4.1. Criterios de inclusión y exclusión.

4.1.1 Criterios de inclusión

Serán incluidos los participantes que cumplan con las siguientes características:

- Estudiantes matriculados en la institución educativa.
- Edades entre 13 - 16 años de ambos sexos.
- Estudiantes que acepten la participación de la evaluación.

4.1.2 Criterios de exclusión

Por el contrario, se excluirá a los participantes que presenten las siguientes características:

- Estudiantes que no acepten desarrollar los test o que invaliden las mismas.
- Estudiantes menores de 13 años.
- Estudiantes mayores de 16 años.

- Estudiantes no matriculados en la Institución educativa.

4.2. Características de la muestra.

Los participantes son estudiantes, adolescentes de 13 a 16 años, de ambos sexos. En la Tabla 3 se observa que un 42,7% se encuentra en la edad de 16 años. Asimismo, hay más varones que mujeres (60,7% y 39,3% respectivamente). El 39,3% son del 3er año, representando el mayor porcentaje de estudiantes evaluados.

Tabla 3

Características de la muestra

	VARIABLES	Frecuencia	%
Edad	13	23	1,3
	14	36	24,0
	15	48	32,0
	16	64	42,7
Sexo	Masculino	91	60,7
	Femenino	59	39,3
Grado de estudios	3er año	59	39,3
	4to año	49	32,7
	5to año	42	28,0

5. Técnica e instrumentos de recolección de datos

La recolección se realizará a través de la aplicación de la Escala de Clima Social Familiar (FES) de Moos y Trickett, estandarizada por Ruiz Alva y Eva Guerra en 1993 y el Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT), aplicándose de forma colectiva a los adolescentes de 13 a 16 años de una I.E. de Lima Metropolitana.

5.1. Instrumentos

5.1.1 Escala de clima social familiar de Moos y Trickett (FES)

La escala fue creada por R.H. Moos y E. J. Trickett, en 1982 en la Universidad de Stanford y estandarizada por César Ruiz Alva y Eva Guerra Turín en Lima en 1993; esta prueba evalúa y describe las relaciones interpersonales entre los miembros de la

familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica.

La Escala de Clima Social en la Familia (FES) está formada por 10 subescalas que describen tres dimensiones: relaciones, desarrollo y estabilidad en el ámbito familiar. La dimensión denominada "RELACIONES" evalúa "el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza" (Moos, 1987). Está formada por las subescalas de Cohesión (CO), Expresividad (EX) y Conflicto (CT). La dimensión definida como "DESARROLLO" evalúa "la importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados, o no, por la vida en común". Está constituida por cinco subescalas: Autonomía (AU), Actuación (AC), Intelectual Cultural (IC), Social-Recreativo (SR) y Moralidad-Religiosidad (MR). Finalmente, la dimensión de "ESTABILIDAD" brinda información sobre la estructura y organización de la familia y sobre el grado de control que los miembros de la familia ejercen sobre otros. Está formado por dos subescalas: Organización (OR) y Control (CN) en las relaciones familiares.

Para la calificación se suma los puntajes de los reactivos pertenecientes a cada uno de las subdimensiones para obtener la puntuación total.

Para la interpretación de las puntuaciones se estableció una escala que midiera las categorías de las dimensiones de clima social familiar entre alto, medio, bajo.

Para la dimensión de Relaciones el nivel bajo es de 0 a 9, el nivel medio es de 10 a 18, y el nivel alto es un rango de 19 al 27.

En la dimensión de Desarrollo, el nivel bajo es de 0 a 15, el nivel medio de 16 a 30, y el nivel alto es de 31 al 45.

En la dimensión de Estabilidad el nivel bajo es de 0 a 6, el nivel medio de 7 a 12, y el nivel alto es de 13 al 18.

Para la estandarización en Lima, Ruiz y Guerra (1993) se utilizó el método de consistencia interna, donde se encontró coeficientes de confiabilidad que van de 0,80 a 0,91, con media de 0,89. En la confiabilidad Test-retest con dos meses de lapso, los coeficientes eran de 0,86 en promedio (Variando de 3 a 6 puntos).

En los estudios de validez realizados en Lima se probó la prueba correlacionándola con el Test de Bell, específicamente en el área de ajuste en el hogar en un grupo de adolescentes, los coeficientes fueron en las áreas de: Cohesión (0,57), Conflicto (0,60), Organización (0,51). Para el grupo familiar con adultos los coeficientes fueron: Cohesión (0,60), Conflicto (0,59), Organización (0,57) y Expresión (0,53). También, se prueba el FES con la Escala TAMAI (área familiar y al nivel individual), los coeficientes fueron: Cohesión (0,62), Expresividad (0,53) y Conflicto (0,59). La muestra individual en este caso fue de 100 jóvenes y de 77 familias. Ambos trabajos demuestran la validez de la escala FES.

Para la presente investigación la Fiabilidad de la Escala de Clima Social Familiar con respecto a sus dimensiones fueron, en Relación 0,64, en Desarrollo 0,57 y en Estabilidad 0,52. Guilford (1954) menciona que puntuaciones de 0,50 es suficiente para investigaciones de carácter básico. Asimismo, referente a la Validez de constructo subtest-test se encontró entre Relación y Desarrollo 0,33, y entre Relación y Estabilidad 0,42, lo que significa que los coeficientes son moderados, además de ser altamente significativos.

5.1.2 Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT)

Esta escala fue desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve; además, para la identificación del consumo excesivo de alcohol

como causa de la enfermedad presente. También proporciona un marco de trabajo en la intervención para ayudar a los bebedores con consumo perjudicial o de riesgo a reducir o cesar el consumo de alcohol y con ello puedan evitar las consecuencias perjudiciales de su consumo. La primera edición de este manual fue publicada en 1989 y fue actualizada en 1992. Desde ese momento su utilización se ha extendido tanto entre el personal sanitario como entre los investigadores del alcohol, siendo una de estos el Centro de Información y Educación para la Prevención el Abuso de las Drogas (CEDRO), quienes utilizaron el cuestionario AUDIT con permiso de la Organización Mundial de la Salud y la Generalitat Valenciana Conselleria de Benestar Social, modificando del Cuestionario original el ítem 3, de 6 a 5 bebidas alcohólicas. El AUDIT posee una estandarización transnacional: ha sido validado en pacientes de atención primaria en 6 países. Es el único test de screening diseñado específicamente para uso internacional

Para la aplicación del instrumento es importante dar información necesaria a los estudiantes para que respondan de forma apropiada. Puede ser aplicado de manera oral o escrita; administrado por separado o combinándolo con otras preguntas como parte de una entrevista de salud general, un cuestionario sobre el estilo de vida, o una historia clínica. Consta de 10 preguntas sobre consumo reciente, síntomas de la dependencia y problemas relacionados con el alcohol, divididas en 3 dominios: consumo de riesgo de alcohol (ítems 1, 2, 3), síntomas de dependencia (ítems 4, 5, 6) y consumo perjudicial de alcohol (ítems 7, 8, 9, 10).

En relación a la puntuación, cada una de las preguntas tiene una serie de respuestas a elegir y cada respuesta tiene una escala de puntuación de 0 a 4, para después sumar las puntuaciones y anotarlos en el cuadro denominado «Total», esta puntuación refleja el nivel de riesgo relacionado con el alcohol del evaluado. Se debe tener en cuenta que las

puntuaciones totales iguales o mayores a 8 son indicadores de consumo de riesgo y consumo perjudicial, así como de una posible dependencia de alcohol. En general, una puntuación igual o mayor a 1 en la pregunta 2 o la pregunta 3 indica un consumo en un nivel de riesgo. Una puntuación por encima de 0 en las preguntas 4-6 (especialmente con síntomas diarios o semanales), implica la presencia o el inicio de una dependencia de alcohol. Los puntos obtenidos en las preguntas 7-10 indican que ya se están experimentando daños relacionados con el alcohol.

Para la interpretación de las puntuaciones del AUDIT, se revela que las puntuaciones entre 8 y 15 son las más apropiadas para un simple consejo enfocado en la reducción del consumo de riesgo. Puntuaciones entre 16 y 19 sugieren terapia breve y un abordaje continuado. Puntuaciones iguales o mayores a 20 claramente requieren una evaluación diagnóstica más amplia de la dependencia de alcohol.

Los resultados de la fiabilidad del AUDIT indican una alta consistencia interna, lo que sugiere que el AUDIT está midiendo un constructo único de modo fiable. Un estudio de fiabilidad test-retest indicó una alta fiabilidad ($r=.86$) en una muestra compuesta por bebedores sin consumo de riesgo, sujetos con abuso de cocaína y alcohólicos. Asimismo, la validez también fue calculada frente al diagnóstico de consumo perjudicial y de dependencia. En las muestras de desarrollo del test un valor de corte de 8 puntos condujo a una sensibilidad en el AUDIT para diversos índices de consumo problemático, que se situaba generalmente por encima de 0,90. La especificidad en los diversos países y entre los diversos criterios se situaba como media en valores superiores de 0,80.

Para la presente investigación la Fiabilidad del Cuestionario del AUDIT fue de 0.87, indicador de una elevada fiabilidad ya que supera el punto de corte igual a ,70 considerado como indicador de una buena fiabilidad para los instrumentos de medición

psicológica. Asimismo, referente a la Validez, los resultados del análisis de ítem – test, donde los coeficientes de correlación Producto-Momento de Pearson (r) salieron significativos y moderados en su mayoría, lo cual evidencia que la escala presenta validez de constructo.

5.2. Proceso de recolección de datos.

La recolección de los datos se realizó en el mes de octubre del 2015 en una Institución Educativa de Lima con previa autorización de dicha institución. La administración de los instrumentos de evaluación se ejecutó en tres días, evaluando un grado por día, donde la aplicación de las pruebas tuvo una duración aproximada de 45 minutos. Las evaluadoras (las autoras de esta investigación) eran las únicas responsables de la aplicación de los instrumentos, dando como instrucciones que si algún alumno(a) tiene alguna pregunta o duda, levantará la mano y la evaluadora se acercará a él o ella.

5.3. Procesamiento y análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizó el software estadístico SPSS versión 20. Una vez recolectada la información se transfirió a la matriz de datos para su respectivo análisis, los resultados que se obtuvieron fueron ordenados en tablas, cuya interpretación permitió evaluar y verificar la hipótesis planteada. Se aplicó el alfa de Cronbach para analizar la confiabilidad de los instrumentos. En seguida, se efectuó el análisis de los estadísticos descriptivos. Asimismo, para la prueba de normalidad se utilizó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (K-S). Por último para el análisis de correlación se utilizó la prueba estadística *Spearman* para determinar si existe relación significativa entre las variables de clima social familiar y consumo de alcohol en los estudiantes encuestados.

Capítulo IV

Resultados y Discusión

1. Resultados

1.1. Análisis descriptivo

1.1.1 Nivel de clima social familiar

En la tabla 4 se aprecia que los participantes en su mayoría presentan un nivel bajo en la dimensión relación (50%), es decir existe la falta de comunicación dentro de su hogar. De forma similar en la dimensión desarrollo se encontró un 45,3% en el nivel bajo. Sin embargo, la mayoría de los estudiantes presentan un nivel alto en la dimensión de estabilidad (44%) por lo que dentro de la familia existe organización y se atienden a las reglas establecidas.

Tabla 4

Nivel de las dimensiones de clima social familiar en adolescentes de 13 a 16 años

	Bajo		Moderado		Alto	
	n	%	n	%	n	%
Relación	75	50,0	31	20,7	44	29,3
Desarrollo	68	45,3	31	20,7	51	34,0
Estabilidad	39	26,0	45	30,0	66	44,0

1.1.2 Nivel de clima social familiar según datos sociodemográficos

Nivel de las dimensiones de clima social familiar según sexo

En la tabla 5 se aprecia que el grupo de varones y mujeres en la dimensión relación presentan el mayor porcentaje en el nivel bajo (49.5% y 50,8% respectivamente) y de igual modo en la dimensión desarrollo, donde se aprecian un 42,9% para los varones y 49,2% para las mujeres. De modo distinto ocurre con la dimensión estabilidad, donde se

aprecia un mayor porcentaje en nivel alto en el sexo masculino (49,5%) y femenino (35,6%).

Tabla 5

Nivel de las dimensiones de clima social familiar según sexo

	Sexo											
	Masculino						Femenino					
	Bajo		Moderado		Alto		Bajo		Moderado		Alto	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Relación	45	49,5	17	18,7	29	31,9	30	50,8	14	23,7	15	25,4
Desarrollo	39	42,9	22	24,2	30	33,0	29	49,2	9	15,3	21	35,6
Estabilidad	21	23,1	25	27,5	45	49,5	18	30,5	20	33,9	21	35,6

Nivel de las dimensiones de clima social familiar según grado de estudio

En la tabla 6 se aprecia que los estudiantes de 3er año presentan el mayor porcentaje en la dimensión estabilidad con un nivel alto (50,8%). Los participantes de 4to año presentan porcentajes altos en las dimensiones relación y desarrollo con un nivel bajo (53,1% y 44,9% respectivamente). Del mismo modo el mayor porcentaje de los estudiantes de 5to año presentan niveles bajos (54,8% y 50%) en estas últimas dimensiones.

Tabla 6

Nivel de las dimensiones de clima social familiar según grado de estudio

		Grado de estudio					
		3er grado		4to año		5to año	
		n	%	N	%	n	%
Relación	Bajo	26	44,1	26	53,1	23	54,8
	Moderado	15	25,4	6	12,2	10	23,8
	Alto	18	30,5	17	34,7	9	21,4
Desarrollo	Bajo	25	42,4	22	44,9	21	50,0
	Moderado	10	16,9	11	22,4	10	23,8
	Alto	24	40,7	16	32,7	11	26,2
Estabilidad	Bajo	10	16,9	16	32,7	13	31,0
	Moderado	19	32,2	14	28,6	12	28,6
	Alto	30	50,8	19	38,8	17	40,5

1.1.3 Nivel de consumo de alcohol

En la tabla 7 se aprecia que la mayoría de los estudiantes presenta un consumo sin riesgo (90,0%), es decir que su consumo es de bajo riesgo o abstinencia. Asimismo, existe un grupo (6,7%) que evidencian un consumo en riesgo caracterizándose por el aumento de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. Además un 2,0% presentan consumo perjudicial de alcohol mostrando consecuencias para la salud física, mental y social. También se observa que hay presencia de dependencia en solo el 1,3% de los estudiantes, presentando fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, dando mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumentando su nivel de tolerancia y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe.

Tabla 7

Nivel de consumo de alcohol en adolescentes de 13 a 16 años

	Consumo sin riesgo		Consumo en riesgo		Consumo perjudicial		Presencia de dependencia	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Consumo de Alcohol	135	90,0	10	6,7	3	2,0	2	1,3

1.1.4 Nivel de consumo de alcohol según datos sociodemográficos

Nivel de consumo de alcohol según sexo

En la tabla 8 se aprecia que el grupo de varones y mujeres presentan mayor porcentaje en consumo sin riesgo (84,0% y 98,3% respectivamente). Además se observa que en el sexo masculino hay mayor consumo de alcohol, un 11% en consumo en riesgo, un 2,2% en consumo perjudicial y 2,2% evidencia presencia de dependencia. Con respecto a las mujeres se encontró un 1,7% en consumo perjudicial.

Tabla 8

Niveles de consumo de alcohol según sexo

	Sexo															
	Masculino								Femenino							
	Consumo sin riesgo		Consumo en riesgo		Consumo perjudicial		Presencia de dependencia		Consumo sin riesgo		Consumo en riesgo		Consumo perjudicial		Presencia de dependencia	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Consumo de Alcohol	77	84,6	10	11,0	2	2,2	2	2,2	58	98,3	0	0,0	1	1,7	0	0,0

Nivel de consumo de alcohol según grado de estudio

En la tabla 9 se aprecia que la mayoría de estudiantes de 3er, 4to y 5to año se ubican en consumo sin riesgo (86,4%, 93,9% y 90,0% respectivamente). Se halló también, consumo en riesgo en estudiantes de 3er año (6,8%), en 4to año (4,1%) y 5to año (9,5%). Por último se observa un único porcentaje con un 3,4% de estudiantes de 3er año que se ubican en presencia de dependencia.

Tabla 9

Nivel de consumo de alcohol según grado de estudio

		Grado de estudio					
		3er año		4to año		5to año	
		n	%	N	%	n	%
Consumo de alcohol	Consumo sin riesgo	51	86,4	46	93,9	38	90,0
	Consumo en riesgo	4	6,8	2	4,1	4	9,5
	Consumo perjudicial	2	3,4	1	2,0	0	0,0
	Presencia de dependencia	2	3,4	0	0,0	0	0,0

1.2. Prueba de normalidad

Con el propósito de realizar los análisis comparativos y contrastar las hipótesis planteadas, se ha procedido a realizar primero la prueba de bondad de ajuste para precisar si las variables presentan una distribución normal. En ese sentido la tabla 10 presenta los resultados de la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (K-

S). Como se observa en la Tabla 10 los datos correspondientes a las 2 variables en su mayoría no presentan una distribución normal dado que el coeficiente obtenido (K-S) es significativo ($p < 0.05$). Por tanto, para los análisis estadísticos correspondientes se empleará estadística no paramétrica.

Tabla 10

Prueba de normalidad

Instrumentos	Variables	Media	D.E.	K-S	p
Clima social familiar	Relación	17,16	3,83	,109	,00
	Desarrollo	26,25	4,62	,075	,03
	Estabilidad	11,70	2,62	,134	,00
Consumo de Alcohol		2,15	4,44	,314	,00

* $p < 0.05$

1.3. Análisis de correlación

Como se puede apreciar en la tabla 11, el coeficiente de correlación de Spearman indica que existe una relación negativa y altamente significativa entre el nivel de la dimensión Relación y Consumo de alcohol ($\rho = -.249$, $p = 0.002$). Es decir cuanta más comunicación y libre expresión dentro de la familia menor será el consumo de alcohol en el adolescente. En cuanto a las dimensiones desarrollo y estabilidad no se encontró ninguna relación.

Tabla 11

Análisis de correlación

Clima social familiar	Consumo de Alcohol	
	ρ	p
Relación	-,249**	,002
Desarrollo	-,108	,189
Estabilidad	-,120	,145

**La correlación es significativa al nivel 0.01

2. Discusión

La presente investigación tiene como objetivo determinar la relación entre los niveles de clima social familiar y consumo de alcohol en adolescentes de 13 a 16 años de una

I.E. de Lima Metropolitana, 2015. Los resultados revelan que existe relación entre la dimensión Relación y consumo de alcohol, sin embargo no se encontró relación alguna entre las dimensiones Desarrollo y Estabilidad con consumo de alcohol.

En cuanto al análisis de la dimensión relación y consumo de alcohol, en estudiantes de 13 a 16 años de una institución educativa de Lima Metropolitana, el coeficiente rho de Spearman muestra un grado de intensidad de $\rho = -.249$ ($p=0.002$), que indica que existe una relación negativa y baja pero altamente significativa. Es decir que a mayor relación en el clima social familiar menor será el consumo de alcohol. Se entiende entonces, que cuando hay buena relación entre padres e hijos, caracterizándose por estar compenetrados unos a otros formando vínculos estrechos y logrando expresarse libremente, el adolescente no tendrá necesidad de consumir, ni refugiarse en el alcohol, porque los padres cubrirán sus necesidades emocionales al escucharlos y comprenderlos. Estévez, Jiménez y Musitu (2007) mencionan que la comunicación respecto a la relación familiar es un elemento muy importante para la adecuada vinculación emocional entre los miembros de la familia. La capacidad de comunicación y de discusión de los conflictos cumple funciones protectoras frente al consumo de sustancias. Asimismo, Maturana (2011) agrega que la incomunicación y el ambiente familiar disperso contribuyen a generar y mantener los déficits y carencias personales, que el adolescente puede intentar compensar con el consumo de alcohol. Numerosos autores destacan la relación entre la vivencia negativa de las relaciones familiares y el uso de sustancias (Elzo, Lidón y Urquijo, 1992; Maciá, 2000; Recio, 1992; Varó, 1991). Senra y Manzano (2003) concluyen que los adolescentes que consumen alcohol puntúan menos en rasgos que evalúan la comunicación e interacción familiar, tales como la cohesión o la expresividad, y puntúan más en cuanto a nivel de conflictos familiares. De manera similar Geada (1994) encontró que los consumidores ven su clima familiar

como significativamente más conflictivo. Sin embargo, la relación entre padres e hijos, no es el único determinante para el consumo de alcohol. En el caso de nuestra población, la existente relación resultó baja, evidenciando que existen otros factores que pueden estar relacionados con este tipo de conducta. Esto es corroborado por Huamaní (2012) quien señaló que existe relación entre el factor familiar (falta de comunicación), los problemas familiares, padres consumidores, las relaciones con los amigos y por último, la baja autoestima con el riesgo de alcoholismo en los adolescentes.

En cuanto al análisis de la dimensión desarrollo y consumo de alcohol, el coeficiente rho de Spearman muestra un grado de intensidad de $\rho = -.108$ ($p=0.189$), que indica que no existe relación. Por lo tanto, las familias de esta población no desarrollan la autonomía, ni presentan interés en actividades culturales o sociales, no se involucran en las actividades como el colegio o trabajo, no participan en salidas para recrearse y no le dan importancia a lo ético y religioso, dichos factores no se relacionan con el consumo de alcohol en los adolescentes. Estos resultados contradicen lo mencionado por Maturana (2011), quien refiere que la intensidad del consumo/no consumo del adolescente está en relación con la práctica de actividades culturales (asistencia al teatro, al cine y museos) y deportivas, de manera que aquellos que realizan alguna de estas actividades de forma semanal tienen más probabilidades de no ser consumidores a comparación de aquellos otros que las realizan menos de un día a la semana o nunca. Asimismo, Moral y Ovejero, (2010) indican que el consumo de alcohol en adolescentes está asociado a la falta de actividades compartidas en familia y amigos como festividades cívicas y religiosas, celebraciones familiares y reuniones de amigos. Geada (1994) también encontró que los consumidores perciben su clima familiar con menos adherencia a valores éticos e religiosos. Sin embargo, De La Villa, Rodríguez y Sirvent

(2004) señalan que existen otros factores que pueden relacionarse con el consumo de alcohol, como la presión grupal y el estrés emocional.

Con respecto al análisis de la dimensión estabilidad y consumo de alcohol, el coeficiente rho de Spearman muestra un grado de intensidad de $\rho = -.120$ ($p = 0.145$), que indica que no existe relación. Dicho resultado contradice lo que menciona Senra y Manzano (2003) quienes señalan que los adolescentes que consumen alcohol pertenecen a familias en las que no se da excesiva importancia a la organización o a la planificación de responsabilidades, o contrariamente los hijos perciben a su familia con excesiva normativa y un fuerte control. Además, Mori (2011) refiere que los excesos de disciplina, la excesiva implicación o el demasiado autoritarismo, la inconsistencia en las normas y límites poco claros de uno de los padres pueden estar directamente conectados con el uso de sustancias por parte de los hijos. Los datos concuerdan con los resultados de García y Segura (2005) quienes señalan que los patrones educativos de los consumidores se caracterizan por reglas flexibles, poco definidas y con escasas consecuencias si no se cumplen. En la población adolescente se señala que un menor control parental y el no tener consecuencias al incumplir las normas está relacionado con el consumo de alcohol (López y Rodríguez-Arias, 2010). De estos resultados se desprende que existe relación entre un menor consumo de alcohol y la medida en que los miembros de la familia participan en el establecimiento de normas.

Otros resultados revelan que los consumidores ven su clima familiar como menos organizado y con menos control de las figuras parentales en su comportamiento (Geada, 1994).

En vista a lo mencionado, Jiménez (2006) señala que la estabilidad familiar en los adolescentes puede estar relacionado o no a que consuman sustancias psicoactivas, es así que, en la presente investigación no se encontró relación.

Capítulo V

Conclusiones y Recomendaciones

1. Conclusiones

En relación al objetivo general, se encontró que los niveles de clima social familiar, en la dimensión Relación, se relaciona, con el consumo de alcohol, sin embargo no se encontró relación entre las dimensiones Desarrollo y Estabilidad y consumo de alcohol en los estudiantes de una Institución Educativa de Lima Metropolitana.

Con respecto al primer objetivo específico, se halló que la dimensión Relación se relaciona significativamente y en sentido negativo con el consumo de alcohol ($\rho = -.249$, $p = .002$), en los estudiantes de una Institución Educativa de Lima Metropolitana. De modo que cuando en la familia no hay buena comunicación, libre expresión y no resuelven sus conflictos de manera asertiva, el adolescente presenta en mayor cantidad conductas de riesgo como el consumo de alcohol.

Referente al segundo objetivo específico, se halló que la dimensión Desarrollo no se relaciona significativamente con el consumo de alcohol ($\rho = -.108$, $p = .189$), en los estudiantes de una Institución Educativa de Lima Metropolitana. Se concluye entonces que las familias que no desarrollan la autonomía, ni presentan interés en actividades culturales o sociales, no se involucran en las actividades como el colegio o trabajo, no participan en salidas para recrearse y no le dan importancia a lo ético y religioso, no se relaciona con el consumo de alcohol en los adolescentes de esta población.

En cuanto al tercer objetivo específico, se encontró que la dimensión Estabilidad no se relaciona significativamente con el consumo de alcohol ($\rho = -.120$, $p = .145$), en los estudiantes de una Institución Educativa de Lima Metropolitana. Se deduce entonces

que la estructura y organización de la familia y el grado de control que normalmente ejercen unos miembros de la familia sobre otros, no propicia a que se encuentre un consumo de alcohol en el adolescente.

2. Recomendaciones

- Incentivar a los padres de familia para que participen de forma activa de las escuelas para padres, seminarios y capacitaciones organizadas por la Institución Educativa, que permitan mejorar la relación con sus hijos, propiciando la interacción entre ellos, reforzando sus vínculos, aprendan a resolver sus conflictos de manera adecuada y como consecuencia mejoren su comunicación, de manera que el adolescente sienta que su clima familiar es favorable.
- Capacitar a los docentes para generar espacios de diálogo y consejería en las horas de tutoría sobre el consumo de sustancias, que permita al estudiante estar más informado sobre este tema. Asimismo, implementar mediante el departamento psicopedagógico la realización de talleres preventivos del consumo de alcohol, así también, identificar los casos de consumo para un abordaje oportuno.
- Para investigaciones futuras de tipo comparativo en la que existan incidencias de consumo de alcohol, teniendo como población adolescentes de instituciones educativas estatales/particulares, pertenecientes a Lima/provincias, o también abarcando las tres regiones, con el objetivo de identificar en qué poblaciones se da más consumo de esta sustancia.
- Referente a la recolección de datos del consumo de alcohol, se recomienda utilizar un instrumento más extenso donde se puedan obtener más datos del consumo en adolescentes.

- Concerniente a las variables de estudio, se puede relacionar con otras variables, como el factor familiar, social y emocional. Asimismo identificar qué otros factores, aparte de los mencionados, pueden estar influenciados para el consumo de alcohol en el adolescente.
- Por último, se sugiere realizar investigaciones actualizadas acerca del inicio del consumo de alcohol, considerando la edad y el lugar, con el propósito de crear programas de intervención eficientes.

Referencias

- Acosta, L., Fernández, A. y Pillon, S. (2011). Factores sociales para el uso de alcohol en adolescentes y jóvenes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 771-81. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19nspe/15.pdf>
- Agencia de Alcohol and Drugs del Departamento de Salud y Servicios Humanos (2015). El alcohol y su cerebro. Health and Human Services Agency. EEUU. Recuperado de: <http://www.saludhealthinfo.com/es/INVIERNO/EL%20ALCOHOL%20Y%20SU%20CEREBRO.pdf>
- Aguilar (2001). *Concepto de sí mismo, familia y escuela*. Madrid: Dykinson, S.L.
- Alarcón, E. (2009). *Asociación entre el Entorno delictivo y Consumidor de drogas con el Consumo problemático de Alcohol y Marihuana en escolares de secundaria, Perú 2009*. (Tesis para optar en Grado Académico de Magíster en Epidemiología). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. Recuperado de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4127/1/Alarc%C3%B3n_me.pdf
- Álvarez, J. (2010). Características del desarrollo psicológico de los adolescentes. *Revista digital*. Recuperado de: http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_28/JUANA_MARIA_ALVAREZ_JIMENEZ_01.pdf
- Arias, R. (2005). Reacciones fisiológica y neuroquímica del alcoholismo. *Diversitas*. 1(2), 138-147. Recuperado de: http://www.usta.edu.co/otraspaginas/diversitas/doc_pdf/diversitas_2/vol1.no.2/art_2.pdf

- Armendáriz, N., Alonso, M., Alonso, B., López, M., Rodríguez, L. y Méndez, M. (2014). La familia y el consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Cienc. Enferm.*, 20(3), 109-118. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532014000300010&script=sci_arttext
- Ávila, M. (2012). *Factores personales y psicosociales de los adolescentes en el consumo de alcohol*. (Tesis doctoral). Universidad de Alicante. España. Recuperado de: http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Tesis_Digitales/Tesis_alcohol_adolescentes_factores.pdf
- Bazán, D. y Tapia, M. (2011). *Factores de riesgo en las conductas autodestructivas en adolescentes de 10 a 13 años*. (Tesina previa a la obtención de título de licenciado/a en psicología educativa especialidad orientación profesional). Universidad de Cuenca. Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2217/1/tps718.pdf>
- Barreto, M. (2003). Farmacología de benzodiazepinas, hipnóticos y ansiolíticos no benzodiazepínicos, psicoestimulantes, etanol y neuroactivadores cognitivos. Grupo de psicofarmacología. Recuperado de: <https://farmacomedia.files.wordpress.com/2010/04/farmacologiade-las-benzodiazepinas-ansioliticos-hipnoticos-no-benzodiazepinicos-psicoestimulantes-y-neuroactivadores-cognitivos.pdf>
- Beltrán, J. y Bueno, J. (1997) *Psicología de la educación*. México: Alfaomega.
- Bertalanffy, L. (1987). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.

Bond, D. (1983). *La Familia Cristiana*. Sebring: Editorial Bautista Independiente.

Recuperado de: http://stblima.org/recursos/Flia_Cristiana.pdf

Brañas, P. (1997). Atención del pediatra al adolescente *Pediatra Integral*; 2, 207-216.

Recuperado de:

https://books.google.com.pe/books?id=wgVoCjhUi8MC&pg=PA261&lpg=PA261&dq=BRA%C3%91AS+FERNANDEZ+P.+Atenci%C3%B3n+del+pediatra+al+adolescente+Pediatr+Integral+1997;2:207-216&source=bl&ots=rCcJovOWSw&sig=fzK9IUNAVLr68lVomOvc3tYP9QI&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi22ZL_x9rKAhUDECYKHTadAO4Q6AEIGzAA#v=onepage&q=bra%C3%B1as%20&f=false

Butters, J. E. (2002). Family stressors and adolescent cannabis use: A pathway to problem use. *Journal of Adolescence*, 25, 645-654.

Carrera, V. y Pereira, C. (2005). Familia y transmisión de valores. Una propuesta de intervención pedagógica con el cine, 237-265. Recuperado de:

http://consumoetico.webs.uvigo.es/textos/textos/caso_winslow.pdf

Castillo, G. (1999). *El adolescente y sus retos: la aventura de hacerse mayor*. Madrid: Pirámide. Recuperado de: <http://www.casadellibro.com/libro-el-adolescente-y-sus-retos-la-aventura-de-hacerse-mayor/9788436812992/638373>

Castro G., y Morales, A. (2014). *Clima social familiar y resiliencia en adolescentes de cuarto año de secundaria de una institución educativa estatal en Chiclayo, 2013*.

(Tesis). Universidad católica santo Toribio de Mogrovejo. Perú. Recuperado de: http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/331/1/TL_CastroCruzadoGlory_MoralesRoncalAng%C3%A9lica.pdf

Cedro (2013). Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar.

UNOC Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito. Lima. Recuperado

de:

http://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2014/LIBRO_ADOLESCENTES_SPAs_UNODC-CEDRO.pdf

Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10). Décima revisión Recuperado de:
<http://www.biblioteca.anm.edu.ar/cie1.htm>

Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas - DEVIDA (2013). IV Estudio Nacional Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2012. Lima: DEVIDA. Recuperado de: <http://www.slideshare.net/DEVIDA-PERU/iv-estudio-nacional-de-prevencion-y-consumo-de-drogas-en-estudiantes-de-educacion-secundaria-2012>

De La Villa, M., Rodríguez, F. y Sirvent, C. (2004). Motivadores de consumo de alcohol en adolescentes: análisis de diferencias inter-género y propuesta de un continuum etiológico. Universidad de Oviedo e Instituto Spiral. Recuperado de: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/376/376>

Díez, H. (2003). La influencia del alcohol en la sociedad. Hospital Donostia. Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos. 5, 177- 190. Recuperado de: <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/05/05177190.pdf>

Dobson, J. (1990). *Amor para toda la vida*. México: Editorial caribe. Recuperado de: http://www.ef314radio.com/CristoJesus/books_files/Amor_para_toda_la_Vida.pdf

Elzo, J. (2008). *La voz de los adolescentes*. Madrid: PPC

Escartin, M. (1985). El sistema familiar y el trabajo social. Allicante. Recuperado de http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5898/1/ALT_01_05.pdf

Espada, J., Méndez, X., Griffin, K. y Botvin, G. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 84, 9-17.

- Estévez, E., Jiménez, T., y Musitu, G. (2007). *Relaciones entre padres e hijos adolescentes*. Recuperado de: <https://books.google.com.pe/books?id=T9XaFGC6VZ8C&pg=PA116&dq=clima+familiar+y+consumo+de+alcohol&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjW5rCWtc3KAhVKG5AKHctcAgQQ6AEIPDAG#v=onepage&q=clima%20familiar%20y%20consumo%20de%20alcohol&f=false>
- Estruch, R. (2002). Efectos del alcohol en la fisiología humana. Servicio de Medicina Interna. Hospital Clinic. Barcelona. *14*(1). Recuperado de: <http://www3.uah.es/mapa/mayores/Lecturas/Activos/alcoholismo4.pdf>
- Fabelo, J., Iglesias, S., Cabrera, R. y Maldonado, T. (2013). Consumo de tabaco y alcohol entre los estudiantes de ciencias de la salud en Cuba y México. *MEDICC Review*. Recuperado de: <https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi9y9nek8TKAhWMRSYKHbcoATkQFggbMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.medicc.org%2Fmediccreview%2Fpdf.php%3Flang%3Des%26id%3D325&usg=AFQjCNHWLxIzZbc99I5FOY1RToDDwUGzpQ>
- Fantin, M. y García, H. (2011). Factores familiares, su influencia en el consumo de sustancias adictivas. *Ajayu*, *9*(2), 193-214. Recuperado de: <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v9n2/v9n2a1.pdf>
- Flores de Bishop, C. (2002). La familia como agente de promoción en salud mental. *Interpsiquis*. Recuperado de: <http://www.psiquiatria.com>
- Freud, A. (1920). Conductas autodestructivas. Recuperado de: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/sanchez_s_s/capitulo1.pdf

- Freud, A. (1946) Teoría consistente en la dinámica del desarrollo adolescente. Recuperado de: <http://psicologia.laguia2000.com/la-adolescencia/ana-freud-y-la-adolescencia>
- Fundación Alcohol y Sociedad (2000). Adolescencia y Alcohol. Universidad de Barcelona. Recuperado de: <http://www.alcoholysociedad.org/ofertaeducativa/descargas/programa/GuiaProfesoresCastellanoOK.pdf>
- García, F. (2001). Factores emocionales del desarrollo temprano y modelos conceptuales en la intervención temprana. Madrid. Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/modelo_ecologico_y_modelo_integral_de_intervencion.pdf
- García, F. (2011). Conceptualización del desarrollo y la Atención Temprana desde las diferentes escuelas psicológicas Modelo Ecológico / Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana. Dpto. de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación. Universidad de Murcia. Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/modelo_ecologico_y_modelo_integral_de_intervencion.pdf
- García, F. y Segura, M. (2005). Estilos educativos y consumo de drogas en adolescentes. *Salud y drogas*, 5(1), 35-56.
- García, Z. y Waldo, G. (2001). *El clima familiar, su relación con los intereses vocacionales y los tipos caracterológicos de los alumnos del 5to. año de secundaria de los colegios nacionales del Distrito del Rímac*. (Tesis). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/zavala_g_g/indice.htm

- Geada, M. (1994). Sentido Interno de Coerência, Clima Familiar e Comportamentos de Risco de Consumo de Drogas na Adolescência. *Análise Psicológica* 2-3(XII), 315-321. Recuperado de: http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3101/1/1994_23_315.pdf
- Giró, J. (2007). *Adolescentes, ocio y consumo de alcohol*. Madrid: Entimema
- Goff, G. (2003). *El matrimonio y la familia en la vida cristiana*. México: Editorial mundo hispano. Recuperado de: https://ibautistavictoria.files.wordpress.com/2013/07/el-matrimonio-y-la-familia-en-la-vida-cristiana-bmh_022.pdf
- Gómez, C., León, M. y Pérez, L. (2012). El alcoholismo, una problemática actual. Recuperado de: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/231>
- Guerra, E. (1993). *Clima social familiar en adolescentes y su influencia en el Rendimiento Académico*. (Tesis para optar Título). UNMSM. Lima, Perú.
- Guilford, P., (1954). *Psychometric Methods*. New York: McGraw-Hill.
- Haley, J. (1981). *Uncommon therapy*. New York: Norton
- Hall, S. (1844-1924). Teorías biogénicas de la adolescencia. Recuperado de <http://www.scribd.com/doc/20862784/G-Stanley-Hall>.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. Cuarta edición. México: McGraw-Hill. Recuperado de: https://psicologiaysociologia.files.wordpress.com/2013/03/hernandez-fernandez-baptista-2006_metodologia-de-la-investigacion.pdf
- Herrero, G. (2011). Carretero y Piaget y el pensamiento formal de la adolescencia. Recuperado de: <http://es.slideshare.net/gzy/carretero-y-piaget-y-el-pensamiento-formal-de-la-adolescencia>

- Huamaní, M. (2012). *Factores psicosociales relacionados con el consumo y riesgo de alcoholismo en adolescentes de 4to y 5to de secundaria en el Colegio Estatal de San Juan de Miraflores-Lima*. (Tesis para optar el Título Profesional de Licenciatura en Enfermería). Universidad Ricardo Palma. Perú. Recuperado de: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/381>
- Iglesias, J. (2013) Desarrollo del adolescente, aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 17(2), 88-93. Recuperado de <https://scp.com.co/descargasmedicinaadolescentes/Desarrollo%20del%20adolescente,%20aspectos%20f%C3%ADsicos,%20psicol%C3%B3gicos%20y%20sociales.pdf>
- Instituto Nacional de las Mujeres (2011). Guía en sexualidad y género para adolescentes. Uruguay: Mides. Recuperado de: <http://www.inju.gub.uy/innovaportal/file/12120/1/guiasexualidadgeneroadolescentesfeb2011.pdf>
- Isaza, L. (2012). El contexto Familiar: Un factor determinante en el desarrollo social de los niños y las niñas. *Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis»*. N° 23. Recuperado de: <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/viewFile/332/305>
- Isaza, L. y Henao, G. (2011). Relaciones entre el clima social familiar y el desempeño en habilidades sociales en niños y niñas entre dos y tres años de edad. 14(1), 19-30. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v14n1/v14n1a03.pdf>
- Ives, E. (2014) La identidad del Adolescente. Como se construye. *Revista Mesa Redonda de salud mental*, 2(2), 14-18. Recuperado de: <http://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/02-01%20Mesa%20debate%20-%20Eddy.pdf>

- Jiménez, T. (2006). *Familia y Problemas de Desajuste en la Adolescencia: el Papel Mediador de los Recursos Psicosociales*. (Tesis doctoral). Universitat de València. España. Recuperado de: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10237/Jimenez.pdf.txt;jsessionid=DBB AD0492184560B506BD74E6A244D5F.tdx1?sequence=2>
- Jiménez, T. (2011). Autoestima de Riesgo y Protección: Una Mediación entre el Clima Familiar y el Consumo de Sustancias en Adolescentes. *Psychosocial Intervention*, 20(1), 53-61. doi: 10.5093/in2011v20n1a6. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1798/179818575006.pdf>
- Jiménez, T., Musitu G., y Murgui, S. (2007). Funcionamiento familiar y consumo de sustancias en adolescentes: el rol mediador de la autoestima. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 8(1), 139-151. Recuperado de: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-269.pdf
- Kemper, S. (2000). *Influencia de la práctica religiosa (Activa - No Activa) y del género de la familia sobre el Clima Social Familiar*. (Tesis de Maestría). UNMSM. Lima.
- Laespada, T. y Elzo, J. (2007a). *Consumo de alcohol de los adolescentes: Hablando de cifras y datos*. En E. Megías (Ed.), *Adolescentes ante el alcohol*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Lafosse, V. (2002). *Definiciones y funciones de familia. Violencia familiar y relaciones de género*. Lima: Promudeh.
- Liga Española de la Educación de España (2013). *Relaciones afectivas y sexualidad en la adolescencia*. Madrid. Recuperado de <http://www.ligaeducacion.org/documentos/investigaciones/relaciones-afectivas-y-sexualidad-en-la-adolescencia.pdf>

- Lila, M. y Buelga, S. (2003). *Familia y adolescencia: el diseño de un programa de prevención de conductas de riesgos. Encuentros en Psicología Social*. Málaga: Aljibe.
- López, S. y Rodríguez-Arias, P. (2010). Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según la edad y sexo. *Psicothema*, 22(4), 568-573.
- Lorenzo, M., Cajaleón, B. y Gutiérrez, E. (2012). Prevalencia y factores asociados al consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de nutrición de una universidad de Lima-Perú. *Revista Peruana de epidemiología*, 16(3). Recuperado de: http://rpe.epiredperu.net/rpe_ediciones/2012_V16_n03/11CC_Vol16_No3_2012_prevalencia_alcohol_estudiantes_nutricion.pdf
- Lozano, A. (2014) Teoría de Teorías sobre la adolescencia. *Proyecto juventudes*, 40, 11-36. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/udecada/v22n40/art02.pdf>
- Lloret, D., Segura, C. y Carratalá, E. (2008). Relaciones y reacciones familiares y consumo de alcohol y tabaco en adolescentes en población rural. *Salud y drogas*, 8(2), 119-135. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83912986001>
- Mafaldo, R. (2012). *Actitud del adolescente de cuarto y quinto de educación secundaria frente al consumo de alcohol en la institución educativa nacional "república del Perú"-Villa El Salvador*. (Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería). Universidad Ricardo Palma. Perú. Recuperado de: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/285/1/Mafaldo_r.pdf
- Manrique, F., Ospina, J. y García, J. (2010). Consumo de alcohol y tabaco en escolares y adolescentes de Tunja, Colombia, 2009. *Revista de Salud Pública*. Recuperado de: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/33538/38090>

- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM- IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría. Recuperado de: <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>
- Martín, E. (2000). *Familia y sociedad: Una introducción a la sociología de la familia*. Madrid: Ediciones Rialp.
- Maturana, A. (2011). Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes* 22, 98–109. Recuperado de: http://ac.els-cdn.com/S0716864011703972/1-s2.0-S0716864011703972-main.pdf?_tid=8d8c1c50-2379-11e5-a874-00000aab0f6c&acdnat=1436144247_9e44f5fa2b8ee89799cd7ea23d6eb193
- Ministerio de sanidad y consumo (1999). ¿Por qué es importante hablar de alcohol? España. Recuperado de: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/docs/GUIA_ALCOHOL.pdf
- Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad (2006). El alcohol puede llevarte muy lejos. España. Recuperado de: <http://www.msssi.gob.es/campannas/campanas06/masInfoAlcohol.htm>
- Ministerio de sanidad y consumo (2007). Informe sobre alcohol. España. Recuperado de: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/InformeAlcohol.pdf>
- Minuchin, S. (2003). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Moos, R (1974). Escala de Clima Social Familiar (FES). Recuperado de <http://www.slideshare.net/carloschavezmonzon/clima-social-familiar-yrendimiento-academico>

- Moos, R. y Moos, B. (1994). *Family Environment Scale Manual: Development, Applications, Research - Third Edition*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Moral, M. y Ovejero, A. (2010). Consumo abusivo de alcohol en adolescentes españoles: tendencias emergentes y percepciones de riesgo. *Universitas Psychologica*, 10(1), 71-87. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/647/64719284007.pdf>
- Moraleda, F. (2000). *Comportamientos sociales hábiles en la infancia y adolescencia*. México: Alfaomega
- Moreno, V. (2009). *Adopción de conductas autodestructivas en la adolescencia*. (Tesis). Universidad del Zulia. Venezuela. Recuperado de: http://tesis.luz.edu.ve/tde_busca/archivo.php?codArchivo=608
- Moreno, J. (2006). Valores, actitudes hacia el alcohol y consumo en adolescentes varones. *Límite, Revista de Filosofía y Psicología* 1(13), 195-211. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83601310>
- Mori, E. (2011). Estudio Comparativo de factores de consumo y no consumo. Recuperado de: <http://www.monografias.com/trabajos14/alcotabaq/alcotabaq.shtml>
- Muñoz, J. (2009). La importancia de la socialización en la educación actual. *Revista digital*. Recuperado de: http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_14/JOSE%20MARIA_MUNOZ_1.pdf
- Musitu, G. y Pons, J. (2010). *Adolescencia y alcohol: Buscando significados en la persona, la familia y la sociedad*. En Elzo, J. (Ed.), *Hablemos de alcohol: Por un nuevo paradigma en el beber adolescente*, 137- 170. Madrid: Entimema. Recuperado de: <http://www.uv.es/lisis/xavier/hablems.pdf>

- Musitu, G., Jiménez, T. y Murgui, S. (2007). Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. *Salud pública México*. 49(1). Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342007000100002&script=sci_arttext
- Observatorio Español sobre Drogas (2000). *Encuesta sobre drogas a población escolar*. Madrid: Ministerio del Interior.
- OMS (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. Ministerio de sanidad y consumo. España. Recuperado de: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- OMS (2014). 24 países que más alcohol consumen. RPP Noticias. Lima. Recuperado de: http://www.rpp.com.pe/2014-05-12-oms-estos-son-los-24-paises-que-mas-alcohol-consumen-foto_691453_2.html#foto
- OMS (2014). Los 10 países más bebedores. El financiero. México. Recuperado de: <http://www.elfinanciero.com.mx/sociedad/los-10-paises-mas-bebedores-del-mundo.html>
- OMS (2015). Alcohol, datos y cifras. Organización mundial de la salud. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
- Organización de las Naciones Unidas – ONU (1994). La familia unidad básica de la sociedad. Recuperado de: <http://www.un.org/es/events/familyday/themes.shtml>
- OPS (2008). Alcohol y atención primaria de la salud. Organización mundial de la salud. Recuperado de: http://www.gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/pdf/alcohol_aten_prim_web.pdf
- Ortega, A. y Chacón, P. (2010). *“Los efectos psicológicos que produce el alcoholismo en el desempeño laboral del personal de la división de San Salvador centro de la*

- Policía Nacional Civil.*”. (Tema de investigación para optar al grado de Licenciatura en Psicología). Universidad de El Salvador. El Salvador. Recuperado de: <http://ri.ues.edu.sv/516/1/10136668.pdf>
- Ortiz de Zárate S, Alonso, D., Ubis, G., y Ruiz de Azúa, V. (2011). *Adicciones*. Barcelona, España: ELSEVIER MASSON.
- Osorio, E., Ortega, N. y Pillon, S. (2004). Factores de Riesgo Asociados al Uso de Drogas en Estudiantes Adolescentes. *Revista latino-Americana*, (12), 1-10. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Sandra_Pillon/publication/7372233_Nursing_education_and_the_drugs_phenomenon_in_Colombia_knowledge_attitudes_and_beliefs/links/00b7d5214b1721a339000000.pdf
- Otero, J. (1990). *La libertad en la familia*. Madrid: Minos
- Pedreira, J. y Martin, L. (2000). Desarrollo psicosocial de la adolescencia: bases para una comprensión actualizada. Recuperada de: <http://www.caritas.es/imagesrepository/CapitulosPublicaciones/570/04%20BASES%20PARA%20UNA%20COMPRESI%C3%93N%20ACTUALIZADA%20DS0120.pdf>
- Pezúa, M. (2012). *Clima social familiar y su relación con la madurez social del Niño(a) de 6 a 9 años*. (Tesis para optar el Grado Académico de Magister en Psicología mención en Psicología Educativa). Universidad nacional mayor de San Marcos. Perú. Recuperado de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3304/1/pezua_vm.pdf
- Pons, J. y Berjano, E. (1997). Análisis de los estilos parentales de socialización asociados al abuso de alcohol en adolescentes. *Psicothema*, 9(3), 609-617. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72709314>

- Pons, J. y Berjano, E. (1999). El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social. Recuperado de: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/cabu.pdf>
- Pons, J. y Buelga, S. (2011). Factores Asociados al Consumo Juvenil de Alcohol: Una Revisión desde una Perspectiva Psicosocial y Ecológica. *Revista electrónica Elsevier*, 20(1), 75–94. doi: 10.5093/in2011v20n1a7. Recuperado de: http://ac.els-cdn.com/S1132055911700369/1-s2.0-S1132055911700369-main.pdf?_tid=c6114f00-2388-11e5-890f-00000aab0f02&acdnat=1436150785_53533630299d8c59d99486033f599cb8
- Ramírez, M. y De Andrade, D. (2005). La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes. *Rev Latino-am Enfermagem*, 13(número especial). Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea08.pdf>
- Robles, L. (2012). *Relación entre clima social familiar y autoestima en estudiantes de secundaria de una institución educativa del callao*. (Tesis para optar el grado académico de Maestro en Educación Mención en Aprendizaje y Desarrollo Humano). Universidad san Ignacio de Loyola. Perú. Recuperado de: http://repositorio.usil.edu.pe/wp-content/uploads/2014/07/2012_Robles_Relaci%C3%B3n-entre-clima-social-familiar-y-autoestima-en-estudiantes-de-secundaria-de-una-instituci%C3%B3n-educativa-del-Callao.pdf
- Rubio, M. (2008). *Papel del Sistema Cannabinoide Endógeno en el Alcoholismo: Implicaciones Fisiológicas y Terapéuticas*. (Memoria Para Optar Al Grado De Doctor). Universidad Complutense de Madrid. España. Recuperado de: <http://eprints.ucm.es/8466/1/T30607.pdf>

- Ruiz, C. y Guerra, E. (1993). Escala de Clima Social en la Familia. Estandarización en Lima.
- Ruiz, J., Ruiz, F. y Zamaparrina, J. (2012). Alcohol y tabaco en adolescentes españoles y mexicanos y su relación con la actividad físico-deportiva y la familia. *Rev Panam Salud Pública*, 31(3), 211–20. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n3/05.pdf>
- Salazar, E., Ugarte, M., Vásquez, L. y Loiza, J. (2004). Consumo de alcohol y drogas y factores psicosociales asociados en adolescentes de Lima. *Revistas de investigación UNMSM*, 65(3), 179 – 187. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/379/37965304.pdf>
- Sánchez, L. (2005). Los adolescentes y el alcohol. España y Portugal. Recuperado de: http://iestrinidadarrojo.centros.educa.jcyl.es/sitio/upload/Folleto_Alcohol.pdf
- Sánchez, I. (2008). “La familia como primer agente socializador”. *Revista Digital de Educación*. I(10). Recuperado de: <http://www.st2000.net/cdocencia/numero010/art01005.pdf>
- Sanz, M., et al. (2004). El conflicto parental y el consumo de drogas en los hijos y las hijas. AEFFA – Asociación para el Estudio del Funcionamiento Familiar. Recuperado de: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicacions_ovd_otras_investi/es_9061/adjuntos/conflicto_parental.pdf
- Secades, R. y Fernández H. (2001). *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional de Drogas.
- Senra, M. y Manzano, N. (2003). Atribuciones causales del abuso de alcohol en la adolescencia: pensamiento constructivo y clima social en la familia. Comunicación

presentada al XI Congreso Nacional de Modelos de Investigación Educativa.
Granada

Silva, I. y Pillon, S. (2004). Factores protectores y de riesgo asociados al uso de alcohol en adolescentes hijos de padre alcohólico, en el Perú. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 12. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000700010&script=sci_arttext

Soria, R. (2010). Tratamiento sistémico en problemas familiares. Análisis de caso. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 13(3). Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/22593/0>

Souza, M. y Macharro, S. (1988). *Alcoholismo, conceptos básicos*. México: Manual Moderno

Suárez, G. (2013). “*Rasgos de personalidad y su relación con las conductas autodestructivas en los adolescentes del Colegio Nacional experimental Ambato en los terceros años de bachillerato durante el período de septiembre 2012 a febrero 2013*”. (Requisito previo para obtener el Título de Psicólogo Clínico). Universidad Técnica de Ambato. Ecuador. Recuperado de: <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/5529/1/Castro%20Suarez,%20Gabriela%20Catalina.pdf>

Suarez, K. y Ulloa, S. (2014). “Análisis de varianza entre consumo de alcohol y estilos parentales en los adolescentes de los centros educativos de la zona urbana del cantón Gualaceo, 2014”. (Trabajo de graduación previo a la obtención del título de: Psicólogo Clínico). Universidad del Azuay. Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/4050/1/10649.pdf>

- Telumbre, J. y Sánchez, B. (2014). Consumo de alcohol en adolescentes del estado de Guerrero, *Revista electrónica Health and Addictions*, 15(1), 79-86. Recuperado de: <http://www.haaj.org/index.php/haaj/article/viewFile/217/235>
- Téllez, J. y Cote, M. (2006). Alcohol Étílico: Un tóxico de alto riesgo para la salud humana socialmente aceptad. *Revista de la Facultad de Medicina*, 4(1). Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112006000100005&lang=pt
- Tessler, J. Errasti, A. Rothlin, R. (2007). Farmacodinamia. Recuperado de: <https://farmacomedia.files.wordpress.com/2010/03/farmacodinamia.pdf>
- Tricket, E (1989). *Perspectiva psicológica social*. Madrid: Santillana.
- Ugariza, N. (1993) *Tipos de familia y comunicación del adolescente con sus padres*. Lima: U.N.M.S.M
- UNICEF (2006). La adolescencia. (3). México. Recuperado de: http://www.unicef.org/lac/indice_adolescencia_mexico2006.pdf
- Urquieta, J., Hernández, M. y Hernández B. (2006) El consumo de tabaco y alcohol en jóvenes de zonas urbanas marginadas de México. Un análisis de decisiones relacionadas. *Salud Pública Mex*, 48(1), 30-40. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v48s1/a05v48s1.pdf>
- Valdivia, C (2088). La familia: concepto, cambios y nuevos modelos. *La Revue du REDIF 1*, 15-22. Recuperado de: <http://spereira.cl/Imagenes/familia.pdf>
- Valero, A. y Cruz, N. (2012). La estructura familiar de niños en riesgo de callejerización en la Delegación Coyoacán, D. F. Coordinación de Investigación Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de <http://www.trabajosocial.uson.mx/imagenes/savia10.pdf>

- Villareal, M., Musitu, G., Sánchez, J. y Varela, R. (2010). El Consumo de Alcohol en Adolescentes Escolarizados: Propuesta de un Modelo Sociocomunitario. *Intervención Psicosocial*, 19(3), 253-264. doi: 10.5093/in2010v19n3a6. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v19n3/v19n3a06.pdf>
- White, E. (2015). *El hogar cristiano*. Argentina: ACES. Recuperado de: <https://text.egwwritings.org/publicationtoc.php?bookCode=HC>
- White, E. (2015). *Ministerio de curación*. Argentina: ACES. Recuperado de: <http://text.egwwritings.org/publicationtoc.php?bookCode=MC&lang=es>
- White, E. (2015). *Mente, carácter y personalidad Tomo II*. Argentina: ACES. Recuperado de: <http://text.egwwritings.org/publicationtoc.php?bookCode=2MCP89>
- White, E. (2015). *Mente, carácter y personalidad Tomo I*. Argentina: ACES. Recuperado de: <https://text.egwwritings.org/publicationtoc.php?bookCode=1MCP&lang=es&collection=56§ion=all¶graphReferences=1>
- Zavala, G. (2001). *El clima familiar, su relación con los intereses vocacionales y los tipos caracterológicos de los alumnos del 5to. Año de secundaria de los colegios nacionales del distrito de Rímac*. (Tesis presentada para optar el título profesional de psicólogo). Universidad mayor de San Marcos. Perú. Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/zavala_g_g/t_completo.pdf
- Zimmer-Gembeck, M. y Locke, E. (2007). La socialización de los adolescentes frente: Las Relaciones en el hogar y la escuela. *Revista de Adolescencia*, 30(1), 1-16. Recuperado de: <http://www.sdrs.info/documents/PDF/soc.pdf>

ANEXOS

Anexo 1

Propiedades Psicométricas de la Escala de Clima social familiar

Fiabilidad de la Escala de Clima social familiar

La fiabilidad global de la escala de sus dimensiones se valoró calculando el índice de la consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. La tabla 12 permite apreciar que la consistencia interna global de la escala (90 ítems) en la muestra estudiada es de ,75 que puede ser valorado como indicador de una elevada fiabilidad ya que supera el punto de corte igual a ,70 considerado como indicador de una buena fiabilidad para los instrumentos de medición psicológica. Asimismo se observa que los puntajes de fiabilidad en las tres dimensiones son aceptables, ya que Guilford (1954) menciona que puntuaciones de .50 es suficiente para investigaciones de carácter básico.

Tabla 12

Estimaciones de consistencia interna del Test Clima social familiar

Dimensiones	Nº de ítems	Alpha
Relación	27	,647
Desarrollo	45	,572
Estabilidad	18	,522
Identificación de clima social familiar	90	,756

Validez de constructo sub test – test de la Escala de Clima social familiar

Como se observa en la tabla 13 los coeficientes de correlación Producto-Momento de Pearson (r) son significativos, lo cual confirma que la escala presenta validez de constructo. Asimismo, los coeficientes que resultan de la correlación entre cada uno de las dimensiones, son moderados, además de ser altamente significativos.

Tabla 13

Correlaciones sub test - test de la escala de Clima social familiar

Dimensiones	r	P
Desarrollo	,335	,000
Estabilidad	,428	,000

Anexo 2

Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)

Fiabilidad del Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)

La fiabilidad global de la escala de sus dimensiones se valoró calculando el índice de la consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. La tabla 14 permite apreciar que la consistencia interna global de la escala (10 ítems) en la muestra estudiada es de ,87 que puede ser valorado como indicador de una elevada fiabilidad ya que supera el punto de corte igual a ,70 considerado como indicador de una buena fiabilidad para los instrumentos de medición psicológica. Asimismo se observa que los puntajes de fiabilidad en la mayoría de las dimensiones son aceptables.

Tabla 14

Estimaciones de consistencia interna del Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)

Dimensiones	N° de ítems	Alpha
Consumo de riesgo de alcohol	3	,803
Síntomas de dependencia	3	,705
Consumo perjudicial de alcohol	4	,650
Identificación de trastornos por consumo de alcohol	10	,871

Validez del Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)

En la tabla 15 se presenta los resultados de la validez de constructo por el método de análisis de ítem – test, donde los coeficientes de correlación Producto-Momento de Pearson (r) son significativos y moderados en su mayoría lo cual evidencia que la escala presenta validez de constructo, excepto en los dos últimos ítems.

Tabla 15

Correlaciones ítem – test del Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)

Ítems	Test	
	R	P
AUDIT1	,692	,000
AUDIT2	,766	,000
AUDIT3	,861	,000
AUDIT4	,697	,000
AUDIT5	,682	,000
AUDIT6	,666	,000
AUDIT7	,735	,000
AUDIT8	,791	,000
AUDIT9	,441	,000
AUDIT10	,527	,000

Anexo 3

Validez por Criterio de Jueces

Lima, 25 de Noviembre del 2015

Estimado (a):

Presente:

Me dirijo a usted con la finalidad de solicitar su valiosa colaboración en calidad de JUEZ (a) para validar el contenido de un instrumento de medición. Instrumento que lleva por título:

CONSUMO DE ALCOHOL Y CLIMA SOCIAL FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE 13 A 16 AÑOS DE UNA I.E. DE LIMA METROPOLITANA, 2015

Para dar cumplimiento a lo anteriormente expuesto se hace entrega formal de la operacionalización de variables involucradas en el estudio, las tablas de especificaciones respectivas, el cuestionario y los formatos de validación, el cual deberá llenar de acuerdo a sus observaciones, a fin de orientar y verificar la claridad, congruencia, adecuado uso de palabras para el contexto y dominio de los contenidos para los diversos ítems del cuestionario.

Agradezco de antemano su receptividad y colaboración. Su apoyo me permitirá utilizar un instrumento con garantía de validez científica en la elaboración de mi tesis de post grado correspondiente a la Licenciatura de la carrera de Psicología.

Quedo de Ud. en espera del feedback respectivo para mi trabajo académico.

Muy Atentamente:

Loicy Saavedra Baneo

Anita Veliz Condori

INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO (JUICIO DE EXPERTOS)

Instrucciones

El presente instrumento tiene como finalidad identificar a las personas con un patrón de consumo de riesgo o perjudicial de alcohol.

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: **congruencia con el contenido, claridad en la redacción, uso de palabras en el contexto y dominio del constructo**. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrece un espacio para las observaciones que hubiera.

Juez N°: _____ Fecha actual: _____

Nombres y Apellidos del Juez: _____

Institución donde labora: _____

Años de experiencia profesional o científica: _____

**CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL
INSTRUMENTO
DICTAMINADO POR EL JUEZ**

1) ¿Está de acuerdo con las características, forma de aplicación (instrucciones para el examinado) y estructura del instrumento?

SI ()

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

2) A su parecer ¿el orden de las preguntas es el adecuado?

SI ()

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

3) ¿Existe dificultad para entender las preguntas del instrumento?

SI ()

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

4) ¿Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del instrumento?

SI ()

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

5) ¿Las opciones de respuesta están suficientemente graduados y pertinentes para cada ítem o reactivo del instrumento?

SI ()

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

6) Los ítems del instrumento ¿tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI ()

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

OPERACIONALIZACIÓN DEL CONSTRUCTO “CONSUMO DE ALCOHOL”

CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL (AUDIT)

Objetivo General: Identificar a las personas con un patrón de consumo de riesgo o perjudicial de alcohol

Objetivos específicos	Dimensiones del constructo	Ítems
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar si el consumo de alcohol es un patrón que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás • Identificar si después del consumo de alcohol aparecen un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos por el repetido consumo de alcohol • Identificar si el consumo de alcohol conlleva consecuencias para la salud física, mental y social. 	<p>1) CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL</p> <p>2) SÍNTOMAS DE DEPENDENCIA</p> <p>3) CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? ○ ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? ○ ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día? ○ ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado? ○ ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido? ○ ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior? ○ ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido? ○ ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? ○ ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido? ○ ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?

CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL (AUDIT)

DEFINICION CONCEPTUAL DEL CONSTRUCTO

Consumo de alcohol:

- El consumo de alcohol tiene niveles, siendo estas: consumo de riesgo de alcohol, síntomas de dependencia y consumo perjudicial de alcohol (OMS, 1992).

DIMENSIONES DEL CONSTRUCTO:

1) Consumo de riesgo de alcohol: es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. Los patrones de consumo de riesgo son importantes para la salud pública a pesar de que el individuo aún no haya experimentado ningún trastorno.

2) Síntomas de dependencia: Es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol. Incluyen deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe.

3) Consumo perjudicial de alcohol: Se refiere a aquel que conlleva consecuencias para la salud física y mental, aunque algunos también incluyen las consecuencias sociales entre los daños causados por el alcohol.

CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL (AUDIT)

INSTRUMENTO PARA FINES ESPECIFICOS DE LA VALIDACION DE CONTENIDO (JUICIO DEL EXPERTO)

Nº	Bloques e ítems	Claridad ¹		Congruencia ²		Contexto ³		Dominio del ⁴ Constructo		Sugerencias
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Dimensión 1									
1	¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?									
2	¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?									
3	¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?									
	Dimensión 2									
4	¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?									
5	¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?									
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?									

¹ Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem.

³ Existe en el ítem alguna palabra que no es usual en nuestro contexto.

² El ítem tiene relación con el constructo (Comprensión Oral de Estructuras Gramaticales).

⁴ El ítem evalúa el componente o dimensión específica del constructo (bloques).

		Claridad ¹		Congruencia ²		Contexto ³		Dominio del 4 Constructo		Sugerencias
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Dimensión 3									
7	¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?									
8	¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?									
9	¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?									
10	¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?									

¹ Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem.

³ Existe en el ítem alguna palabra que no es usual en nuestro contexto.

² El ítem tiene relación con el constructo (Comprensión Oral de Estructuras Gramaticales)

⁴ El ítem evalúa el componente o dimensión específica del constructo (bloques).

Cuadro 4

ALCOHOLISMO

Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol: versión de entrevista.

Lea las preguntas tal como están escritas. Registre las respuestas cuidadosamente. Empiece el audit diciendo «Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año». Explique qué entiende por «bebidas alcohólicas» utilizando ejemplos típicos como cerveza, vino, vodka, etc. Codifique las respuestas en términos de consumiciones («bebidas estándar»). Marque la cifra de la respuesta adecuada en el recuadro de la derecha.

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? (0) Nunca (Pase a las preguntas 9-10) (1) Una o menos veces al mes (2) De 2 a 4 veces al mes (3) De 2 a 3 veces a la semana (4) 4 o más veces a la semana	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? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? (0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7, 8, o 9 (3) 10 o más	7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario <i>Pase a las preguntas 9 y 10 si la suma total de las preguntas 2 y 3 = 0</i>	8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) 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? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario	9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario	10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año.
Registre la puntuación total aquí	
<i>Si la puntuación total es mayor que el punto de corte recomendado, consulte el Manual de Usuario</i>	

Anexo 4

Escala de Clima Social Familiar (FES)

ESCALA DE CLIMA SOCIAL EN FAMILIA (FES)

Autor: R.H. Moss. Adaptación: César Ruiz Alva-Eva Guerra (1993)

Instrucciones: Las frases siguientes se refieren a tu familia. Después de leer cada frase deberás marcar con un aspa (X) en lo que crees corresponde a tu familia. Debes decidirte por Verdadero o Falso pensando lo que sucede la mayoría de las veces. Recuerda que se trata de tu opinión sobre tu familia y que no hay respuestas correctas o incorrectas.

Grado:.....

Edad:.....

Sexo:.....

	V	F
1. En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros		
2. Los miembros de la familia guardan, a menudo, sentimientos para sí mismos		
3. En nuestra familia peleamos mucho		
4. En general ningún miembro de la familia decide por su cuenta		
5. Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos		
6. A menudo hablamos de temas políticos o sociales		
7. Pisamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre		
8. Los miembros de mi familia asistimos con bastante frecuencia a las diversas actividades de la Iglesia		
9. Las actividades de nuestra familia se planifican con cuidado		
10. En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces		
11. Mucha veces da la impresión de que en casa sólo estamos "pasando el rato"		
12. En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos		
13. En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enojos		
14. En mi familia nos esforzamos mucho para mantener la independencia de cada uno		
15. Para mi familia es muy importante triunfar en la vida		
16. Casi nunca asistimos a reuniones culturales (exposiciones, conferencias, etc.)		
17. Frecuentemente vienen amistades a visitarnos a casa		
18. En mi casa no rezamos en familia		
19. En mi casa somos muy ordenados y limpios		
20. En nuestra familia hay muy pocas normas que cumplir		
21. Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa		
22. En mi familia es difícil "desabogarse" sin molestar a todos		
23. En la casa a veces nos molestamos tanto que a veces golpeamos o rompemos algo		
24. En mi familia cada uno decide sus propias cosas		
25. Para nosotros no es muy importante el dinero que gane cada uno		
26. En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente		
27. Alguno de mi familia practica habitualmente algún deporte		
28. A menudo hablamos del sentido religioso de la Navidad, Semana Santa, Santa Rosa de Lima, etc.		
29. En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos		
30. En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones		
31. En mi familia estamos fuertemente unidos		
32. En mi casa comentamos nuestros problemas personales		
33. Los miembros de mi familia casi nunca expresamos nuestra cólera		
34. Cada uno entra y sale de la casa cuando quiere		
35. Nosotros aceptamos que haya competencia y que "gane el mejor"		
36. Nos interesan poco las actividades culturales		
37. Vamos con frecuencia al cine, excursiones, paseos.		
38. No creemos en el cielo o en el infierno		
39. En mi familia la puntualidad es muy importante		
40. En la casa las cosas se hacen de una forma establecida		
41. Cuando hay que hacer algo en casa es raro que se ofrezca algún voluntario		
42. En la casa, si a alguno se le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más		
43. Las personas de mi familia nos criticamos frecuentemente unas a otras		

44. En mi familia, las personas tienen poca vida privada o independiente		
45. Nos esforzamos en hacer las cosas cada vez un poco mejor		
46. En mi casa casi nunca tenemos conversaciones intelectuales		
47. En mi casa, todos tenemos uno o dos aficiones		
48. Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal		
49. En mi familia cambiamos de opinión frecuentemente		
50. En mi casa se da mucha importancia a cumplir las normas		
51. Las personas de mi familia nos apoyamos unas a otras		
52. En mi familia cuando uno se queja siempre hay otro que se siente afectado		
53. En mi familia a veces nos peleamos y nos vamos a las manos		
54. Generalmente, en mi familia cada persona sólo confía en sí misma cuando surge un problema		
55. En la casa, nos preocupamos poco por los ascensos en el trabajo o las notas en el colegio		
56. Alguno de nosotros toca algún instrumento musical		
57. Ninguno de la familia participa en actividades recreativas, fuera del trabajo o del colegio		
58. Creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener fe		
59. En la casa nos aseguramos de que nuestros dormitorios queden limpios y ordenados		
60. En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor		
61. En mi familia hay poco espíritu de grupo		
62. En mi familia los temas de pago y dinero se tratan abiertamente		
63. Si en mi familia hay desacuerdo, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz		
64. Las personas de mi familia reaccionan firmemente unos a otros al defender sus propios derechos		
65. En nuestra familia apenas nos esforzamos para tener éxito		
66. Las personas de mi familia vamos con frecuencia a la biblioteca o leemos obras literarias		
67. Los miembros de la familia asistimos a veces a cursos o clases particulares por afición o por interés		
68. En mi familia cada persona tiene ideas distintas sobre lo que es bueno o malo		
69. En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona		
70. En mi familia cada uno tiene libertad para lo que quiera		
71. Realmente nos llevamos bien unos con otros		
72. Generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos		
73. Los miembros de la familia estamos enfrentados unos con otros		
74. En mi casa es difícil ser independientes sin herir los sentimientos de los demás		
75. "Primero es el trabajo, luego es la diversión", es una norma en mi familia		
76. En mi casa, ver la televisión es más importante que leer		
77. Las personas de nuestra familia salimos mucho a divertirnos		
78. En mi casa, leer la Biblia es algo importante		
79. En familia el dinero no se administra con mucho cuidado		
80. En mi casa las normas son muy rígidas y "tienen" que cumplirse		
81. En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno		
82. En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo		
83. En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz		
84. En mi casa no hay libertad para expresar claramente lo que se piensa		
85. En mi casa hacemos comparaciones sobre nuestra eficacia en el trabajo o el estudio		
86. A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la música o la literatura		
87. Nuestra principal forma de diversión es ver la televisión o escuchar radio		
88. En mi familia creemos que el que comete una falta tendrá su castigo		
89. En mi casa generalmente la mesa se recoge inmediatamente después de comer		
90. En mi familia uno no puede salirse con la suya		

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES

Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol

(AUDIT)

TEST DE AUDIT	
<small>Test de identificación de Trastornos por consumo de alcohol</small>	
Instrucciones: A continuación se presentan 10 preguntas con respecto al consumo de alcohol. Por favor lea las preguntas tal como están escritas y conteste con sinceridad. No hay respuestas malas y buenas. Las respuestas serán exclusivamente para fines de investigación.	
<p>1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca (Pase a las preguntas 9-10)</p> <p><input type="checkbox"/> Una o menos veces al mes</p> <p><input type="checkbox"/> De 2 a 4 veces al mes</p> <p><input type="checkbox"/> De 2 a 3 veces a la semana</p> <p><input type="checkbox"/> 4 o más veces a la semana</p>	<p>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?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes</p> <p><input type="checkbox"/> Mensualmente</p> <p><input type="checkbox"/> Semanalmente</p> <p><input type="checkbox"/> A diario o casi a diario</p>
<p>2. ¿Cuántas veces consume bebidas alcohólicas en un día de consumo normal?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 o 2</p> <p><input type="checkbox"/> 3 o 4</p> <p><input type="checkbox"/> 5 o 6</p> <p><input type="checkbox"/> 7, 8, o 9</p> <p><input type="checkbox"/> 10 o más</p>	<p>7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes</p> <p><input type="checkbox"/> Mensualmente</p> <p><input type="checkbox"/> Semanalmente</p> <p><input type="checkbox"/> A diario o casi a diario</p>
<p>3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más vasos de bebidas alcohólicas en un solo día?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes</p> <p><input type="checkbox"/> Mensualmente</p> <p><input type="checkbox"/> Semanalmente</p> <p><input type="checkbox"/> A diario o casi a diario</p>	<p>8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes</p> <p><input type="checkbox"/> Mensualmente</p> <p><input type="checkbox"/> Semanalmente</p> <p><input type="checkbox"/> A diario o casi a diario</p>
<p>4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez de haber empezado?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes</p> <p><input type="checkbox"/> Mensualmente</p> <p><input type="checkbox"/> Semanalmente</p> <p><input type="checkbox"/> A diario o casi a diario</p>	<p>9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, pero no en el curso del último año</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, el último año</p>
<p>5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes</p> <p><input type="checkbox"/> Mensualmente</p> <p><input type="checkbox"/> Semanalmente</p> <p><input type="checkbox"/> A diario o casi a diario</p>	<p>10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional de la salud ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, pero no en el curso del último año</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, el último año.</p>

Anexo 5

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

La presente investigación es conducida por Loicy Dey Saavedra Baneo y Anita Lizett Veliz Condori, con grado bachiller de Psicología de la Universidad Peruana Unión.

El objetivo de este estudio es determinar la relación entre clima social familiar y consumo de alcohol en adolescentes de 13 a 16 años de una I.E. de Lima Metropolitana, 2015, de manera que, se aplicará la Escala de Clima social Familiar de Moss y Test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT); para ello se requerirá un tiempo de 45 minutos.

La participación es este estudio es estrictamente voluntaria y anónima. La información que se recoja es confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento.

Marque una X en la casilla según su decisión, desde ya agradecemos su participación.	
ACEPTO	<input type="checkbox"/>
NO ACEPTO	<input type="checkbox"/>

Anexo 6

Carta de Autorización firmada por la Institución

"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"



**INSTITUCION EDUCATIVA PÚBLICA
N° 0053 "SAN VICENTE DE PAUL"**



Chaclacayo, 23 de noviembre del 2015

OFICIO N° 281-2015-D-.I.E. N° 0053 "SVP"

Señores:
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD E.A.P DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN**
Presente.-

ASUNTO: APROBACIÓN DE INVESTIGACIÓN PARA TESIS

Tengo el agrado de dirigirme a usted con la finalidad de saludarle muy cordialmente a nombre de nuestra I.E. N° 0053 "San Vicente de Paul", Chaclacayo la presente es para informarle que aceptamos la realización del proyecto de investigación "Consumo de alcohol y clima social familiar en estudiantes de 13 a 16 años de una IE de Lima Metropolitana 2015" que se realizara a partir del 30 de noviembre al 04 de diciembre del 2015, en nuestra sede, a cargo de las señoritas SAAVEDRA BANELO Loicy Dey - VELIZ CONDOR Anita Lizett.

Es todo cuanto puedo informar, me despido de usted reiterando las muestras de mi mayor consideración y estima personal.

Atentamente,



LIC. TITO GUTARRA GARCIA
Director IE N° 0053 SVP

TGG/direc.
mhu./sec.

iv. El Sol N° 599 Chaclacayo "ORDEN - LIMPIEZA - PUNTUALIDAD" Teléfono 3583011/ 3583012/ 3583013/ RED 18