



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES**

CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

TESIS

RIESGO, TIPOLOGÍA E INTERACCIÓN SOCIAL EN FAMILIAS CON
ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE ALCOHOL

PRESENTA

Gustavo Ibarra Hurtado

PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

TUTOR

Dr. Francisco Javier Pedroza Cabrera

COMITÉ TUTORAL

Dra. Martha Leticia Salazar Garza
Dra. María Elena Rivera Heredia
Dra. Kalina Isela Martínez Martínez
Dr. Sergio Galán Cuevas

Aguascalientes, Ags. Junio de 2014



UNIVERSIDAD AUTONOMA
DE AGUASCALIENTES
CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES
Y HUMANIDADES

**ASUNTO: REGISTRO DE PROYECTOS RECEPTORALES
DEC. CCS y H./Posgrados OF. N° 0404**

**MTR. GUSTAVO IBARRA HURTADO,
ALUMNO DEL DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES,
P R E S E N T E .**

Con base en lo que establece el Reglamento General de Docencia en el artículo 173, le informo que se autoriza para su Tesis el Tema de: **"RIESGO, TIPOLOGÍA E INTERACCIÓN SOCIAL EN FAMILIAS CON ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE ALCOHOL"**. Así mismo se le designa como asesor al **DR. FRANCISCO JAVIER PEDROZA CABRERA**. A fin de asignarle fecha para la verificación del Examen de Grado para la obtención del título de Doctorado en Ciencias Sociales y Humanidades, deberá cumplir con lo establecido en los artículos 161, 162, 174 y 175 del citado reglamento.

Con el objeto de dar cumplimiento a este reglamento el paso siguiente será autorizar la impresión de su tesis, toda vez que presente la carta de liberación y/o acuerdo señalado en la Fracc. II del artículo 175.

Sin más por el momento, aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE

Aguascalientes, Ags., 12 de Junio de 2014

"SE LUMEN PROFERRE"

DR. DANIEL EUDAVE MUÑOZ

DECANO

- c.c.p.- DR. LUCIANO RAMÍREZ HURTADO.- Secretario de Investigación y Posgrado del CCSyH
 - c.c.p.- DR. GENARO ZALPA RAMÍREZ.- Srio. Técnico del Doctorado en Ciencias Sociales y Humanidades
 - c.c.p.- Archivo
- ggf



DR. DANIEL EUDAVE MUÑOZ
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
P R E S E N T E

Estimado Señor Decano:

Hacemos de su conocimiento que el alumno del DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES, GUSTAVO IBARRA HURTADO ha presentado la integración final de su tesis titulada: "RIESGO, TIPOLOGÍA E INTERACCIÓN SOCIAL EN FAMILIAS CON ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE ALCOHOL".

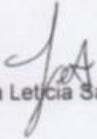
La tesis incorpora los elementos teóricos y metodológicos que le permiten ser defendida en el examen de grado reglamentario, por ello se solicita que se proceda a los trámites correspondientes para la presentación de dicho examen.

ATENTAMENTE
"SE LUMEN PROFERRE"
Aguascalientes, Ags., 27 de mayo de 2014.

Por el Comité Tutorial



Dr. Francisco Javier Pedroza Cabrera



Dra. Martha Leticia Salazar Garza



Dra. María Elena Rivera Heredia

c.c.p. Archivo

Doctorado en Ciencias Sociales y Humanidades
Av. Universidad 940. Aguascalientes, Ags. México. Tel. +52 (449) 910 84 95. docenso@correo.uaa.mx

Agradecimientos

Agradezco el apoyo invaluable del Dr. Francisco Javier Pedroza Cabrera, por su capacidad profesional, pero sobre todo por su calidad personal, demostrado durante la dirección de esta investigación; de igual forma a las doctoras Martha Leticia Salazar Garza, María Elena Rivera Heredia, Kalina Isela Martínez Martínez y al Dr. Sergio Galán Cuevas por sus comentarios y aportes, que resultaron decisivos para la culminación de este trabajo.

Al Centro de Altos Estudios Pedagógicos y Educativos de San Luis Potosí y a la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí por haberme otorgado las facilidades laborales para poder cursar los estudios doctorales; a ambas instituciones mi sincero agradecimiento.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y a la Universidad Autónoma de Aguascalientes un agradecimiento especial, por el apoyo de beca para estudios de posgrado del cual fui beneficiario, siendo promotores de la culminación de estudios y con ello el ofrecimiento de productos que sin duda favorecerán al conocimiento, entendimiento y aporte de soluciones al fenómeno social del consumo de alcohol vinculado a la interacción familiar en nuestro país.

Para Ángeles y mis hijos Gustavo y Luis

Por la experiencia maravillosa de ser esposo y padre



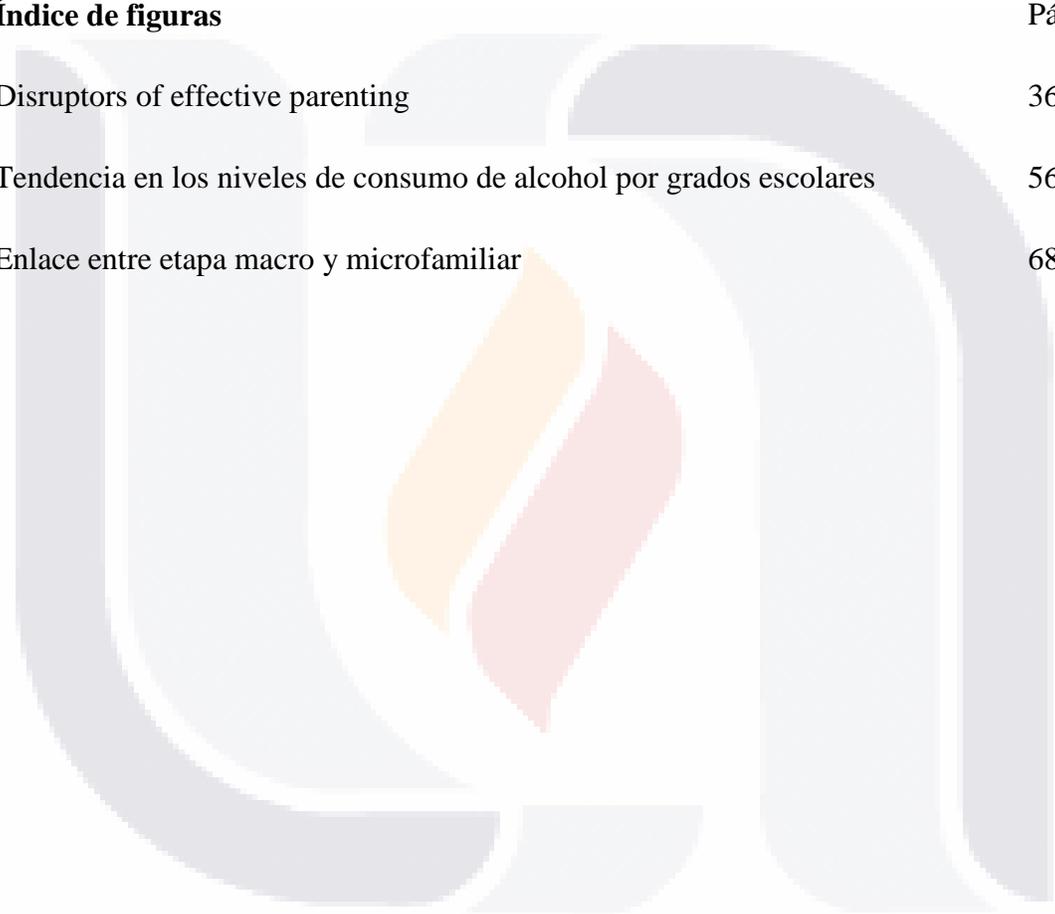
Índice general

Índice de tablas	3
Índice de figuras	4
Resumen	5
Abstract	6
Introducción	7
CAPÍTULO 1	8
Marco teórico	8
1.1 La familia como factor de riesgo y/o protección a la salud	8
1.1.1 Concepto de familia	8
1.1.2 La familia y el enfoque de riesgo y/o protección hacia la salud de sus Miembros	12
1.2 Adolescentes y consumo de alcohol	18
1.2.1 Adolescentes, su concepto	18
1.2.2 Enfoque etiológico del consumo de alcohol	21
1.2.3 Clasificación del consumo de alcohol	23
1.2.4 El consumo de riesgo de alcohol por adolescentes, su prevalencia y asociación a variables familiares	25
1.3 Interacción social en grupos familiares: El modelo de coerción	34
1.3.1 Familia e interacción social	34
1.3.2 Conducta antisocial y conductas coercitivas	35
1.3.3 Análisis de la interacción social en el contexto familiar	37
1.4 Objetivos	48
CAPÍTULO 2	49
Etapa macrofamiliar	49

2.1 Método	49
2.1.1 Tipo de estudio	49
2.1.2 Unidades de análisis	50
2.1.3 Población de estudio	50
2.1.4 Descripción de variables	51
2.1.5 Instrumentos de recopilación de datos	51
2.1.6 Escenarios	53
2.1.7 Procedimiento	53
2.2 Resultados	54
2.3 Discusión etapa macrofamiliar	61
CAPÍTULO 3	68
Etapa microfamiliar	68
3.1 Método	68
3.1.1 Tipo de estudio	68
3.1.2 Población y muestra	69
3.1.3 Descripción de la variable	69
3.1.4 Instrumentos y materiales	70
3.1.5 Escenarios	70
3.1.6 Procedimiento	71
3.2 Resultados	73
3.3 Discusión etapa microfamiliar	84
Conclusiones	89
Reflexiones finales	92
Referencias	93
Anexos	110

Índice de tablas	Página
Tabla 1 Consumo de riesgo de alcohol diferenciado por grado y sexo	55
Tabla 2 Tipo de familia / Nivel consumo de alcohol	57
Tabla 3 Comparación de medias tipo de familia / Consumo de alcohol	58
Tabla 4 Comparaciones múltiples tipo de familia / Consumo de alcohol	59
Tabla 5 Nivel alcohol / nivel riesgo familiar	60
Tabla 6 Tipo de familia / Nivel de riesgo	61
Tabla 7 Categorías de observación y descripción de indicadores	70
Tabla 8 Comparación de las interacciones según emisiones de conductas por grupos: familias protectoras y de riesgo (FP/FR) y padres e hijos (P/ H) (ANOVA)	74
Tabla 9 Comparación de las emisiones de conductas, según familia como factor de protección (FP) / familia como factor de riesgo (FR), hijo y padre (Media, ANOVA)	75
Tabla 10 Diferencias de la interacción en los comportamientos emitidos a nivel de familias como factor de protección (FP) / riesgo (FR) (Media, Desviación Estándar y T de Student)	77
Tabla 11 Comparación de las emisiones de conductas, según el participante de la diada: hijo / padre, sin tomar en cuenta tipo de familia (Media, Desviación Estándar y T de Student)	78
Tabla 12 Comparación de las emisiones de conductas, según el participante de la diada: hijo / padre, tomando en cuenta familia como factor de protección (Media, Desviación Estándar y U de Mann-Whitney)	79
Tabla 13 Comparación de las emisiones de conductas, según el participante de la diada: hijo / padre, tomando en cuenta familia como factor de riesgo (Media, Desviación Estándar y U de Mann-Whitney)	81
Tabla 14 Comparación de las emisiones de conductas, según el participante de la diada: hijo de familia como factor de protección (FP) / hijo de familia como factor de riesgo (FR) (Media, Desviación Estándar y T de Student)	82
Tabla 15 Comparación de las emisiones de conductas, según el participante de la diada: padre de familia como factor de protección (FP) / padre de familia como factor de riesgo (FR) (Media, Desviación Estándar y T de Student)	83

Índice de figuras	Página
Disruptors of effective parenting	36
Tendencia en los niveles de consumo de alcohol por grados escolares	56
Enlace entre etapa macro y microfamiliar	68



Resumen

Ante el incremento del consumo de alcohol en adolescentes y la importancia que representa la familia como factor de riesgo o protección, se ubicaron los diferentes tipos de familia, sus diferentes riesgos y conductas y cómo éstos influían para el establecimiento y reforzamiento de este consumo. Se planteó un estudio bietápico con papás y sus adolescentes de secundarias técnicas de la ciudad de San Luis Potosí. Primeramente con alcance descriptivo y correlacional se ubicó la prevalencia y clasificación del consumo; los tipos de familia, sus factores y niveles de riesgo, asociando tipo de familia – nivel de consumo, tipo de familia – nivel de riesgo y nivel de riesgo - nivel de consumo; se tuvo como producto el establecimiento de familias *protectoras* y de *riesgo* hacia el consumo de alcohol, así como diferentes riesgos detectados por ellas mismas; en la segunda etapa con un alcance descriptivo y explicativo, se analizaron las observaciones sobre el comportamiento de la interacción social en situación de conflicto entre padres e hijos de familias *protectoras* y *riesgo*, dialogando sobre los riesgos detectados relacionados al consumo de alcohol. Se afirma que la estructura de las familias nucleares y extensas son factores protectores, en tanto que las nucleares modificadas y reconstruidas, extensas modificadas y atípicas predisponen el consumo; que los comportamientos de los padres cuando son democráticos, con monitoreo y conductas coercitivas eficientes hacia la resolución de conflictos, se constituyen en factores protectores; en cambio, cuando la coerción ejercida es restrictiva y severa generan conductas antisociales y consumo de alcohol.

Palabras claves: Familia, adolescentes, riesgo y tipología familiar, consumo de alcohol, interacción social.

Abstract

With the increase in alcohol consumption among adolescents and the importance that represents the family as a risk factor or protection, different family, different risks and behaviors and how they influenced the establishment and strengthening of this consumption were located. A two-stage study with parents and their teenage techniques San Luis Potosi secondary was raised. First with descriptive and correlational scope and prevalence of consumer classification was located; family types, and their levels of risk factors associating family type - consumption level, family type - level of risk and risk level - level of consumption; product was taken as the establishment of protective and risk families to alcohol and various risks identified by them; in the second stage with a descriptive and explanatory scope, observations on the behavior of social interaction in conflict between parents and children of protective and risk families, talking about the identified risks related to alcohol consumption were analyzed. It states that the structure of nuclear and extended families are protective factors, while nuclear modified and reconstructed, modified extensive and atypical predispose consumption; the behaviors of parents when they are democratic, with efficient monitoring and coercive behaviors toward conflict resolution, constitute protective factors; however, when coercion is exerted severe restrictive and generate antisocial behavior and alcohol consumption.

Keywords: family, teenage, family typology and risk, alcohol consumption, social interaction.

Introducción

El consumo de alcohol en población adolescente se ha significado como una de las problemáticas en México que más ha preocupado a los diversos sectores de la sociedad; de acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011), es precisamente en la adolescencia cuando se ha detectado a nivel general el inicio de esta práctica, además de que ha venido aumentando el nivel de consumo entre ambos sexos, triplicándose en las mujeres. En la misma encuesta se reconoce que la dependencia y los problemas asociados afectan a una parte importante de la población mexicana, siendo el alcohol la droga que genera una mayor problemática en nuestro país.

En esta investigación se conjuntan como sujetos de estudio a adolescentes y a sus familias, tomando como eje de articulación de ambos al consumo de alcohol de los primeros y la interacción que se presenta entre ambos; teniendo como aporte el planteamiento metodológico con el que se aborda en primera instancia el consumo de alcohol de los adolescentes, sus tipos de familia caracterizadas como factor de riesgo o de protección y los riesgos a los que, de acuerdo con las propias familias, se encontraban expuestos; para posteriormente fundamentados en ellos, realizar una incursión hacia el interior de estos grupos mediante el análisis observacional de sus interacciones en situación de conflicto, permitiendo detectar comportamientos y realizar inferencias que permitan ubicar los comportamientos en relación con el consumo del alcohol.

El objetivo general que se planteó consistió en determinar los riesgos, tipologías y conductas en la interacción social familiar que influyen en el consumo de alcohol de sus adolescentes

En lo que respecta al marco teórico que sustenta el estudio, se tiene el desarrollo del riesgo familiar total desde un enfoque predominantemente psicosocial, los adolescentes y su consumo de alcohol desde parámetros socioculturales, y a la interacción familiar desde la teoría de la coerción, base para el análisis observacional efectuado.

En el apartado metodológico se presenta de manera diferenciada por etapas el enfoque y tipo de estudio, las unidades de análisis y observación con las que se trabajó, las variables

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

a tomar en cuenta, los instrumentos de recolección de datos, escenarios y procedimiento general.

En lo referente a los resultados, éstos son presentados respetando el orden de las etapas del estudio, iniciando con la prevalencia del consumo de alcohol, la relación entre los niveles de consumo de riesgo de alcohol de adolescentes con sus tipos de familia (factor de riesgo o protección) y niveles de riesgo. Posteriormente se presentan los resultados de la observación del comportamiento entre padres e hijos durante las interacciones en situación de conflicto sobre el consumo de alcohol.

Finalmente se presenta la discusión del estudio, integrando ambas etapas del mismo, las conclusiones y recomendaciones que surgen como análisis final de todo el trabajo.

Se espera que los resultados de la presente investigación sirvan de base para realizar intervenciones en adolescentes y familias, desde el sector educativo y el sector salud, así como replicar el estudio en su totalidad o en alguna de sus partes en otros sectores sociales, otras escuelas y niveles educativos.

CAPÍTULO 1

Marco teórico

El fundamento teórico de la presente investigación se plantea en tres apartados, en primer lugar se aborda a la familia como factor de riesgo o protección, en segundo lugar a los adolescentes y el consumo de alcohol, en tercer sitio a la interacción social en familias desde la teoría de la coerción.

1.1 La familia como factor de riesgo y/o protección a la salud

1.1.1 Concepto de familia

Las experiencias primeras de relación del individuo con el mundo suceden en el grupo familiar, es en este sentido que conserva su función formadora enlazada con elementos

afectivos y de intimidad; es en este primer contexto de convivencia en donde se gestan las bases para su irrupción en el mundo social.

La diversidad de contextos y experiencias que surgen en el proceso de socialización en un ambiente específico proyectan una forma de concebir a la familia de manera dinámica, en donde se tienen procesos que lejos de permanecer estáticos se encuentran en constante creación y recreación mediante el transcurso de un ciclo de vida familiar, el cambio de roles de sus integrantes conforme avanza su proceso de crecimiento, la llegada y partida de hijos, las modificaciones (crisis y logros) socioeconómicas, la muerte y el proceso de duelo, entre muchas otras (Krauskopf, 2010).

Entonces la familia es un grupo plurifuncional y polimórfico, insertado en una forma de organización social que responde al contexto sociocultural imperante (Marrero, 2004), lo que implica que para su estudio se deban emplear herramientas que den cuenta de ese estatus dinámico con el que se desempeña.

En lo que respecta a las funciones que la familia tiene para con sus miembros, destacan aquellas que se enfocan en satisfacer necesidades afectivas y emocionales que faciliten el desarrollo de la identidad personal, permitiendo el crecimiento y la autonomía de sus miembros y promoviendo su socialización; además promueve patrones de relaciones interpersonales, estimula el aprendizaje y la creatividad de sus miembros; con su conformación y función de límite y privilegio sexual contribuye a perpetuar la especie humana, manteniendo los linderos entre las generaciones y siendo hacia ellas el vehículo de transmisión cultural (Marrero, 2004).

Es así como las funciones brindadas por la familia se constituyen en la base de la salud no solo física sino psicosocial del individuo y del grupo, además de garantizar el crecimiento, desarrollo y equilibrio emocional de sus miembros, lo que se considera como un elemento fundamental para poder afrontar los problemas y crisis de la vida (Louro, 1994).

Desde una perspectiva psicosocial la familia es vista como uno de los microambientes en donde sus integrantes permanecen como responsables de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable; este estilo de vida debe promover el bienestar y el

desarrollo de sus miembros.

Además, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1995) la familia coexiste en un contexto complejo e integrador, participando en la dinámica interaccional de los contextos biológico, psicosocial y ecológico, dentro de los cuales se movilizan los procesos fundamentales del desarrollo del adolescente, como una unidad psicosocial sujeta a la influencia de factores socioculturales, cuya interacción la hace vulnerable a caer en situaciones de crisis o en eventos y dinámicas disfuncionales, pero también susceptible de convertirse en uno de los factores protectores, cuando funciona en forma adecuada.

En concordancia con el concepto de salud planteado en el apartado anterior, con las características planteadas en los párrafos que anteceden al presente y para el uso y aplicación en la presente investigación, la familia se conceptualiza como: Una unidad con estructura y organización que interactúa con su ambiente, con elementos definidos por vínculos emocionales y responsabilidades comunes; está conformada además por las personas que llevan funciones de familia o las que el individuo considera su familia (Friedemann, 1995)

El grupo familiar queda delimitado espacialmente, como la misma autora afirma, al grupo de personas que conviven en una vivienda o parte de ella, bajo el mismo techo, donde pasan la noche habitualmente, compartiendo o no sus servicios, sin limitar el grado de parentesco; mencionado en el mismo sentido como: *Familia de convivencia* (Zicavo, Palma y Garrido, 2012), o bien como la dimensión de *estructura familiar* (Barbagli, 1987).

Además, contempla hijos adoptados o de otros vínculos matrimoniales. Aún y cuando no existan nexos consanguíneos y de parentesco, siendo aquellos convivientes con relaciones de afinidad que reproduzcan el vínculo afectivo natural entre familiares consanguíneos y parientes, con relaciones estables de al menos de un año.

Se excluyen de esta definición otros casos que también requieren atención de salud, pero que no constituyen un grupo familiar con mayor número de integrantes o sin hijos, como el *hogar unipersonal* o a la *familia de pareja* y a los grupos que conviven sin establecer relaciones familiares como los albergados o visitantes ocasionales (Sainz, Alonso, Casals y Fernández, 2004).

Derivado de lo anterior, la tipología familiar (Amaya, 2004 b) que se usó para el desarrollo del presente estudio fue la siguiente:

- Familias nucleares: Están constituidas por ambos padres biológicos y los hijos. Se caracteriza por la presencia de dos generaciones de consanguinidad.
- Familia nuclear modificada: Comprende las familias donde solo está el padre o la madre con los hijos. Pueden ser hijos de diferentes uniones
- Familia nuclear reconstruida: Familia en la que hay pareja, pero todos los hijos no son del mismo padre o madre. Hay presencia de padrastro o madrastra.
- Familia extensa: Está compuesta por miembros de tres o más generaciones: abuelos, padres, hijos, nietos, etc.
- Familia extensa modificada: Es aquella en que además de los padres e hijos está vinculado otro miembro de consanguinidad de la generación de los padres o de los hijos: tíos, primos de los padres, sobrinos. También pueden ser personas de la generación de los abuelos o nietos, con o sin la presencia de los padres.
- Familia atípica: Está compuesta por miembros con o sin lazos sanguíneos y su estructura no se enmarca en ninguna de las anteriores. Puede ser una familia de hermanos, o primos, o un grupo de personas que sin lazos sanguíneos se considera como familia.

Para el caso de México, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2007) los tipos de familia que se presentan en su población correspondían en 2005 a familias nucleares con un 74.3%, de las cuales el 17.9% está constituida por uno de los padres y sus hijos (nucleares modificadas), correspondiendo las no nucleares un 25.7% del total.

De acuerdo con los resultados del Censo de Población y Vivienda 2010 (INEGI, 2013), las familias nucleares seguían ocupando el primer lugar (70.4%), ocupando las familias nucleares modificadas el 15.4 % de ellas; en tanto que las familias extensas, incluidas las extensas modificadas ocupaban el 26.5% y por último, sólo 1.5% son familias

en los que además del núcleo y otros familiares, también cohabitan personas que no guardan ningún parentesco con el jefe del hogar (atípicas).

1.1.2 La familia y el enfoque de riesgo y/o protección hacia la salud de sus miembros

La interacción social desarrollada entre los integrantes del grupo familiar, ha propiciado una serie de relaciones que crean condiciones difíciles de igualar por otro grupo social, provocando que gran parte de los procesos que vive el individuo, tengan relación directa o indirecta con el grupo social en donde se desenvuelve y el contexto en donde está inserto.

Es en la familia en donde se desarrollan paradigmas y creencias compartidas de cómo funciona el mundo, interpretando los hechos y el comportamiento de su entorno; siendo uno de los componentes sometido a análisis e interpretación, el conjunto de creencias acerca de la salud y la enfermedad (López, 2005).

La salud de la familia se ve entonces reflejada en sus integrantes y en la comunidad en la que se encuentra formando parte, por lo que a familias sanas se tendrán comunidades e individuos sanos, por lo que al proteger la salud familiar se preserva la salud de su comunidad (Klainberg, 2001).

Amaya (2004) al respecto del trato de los procesos de la salud y enfermedad y específicamente en familias, señala que la promoción y preservación de la salud no son la responsabilidad única de la persona, sino que lo es de la comunidad y de manera específica de la familia, dado que es el núcleo en el cual las personas vivimos, enfermamos y morimos.

La familia se convierte de esta manera en el medio y el conducto para realizar diferentes acciones tendientes a detectar factores de riesgo, pero también para efectuar intervenciones que de manera individual o grupal mejoren las expectativas de salud de sus integrantes, por lo que el funcionamiento familiar se convierte en un factor de protección o de riesgo frente a las condiciones de salud de los individuos (Weinreich y Hidalgo, 2004).

Acorde con lo anterior, la familia aún en medio de una situación de estrés, puede generar formas de afrontamiento, intentando recobrar la salud de la familia y el bienestar de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sus miembros; además, puede crear un ambiente propicio para adaptarse, mediante la participación de sus miembros, a diversas situaciones promoviendo el bienestar y la salud.

Esta dinámica en las familias, establece una relación en la que se mezclan individuo, familia y sociedad, en donde la salud de la familia va a depender de factores personales psicológicos, biológicos y otros; factores del grupo familiar en cuanto a su funcionalidad, estructura, economía, etapas del ciclo vital entre otros y factores sociológicos como el modo de vida de la comunidad, costumbres, etc. (González, 2000).

De igual forma, la relación entre el individuo y la familia, es decir la salud individual y la salud familiar es biunívoca de influencia recíproca (Amaya, 2004), considerándose que la salud individual se conforma por el contexto familiar (hábitos, valores, normas, actitudes, problemas biológico – genéticos, etc.); infiriéndose que cualquier problema de origen individual se puede llegar a convertir en problema de salud familiar (González, 2000), como sería el caso de un integrante con consumo de alcohol, puede llegar a alterar la dinámica familiar o viceversa.

La familia como unidad social intermedia entre el individuo y la comunidad se transforma entonces en el medio que puede incidir favorablemente (factor de protección) o no (factor de riesgo) en el proceso de salud – enfermedad de sus integrantes (Ortiz, Louro, Jiménez y Silva, 1999).

El marco de acción que ofrece el ambiente familiar para el desarrollo de conductas positivas o de tipo antisocial, ha sido reconocido y tomado en cuenta por la mayoría de los investigadores del área de la salud. De acuerdo con García y Segura (2005), han sido muchos los trabajos que han tomado a la familia como elemento central y sobretodo han tomado en consideración diversas variables familiares bajo el modelo de factores de riesgo y/o de protección.

Estos factores de riesgo y/o de protección, han sido derivados por Catalano y Hawkins (1996) desde comportamientos prosociales y antisociales, donde el apego a figuras o grupos que practiquen ese tipo de conductas, se convierten mediante la interacción y aceptación de ellos en factores que benefician o promueven actitudes y acciones salutogénicas.

Es el caso de la familia en donde sus miembros interactúan mediante esa clase de conductas, resultando que el apego y aceptación de personas o cuidadores con conductas antisociales derivará en el inicio de comportamientos de ese tipo y viceversa.

La familia como marco contextual socializador primario del individuo, es entonces el elemento más importante tanto para intervenir, como para prevenir el consumo de alcohol. El sistema familiar desempeña un papel básico en el desencadenamiento de conductas antisociales, por lo que se puede afirmar que los procesos de socialización familiar tienen relación directa con la generación o prevención de conductas de consumo del alcohol, al promover actitudes, autoconcepto, valores, habilidades de comunicación, entre otros factores (Lloret, 2001).

Existe concordancia que entre los factores predictivos más relevantes se relacionan con la interacción familiar y social, destacando el momento de desarrollo en donde se ubique el individuo, puesto que en edades tempranas es en donde el factor del comportamiento de los padres resulta decisivo (Rodríguez, Pérez y Córdova, 2007).

Dar cuenta de la salud familiar desde aspectos no solo de enfermedad sino desde ámbitos más inclusivos, implica el conocer los factores de riesgo que aquejan a las familias y la forma en que este núcleo previene, soluciona o es vulnerado por ellos; representado en un proceso continuo, dinámico, con diferentes momentos y niveles de profundización, por medio del cual se obtiene información para el análisis e identificación de problemas, así como las potencialidades de las familias para realizar acciones de promoción sanitaria, prevenir enfermedades y capacidad para recuperar su salud (Louro, 2002).

Esta ubicación de la familia como factor de riesgo o protector se enuncia, de acuerdo con la OMS (1995) como las diferentes posibilidades de desviarse de la salud y el bienestar de parte de los individuos y los grupos, en particular el de la familia. Dichas posibilidades se presentan o no, dependiendo del equilibrio existente entre sus esfuerzos, recursos y necesidades.

Se entiende por *riesgo* a la probabilidad de experimentar una contingencia valorada como desfavorable y al *enfoque de riesgo* como la estrategia sanitaria para reducir la

inequidad y sus efectos, en tanto que los *factores de riesgo* son los eventos orgánicos, psíquicos, sociales o ambientales, cuya presencia aumenta la probabilidad de aparición del daño; abarcando como *medición de riesgo* a la predicción de que ocurra un evento, favorable o desfavorable cuando se conocen sus diferentes opciones (Friedemann, 1995).

Además, bajo esta misma percepción, se tiene que al controlar los factores de riesgo disminuye la probabilidad de daño y el refuerzo de los factores protectores aumenta la posibilidad de una mejor salud para la familia y sus integrantes, convirtiéndose en factor protector.

El factor de riesgo se constituye entonces como los elementos averiguables y comprobables de una persona o su grupo, asociados con la posibilidad de desarrollar un proceso mórbido, por lo que la medición del riesgo y de sus cifras generales, pueden ser aplicadas a diferentes elementos, entre ellos a la familia (Backett, Davies, y Petros-Barvazain, 1985).

La medición de los factores de riesgo, específicamente para la salud de la familia se desarrollan a través de diversos postulados (Friedemann, 1995), los cuales manifiestan posibilidades de ser objetivables, dado que se caracterizan por la probabilidad de ocurrencia de efectos adversos individuales (morbilidad, mortalidad) o de desorganización de la unidad familiar, asociándose y acumulándose exponencialmente, siendo riesgos de las diferentes categorías que son comunes a múltiples problemáticas de salud individual y familiar.

En este sentido, toda familia está expuesta a riesgos biológicos, demográficos, socioeconómicos, psicoafectivos, de estilos de vida y prácticas habituales de salud, siendo estos riesgos verificables, medibles, cuantificables y algunos son modificables; asumiendo la calificación de riesgo en la familia relacionado con los antecedentes familiares y la morbilidad sentida, además de asociarse con los tipos de familia definidos por su composición y estructura; entrando en juego su trayectoria y situación actual, así como el contexto específico en el que se encuentre inmerso.

Se entiende por Riesgo Familiar (RF) a la probabilidad de consecuencias adversas individuales y familiares (enfermedad, desorganización o disfunción) debido a la presencia

de algunas características detectadas en el momento de una valoración (Backet et al. 1985). Estas características incluyen aspectos de tipo biológico, físico, ambiental, socioeconómico, psicoafectivo, prácticas y servicios de salud y de trayectoria de los miembros de la familia (Clemen-Stone, Eigsti y McGuire, 1987).

En esta línea, una familia saludable será aquella que mediante sus prácticas cotidianas y apoyo de los servicios de salud, se manifieste como factor protector, manteniendo controlado los riesgos individuales y familiares, mediante estrategias de prevención y educación.

En el mismo sentido, se afirma que no hay familias buenas o malas, sanas o enfermas, sino que se tiene a cada familia en un nivel particular de riesgo, que la coloca en mayor o menor probabilidad de enfermar.

El objetivo del RF es detectar aquellas familias vulnerables a presentar problemas o riesgos de salud. Lo que se busca es identificar a las familias que por diversos factores asociados con una trayectoria, forma de organización, prácticas de salud, disponibilidad de recursos o funcionamiento cotidiano, generan riesgo o protección de salud para sus integrantes o para la familia como un todo.

De manera específica y para motivo de medir el RF, bajo la perspectiva descrita, se han tomado, de acuerdo con el Instrumento de medición del Riesgo Familiar Total (Amaya 2004) seis dimensiones a diagnosticar en las familias elegidas: Composición familiar, servicios y prácticas de salud condiciones psicoafectivas, situación socioeconómica, condiciones de vivienda y manejo de menores.

En lo que respecta al estado del arte de mediciones de RFT han sido ubicados estudios realizados principalmente en otros países de habla hispana, teniendo como común denominador el detectar los riesgos asociados a otra variable, como son los casos siguientes:

El estudio realizado por Pérez (2003), realizando la medición del riesgo a familias con adolescentes gestantes de los municipios de Chía, Cajicá y Cota en Colombia, estudiando de manera cuantitativa, descriptiva y transversal a 66 familias, de las cuales el 62 % manifestaron niveles de riesgo alto, en tanto que el 36 % y el 2 % manifestaron niveles medio

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

y bajo, respectivamente. Manifestando que las dimensiones con mayor riesgo son las prácticas y la prestación de los servicios de salud.

En México, la medición del riesgo familiar total a familias gestantes de nivel socioeconómico medio - bajo, fue realizado por Mendoza et al. (2010), en 498 pacientes del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, mediante un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, encontrando que el 11 % demuestra niveles de riesgo alto, el 78 % riesgo medio y el 11 % en riesgo bajo, encontrando mayor nivel de riesgo (60 %) en familias nucleares. Los principales riesgos detectados son pertenecientes a las dimensiones de: detección de prácticas saludables, saneamiento y seguridad del entorno y violencia intrafamiliar; de manera específica se encontró con un 33% del total de la muestra presencia de consumo de alcohol.

En el estudio realizado por Fajardo (2008), se hace la medición del Riesgo Familiar Total a familias con la característica de poseer entre sus miembros a un adulto mayor (anciano), ubicadas en la Comuna seis del Municipio de Ibagué, Colombia. El estudio fue caracterizado con un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, exploratorio y transversal a 132 familias, siendo la mayoría de ellas las de tipo extenso, extenso modificado y nucleares; siendo el tipo de familia caracterizada con mayor riesgo a la monoparental con la mamá como cabeza de familia. Se caracterizó además que los mayores riesgos estaban conformados por: la carencia de ingresos económicos, la falta de higiene y presencia de insalubridad, así como la no recreación de los integrantes de las familias.

En condiciones muy similares a las descritas en el estudio anterior, encontramos el trabajo de Velásquez y Amaya (2012), Caracterizando a las familias con personas mayores en el municipio de Funza, Cundinamarca Colombia, desde el enfoque de Riesgo Familiar Total, planteando de manera cuantitativa, descriptiva y transversal el abordaje con 71 familias, de las cuales la mitad eran del tipo extenso modificado y extenso, con un nivel de riesgo alto (47.9%), influido principalmente por las dimensiones de: morbilidad familiar, aspectos socioeconómicos y psicoafectivos.

En lo que respecta a trabajos en donde se haya vinculado el Riesgo Familiar Total a otra variable, tenemos el trabajo de Enríquez y Cataño (2009), en donde se vinculaba la

medición del riesgo a dos tipos de poblaciones: niños escolares con alto y con bajo rendimiento académico, pertenecientes a 186 familias de un Centro educativo de Bogotá, Colombia. Los resultados arrojan un predominio de familias de tipo nuclear (65 %) en ambos grupos, y una relación inversa en cuanto al riesgo familiar y el rendimiento académico del escolar de la familia, registrando en riesgo alto y medio al 9 % y 31 % respectivamente, concordando con niños de bajo rendimiento académico; en tanto que el resto porcentual representa el nivel de riesgo bajo, concordando con escolares de rendimiento académico alto. Las dimensiones de riesgo que influyen en mayor medida en el rendimiento académico de los escolares son: la composición familiar, el ambiente socioeconómico, la morbilidad y el ambiente psicoafectivo familiar.

La ubicación de los distintos riesgos percibidos por la familia, así como la ubicación de la misma familia como factor de riesgo y/o protección, es visualizada y llevada a cabo en grupos de diferentes contextos y sus integrantes, teniendo como referente específico del presente estudio a aquellas que entre sus miembros cuenten con adolescentes con algún tipo de consumo de alcohol, aspecto que abordaremos al final del siguiente subcapítulo.

1.2 Adolescentes y consumo de alcohol

En este capítulo se hace referencia, en un primer momento, al adolescente como tal, su caracterización y estatus sociodemográfico en el lugar del estudio, además de fundamentar etiológicamente el consumo de alcohol, su clasificación y el instrumento de recopilación de datos que al respecto es usado para esta investigación, para finalmente presentar algunos estudios que han abordado, internacional y nacionalmente su consumo en adolescentes.

1.2.1 Adolescentes, su concepto

El definir la adolescencia ha sido una tarea que implica no solo referentes biológicos de aparición de rasgos de la pubertad hasta la reproducción sexual efectiva, sino que además se toman elementos socioculturales, económicos, laborales, religiosos, entre otros.

De acuerdo con Donas (2001), La adolescencia no se asume como un proceso

meramente biológico, sino también psicológico y social, que asume características diferentes en las múltiples estructuras sociales y culturales en las que crecen y se desarrollan los jóvenes.

El mismo autor hace referencia a ciertas características que si bien no surgen con el inicio de la adolescencia, sí se acentúan y enfatizan durante este periodo, en donde se busca una identidad y se desea lograr cierta autonomía, como procesos básicos del desarrollo psicosocial, en donde se busca a sí mismo dentro del conglomerado, pero actuando al mismo tiempo con mayor libertad hacia y en procesos de creatividad, rebeldía, impulsos de experimentar lo desconocido y de proponer formas novedosas para aspectos cotidianos.

El manejo de la autoestima, resulta en esta etapa un aspecto fundamental relacionado con la necesidad de sentirse bien consigo mismo, mediante el aprecio y aceptación de quienes le rodean, desarrollando al mismo tiempo un juicio crítico, representado con el análisis de manera crítica de las acciones, fenómenos y hechos que acontecen a su alrededor, generando con ello su proyecto de vida, en función de sus aspiraciones, sueños, visiones y motivaciones del contexto.

Otro aspecto relevante en esta etapa lo constituye sin duda la maduración sexual, de donde se desprende una necesidad de relación afectiva con el otro, necesidad expresada con el encuentro con el otro género, aparejado con un desarrollo moral y espiritual, en donde no necesariamente se expresa mediante una vinculación con la religión, sino con los valores y sentimientos influenciados por el entorno.

De acuerdo con el comité de expertos reunidos por la OMS para aportar sus reflexiones acerca de las necesidades de salud de los adolescentes en 1977, afirmaron que la adolescencia es un periodo crítico de evolución biológica y psicológica para el individuo, suponiendo que se adquieren formas de comportamiento y actitudes de gran importancia para la salud.

Además mencionan que existe un consenso que se manifiesta en las diferentes culturas acerca de la definición de esta etapa, unificando la característica de considerar a los adolescentes con un crecimiento y desarrollo mayor al de un niño, pero sin la madurez

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

suficiente para desarrollar funciones de un adulto.

Por lo anterior, y para motivo de ubicar un rango en años que sea lo suficientemente amplio para captar a los adolescentes desde un enfoque multicultural y multiregional incluyente, se tomó entre los 10 a 19 años de edad, que es el periodo que la OMS (2010) recomienda para clasificar a este grupo etario, rango que se toma en cuenta para fundamentar el marco temporal general con suficiencia y amplitud en el que inscribió a los adolescentes para la presente investigación; quedando definido de manera específica en lo que Azambuja (2002) denomina como: adolescencia inicial y media, en el rango de los 10 a los 16 años, que es justamente el marco temporal que abarca un alumno de educación secundaria en nuestro país.

Desde ámbitos sociodemográficos y de acuerdo con el informe del Consejo Nacional de Población de México (CONAPO, 2010), sobre la situación actual de los jóvenes en el país, se cuenta con 20.2 millones de jóvenes de entre 15 y 24 años, representando la 5ª. Parte de la población total; de donde se estima que 9.6 % de la población total (10.4 millones) corresponden a adolescentes.

En lo que respecta al estado de San Luis Potosí, de acuerdo con el II conteo de población y vivienda, realizado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), la población de entre 10 a 19 años, constituía el 22.1 % del total de habitantes de este estado; arrojando que según conteos registrados en los tabulados del cuestionario básico del Censo de población y Vivienda de 2010, los jóvenes insertos en este rango de edades, ascendía a 539 827 habitantes.

La importancia que tiene el abordar a sujetos en esta etapa de su desarrollo, radica en que demuestran características de conflictos consigo mismo y con su familia, de búsqueda de identidad, otorgan mucha importancia a su grupo de pares, lo que los hace vulnerables a situaciones externas, quedando expuestos a situaciones de riesgo en situaciones de consumo de sustancias psicoactivas (Jordán, Molina y Pillón, 2009); además de que es el momento idóneo para prevenir de manera inmediata y a largo plazo, problemas de salud, entre los que se cuenta el abuso de drogas y del consumo de alcohol (OMS, 1977).

De manera particular uno de los elementos que inciden de manera directa en el inicio, mantenimiento y evolución de conductas de consumo de alcohol, lo representa la familia; a este respecto se forma una relación recíproca, dado a que es un hecho ampliamente aceptado que las conductas adictivas tiene consecuencias en diferentes áreas de la vida familiar, en sus elementos y sus estilos de vida; como también es un hecho que la familia se constituye en una influencia sobre las conductas adictivas y su tratamiento (Calvo, 2007).

1.2.2 Enfoque etiológico del consumo de alcohol

Existen diferentes teorías que intentan explicar las causas y el proceso del consumo de alcohol, algunas de ellas tomando elementos desde diferentes perspectivas que van desde modelos médicos, los de tipo moralista, hasta modelos de otras disciplinas científicas como lo son la Psicología, Sociología y Antropología.

Para Hesselbrock, Hesselbrock y Epstein (1998), la etiología de los desórdenes y consumo del alcohol es muy compleja, multidisciplinaria, además de que el reporte de resultados es enorme. A decir de los autores, hay investigadores interesados en acercarse al fenómeno desde las contribuciones genéticas y biológicas; otros más lo hacen desde la perspectiva de la adopción conductual como antecedente y consecuente de eventos que inician y mantienen la acción de beber alcohol; los hay quienes exploran los desórdenes psiquiátricos; por su parte los sociólogos examinan factores de macronivel, en donde asocian a pares o influencias sociales con el mantenimiento de la adicción.

En este tenor, Gual (2002), afirma que el abordaje, estudio y tratamiento de bebedores con problemas serios, todavía se encuentra fuertemente influenciado por las concepciones de tipo moralistas que llegaban a etiquetar a estos bebedores más como un “vicioso” que como un enfermo, provocando que las primeras intervenciones con terapias, fueran más desde la beneficencia y no desde la ciencia.

El mismo autor afirma que ya los investigadores han apuntado a la superación de la investigación, prevención y tratamiento del fenómeno, rebasando los modelos moralistas y médico - tradicionalistas, logrando añadir otros elementos a la comprensión del alcoholismo.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Frente al modelo médico, la diferencia estriba en que el sujeto deja de ser interpretado como receptor únicamente pasivo y cobran importancia aspectos psicológicos y sociales que resultan determinantes para la adquisición de hábitos conductuales o estilos de vida desadaptados.

En lo que respecta al elemento: ambiente, éste corresponde con la dimensión social, en donde están incluidos los factores contextuales en donde se halla inmerso el consumidor, incluyendo aspectos del medio sociocultural, comunitario y familiar, con elementos sociodemográficos que describen la situación de la que proviene el sujeto, incluyendo elementos de crianza, marginación, relaciones interpersonales con pares y con integrantes de su familia y comunidad, sus creencias, valores, etc.

Para el caso específico de esta investigación se partirá del hecho de concebir el consumo del alcohol desde una perspectiva biológica, social y cultural vinculada a un enfoque familiar, en donde desde la Guía para el promotor de nueva vida (2011), fundamentada en los modelos que en materia de prevención propone la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura se concibe a las adicciones como un problema de personas que no cuentan con las capacidades individuales y sociales para enfrentarlo. Así, considera a la familia o al grupo de compañeros como agentes básicos (factores de riesgo o de protección) que de alguna manera pueden influir en el desarrollo y en la prevención de las adicciones

Por su parte, el consumo de alguna sustancia como el alcohol, se presenta como consecuencia de trastornos de la conducta, como una forma de satisfacer alguna necesidad del individuo o de resolver un conflicto, en donde lo importante es la relación que el individuo establece con la sustancia siendo ésta experimental, ocasional o controlada.

Este enfoque se centra en la formación de actitudes de autocuidado y comportamientos que lleven a un mejoramiento de las relaciones interpersonales, centrando su atención en el contexto ampliado de los individuos (comunidad, nación), bajo la premisa de que las condiciones socioeconómicas (pobreza, hacinamiento, migración, urbanización, industrialización, desempleo, etc.) y socioculturales (malestar, movimientos culturales e identidades juveniles) son las variables importantes que influyen en la aparición de las

adicciones, más que en las categorías individuales.

Se intenta resaltar, además de los componentes afectivos y cognitivos, los de tipo ambiental de la realidad social. Subraya además la necesidad de un análisis desde un nivel interindividual, en donde la persona establece su relación con los “otros”; de donde se desprende que el individuo y su consumo se justifica como resultado de los contactos establecidos con las personas de su entorno (Pastor y López-Latorre,1993).

En este sentido el análisis de un fenómeno de adicción al alcohol, es definida en términos de sus ámbitos biopsicosociales, articulando una serie de factores que tienen que ver con el sujeto consumidor, la sustancia consumida y la situación social en donde se da el consumo.

En lo que respecta a un Modelo Familiar, Vicencio (2011), afirma que este modelo considera a las adicciones como un síntoma y referente de problemas psicosociales complejos, en donde coexisten de manera familiar otros problemas como: violencia, problemas de conducta y aprendizaje, abuso, delincuencia, entre otros más.

Para este modelo, resulta claro que las adicciones como el consumo del alcohol, son algo más que enfermedades individuales, dado que se trata de una modalidad de funcionamiento familiar, en la que están inmersos todos sus integrantes, contribuyendo a sostener o a salvar los indicadores de una difícil adaptación social.

Desde esta perspectiva, se requiere de un diagnóstico familiar integral, biopsicosocial, que ayude a reconocer los recursos y dificultades de cada familia, para ayudar con la propuesta de una solución a los problemas más apremiantes y específicamente relacionados con el consumo de alcohol.

1.2.3 Clasificación del consumo de alcohol

La utilización del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su versión IV (DSM IV) en la American Psychological Association (APA, 1995), provee una guía que orienta a identificar el consumo riesgoso o perjudicial de alcohol y sus clasificaciones de acuerdo a la severidad del mismo, con la presencia de un patrón de

consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, y la presencia de uno o más de las características siguientes durante por lo menos doce meses: Consumo recurrente de sustancias que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela, si consume sustancias en situaciones peligrosas con problemas legales, sociales o interpersonales, además el consumo es cada vez mayor, durante un período más prolongado, trata de controlar el consumo infructuosamente, se emplea más tiempo en la recuperación de los efectos de la sustancia, se continúa el consumo a pesar de tener conciencia de los problemas que causa.

Por su parte, la OMS (1992), clasifica el nivel de consumo en tres dimensiones:

- a) Sin problemas. Cuando el consumo es nulo o mínimo, considerado también como nivel: BAJO
- b) Bebedor de riesgo. Es un consumo excesivo que si bien aumenta las probabilidades de que la persona sufra consecuencias adversas (médicas, psiquiátricas, familiares, sociales, etc.), todavía no se han producido; considerado también como nivel: MEDIO
- c) Dependencia alcohólica. Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de alcohol adquiere la máxima prioridad para el individuo. Considerado también como nivel: ALTO.

La clasificación sugerida por la OMS, coincide con la fundamentación del instrumento que se usa en esta investigación para la detección de los niveles de consumo de riesgo de alcohol: Test de Identificación de Desórdenes en el Uso de Alcohol (AUDIT) (Babor, Higgins - Biddle, Saunders y Monteiro, 2001), en donde se plantean puntuaciones de corte que establecen tres categorías de consumo de riesgo de alcohol y está integrada por 10 preguntas el puntaje total se interpreta: 0 a 3 sin riesgo, de 4 a 7 empieza a tener problemas (riesgo medio) y 8 o más significa riesgo elevado (Gunzerath, Faden, Zakhari y Warren, 2004; NOM-028-SSA2-1999).

1.2.4 El consumo de riesgo de alcohol por adolescentes, su prevalencia y asociación a variables familiares

El consumo de riesgo de alcohol, entendido como un patrón de consumo que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás (Babor, Campbell, Room y Saunders, 1994) ha tenido a nivel mundial un crecimiento acelerado siendo México, a decir de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2008, uno de los países en donde este fenómeno se ha acentuado y en donde ha presentado una prevalencia cada vez mayor en la población adolescente.

El aumento del consumo de alcohol ha tenido un repunte del 60% de 2004 a 2006 (Villatoro, 2007), siendo particularmente alarmante la edad de inicio de consumo, arrojando que uno de cada cinco estudiantes inicia a beber alcohol desde los 12 años de edad o menos.

Desde 1991 se tiene reportado en la Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas Entre la Comunidad Escolar (Medina -Mora et al. 1991) que entre los estudiantes de educación media y media superior, que el consumo de alcohol se dio en un 48% del total de la población estudiantil, afirmando que habían consumido alcohol alguna vez en la vida y diferenciado por sexo el 54.6% de los hombres y el 43% de las mujeres.

Guzmán, Pedrao, Rodríguez, López y Esparza (2007) identificaron las características en el trastorno por consumo de alcohol en 125 adolescentes de bandas juveniles de la ciudad de Monterrey y analizar el efecto de factores personales sobre estos. Los resultados indicaron que se identifica que más de dos terceras partes son consumidores en riesgo (69.6%), es decir, que consume más de 4 bebidas alcohólicas en un día típico, y en el último año ha consumido más de 6 bebidas en una sola ocasión.

En un estudio realizado sobre las tendencias del uso de drogas en la ciudad de México, por Villatoro, et al (2011), tomaron una muestra probabilística de 800 alumnos de secundaria y 800 de bachillerato, representativa de las delegaciones del Distrito federal, encontrando que el consumo de alcohol en ambos niveles educativos se da en un 71.4 % de haberlo consumido alguna vez en su vida, resultando este mismo porcentaje tanto para hombres como para mujeres; en cuanto a los alumnos de secundaria, el 29.7 % lo ha consumido el último

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

mes y en cuanto al consumo de abuso por alumnos de secundaria se da mayormente en hombres (7.2%) que en las mujeres (6.7%).

Por su parte Nash, González, Hernández, Bravo y López (2012) trabajando con adolescentes de telesecundaria en Veracruz, realizaron un estudio descriptivo y transversal con una muestra probabilística aleatoria de 262 estudiantes; se aplicaron dos cuestionarios: uno para obtener datos generales de los estudiantes y otro para medir la prevalencia de consumo de alcohol. Dentro de los resultados encontrados se evidenció que el rango de edad en que consumen alcohol fue de 12-14 años, predomina el sexo masculino y la edad de inicio de consumo de bebidas alcohólicas fluctúa entre los 5 y 16 años, obteniendo un promedio de edad de 10.36 años. El 43.13% de los estudiantes manifiesta haber consumido alcohol por lo menos una vez en su vida y el número de vasos que consumen de alcohol en un día típico fue de 1 a 3, así lo manifestaron el 86.96% de los estudiantes; la bebida preferida es la cerveza, finalmente, en cuanto al lugar en donde la consumen el 47.83% manifestó que en fiestas y un 20.29% en su casa.

Sánchez, Roa, Gómez y Rodríguez (2008) dieron cuenta de la prevalencia de consumo riesgoso y dañino en adolescentes de la ciudad de Morelia, se aplicó el cuestionario AUDIT y se investigaron los antecedentes de ingesta de alcohol y embriaguez en los padres de 315 adolescentes de una escuela urbana. Los resultados obtenidos fueron que la edad de inicio más frecuente en la ingestión de bebidas alcohólicas fue a los 12 años (46 de 315 adolescentes; 14,6 %). La cerveza fue la bebida más frecuentemente ingerida, las categorías de nivel de consumo mostraron un consumo seguro en 255 adolescentes (81 %), consumo riesgoso en 54 (17,1 %) y consumo dañino en 6 (1,9 %). Ochenta y cinco adolescentes manifestaron que alguno de sus padres ingería bebidas alcohólicas con frecuencia (27 %) y 65 de ellos (20,6 %) comentaron que estos llegaban hasta la embriaguez.

Como antecedente inmediato en San Luis Potosí, el estudio realizado por Castro, Llanes, Carreño, García y Nieto (1999) para ubicar la prevalencia y distribución de consumo de diferentes drogas (entre ellas el alcohol) por nivel educativo y género, utilizando el instrumento: Inventario Riesgo-Protección para Adolescentes del Consejo Nacional contra las Adicciones, aplicando para el caso de alumnos de secundaria una muestra estatal de 900

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

adolescentes. Encontraron que el alcohol es la sustancia preferida en estos alumnos, con un consumo porcentual mayor en hombres (46.6) que mujeres (41.7), aunque esta diferencia no es muy amplia. En cuanto al consumo, el que más abunda es el nulo u ocasional, por lo que los investigadores consideran que el consumo de abuso o de riesgo está “controlado”.

De acuerdo con la ENA 2008, los adolescentes están copiando los modelos de los adultos, resultando que un 2.9 % de la población de entre 12 a 17 años presenta abuso o dependencia del alcohol; sobresale de manera importante el aumento de las consumidoras adolescentes.

La misma fuente afirma que la forma de consumo de la población Mexicana en general y particularmente entre el grupo de adolescentes, no consume de manera cotidiana, sino que lo hace por evento, es decir consume grandes cantidades por ocasión. Esta forma de beber se asocia principalmente con problemas familiares (10.8 %), seguido de peleas y otros de menor importancia.

Los mayores niveles de consumo alto de alcohol se ubican en la región centro y occidente del país, en donde destaca el estado de San Luis Potosí, el cual de acuerdo con la ENA 2008, manifiesta que se encuentra por arriba de la media nacional, al presentar cifras que ubican a esa entidad entre las que tienen un consumo de abuso-dependencia alto.

En cuanto a la prevalencia de consumo de alcohol entre la población de entre 12 a 17 años, la misma fuente cita que 6.9 % de ese rango de población se encuentra en situación de abuso – dependencia, cifra que resulta mayor a la presentada por estados como: Estado de México, Nuevo León, Michoacán y el Distrito Federal, entre otros.

Dentro de este mismo rango de edad, el consumo de alcohol de abuso – dependencia diferenciado por sexo, es en San Luis Potosí uno de los más altos de la república, aunque comparativamente los varones consumen tres veces más que las mujeres (10.9 % y 3.0 % las últimas).

En datos más recientes, (ENA 2011) en su volumen referido al consumo de alcohol, afirma que para la población mexicana de entre 12 a 17 años, la dependencia a esta sustancia

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

aumentó significativamente, arrojando que en los hombres se duplicara, en tanto que en las mujeres aumentó lo triple.

En lo que respecta a los resultados de la región Nororiental, que es donde está ubicado el Estado de San Luis Potosí, se tiene que en el mismo rango de edad referido en el párrafo anterior, existe dependencia al consumo de alcohol de un 2.8 %, manifestado específicamente en varones con un 4.4 % y en mujeres con un 1.2 %, ambos por arriba de la media nacional.

En cuanto a los centros de tratamiento, se cuenta con información sobre casos y personas atendidas por los Centros de Integración Juvenil, A.C. en San Luis Potosí (CIJ, 2012), en donde se ubica que la droga de mayor consumo en pacientes de primer ingreso en el CIJ en el estado para el primer semestre de 2012 es precisamente el alcohol, encontrando que el uso de esta droga es del 92.8 % el cual está por encima del porcentaje nacional, además encontrando que el mayor porcentaje en la edad de inicio del consumo de alcohol es en el rango de los 10 a los 14 años para los hombres y de 15 a 19 años para las mujeres.

Paralelamente a las encuestas y estudios de prevalencia presentados en párrafos anteriores, se han realizado otros sobre el consumo de alcohol en adolescentes, en este caso vinculado a variables familiares; o bien tomando a la familia o algunos aspectos de ésta como factor de riesgo y/o protección hacia el consumo por parte de sus integrantes.

Estas variables familiares que han sido relacionadas hacia el favorecimiento o control (riesgo o protección) de conductas antisociales como lo es el consumo de drogas y específicamente del alcohol, han sido de diversa índole; a nivel internacional en una revisión no exhaustiva y general, algunos investigadores han centrado su atención hacia las actitudes y conductas paternas, el manejo de la conducta por parte de los padres, así como la calidad y la consistencia de la comunicación familiar (Hawkins, Catalano y Miller, 1992); en otros casos se centra en la supervisión y el monitoreo paterno (Kandel, 1996; Moon, Jackson y Hecht, 2000); otros más han estudiado la relación que se genera del afecto y la supervisión parental que tienen los padres de familia sobre sus hijos (Martínez, Fuertes, Ramos y Hernández, 2003); además mediante un estudio que analizó el peso diferencial entre variables familiares en el consumo de drogas por 1570 adolescentes Madrileños, mediante un análisis de regresión, confirmando cómo los principales factores de riesgo familiares eran la ausencia

de normas, los conflictos entre los padres y el adolescente y el consumo de alcohol por parte del padre; encontrando factores protectores principales: acostarse a una hora fija y la buena relación con los padres (Muñoz Rivas y Graña, 2001) y el apego y el distanciamiento familiar que pudiera surgir entre sus miembros (Martínez y Robles, 2001; Mirón, Serrano, Godas y Rodríguez, 1997).

En el caso de México y al respecto del consumo de alcohol de adolescentes, se han llevado a cabo estudios en donde se ha explorado diversas variables familiares, como es el llevado a efecto por Rojas, Fleiz, Medina-Mora, Morón y Domenech (1999), quienes buscaron determinar la prevalencia del consumo de drogas y bebidas alcohólicas entre estudiantes, así como la relación de este consumo con variables sociodemográficas, entre las cuales destaca el tiempo libre, actos antisociales, normas y conflictos familiares, entre otros, de donde se obtuvo determinantes respecto al incumplimiento de las normas parentales, peleas frecuentes y separación de los padres, así como el distanciamiento de los adolescentes de su familia. Trabajaron con 1929 estudiantes de nivel medio básico y superior de la ciudad de Pachuca Hidalgo, aplicándoles una encuesta con ítems basados en instrumentos de la Organización Mundial de la Salud, con los siguientes resultados: el 47.9 % ha probado en alguna ocasión alcohol, resultando que el 12.6 % bebieron cantidades considerables (5 o más copas por ocasión), distinguiéndose, entre otras cosas, por haber bebido con amigos y cometer actos ilícitos; en lo que respecta a la familia, incumplieron normas parentales, sus padres peleaban frecuentemente e intentaban separarse, además de haber un distanciamiento con el grupo familiar expresado en la baja participación en actividades compartidas.

En otro estudio, se toma en cuenta a la historia familiar como determinante para el consumo de alcohol en hombres y mujeres de población urbana, con una muestra de 8890 que el consumo de alcohol en la familia es uno de los principales factores de riesgo para desarrollar el síndrome de dependencia al consumo de alcohol, entre sus miembros (Natera, Borges, Medina – Mora, Solis y Tiburcio, 2001);

Por su parte Rodríguez et al. (2007) investigaron los factores familiares y de pares asociados al consumo de drogas en estudiantes de educación media, con un rango de edad entre 12 a 18 años, en las ciudades: Colima, Cuernavaca, Hermosillo, Mérida, Mexicali,

Pachuca, Tlaquepaque, Saltillo, Xalapa y delegaciones del Distrito federal, vinculando el estudio en una de sus partes a factores de protección y de riesgo, obteniendo que para los alumnos de secundaria se generan factores de protección en la calidez de la interacción familiar y el monitoreo parental; en tanto que los riesgos se manifiestan en la permisividad familiar y la falta de involucramiento en actividades prosociales.

Para el estudio realizado por Díaz y García-Aurrecochea (2008), el cual se efectuó con una muestra de 516 estudiantes de las ciudades de Distrito Federal, Guadalajara, Jalisco, León, Guanajuato, Monterrey, Nuevo León, Puebla, Puebla y Tijuana, Baja California; conformados entre consumidores y no consumidores, aplicándoles el instrumento: *Drug Use Screening Inventory*, el cual medía exclusivamente para adolescentes comportamientos en el año y al mes previo a su aplicación. Algunos de sus resultados generales arrojaron que uno de los factores predictivos (riesgo) del consumo de sustancias era el bajo control conductual es decir, la tendencia a actuar con irritabilidad y agresividad en situación familiar conflictiva y violenta, carente de expresiones afectivas.

Para el caso de algunos estudios internacionales y nacionales sobre el consumo de alcohol en adolescentes y que de manera más específica han considerado entre sus variables como factor de protección y/o riesgo a la estructura familiar, su tipología y conformación; en su mayoría coinciden que aunque no es un factor que de manera directa provoque el consumo, sí se representa como predisponente importante lo mismo que otros que acompañan el desencadenamiento de estas conductas.

Elementos como: la ausencia de uno de los padres, presencia de otros miembros, el hecho de que uno de los padres vuelva a casarse o tener otra pareja bajo el mismo techo, entre otros elementos de conformación de la estructura familiar brindan los elementos propicios para proteger o predisponer el consumo de sustancias como lo afirman: López et al. (2001) en un estudio cuantitativo, descriptivo con 1004 adolescentes españoles entre 13 y 17 años de zonas rurales, urbanas y mixtas.

En otro estudio, Rees y Valenzuela (2003) buscaron las características individuales y familiares en 16 adolescentes Chilenos abusadores del consumo de alcohol con un rango de edad de 14 a 18 años, usando para la descripción de la estructura familiar el instrumento del

Modelo Circumplejo de Olson y el FACES III, encontrando que las familias pertenecen a estratos de bajos ingresos, con bajo nivel educativo, caracterizadas como en desbalance e intermedias; en cuanto a los adolescentes se encontraron conductas con tendencias agresivas, mostrando una escasa autonomía de los padres.

En otro caso, Ramírez y Andrade (2005) en su investigación sobre la familia y la exploración y descripción de los factores de riesgo asociados al consumo de alcohol, en niños y adolescentes ecuatorianos, con 139 familias de niños entre 8 y 18 años, mediante una encuesta preestablecida, encontrando que los principales factores de riesgo asociados al consumo de alcohol son: la economía, la baja escolaridad, el padre bebedor, la falta de alguno de los progenitores, el comportamiento de los padres y la carencia de apoyo familiar.

Torrente y Ruiz (2005) en una investigación donde buscaban cómo los procesos familiares están influyendo en la aparición y el desarrollo de la conducta antisocial en la pre adolescencia y adolescencia; tomando para ello dos muestras, una con familias intactas y la otra con familias desestructuradas del tipo monoparental, con un total de 564 adolescentes españoles de secundaria y primer año de bachillerato. Sus resultados arrojaron que un factor predictor de la conducta antisocial en ambos tipos de familias fue la reprimenda verbal; respecto al comparativo entre ambas muestras no aparecen diferencias significativas con el clima familiar, cohesión, conflicto, organización y control; determinaron que la estructura familiar no es una variable que cause manifestaciones de conducta antisocial en la adolescencia, por lo tanto, no se puede afirmar que la conducta antisocial este mediada por la pertenencia o no a una familia monoparental.

Para Jordán et al. (2009), buscando identificar los factores de riesgo y el uso de drogas entre un grupo de 695 estudiantes de educación secundaria en Comonfort, Guanajuato, México obtuvieron mediante un estudio de corte exploratorio y transversal, aplicando el instrumento: Drug Use Screening Inventory (DUSI), en su versión brasileña y traducido del portugués al español, que un mayor porcentaje de los que no usan drogas vive con ambos padres (78.5%) y refiere una relación intrafamiliar muy buena (60%) comparados con los que usan drogas que viven con familiares (15.6%) o solo con madre o padre.

Medina y Carvalho (2010), analizaron los factores protectores de las familias para prevenir el consumo de drogas en 256 familias colombianas, de manera descriptiva con temporalidad transversal, resultando que los principales hallazgos son el afecto, jugar y hablar con los hijos sobre lo que les gusta, comunicación, compartir tiempo, así como en poco más de la mitad de la muestra se toman las decisiones en pareja y se cumplen las normas establecidas.

Pérez y Lucio-Gómez (2010), al identificar los factores familiares vinculados con el consumo de alcohol en una población de estudiantes, 1997 en total de nivel medio superior de la ciudad de México, encontraron que al correlacionar los factores favorecedores con el consumo de riesgo de alcohol, encontraron que ser varón, el pertenecer a una familia monoparental, el aumento en la edad y los sucesos negativos en la salud, así como presentar problemas de conducta, aumentan el riesgo de consumir alcohol u alguna sustancia ilícita.

En Valparaíso Chile, Mosqueda-Díaz y Carvalho (2011) buscaron mediante un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, los factores protectores y de riesgo familiar relacionados al fenómeno de drogas, presentes en familias de adolescentes tempranos, con una muestra de 61 estudiantes a quienes se les aplicó un instrumento elaborado y validado por expertos de 5 países de la región, destacando en los resultados como factor protector la alta comunicación con los padres, problemas de salud y comportamiento como factores neutros y a bajo nivel educativo así como el tipo de trabajo de los padres como factores de riesgo.

En el estudio: *Factores sociales para el uso de alcohol en adolescentes y jóvenes*, Acosta, Fernández y Pillón (2011), analizan factores de protección y riesgo hacia el consumo excesivo del alcohol en jóvenes argentinos de 16 a 24 años, mediante análisis bivariado y multivariado, a partir de los datos de la Encuesta Nacional sobre prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas en 2008, resultando como factores de riesgo a la edad de inicio, el género masculino, el tipo de hogar (estructura), sobre todo los que provienen de hogares unipersonales (monoparentales) y las necesidades básicas insatisfechas; en tanto que los factores de protección son el no haber tenido la oportunidad de probar el alcohol, el provenir de hogares con ambos padres biológicos, entre otros.

En cuanto a la desorganización familiar influyendo en el consumo de drogas (alcohol) de los hijos, Becoña et al. (2012), realizaron un estudio documental en donde revisando bases de datos sobre los estudios que abordan esta problemática, en el lapso de tiempo de 1980 a 2010, hicieron un recopilación de 290 referencias, depuradas a 71 artículos. En general hay un consenso en cuanto a que los adolescentes que viven en hogares monoparentales o con padrastros o familias reconstituidas, tienen más probabilidades de consumir alcohol a diferencia de los que viven con ambos padres biológicos.

Los estudios descritos con anterioridad, abordan la problemática del consumo de alcohol en adolescentes desde perspectivas externas, describiendo y/o relacionando variables, que dan cuenta de las características que rodean al fenómeno, por lo que en afán de profundizar e introducir elementos explicativos se observa la necesidad de un abordaje que permita analizar las dinámicas internas de los grupos familiares en donde se gestan las conductas antisociales que deriven en el consumo de sustancias como el alcohol.

A este respecto, Edward y Ariff (1981), afirman que los estudios epidemiológicos sobre alcoholismo a nivel internacional se caracterizan porque rara vez han abordado las verdaderas dificultades teóricas de esta problemática; predomina un tipo de investigación mecánica y reiterativa que trata al consumidor de drogas como un objeto de estudio totalmente divorciado de las condiciones culturales y de las instituciones sociales dentro de las cuales vive y consume drogas.

A nivel nacional, los estudios al respecto se encuentran en el mismo tenor, pues a decir de Menéndez (2011) Estas “antiguas” conclusiones, siguen siendo válidas para la mayor parte de la investigación epidemiológica que se realiza en México sobre consumo de alcohol y sus consecuencias.

Es por lo anterior que se aprecia la necesidad de llegar a los estratos y orígenes significativos de la problemática, en este caso en la dinámica interna e interacción de las familias que presentan adolescentes con diferentes tipos de conductas relacionadas con el consumo de alcohol

1.3 Interacción Social en grupos familiares: El modelo de coerción

1.3.1 Familia e interacción social

La familia entendida como uno de los grupos sociales considerados como primarios, está inserta en la dinámica de la sociedad y cultura en donde se ubica, en un contexto específico que permite a los sujetos administrar su identidad y sus diferencias, manteniendo entre sí relaciones interpersonales reguladas por un orden legítimo, interpelándose mutuamente; debe entenderse como una relación de determinación recíproca entre la estabilidad relativa de los contextos de interacción y la identidad de los actores que inscriben en ellos sus acciones concertadas, como característica de toda interacción social en estos grupos (Giménez, 2008).

Los límites de estos contextos de interacción que sirven de entorno o ambiente a las identidades sociales son variables y se tornan visibles cuando dichos contextos implican también procedimientos formales de inclusión-identificación, lo que es el caso cuando se trata de instituciones como un grupo familiar (ibídem).

La interacción social es entendible entonces porque dichos contextos, límites e identidades, proporcionan a los actores sociales un marco a la vez cognitivo y normativo capaz de orientar y organizar interactivamente sus actividades ordinarias (Dressler, Morin, y Quere, 1986).

De manera específica, Las interacciones sociales se refieren a conductas de dos individuos, en donde la conducta de cada miembro es tanto respuesta como estímulo para la conducta del otro, como un proceso que implica control mutuo (Flores y Santoyo, 2009), todo ello enmarcado en un contexto y una dinámica del desarrollo, la cual supone que el comportamiento es un continuo de procesos dinámicos de reacciones entre la persona y el contexto social (Cairns, 1979).

En lo que respecta a la interacción que se genera en la familia, sus distintos miembros se ven inmersos en una dinámica relacional que a decir de Minuchin y Fishman (1996), proporciona el medio para la crianza de los hijos, es la influencia más temprana y duradera para el proceso de socialización y en buena medida determina las respuestas de sus

integrantes entre sí y hacia la sociedad. La estructura de una familia está constituida por las pautas de interacción que se establecen entre sus miembros, quienes organizan sus relaciones dentro del grupo en una forma altamente recíproca, reiterativa y dinámica.

Algunos de los parámetros que a decir de Saucedo (1991) caracterizan las interacciones familiares, están constituidos por la jerarquía o niveles de autoridad, alianzas entre agrupaciones de uno o más miembros, límites reguladores de la interacción, los roles de sus integrantes y sus funciones desempeñadas, comunicación entre sus miembros con otros miembros de otras familias, flexibilidad al adaptarse a situaciones y las redes de apoyo con relaciones sociales extra familiares.

1.3.2 Conducta antisocial y conductas coercitivas

Uno de los autores que ofrece, fundamentado en la teoría de la coerción, estudios y propuestas para el análisis de la interacción familiar, mediante la observación de sus conductas es G.R. Patterson, explicando que una interacción familiar que se caracteriza por una disciplina inconsistente y severa, una débil participación parental positiva, un pobre monitoreo y supervisión de las actividades de sus hijos, corresponde a familias de niños con conductas antisociales (Patterson, DeBaryshe y Ramsey, 1990).

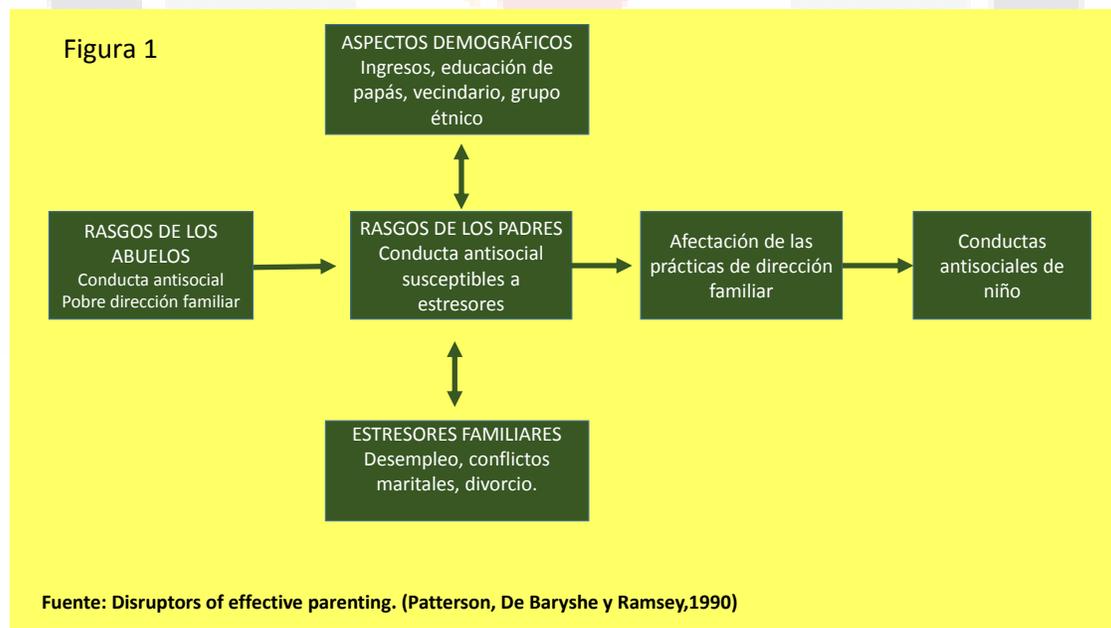
Para la explicación y predicción de las conductas antisociales, como aquellas relacionadas con el consumo de drogas y en específico del alcohol, el autor referido desarrolló tres líneas generales de investigación: Teoría de agresión, formas de intervención con entrenamiento para padres de familia y medidas de métodos múltiples con énfasis sobre observación directa de la interacción familiar (Patterson, 2011).

De acuerdo con esta teoría, el origen de los comportamientos y conductas antisociales, se desarrollan desde edades tempranas con las prácticas disciplinarias que tienen lugar en el ambiente familiar, cuando éstas no son adecuadas, mostrando un inefectivo manejo parental de situaciones, sobre todo con ausencia de normas claras y la falta de reforzamientos oportunos hacia las conductas de los hijos; ante lo anterior, el niño asume que emitiendo conductas aversivas como: gritar, arrojar objetos, llorar, golpear, etc. Obtiene beneficios ante situaciones desfavorables, convirtiéndose la situación en un reforzador hacia esa clase de

conductas, usando la coerción para obtener respuestas favorables hacia su persona (Patterson, Reid, y Dishion, 1992).

Estas conductas inadecuadamente tratadas, se van planteando como escalada y se van instaurando desde el ámbito familiar y su niñez temprana, pasando por la etapa escolar, adolescencia y pueden llegar a instaurarse en la etapa adulta, sobre todo reforzadas por factores que circundan el ámbito familiar (Patterson et al. 1990), como se puede apreciar en la figura 1, en donde se muestran diferentes variables contextuales que inciden para un adecuado y efectivo manejo parental disciplinario.

Factores que van desde las conductas antisociales reforzadas por los abuelos, ligado a pobres formas de dirección familiar, influyendo sobre los diferentes rasgos de manejo de conductas antisociales de los padres hacia sus hijos; los que a su vez se ven influidos por factores demográficos como: ingresos económicos, el nivel educativo de los padres, vecindario (barrio, colonia) en donde viven, etc. Y por diferentes estresores como: el desempleo y los conflictos de pareja. Todo lo anterior impacta afectando las prácticas de efectividad al dirigir la familia y sobretodo en la generación de conductas antisociales.



El inicio, reforzamiento y mantenimiento de estas conductas, tiene su origen desde una niñez temprana, con una disciplina inconsistente, con un mínimo involucramiento positivo con los hijos y con un deficiente y pobre monitoreo y supervisión de las actividades de los niños (Loeber y Dishion, 1983).

En tal sentido, una explicación de cómo inicia, se mantiene y evoluciona la conducta antisocial, su modelo abarca solo a aquellos sujetos que inician las actividades antisociales a una edad temprana, y hace hincapié en las prácticas disciplinarias (coercitivas o no coercitivas) que tienen lugar en el medio familiar.

El modelo explica que los reforzamientos recibidos aplican en función de la edad y el ajuste efectuado, provocando que durante los años de niño el reforzamiento suministrado por el cuidador o miembro de la familia, controla mediante las prácticas coercitivas, la presencia de las formas de aparición de comportamiento antisocial (Patterson, 2002).

Durante los años escolares, la influencia de los pares suministra la aparición de formas encubiertas, lejos del control familiar, apareciendo terrenos propicios para la generación de conductas antisociales.

Los muchachos que transitan por ambos campos (familiar y escolar) pueden haber sido tratados con coerción hacia conductas positivas o bien, pueden haber recibido reforzamientos en donde ellos aprendieran a tener respuestas satisfactorias hacia conductas desviadas, por lo que el impedir o bloquear el proceso coercitivo, de adquisición de las normas en la infancia, favorecerá los procesos de desarrollo de conductas antisociales.

El modelo que Patterson plantea se considera adecuado para el presente estudio, dado que pone énfasis en las experiencias disciplinarias de la familia, siendo lo anterior parte medular del objeto de investigación.

1.3.3 Análisis de la interacción social en el contexto familiar

La familia conforma un microsistema social en el cual ocurren interacciones, formas de trato y comunicación, acuerdos y desacuerdos, rupturas y actos de cohesión, entre muchas otras formas de relación. Para Díaz – Aguado (2010), es en ese microsistema en donde se

adquieren los primeros esquemas y modelos de donde se estructuran las relaciones sociales y el desarrollo sobre lo que se puede esperar de uno mismo y de los demás.

La gran importancia del microsistema familiar en el desarrollo de comportamientos antisociales, se ve reflejado en los estudios de seguimiento, en donde se ha encontrado que uno de los principales antecedentes de conductas violentas es el haber sido expuesto a una disciplina extremadamente coercitiva y con la ausencia de refuerzos positivos de los padres hacia el niño (Schwartz, Dodge, Pettit y Bates, 1997).

Para analizar las consecuencias del esquema de relación coercitiva entre los padres y sus hijos, se debe tener en cuenta que una vez iniciado dicho esquema tiende a provocar una escalada de la coerción en la que los padres y los hijos se dirigen mutuamente conductas de carácter cada vez más aversivo (Patterson, 1982), conductas que es posible observar e interpretar.

La observación de la conducta humana tiene como marco psicológico a la definición de esta disciplina científica, entendida como: la ciencia del comportamiento de los seres vivos, siendo su objeto principal la conducta humana y su apego riguroso a lo empírico y experimentalmente verificable, por lo que el comportamiento es considerado como una reacción física provocada por un estímulo físico (Yela, 1996).

De acuerdo con este autor, el estímulo es la variable independiente, en tanto que la reacción se conforma en la variable dependiente, ambas perfectamente registrables, siendo el comportamiento la conexión entre ambas; de forma tal que dado un estímulo se puede predecir una respuesta y dada una respuesta se puede especificar el estímulo.

La metodología observacional en contextos naturales o habituales, entonces se manifiesta como un procedimiento científico que permite estudiar la ocurrencia de comportamientos perceptibles, de forma que se registren y cuantifiquen adecuadamente por el investigador, para proceder a su análisis e interpretación (Anguera, 2010)

El comportamiento expresado en conductas, no son solo movimientos sin sentido o regidos únicamente por leyes físicas, sino que se constituye en un proceso que se puede

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

registrar y verificar, resultante de la actividad por la que un ser humano mantiene y desarrolla su vida cotidiana en relación con su contexto y situación específico.

Un ejemplo muy claro se puede apreciar en situaciones de conflicto en una interacción social sobre un tema determinado, siendo un proceso físicamente registrable, tomando en consideración el contexto y las dinámicas resultado de la interacción en donde la observación de la conducta deberá registrarse con todo rigor científico.

Los estímulos no son solo entendidos como una mera energía física, sino como situación estimulante (Yela, 1996), en donde se encuentra situado un ser vivo con su propia actividad y experiencia previa con necesidades, tendencias y disposiciones; de la misma forma que la respuesta no se entiende como una mera contracción física, sino como una acción significativa, por la que el ser vivo, mediante movimientos orgánicos responde, adaptándose o modificando la situación en que se encuentra.

Al realizar la observación de una conducta, se deberá entonces plantear una teoría e hipótesis verificables que permitan comprender la significación de las acciones y explicar los mecanismos por los que se realiza; por lo que si el comportamiento a observar es la interacción que se produce entre padres e hijos ante situaciones de conflicto, derivadas del consumo de alcohol, se tendrían que comprender las relaciones funcionales de las conductas asumidas y ubicar los procesos que las generan.

La observación directa de la conducta antisocial, entendida ésta como: cualquier conducta que refleje la infracción a reglas sociales o bien, cualquier acción en contra de los demás (Kazdin y Buela-Casal, 1994), es la observación de una situación compleja, que requiere de sistematicidad y rigurosidad, para su ejecución científica.

Existen diferentes enfoques y sistemas de observación de la conducta en microespacios familiares, que a decir de Buela-Casal y Del Campo (1994), difieren entre sí de acuerdo con los códigos de conducta específicos apropiados a determinados problemas de conducta, además del lugar en donde se plantee efectuar la observación (casa, escuela, calle, etc), también el grado en que se estructuran las tareas entre padres e hijos.

El sistema de observación propuesto por Patterson (1982), conocido como: Sistema de Codificación de la Interacción Familiar (Family Interaction Coding System), ha demostrado confiabilidad en el análisis de conductas antisociales en ámbitos familiares, el cual en su propuesta original utiliza como escenario la casa, evaluando las conductas agresivas, así como los antecedentes y consecuentes con los que se asocian.

En sus inicios la observación se realizaba con duración de una hora, recopilando información de 29 conductas diferenciadas, las cuales son evaluadas por su presencia o ausencia, en periodos breves de tiempo (algunos segundos), por observadores previamente capacitados.

Del planteamiento original de Patterson se han hecho diferentes derivaciones, modificaciones y adecuaciones, además de ser aplicado en diferentes análisis de diversas conductas antisociales, dado que como menciona Bakeman y Gottman (1989) que no se puede disponer en metodología observacional de instrumentos estandarizados si lo que se pretende es hacer el análisis de conductas en contextos específicos y heterogéneos.

Algunos de los estudios que han usado este sistema de observación directa han sido dirigidos sobre todo a conductas antisociales derivadas hacia agresividad, como fue el caso del estudio realizado por Ayala, Pedroza, Morales, Chaparro y Barragán en el 2002, en donde buscaban identificar y describir los factores asociados al comportamiento agresivo (antisocial) en niños en edad escolar, mediante un estudio longitudinal con 345 niños de nivel básico en la ciudad de México, llevando a cabo entre otras cosas, registros observacionales de la interacción padre – hijo en el hogar. Se encontró que hay factores de riesgo asociados con las características del niño y el padre, así como de la interacción padre e hijo; identificando conducta agresiva del padre, además de una disciplina irritable y explosiva. En tanto que la baja agresividad del niño se corresponde con las características de la familia (adecuada organización familiar, cohesión, etc.) y el tipo de disciplina que los padres utilizan, de manera flexible y congruente que no depende del estado de ánimo de ellos, conjugado con una supervisión de las actividades del niño.

En otro estudio, se vincula familia, comunicación y adolescencia, llevado a cabo por Gimeno, Anguera, Berzosa y Ramírez (2006), en el cual se tuvo como objetivo el describir

el tipo de liderazgo, patrones de interacción y la relación entre elementos verbales y no verbales del discurso. Se realizó observación en siete familias del tipo Nuclear, sin ningún tipo de problema o afección característica, habiendo participado ambos progenitores y un hijo/a adolescente, con una edad entre 12 y 14 años.

Las interacciones familiares se registraron en video desarrolladas en un laboratorio de una institución de educación superior y se usaron categorías creadas exprofeso para la investigación, cumpliendo con los criterios de exhaustividad y mutua exclusividad, siendo ellas (verbales): *emisor* (quién emite), *iniciativa en la emisión* (inicio o novedad de la aportación), *liderazgo orientado en la tarea* (expresiones de solución concreta, procedimientos orientados a la resolución del conflicto), *liderazgo afectivo social global* y *liderazgo afectivo social dirigido* (dominancia-sumisión y afecto-hostilidad); y las no verbales: *Ubicación de los miembros de la familia* y *Proximidad-Orientación relativa entre ellos*.

En cuanto a algunos de los resultados que son fundamentados solamente en las frecuencias y porcentajes de las categorías observadas, tenemos que la emisión está proporcionalmente repartida en cantidades cercanas a la tercera parte entre padre-madre-adolescente; además, domina el liderazgo democrático (padres) sobre las expresiones autoritarias (hijos) con un 50.9% frente a un 20.9% respectivamente. En cuanto al liderazgo afectivo-social se manifiestan en mayor medida las expresiones de apoyo sobre las negativas, apoyos que suelen dirigirse de los padres al adolescente; todo ello corroborado mediante X^2 y significancia estadística $p < 0.05$.

En otro trabajo, Pérez, Balderas y Alvarado (2013) buscando las diferencias conductuales entre padres y adolescentes conflictivos y no conflictivos en Paraguay, conformaron 16 díadas, 9 de ellas identificadas como conflictivas y 7 como no conflictivas; para un análisis conductual usando el Sistema de Codificación de la Comunicación Intrafamiliar (COMIN) construido exprofeso para este trabajo.

Las categorías usadas para dicha investigación fueron: “categorías negativas” (sarcasmos, interrupciones, referencias negativas al estado interno, llanto, silencios y negación); “dirección explícita”; “ofensas” (quejas, críticas y comparaciones) y “oposición”.

Por otro lado, el planteamiento no conflictivo se constituye por: “categorías positivas” (referencias positivas al estado interno, bromas, reírse y argumentación); “búsqueda de soluciones” (propuestas de solución, aceptación de responsabilidad); “colaboración” (petición, apoyo) y “atención” (sentimiento y reiteración). Añadido a lo anterior, se plantearon categorías contextuales: “contacto visual” “pérdida de contacto visual” y “otras conductas”.

Algunos de los resultados de esta investigación, manifiestan que la conducta que utilizaron por más tiempo los adolescentes es la “atención” y por los padres las “categorías positivas”, además de que los adolescentes conflictivos utilizan por más tiempo a las “categorías negativas” y con menor tiempo a las “categorías positivas”, asimismo, los padres no conflictivos usan al interactuar con sus hijos(as), más conductas positivas y menos las negativas.

En otro de los resultados obtenidos, se tiene que los adolescentes conflictivos se oponen más a sus padres en comparación a los no conflictivos; los padres son los que colaboran más, pero también son los que dan más órdenes (dirección explícita); en lo que respecta a las categorías “búsqueda de soluciones” y “colaboración” son conductas facilitadoras de la negociación del conflicto, sin embargo son las menos utilizadas tanto por los padres como por los hijos.

En lo que respecta a los eventos medidos por duración temporal, en las díadas conflictivas se encontraron diferencias significativas en las “categorías positivas”, “oposición” y “dirección explícita”, siendo la madre/padre quienes muestran por más tiempo estas conductas en comparación con sus hijos; los adolescentes en cambio, utilizan más conductas negativas en comparación con sus padres. Por su parte, es con las díadas no conflictivas que las diferencias significativas se ubicaron en: “conductas negativas” y en las “ofensas”, en tanto que los adolescentes responden más negativamente y los padres son quiénes ofenden más que sus hijos.

Para el caso de observación directa de familias con hijos consumidores de drogas, entre ellas el consumo de alcohol, se cuenta con los trabajos realizados por Pedroza y Martínez (2011), denominado: *Procesos de interacción social facilitadores del*

establecimiento y mantenimiento de patrones de consumo de sustancias, en donde se trabajó con una muestra final de 30 adolescentes, 10 participantes en cada clasificación de consumo de alcohol (no consumidores, abusadores y dependientes) y su correspondiente padre o madre, conformando 30 diadas, con el propósito de conocer los estilos de interacción entre adolescentes que presentan síntomas de dependencia a las drogas, con sus padres y sus pares, determinando así aquellos que inhiben o faciliten el consumo de drogas.

Para realizar la clasificación del consumo de sustancias de los adolescentes, les fue aplicado la entrevista diagnóstica: Composite Internacional Diagnostic Interview CIDI, solamente utilizando los apartados correspondientes a la medición del consumo de alcohol y dependencia al uso de sustancias.

Las sesiones de interacción fueron realizadas en escenarios que no correspondieron con sus hogares, sino a espacios del Centro para el Tratamiento de las Adicciones: Nueva Vida y a los planteles escolares de adscripción de los adolescentes. Se usó un código de observación con 19 categorías de análisis y una lista con 37 temas de conversación, elaboradas específicamente para la investigación, de los cuales las diadas clasificaban como agradables o desagradables y de cada uno de ellos se elegía un tema de conversación, procurando llegar a acuerdos.

En cuanto a sus resultados obtenidos, tenemos que se dejan fuera las categorías de: *Hablar y terminación*, por no mostrar diferencias significativas estadísticas entre los distintos grupos.

En cuanto a la categoría: *contacto visual*, se contabilizó que la duración del contacto fue progresivamente mayor a medida que disminuye el tipo de consumo de sustancias, es decir para el consumo nulo corresponde mayor tasa de contacto visual y viceversa, a medida que aumenta el consumo de sustancias se produce menor tasa de contacto visual, siendo el mayor contacto por parte de los padres y el menor el de los adolescentes sobre todo los dependientes en situación desagradable.

En lo que respecta a la categoría de emisiones *verbales positivas*, la mayor tasa de ocurrencia se dio por parte de los padres de adolescentes no consumidores y viceversa en

tesis tesis tesis tesis tesis

situación agradable; en tanto que la menor tasa de ocurrencia de esta categoría se dio en padres en interacción con sus hijos adolescentes abusadores y dependientes en situación desagradable.

En cuanto a las emisiones *verbales negativas*, se manifestaron en mayor medida (estadísticamente significativas) las de los padres de hijos con consumo de abuso, seguidos de los de consumo dependiente, en ambos casos tanto para situaciones agradables como desagradables, siendo los padres e hijos de consumo nulo los de menor emisión en esta categoría.

En lo referente a la categoría: *debatir*, se tiene que los padres son los que más emiten conductas de plantear argumentos en la interacción, determinadas de forma estadísticamente significativa de la siguiente manera: en primer lugar en la interacción con hijos con consumo de abuso, seguido por los de consumo nulo y al final con los de consumo dependiente, tanto en situaciones de interacción con temas agradables y no agradables; por su parte los hijos tienen menores emisiones de conductas de debate que los padres, pero de manera coincidente en el mismo orden referido, es decir: la mayor emisión de la conducta de *debatir* en adolescentes con consumo de abuso, seguidos con los de consumo nulo y finalmente los de consumo de dependencia.

En cuanto a los resultados acerca de las estrategias para la resolución de conflictos en la interacción social entre las diadas, se tiene que la categoría *contención* fue muy superior a la de *concesión*, por lo que se privilegia la exigencia de los padres hacia el cambio de comportamiento de sus hijos como solución a la problemática de consumo de sustancias, resultando lo anterior de manera estadísticamente significativa en primer término a la interacción con adolescentes con consumo abuso, seguido de los de consumo dependiente y finalmente con los no consumidores, para todos los casos en situaciones de temas agradables y no agradables.

En lo referente a la forma de lograr *acuerdos* durante las interacciones, como categoría de análisis, tenemos que tanto los padres e hijos catalogados con consumo nulo son los que más acuerdos logran, seguidos de los de consumo de abuso, en ambos casos en situación agradable y no agradable; en lo que respecta a las interacciones de padres con hijos

catalogados con consumo de dependencia son los que menos acuerdos logran en situaciones de temáticas agradables y definitivamente no logran acuerdos en situaciones desagradables.

En otro de los trabajos sobre interacción social en familias con adolescentes que consumen sustancias adictivas, tenemos el realizado por Pedroza, Cervantes, Aguilera y Martínez (2012), denominado: *Interacciones sociales de adolescentes consumidores y no consumidores de sustancias adictivas* en donde se trabajó con 26 adolescentes de entre 15 a 18 años de edad, en interacción social con alguno de sus padres y sus pares.

Para realizar la clasificación del consumo de sustancias de los adolescentes por consumo nulo, consumo de abuso y consumo de dependencia, les fue aplicado la entrevista diagnóstica: Composite Internacional Diagnostic Interview CIDI, solamente utilizando los apartados correspondientes a la medición del consumo de alcohol y dependencia al uso de sustancias.

La interacción social se realizó en escenarios formales institucionales y no en sus hogares, mostrando a cada diada una lista de 37 temas de conversación, solicitándoles que los clasificaran entre los que sean no generadores de conflicto (baja probabilidad de coerción) y generadores de conflicto (alta probabilidad de coerción), para posteriormente interaccionar dialogando sobre uno de los temas elegidos procurando llegar a acuerdos. Las categorías de observación empleadas fueron 19 creadas específicamente para estas interacciones, conteniendo estados de conducta y eventos conductuales. Se describen a continuación solamente algunos de sus resultados y hallazgos que se vinculan con la presente investigación.

Dentro de sus resultados generales, incluyendo la modalidad de baja y alta probabilidad de coerción, resultaron con significancia estadística las categorías de *contacto visual*, el cual se dio entre las diadas con adolescente no consumidor, por su parte el mayor índice de *retirada* se manifestó en las diadas con adolescente con consumo de dependencia. En lo que respecta a las categorías de *habla temática* y el logro de *acuerdos*, definitivamente se presentó en mayor frecuencia en las diadas con adolescente no consumidor de sustancias adictivas.

Tomando en consideración los participantes de las diadas, fueron los padres quienes obtuvieron los resultados de las categorías de observación con significancia estadística que con mayor frecuencia fueron emitidas, seguidos de los hijos y en último lugar a los pares. Con respecto a los hijos en interacción con los padres, tienen la conducta de *contacto visual* equiparable a la de *retirada*, permaneciendo entonces la mitad del tiempo que duró la interacción con sus padres con disposición, pero sin mantener contacto visual o evitándolo.

En estos mismos resultados se destaca que las conductas de tipo *hostil*, se presentaron solamente por parte de los padres, en tanto que la conducta de *concesión* como medio para llegar a acuerdos se presentó tanto en padres como en los hijos.

En lo que respecta a los resultados emitidos de acuerdo con la comparación de la situación experimental (baja y alta probabilidad de coerción), obtuvieron que en las interacciones que promueven el intercambio como: *preguntar, aclarar y respuesta simple*, se manifestaron con mayor frecuencia en las diadas con baja probabilidad de coerción; en tanto que en las de alta probabilidad de coerción destacaron por sus frecuencias las conductas de *retirar, no hablar y verbal negativo* hacia terceros. Los padres en situación de baja probabilidad de coerción tuvieron más expresiones *verbales positivas* que en situación de alta probabilidad coercitiva, ocurriendo la misma tendencia con sus adolescentes, incluyendo la reducción de esas expresiones de consumo nulo hacia el consumo dependiente.

Las conductas observadas catalogadas como: *verbal negativo y debatir*, los padres son quienes más las emiten, sobre todo aquellos con hijos en situación de consumo de abuso, por encima del consumo dependiente; en tanto que los adolescentes, en mucho menor frecuencia, manifiestan un comportamiento similar a sus padres solo en la conducta *debatir*, porque en lo referente a las emisiones *verbales negativas* hay ligeramente mayor frecuencia en los no consumidores e igual frecuencia en los de consumo de abuso y dependencia.

En cuanto a los adolescentes con consumo de dependencia, no hubo ningún dato para la categoría de *contención hostil*, emitiendo más esta conducta los abusadores que los no consumidores de sustancias adictivas.

En lo que respecta a los resultados que obtuvieron tomando en cuenta tres variables (nivel de consumo, participante y situación experimental), encontraron que los padres fueron quienes emitieron en todas ellas la conducta de *contención hostil*.

Los principales hallazgos derivados de los resultados descritos que fundamentados en situaciones de coerción o no, expliquen el fomento o protección hacia el consumo de sustancias adictivas, fueron los siguientes: La interacción entre padres e hijos, fue encabezada por los primeros, desaprobando las conductas de los adolescentes y emitiendo menores expresiones verbales que reforzaran positivamente a sus hijos; a su vez en éstos últimos, evitaban la interacción con conductas de menor *contacto visual* y de *retirada*, así como emisiones de *respuesta simple*.

De igual forma, los padres fueron quienes encabezaron las interacciones en conductas propias de la negociación, como: *debatir*, *concesión*, *contención*, *concesión hostil* y *contención hostil*; lo que refleja una intención de querer negociar y llegar a acuerdos, pero vinculado con las conductas descritas en el párrafo anterior se tiene un proceso de coerción que provoca la retirada del adolescente.

Las interacciones de las diadas con adolescente no consumidor tienen una efectividad mayor al resto, en lo que respecta al logro de acuerdos, lo que a decir de los investigadores es indicador de relaciones positivas y se manifiesta como factor protector hacia el consumo de sustancias adictivas, explicando el no consumo en este grupo; por su parte el grupo de diadas con adolescente en situación de consumo dependiente, con su baja tasa de contacto visual y alta tasa de retirada, determina un bajo intercambio social manifestando el efecto contrario al grupo de no consumidores.

En cuanto al grupo de diadas con adolescente en situación de consumo de abuso, muestran interacciones conflictivas y estrategias de negociación pobres demostradas con el bajo logro de acuerdos, además de ser los padres de éstos los que presentan mayor tasa de emisiones verbales negativas y debatir, lo que puede detonar el consumo de sustancias nocivas; además el hecho de que en estas conductas los grupos con adolescente en situación de consumo de dependencia sean comparativamente menores, puede indicar un desaliento y

bajo involucramiento de los padres, así como la evitación por parte de los adolescentes puede provocar el abandono de la interacción y el logro de acuerdos.

Finalizan afirmando que al aumentar el conflicto coincide con el aumento del consumo y que esta situación se manifiesta como factor de riesgo para el inicio o reforzamiento del consumo de sustancias adictivas.

1.4 Objetivos

Objetivo General

Determinar los riesgos, tipologías y conductas en la interacción social familiar que influyen en el consumo de alcohol de sus adolescentes

Objetivos específicos:

- Clasificar los diferentes tipos de familia que se presentan en la población de estudio
- Ubicar los diferentes factores de riesgo familiar que desde el propio grupo se detectan
- Clasificar los diferentes niveles de riesgo familiar entre los grupos sociales población de estudio
- Clasificar los diferentes niveles de consumo de alcohol que presentan los adolescentes población de estudio
- Asociar la tipología familiar con el nivel de consumo de riesgo de alcohol de sus adolescentes
- Clasificar a los diferentes tipos de familias de la población de estudio como factores de protección y/o riesgo para el consumo de alcohol en sus adolescentes
- Asociar el nivel de riesgo familiar con el nivel de consumo de riesgo de alcohol de sus adolescentes
- Ubicar y clasificar las conductas que se manifiestan con mayor o menor frecuencia en la interacción social conflictiva entre padres e hijos consumidores de alcohol

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Describir la forma en que las conductas coercitivas o no coercitivas, manifestadas durante la interacción conflictiva entre padres e hijos consumidores de alcohol, refuerzan esa conducta antisocial.

De acuerdo con los objetivos planteados, la investigación se realizó en dos etapas, dependientes una de otra, en donde la primera (microfamiliar) sirvió de base para desarrollar la segunda (macrofamiliar), obteniendo resultados por cada una de ellas.

CAPÍTULO 2

Etapas Macrofamiliar

2.1 Método

2.1.1 Tipo de estudio:

El enfoque de investigación usado en esta etapa fue de corte cuantitativo, de tipo correlacional, con la recolección de datos usando una temporalidad transversal.

2.1.2 Unidades de análisis:

Se usaron dos: adolescentes de nivel secundaria de la ciudad de San Luis Potosí y padres de familia o tutores de éstos, los cuales cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

a) Adolescentes

- Estar inscrito de manera regular como alumno de cualquiera de los tres grados de las escuelas secundarias elegidas

b) Padres de familia

- Ser padre o tutor del alumno adolescente de escuela secundaria, elegido para participar en el estudio
- Se aceptó la participación de papá, mamá o ambos

Además, se tomaron en cuenta los siguientes criterios de exclusión:

a) Adolescentes

- Aquellos que no estén inscritos regularmente en las escuelas secundarias elegidas.

a) Padres de familia

- Papás que no cohabiten de manera regular con su familia
- Parejas ocasionales
- Padres de familia que no deseen participar en el estudio,

Los criterios de eliminación a los que se sujetaron las unidades de análisis son los siguientes:

a) Adolescentes

- Cambio de adscripción escolar
- Baja escolar por cualquier motivo
- Cuestionarios respondidos de forma incompleta
- A los que estuvieron ausentes el día de la aplicación del instrumento

b) Padres de familia

- Cuestionarios respondidos de forma incompleta
- Expresar que tanto ellos como sus hijos no desean continuar formando parte del estudio

2.1 3 Población de estudio

Se circunscribió a padres e hijos adolescentes de nivel medio básico de la ciudad capital de San Luis Potosí, correspondiente a un par de Escuelas Secundarias Técnicas con una población de $N = 1560$ alumnos/padres, repartidos los alumnos de la siguiente manera: Escuela Secundaria Técnica “A” 811 (50.1 % hombres y 49.9 % mujeres); en tanto que la Escuela Secundaria Técnica “B” con un total 749 (52.6 % hombres y 47.4 % mujeres), en

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

tanto que para el presente estudio fueron tomados en cuenta de manera indistinta padre o madre.

Se hace notar que para el caso de las correlaciones existió un ajuste a la población de estudio, ya que el total de cuestionarios considerados como: *válidos* de acuerdo con la resolución íntegra de los mismos, su correspondencia entre cuestionario de adolescente y padre, fue de N=1355.

2.1.4 Descripción de variables:

Para motivos de efectuar las asociaciones planteadas en los objetivos del estudio, se tomaron en cuenta dos combinaciones de variables, la primera ubicando:

X: Niveles de riesgo familiar

Y: Niveles de consumo de riesgo de alcohol en adolescentes

Presuponiendo que el nivel de riesgo y los diferentes factores de riesgo percibidos por la familia tengan influencia sobre el nivel de consumo de alcohol de su adolescente; por otra parte la segunda combinación de variables está formada por:

X: Tipología familiar

Y: Nivel de consumo de alcohol de sus adolescentes

Bajo el presupuesto que la estructura familiar representada en su tipología, tenga como variable independiente una influencia como factor de riesgo o protección sobre el consumo de alcohol de sus adolescentes (variable dependiente).

2.1.5 Instrumentos de recolección de datos:

Para determinar los niveles de consumo de riesgo de alcohol en los adolescentes, se aplicó el cuestionario AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), basado en un proyecto de la OMS, en colaboración con diversos países, entre ellos México; el cual ha venido siendo validado en diversos lugares, llegando a ser considerado como el instrumento más confiable para la detección, sobretodo en problemas leves y moderados (Babor et al.

1992), detecta tres niveles de consumo de riesgo de alcohol y está integrada por 10 preguntas que tienen una escala de puntuación de 0 a 4 puntos, el puntaje total se interpreta con los siguientes puntos de corte: 0 a 3 sin riesgo, de 4 a 7 empieza a tener problemas (riesgo medio) y 8 o más significa riesgo elevado (NOM-028-SSA2-1999).

Para el caso de México ha sido aplicado en diferentes estudios demostrando su fiabilidad, además de haber sido adaptado a la población de este país (Medina-Mora, Carreño y De La Fuente, 1998), siendo considerado como el mejor instrumento simple de detección temprana sobre el consumo de riesgo de alcohol.

El cuestionario consta de 10 ítems (ver anexo B) de los cuales los tres primeros cuantifican el consumo alcohólico, los tres siguientes identifican el comportamiento y actitud hacia la bebida, el siete y ocho detectan reacciones adversas y los últimas dos lo hacen con problemas relacionados con el consumo, todo ello de manera retrospectiva en el lapso del último año (Babor, Higgins-Biddle, Saunders y Monteiro, 2001).

Al test en cuestión (ver anexo B) se le hicieron varias adecuaciones, sobretodo de contexto: lenguaje apropiado a adolescentes, correcciones ortográficas (acentos) y traducción de vocablos. Además se le añadieron algunos elementos de identificación de los encuestados:

- Se les solicitó la edad en años
- Se solicitó la ubicación del grupo y grado que cursaban
- Se manejaron dos opciones: una en donde se solicitaba el nombre del encuestado y otra en donde se prescindía de él, pero se tenía el espacio para colocar el folio correspondiente al número de lista, resultando que después de aplicarlo en forma de piloteo, resultó más adecuada la última opción.
- Se les solicitó que ubicaran a las personas con las que cohabitan: *vives con...* mediante 10 opciones de respuesta y una complementaria para ubicar otra opción diferente a las propuestas
- Se corrigieron errores de falta de acentos, así como un adverbio en el ítem 4.
- se adecuó el lenguaje de "usted" a "tu", propio de adolescentes

- se cambió el término: *consumiciones* del ítem 2, por no ser claro para ellos, además de aprovechar para establecer la medida estándar (cerveza, vaso o copa de vino)
- Se incrementó el registro de la puntuación total

Para determinar los diferentes riesgos y el nivel de riesgo familiar, se aplicó un cuestionario basado en el instrumento: RFT:MEX 4-33, desarrollado por la Dra. Pilar Amaya, de la Universidad Nacional de Colombia con sede en Bogotá y para su proceso de estandarización para Iberoamérica, en el caso de México, se tuvo la participación de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí por conducto del autor de la presente investigación.

El instrumento (ver anexo C) consta de diferentes secciones, de las cuales para motivos de la presenta investigación solo se usaron los 70 reactivos que dan cuenta de los riesgos percibidos por la familia, realizando la distribución por niveles de riesgo. A la encuesta original se le realizaron adecuaciones:

- Se reformaron las instrucciones y formato para que fuera respondido de manera autoaplicada.
- En la dimensión III, correspondiente a las condiciones psicoafectivas, se bipartió un ítem que hacía referencia al consumo de alcohol y cigarrillos, separándolos por motivos de uso y aplicación para el presente estudio.

2.1.6 Escenarios:

Para la aplicación del instrumento AUDIT se usaron aulas de las escuelas secundarias participantes, en donde se desarrolló la actividad de aplicación y recolección de datos, teniendo cautiva a la población escolar, en tanto que para la aplicación del cuestionario sobre riesgos, se contestó en la casa de cada familia.

2.1.7 Procedimiento:

Un equipo de 8 personas acudió a la escuela seleccionada, previo permiso escrito para instalarse en los escenarios determinados, pasar lista y repartir los instrumentos de recolección de información, ambos foliados previamente de manera paralela y coincidente,

para que sean contestados de manera autoaplicada; cuidando, en el caso del primer instrumento, su entrega completa e íntegra, y para el segundo se dieron instrucciones a los alumnos, para que llevaran el cuestionario a sus padres, para ser recuperados al día siguiente.

Posteriormente se procedió a la sistematización de la información de ambos instrumentos, vaciando los datos para su tratamiento en el programa SPSS versión 16, de donde se desprendieron las medidas estadísticas para ubicar:

- Niveles de consumo de riesgo de alcohol
- Niveles de riesgo familiar
- Factores de riesgo detectados por las propias familias
- Tipos de familias como factores de riesgo y protección

Correlacionando los datos referidos mediante las siguientes pruebas estadísticas:

- Anova de un factor, para comparación de medias de los niveles de consumo de riesgo de alcohol por tipo de familia.
- Prueba de Bonferroni: Para comparaciones múltiples de los tipos de familia con el puntaje medio en consumo de alcohol de su adolescente
- Chi cuadrado de Pearson: Para significatividad estadística entre la frecuencia de los tipos de familia con los niveles de consumo de riesgo de alcohol.
- Chi cuadrado de Pearson: Para significatividad estadística entre la frecuencia de los tipos de familia con los niveles de riesgo familiar.
- Tau_b de Kendall, Rho de Spearman y R de Pearson: Para correlacionar el nivel de consumo de riesgo de alcohol con el nivel de riesgo familiar.

2.2 Resultados

En lo que respecta a las prevalencias sobre el consumo de alcohol (ver tabla 1), tenemos que el mayor porcentaje de alumnos se ubica en el tipo de consumo bajo, sin riesgo (78.6 %), repartido ligeramente superior para los hombres que para las mujeres (50.6 % y 49.4% respectivamente), seguido del nivel de consumo medio o riesgoso con un 11.5 % del

total de la población de estudio, de igual forma muy similar entre hombres y mujeres; y finalmente el tipo de consumo alto o perjudicial con un 9.9 %, en este caso diferenciado un poco más para hombres (55.9 %) que para mujeres (44.1 %).

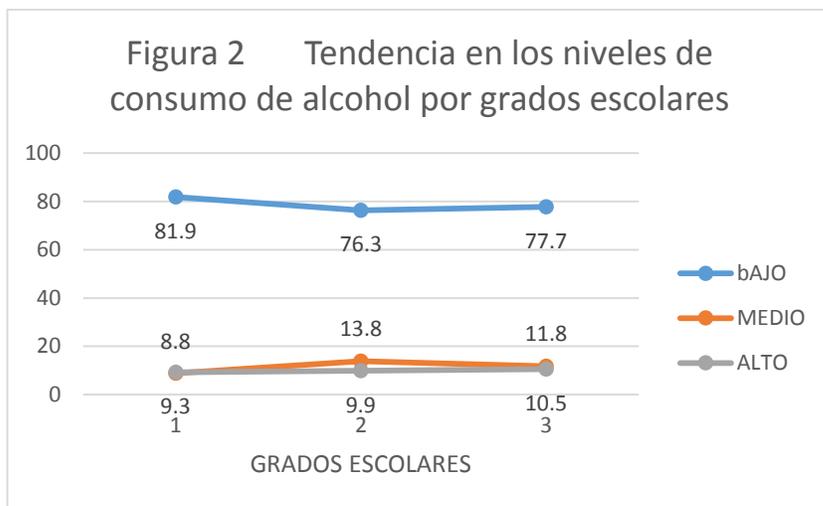
Tabla 1		Consumo de riesgo de alcohol diferenciado por grado y sexo						N=1560	
Esc. Sec. Téc. "A" y "B"		GRADOS ESCOLARES							
Niveles de consumo de riesgo de alcohol		1º		2º		3º		Totales	
Bajo, sin riesgo		81.9		76.3		77.7		78.6	
		H	M	H	M	H	M	H	M
		50.1	49.1	54.9	45.1	46.5	53.5	50.6	49.4
Medio, abuso o riesgoso		8.8		13.8		11.8		11.5	
		H	M	H	M	H	M	H	M
		51.5	48.5	45.9	54.1	52.9	47.1	50.1	49.9
Alto, dependiente o perjudicial		9.3		9.9		10.5		9.9	
		H	M	H	M	H	M	H	M
		55.6	44.4	50.2	49.8	62.0	38.0	55.9	44.1
Totales								52.2	47.8
								100	

Nota: Tomado de Cuestionario AUDIT. Cantidades en %

A nivel general, en cuanto al consumo de abuso, tanto hombres como mujeres se encuentran en igual riesgo, sin embargo en una revisión por grados escolares se destaca que las alumnas de 2º de estas escuelas secundarias, muestran un mayor consumo de este tipo que los alumnos.

En cuanto al consumo de dependencia, a nivel general se ve perjudicado al menos un alumno de cada 100 inscritos en las secundarias estudiadas, ocurriendo esto en cada grado escolar, incluido el primero; en cuanto a la diferencia por sexo, este consumo se da en mayor medida en los hombres que en las mujeres, resultando de igual manera en cada uno de los grados escolares, siendo mayor esta diferencia en el tercer grado con un poco menos del doble del consumo de hombres en relación con las mujeres (62 % y 38 % respectivamente).

En cuanto a las tendencias generales sobre el consumo de alcohol en la población de estudio (ver Figura 2), se aprecia un aumento leve de acuerdo con el avance del grado escolar y por consiguiente de la edad, en el consumo medio y marcado de manera clara en el consumo alto o dependiente, acompañado una reducción leve del consumo bajo, lo que expresa que mientras el consumo nulo se reduce, los dos restantes aumentan directamente de manera proporcional.



En lo que respecta a la edad de inicio en el consumo de alcohol, si bien es cierto que ya hay adolescentes con consumo de abuso y de dependencia en el primer grado de las escuelas secundarias estudiadas, la mayor cantidad se agrupa en el consumo nulo (81.9 %) por lo que se infiere que el inicio se da probablemente en esta etapa en el lapso de los 12 a los 15 años, que es el correspondiente a esta etapa de estudios.

En otros resultados, tenemos que las tipologías familiares (ver tabla 2) a las que pertenecían los adolescentes sujetos de estudio, estaban compuestas principalmente por familias nucleares ($fx= 956$), seguidas de las nucleares modificadas ($fx= 151$), extensa modificada ($fx= 98$), nucleares reconstruidas ($fx= 62$), extensa ($fx= 58$) y finalmente las atípicas ($fx= 30$).

La mayor parte de adolescentes pertenecían a familias en donde bajo el mismo techo cohabitaban con sus padres y hermanos biológicos, seguidas de las familias monoparentales, de las familias en donde coinciden más de tres generaciones en sentido vertical y horizontal, de familias con presencia de padrastro o madrastra y medios hermanos, familias con más de dos generaciones con lazos de parentesco vertical y finalmente con familias en donde cohabitan con personas que no tienen parentesco consanguíneo y en muchas ocasiones ni parentesco legal.

Tabla 2		Tipo de familia / Nivel consumo de alcohol			N= 1355
Tipo de familia		Nivel consumo de alcohol			Total
		Bajo	Medio	Alto	
	Nuclear	817	83	56	956
	Nuclear Modificada	109	25	17	151
	Nuclear Reconstruida	40	9	13	62
	Extensa	48	4	6	58
	Extensa Modificada	76	10	12	98
	Atípica	20	3	7	30
	Total	1110	134	111	1355

Nota: Tomado de cuestionario AUDIT adicionado

En lo que respecta a los niveles de consumo de alcohol por parte de los adolescentes estudiados, tenemos que la mayor parte de ellos se ubican en un consumo bajo o nulo con $f_x= 1110$, seguido del consumo de abuso o medio con $f_x= 134$ y finalmente en un consumo alto o dependiente con $f_x= 111$, correspondiendo a la familia nuclear la que cuenta con la mayor cantidad de consumidores nulos ($f_x= 817$), de riesgo o consumo medio ($f_x= 83$) y de consumo alto ($f_x= 56$).

La familia que tiene menor cantidad de adolescentes con consumo bajo es la atípica ($f_x= 20$) y la mayor cantidad de consumidores en riesgo y con consumo alto (después de la nuclear) se encuentran en la familia con presencia de solo papá o mamá ($f_x= 25 / f_x= 17$). Lo anterior se encuentra validado con una significancia estadística positiva de $p < .000$ de acuerdo con la prueba de Chi cuadrado de Pearson.

El tipo de familia que se establece como factor protector hacia el consumo de alcohol de sus adolescentes es la nuclear ($M = 1.37$) seguida de la familia extensa ($M = 1.76$); en tanto que los tipos de familia caracterizadas como de mayor a menor factor de riesgo hacia el consumo de esta sustancia son la nuclear reconstruida ($M = 3.90$), seguida de la atípica ($M = 3.40$), la nuclear modificada ($M = 2.71$), la extensa modificada ($M = 2.52$), lo anterior afirmado de acuerdo con una comparación de medias de consumo de alcohol (ver tabla 3) y

corroborada estadísticamente con la prueba de ANOVA de una sola vía, arrojando una validez significativa de $p < .000$ de forma positiva.

Tabla 3 COMPARACIÓN DE MEDIAS TIPO DE FAMILIA / CONSUMO DE ALCOHOL N= 1354

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%	
					Límite inferior	Límite Superior
Nuclear	955	1.37	3.070	.099	1.17	1.56
Nuclear Modificada	151	2.71	4.525	.368	1.98	3.44
Nuclear Reconstruida	62	3.90	5.875	.746	2.41	5.40
Extensa	58	1.76	3.710	.487	.78	2.73
Extensa Modificada	98	2.52	5.097	.515	1.50	3.54
Atípica	30	3.40	5.334	.974	1.41	5.39
Total	1354	1.78	3.748	.102	1.58	1.98

Nota: Tomado de cuestionario AUDIT adicionado

Las familias caracterizadas como factor de protección, resultan ser entonces aquellas en donde hay parentesco genético, con padres e hijos biológicos, con familias integradas por más de dos generaciones con parentesco en línea vertical: abuelos, padres, hijos, nietos, cohabitando la misma vivienda; en tanto que las familias clasificadas como factor de riesgo son aquellas en donde existe la presencia de padrastro o madrastra, integrantes que no tienen parentesco con la familia original, con la presencia de solo un miembro como figura paterna o materna y donde en la misma vivienda habitan desde abuelos, padres, hijos, primos, tíos, etc. Aunque estos últimos en el límite entre factor de protección y/o de riesgo.

De manera comparativa entre las distintas familias, se aprecia la diferencia estadística entre las caracterizadas como factor protector hacia el consumo de alcohol de sus adolescentes (nuclear y extensa) y las caracterizadas en este estudio como factor de riesgo, mediante la comparación de medias en puntajes de consumo, con la prueba de comparaciones múltiples de Bonferroni, de la que se presenta en la tabla 4 solo la comparación de la familia nuclear contra las restantes, resultando diferencias estadísticamente significativas para todas

a excepción de la familia extensa, que es precisamente la otra familia caracterizada como factor protector.

Tabla 4 Comparaciones múltiples tipo de familia / Consumo de alcohol N=1354

(I)Tipo de familia	(J) tipo de familia	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
Nuclear	Nuclear modificada	- 1.342	.323	.001
	Nuclear reconstruida	- 2.537	.483	.000
	Extensa	- .392	.498	1.000
	Extensa modificada	- 1.154	.391	.048
	Atípica	- 2.034	.683	.044

Nota: Tomado de cuestionario AUDIT adicionado

De acuerdo con la comparación de medias presentada, directamente entre la familia nuclear (factor de protección), y el resto de ellas, se presenta la mayor diferencia con las familias nuclear reconstruida y la atípica, que fueron caracterizadas como los principales factores de riesgo hacia el consumo de alcohol en sus adolescentes, con lo que se establece estadísticamente que la familia nuclear es la que consume menos alcohol medido por la media de los puntos de consumo, queda establecido con respecto a la familia nuclear modificada ($p < .001$), nuclear reconstruida ($p < .000$), Extensa modificada ($p < .048$) y la familia atípica ($p < .044$); pero no así con respecto a la familia extensa ($p < 1.000$).

En lo relativo a los factores de riesgo percibidos por la propia familia, se tuvo un listado ordenado por frecuencias (ver anexo 4), de los cuales el primer riesgo que las familias perciben es de la dimensión: condiciones psicoafectivas, resultando que existe un problema de interacción social y de convivencia, dado que regularmente no salen y conviven juntos ($fx = 228$).

Otro riesgo a resaltar es el relacionado con el aceptar que en su barrio existe inseguridad ($fx = 215$), así como la insuficiencia económica para la adquisición y consumo de alimentos y medicinas ($fx = 193$).

Por otro lado, también reconocen que existe problema en el consumo de licor ($fx = 86$) y de cigarrillos ($fx = 128$), aunado al reconocimiento que los niños y adolescentes muestran comportamientos inadecuados y batallan para controlarlos ($fx = 102$).

También se manifiesta falta de afecto entre sus miembros ($fx = 116$) y eventos como accidentes y/o enfermedades que han ocurrido ($fx = 93$), además de contar en varios casos con solo la mujer como única cabeza del hogar ($fx = 87$).

Los factores de riesgo anteriormente mencionados y percibidos por las propias familias, se agrupan por niveles, resultando que para ellos no perciben niveles altos de riesgo, solo niveles bajos y medios; además, el nivel de consumo de alcohol bajo se corresponde con un nivel de riesgo familiar bajo, comportándose de manera directamente proporcional, es decir, aumenta el consumo de alcohol en relación con el aumento del nivel de riesgo familiar y viceversa (ver tabla 5), lo anterior corroborado mediante la validez estadística positiva para medidas simétricas: $p < .027$ y $p < .021$, respectivamente para la prueba R de Pearson y Correlación de Spearman.

Tabla 5 nivel alcohol / nivel riesgo familiar N=465

		Nivel de riesgo		Total
		Bajo	Medio	
Nivel consumo de alcohol	Bajo	377	18	395
	Medio	32	4	36
	Alto	30	4	34
Total		439	26	465

Nota: tomado de cuestionario AUDIT / Cuestionario sobre riesgos familiares

En lo que respecta a la percepción del nivel de riesgo agrupado por tipo de familia, tenemos que vuelve a presentar la familia nuclear la característica de ser factor protector, en esta ocasión hacia los diferentes riesgos familiares agrupados por nivel, al presentar el mayor número de frecuencias en cuanto a nivel de riesgo familiar bajo (ver tabla 6), comprobando

la asociación entre ambas variables mediante la aplicación de la prueba de Chi cuadrado de Pearson, resultando estadísticamente significativa ($p < .009$).

Tabla 6 Tipo de familia / Nivel de riesgo N= 465

		Nivel de riesgo		Total
		Bajo	Medio	
Tipo de familia	Nuclear	306	13	319
	Nuclear Modificada	57	4	61
	Nuclear Reconstruida	16	0	16
	Extensa	23	1	24
	Extensa Modificada	27	6	33
	Atípica	10	2	12
	Total	439	26	465

Nota: Tomado del cuestionario AUDIT adicionado / Cuestionario sobre riesgos familiares

2.3 Discusión etapa macrofamiliar

Los hallazgos que se aprecian en esta etapa se obtuvieron de los resultados específicos de cada instrumento, de la correlación que arroja la influencia que tiene el tipo de familia y sus riesgos sobre el consumo de alcohol, así como los tipos de familia que se manifestaron como factores de riesgo o de protección hacia el consumo de alcohol de sus adolescentes.

Las prevalencias del consumo de alcohol mostradas por la población adolescente perteneciente a las escuelas secundarias técnicas seleccionadas, muestran de inicio algunos resultados generales concordantes con otras investigaciones y encuestas nacionales, como lo son la edad de inicio de consumo, la cual concuerda con el nivel de estudios de secundaria, alrededor de los 12 años (CIJ, 2012; Nash et al. 2012; Sánchez et al. 2008; Villatoro, 2007 b).

De igual forma se coincide con estudios en donde la mayor parte de la población adolescente (78.6%) no se encuentra en riesgo al momento del consumo de alcohol por

mostrar un consumo nulo u ocasional (Castro et al.1999; ENA, 2008; ENA, 2011) aunque se demuestra la misma preocupación por el incremento del consumo de abuso y de dependencia.

En lo que respecta al consumo diferenciado por sexo, se muestra al igual que otros estudios (Castro et al.1999; ENA, 2008; ENA, 2011; Nash et al. 2012; Villatoro, 2007) que es mayor en hombres que en mujeres (50.1 % y 49.9 % respectivamente), sobretodo en situación de consumo de abuso; sin embargo la diferencia se ha acortado y el consumo casi se ha igualado, incluso en la población de adolescentes estudiada referenciada por grados escolares, tenemos que en el 2º grado el consumo de abuso por parte de las mujeres ha sobrepasado al de los hombres con un 54.1% y 45.9 % respectivamente (ver tabla 1). Lo anterior se considera un dato importante dentro de los resultados obtenidos en la investigación que nos ocupa.

De igual forma se encuentra que el consumo de abuso y dependencia se da en un 21.4 % en la población estudio, la cual si bien no llega a los niveles elevados que investigadores como Guzmán et al. (2007) encuentran en bandas juveniles de la ciudad de Monterrey con un consumo de 69.6 %; sí se encuentra por encima de los resultados obtenidos por Villatoro et al, 2011 con un consumo de 13.9 % en delegaciones del Distrito federal; Sánchez et al. 2008 con un consumo de 19 % con adolescentes de Morelia, Michoacán; ENA, 2008 con un consumo del 13.9 % en el estado de San Luis Potosí.

Como dato que merece atención especial, se encuentra el consumo en situación de dependencia, dado que de acuerdo con la ENA (2011) este tipo de consumo en el país se duplicó en hombres y triplicó en mujeres, además de presentar un porcentaje de 2.8 % en la región nororiental, que es a la que pertenece el estado de San Luis Potosí; por lo que respecta a los resultados del presente estudio, el porcentaje de este consumo es de 9.9 % de la población de adolescentes abarcada, lo que manifiesta un consumo 200 % mayor al referido; pero además en el análisis por grados escolares se advierte una tendencia de aumento gradual en correspondencia inversamente proporcional a la reducción del consumo bajo o nulo, lo que refuerza lo encontrado en los estudios de Pérez y Lucio-Gómez (2010), que manifiestan como factor de riesgo el aumento en la edad del consumidor.

Es de resaltar que en la población de adolescentes estudiados correspondientes al 1er grado de secundaria existe un 9.3 % de consumidores dependientes lo que lleva a inferir que de cada 100 alumnos inscritos en ese grado de estudios, al menos 9 con una edad entre 12 y 13 años, se encuentra en esa situación de consumo de alcohol.

En cuanto a los tipos de familia a las que los adolescentes sujetos de este estudio pertenecen, éstas siguen la tendencia nacional la cual ubica para el 2005 a las familias nucleares con un 74.3% y las no nucleares con un 25.7 % de la población del país (INEGI, 2007) y para el 2010 con un 70.4 % las familias nucleares, un 26.5 % las familias extensas y 1.5 % de familias atípicas (INEGI, 2013), por lo que para el caso presente, encontramos la mayor frecuencia en familias nucleares, seguidas de las extensas y finalmente las atípicas (ver tabla 2).

En la consideración de los tipos de familias como factor de riesgo o protección hacia el consumo de sustancias adictivas, en particular el alcohol por parte de sus adolescentes, los hallazgos del presente estudio no establecen semejanzas con el realizado por Torrente y Ruiz (2005), con adolescentes españoles sobre todo en lo que respecta a que las familias nucleares, en específico las modificadas (tener a una sola figura paterna o materna e hijos) no predisponen como factor de riesgo al consumo de sustancias adictivas. Es muy probable que estén mediando elementos de tipo cultural de ambos países, dado que en el estudio presente la familia nuclear modificada, si bien es cierto que no es tipificado como el principal factor de riesgo hacia el consumo, sí tiene características de predisponerlo ($M= 2.71$, $p < .000$) clasificada en tercer sitio de las familias factores de riesgo hacia ese consumo; reforzada por diversos estudios (Becoña et al. 2012; Fernández y Pillón, 2011; Jordán et al. 2009; López et al. 2001; Pérez y Lucio-Gómez, 2010; Ramírez y Andrade, 2005; Rojas et al. 1999).

Por otra parte, los resultados de la presente investigación concuerdan con los de otros estudios que coinciden en determinar como principal factor protector hacia el consumo de alcohol de sus hijos adolescentes, a las familias nucleares (Acosta et al. 2011; Becoña et al. 2012; Jordán et al. 2009); la familia nuclear en la muestra seleccionada mostró un valor en $M= 1.37$, con una validación estadística positiva de $p < .000$, constituyéndose como el tipo de familia con el menor puntaje en consumo de alcohol por sus adolescentes.

El tipo de familia ubicado como el principal factor de riesgo predisponente del consumo de alcohol en adolescentes y detectado como uno de los hallazgos importantes por el presente estudio, corresponde a la familia *nuclear reconstruida*, como aquella que tiene la presencia de padrastro o madrastra, así como hermanastros, con una media de consumo de $M= 3.90$, seguido como segundo factor de riesgo por la familia *atípica* con una media de consumo de $M= 3.40$, ambos puntajes validados estadísticamente con $p < .000$ con análisis de varianza. Algunos de los estudios que consideran como factores de riesgo (no como los principales) a estos tipos de familia, fueron los de López et al. 2001, con adolescentes españoles y Becoña et al. 2012, con un estudio de recopilación documental de artículos publicados entre 1980 y 2010.

Con respecto a los tipos de familia ubicados como los principales factores protectores del consumo de sustancias adictivas por adolescentes, se ubica en primer sitio a la familia nuclear (como se indica en párrafos anteriores) y en segundo lugar, detectada como resultado relevante por la presente investigación, se ubica a la familia extensa, caracterizada por poseer más de dos generaciones en parentesco vertical y genético (abuelos, padres, hijos, nietos, etc.) cohabitando bajo el mismo techo, con un puntaje de consumo de alcohol de $M= 1.76$ corroborado estadísticamente con $p < .000$ por análisis de varianza; resultado que resulta antagónico del obtenido por Jordán et al. (2009), en adolescentes de secundaria de la ciudad de Comonfort, Guanajuato México, en donde entre otros datos clasifican como factor de riesgo hacia el consumo de alcohol a las familias extensas.

De manera característica de la población adolescente sujetos de esta investigación, se determina que las familias nucleares y extensas, se tipifican como factores de protección hacia su consumo de alcohol, estableciendo que el común denominador de ambas familias es el parentesco de tipo lineal y biológico, por lo que se infiere que la reducción o desaparición de este tipo de parentesco integrado a familias nucleares y extensas, conduce a familias que se caracterizan como factor de riesgo hacia ese consumo.

En otro ámbito, la ubicación de factores de riesgo a la salud de las familias desde la apreciación de ellas mismas, se convierte en sí en aspecto importante del presente estudio, sobre todo si se le vincula como factor de riesgo hacia la generación de conductas antisociales

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

y el consumo de sustancias adictivas como el alcohol en sus adolescentes, factores que sirvieron de base para conformar los temas de conversación en el desarrollo de las interacciones familiares en la segunda etapa de la investigación.

En los resultados que arroja la presente investigación relativos a dichos factores de riesgo (Anexo E), se encuentra que los aspectos como lo son las formas de convivencia, el compartir tiempo y actividades, así como salir en grupo, es ubicado por las familias sujetos de investigación como el principal riesgo ($fx = 228$), el cual vinculándolo con otros estudios se interpreta como probable factor de riesgo hacia la generación de conductas antisociales y/o consumo de alcohol en dos posibilidades, la primera cuando existe un distanciamiento y baja participación en actividades familiares (Martínez y Robles, 2001; Mirón et al. 1997; Rodríguez et al. 2007 y Rojas et al 1999) provocando una débil supervisión parental y escaso cumplimiento de normas; y la segunda, mediante la convivencia familiar con un involucramiento en actividades en donde los propios padres y familiares tiene patrones de consumo de alcohol que vinculan directamente a los adolescentes (Nash et al. 2012; Natera et al. 2001), esto último debido probablemente a interacciones sociales y culturales cotidianas o de festejos y convivencias familiares.

En lo que respecta a asociar la convivencia y compartir espacios y actividades con la familia, interpretado como factor de protección hacia el consumo de alcohol de sus adolescentes, se da cuando las actividades que reúnen a la familia son con conductas prosociales y que incluyen dinámicas en donde se permite la supervisión y monitoreo de los hijos (Jordán et al. 2009; Martínez y Robles, 2001; Medina y Carvalho, 2010; Mirón et al. 1997 y Mosqueda-Díaz y Carvalho, 2011).

Aunado al riesgo anterior, las familias detectaron la falta de afecto, calidez en el trato y peleas entre sus miembros ($fx = 116$) siendo factor predisponente del consumo de alcohol en adolescentes (Díaz y García-Aurrecochea, 2008; ENA, 2008; Rodríguez et al. 2007; Rojas et al. 2003;); lo mismo que contar con solo la mujer como la cabeza del hogar como familia nuclear modificada (Acosta et al 2011; Becoña et al. 2012; Jordán et al. 2009; López et al 2001; Pérez y Lucio-Gómez, 2010; Ramírez y Andrade, 2005; Rojas et al. 1999).

Otros de los riesgos importantes detectados en el estudio lo conforman la inseguridad que existe ($f_x = 215$) los que se asocian a conductas antisociales y al consumo de alcohol de sus adolescentes mediante actividades delictivas de la familia o de uno de sus miembros (Guzmán et al. 2007; Rojas et al.1999) o al involucramiento con pares desviados (Rojas et al.1999); y el riesgo de la falta de recursos económicos para sufragar las necesidades básicas de las familias ($f_x = 193$) asociado al consumo de alcohol (Acosta et al. 2011; Ramírez y Andrade, 2005; Rees y Valenzuela, 2003), en donde se encuentra una vía de escape ante la incapacidad de solventar económicamente las necesidades básicas familiares.

Las propias familias, además de los riesgos reconocidos y comentados en párrafos anteriores, detectaron como otros riesgos al hecho de tener en su familia integrantes consumidores asiduos de alcohol ($f_x = 86$) lo que empata con la perspectiva de diversos estudios que consideran a este hecho como predisponente al consumo en adolescentes (Martínez, Fuertes, Ramos y Hernández, 2003; Nash et al. 2012; Natera et al. 2001; Ramírez y Andrade, 2005; Sánchez et al. 2008), sobre todo por la imitación de patrones de conductas y la permisividad hacia su adopción.

De igual forma han considerado como riesgo a los problemas de salud, enfermedades y accidentes a los que se ve expuesta la familia ($f_x = 93$), vinculada también como factor predisponente hacia el consumo de alcohol por los adolescentes, por varios autores (Mosqueda-Díaz y Carvalho, 2011; Pérez y Lucio-Gómez, 2010), de donde se interpreta que la forma de afrontar o evadir dichos problemas es mediante conductas como el consumo de alcohol.

Los problemas de conducta y de falta de cumplimiento de normas establecidas es otro de los riesgos detectados por las familias, siendo un elemento que se vincula al consumo de alcohol (Mosqueda-Díaz y Carvalho, 2011; Pérez y Lucio-Gómez, 2010; Rees y Valenzuela, 2003), determinando que el inadecuado manejo de conductas por los padres o el presentar conductas inapropiadas por parte de los adolescentes son factor de riesgo para predisponer el consumo.

Los riesgos detectados por las propias familias y agrupados por dimensiones genera lo que para el instrumento utilizado se conoce como niveles de Riesgo Familiar Total (RFT),

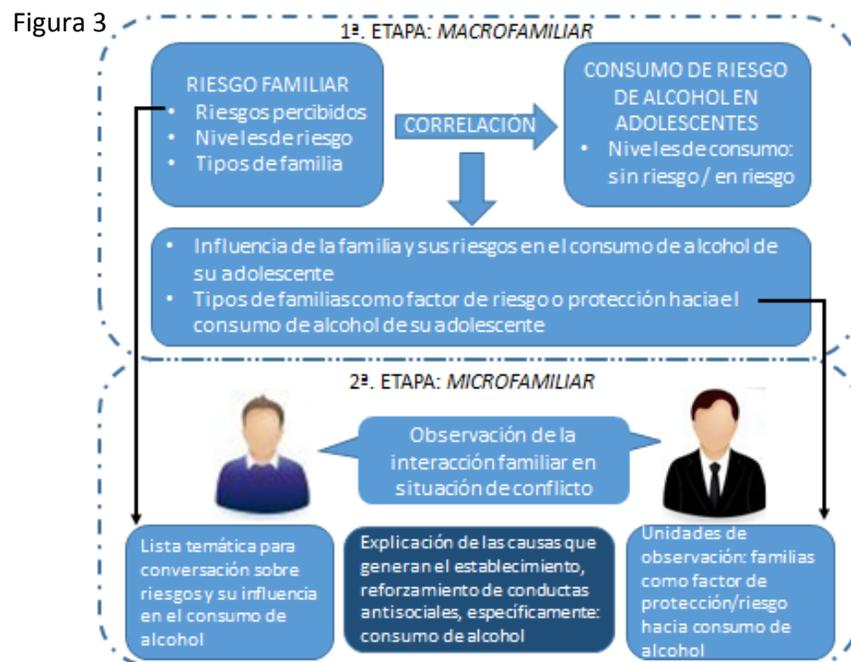
teniendo que para el estudio las familias solamente percibieron nivel bajo y nivel medio de riesgo, sin presentar el nivel alto; lo anterior se manifiesta como hallazgo, al diferir de los distintos estudios llevados a cabo, en donde al revisar el RFT en poblaciones de gestantes, adultos mayores, estudiantes, etc. En todos ellos se tienen los tres niveles de riesgo, predominantemente el alto y el medio (Fajardo, 2008; Mendoza et al, 2010; Pérez, 2003; Velásquez y Amaya, 2012), de lo anterior se anota que las familias abarcadas no se perciben con riesgos altos, probablemente por habitar zonas urbanas con todos los servicios y que en la lista de riesgos detectados se ubican los que son propios de ciudades densamente habitadas, como son los problemas de convivencia, seguridad, económicos, afecto, conductuales, entre otros mencionados ya en párrafos anteriores.

No obstante el no percibir nivel alto de riesgo familiar, resulta importante relacionar estos niveles de riesgo con la característica de la población de estudio que es el consumo de alcohol de sus adolescentes, determinando que hasta el momento de la elaboración de la presente investigación no se tiene detectado otras investigaciones que correlacionen al RFT con el nivel de consumo de alcohol, por lo que ya en sí es otra forma de proponer el abordaje de este fenómeno. Las variables analizadas arrojan que existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de consumo de alcohol de los adolescente y el riesgo familiar, validado de manera positiva con $p < .027$ y $p < .021$ por la prueba R de Pearson y Correlación de Spearman, respectivamente.

En lo que respecta al nivel de riesgo detectado, asociado al tipo de familia, se tiene como dato que se vuelve a corroborar que la familia nuclear (en este caso con la característica de poseer adolescentes en situación de consumo) actúa como factor protector, siendo ésta la que cuenta con el mayor número de frecuencias en cuanto al nivel de riesgo familiar bajo, validado estadísticamente por Chi cuadrado de Pearson ($p < .009$); concordando con otros estudios aunque con diferentes poblaciones y características (Fajardo, 2008; Velásquez y Amaya, 2012).

Para la segunda etapa del estudio (Microfamiliar) se parte del antecedente de conocer los datos mencionados en el apartado anterior, por lo que de manera específica se toma en cuenta la lista de riesgos percibida por las familias, para ser usada como lista temática de

conversación entre padres e hijos en situación de conflicto; así como la clasificación de los tipos de familias que estadísticamente resultaron manifestarse como factores de riesgo o protección hacia el consumo de alcohol de sus adolescentes, para realizar una incursión hacia el interior de estos grupos, resultando en la etapa microfamiliar. En la figura 3 se muestra esquemáticamente el enlace entre ambas etapas.



CAPÍTULO 3

Etapa Microfamiliar

3.1 Método

3.1.1 Tipo de estudio:

Se desarrolló desde un enfoque cuantitativo, mediante un tipo de estudio exploratorio y descriptivo mediante la observación de las interacciones sociales de familias caracterizadas como factores de protección o de riesgo hacia el consumo, que se desarrollan entre padres

e hijos en situación de conflicto, específicamente centrado en el consumo de riesgo de alcohol.

3.1.2 Población y muestra:

Derivado de la población de adolescentes y familias y de sus relaciones detectadas, la muestra que se tomó en cuenta para esta etapa del estudio es de tipo no probabilística, elegida de forma intencional, tomando como criterios las diferentes y particulares formas y cruces detectados en la etapa anterior, eligiendo padres e hijos (diadas) correspondientes a las familias consideradas como factores de protección: nucleares (n=6) y extensas (n= 6), de las consideradas como factores de riesgo para el consumo de alcohol de su adolescente: nuclear reconstruida (n= 6), atípica (n= 0), nuclear modificada (n= 6) y extensa modificada (n= 6); correspondiendo una muestra total n=30. Para el caso de la familia atípica, se optó por descartarla, debido a la escasa cantidad de grabaciones que se obtuvieron (2), además de que la calidad del diálogo era casi inutilizable debido a lo breve (5 y 8 minutos) y a lo parco del mismo.

3.1.3 Descripción de variable:

La Interacción social de la familia, constituida por el diálogo que se estableció sobre situaciones de conflicto entre padres e hijos. Esta variable tiene vinculación directa con los elementos o indicadores que resalten la resolución de una situación conflictiva sobre el consumo de alcohol (Gottman, 1993), sobretodo mediante las diferentes posturas de acuerdo – desacuerdo y de reciprocidad y continuidad.

Los indicadores que configuran esta variable están considerados como categorías de observación, repartidas en estados de conducta (4) y eventos conductuales (8), derivadas de los trabajos de Pedroza et al. (2012), repartidas por binas polarizadas: Contacto visual – retirada, habla temática – no hablar, debatir – acuerdo, inicio de habla – terminación de habla, verbal negativo – verbal positivo, contención y concesión; los primeros dos como estados y los restantes como eventos conductuales. Las categorías e indicadores generales de observación, se describen en la tabla 7.

Tabla 7 Categorías de observación y descripción de indicadores	
CATEGORÍAS	INDICADORES OBSERVABLES GENERALES
Contacto visual	Mantener el contacto durante el diálogo o silencio
Retirada	Retirar o no tener contacto visual durante el diálogo o silencio
Habla	Cantidad de tiempo al habla durante la interacción
No habla	Cantidad de tiempo en silencio durante la interacción
Inicio habla	Principia la conversación, reinicia con otro tema, modera turnos
Terminar habla	Fin de conversación parcial, fin de la conversación definitiva
Debatir	Refuta, argumenta, niega, enjuicia, califica
Acuerdo	Acepta, asiente, afirma, confirma
Verbal negativo	Emisión de reforzamientos negativos, castigos, amenazas, regaños
Verbal positivo	Emisión de reforzamientos positivos, premios, consejos, adulaciones
Contención	Solucionar problemas mediante la exigencia, con trabas, “nudos”, condiciones
Concesión	Solucionar problemas cediendo naturalmente o a condiciones, no traba el proceso

Nota: fundamentado en Pedroza, Cervantes, Aguilera y Martínez (2012)

Dichas categorías fueron objeto de lo que Navas (2001) denomina como: Macroanálisis, consistente en realizar un estudio en función de medidas globales como la duración del evento conductual y la frecuencia con que la conducta se manifiesta en la interacción.

3.1.4 Instrumentos y materiales:

Se utilizaron para la realización de las sesiones de interacción familiar: Guía temática de conversación, hojas, lápices, audigrabadora y videograbadora, carta de consentimiento informado (para firma del padre).

3.1.5 Escenarios:

Para asegurar diferentes elementos de control en el que se desarrollaron las sesiones, sobre todo en lo que respecta a la privacidad, aislamiento de interferencias, logro de un nivel

de confianza, entre otros, se plantearon tres tipos diferentes de escenarios a elección de los participantes: recinto en la escuela de su hijo, recinto en las instalaciones de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí o en el propio hogar de los sujetos de estudio, de los cuales se eligieron solamente los últimos dos.

Los elementos técnicos, así como de logística: equipo de grabación, cableado, conexiones, micrófonos, agua, guía de la sesión y otros, corrieron a cargo del investigador.

3.1.6 Procedimiento:

Para efectuar la sesión de diálogo, se realizó en dos fases:

a) Sesiones de piloteo, abarcando un par de familias, elegidas de forma polarizada: familia con adolescentes con consumo de riesgo de alcohol y familia con adolescentes con consumo nulo o sin riesgo, de donde emergieron los siguientes resultados:

- Se depuró el listado de riesgos, usado como lista temática para las conversaciones entre las diadas, resultando un total de 8 temas para dialogar de un total de 23 presentados al inicio
- Se ajustó el tiempo promedio de duración de las sesiones de conversación, resultando entre 20 y 25 minutos (1200 a 1500 segundos)
- Se anexaron algunas preguntas “detonantes” con el fin de provocar y encauzar el diálogo hacia el tema de consumo del alcohol
- Se adecuaron las instrucciones, para que en determinado momento que el investigador deje conversando a padre e hijo, sepan continuar con el diálogo.

La Guía en cuestión (anexo D) se encuentra planteada para que el tema central de conversación sea el consumo de alcohol vinculando diferentes riesgos a manera de conflictos.

b) Aplicación definitiva de las sesiones.

Se realizó la invitación por escrito a los integrantes de las familias, incluido el aviso de firmar el día de la grabación, la aceptación de participar en el estudio mediante la notificación del consentimiento informado, los objetivos del estudio, la definición de fechas, horarios y lugar.

Una vez en el escenario definido, se procedió a dar las indicaciones correspondientes otorgando a cada elemento de la diada, la guía temática de conversación, explicando la forma en que se desarrollaría el proceso, mediante la elección de temas de conflicto, su diálogo y el procurar llegar a acuerdos. Al dar inicio con la dinámica se les dejó solos para una mayor libertad en sus interacciones.

Concluidas las grabaciones, se sistematizaron los datos con la ayuda del programa ODLog, realizando la observación sincrónica (Cairns, Santoyo, Ferguson y Cairns, 1991) con 2 parejas de observadores, la primera de ellas recopilando información de los estados de conducta (duración hasta 1200/1500 segundos por diada) y la segunda, de los eventos conductuales (f_x de eventos por sesión); en ambos casos la validez de la información recopilada tuvo un promedio de confiabilidad catalogada según Landis y Koch (1977) como: *buena coincidencia* (0.61 a 0.80), con 0.78 y 0.75 respectivamente, medido con el estadístico de Kappa.

Una vez recopilada la información se concentró para su tratamiento en el programa SPSS versión 18, realizando los siguientes análisis:

1. Integración de la variable *familia* con dos niveles: protección y riesgo y la variable *miembros* con dos niveles: padres e hijos, analizados mediante ANOVA, tomando como valor significativo $p < .05$.
2. Comparación de las categorías de observación obtenidas de las familias consideradas como factor protector con las consideradas como factor de riesgo, mediante la diferencia de medias y validación estadística mediante la prueba T de Student, tomando como valor: $p < .05$ para diferencias estadísticamente significativas.
3. Comparación de las emisiones de conductas, entre los participantes de la diada: hijo / padre, sin tomar en cuenta tipo de familia, mediante la diferencia de medias y validación estadística mediante la prueba T de Student, tomando como valor: $p < .05$ si hubo diferencia estadísticamente significativa.
4. Comparación de las emisiones de conductas, según el participante de la diada: hijo / padre, tomando en cuenta a las familias como factor de protección, mediante la

diferencia de medias y validación estadística mediante la Prueba (no paramétrica) U de Mann-Whitney, tomando como valor: $p < .05$ si hubo diferencia significativa.

5. Comparación de las emisiones de conductas, según el participante de la diada: hijo / padre, tomando en cuenta a las familias como factor de riesgo, mediante la diferencia de medias y validación estadística mediante la Prueba (no paramétrica) U de Mann-Whitney, tomando como valor: $p < .05$ si hubo diferencia significativa.

3.2 Resultados

Tomando en consideración de manera general e integrada a las conductas emitidas en la interacción social en situación de conflicto por las diadas padre e hijo de familias protectoras y de riesgo en relación con el consumo de alcohol de sus adolescentes, tenemos que tanto familias de una y otra clasificación, así como padres e hijos en interacción influyen significativamente en mantener el contacto visual ($F = 140.148$, $F = 235.124$, $p < .000$) y retirar el contacto visual al dialogar sobre ese problema ($F = 112.300$, $F = 177.285$, $p < .000$); de igual forma ocurre para las conductas de mantener el diálogo, mediante el habla por tipo de familia y padres e hijos ($F = 45.913$, $F = 416.843$, $p < .000$) y el no hablar al respecto ($F = 16.683$, $F = 369.120$, $p < .000$) y para el caso de la regulación de los diálogos mediante el iniciar el habla ($F = 4.311$, $p < .042$, $F = 326.568$, $p < .000$).

Para los tres casos anteriores, tanto el tipo de familia como la interacción efectuada entre padres e hijos influyen de manera significativa positiva en la forma de comunicación que se establece al dialogar sobre el consumo de alcohol.

De la misma forma, resultó estadísticamente significativa la interacción entre los tipos de familias y entre padres e hijos para la conducta de verbal positivo ($F = 46.823$, $F = 14.452$, $p < .000$), estableciendo con ello que las expresiones de aliento y confianza al interaccionar se dan igualmente en ambos casos.

En lo que respecta a las conductas referentes a las estrategias usadas para la resolución de conflictos, existen dificultades y obstáculos (contención) estadísticamente significativas tanto en la interacción por tipo de familia como entre padres e hijos ($F = 29.070$, $F = 14.984$,

$p < .000$), lo mismo para la resolución de conflictos mediante la conducta de concesión, cediendo y colaborando para ello ($F = 9.603, p < .003, F = 61.065, p < .000$), demostrando que la interacción por tipo de familia como por sus integrantes resultó significativa para entorpecer el proceso de resolución conflictiva, así como para ceder en su resolución sobre el consumo de alcohol.

Por lo que respecta a interacciones que demostraron influencia diferenciada o no significativa hacia las conductas observadas, se muestra en la tabla 8 su comparativo.

Tabla 8 COMPARACIÓN DE LAS INTERACCIONES SEGÚN EMISIONES DE CONDUCTAS POR GRUPOS: FAMILIAS PROTECTORAS Y DE RIESGO (FP / FR) Y PADRES E HIJOS (P / H) (ANOVA)

CONDUCTAS	Grupos	N	Gl	F	P
Terminar habla	FP / FR	24 / 36	1	3.122	.083
	P / H	30 / 30	1	404.396	.000
Debatir	FP / FR	24 / 36	1	22.635	.000
	P / H	30 / 30	1	1.958	.167
Acuerdo	FP / FR	24 / 36	1	8.537	.005
	P / H	30 / 30	1	1.129	.293
Verbal negativo	FP / FR	24 / 36	1	56.367	.000
	P / H	30 / 30	1	.189	.665

Nota: tomados de códigos de la interacción social familiar en situación de conflicto. Se resaltan los resultados importantes

Como se aprecia, para la regulación de las interacciones referentes a los diálogos establecidos, el cortar una conversación al finalizar un tema, terminando de hablar está determinado por los padres e hijos y no por los tipos de familias ($F = 404.396, p < .000, F = 3.122, p < .083$)

Las formas (debate, acuerdo y verbal negativo) en las que se establecen los diálogos están determinadas por las interacciones entre los tipos de familia ($F = 22.635, p < .000, F = 8.537, p < .005, F = 56.367, p < .000$) y no por las interacciones entre padres e hijos ($F = 1.958, p$

< .167, $F = 1.129$, $p < .293$, $F = .189$, $p < .665$) lo que determina que en las familias de riesgo y protección se logren acuerdos mediante debates y expresiones verbales no propias, lo que no ocurre con las interacciones analizadas solamente entre padres e hijos.

De manera general e integrada, al analizar de manera conjunta las interacciones sociales integrando las variables: familia como factor de protección, familia como factor de riesgo, padres e hijos adolescentes de ambos tipos de familia, se obtiene mediante ANOVA, que las conductas que muestran resultados estadísticamente no significativos son: Debatir, acuerdo y emisiones verbales negativas y positivas así como contención

La interacción social con las variables mencionadas en el párrafo anterior y que mostraron resultados estadísticamente significativos, se aprecian en la tabla 9.

Tabla 9 COMPARACIÓN DE LAS EMISIONES DE CONDUCTAS, SEGÚN FAMILIA COMO FACTOR DE PROTECCIÓN (FP) / FAMILIA COMO FACTOR DE RIESGO (FR), HIJO Y PADRE (Media, ANOVA)					
CONDUCTAS	TIPO DE FAMILIA FP/FR	HIJO	PADRE	F	p
		M			
Contacto visual	FP	874.750	977.083	122.261	.000
	FR	326.889	958.389		
Retirada	FP	462.083	335.167	81.995	.000
	FR	1047.611	381.111		
Habla	FP	669.917	989.667	58.012	.000
	FR	310.389	1010.667		
No habla	FP	769.167	420.500	46.063	.000
	FR	1074.222	344.667		
Inicio habla	FP	.333	4.250	13.068	.001
	FR	.611	3.222		
Terminar habla	FP	.250	4.167	13.090	.001
	FR	.556	3.278		
Concesión	FP	2.583	.250	12.271	.001
	FR	1.222	.333		

Nota: tomados de códigos de la interacción social familiar en situación de conflicto. Se resaltan los resultados importantes

El mantenimiento del contacto visual es mayoritariamente más prolongado por parte de los papás, tanto de familias protectoras como de riesgo ($M= 977.083$, $M= 958.389$, $p < .000$); en el caso de los adolescentes los que más mantienen la mirada durante la interacción con sus padres son los pertenecientes a familias protectoras ($M= 874.750$, $p < .000$).

De la misma manera son los padres quienes mantienen más el habla con sus adolescentes en ambos tipos de familia ($M= 1010.667$, $M= 989.667$, $p < .000$); siendo definitivamente los adolescentes de familias en riesgo quienes duran más lapsos de tiempo sin hablar y por consiguiente aceptando la hegemonía paterna ($M= 1074.222$, $p < .000$); lo anterior se ratifica al ser los mismos papás quienes regulan la interacción en los diálogos, determinando el inicio y fin de los turnos de habla con sus hijos tanto en familias protectoras como riesgosas ($M= 4.250$, $M= 3.222$ / $M= 4.167$, $M= 3.278$, $p < .001$).

En lo que respecta a las estrategias y formas de resolver conflictos y llegar a acuerdos, se tiene que las familias de riesgo son las que muestran más complicaciones para ello, además, quiénes a final de cuentas acaban cediendo son los adolescentes de ambos tipos de familia ($M= 2.583$, $M=1.222$, $p < .001$).

Las comparaciones de la interacción mostradas entre familias consideradas como factor de protección (nuclear y extensa) y factor de riesgo (nuclear reconstruida, nuclear modificada y extensa modificada) hacia el consumo de alcohol de sus adolescentes, como se puede apreciar en la tabla 10 no arrojaron diferencias estadísticamente significativas para las categorías de: No habla, inicio y término de habla.

Tabla 10 DIFERENCIAS DE LA INTERACCIÓN EN LOS COMPORTAMIENTOS EMITIDOS A NIVEL DE FAMILIAS COMO FACTOR DE PROTECCIÓN (FP) / RIESGO (FR) (Media, Desviación Estándar y T de Student)

	FP n= 24		FR n= 36		Prueba T de Student	
CONDUCTAS	M	DE	M	DE	T	P
Contacto visual	925.92	93.298	642.64	334.386	4.810	.000
Retirada	398.63	139.693	714.36	353.014	-4.829	.000
Habla	829.79	191.417	660.53	365.959	2.337	.023
No habla	594.83	195.653	709.44	388.189	-1.507	.137
Inicio habla	2.29	2.095	1.92	1.500	.757	.454
Terminar habla	2.21	2.043	1.92	1.556	.594	.556
Debatir	.33	.482	1.28	.914	-5.211	.000
Acuerdo	3.25	.794	2.64	.798	2.911	.005
Verbal negativo	.33	.482	2.25	1.180	-8.716	.000
Verbal positivo	3.17	1.373	1.17	1.134	6.150	.000
Contención	.67	.917	1.75	.806	-4.826	.000
Concesión	1.42	1.501	.78	.797	2.146	.036

Nota: tomados de códigos de la interacción social familiar en situación de conflicto. Se resaltan los resultados importantes

En lo que respecta a la duración de conductas emitidas en situación de conflicto, existe mayor contacto visual entre padres e hijos de familias consideradas como protectoras, que las consideradas como factor de riesgo (M = 925.92, DE = 93.298 / M = 642.64, DE = 334.383, $p < .000$); de igual forma se manifiesta mayor cantidad de tiempo de habla (M = 829.79, DE = 191.417 / M = 660.53, DE = 365.959, $p < .023$), así como tener actitudes de asentir, estar de acuerdo (M = 3.25, DE = .794 / M = 2.64, DE = .798, $p < .005$) y de hacerlo mediante formas verbales positivas, invitaciones, recompensas, etc. (M = 3.17, DE = 1.373 / M = 1.17, DE = 1.134, $p < .000$), además de resolver sus diferencias mediante la concesión, cediendo espacios y toma de decisiones por parte de ambos en los diálogos (M = 1.42, DE = 1.501 / M = .78, DE = .797, $p < .036$).

Dentro de esta misma comparación de familias, tenemos que las consideradas como factor de riesgo muestran en situación de conflicto, una mayor evasión al contacto visual que las familias consideradas como factor de protección (M = 714.36, DE = 353.014 / M = 398.63, DE = 139.693, $p < .000$), además de una mayor actitud hacia el debate (M = 2.25, DE =

1.180 / $M = .33$, $DE = .482$, $p < .000$), en tanto que existen más dificultades y contenciones al asumir estrategias de resolución de problemas ($M = 1.75$, $DE = .806$ / $M = .67$, $DE = .917$, $p < .000$).

En lo que respecta a la interacción familiar en situación de conflicto, realizando la comparación de emisiones de conductas entre padres e hijos de manera general, sin tomar en cuenta el tipo de familia, tenemos que no hubo diferencias estadísticamente significativas para las categorías de: debatir, acuerdo y verbal negativo (ver tabla 11).

Tabla 11 **COMPARACIÓN DE LAS EMISIONES DE CONDUCTAS, SEGÚN EL PARTICIPANTE DE LA DIADA: HIJO / PADRE, SIN TOMAR EN CUENTA TIPO DE FAMILIA (Media, Desviación Estándar y T de Student)**

CONDUCTAS	HIJO n= 30		PADRE n= 30		Prueba T de Student	
	M	DE	M	DE	T	p
Contacto visual	546.03	287.716	965.87	88.027	-7.643	.000
Retirada	813.40	317.949	362.73	96.107	7.431	.000
Habla	454.20	200.209	1002.27	97.314	-13.485	.000
No habla	952.20	197.451	375.00	86.256	14.672	.000
Inicio habla	.50	.630	3.63	.890	-15.742	.000
Terminar habla	.43	.626	3.63	.765	-17.732	.000
Debatir	1.07	.980	.73	.785	1.454	.151
Acuerdo	2.80	.664	2.97	.999	-7.61	.450
Verbal negativo	1.40	1.276	1.57	1.431	-4.76	.636
Verbal positivo	2.47	1.795	1.47	1.137	2.578	.013
Contención	.97	.964	1.67	.922	-2.873	.006
Concesión	1.77	1.135	.30	.596	6.266	.000

Nota: tomados de códigos de la interacción social familiar en situación de conflicto. Se resaltan los resultados importantes

Por otro lado, en esta interacción tenemos que los padres son los que mantienen mayor contacto visual que los hijos ($M = 965.87$, $DE = 88.027$ / $M = 546.03$, $DE = 287.716$, $p < .000$), en tanto que éstos últimos al estar interactuando son los que en mayor medida retiran el contacto frontal ($M = 813.40$, $DE = 317.949$ / $M = 362.73$, $DE = 96.107$, $p < .000$), además el habla es mayoritariamente acaparada por los padres ($M = 1002.27$, $DE = 97.314$ / $M = 454.20$, $DE = 200.209$, $p < .000$) y los espacios de no habla o silencio por los hijos ($M = 952.20$, $DE = 197.451$ / $M = 375.00$, $DE = 86.256$, $p < .000$), lo que sucede de manera similar

con el inicio de conversación o habla, al efectuarse principalmente por los padres en comparación de sus hijos ($M= 3.63, DE= .890 / M= .50, DE= .630, p < .000$), así como el finalizar las conversaciones ($M= 3.63, DE= .765 / M= .43, DE= .626, p < .000$).

En lo que respecta al tipo de diálogo establecido, tenemos que los hijos son los que en mayor medida se dirigen a los padres con formas verbales positivas ($M= 2.47, DE= 1.795 / M= 1.47, DE= 1.137, p < .013$), siendo los padres los que a la hora de mostrar estrategias para la resolución de problemas lo hacen de manera contenciosa ($M= 1.67, DE= .922 / M= .97, DE= .964, p < .006$) y los hijos los que, en comparación con los padres, ceden para resolver conflictos ($M= 1.77, DE= 1.135 / M= .30, DE= .596, p < .000$).

Tomando como referencia únicamente a las familias que fueron caracterizadas como factor de protección, la comparación entre las conductas emitidas por sus padres e hijos, como se aprecia en la tabla 12, arroja en primer término que no existieron diferencias estadísticas en las siguientes categorías de observación: debatir, acuerdo y las emisiones verbales de tipo negativo.

Tabla 12 **COMPARACIÓN DE LAS EMISIONES DE CONDUCTAS, SEGÚN EL PARTICIPANTE DE LA DIADA: HIJO / PADRE, TOMANDO EN CUENTA FAMILIA COMO FACTOR DE PROTECCIÓN (Media, Desviación Estándar y U de Mann-Whitney)**

CONDUCTAS	HIJO n= 12		PADRE n= 12		Prueba U de Mann-Whitney
	M	DE	M	DE	P
Contacto visual	874.75	92.457	977.08	62.769	.011
Retirada	462.08	151.509	335.17	95.190	.038
Habla	669.92	87.876	989.67	114.552	.000
No habla	769.17	88.896	420.50	76.341	.000
Inicio habla	.33	.492	4.25	.754	.000
Terminar habla	.25	.452	4.17	.389	.000
Debatir	.33	.492	.33	.492	1.000
Acuerdo	3.00	.739	3.50	.798	.136
Verbal negativo	.42	.515	.25	.452	.397
Verbal positivo	4.00	1.206	2.33	.985	.003
Contención	.08	.289	1.25	.965	.001
Concesión	2.58	1.165	.25	.622	.000

Nota: tomados de códigos de la interacción social familiar en situación de conflicto. Se resaltan los resultados importantes

En este tipo de familias los padres, en comparación con sus hijos, mantienen más el contacto visual ($M= 977.08$, $DE= 62.769$ / $M= 874.75$, $DE= 92.457$, $p < .011$), los hijos al momento de interactuar con los padres muestran en mayor medida actitudes de retirada, sin mantener la mirada frontal ($M= 462.08$, $DE= 151.509$ / $M= 335.17$, $DE= 95.190$, $p < .038$), en tanto que los papás duran más tiempo al habla ($M= 989.67$, $DE= 114.552$ / $M= 669.92$, $DE= 87.876$, $p < .000$), inician ($M= 4.25$, $DE= .754$ / $M= .33$, $DE= .492$, $p < .000$) y terminan la conversación ($M= 4.17$, $DE= .389$ / $M= .25$, $DE= .452$, $p < .000$).

En lo que respecta a la comunicación, los hijos son los que mantienen una actitud verbal positiva, por encima de la de sus padres ($M= 4.00$, $DE= 1.206$ / $M= 2.33$, $DE= .985$, $p < .003$), siendo a su vez, estos últimos los que al momento de asumir actitudes de resolución de conflictos lo hacen con formas contenciosas ($M= 1.25$, $DE= .965$ / $M= .08$, $DE= .289$, $p < .001$) y los hijos quienes en mayor medida ceden para resolver conflictos ($M= 2.58$, $DE= 1.165$ / $M= .25$, $DE= .622$, $p < .000$).

Tomando como referencia únicamente a las familias que fueron caracterizadas como factor de riesgo, la comparación entre las conductas emitidas por sus padres e hijos, como se aprecia en la tabla 13, arroja en primer término que no existieron diferencias estadísticas en las siguientes categorías de observación: acuerdo, verbal negativo, verbal positivo y contención.

Tabla 13 COMPARACIÓN DE LAS EMISIONES DE CONDUCTAS, SEGÚN EL PARTICIPANTE DE LA DIADA: HIJO / PADRE, TOMANDO EN CUENTA FAMILIA COMO FACTOR DE RIESGO (Media, Desviación Estándar y U de Mann-Whitney)

CONDUCTAS	HIJO n= 18		PADRE n= 18		Prueba U de Mann-Whitney <i>P</i>
	M	DE	M	DE	
Contacto visual	326.89	92.515	958.39	102.572	.000
Retirada	1047.61	111.324	381.11	94.865	.000
Habla	310.39	92.927	1010.67	86.471	.000
No habla	1074.22	148.257	344.67	80.532	.000
Inicio habla	.61	.698	3.22	.732	.000
Terminar habla	.56	.705	3.28	.752	.000
Debatir	1.56	.922	1.00	.840	.065
Acuerdo	2.67	.594	2.61	.979	.972
Verbal negativo	2.06	1.211	2.44	1.149	.324
Verbal positivo	1.44	1.338	.89	.832	.261
Contención	1.56	.784	1.94	.802	.171
Concesión	1.22	.732	.33	.594	.001

Nota: tomados de códigos de la interacción social familiar en situación de conflicto. Se resaltan los resultados importantes

En este tipo de familias, se observa en los padres, comparativamente con sus hijos, mayores actitudes de contacto visual (M= 958.39, DE= 102.572 / M= 326.89, DE= 92.515, $p < .000$), de tiempo al habla (M= 1010.67, DE= 86.471 / M= 310.39, DE= 92.927, $p < .000$), inicio (M= 3.22, DE= .732 / M= .61, DE= .698, $p < .000$) y final de conversación (M= 3.28, DE= .752 / M= .56, DE= .705, $p < .000$); por su parte, los hijos manifiestan mayor evasión o retirada al contacto frontal durante la interacción (M= 1047.61, DE= 111.324 / M= 381.11, DE= 94.865, $p < .000$), así como mayores lapsos de no habla (M= 1074.22, DE= 148.257 / M= 344.67, DE= 80.532, $p < .000$).

Como característica distintiva de este tipo de familias, se tiene que tanto hijos como padres utilizan el debate durante su interacción, siendo los primeros quienes lo hacen ligeramente mayor que los padres (M= 1.56, DE= .922 / M=1.00, DE= .840, $p < .065$).

Las estrategias de solución de conflictos asumidas por los integrantes de familias catalogadas como factor de riesgo, se da principalmente mediante las actitudes de facilitar y

ceder para resolver problemas, sobretodo de parte de los hijos en mayor medida que los padres ($M= 1.22$, $DE= .732$ / $M= .33$, $DE= .594$, $p < .001$).

Por su parte, el comparativo entre hijo de familia como factor de protección y el hijo de familia como factor de riesgo, como se aprecia en la tabla 14, se ubica que las diferencias que no se establecieron estadísticamente significativas son: el inicio de habla, término de habla y el logro de acuerdos.

**Tabla 14 COMPARACIÓN DE LAS EMISIONES DE CONDUCTAS, SEGÚN EL PARTICIPANTE DE LA DIADA: HIJO DE FAMILIA COMO FACTOR DE PROTECCIÓN (FP) / HIJO DE FAMILIA COMO FACTOR DE RIESGO (FR)
(Media, Desviación Estándar y T de Student)**

	HIJO (FP) n= 12		HIJO (FR) n= 18		Prueba T de Student	
CONDUCTAS	M	DE	M	DE	T	P
Contacto visual	874.75	92.457	326.89	92.515	15.896	.000
Retirada	462.08	151.509	1047.61	111.324	-11.480	.000
Habla	669.92	87.876	310.39	92.927	10.727	.000
No habla	769.17	88.896	1074.22	148.257	-7.036	.000
Inicio habla	.33	.492	.61	.698	-1.278	.212
Terminar habla	.25	.452	.56	.705	-1.446	.159
Debatir	.33	.492	1.56	.922	-4.708	.000
Acuerdo	3.00	.739	2.67	.594	1.307	.159
Verbal negativo	.42	.515	2.06	1.211	-5.091	.000
Verbal positivo	4.00	1.206	1.44	1.338	5.440	.000
Contención	.08	.289	1.56	.784	-7.264	.000
Concesión	2.58	1.165	1.22	.732	3.602	.002

Nota: tomados de códigos de la interacción social familiar en situación de conflicto. Se resaltan los resultados importantes

Se detecta que los hijos de familia como factor de protección mantienen mayor tiempo el contacto visual y el habla en diálogos con sus padres ($M= 874.75$, $DE= 92.457$ / $M=669.92$, $DE= 87.876$, $p < .000$) a diferencia de los hijos de familias como factor de riesgo quienes retiraban el contacto visual y evitaban hablar en diálogos ($M= 1047.61$, $DE= 111.324$ / $M= 1074.22$, $DE= 148.257$, $p < .000$).

En cuanto a la interacción para el logro de conflictos y acuerdos, los hijos de familias consideradas como factor de riesgo muestran mayor proclividad al debate, a emisiones

verbales negativas y a mostrar conductas de rechazo, oposición y resistencia hacia el logro de acuerdos (M= 1.56, DE= .922 / M= 2.06, DE= 1.211 y M= 1.56, DE=.784, $p < .000$); en este rubro los hijos de familias consideradas como protectoras se caracterizan por facilitar sin resistirse al logro de acuerdos, con emisiones verbales positivas (M= 2.58, DE= 1.165, $p .002$ / M= 4.00, DE= 1.206, $p < .000$)

La comparación entre padres que encabezan familias protectoras y de riesgo, se puede apreciar en la tabla 15, de donde se desprende que las categorías que no obtuvieron significancia estadística fueron: contacto visual, retirada, habla y concesión.

Tabla 15 COMPARACIÓN DE LAS EMISIONES DE CONDUCTAS, SEGÚN EL PARTICIPANTE DE LA DIADA: PADRE DE FAMILIA COMO FACTOR DE PROTECCIÓN (FP) / PADRE DE FAMILIA COMO FACTOR DE RIESGO (FR) (Media, Desviación Estándar y T de Student)

CONDUCTAS	PADRE (FP) n= 12		PADRE (FR) n= 18		Prueba T de Student	
	M	DE	M	DE	T	p
Contacto visual	977.08	62.769	958.39	102.572	.619	.541
Retirada	335.17	95.190	381.11	94.865	-1.297	.207
Habla	989.67	114.552	1010.67	86.471	-.541	.595
No habla	420.50	76.341	344.67	80.532	2.607	.015
Inicio habla	4.25	.754	3.22	.732	3.701	.001
Terminar habla	4.17	.389	3.28	.752	4.236	.000
Debatir	.33	.492	1.00	.840	-2.735	.011
Acuerdo	3.50	.798	2.61	.979	2.727	.011
Verbal negativo	.25	.452	2.44	1.149	-7.299	.000
Verbal positivo	2.33	.985	.89	.832	4.182	.000
Contención	1.25	.965	1.94	.802	-2.062	.052
Concesión	.33	.594	.33	.594	-.366	.718

Nota: tomados de códigos de la interacción social familiar en situación de conflicto. Se resaltan los resultados importantes

Los Padres de familia caracterizadas como de protección, son los que dirigen la interacción y diálogos con sus hijos adolescentes iniciando y terminando el habla (M= 4.25 DE= .754, $p < .001$ / M= 4.17, DE=.389, $p < .000$); sin embargo, utilizan menos tiempo al

habla que los papás de familias riesgosas ($M= 420.50$, $DE=76.341$ / $M= 344.67$, $DE= 80.532$, $p < .015$).

En lo que respecta a las estrategias que utilizan para resolver conflictos, los padres de familias protectoras logran acuerdos principalmente mediante formas verbales positivas ($M= 3.50$, $DE= .798$, $p < .011$ / $M= 2.33$, $DE= .985$, $p < .000$); contrariamente a lo que sucede con los papás de familias riesgosas, quienes no propician el logro de acuerdos obstaculizándolos mediante debatir con expresiones verbales negativas como principal forma coercitiva con sus adolescentes ($M= 1.94$, $DE=.802$, $p < .052$ / $M= 1.00$, $DE= .840$, $p < .011$ / $M= 2.44$, $DE= 1.149$, $p < .000$).

3.3 Discusión etapa microfamiliar

Teniendo como antecedente la clasificación de las familias como factor de protección (nuclear y extensa) y factor de riesgo (nuclear reconstruida, nuclear modificada y extensa modificada) hacia el consumo de alcohol de sus adolescentes, así como la detección de diferentes riesgos familiares usados como tópicos de conversación para la interacción de padres hijos en situación de conflicto, se tienen los siguientes hallazgos:

En un comparativo entre familias *protectoras* y familias *riesgo*, las interacciones sociales manifestadas a nivel general son de carácter positivo por parte de las familias como factor de protección, es decir, todas las emisiones de conducta validadas estadísticamente tanto las emitidas por duración en tiempo como las emitidas por evento se muestran por las familias nucleares y extensas; en tanto que las familias como factor de riesgo emiten conductas que se pueden catalogar como negativas en la interacción. Lo anterior denota que de manera general el trato entre padres e hijos en las familias protectoras usa conductas que favorecen la interacción prosocial, con elementos más democráticos y afectivos lo que ocurre exactamente a la inversa en las familias riesgo (Gimeno et al. 2006); de igual forma de manera general se hace evidente que en las familias riesgo se manifiestan situaciones de inconsistencia en la interacción con elementos de severidad en el trato y una débil

participación parental, lo que alienta la formación o reforzamiento de conductas antisociales, entre ellas el consumo de alcohol (Loebber y Dishion, 1983; Patterson et al. 1990).

De manera específica, las emisiones de conducta por tiempo que en las interacciones sociales de las familias se manifestaron como *protectoras* hacia el consumo de alcohol fueron la de contacto visual y la de habla; siendo la categoría de retirada la que se manifestó como factor de riesgo todas ellas con las mayores tasas de duración. Con lo que se afirma que el aspecto de comunicación tanto verbal como no verbal se configura como elemento protector del consumo y que una deficiente comunicación puede detonar comportamientos favorecedores de conductas antisociales o el propio consumo de alcohol (Gimeno et al. 2006; Hawkins et al. 1992; Medina y Carvalho, 2010; Mosqueda-Díaz y Carvalho, 2011;).

Por lo que respecta a la ocurrencia de conductas registradas por eventos en las interacciones sociales en las diferentes familias, actúan como factores protectores el llegar a acuerdos, con expresiones positivas y de agrado, además de ceder espacios para tomar decisiones en consenso; y como factores de riesgo el debatir, emitiendo expresiones negativas, ofensas o con irritación y estableciendo negativas o desacuerdos en la solución de conflictos. Las posturas de interacción basadas en el afecto, comprensión, respeto y el logro de objetivos entre los miembros del grupo favorecen un control y fomento de conductas positivas y del control en el consumo del alcohol, en tanto que la interacción basada en elementos de conflicto se manifiestan como predisponentes del consumo (Díaz y García-Aurrecoechea, 2008; Martínez et al 2003; Medina y Carvalho, 2010; Muñoz Rivas y Graña, 2001; Ramírez y Andrade, 2005; Rodríguez et al 2007; Rojas et al. 1999).

En lo que toca al comparativo entre padres e hijos en interacción en situación de conflicto sobre el consumo de alcohol, sin tomar en cuenta el tipo de familia al cual pertenecen, se tienen los siguientes hallazgos:

La mayor emisión de conductas, tanto positivas como negativas, que estadísticamente resultaron significativas se dieron por parte de los padres, son ellos los que encabezan las interacciones en las diadas y los que median las conductas que ocurren (Pedroza et al. 2012), por lo que el control parental, el monitoreo de conductas de sus hijos, la forma en que éstas se desarrollan y el involucramiento en sus actividades se centra en la figura paterna, teniendo

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

un fuerte factor de peso en el modelaje de conductas con la instauración y/o reforzamiento de las mismas hacia el control de actividades antisociales o del consumo de alcohol (Hawkins et al 1992; Kandel, 1996; Martínez et al. 2003; Moon et al. 2000; Rodríguez et al. 2007).

De manera específica se descubre que en este comparativo de interacciones entre padres e hijos, no arrojó datos estadísticamente significativos sobre las categorías de debate, acuerdos y expresiones verbales negativas, por lo que no se puede establecer y analizar de manera científica sus comparaciones; sin embargo sí se puede afirmar que en lo que respecta a la duración de comportamientos, en la dinámica referida de iniciativa de los padres, éstos tienen una tasa mayor de contacto visual en correspondencia al comportamiento de retirada por parte de sus hijos, lo que pone de manifiesto no solo la autoridad paterna sino la falta de involucramiento del adolescente en esta problemática; esta forma de evitar la interacción se ve reforzada por los comportamientos paternos de mayor duración al habla y mayores frecuencias de inicio y término de las conversaciones, comparado contra una mayor tasa de duración en la conducta adolescente de no hablar.

Se infiere que en la ocurrencia de los comportamientos establecidos en el párrafo anterior, subyace una probable forma cultural de instauración de la autoridad de la figura paterna, mediante un respeto y sumisión incuestionable, en donde si bien como se dijo anteriormente, no se puede afirmar que estas conductas sean mediadas por debates con expresiones verbales negativas o con agresividad, sí se puede afirmar que este respeto se manifiesta en la frecuencia de ocurrencia de actitudes de marcar la pauta y reglas para la resolución de conflictos por parte del padre y de actitudes verbales positivas y de aceptación a esas normas por parte del adolescente (Medina y Carvalho, 2010).

Además el hecho de que la mayor parte de la regulación e iniciativa en la interacción se dé por parte de los padres, pudiera generar al menos dos escenarios tentativamente riesgosos para la generación de conductas antisociales y el probable consumo de alcohol; el primero debido a la escasa autonomía y por consiguiente alta dependencia generada de padres a hijos, lo que puede ser un factor predictivo de consumo (Rees y Valenzuela, 2003), sobre todo si la intervención paterna no es efectiva y con el suficiente involucramiento de su adolescente en la toma de acuerdos y decisiones y el segundo corresponde a una forma de

conducir la interacción cotidiana con una disciplina coercitiva, con ausencia o escasos refuerzos positivos, como expresiones verbales de apoyo (Schwartz et al. 1997).

Tomando en consideración la comparación de las interacciones en situación de conflicto entre padres e hijos de familias clasificadas como *protectoras* hacia el consumo de alcohol, se tienen los siguientes hallazgos:

De forma general se aprecia, de manera similar a la comparación anterior, que la iniciativa y regulación de la interacción la tienen en su mayoría los padres (Pedroza et al. 2012), coincidiendo en todas las conductas observadas y determinadas como positivas, con la diferencia que las emitidas y registradas por duración en tiempo muestran un comparativo más equilibrado; es decir, la tasa de duración de las conductas de contacto visual y habla en padres; y de retirada y no habla en hijos, se encuentra con una emisión menor de diferencia en segundos en familias como factor protector que el comparativo padres e hijos sin tomar en cuenta el tipo de familia, lo que significa una menor tasa de involucramiento del padre y mayor manejo democrático, además de un uso y fomento de conductas con características de apoyo por encima de las negativas encaminadas a fomentar conductas prosociales (Gimeno et al. 2006).

En estas familias se pone de manifiesto que algunas de las conductas emitidas durante la interacción entre padres e hijos en situación de conflicto, se conjuntan para establecer factores protectores hacia el consumo de alcohol en estos últimos, por lo que se afirma que para el caso de esta población de estudio, el hecho de que los padres regulen la interacción mediante el inicio y fin de los diálogos, además de tener un poco más de contacto visual y turnos de habla que los hijos, se han caracterizado como elementos conductuales que fomentan la protección hacia el consumo; de igual manera, las formas de solucionar conflictos en estas familias han funcionado con expresiones verbales positivas y actitudes de apertura y aceptación de las normas y criterios impuestos por los padres (Pérez et al. 2013).

Por lo que concierne a las familias clasificadas en el presente estudio como *de riesgo*, la observación de sus interacciones sociales entre padres e hijos en situación de conflicto ha permitido obtener la siguiente información:

De manera general se sigue manifestando la primacía de los padres en la regulación e iniciativa de las interacciones; sin embargo en este caso se demuestra que no es de forma democrática, como fue el caso de las familias protectoras, sino que ahora la diferencia de medias en duración de tiempo y en frecuencia de eventos, evidencia una interacción más coercitiva e impositiva. La tasa de duración en tiempo del contacto visual y de los turnos de habla, prácticamente triplican a la acción de retirar el contacto y el no hablar por parte del adolescente, lo que implica una imposición y una acción de evitar la interacción, provocando un manejo coercitivo, disciplina inconsistente, severa con ausencia de refuerzos positivos, que puede desencadenar conductas antisociales y el consumo de alcohol (Patterson et al. 1990; Shwartz et al. 1997; Torrente y Ruiz, 2005).

Un elemento que se añade como dato es la ubicación, a diferencia de todos los comparativos anteriores, de la conducta debatir, la cual se explica por toda una escalada coercitiva (Patterson, 1982) producto de los comportamientos descritos en el párrafo anterior y que se constituyen como un factor de riesgo predictivo del consumo, sobre todo ante la búsqueda de los adolescentes de puntos de apoyo que en su familia no encuentran ante la disciplina restrictiva impuesta por este tipo de padres.

En el caso del presente estudio se documenta que el comportamiento de debate se da de manera muy equilibrada entre padres e hijos, incluso ligeramente mayor de parte de estos últimos ($M = 1.00$, $DE = .840$ / $M = 1.56$, $DE = .922$, $p < .065$), a diferencia de estudios similares que lo documentan con mayor emisión de parte de los papás en situación de alta y baja coerción (Pedroza et al. 2012; Pedroza y Martínez, 2011); muy probablemente porque la presente investigación se da solamente en situación de conflicto, pero además por el tipo de manejo conductual restrictivo mostrado por los padres hacia los adolescentes sujetos de la investigación.

Conclusiones

Finalmente, se puede afirmar que la prevalencia en el consumo de alcohol por parte de estudiantes de secundaria en San Luis Potosí, sigue las tendencias generales del comportamiento nacional (ENA, 2008, 2011) en donde se manifiesta predominantemente bajo; pero en situación de riesgo y de dependencia se encuentran poco más de 20 alumnos y de cada 100 que cursan el primer grado (12 – 13 años) al menos 9 de ellos manifiesta estar en situación de dependencia; en lo que respecta al consumo por género sigue siendo mayor en los hombres, pero el de las mujeres ha crecido y en algunos casos no solo ha reducido la diferencia sino que en el 2º grado de la población de estudio ha rebasado al de los hombres.

En lo que respecta a las familias, acorde con la tendencia nacional (INEGI, 2007, 2013), el mayor número de ellas son las de tipo nuclear (siendo éstas las que con su estructura se configuran como las más protectoras hacia el consumo) y las menores las atípicas, resultando que los riesgos detectados por las propias familias ubican entre los más destacables a la falta de interacción familiar, inseguridad, insuficiente economía, falta de afecto entre sus miembros, manejo de conducta, madres como jefas de familia, consumo de alcohol, entre otros. En las familias estudiadas no existe nivel de riesgo alto, solo se determinaron el bajo y el medio.

Existe una relación estadísticamente significativa entre los tipos de familia y el nivel de consumo de alcohol de sus adolescentes, catalogando como de *protección* a las nucleares y extensas en tanto que las de *riesgo* fueron las de tipo nuclear modificada y reconstruida, la extensa modificada y la atípica.

También existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de consumo de alcohol de adolescentes y el nivel de riesgo de sus familias, así como entre los tipos de familia y el nivel de riesgo familiar, permitiendo afirmar que hay correspondencia entre niveles bajos de consumo de alcohol con niveles bajos de riesgo familiar y de familias nucleares con niveles bajos de riesgo familiar.

Con base en los comportamientos ubicados en la interacción social en situación de conflicto de las familias del estudio y que explican la conformación y reforzamiento

coercitivo de conductas predictivas del consumo de alcohol en los adolescentes, permiten afirmar que en las familias *protectoras* predominan conductas de mayor contacto visual y diálogo entre sus integrantes, llegando a mayor número de acuerdos con expresiones verbales de apoyo y cediendo espacios para la toma de decisiones; a comparación de las familias en *riesgo*, las cuales manifiestan conductas de retirar el contacto visual, debaten con expresiones verbales negativas y se dificulta con sus actitudes la resolución de conflictos. En ambos casos los diversos comportamientos se conforma como factores de protección y/o riesgo hacia el consumo en estas familias.

De igual forma, es contundente que en la interacción presentada tanto en familias *protectoras* como de *riesgo*, las emisiones de conducta de las diadas se dan con mayor frecuencia y duración en los padres que en los hijos, permitiendo ser ellos los que inicien y terminen diálogos, mantengan el contacto visual y el habla por mayor tiempo, además de ser quienes proponen reglas y formas de resolución de conflictos sin expresiones verbales de apoyo; siendo los hijos quienes más emiten conductas de retirar el contacto visual, menos tiempo de habla, mayor aceptación de condiciones para la resolución de conflictos. Lo anterior coloca a los padres en situación de ser ellos en quienes recae la responsabilidad de ejercer un adecuado modelaje de conductas en sus hijos mediante un eficiente monitoreo e involucramiento, con intervenciones coercitivas adecuadas con reforzamientos en tiempos y formas pertinentes (Loeber y Dishion, 1983; Patterson, 2002; Patterson et al. 1990; Patterson et al. 1992).

Dentro de las conductas emitidas por los padres con mayor frecuencia y duración en comparación con las de sus hijos, la diferencia que se establece para considerar a estas conductas como factores protectores o de riesgo, estriba en que de acuerdo a su diferencia de medias en el caso de las familias *protectoras* se evidencia una interacción más democrática y en el caso de las familias *riesgo* la interacción es más restrictiva además de que en estas últimas son en las únicas que aparece la conducta de debatir y la falta de expresiones verbales de apoyo por parte de los padres, lo que genera la probabilidad de conductas antisociales y consumo de alcohol en los adolescentes (Patterson et al. 1990; Rees y Valenzuela, 2003; Shwartz et al. 1997)

Por todo lo anterior se afirma que el consumo de alcohol en los adolescentes estudiados se ve favorecido por comportamientos restrictivos con escasas muestra de apoyo y un bajo involucramiento de los padres en debate con los hijos; en tanto que las condiciones que generan protección hacia el consumo son las conductas de los padres en donde de manera democrática involucran a sus hijos y conducen las interacciones cotidianas hacia la resolución de conflictos.

Reflexiones finales

De acuerdo con el desarrollo y los resultados obtenidos en la presente investigación, se presentan las siguientes reflexiones:

Replicar el estudio de manera total o solamente con alguna de sus etapas, en alumnos y familias de otras escuelas secundarias pertenecientes a otros contextos socioeconómicos, otras regiones del estado o de otros estados de la República Mexicana, además de incursionar en otros niveles educativos.

La segunda etapa del estudio, se realizó solamente con la observación de eventos conductuales en duración y frecuencia, recomendándose que se amplíe en futuras ocasiones hacia el establecimiento de patrones conductuales y / o estudios multimodales.

En lo que respecta a los niveles de consumo de riesgo de alcohol, aunque en su mayoría fueron bajos, a nivel de educación secundaria existen adolescentes consumidores de alcohol en situación de abuso y de dependencia, por lo que se recomienda implementar programas de prevención del consumo, con los adolescentes que se encuentran sin riesgo y programas de intervención que hayan probado su efectividad, como es el caso del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas (PIBA).

Para el caso de los planteles escolares, es necesario tener una estadística constante, tanto de los niveles de consumo de riesgo de alcohol por grupo, grado, sexo y edad, así como de las familias de los alumnos con datos sobre el tipo de familia, estructura y riesgos que detectan.

Referencias

- Acosta, L., Fernández, A. y Pillon, S. (2011). Factores sociales para el uso de alcohol en adolescentes y jóvenes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* Original Article 2011 May-June; 19 Spe No:771-81 www.eerp.usp.br/rlae
- Amaya, P. (2004). *Instrumento de Riesgo Familiar Total. Manual. Aspectos Teóricos, psicométricos, de estandarización y de aplicación*. Bogotá, Colombia. Universidad Nacional de Colombia.
- Amaya, P. (2004b). *Instrumento de Salud Familiar: Familias en General. Aspectos teóricos, psicométricos, de estandarización y de aplicación*. Bogotá, Colombia. Universidad Nacional de Colombia
- American Psychological Association (1995). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV)* Barcelona. MASSON
- Anguera. MT. (2010). *Posibilidades y relevancia de la observación sistemática por el profesional de la psicología*. Papeles del Psicólogo, 2010. Vol. 31(1), pp. 122-130. Barcelona España.
- Ayala, H., Pedroza, F., Morales, S., Chaparro, A., y Barragán, N. (2002). Factores de riesgo, factores protectores y generalización del comportamiento agresivo en una muestra de niños en edad escolar. *Salud Mental*, Vol. 25, No. 3, junio 2002.
- Azambuja,L.(2002). La confidencialidad en la asistencia a la salud del adolescente: percepciones y comportamientos de un grupo de universitarios de Porto Alegre, RS – Brasil. *Medicina do adolescente*.EDIPUCRS. Brasil.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Babor, T. F., De Hofmann, M. I., Boca, F. K. et al. (1992). Types of alcoholics, I: evidence for an empirically derived typology based *NETER ALCOHOLIC TYPOLOGY* 137
Downloaded from <http://alcalc.oxfordjournals.org/> by guest on May 26, 2013 on indicator of vulnerability and severity. *Archives of General Psychiatry* 49, 599–608.

Babor, T., Campbell, R., Room, R., y Saunders, J. (1994). *Lexicon of Alcohol and Drugs Terms*. *World Health Organization*. Geneva

Babor, T., Higgins, - Biddle, J., Saunders, J. y Monteiro, M. (2001). *Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol*. (AUDIT) Pautas para su utilización en Atención Primaria. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias. 2001

Bakeman, R. & Gottman, J. M. (1989). *Observación de la interacción: Introducción al análisis secuencial*. Madrid: Morata.

Backett EM, Davies AM, Petros-Barvazain A. (1985). *Concepto de riesgo en la asistencia sanitaria; con especial referencia a la salud materno infantil y la planificación familiar*. Ginebra; OMS.

Barbagli, M. (1987) *Strutture e relazioni familiari*. La storia, Trafaglia, Nicola M. Firpo (eds.), vol. III (1), Turín.

Becoña, E., Martínez, U., Calafat, A., Juan, M., Duch, M. Y Fernández-Hermida, J.R. (2012). *¿Cómo influye la desorganización familiar en el consumo de drogas de los hijos? Una revisión*. Universidad de Santiago de Compostela. Facultad de Psicología,

Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Campus Sur. 15782 Santiago de Compostela, España

Buela – Casal, G. y Del Campo, T. (2001). Evaluación de la conducta antisocial en el ámbito escolar. *Suma Psicológica*. Vol. 8 No. 2 pp 237 - 248

Cairns, R.B., Santoyo, V.C., Ferguson, L., y Cairns, B. (1991). Integración de información interaccional y contextual: El procedimiento de las observaciones sincrónicas. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 17, 3, 105-120.

Cairns, R. B. (1979). *The analysis of social interactions: Method, results and illustrations*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum

Calvo, H. (2007). *Redes de Apoyo Para la Integración Social: La Familia, Salud y Drogas*. ISSN: 1578 – 5319. 2007 España

Castro, M.E., Llanes, J., Carreño, A., García, O.B. y Nieto, A. (1999). *Prevalencias del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, distribución de consumidores y vulnerabilidad psicosocial en muestras representativas de la población estudiantil de primaria, secundaria y educación media superior del Estado de San Luis Potosí*.
http://grupotellso.com/inepar/include/c_informacion/observatorio_san_luis_potosi.pdf

Catalano, R. F. y Hawkins, J. D.(1996). *The social development model: A theory of antisocial behavior*. En J. D. Hawkins (Ed.).*Delinquency and crime. Current theories*. Nueva York: Cambridge University Press.

Centros de Integración Juvenil, A.C. (2012). *Sistema institucional de información epidemiológica del consumo de drogas*, CIJ. Primer Semestre 2012.
<http://www.cij.gob.mx/patronatosCIJ/pdf/SanLuisPotosi.pdf>

Clemen-Stone, S., Eigsti, D. y McGuire, S. (1987). *Comprehensive family and community health nursing* McGraw-Hill (New York)

Consejo Nacional de Población de México (2010). *Situación actual de los jóvenes en México*. Informes oficiales públicos

De Haan, L., Hawley, D. y Deal, J. (2002). Operationalizing Family Resilience: a Methodological Strategy. *The American Journal Of Family Therapy*. 30, 275 - 291

Díaz-Aguado, M.J. (2010). *Prevención y tratamiento del comportamiento antisocial desde la educación*. Universidad Complutense Madrid, España

Díaz, D.B. (2007). *Prevención centrada en factores psicosociales asociados al consumo de drogas*. Aportaciones de Centros de Integración Juvenil. Centros de Integración Juvenil. México

Díaz B. y García-Aurrecochea R. (2008). Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. *Rev Panam Salud Pública*. 2008;24(4):223–32.

Dolz, L., Cerezo, M.A. y Milner, J. (1997). *Madre e hijos en patrones de interacción de alto y de bajo riesgo, las madres de Abuso Infantil y Negligencia* , Volumen 21, Número 12, páginas 1149-1158 Universidad de Valencia

Donas, S. (2001). *Marco epidemiológico conceptual de la salud integral y el desarrollo humano de los adolescentes*. Adolescencia y Juventud en América Latina. Edit. LUR. Costa Rica

Dressler, H, Morin, F y Quere, L (1986). *L'Identité de "pays" a l'épreuve de la modernité*, París: Centre d'Etude des Mouvements Sociaux - E.H.E.S.S

Edward, G. y A. Ariff (1981). *Los problemas de la droga en el contexto sociocultural*, Cuaderno de Salud Pública N° 73, Organización Mundial de la Salud, Ginebra

Encuesta Nacional de Adicciones (2008). *Resultados por Entidad Federativa*. San Luis Potosí. Instituto Nacional de Salud Pública. México

Encuesta Nacional de Adicciones (2008). Instituto Nacional de Salud Pública. México

Encuesta Nacional de Adicciones (2011). Alcohol. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz / Secretaría de Salud. México

Enríquez, C.L. y Cataño, N. (2009). Riesgo familiar total en familias con escolares según rendimiento académico. *Avances de enfermería*. Vol. XXVII, No. 2 Julio – Diciembre 2009: 127 - 138

Fajardo, E. (2008). Caracterización del riesgo familiar total de las familias con adulto mayor ubicadas en la Comuna seis del Municipio de Ibagué. *Salud Uninorte*, vol. 24, No. 2, 2008: 248 – 257. Barranquilla, Colombia

Flores, N y Santoyo, C. (2009). Estabilidad y cambio de las relaciones sociales entre niños: Análisis de mecanismos funcionales. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta* 2009 Número 1 (jun)

Friedemann, M.L. (1995). *The framework of systemic organization: A conceptual approach to families and nursing*. Thousand Oaks, CA: Sage.

García, F. y Segura, M.A. (2005). Estilos educativos y consumo de drogas en adolescentes. *Salud y drogas*. Vol. 5 Núm. 1 Instituto de investigación de drogodependencias. Alicante, España pp. 35 – 55

Giménez, G. (2008). *Materiales para una teoría de las identidades sociales*. Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM. http://docentes2.uacj.mx/museodigital/cursos_2008/maru/teoria_identidad_gimenez.Pdf. Recuperado: 14 de marzo de 2013

Gimeno, A., Anguera, M.T., Berzosa, A y Ramírez L. (2006). Detección de patrones interactivos en la comunicación de familias con hijos adolescentes. *Psicothema* 2006, Vol. 18, No 4. Pp 785 - 795

González, I. (2000). Reflexiones acerca de la Salud Familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 16 (5): 508 - 12

Gootman, J.M. (1993). The roles of conflict engagement, escalation, and avoidance in marital interaction: A longitudinal view of five types of couples. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 61, 6-15.

Gracia, E. & Musitú, G. (2000). *Psicología Social de la Familia*. Barcelona, Paidós.

Gual, A.(2002). Naltrexone in the treatment of alcoholism. Clinical evolution, safety and efficacy in a sample of 198 patients. *Med Clin (Barc)*. 2002 Apr 21;116(14):526-32.

Guía para el promotor de "Nueva Vida" (2011). *Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida*.
http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/nv1e_preencion.pdf

Consultado el 02 septiembre de 2011

Gunzerath L, Faden V, Zakhari S, Warren K. (2004). *Strategic Research Planning Branch* , Division of Metabolism & Health Effects, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland 20892-9304, USA.
Lg72x@nih.gov

Guzmán, Pedrão, Rodríguez, López y Esparza. (2007). Trastornos por consumo de alcohol (AUDIT) en adolescentes y jóvenes marginales de bandas juveniles de México. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2007 dez; 11 (4): 611 - 8.

Hawkins, J.D., Catalano, R.F. y Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, vol 112. Num. 1 pp. 64 - 105

Hein, A., Barrientos, G., (2004). *Violencia y Delincuencia juvenil: comportamientos de riesgo autoreportados y factores asociados*. Fundación Paz Ciudadana

Hesselbrock, M., Hesselbrock, V. y Epstein, E. (1998). *Theories of etiology of alcohol and other drug use disorders*. Adiccions. A comprehensive guidebook. Oxford

INEGI (2007). “*Estadísticas a propósito del día de la familia mexicana*” datos nacionales.

<http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2007/familia07.pdf>

INEGI (2010). *México en cifras, información nacional por entidad federativa y municipios*. San Luis Potosí.

<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=24>

INEGI (2013). “*Estadísticas a propósito del día nacional de la familia*”.

<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/familia0.pdf>

Jordán, M., Molina, J., Pillón, S. (2009). Uso de Drogas y Factores de Riesgo Entre Estudiantes de Enseñanza Media. *Revista Latino – am Enfermagem* 2009, Marzo – Abril; 17 (2)

Kandel, D. (1996). The parental and peer contexts of adolescent deviance: an algebra of interpersonal influences. *Journal of drug Issues* Num 26 pp. 289 - 315

Kazdin, A.E. y Buela – Casal, G. (1994). *Conducta antisocial. Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia*. Pirámide. Madrid, España

Klainberg, Y. (2001). *Valoración de la Salud Familiar. Enfermería y Salud Comunitaria*. Mc Graw Hill, Colombia

Krauskopf, D. (2010). *Los procesos de la adolescencia en las familias contemporáneas*. Consultoría Internacional en Juventud. Universidad de Costa Rica

Landis, J. y Koch, G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data.

Biometrics 1977; 33: 159-74

Loeber, R. y Dishion, T.J. (1983). Early predictors of male delinquency: A review.

Psychological Bulletin, 94, 68 - 99

López, Ch. (2005). *Organización Familiar, creencias familiares acerca de la salud y la*

enfermedad. Cuidados Enfermeros. Edit. Masson, Barcelona España.

Louro, I. (1994). *Algunas consideraciones acerca de la familia en el proceso salud –*

enfermedad. Experiencia en la atención primaria. La Habana. Instituto Superior de

Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Salud Pública.

Louro, I. (2002). *Manual para la intervención en la Salud Familiar*. Edit. Ciencias

Médicas Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, La Habana,

Cuba.

Lloret, D. (2001). *Alcoholismo: una visión familiar*. Salud y drogas. Vol. 1 Núm. 1

Instituto de investigación de drogodependencias. Alicante, España pp. 113 -

128

Marrero, V. (2004). La familia como objeto de estudio en el proceso de salud –

enfermedad de los trabajadores. *Revista Cubana Salud Trabajo* 5(1)

Martínez, J., Fuertes, A., Ramos, M. y Hernández, A. (2003). Consumo de drogas en la

adolescencia: importancia del afecto y la supervisión parental. *Psicothema*. 2003. Vol

15. No. 22 pp. 161 - 166

Martínez, J.M. y Robles, L., (2001). Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Psicothema*. 13 pp. 222 – 228

Medina y Carvalho (2010). Factores protectores de las familias para prevenir el consumo de drogas en un municipio de Colombia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2010 May-Jun; 18(Spec):504-12 www.eerp.usp.br/rlae

Medina-Mora, et al. (1991). *Encuesta Nacional Sobre el Uso de Drogas Entre la Comunidad Escolar*. Instituto Mexicano de Psiquiatría Secretaría de Educación Pública. México

Medina- Mora, M., Carreño, S., y de la Fuente, J. (1998). Experience with the alcohol use disorders identification test (AUDIT) in México. En: Galanter M., Ed., *Recent Developments in Alcoholism. The Consequences of Alcoholism*. 14, Estados Unidos: Plenum Press, 383-397, 1998.

Mendoza, M.E. et al. (2010). Riesgo familiar total en gestantes del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. *Perinatología y reproducción humana*. Octubre-Diciembre, 2010 Volumen 24, Número 4 pp 236-241

Menéndez, E. (2011). *metodología cualitativa: varios problemas y reiteradas omisiones* conferencia inaugural, X Reunión Internacional de Investigación Cualitativa en Salud, Facultad de Enfermería Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Mex.

Minuchin, S, y Fishman H. (1996). *Técnicas de terapia familiar*. México: Editorial Piados, 1996; 25-41.

Mirón, L., Serrano, G., Godas, A. y Rodríguez, D. (1997). Conducta antisocial y consumo de drogas en adolescentes españoles. *Análisis y modificación de conducta*. Vol 23, pp. 255 - 282

Mosqueda-Díaz y Carvalho (2011). Factores protectores y de riesgo familiar relacionados al fenómeno de drogas, presentes en familias de adolescentes tempranos de Valparaíso, Chile. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2011 May-June; 19 Spe No:789-95 www.eerp.usp.br/rlae

Moon, D.G. Jackson, K.M. y Hecht, M.L. (2000). *Journal of Drug Education*. Vol 30 num. 4 pp. 377 - 398

Muñoz – Rivas. y M.J. Graña, J.L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*. 13, pp. 87 - 94

Nash, N., González, J., Hernández, L. S., Bravo, L. A. y López, M. F. (2012). Prevalencia en el consumo de alcohol en los adolescentes. *Revista Psicología Científica.com*, 14(13). 23 de julio. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/prevalencia-consumo-alcohol-adolescentes>

Natera, G., Borges, G., Medina-Mora, M.E., Solís, L. y Tiburcio, M. (2001). La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres. *Salud Pública. México*. No 43. Pp. 17 – 26

Navas, M.J. (2001). *Métodos, diseños y técnicas de investigación psicológica*. Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, España.

Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/028ssa29.html>

Organización Mundial de la Salud (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud.* Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York. 1946

Organización Mundial de la Salud (1976). *Índices estadísticos de la salud de la familia.* Informe de un comité de expertos, Ginebra, 1976: 30-3 (Serie de informes técnicos: No. 587)

Organización Mundial de la Salud (1977). *Necesidades de Salud de los Adolescentes.* Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos 609 Ginebra 1977

Organización Mundial de la Salud (1995). *Test de Identificación de Desórdenes en el Uso del Alcohol (AUDIT)* Ginebra OMS

Organización Mundial de la Salud. (1992) *Familia y Adolescencia: Indicadores de Salud.* Programa de Salud Integral del Adolescente. Organización Panamericana de la Salud. W.K. Kellogg Foundation. EUA

Organización Mundial de la Salud (2010). *Adolescent and Youth Regional Strategy and Plan of Action.* Washington DC 2010

Oropeza, Nagore, de Voghel, Rivero, Montiel y Cortés (2008). *Encuesta Nacional de Adicciones:* Instituto Nacional de Salud Pública Cuernavaca, Morelos, México.

Ortiz, M., Louro, I., Jiménez, L. y Silva, L. (1999). La Salud Familiar. Caracterización de un área de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 15 (3): 303-9

Pastor, J.C. y López – Latorre, Ma.J. (1993). Modelos teóricos en prevención en toxicomanías: una propuesta de clasificación. *Anales de Psicología*, 1993. 9 (1), pp 19 - 30

Patterson, G.R. (1982). *Coercitive Family Process*. Oregon. Eugene, OR: Castalia

Patterson, G.R. (2002). Etiology and Treatment of Child and Adolescent Antisocial Behavior. *The Behavior Analyst* 3, 133-144. <http://www.behavior-analyst-online.org>

Patterson, G.R. (2011). OSLC Research Scientist (Emeritus), Oregon Social Learning Center. <http://www.oslc.org>

Patterson, J. (2002a). Integrating Family Resilience and Family Stress Theory. *Journal of Marriage and Family*. 64, 349 - 360

Patterson, J. (2002b). Understanding Family Resilience. *Journal of Clinical Psychology*. 58 (3), 233- 246

Patterson, G. R., DeBaryshe, B. D., y Ramsey, E. (1990). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*, 44, 329-335.

Patterson, G. R., Reid, J. B. y Dishion, T. J. (1992). *Antisocial boys*. Eugene: Castalia.

Pedroza, F.J., Martínez, K.I. (2011). Procesos de interacción social facilitadores del establecimiento y mantenimiento de patrones de consumo de sustancias.

International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD

Revista de Psicología, N°1-Vol.5, 2011. ISSN: 0214-9877. pp:363-372

Pedroza, F.J., Cevantes, A., Aguilera, S.J. y Martínez, K.I. (2012). Interacciones sociales de adolescentes consumidores y no consumidores de sustancias adictivas. *Revista mexicana de análisis de la conducta*. Vol. 38, 126-150, número 2 (septiembre)

Pérez, B. (2003). Caracterización de las familias con adolescentes gestantes. Perspectiva de riesgo y grado de salud familiar. *Revista Aquichan*, Año 3, No. 3 Bogotá Colombia, *Octubre 2003*

Pérez, M., Lucio-Gómez, E. (2010). Construcción de un modelo de riesgo en el consumo de alcohol y otras sustancias ilícitas en adolescentes estudiantes de Bachillerato. *Health and Addictions / Salud y Drogas* www.haaaj.org ISSN edición impresa: 1578-5319 ISSN edición electrónica: 1988-205X

Pérez, M., Balderas, DR. Y Alvarado, CA. (2013). Diferencias conductuales entre padres-adolescentes conflictivos y no conflictivos. Padres-Adolescentes - Patrones Conductuales - Análisis Conductual. *Revista científica Eureka*, Centro de Documentación, Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología. Universidad Católica "Ntra. Sra. De la Asunción" Paraguay.

Ramírez M.R. y 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* 2005 setembro-outubro; 13(número especial):813-8. Guayaquil-Ecuador

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la

Salud.(1983). <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html> 8
de noviembre de 2010

Rees, R. y Valenzuela, A. (2003). Características individuales y de la estructura familiar de un grupo de adolescentes abusadores de alcohol y/o marihuana. *Revista chilena de neuro-psiquiatría* versión On-line ISSN 0717-9227

Reid, J.B. Patterson, G.R. y Snyder, J. (2002). *Antisocial behavior in children and adolescents. A developmental analysis and model for intervention* (pp. 195-201). Washington, DC, EE.UU.: American Psychological Association.

Rodríguez, S., Pérez, V. y Córdova, A.J. (2007). Factores familiares y de Pares asociados al consumo de drogas en estudiantes de educación media. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, enero – junio. Vol. 9 Núm. 1 Universidad Intercontinental, Mex. Pp. 159 - 186

Rojas, E., Fleiz, C., Medina-Mora, M.E., Morón, M.E. y Domenech, M. (1999). Consumo de alcohol y drogas en estudiantes de Pachuca, Hidalgo. *Salud pública. Mexico*. 41 pp. 297 - 308

Sáinz, C., Alonso, T., Casals, N. y Fernández, C. (2004). *La Familia, su incidencia en la salud*. Publicaciones La Familia. 2004. La Habana, Cuba

Sánchez, I., Roa, C., Gómez, A. y Rodríguez, O. (2008). Prevalencia de consumo riesgoso y dañino de alcohol en adolescentes de una escuela preuniversitaria urbana de Morelia. *Revista Cubana de Pediatría versión impresa* ISSN 0034-7531 v.80 n.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2008

Santoyo, V.C., Espinosa, A.M.C., y Bachá, M.G. (1994). Extensión del sistema de

observación conductual de las interacciones sociales: Calidad, dirección, contenido, contexto y resolución. *Revista Mexicana de Psicología*, 11, 1, 55-68.

Santoyo, V.C. (1999). *Interacciones sociales conflictivas: Una estrategia de investigación basada en la metodología observacional*. En M.T. Anguera Argilaga (Editora). Observación de conducta interactiva en contextos naturales: Aplicaciones. (pp. 151-161). Barcelona: Edicions de la Universitat de Barcelona.

Santoyo V.C., Colmenares V.L. y Figueroa B. N. (2007). *Estabilidad y Cambio de Patrones Coercitivos: Un enfoque de síntesis*. En C. Santoyo (Ed.). Estabilidad y Cambio de patrones de comportamiento en escenarios escolares: Un estudio Longitudinal en Coyoacán (Pp. 114-148). México: CONACYT/UNAM. ISBN: 970-32-4348-7

Sauceda, G. (1991). Psicología de la vida en familia: una visión estructural. *Rev Med IMSS* 1991; 29: 61-67.

Schwartz, D., Dodge, K., Pettit, G., y Bates, J. (1997). The early socialization of aggressive victims. *Child Development*. 68, 4. pp 665 - 675

Torrente, G. y Ruiz, J.A. (2005). Procesos familiares relacionados con la conducta antisocial de adolescentes en familias intactas y desestructuradas. *Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología* 2005, Vol. 23, número 1, págs. 41-52. de Andalucía Occidental y ISSN 0213-3334 Universidad de Sevilla

Velásquez, V.F. y Amaya, M.C.P. (2012). Riesgo familiar total en familias con personas mayores, municipio de Funza (Cundinamarca, Colombia). *Salud Uninorte*, Vol. 28, No. 2, 2012: 308 - 321

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Vicencio, J. (2011). *Las adicciones: ¿enfermedades de la familia o de los individuos?*

Centro de Posgrado en Terapia Familiar. CRISOL, México D.F.

Villatoro, J. (2007). *Encuestas de Consumo de drogas en Estudiantes 2006.*

http://www2.sepdf.gob.mx/drogas_estudiantes/panorama.jsp

Villatoro, J. (2007b). *Alarma el Aumento en el Consumo de Drogas y Alcohol Entre*

Jóvenes. <http://www.Jornada.unam.mx/2007/07/13/index.php?section=sociedad&article>

Villatoro, J.A. et al (2011). Tendencias del uso de drogas en la Ciudad de México:

Encuesta de Estudiantes del 2009. *Salud Mental* Vol. 34:81-94, No. 2, marzo-abril 2011

Weinreich, M. y Hidalgo, G. (2004). Intervención de Salud en Familias de Alto Riesgo

Biopsicosocial: Seguimiento a largo plazo del funcionamiento familiar. *Psikhe*, Vol. 13, No. 1, 33-42. Pontificia Universidad Católica de Chile

Yela, M. (1996). Comportamiento animal y conducta humana. *Psicothema*. Vol. 8

Supl., pp149 - 163

Zicavo, N., Palma, C. y Garrido, G. (2012). Adaptación y validación del Faces-20-

ESP: Re-conociendo el funcionamiento familiar en Chillán, Chile. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10 (1), pp. 219-234.

ANEXOS

Anexo A Carta de aceptación de artículo

Anexo B AUDIT

Anexo C RFT MX 4 – 33

Anexo D Guía temática de conversación

Anexo E Listado de riesgos

ANEXO A

Psicología y Educación Integral A.C.

Revista Internacional PEI: Por la Psicología y Educación Integral

IBSN: 2010-07-01-00

MCN: W2BFP-QW4FS-MQQ38

CARTA DE ACEPTACIÓN

México D.F. a 17 DE JUNIO DEL 2013

Estimad@ **Gustavo Ibarra Hurtado, Francisco Javier Pedroza Cabrera**

Por medio de la presente le informamos que su artículo intitulado **TIPO DE FAMILIA Y SU RELACIÓN CON ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE ALCOHOL EN LA CIUDAD DE SAN LUIS POTOSÍ** ha sido aceptado por el Comité Científico esta programado para su publicación en el libro "ENFERMEDAD Y FAMILIA".

Le solicitamos realices las correcciones correspondientes y lo devuelva a más tardar el 26 de julio del 2013 para su inclusión VERIFICANDO ESPECIALMENTE EL FORMATO APA.

Para cualquier duda comentario o aclaración, le solicitamos que nos envíe un correo electrónico a revista@peiac.org con el asunto DUDAS SOBRE ARTÍCULO y en breve nos pondremos en contacto con Ud.

Sin más por el momento quedo a sus órdenes para cualquier comentario o aclaración

Atte:

Ma. Amparo Miranda Salazar

Directora de la Revista Internacional PEI

amparo.miranda@peiac.org / www.peiac.org

ANEXO B

TEST DE IDENTIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL (AUDIT)		FOLIO
Grupo: _____ Grado: _____ Edad: _____ años		
Vives con: Papá <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Hermano(s) <input type="checkbox"/> Abuelo(s) <input type="checkbox"/> Tío(s) <input type="checkbox"/> Sobrino(s) <input type="checkbox"/> Primo(s) <input type="checkbox"/> Pareja de mi papá <input type="checkbox"/> Pareja de mi mamá <input type="checkbox"/> Hijo(s) de la pareja de mi papá/mamá <input type="checkbox"/> Otro _____		
1. ¿Con qué frecuencia consumes alguna bebida alcohólica? (0) Nunca (<i>pase a las preguntas 9 y 10</i>) (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 <input type="checkbox"/>	6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año has necesitado beber en ayunas para recuperarte, después de haber bebido mucho el día anterior? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente <input type="checkbox"/> (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario	
2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas (cerveza, copa o vaso de vino) sueles consumir en un día normal? (0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 <input type="checkbox"/> (3) 7, 8 o 9 (4) 10 o más	7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año has tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente <input type="checkbox"/> (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario	
3. ¿Con qué frecuencia tomas 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente <input type="checkbox"/> (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 has podido recordar lo que sucedió la noche anterior, porque habías estado bebiendo? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente <input type="checkbox"/> (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario	
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año has sido incapaz de parar de beber una vez que habías empezado? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente <input type="checkbox"/> (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario	9. ¿Tú o alguna otra persona ha resultado herida porque habías estado bebiendo? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año <input type="checkbox"/>	
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no puedes hacer lo se esperaba de ti porque habías bebido? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente <input type="checkbox"/> (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario	10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional de la salud ha mostrado preocupación por tu consumo de bebidas alcohólicas o te han sugerido que dejes de beber? (0) No (2) Sí, Pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año <input type="checkbox"/>	
		Registre la puntuación total aquí <input type="checkbox"/>

Anexo C: RFT:MEX 4-33

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE ENFERMERÍA

INSTRUMENTO DE RIESGO FAMILIAR TOTAL (RFT)



ESTIMADO PADRE, MADRE DE FAMILIA, TUTOR O INTEGRANTE DE LA FAMILIA CON LA MAYORÍA DE EDAD:

SU PARTICIPACIÓN EN ESTA INVESTIGACIÓN ES DE SUMA IMPORTANCIA, PARA PODER APOYAR A LOS ESTUDIANTES DE MEJOR MANERA, POR LO QUE LE PEDIMOS CONTESTE CON LA MAYOR SINCERIDAD POSIBLE.

AGRADECEMOS INFINITAMENTE SU COOPERACIÓN EN ESTE ESTUDIO

NOMBRE DE QUIEN RESPONDE LA ENCUESTA: _____

EDAD: _____ AÑOS

NOMBRE DE SU (S) HIJO O HIJA (S) EN SECUNDARIA: _____

(SI TUVIERA MÁS DE UN HIJO EN LA MISMA ESCUELA SECUNDARIA, SOLO LLENE UNA ENCUESTA)

INSTRUCCIONES: A CONTINUACIÓN SE LE PRESENTAN VARIAS CUESTIONES ACERCA DE SU FAMILIA **(LOS QUE VIVEN EN SU CASA)**, MARCA CON UNA **X** EN LA OPCIÓN **(SI/NO)** QUE CONSIDERES ESTAR O NO DE ACUERDO; O BIEN, SI NO APLICA PARA EL CASO DE TU FAMILIA: **NA**

#		SI	NO	NA
1	En su familia hay más de 4 niños menores de 12 años			
2	En su familia hay ancianos o mujeres embarazadas			
3	En su familia hay mujeres embarazadas menores de 15 o mayores de 35 años			
4	En su familia hay madres menores de 18 años			
5	En su familia la madre es la cabeza del hogar, no hay padre o padrastro			
6	Alguno de los miembros se ha separado o divorciado (no solo el padre o madre)			
7	En el último año han llegado nuevos miembros a su familia (bebés o adultos a vivir en su casa)			
8	Durante el último año el padre o la madre han muerto por enfermedades o accidentes			
9	Durante el último año otro miembro de la familia (fuera de padre y madre) ha muerto			
10	En su familia actualmente hay más de una persona enferma			

11	En su familia hay personas que no se puedan valer por sí solas y requieran el cuidado de otros			
12	Al enfermarse un miembro de la familia ha habido problemas para atenderlo bien sea por falta de dinero, tiempo o por no saber qué hacer			
#	RECUERDE QUE SON DATOS SOBRE SU FAMILIA, LA QUE VIVE EN SU CASA	SI	NO	NA
13	Durante el último año algún miembro de la familia ha sufrido más de un accidente o enfermedad o varios miembros se han enfermado al mismo tiempo			
14	En su familia hay algún problema de salud que no ha podido ser curado o controlado			
15	En su familia alguna mujer ha muerto durante el embarazo o durante o enseguida del parto			
16	En su familia ha muerto algún recién nacido o algún bebé antes de nacer			
17	Las mujeres de su familia se hacen el papanicolau y la exploración de mama			
18	Los miembros de su familia se cepillan los dientes mínimo 2 veces diarias			
19	Los miembros de su familia asisten al médico o dentista por lo menos una vez al año			
20	Cuando uno de los miembros de su familia se enferma no es necesario acudir al médico, ya que ustedes saben qué medicamento darle o qué remedio tradicional hacer (hierbas, té, etc)			
21	Su familia conoce los centros de salud que existen cerca de su casa y qué servicios ofrecen			
22	Su familia no consulta al médico, porque es muy costoso o queda lejos de su casa			
23	Su familia no usan los servicios de salud por falta de tiempo o por ser muy complicados			
24	Su familia ha recibido información de los centros de salud cercanos a su casa, acerca de campañas (control natal, dentales, higiene, cómo manejar enfermedades, etc)			
25	Su familia sabe qué hacer si llegara a producirse: incendios, inundaciones, plagas, etc			
26	En su familia hay quien necesite atención médica especial (diálisis, quimioterapia, etc)			
27	Su familia no está contenta con la calidad de los servicios de salud con los que cuentan			
28	Su familia ha recibido por algún medio información de cómo manejar enfermedades de adultos como: hipertensión arterial, enfermedades de transmisión sexual, etc.			
29	En su familia hay algún miembro diagnosticado con algún tipo de enfermedad mental			
30	Alguno de los miembros de su familia ha intentado quitarse la vida			

31	A alguno de los miembros de su familia le han quitado la vida con violencia			
32	En su familia hay algún miembro que trata mal a otros (golpes, insultos, ofensas, encierros, etc)			
33	Sabe si algún miembro de la familia tiene más de una pareja sentimental			
34	Cree que en su familia hay muchos problemas y sus miembros viven estresados por ello			
35	En su familia hay peleas constantes entre padres e hijos o entre otros miembros			
36	Alguno de los miembros de la familia se ha ido de la casa y no tienen noticias de él			
37	Algún miembro de la familia ha dicho que no está contento de vivir con ustedes			
38	Alguien de la familia consume licor y se embriaga por lo menos una vez a la semana			
39	Alguien de la familia fuma cigarrillos por lo menos diariamente			
40	Alguien de la familia consume marihuana, cocaína o inhala cemento u otra droga			
41	En su familia acostumbran consentirse unos a otros, se acarician y se dicen que se quieren			
42	Muy pocas veces o nunca la familia salen juntos a parques, reuniones familiares, cine, etc.			
43	En su familia dejan que el anciano se las arregle por su cuenta, que se cuide solo			
44	En su familia hay personas adultas que no estudian y no trabajan			
45	La madre de su familia no sabe leer			
46	El padre de su familia no sabe leer			
47	Algún niño de la familia ha tenido problemas de rendimiento escolar o abandonó la escuela			
48	Algún niño de la familia menor de 12 años nunca ha asistido a la escuela			
49	El jefe de la familia se encuentra actualmente sin trabajo			
50	Las entradas económicas de su familia son suficientes para comida, vivienda, ropa, etc.			
51	Las entradas económicas de su familia son suficientes para medicamentos, hospitales, etc.			
52	Hay días que algún miembro de la familia se acueste a dormir sin comer o se haya quedado sin almorzar por falta de alimento o porque no alcanzó para todos.			
#	RECUERDE QUE SON DATOS SOBRE SU FAMILIA, LA QUE VIVE EN SU CASA	SI	NO	NA
53	En su familia, ancianos y niños reciben alimentación especial (leche, complementos, etc.)			
54	La casa en la que vive con su familia es rentada			

55	La casa en la que vive con su familia tiene un lugar exclusivo para dejar la basura			
56	La casa en la que vive con su familia le falta algún servicio público: agua, drenaje, luz, etc			
57	La casa en la que vive con su familia guardan: gasolina, pólvora, tanques de gas, etc.			
58	En su casa duermen más de 4 personas por habitación			
59	Cree que a su casa le hacen falta ventanas para que entren la luz y el aire			
60	En su casa tienen que guardar los alimentos en otros sitios diferentes a la cocina			
61	En su casa viven también algún (os) animales (perros, gatos, pollos, cerdos, cabras, etc)			
62	En su barrio, colonia o calle hay basureros, encharcamientos o calles sin pavimentar			
63	En su barrio, colonia o calle hay problemas de robos, violaciones o inseguridad en general			
64	En su familia han muerto niños antes de cumplir el primer año por enfermedad o accidente			
65	En su familia han muerto niños entre 1 y 5 años por enfermedad o accidente			
66	Han tenido problemas con alguno de los niños o adolescentes de su familia porque se comportan mal y no saben cómo controlarlos o no funcionan los castigos			
67	Los niños de su familia salen a jugar a la calle sin que algún adulto los vigile o se quedan encerrados en casa solos sin el cuidado de un adulto			
68	Algún niño menor de 5 años se ha enfermado constantemente (al menos 4 veces al año)			
69	En su familia ha tenido problemas para atender las enfermedades de los niños (gripas, diarreas, virales, etc)			
70	Por cualquier motivo a los niños les ha hecho falta atención para el crecimiento o nutrición			

AGRADECEMOS SU PARTICIPACIÓN.

San Luis Potosí S.L.P. a _____ días del mes de _____ del año: _____

ANEXO D

GUÍA TEMÁTICA DE CONVERSACIÓN		
<p>A continuación se enlistan una serie de situaciones de conflicto y frente a ellas una serie de preguntas o tópicos de conversación. Se pide que ustedes:</p> <p>1.- Elijan las situaciones que consideren de más conflicto para dialogarlas entre ustedes</p> <p>2.- Comiencen a dialogar, comenzando por las situaciones MÁS conflictivas</p> <p>3.- Procuren llegar a un acuerdo sobre los temas dialogados.</p>		
No.	Situaciones de conflicto	Ítems, preguntas, tópicos de conversación
1	Falta de convivencia familiar, no pasean o van al cine, parque o a fiestas juntos.	<ul style="list-style-type: none"> ¿al andar sus hijos solos o con sus amigos, suelen tomar alcohol? ¿el no convivir en familia provoca que el hijo tome alcohol?
2	Inseguridad de su contexto como: robos, agresiones, violaciones, etc.	<ul style="list-style-type: none"> ¿advierte a sus hijos sobre la inseguridad, sobretodo si ingiere bebidas alcohólicas y se encuentra en la calle o fuera de casa? ¿su hijo ingiere bebidas alcohólicas con amigos cercanos a su casa?
3	Ingresos económicos, insuficiencia para necesidades básicas: comida, ropa, medicamentos, etc.	<ul style="list-style-type: none"> ¿alcanzan sus ingresos económicos para comprar bebidas alcohólicas? ¿Se destinan en su casa algo de dinero para la compra de cerveza o vino? ¿Su hijo compra algún tipo de bebida alcohólica?
4	Falta de comunicación y/o afecto entre los miembros de la familia	<ul style="list-style-type: none"> ¿Acostumbra (n) platicar con su hijo acerca de problemas de adicciones? ¿hablan con su hijo acerca de los peligros del consumo de alcohol? ¿su hijo se ha acercado a comentarles acerca de experiencias que haya tenido con el consumo de alcohol?
5	Mal comportamiento de los hijos, falta de control de los padres sobre sus hijos	<ul style="list-style-type: none"> ¿ha habido ocasiones en los que su hijo haya tomado alguna bebida alcohólica sin su consentimiento? ¿alguna vez su hijo ha llegado tomado a su casa? ¿Cuándo su hijo acude a alguna fiesta o reunión, cumple con horarios o con las reglas que se le hayan dado? ¿Puede controlar a su hijo y prohibirle que tome alcohol?
6	Ocurrencia de accidentes y/o enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> ¿han sufrido algún accidente en donde haya estado implicado el consumo de alcohol? ¿Se ha agravado o generado alguna enfermedad por el consumo de alcohol de alguno de los miembros de la familia?
7	La mamá como cabeza del hogar	<ul style="list-style-type: none"> ¿el hecho de que no haya papá ha sido causa para que el hijo adolescente beba alcohol? ¿el hecho de no haber papá es causa para no poder controlar al hijo sobre su consumo de alcohol?
8	Consumo de licor, embriagarse de manera frecuente (hijos, padres, alguien de la familia)	<ul style="list-style-type: none"> ¿algún miembro de la familia bebe alcohol o se embriaga con frecuencia? ¿se consume licor sin control entre los miembros de la familia?

ANEXO E

Ítem	Riesgo Familiar	fx
42	Muy pocas veces o nunca la familia salen juntos a parques, reuniones familiares, cine, etc.	228
53	En su familia, ancianos y niños reciben alimentación especial (leche, complementos, etc.)	226
28	Su familia ha recibido por algún medio información de cómo manejar enfermedades de adultos como: hipertensión arterial, enfermedades de transmisión sexual, etc.	215
61	En su casa viven también algún (os) animales (perros, gatos, pollos, cerdos, cabras, etc)	215
63	En su barrio, colonia o calle hay problemas de robos, violaciones o inseguridad en general	215
19	Los miembros de su familia asisten al médico o dentista por lo menos una vez al año	211
25	Su familia sabe qué hacer si llegara a producirse: incendios, inundaciones, plagas, etc	208
51	Las entradas económicas de su familia son suficientes para medicamentos, hospitales, etc.	193
27	Su familia no está contenta con la calidad de los servicios de salud con los que cuentan	192
20	Cuando uno de los miembros de su familia se enferma no es necesario acudir al médico, ya que ustedes saben qué medicamento darle o qué remedio tradicional hacer (hierbas, té, etc)	190
24	Su familia ha recibido información de los centros de salud cercanos a su casa, acerca de campañas (control natal, dentales, higiene, cómo manejar enfermedades, etc)	172
23	Su familia no usan los servicios de salud por falta de tiempo o por ser muy complicados	154
50	Las entradas económicas de su familia son suficientes para comida, vivienda, ropa, etc.	145
17	Las mujeres de su familia se hacen el papanicolau y la exploración de mama	144
39	Alguien de la familia fuma cigarrillos por lo menos diariamente	128
18	Los miembros de su familia se cepillan los dientes mínimo 2 veces diarias	127
41	En su familia acostumbran consentirse unos a otros, se acarician y se dicen que se quieren	116
21	Su familia conoce los centros de salud que existen cerca de su casa y qué servicios ofrecen	115
22	Su familia no consulta al médico, porque es muy costoso o queda lejos de su casa	114
66	Han tenido problemas con alguno de los niños o adolescentes de su familia porque se comportan mal y no saben cómo controlarlos o no funcionan los castigos	102
13	Durante el último año algún miembro de la familia ha sufrido más de un accidente o enfermedad o varios miembros se han enfermado al mismo tiempo	93
5	En su familia la madre es la cabeza del hogar, no hay padre o padrastro	87
38	Alguien de la familia consume licor y se embriaga por lo menos una vez a la semana	86