



Universidad Nacional Autónoma de México
PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN PSICOLOGÍA

RESILIENCIA EN ADOLESCENTES HIJOS DE ALCOHÓLICOS

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN INTERVENCIÓN CLÍNICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES**

PRESENTA:

PAULINA HERNÁNDEZ ROJAS

DIRECTORA:

DRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

COMITÉ:

MTRA. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. FAYNE ESQUIVEL ANCONA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MTRO. FRANCISCO ESPINOSA JIMÉNEZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

México D.F.

Julio 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A Dios, porque me permitió lograr este sueño, por bendecirme tanto, fortalecerme y guiarme.

A mis padres Angelina Rojas Rojas y José Luis Hernández Hinojosa, por todo su apoyo, comprensión y amor incondicional; los admiro, fueron mi soporte y motivantes para concluir este sueño, los amo.

A mi hermani Diego, por su amor y apoyo en todo momento, te amo.

A Cecilia Salas, Ángel Torres, Amalia Barrientos, Tere Calderón y Jesús Méndez, por decirme las palabras que necesitaba, por su ayuda incondicional y siempre guiarme para finiquitar este proyecto, los amo.

A mis amigos Miriam, Valery, Jezabel, Adrián, Alexis, Arcelia, Geovanna, Diana, Mónica, Dayra, Edith, Claudia, Brissa, Víctor, Sergio, Miguel, Enrique, Noemí, Manuel, Daniela, Yesenia, Dafne, Christian, Octavio, David, Ricardo, Luis, Iván, Mercedes, Ernesto, Pablo, Jesús, Dario, Esly y Wendy, por formar una parte importante para que cumpliera este sueño, por estar conmigo y por sus consejos que alegraron mi corazón, los amo.

A Oscar, por su cariño, apoyo y motivación constante, te quiero mucho.

A Humberto, por ser mi ejemplo y filtrar esperanza en mi corazón.

A mis hermanos Daniel, Anali y Alejandro, a mi abue Teresa, a mis tíos Deme, Ana y Josefina, por ayudarme en todo lo que necesité, fueron esenciales en este proceso, los amo.

RECONOCIMIENTOS Y AGRADECIMIENTOS

A mi querida Universidad Nacional Autónoma de México, porque fue y será mi casa de estudios, la que me abrió las puertas para poder formarme profesionalmente y que hoy titularme en la UNAM, es un sueño hecho realidad.

A mi hermosa Facultad de Psicología, porque en cada clase, con cada profesor, me brindó muchos conocimientos y oportunidades para crecer y desarrollarme tanto ética como profesionalmente.

A mi Directora la Dra. Blanca Elena Mancilla Gómez, por todos los conocimientos y experiencia que me aportó, por su apoyo y palabras firmes que me ayudaron a esforzarme cada día más.

A mi comité académico, el Mtro. Francisco Espinosa Jiménez, la Dra. Mariana Gutiérrez Lara, la Mtra. Guadalupe Santaella Hidalgo y la Dra. Fayne Esquivel Ancona, porque en cada corrección me ayudaron y enriquecieron mi investigación.

Al Lic. Marcos Verdejo Manzano, por su apoyo en la metodología de mi tesis.

A los Grupos de Alateen, por permitirme realizar mi investigación.

Al programa de “Becas de titulación” de la SEP, por proporcionarme la beca de apoyo para concluir mi titulación.

DEDICATORIA

A mi prima Jennifer, aunque no estés presente, te llevo en mi corazón, te amo.

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO 1. ADOLESCENCIA Y ALCOHOLISMO	5
ADOLESCENCIA	5
<i>Definición de adolescencia</i>	5
<i>Salud en los adolescentes</i>	6
<i>Desarrollo físico</i>	8
<i>Desarrollo cognitivo, psicológico y social</i>	10
ALCOHOLISMO	17
<i>Definición de alcoholismo</i>	17
<i>Epidemiología del alcoholismo</i>	18
<i>Alcoholismo en la adolescencia</i>	21
<i>La familia alcohólica</i>	22
<i>Alcoholismo en los padres</i>	24
<i>Hijos de alcohólicos</i>	25
<i>Tratamiento en Alateen y Alcohólicos Anónimos</i>	30
CAPÍTULO 2. RESILIENCIA	32
<i>Definición de resiliencia</i>	32
<i>Características de la resiliencia</i>	33
<i>Resiliencia en la adolescencia</i>	35
<i>Factores de riesgo</i>	39
<i>Factores de protección</i>	39
<i>Familia y resiliencia</i>	41
<i>Sociedad y resiliencia</i>	42
<i>Resiliencia y alcoholismo</i>	43
CAPÍTULO 3. MÉTODO	45
<i>Planteamiento del problema</i>	45

<i>Objetivo general</i>	46
<i>Objetivos específicos</i>	46
<i>Hipótesis</i>	46
<i>Definición de variables</i>	47
<i>Definición conceptual de las variables</i>	47
<i>Definición operacional de variables</i>	47
<i>Muestra</i>	48
<i>Escenario</i>	49
<i>Instrumentos</i>	49
<i>Tipo de estudio</i>	49
<i>Diseño estadístico</i>	50
<i>Procedimiento</i>	50
CAPÍTULO 4. RESULTADOS	51
<i>Características sociodemográficas de la muestra general</i>	51
<i>Cuestionario de Resiliencia</i>	53
CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	62
REFERENCIAS	71
ANEXOS	79
<i>Cuestionario de Resiliencia</i>	79
<i>Hoja de datos Sociodemográficos</i>	81

RESUMEN

El estudio de la resiliencia en hijos adolescentes de alcohólicos es de gran importancia, ya que las consecuencias del alcoholismo son, frecuentemente mayores para los familiares del alcohólico, que para el propio enfermo. Sin embargo, existen personas que habiendo pasado por circunstancias adversas, se ajustan de manera exitosa a ellas. Por lo tanto, el objetivo de la presente investigación es describir si existe una relación entre el alcoholismo de los padres y la capacidad resiliente de sus hijos adolescentes; además conocer las diferencias en relación a su capacidad resiliente y a algunos factores sociodemográficos entre adolescentes resilientes y no resilientes. Para ello, se reunieron a 60 adolescentes de ambos sexos (25 hombres y 35 mujeres), con edades de 11 a 17 años, hijos de alcohólicos que asisten regularmente a los Grupos de Alateen que están dedicados a brindar apoyo a adolescentes con padres en esta condición, ubicados en la Ciudad de México. A todos se les aplicó el Cuestionario de Resiliencia y posteriormente, una Hoja de datos Sociodemográficos. Se capturaron los datos y se realizó un análisis descriptivo. Los resultados que se encontraron indicaron que el 50% de los adolescentes poseen capacidad resiliente, mientras que el otro 50% no cuentan con esta capacidad.

Palabras clave: *Resiliencia, alcoholismo, hijos de alcohólicos.*

ABSTRACT

The study of resilience in adolescents whose parents are alcoholics represent a very important situation because the consequences of alcoholism are greater for the family than for the alcoholic itself. Even though, there are people that even when living tough experiences, they learn to face them in a successful way. Because of this mentioned, the objective of this research is describing if there is a relation among the alcoholism of the parents and the resilient capability of their adolescents sons and daughters as well as knowing the differences related to their resilient capability and some socio-demographic factors between resilient and non-resilient adolescents. To achieve the objective mentioned, it took place the selection of 60 adolescents, 25 male and 35 female between 11 and 17 years, whose parents are alcoholics and that regularly attend to the "Alateen" Groups. This groups support adolescents who live in the previously described condition, located in Mexico City. They answered the "Resilience Test" and socio-demographic data sheet, later it was created a data base, and a descriptive analysis was applied. The results showed that 50% of the studied population did have resilient capability and the other 50% didn't.

Keywords: *Resilience, alcoholism, sons of alcoholics.*

INTRODUCCIÓN

Existen dos fenómenos sociales que han creado un gran interés en la comunidad científica de salud mental: el Alcoholismo y la Resiliencia. Estos fenómenos son de suma importancia en nuestra sociedad actual, debido a la considerable cantidad de personas jóvenes que habitan en el país y que asimismo, se ven afectados por el Alcoholismo de sus progenitores, los cuales influyen en gran medida en su desarrollo. Por lo tanto, en la presente investigación se abordó el tema de Resiliencia en adolescentes hijos de alcohólicos que pertenecen a grupos de autoayuda Alateen.

Según los reportes emitidos por la Organización Mundial de la Salud (2011), indican que a nivel mundial se tienen un total de 70 millones de personas que sufren dependencia al alcohol no sólo física sino también psicológica, la cual está relacionada con muchos problemas graves de índole social y del desarrollo, en particular la violencia, el descuido y maltrato tanto físico como psicológico a menores.

Algunos adolescentes que viven con padres alcohólicos experimentan experiencias negativas que afectan su óptimo desarrollo personal y social, aunado a esto, la adolescencia por sí misma es una etapa de vulnerabilidad dados los cambios y retos que se les presentan, de modo que puede ocasionar que repitan el patrón de consumo de sus padres y otras experiencias de riesgo trascendentales. Sin embargo, también se ha observado que los seres humanos pueden poseer la capacidad de adaptarse a circunstancias adversas. El término *Resiliencia*, hace referencia a un proceso para adaptarse a la adversidad. Más que evitar las experiencias de riesgo, la resiliencia implica ajustarse de manera exitosa a ellas como resultado de la interacción de diversos elementos de su vida, que conforman factores protectores (Coleman, Hendry & Kloep, 2008).

Dado lo anterior, he aquí la importancia de describir si existe una relación entre el alcoholismo de los padres y la capacidad resiliente de sus hijos adolescentes;

conjuntamente conocer las diferencias en relación a su capacidad resiliente y a algunos factores sociodemográficos entre adolescentes resilientes y no resilientes, y posteriormente en los casos que lo permitan, promover estos factores de protección ya sea dentro de un proceso terapéutico o de un grupo de orientación; esto como una meta establecida a mediano plazo.

La presente investigación llenará un vacío en el conocimiento, ya que la población que asiste a los grupos de Alateen ha sido poco estudiada en México. Con la información que se obtuvo se pudo conocer mejor el comportamiento de las variables resiliencia, alcoholismo y adolescencia, así como la relación entre éstas para contribuir como un sustento en las próximas investigaciones.

El trabajo de investigación será abordado por capítulos, en el Capítulo 1 se expondrán aspectos teóricos del desarrollo adolescente y se explicará el alcoholismo, en el Capítulo 2 se presentará el marco conceptual de la resiliencia, en el Capítulo 3 se abordará el método empleado, en el Capítulo 4 los resultados de la aplicación del Cuestionario de Resiliencia y la Hoja de datos sociodemográficos y para concluir, en el Capítulo 5 la discusión y conclusiones.

CAPÍTULO 1. ADOLESCENCIA Y ALCOHOLISMO

ADOLESCENCIA

Definición de adolescencia

El término Adolescencia ha sido ampliamente definido por diferentes autores tales como Larson & Wilson (2004), los cuales refieren que “es la transición del desarrollo entre la infancia y la adultez que asume distintas formas en diversos contextos sociales, culturales y económicos” (Citado en Papalia, Wendkos y Duskin, 2009; pág. 461).

Coleman & Hagell, (2007), describen la adolescencia como una de las transiciones del desarrollo que contiene más cambios corporales, psicológicos y sociales, a diferencia de otras etapas del ciclo vital, asimismo es considerada como una etapa de transición que contempla un tiempo de vulnerabilidad y estrés, pero además de cambio y crecimiento positivo.

Del mismo modo, Krauskopf, (1994) afirma que es un “periodo de la vida durante el cual los individuos se tornan a una nueva dirección en su desarrollo, donde comienzan a construir su identidad y se plantean en el sentido de su vida, de su pertenencia, su responsabilidad social y sus metas orientadoras. Los cambios biológicos, sociales y psicológicos conllevan a una segunda individuación que promueve procesos de exploración y diferenciación del contexto familiar para resignificar la connotación personal y social” (Citado en Munist, Suárez, Krauskopf y Silber, 2007; pág. 25).

La Organización Mundial de la Salud (2011) sugiere que el ciclo de vida está dividido en las siguientes etapas: pre-pubertad antes de los 10 años, adolescencia temprana entre los 10 y 14 años de edad y adolescencia intermedia entre los 15 y 19 años.

Según Offer, Kaiz, Ostrov & Albert (2002) la adolescencia temprana brinda oportunidades para el desarrollo de las dimensiones físicas y además de las áreas

cognitiva y social, que implican el proceso de la autonomía, autoestima, e intimidad. Ya que existen cambios en los adolescentes, algunos tienen problemas para adaptarse y es posible que necesiten ayuda para enfrentar los riesgos en los que están constantemente inmersos (Citado en Papalia, et al. 2009).

La adolescencia intermedia es la etapa del desarrollo en la cual los jóvenes se inician sexualmente y comparten más tiempo con sus iguales. Asimismo, adquieren sentimientos de omnipotencia e inmortalidad, por lo que comienzan a adoptar conductas de riesgo que les traen como consecuencia el aumento de embarazo adolescente e infecciones de transmisión sexual (Shutt-Aine, Maddaleno, 2003).

Es importante hacer mención que es una fase momentánea, necesaria e intensa y origina molestias, en ocasiones incomunicación o reclamos, desconfianza e incertidumbre (Tuirán, y Zuñiga, 1999). Además, se hace énfasis en que los individuos de cualquier edad, desempeñan un papel de “agentes activos” en el modelado de su propio desarrollo (Coleman, & Hendry, 2008).

En conjunto, estas connotaciones definen el periodo adolescente y describen las características de la muestra en la presente investigación.

En la adolescencia existen tres áreas en las cuales se presentan los mayores retos y cambios: procesos fisiológicos, cognitivos, cambios psicológicos y emocionales (Archer, 1992); por lo que es importante abordar todas estas áreas para comprender adecuadamente esta etapa.

Salud en los adolescentes

Comúnmente, los adolescentes de 10 a 19 años son considerados como un grupo sano (OMS, 2011). Según una encuesta escolar a más de 120 000 adolescentes de 11, 13 y 15 años en Estados Unidos y en otros 27 países industrializados de Occidente refuerza esta idea. Sin embargo, se ha visto que las adolescentes sufren de constantes problemas de salud tales como cefaleas, nerviosismo, cansancio y en cuestiones sociales como soledad o desánimo (Scheidt et al., 2000

citado en Papalia, et al., 2009). Según Coleman (2008), la adolescencia es un grupo etario en el que no ha habido mejorías perceptibles en la salud durante los últimos 20 años; por el contrario, se muestran tendencias negativas tales como obesidad, infecciones de transmisión sexual y adicciones, entre otras dificultades.

De la misma manera, un gran número de adolescentes mueren prematuramente ya sea en accidentes, suicidios, violencia, complicaciones en el embarazo y enfermedades prevenibles o tratables (Maddaleno, Morello, Infante-Espinola, 2003). La OMS (2011) indica que 70% de las muertes prematuras en la adultez son provocadas por conductas iniciadas en la adolescencia.

Asimismo, señala que cada año mueren más de 2,6 millones de jóvenes de 10 a 24 años por causas prevenibles. Y aproximadamente el 20% cada año sufre de algún problema de salud mental, como ansiedad y depresión. Se incrementa la probabilidad de ocurrencia cuando el adolescente está expuesto a factores de riesgo como violencia, humillación, disminución de la estima y pobreza, siendo el suicidio una de las principales causas de muerte.

En México, los datos reflejan que se trata del grupo de población más sano, el que utiliza menos servicios de salud y es uno de los grupos de edad en el que se presentan menos defunciones. Sin embargo, concuerdan con que es cuando se inician exposiciones a factores de riesgo como sexo inseguro, consumo de alcohol, tabaco y drogas, consumo inadecuado de alimentos y sedentarismo que determinan problemas en su edad y la aparición de las enfermedades crónico-degenerativas del adulto, que afectan a las personas con el paso del tiempo (Celis-de la Rosa, A., 2003).

“El principal problema de salud que se registra en jóvenes son los accidentes y las violencias, que se expresa en los niveles más elevados de utilización de servicios. Los traumatismos y las fracturas representan un alto porcentaje dentro de los motivos de egreso hospitalario. Finalmente, respecto de la mortalidad, jóvenes en México mueren principalmente por causas externas, entre estas se

encuentran para los hombres el homicidio y en mujeres las causas maternas” (Celis-de la Rosa, A., 2003; pág. 153).

No obstante, los adolescentes que cuentan con redes de apoyo, específicamente de sus padres, escuela y comunidad, logran tener un desarrollo físico y mental óptimo; por lo tanto, bienestar (Youngblade et al., 2007 citado en Papalia, et. al., 2009).

Achenbach (1978) sugiere que para poder comprender la psicopatología de la niñez y adolescencia debe hacerse una comparación con el desarrollo normal. La etapa de la adolescencia es un momento crítico en la vida del ser humano, por lo que si se presentan dificultades, es posible que tenga consecuencias a corto, mediano y largo plazo (Citado en Archer, 1992). Es por ello, que los adolescentes requieren contar con estrategias efectivas de afrontamiento (Petersen & Hamburg, 1986 citado en Archer, 1992).

Martínez, Bárcenas y Pacheco (2012), enuncian que uno de los retos necesarios y trascendentes que mejoran la fuerza vital que representan los jóvenes en el progreso social, económico y político de las sociedades es proporcionarles una atención integral de su salud. También se reconoce que los jóvenes son agentes sociales importantes de cambio. Con base a lo anterior, los jóvenes poseen un papel fundamental en el cuidado de su salud, en lugar de señalarlos como figuras pasivas, descuidadas, enajenadas o desenfrenadas.

Desarrollo físico

Los principales cambios físicos en la adolescencia son endocrinológicos, bioquímicos y procesos fisiológicos (Archer, 1992).

Estos cambios muestran ser diferentes respecto al sexo, por una parte en las niñas el crecimiento rápido comienza por lo general aproximadamente a los 10 años de edad, específicamente entre los 9.5 años y los 14.5 años, por el contrario en los varones empieza particularmente entre los 10.5 años y los 16 años; después de este lapso, el individuo adquiere la madurez sexual. La hormona del

crecimiento y las hormonas sexuales (andrógenos y estrógenos), favorecen al desarrollo puberal normal. Por una parte, la función principal de los andrógenos es estimular el desarrollo de los caracteres sexuales masculinos, por otra parte, los estrógenos actúan con diversos grupos celulares del organismo, especialmente con algunos relacionados con la actividad sexual femenina. (Papalia, et al., 2009).

Además, Stone & Church (1957) afirman que en este periodo surge un aumento en la actividad pituitaria, específicamente, un incremento en la producción de hormonas tiroideas, adrenal y otras, las cuales están muy relacionadas en la maduración sexual (Citado en Archer, 1992).

El desarrollo de las mujeres es más rápido, generalmente dos años antes que los varones (entre los 11 y 13 años de edad); es por ello que las mujeres tienden a ser más altas, con más peso y mayor fuerza que los varones que tienen la misma edad. Posterior a esto, los varones recuperan y rebasan estas condiciones por lo que vuelven a ser más altos. Comúnmente, las niñas alcanzan completamente su estatura a los 15 años, mientras que los varones lo hacen a los 17 años. La tasa de crecimiento muscular alcanza su máximo a los 12 años y medio para las niñas, y a los 14 años y medio en los varones (Gans, 1990, citado en Papalia, et al., 2009).

Los cambios físicos en los adolescentes traen consigo implicaciones psicológicas, dado que la mayoría de los jóvenes, se preocupan en gran medida por su apariencia, priorizando este aspecto sobre cualquier otro aspecto de sí mismos y a algunos no les agrada el cómo se ven (Papalia, et al., 2009).

Existen efectos de la maduración temprana o tardía en algunos adolescentes, los cuales varían de acuerdo al sexo y el momento en el que se presenta, se observa que la maduración tiende a predecir la salud mental adolescente y por ende, los comportamientos implicados en la salud en la adultez (Susman & Rogol; citado en Lerner & Steinberg, 2004).

Se ha visto que comúnmente, los y las adolescentes que maduran tempranamente son propensos a tener comportamientos de riesgo (Orr e Ingersoll, 1995; Susman & Rogol, 2004 citado en Papalia, et al., 2009).

Usualmente, el rápido crecimiento físico para todos los adolescentes es un proceso completado aproximadamente a los 16 años (Archer, 1992).

Es importante enfatizar que no se pueden generalizar los aspectos del desarrollo psicológico porque cada adolescente lo experimenta de distinta manera respecto a sí mismo y a su contexto en esta etapa de cambios.

Desarrollo cognitivo, psicológico y social

Se han realizado investigaciones acerca de su funcionamiento cerebral en cuanto a la identificación de emociones, donde se les presentaron imágenes de rostros en la computadora, los resultados obtenidos fueron que los adolescentes tempranos de edades entre 11 y 13 años, utilizaron la amígdala localizada en el lóbulo temporal y que interviene en reacciones emocionales e instintivas, mientras que los adolescentes mayores y adultos comúnmente utilizan los lóbulos frontales, por lo que tienen la capacidad de planificar, razonamiento, juicio, regulación emocional y control de impulsos y por ende, permiten juicios más precisos y razonados (Papalia, et al., 2009).

El desarrollo cerebral inmaduro explica por una parte, el comportamiento que algunos adolescentes tienen en relación al consumo de sustancias, conducta sexual riesgosa, donde la emoción es mayor que la razón (Baird et al., 1999; Yurgelon-Todd, 2002 citado en Papalia, et al., 2009). Los sistemas corticales frontales que tienen relación con la motivación, impulsividad y adicción aún no están desarrollados por completo, lo cual explica la búsqueda de emociones y novedad, así como dificultad en el establecimiento de metas a largo plazo (Bjork et al., 2004; Chambers, Taylor y Potenza, 2003 citado en Papalia, et al., 2009).

Piaget 1975, postula que el desarrollo cognitivo en la adolescencia temprana se encuentra en transición de un estado de operaciones concretas a operaciones

formales, el que está dado por la capacidad de utilizar ideas, construir teorías abstractas y conceptos. También son capaces de diferenciar entre una idea y una realidad, comprenden abstracciones (Citado en Archer, 1992).

Comienzan a adquirir la habilidad de *pensar sobre pensar*, y les permite pensar cómo son vistos por cualquier otra persona. Este comportamiento es un reflejo del exceso de preocupación de sus vivencias y asimismo, el tiempo que otros toman en valorarlos. Define como la *audiencia imaginaria* a la creencia de que todos vigilan su conducta, esta característica está dada por su egocentrismo (Elkind & Bowen, 1979 citado en Archer, 1992).

En algunos aspectos, los adolescentes dan la impresión de tener un pensamiento inmaduro ya que constantemente, tienen dificultades para tomar decisiones en relación a su atuendo, son groseros con los adultos, y se comportan con la idea de que el mundo gira a su alrededor.

Elkind (1984) considera que esta conducta se debe a que los adolescentes tratan de utilizar su pensamiento de las operaciones formales la cual principalmente cambia su perspectiva del exterior y de sí mismos, además de su cambio corporal que no les es muy cómodo. Conforme se adaptan a estos nuevos cambios es posible que se equivoquen (Citado en Archer, 1992).

Según Santrock en 2004, los adolescentes poseen una perspectiva de sí mismos que los diferencia de los demás. Asimismo, van desarrollando su identidad. Por otra parte, Archer (1992) refiere que el proceso de formación y consolidación de la identidad se presenta comúnmente en la adolescencia intermedia y tardía.

Otra parte importante, es que surge el sentido del Yo y la sensación de exclusividad que funge como motivación en la vida del adolescente, ya sea real o imaginario.

Del mismo modo, el desarrollo del Yo en la etapa de la adolescencia está dado por la comprensión de sí mismos, autoestima y autoconcepto. La comprensión de sí mismos se da por medio de la introspección. Por otra parte, también influyen las

experiencias socioculturales que están en constante interacción con sus capacidades cognitivas. Finalmente, distintos roles representados aportan fundamentos racionales para su identidad.

En cuanto a la autoestima, es considerada como un aspecto primordial en el adolescente debido a que es donde se evalúa el Yo, por lo que la baja autoestima tiene repercusiones graves temporales como malestar emocional. Las redes de apoyo y la aprobación social intervienen adecuadamente en su autoestima.

Algunos adolescentes “tienen una intensa necesidad de intimidad pero aún no han desarrollado las habilidades sociales o la madurez relacional para satisfacer esas necesidades” por lo que poseen un sentimiento de soledad (Santrock, 2004; pág. 263).

Según Robert Weiss la soledad está dada por ausencia de alguna relación, y las divide en:

Aislamiento emocional: “Es un tipo de soledad que surge cuando una persona carece de relaciones caracterizadas por el apego íntimo”.

Aislamiento social: “Es un tipo de soledad que ocurre cuando una persona carece de un sentido de implicación integrada” (Citado en Santrock, 2004; pág. 264).

Los cambios significativos provocan en el adolescente inseguridad interna que deberá desafiar con ayuda del entorno y con sus propios recursos (Mazet, 2009).

“Los jóvenes son entendidos como los adultos del mañana, definidos por los adultos del hoy y son “ignorados” como sujetos sociales, sin embargo son visibilizados en crisis y cuando provocan problemas” (Munist, et al., 2007; pág. 23).

El nuevo papel de los adolescentes en la sociedad, es resultado de que enfrenten su pasado y futuro, así como sus cambios físicos y biológicos (Ausubel, 1954, citado en Munist, et al., 2007).

En este periodo surgen grandes tensiones emocionales para los adolescentes provocado por los múltiples cambios, la problemática con las reglas y el orden social es común en el proceso de socialización secundaria y que si bien toman una serie de decisiones que determinarán su futuro (Furstenberg, 2000; Esteinou, 2005 citado en Muñoz, 2006). Pero también es conocida como una etapa de oportunidad, capacidad y aporte para el logro de cambios que dirigen su vida, así como sus metas.

Los adolescentes se encuentran, en constante análisis crítico de sí mismos y lo hacen de la misma manera con su entorno, están en búsqueda de su propia dirección ya sea en metas, ideas y proyectos que los conducirán a su vida adulta (Tuirán y Zuñiga, 1999).

Las primordiales fracturas sociales en México, se conciben en la adolescencia, tales como la deserción escolar, adquisición de responsabilidades domésticas precoz, inclusión al campo laboral prematuro, siendo un patrón de conversión a la etapa adulta con consecuencias en el bienestar de las personas (Tuirán y Zuñiga, 1999).

Tanto el tiempo, como la convivencia que los padres pasan con sus hijos adolescentes, influyen de manera positiva. Pero se hace énfasis en que los padres les muestren calidez y atención, así como altas expectativas de logro (Papalia, et. al., 2009).

De acuerdo con lo anterior, la familia es de vital importancia para el adolescente, porque son quienes los protegen y son su soporte, también los estimulan y generan confianza para salir a su entorno. Sin embargo, las familias no siempre desempeñan este papel que les brinde seguridad y proyección. A veces, las familias no tienen el conocimiento de cómo tratar y responder a los adolescentes, por un lado algunas enclaustran a sus hijos, mientras que otras familias los expulsa anticipadamente (Tuirán y Zuñiga, 1999).

Algunos factores psicosociales tal como el estilo de crianza y el estrés que viven los adolescentes se han relacionado con su inadaptación. Dicho lo anterior, son complicados los procesos que experimenta una familia en riesgo psicosocial y acorde a Rodrigo et al. (Citado en Lorence, Hidalgo, & Dekovic, 2013: pág. 50), define estas familias como: "aquellas en las que las personas responsables para el cuidado y la educación del menor, debido a circunstancias personales y las circunstancias relacionales, son negligentes de sus funciones como padres o las utilizan de manera inadecuada, comprometiendo o perjudicando el desarrollo personal y social del menor".

Múltiples problemáticas en las que se encuentran inmersos los adolescentes como violencia intrafamiliar, divorcio, maltrato físico, violencia sexual, problemas económicos, etc., frecuentemente constituyen factores de riesgo.

Se ha manifestado que los niños y adolescentes que tienen problemas de salud mental, es a causa de la gran cantidad de factores de riesgo en el cual se encuentran inmersos en su contexto familiar, y por otro lado, la falta de factores protectores (Lorence, et al., 2013).

Parte del desarrollo moral de los adolescentes, manifiesta que cuentan con mayor capacidad de asumir la perspectiva de otra persona, resolver problemas sociales, lidiar con sus relaciones interpersonales puesto que han internalizado las normas de las figuras de autoridad, por lo que se preocupan de ser "buenos", de complacer a otros y de mantener el orden social; y percibirse como seres sociales, donde las personas piensan en términos racionales, valoran la voluntad de la mayoría y el bienestar de la sociedad (Papalia, et. al., 2009).

En este periodo los cambios biológicos, sociales y psicológicos, dan como resultado una distinción entre su contexto familiar y ellos, con el objetivo de un esclarecimiento personal y social (Krauskopf, 1994, en Munist, et al., 2007). Este proceso que se consuma en la etapa adolescente es conocido como individualización.

La *individuación* es definido por Peter Blos (1967), como el proceso a la autonomía en el contexto familiar, el paso para el logro de la madurez y la adquisición de un papel importante en la sociedad adulta. Aunado a esto, hace mención de una marcada ambivalencia como resultado de la “independencia vs dependencia”, la que se inicia en la adolescencia temprana (Citado en Archer, 1992).

Si bien, es en la adolescencia intermedia donde se confirma su independencia, ya que los adolescentes se apartan de sus padres y demás adultos. Se manifiestan evasivos y renuentes a aceptar las recomendaciones y críticas de sus padres, por ende, fortalecen los lazos con sus pares. Y el sentimiento de omnipotencia que poseen, es para probar su autonomía e independencia (Juszczak y Sadler, 1999; citado en Shutt-Aine, Maddaleno, 2003).

Si el adolescente lleva a cabo los procesos antes mencionados, se verán reflejados en sus relaciones interpersonales y la manera en que se darán. Es decir, el aumento de interacción con sus iguales y a su vez, la disminución en la identificación con sus familiares genera diversas problemáticas con sus padres principalmente. No obstante, respecto a los valores que poseen la mayoría de los adolescentes, son afines a los de sus padres (Offer y Church, 1991 citado en Papalia, et. al., 2006).

Para los adolescentes sus pares son su “modelo de rol”, el cual deben desempeñar, pero sus padres forman parte fundamental, les proporcionan seguridad y a través de ellos comienzan a experimentar esta nueva etapa. Por lo tanto, es en la etapa adolescente donde las interacciones entre las características personales, grupales y del entorno son trascendentes. Además, pugnan por organizar su conducta y todo lo inmerso en su etapa adolescente para comprender las relaciones con el exterior (Krauskopf, 1994, citado en Munist, et al., 2007).

Además Blos en 1962, hace referencia a la distinción entre sexos, consolidación de la personalidad igualmente con énfasis en desarrollo de relaciones con pares,

con la pareja y en general el aspecto sentimental en la adolescencia (Archer, 1992).

En diversas investigaciones se indica que el apoyo emocional y la adaptación en la escuela funcionan como factores protectores en la salud del adolescente (Papalia, et. al., 2009).

El contexto escolar es fundamental para el adolescente, ya que es donde se desenvuelve gran parte del tiempo, donde interactúa con sus iguales, adquiere nuevos conocimientos y habilidades, realiza actividades físicas, artísticas, entre otras. No obstante, para algunos de ellos la escuela no es vista positivamente y por el contrario, es un impedimento para llegar a la etapa adulta (Papalia, et. al., 2009).

En la etapa adolescente, se experimentan tanto riesgos como oportunidades. Dicho lo anterior, el adolescente siente emociones como el amor al máximo, se desenvuelve laboral y académicamente, y comienza a tener un papel importante en la sociedad adulta. Pero si acceden a comportamientos de riesgo pueden ser un obstáculo en su desarrollo adecuado.

Así pues, “la inversión social en la adolescencia tiene un sentido estratégico porque permite construir las condiciones de inclusión y movilidad social necesarios para romper con la historia de desigualdad, pobreza y exclusión” (Esping-Andersen, 2002 citado en Muñoz, 2006; pág. 90).

Para concluir este apartado es importante comentar que la adolescencia es una fase de diversas dificultades, es aquí donde tienden a consumir alcohol como una muestra de independencia, rebeldía, virilidad, toma de decisiones libres e imitación (García, Lima, Aldana, Casanova, Feliciano, 2004).

ALCOHOLISMO

Definición de alcoholismo

El alcoholismo es un término que ha sido ampliamente definido, se describe que es una enfermedad que puede atacar a todo tipo de personas ya sean amas de casa, estrellas de televisión, obreros, profesionales, miembros del clero, médicos e inclusive niños, por lo que no importa el sexo, edad, estatus socioeconómico. Según investigaciones en Estados Unidos, sólo del 3% al 5% son constituidos por alcohólicos estigmatizados como “el borracho perdido”, es decir, el consumo extremo. Esto demuestra que el alcohólico promedio se conforma por un hombre o una mujer que tiene familia, trabajo y responsabilidades. Y más allá de sólo ser una adicción fisiológica pasa a un segundo nivel, el cual hace referencia a una dependencia psicológica al alcohol (Black, 2005).

La OMS (2011), define el *Alcoholismo* como la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre. Parece ser producido por la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos. Se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol, y produce un daño cerebral progresivo y finalmente la muerte.

Del Bosque Garza y colaboradores (2012), mencionan que el consumo de alcohol está ligado a una serie de consecuencias agudas y crónicas en la salud del propio individuo y en la sociedad que, como en el caso de la violencia doméstica, que implica agresión física, sexual o psicológica contra cualquier miembro de la familia, principalmente mujeres y niños.

El alcohol posee un efecto de alivio ante sentimientos y pensamientos desagradables, como la tristeza, tensión, enojo, vacío existencial, aburrimiento, baja autoestima, por lo que comúnmente se acude a la bebida y contrarrestar estos sentimientos (Gradillas, 2001).

Diversos estudios demuestran que existe una estrecha relación entre el alcoholismo, la agresión y maltrato hacia los hijos (Caraveo, Medina-Mora,

Villatoro, Rascón y Martínez, 1995). Asimismo, se asocia el consumo de alcohol con muertes violentas, ya sea en accidentes de tránsito u homicidios (Piña, Madrigal y Cassuri, 1991).

Epidemiología del alcoholismo

En la mayoría de las investigaciones el consumo de alcohol se asocia con resultados negativos, como refieren Steinglass, Bennett, Wolin y Reiss, (1997) en casos clínicos donde existe abuso e incesto hay una historia de alcoholismo. Asimismo, ha sido relacionado con el intento de suicidio y el suicidio consumado (García, et al., 2004).

El consumo nocivo de bebidas alcohólicas causa 2.5 millones de muertes cada año. A nivel mundial, 6.2% de todas las muertes de hombres están relacionados con el alcohol, en comparación con el 1.1% de las muertes de mujeres. Asimismo, hay 60 tipos diferentes de enfermedades en las que el alcohol tiene un papel causal importante (OMS, 2011).

Este es un problema de salud pública que, ha crecido en los últimos veinte años de forma exponencial y que además de confrontar los valores familiares y la efectividad de la educación familiar, sacude a las sociedades y a los gobiernos, se perfila como un reto de gran importancia por superar, sobre todo en cuanto a recursos e infraestructura de atención se refiere (OMS, 2011).

En 2005, el consumo total en todo el mundo era igual a 6.13 litros de alcohol puro por persona de 15 años y mayores. Sin registrar las cuentas de consumo de casi el 30% del consumo total de adultos en todo el mundo (OMS, 2011).

En México, el abuso del alcohol tiene un impacto importante en la salud de los individuos, en su economía y en toda la sociedad (Martínez, et al., 2010).

El alcoholismo es un problema que estadísticamente afecta a una gran parte de la población Mexicana, ya que aproximadamente 27 millones de personas de edades oscilantes entre 12 y 65 años, consumen grandes cantidades por ocasión, también

poco más de 4 millones se encuentran dentro de la clasificación de abuso/dependencia, 3.5 millones son hombres y un poco más de medio millón son mujeres (Instituto Nacional contra las adicciones, citado en Del Bosque Garza, et al., 2012).

En esta misma población (12 a 65 años), específicamente se contempló un aumento en el consumo de alcohol, específicamente fue un 32.8% en 2011, quienes se encuentran en “consumo alto”, .8% “consumo diario”, 5.4% “consuetudinarios” (una vez por semana) y 6.2% “dependencia”.

Guerrero-López (2013) muestra porcentajes respecto a la frecuencia de consumo de alcohol: el 1 % de los adultos abusa diariamente del alcohol, el 6.7% consume por semana, el 13% mensual y 21.1% esporádicamente. Hace énfasis en que los hombres ingieren más alcohol que las mujeres, debido a que el 1.6% de los hombres abusa diariamente a diferencia de las mujeres que son el 0.4%. Por otra parte, son el 12.4% de los hombres adultos quienes abusan del alcohol semanalmente, en cambio las mujeres adultas conforman un 1.6%; 22.2% de los hombres y 4.7% de las mujeres abusan del alcohol mensualmente.

Asimismo, se hace referencia que desde el 2000 al 2012, ha habido un aumento en la cantidad de adultos que ingieren alcohol (de 39.7% en 2000 a 34.1 en 2006 y a 53.9% en 2012, lo cual muestra una discrepancia estadísticamente significativa). En cuanto a los hombres se ha observado un consumo de 56.1% en el año 2000 a 67.8% en 2012, mientras que el 24.3% de las mujeres consumía alcohol en 2000 y en el 2012 se señala un aumento a 41.3% (Guerrero-López, 2013).

Otro dato importante que proporcionó el Sistema Médico Forense (2009) fue que en 20 entidades federativas de 18,724 defunciones el 24.4%% fueron a causa del algún tipo de sustancia, los estados con porcentajes más significativos fueron Chihuahua (32.4%), Jalisco (21.7%) y Distrito Federal (10.5%) (Citado en SISVEA, 2011).

Siguiendo con la encuesta antes indicada, se señala que el 92.1% eran hombres y el 30.4% con una edad mayor a 40 años; y los primordiales problemas de defunción son por armas de fuego (33.3%), accidentes de tránsito (17.2%) y asfixia (10.2%) (SISVEA, 2011).

Por otra parte, la sustancia de inicio más mencionada es el alcohol, reflejado en un 49.1%. El 55.3% de adultos de 35 años o mayores reportaron el alcohol como la principal droga de impacto.

Se reporta que el uso del alcohol aumentó en los adultos a diferencia de los adolescentes (ENA, 2011; citado en Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Medina-, Villatoro, Fleiz, Téllez, Mendoza, Romero, Gutiérrez, Castro, Hernández, Tena, Alvear y Guisa, 2011).

Así pues, la importancia que tiene las consecuencias de esta enfermedad y la perspectiva del riesgo que ocasiona, ha disminuido y se ve reflejado en la tolerancia social y en el incremento de consumo de alcohol, siendo la droga más consumida mundialmente (ENA, 2011; citado en Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; et al., 2011).

Por lo tanto, según los reportes emitidos por la Organización Mundial de la Salud en el 2008, 36 millones de muertes tuvieron una causa de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT); principalmente enfermedades cardiovasculares (48%), cáncer (21%), enfermedades respiratorias crónicas (12%) y diabetes (3%). Uno de los factores de riesgo más importantes en dichas enfermedades es el abuso del alcohol (Guerrero-López, 2013).

De la Vara Salazar explica que en nuestro país, la cirrosis hepática es la cuarta causa de muerte, lo cual alude a un abuso excesivo de alcohol en la población (Guerrero-López, 2013).

Aproximadamente, 4 200 000 personas requieren tratamiento para alcohol o drogas y 4 800 000 intervenciones breves (Consejo Nacional Contra las Adicciones, citado en Rojas, Leal, García-Silberman, Medina-Mora, 2011).

Por tales cifras, se observa que el alcoholismo es un problema trascendental para la sociedad, tanto para el propio enfermo y para su familia. Además, esto demuestra la influencia que tiene el alcohol en nuestra sociedad, por lo tanto es fundamental abordar e investigar la manera en que repercute el alcoholismo en la población adolescente.

Alcoholismo en la adolescencia

La adolescencia es un periodo del ciclo vital característicamente vulnerable al comienzo del consumo de alcohol debido a que numerosos jóvenes no se manifiestan intranquilos por la prevención de padecimientos en el futuro, sino que se plantean sobre todo vivir el presente (Magaña. 2003; citado en Salamó, Gras y Front-Mayolas, 2010).

Es importante enfatizar que el alcohol se ha transformado en la sustancia psicoactiva de abuso más usada por los adolescentes a nivel mundial. En Europa más del 90% de los jóvenes entre 15 y 16 años la han probado. Una de las características del consumo de alcohol es la tendencia a beber grandes cantidades de por ocasión (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004; citado en Salamó, Gras y Front-Mayolas, 2010).

La familia y amigos influyen en la ingesta de sustancias de los jóvenes, ya que son sus primordiales referentes de conducta y ha sido explicada por los efectos que el modelado tiene en la conducta de consumo la cual puede instaurarla, reforzarla o eliminarla (Bandura, 1987; citado en Salamó et. al., 2010). Estudios recientes han descubierto una relación positiva entre el consumo de alcohol de los adolescentes y el de sus amigos, hermanos y padre, por este orden (Espada, Pereira y García-Fernández, 2008; citado en Salamó et. al., 2010).

Asimismo, la función familiar y el apoyo social están asociados con el consumo de sustancias tóxicas entre los adolescentes; en el estudio de Pérez, Pérez, Martínez, Leal, Mesa, Jiménez (2007) aumentó significativamente el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes con disfunciones familiares intensas.

Otros factores de riesgo psicosociales para alcoholismo en adolescentes son sexo, edad, nivel socio económico, padres bebedores, hermanos mayores y amigos, rendimiento escolar, trabajo remunerado y migración del país. Las influencias contextuales más trascendentales, son la presión de amigos, inducción del medio familiar, especialmente por parte del padre, imitación o contagio grupal, pobre autoestima, nivel de información insuficiente con relación al consumo excesivo de alcohol y la carencia de opciones recreativas (Guibert, Gutiérrez y Martínez, 2005; Ramírez y Andrade, 2005).

La familia alcohólica

Las personas que consumen y dependen del alcohol son más propensas a tener problemas sociales, familiares, laborales, físicos, legales y de violencia; y es por ello que es considerado como un problema significativo y de Salud Pública (Vinet, & Faúndez, 2012).

Según la Organización Mundial de la Salud (2011), el alcoholismo perturba la vida de las comunidades y altera la dinámica de los núcleos familiares. También ha sido relacionado con bastas consecuencias graves, tanto para el mismo individuo como en su sociedad, tal como violencia doméstica, agresiones físicas, sexuales o psicológicas en contra de cualquier integrante de la familia, primordialmente mujeres y niños, que son a causa de una intoxicación aguda (Natera, Juárez, Medina-Mora y Tiburcio, 2007).

En general, el alcoholismo en las familias provoca un único impacto: *negativo*, la diferencia oscila en la trascendencia y la dimensión (Steinglass, et al., 1997).

A menudo, los alcohólicos sufren consecuencias en su comportamiento por su ingesta exagerada, tales como irritabilidad, agresividad, alteraciones del humor,

entre otros, los cuales pueden tener una larga duración y a su vez, perjudican a los demás miembros de la familia generando estrés (Macia 1995, citado en Casas, y Navarro, 2001).

Otros autores como Steinglass et al., (1996), o Mena y Casado (1997) (Citado en Casas, y Navarro, 2001), examinaron la tensión y efectos psicológicos en los alcohólicos y sus familias; los resultados mostraron que los familiares son los que sufren en mayor medida estos efectos a comparación del propio enfermo, y esto no tiene relación con aspectos bioconductuales de la bebida (cantidad, frecuencia de consumo, patologías médicas, etc.).

En la familia del alcohólico, se observa que la dinámica que predomina es inusual, debido a que existen diversos problemas, como ausencia de reglas y normas, límites difusos, violencia intrafamiliar, entre otros, que son derivados del consumo excesivo de algún miembro. También los roles en la familia resultan afectados, porque regularmente el rol que tiene el progenitor alcohólico suele ocuparlo otro miembro o en su defecto, no hay nadie que lo ocupe (García, 2009).

A medida que el alcoholismo va progresando, surge paralelamente la preocupación de los seres más cercanos, principalmente del cónyuge. Esta preocupación es denominada como *coalcoholismo* (Black, 2005).

La esposa del alcohólico puede tener problemas de salud ya sean cefaleas, alteraciones gastrointestinales, cardiovasculares, etc., además del sufrimiento emocional, económico y sexual, en consecuencia al mismo alcoholismo (Gradillas, 2001).

Además, Vladislavovna et al. (2007) señala que si la mujer se encuentra embarazada y es violentada ya sea física o psicológicamente, produce bajo peso al nacimiento del producto (Citada en Del Bosque Garza et al., 2012).

La comunicación entre miembros es limitada, esto alude a una negación por parte de los integrantes de afrontar la problemática existente, con la finalidad de evitar el

dolor que causa. Además no pueden expresar adecuadamente sus emociones y viven con falsas esperanzas y promesas incumplidas (García, 2009).

Se han relacionado algunos factores tales como, estados emocionales cambiantes, violencia física y psicológica, desintegración familiar, siendo además del propio alcoholismo, patrones conductuales que repiten los hijos.

Según García (2009) existen fases del alcoholismo en la familia:

1. “Negación del problema”.
2. “Intento de eliminar el problema”.
3. “Desorganización familiar”.
4. “Intento de reorganización”.
5. “Intento de escapar del problema”.
6. “Escape real del problema”.
7. “Reorganización tras el tratamiento o ruptura”.

En tanto, muchos autores han investigado la dinámica de las familias alcohólicas, y se señalan que pasan por “crisis familiares no transitorias” que se ve reflejado en divorcios, enfermedades crónicas o muerte, violencia, descuido a los hijos, pérdida de afecto hacia el bebedor, problemas judiciales, dificultades en sus relaciones interpersonales (García, et al., 2004; pág. 20).

En varias ocasiones la mujer tiene problemas con el alcohol, ésto ocasiona problemas en el hogar, tensión, violencia no sólo familiar sino en toda su sociedad y además, adquiere una imagen negativa de sí misma (Góngora, y Leyva, 2005).

Sin embargo, la forma en que cada uno de los familiares reaccione al alcoholismo de algún miembro, puede ir desde la indiferencia y apatía hasta agresión y violencia en la familia (Natera, Medina, Callejas, Juárez y Tiburcio, 2011).

Alcoholismo en los padres

Los padres alcohólicos son personas inmaduras y aumenta cuanto más temprano haya sido el inicio del consumo abusivo. El alcohólico abandona sus

responsabilidades y quien las asume regularmente es su pareja (Mena y Casado, 1997; citado en Casado, J., Díaz, J. y Martínez, C., 1997).

El alcohólico tiene una fuerte tendencia a accidentarse y a tener actos violentos. También, en los padres alcohólicos existe una mayor prevalencia de traumatismos, accidentes, homicidios y suicidios. Por otra lado, a causa de los efectos crónicos del alcohol, muestran una mayor frecuencia de patología, ya sea digestiva, con una alta prevalencia de cirrosis, osteoarticular, neurológica, cardiovascular, cáncer, etc. Por tanto, el padre alcohólico suele ser violento, inmaduro, irresponsable, un enfermo crónico y así lo percibe el hijo (Mena y Casado, 1997; citado en Casado, J., Díaz, J. y Martínez, C., 1997).

Otras características que tienen los padres alcohólicos son que comúnmente carecen de autoestima, capacidades de control de los sentimientos de hostilidad, tolerancia a la frustración y son propensos a la ansiedad y depresión (Mena y Casado, 1997; citado en Casado, J., Díaz, J. y Martínez, C., 1997).

De acuerdo a la investigación realizada por R. Santana-Tavira; R. Sánchez-Ahedo y E., Herrera-Basto (1998) en diversos estudios donde determinan el perfil del agresor y la víctima, se ha encontrado que la figura parental que más agrede es la madre. Dentro de las características que definen al agresor, se ha descubierto principalmente al alcoholismo y la adicción a drogas.

Finalmente, un bajo nivel socioeconómico se relaciona a un mayor riesgo de que los adolescentes españoles fumen, beban alcohol, suspendan, vean más televisión y no practiquen deporte. Además, el que la madre beba se asocia a un mayor riesgo de que sus hijos fumen y beban, y el que ambos padres beban se asocia a un mayor riesgo de que sus hijos lo hagan (Kovacs, Gestoso, Oliver-Frontera, Gil, López, Mufraggi y Palou, 2008).

Hijos de alcohólicos

Cuando el bebedor consume cada vez más, los afectados principalmente suelen ser el cónyuge y los hijos, experimentan violencia física y psicológica, se aíslan de

su sociedad, pierden amistades, tienen la creencia de que controlan su manera de beber y de que las cosas siguen igual, sin embargo, a veces padecen deficiencias temporales en sus funciones cerebrales y del autocontrol, por lo que promueven la agresividad y la vulnerabilidad a accidentes (Bolet & Socarrás, 2003).

Según Benjet, (2010), no buscar atención trae como consecuencia que los miembros de la familia, se encuentren inmersos en esta circunstancia, los cuales sufren problemas de salud mental (cónyuge e hijos). Los hijos de alcohólicos tienden a abusar de sustancias 1.6 veces más de la población exenta de esta circunstancia y cuando está aunado a problemáticas, como negligencia y abuso físico, el riesgo aumenta 2.3 veces (Citado en Del Bosque Garza et al. 2012).

Los hijos de familias alcohólicas, se ven afectados por ambos progenitores (si los hay), ya que el alcoholismo de uno y el coalcoholismo del otro da como resultado un ambiente familiar anormal donde ninguno puede responder ni estar disponible de manera predecible y coherente (Black, 2005). Si ambos padres son alcohólicos el daño es mayor, dada la inatención, violencia, abuso, pobreza, etc.

En la mayoría de las ocasiones, el hecho de que haya un miembro alcohólico, especialmente el padre provoca grandes sufrimientos y asimismo, dificulta el desarrollo de una personalidad más madura (Gradillas, 2001). Los hijos de alcohólicos, muestran un perfil de personalidad caracterizado por disminución de su tolerancia a la frustración, rigidez, perfeccionismo, deseo de controlar, inseguridad, baja autoestima y dificultades para relacionarse, miedo, ansiedad, resentimientos que momentáneamente pueden expresarlos de forma explosiva (Secades, 1998; citado en Careaga, 2009), además de problemas para relacionarse con sus pares.

En una investigación que se llevó a cabo a nivel mundial señala que principalmente en Europa, EUA, Japón y Latinoamérica, ya sean niños o adolescentes hijos de alcohólicos tienden a poseer bajo desarrollo de capacidades intelectuales, por lo que aumentan sus rasgos neuróticos y problemas de conducta (Plant, Oxford, & Grant, 1989).

En otra investigación, se hizo una exploración a madres que tenían problemas conductuales y de salud mental (episodio depresivo mayor y trastorno de ansiedad generalizada), uso de sustancias (alcoholismo, drogadicción y tabaco) y violencia emocional y física, para conocer el impacto en sus hijos y asimismo, si existía una tendencia de presentar dificultades conductuales. De acuerdo con los resultados, si las madres poseen cualquier problemática de las tres clasificaciones provoca un aumento en el desarrollo de agresividad, altos niveles de depresión, ansiedad y problemas de atención de sus hijos (Whitaker, Orzol & Kahn, 2006).

En México, la Secretaría de Salud aporta datos significativos en una población de 286,937 menores con dificultades de aprendizaje, donde el 65% tiene padres que abusan del alcohol. Mientras que en 86 familias, es decir 557 sujetos con problemas emocionales, el 65% de sus padres bebían bebidas alcohólicas, prevaleciendo el padre (Caraveo, et al., 1995).

El adolescente hijo de alcohólico(s), puede aumentar sus relaciones interpersonales, alejarse de quienes ingieren alcohol, o al contrario, puede apegarse a sus pares como una salida de su realidad que le causa vergüenza y preocupación. Igualmente el alcoholismo de sus progenitores determina que su conducta sea anómala (Gradillas, 2001).

Una alternativa para que los miembros de la familia racionalicen la conducta alcohólica es que eviten el tema y que no hablen de lo que realmente está sucediendo. Por lo que es evidente que rara vez los padres puedan observar los problemas de sus hijos (Black, 2005).

Si el problema alcohólico es de la madre, perjudica en gran medida la personalidad del hijo, debido a que el componente emocional que le proporciona es de suma importancia (Gradillas, 2001). Los hijos de los alcohólicos aprenden a no confiar en los demás ni compartir sus sentimientos (Black, 2005).

MacDonald y Blume describen a los hijos de alcohólicos como individuos que niegan el alcoholismo de sus progenitores, ya que dicho problema es

estigmatizado, por lo tanto su sufrimiento es silencioso, no detectado y sin ayuda. De igual modo, Beardslee y cols., encontraron una alta correlación entre el alcoholismo en padres y encarcelamientos, sociopatía y muerte en sus hijos. Por su parte, Florez-Lozano y cols., realizaron un estudio a 100 niños y adolescentes de 8 a 14 años con padres alcohólicos y descubrieron que todos tenían alteraciones psicopatológicas tales como onicofagia, ansiedad, fobias, timidez, inseguridad, dislexias, problemas de aprendizaje, quejas psicósomáticas, alteraciones del sueño, problemas psicosociales en la adaptación en la escuela y familia. En caso de que ambos padres sean alcohólicos, se acentuaron las manifestaciones, enfatizando ansiedad, insomnio, onicofagia y dislexia (Citado en Caraveo, et al., 1995).

Sin embargo, sus consecuencias las viven de diferente manera ya que, depende de la personalidad del niño o adolescente, del comportamiento que el progenitor alcohólico y no alcohólico tenga hacia el hijo, de las distintas condiciones estresantes, de las reacciones afectivas anómalas e incluso de la tendencia a repetir el patrón de consumo de sus padres en la vida adulta (Gradillas, 2001).

Si durante la infancia ha comenzado el alcoholismo paterno, el efecto nocivo será mayor. El hijo puede ser apegado o no, lo cual determinará el nivel de afectación. También, el tipo de relación que mantenga el hijo con el padre, ya sea estrecha o antagónica, influirá en las consecuencias que experimenten los hijos. De igual modo, si el comportamiento que tiene el alcohólico es predominantemente “alegre” afecta en menor grado a sus hijos a diferencia de un violento que los afecta en mayor grado (Gradillas, 2001).

Pero también, el cónyuge no alcohólico a veces puede contrarrestar los prejuicios en que están inmersos los hijos. De acuerdo con el comportamiento del cónyuge no alcohólico, podrá fungir como factor protector o factor de riesgo para el hijo. Esto alude a un cónyuge que no descuida sus funciones maternas, o a un cónyuge que se encuentra la mayor parte del tiempo deprimida, que descuida a sus hijos, el impacto del alcoholismo será mayor (Gradillas, 2001).

A menudo, los adolescentes hijos de alcohólicos comienzan a beber alcohol en esta etapa, por razones como las de su grupo etario; para divertirse, para pertenecer a un grupo social, por curiosidad y en algunos casos es un desafío. Sin embargo, beben con la idea de “eso nunca me sucederá” aunque sus padres sean alcohólicos, pero en muchas ocasiones creen que es una cuestión de poca fuerza de voluntad, que lo pueden controlar y piensan: *“He visto y conozco bastante sobre lo que el alcohol puede hacerle a una persona. En mi caso será diferente”* (Black, 2005; pág. 55).

Pero, las estadísticas demuestran lo contrario, debido a que una de las consecuencias más trascendentes para los hijos de alcohólicos, es que aumenta su probabilidad de volverse alcohólicos a diferencia de cualquier otro grupo. Se han realizado estudios donde aproximadamente de un 50% a un 60% de los alcohólicos (cálculo discreto) tiene, o tuvo mínimo un progenitor alcohólico; es por ello que se considera que el alcoholismo es una enfermedad generacional y que cada vez más se filtra en las familias. Aún no se conoce la causa exacta de este fenómeno (Black, 2005). Diversas disciplinas como la genética, biología molecular e investigaciones sociales coinciden en que los individuos con historia familiar de alcoholismo están propensos a padecer alcoholismo (Shuckit, 1994).

En 2005 se realizó un cálculo en Estados Unidos, relacionado con niños y adultos que son “seres únicos”, en el sentido de que tienen más probabilidad que cualquier otro tipo de individuos, de volverse alcohólicos, dado que son seres que crecieron o están creciendo en hogares alcohólicos (Black, 2005; pág. 19).

Además Black (2005), refiere que se han hecho investigaciones donde frecuentemente los hijos de alcohólicos tienden a casarse con personas que son o van a ser alcohólicas. De la misma forma, se señala que aunque el hijo del alcohólico no viva estas circunstancias, si desarrolla patrones emocionales y psicológicos que podrían ocasionarle problemas en su etapa adulta.

Otras consecuencias que provoca el alcoholismo en mujeres embarazadas, es que no finalizan adecuadamente este proceso y abortan, partos anticipados y

muerte intrauterina, debido a que el bebé no tiene la capacidad de neutralizar la acción del alcohol y metabolizarlo. Además, al nacer estos niños sufren lesiones hepáticas, puesto que su glándula es muy frágil. Aproximadamente un 30% o 40% de los hijos de alcohólicos sufren retraso mental, trastornos de personalidad, conducta anormal y antisocial. En cuanto al aspecto emocional, si existe descuido por parte de las madres alcohólicas hacia sus hijos que inducen desajustes infantiles, deserción escolar y dificultades sociales (Piña, et al., 1991).

Asimismo, el consumo de alcohol en mujeres durante el embarazo, repercute negativamente en sus hijos, ya que un porcentaje muy alto presentan “Síndrome del feto alcohólico” a causa de la alta solubilidad del alcohol y del acetaldehído en la sangre de ambos y lo que orgánicamente se traduce en deformaciones (Piña, et al., 1991).

En general, se indica que la clave es *“tomar en cuenta a todos los hijos que provienen de familias alcohólicas puesto que todos resultan afectados”* (Black, 2005; pág. 33).

Tratamiento en Alateen y Alcohólicos Anónimos

La ENA (2011) indica que así como ha aumentado la cantidad de consumidores de alcohol, también ha ido en aumento los consumidores que buscan algún tipo de tratamiento, siendo aproximadamente 830 mil, y los que cumplen el posible criterio de dependencia ha incrementado casi 40 mil, donde predominan los hombres, ya que las mujeres frecuentemente no buscan tratamiento. Además refiere que los tratamientos más solicitados en los últimos tres años, son con especialistas de la salud en el sector privado y con grupos de autoayuda o ayuda mutua.

Es fundamental que los progenitores alcohólicos, tengan el conocimiento de que su vida puede mejorar y no sólo la suya sino la de todos los integrantes de la familia, pero es necesario que estén en la disposición de cambiar su conducta y de reforzar la conducta de sus hijos. Asimismo, es importante que busquen ayuda del exterior que funja como un apoyo emocional y los encause de manera adecuada,

porque sin ayuda se dificulta el logro de cambios positivos. En la búsqueda de apoyo externo deberán solicitar a profesionales capacitados que conozcan sobre el contexto familiar del alcoholismo para tratar sus problemáticas (Black, 2005).

El apoyo psicológico es fundamental para el alcoholico, cónyuge e hijos siendo este un trabajo integral. La ayuda más accesible son los programas para familiares y amigos del alcoholico, en instituciones como Alcohólicos Anónimos y Jóvenes Alcohólicos Anónimos. Independientemente de que el alcoholico deje de beber o asista a estas instituciones, los hijos y el cónyuge están afectados y necesitan atender su problemática (Black, 2005).

Estos grupos son conformados por personas que tiene un problema en común, ya sean alcoholicos, o algún miembro de su familia lo sea, porque están unidos en búsqueda de una solución en común, es decir, una forma de ayudarse a sí mismos y entre sí (Black, 2005).

Dentro de la agrupación, pueden darse cuenta de que no son los únicos que sufren estos problemas, sin importar su condición socioeconómica; además respetan el anonimato de cada individuo por lo que pueden hablar abiertamente de su problemática. Brinda la oportunidad de tener interacción social y retroalimentación de los semejantes (Black, 2005).

El grupo de Jóvenes Alcohólicos Anónimos está dirigido a personas entre 12 y 21 años que tienen un familiar o amigo alcoholico (Black, 2005).

Se pudo observar en esta investigación que a estos grupos asisten adolescentes desde 11 a 17 años de edad, aproximadamente asisten 60 adolescentes, sus sesiones son 2 veces por semana con una duración de 2 horas; y muestran cohesión y apoyo social.

Por otro lado, en el siguiente capítulo se abordará el tema de resiliencia, desde su definición, características e investigaciones relacionadas a la resiliencia en adolescentes hijos de alcoholicos para poder comprender la presente investigación.

CAPÍTULO 2. RESILIENCIA

Definición de resiliencia

El concepto de resiliencia ha sido ampliamente definido por diversos autores, de los cuales en la presente investigación se hace una recopilación de algunas.

Coleman, & Hagell, (2007) proporciona una definición del concepto de *Resiliencia* como un proceso para adaptarse a la adversidad. Donde no hace alusión a evitar las experiencias de riesgo, sino que es ajustarse de forma exitosa a éstas. En este sentido, un componente importante es el desarrollo emocional, es decir, los sentimientos positivos y negativos. Aprender a ajustarse por medio de experiencias de riesgo beneficia los sentimientos de los adolescentes de estar en control.

Asimismo, la resiliencia “es una variable protectora y moduladora de la salud física y mental en la adolescencia” (Vinaccia, Quiceno, y Moreno, 2007; pág. 142).

Según Ernesto Sábato “El ser humano debe hacer de los obstáculos nuevos caminos, porque a la vida le basta el espacio de una grieta para renacer”, es por ello que, la resiliencia es necesaria para los adolescentes que viven inmersos en una situación de riesgo preponderante, como lo es para los hijos adolescentes de alcohólicos (Munist, et al., 2007; pág. 18).

Michael Manciaux (2003) define que “Resilir es rescindir el contrato con la adversidad” (Pág. 50). Esto implica que se cuenta con la capacidad de tener una perspectiva esperanzadora ante las dificultades y necesidades de los seres humanos, sin perder de vista el entorno histórico-social en que se vive.

También la connotación de resiliencia se ha asociado con distintos factores que provocan reacciones positivas del individuo en diversas circunstancias. Esto implica que permite tolerar, manejar y aliviar los efectos psicológicos, fisiológicos, conductuales y sociales derivados de vivencias traumáticas que, no causan una

desviación trascendente en el curso del desarrollo, con el entendimiento apropiado de la experiencia y repercusiones (Munist, et al., 2007).

De igual forma, la resiliencia en niños se describe de dos maneras, la primera se refiere a la capacidad de recuperarse a sucesos traumáticos tal como la muerte de padres, divorcio, abuso sexual, con los cuales pueden llegar a un restablecimiento eventual conveniente o mejora del funcionamiento emocional; y la segunda se describe como la habilidad para hacer frente al estrés crónico, que se presenta en eventos como la pobreza crónica, el alcoholismo de los padres, enfermedad crónica, violencia doméstica y que sostienen un funcionamiento adecuado ante las constantes circunstancias adversas de vida (Kumpfer et al., 1998, citado en Becoña, 2006).

En resumen, la resiliencia proporciona una visión esperanzadora de una manera de vivir adaptativamente en presencia de la adversidad.

Características de la resiliencia

Una perspectiva en relación con el constructo de resiliencia, es que está compuesto por tres características esenciales: en primer lugar, debe haber una amenaza para el individuo, en segundo lugar, con base en las interacciones psicológicas el individuo muestre capacidad resiliente como disposición a la superación y por ende, se ajuste a las adversidades; y en tercer lugar, que manifieste competencia en una tarea del desarrollo considerando su cultura y edad (Gaxiola, Frías, Hurtado, Salcido, y Figueroa, 2011).

Aunado a lo anterior, Luthar refiere que para que exista resiliencia en un individuo debe contar con dos juicios fundamentales: el primero es la exposición al riesgo o adversidad significativa y el segundo describe que es un afrontamiento individual adecuado (Citado en Coleman, & Hagell, 2007).

De igual manera, existen diversas visiones de las características que debe poseer un individuo resiliente; el autor Cousins explica que las habilidades para la resolución de problemas, alta autoestima, esperanza realista, adecuado control

personal, tenacidad, percepción del cambio como algo favorable, percepción de tener control sobre los sucesos, fe y espiritualidad, optimismo, sentido del humor (Citado en Hernández, 2011).

También, se plantea que la resiliencia puede ser cuantificable y contribuye en la adaptación psicosocial favorable, considerado como un índice de salud mental (Cabanyes, 2010; citado en Serrano-Parra, Garrido-Abejar, Notario-Pacheco, Bartolomé-Gutiérrez, Solera-Martínez, Martínez-Vizcaíno, 2013).

Diversas investigaciones hacen referencia en que esta capacidad forma parte de la personalidad del individuo o también se puede obtener mediante la interacción individuo-contexto en circunstancias adversas (Serrano-Parra, et al., 2013).

En tanto, la función de la resiliencia es de un mecanismo autorregulador que tiene la posibilidad de resguardar al individuo de los efectos negativos en periodos de dificultad (Masten, 2007, citado en Serrano-Parra, et al., 2013).

Por otra parte, se dice que la resiliencia se obtiene de forma “temporal”, ya que es un proceso dinámico, en constante cambio y varía de acuerdo con la intensidad del trauma, del contexto, de la etapa del ciclo vital, la naturaleza del trauma y de la eficacia en las capacidades propias del individuo (Maciaux, 2003).

Aunado a lo anterior, Garmezy (1993) afirma que el ser humano no logra conservarse en un medio de estrés crónico, o en circunstancias adversas toda la vida o durante muchos años (Citado en Becoña, 2006).

Es por ello, que Luthar, Cicchetti & Becker (2000) predicen tres escenarios de respuestas resilientes: 1) Que los individuos en riesgo reaccionen mejor superando las expectativas; 2) Que se adapten positivamente a pesar de las experiencias estresantes y 3) Que se recuperen posterior a un trauma (Citado en Monroy & Palacios, 2011).

Resiliencia en la adolescencia

Se han realizado diversas investigaciones donde se manifiesta que variables entre ellas el sexo y la edad influyen en la resiliencia de las personas, y el impacto que tiene puede ser en mayor o menor medida (González y Valdez, 2009).

Cabe mencionar que, la etapa adolescente afecta la resiliencia. Inclusive, posiblemente cuentan con capacidades resilientes que se bloquean, obstaculizan y se les impide la expresión. Por lo que, la visión de logro negativo va en deterioro del cuidado de la vida y da lugar a las gratificaciones inmediatas y riesgosas (Munist, et al., 2007).

Se argumenta que en América Latina, es necesaria la aplicación de la resiliencia a las características de los adolescentes, dado la estigmatización del comportamiento de éstos, con un juicio recriminatorio cimentado en un razonamiento negativo. Una de las propuestas a lo antes mencionado, es no considerar a los adolescentes como una fuente de problemas, sino como constructores del futuro (Munist, et al., 2007).

A menudo los adolescentes se perciben como individuos que no cuentan con la capacidad de enfrentar sus problemas o dificultades adecuadamente, pero esta conducta puede ocasionarles no sólo consecuencias negativas a sí mismos, sino también en su dinámica familiar y sociedad en general. Por lo tanto, es fundamental considerar las asociaciones que existen entre las formas de afrontamiento y otros componentes como la clase social, el estrés previo, la edad, origen étnico o el género, los cuales influenciarán y modularán su calidad de vida de acuerdo la manera en que perciba dichas situaciones (Ortigosa, Quiles & Méndez, 2003).

El ser resiliente, cada vez se convierte en una necesidad mayor. Una parte importante en los adolescentes es que si su presente es favorable, influirá para que proyecten su labor con esperanza. En este argumento el fenómeno de resiliencia adquiere mayor efectividad (Munist, et al., 2007).

Rutter, (1985) destaca que el hacer una planeación de la vida beneficia la resiliencia, debido a que el adolescente percibe que puede gobernar su vida. Ante las situaciones más severas que experimente un niño, planifica la forma en que saldrá adelante con sus propios recursos, y este recurso desempeña un factor protector.

Según Fergusson y Lynskey (1996) en una investigación acerca de la resiliencia en adolescencia reflejada en el rendimiento escolar, muestra que si a los ocho años de edad estuvieron menos expuestos a dificultades familiares, poseían mejor rendimiento, inclusive no establecían relaciones con iguales que participaran en comportamientos delictivos, ni en actos riesgosos a los 16 años, por el contrario les importaba la protección contra la adversidad familiar (Citado en Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1997).

La resiliencia se conforma tanto con el interior de la persona y con el entorno. Ya que la adolescencia es un grupo vulnerable socialmente, es un desafío lograr considerarlos como un grupo meta que cuenta con necesidades propias y de este modo, contemplar cómo el entorno puede proporcionar los medios necesarios para su desarrollo (Melillo, et al., 2004).

Por lo tanto, en relación al sistema educativo, es esencial que funja como promotor del desarrollo juvenil, de lo contrario será un impedimento para las actitudes resilientes y dificultará sus experiencias dada su ausencia de empatía y al uso de la descalificación (Munist, et al.,2007).

En México, el logro educativo a nivel preparatoria es escaso, y se ha identificado que la relación parental es un factor que influye en gran medida (Gaxiola, González, Contreras y Gaxiola, 2012).

De igual forma, la familia es fundamental, ya que beneficia y fortalece a los factores que permiten que los adolescentes respondan asertivamente y sean resilientes ante la adversidad, sin embargo, todavía los pares e individuos importantes son relevantes (Munist, et al.,2007).

Los adolescentes se encuentran con luchas y desafíos constantes, que tienen que superar y las relaciones con sus padres no siempre son adecuadas, pero la mayoría lo sobrellevan relativamente bien (Coleman & Hendry 1999; Jackson & Goossens, 2006; citado en Coleman, & Hagell, 2007).

No obstante, según Munist, y Suárez, existen algunas circunstancias que obligan a los adolescentes a tomar decisiones que no conciernen a su edad, y es excesivo para ellos. Se tiene la creencia que los ayuda a ser autónomos, no obstante, resulta en una sobreexigencia con una sobreadaptación perjudicial que incluye inseguridad, temor intenso y fracaso. La actitud de colaboración y respeto de un adulto hacia el adolescente en una decisión, fortalece la resiliencia (Citado en Melillo, et al., (2004).

Aunado a esto, dado que los adolescentes se apartan emocionalmente de sus padres, poseen una sensación de autonomía, lo que contribuye en la formación de su identidad, dado que edifica sus deseos, emociones y criterios propios. Esta identidad es uno de los pilares de la resiliencia.

Del mismo modo, incrementa su independencia, donde toma sus propias decisiones siempre y cuando sean con responsabilidad, y esto forma otro pilar de la resiliencia.

De acuerdo con lo anterior, Cardozo (2008) indica que en la etapa adolescente es cuando más se manifiestan las maneras de exposición ante la adversidad; por lo que es fundamental promover habilidades sociales, cognitivas y emocionales, que den lugar a enfrentarse exitosamente a los consiguientes retos.

Se entiende que los adolescentes vivirán riesgos, pero tienen que estar preparados con habilidades para competencia social y emocional, con lo cual alcanzarán su desarrollo propio. Se han observado datos donde el número de trastornos psicosociales incrementan rápidamente, por lo que es de suma importancia promover los sentimientos positivos tanto en núcleo familiar como en los amigos. Esto hace referencia a que los sentimientos negativos son originados

por la falta de autoconfianza, problemas con sus pares y familiares, en tanto que refleja la importancia de los vínculos afectivos estrechos y las redes de apoyo para mejorar su sensación de ser y su salud (Coleman, et al., 2008).

También, para tener un trato favorable de dichas vivencias es necesario examinar cómo se causaron esos fracasos, aprender de ellos y crear alternativas para la solución en conjunto. Esto contribuye a la edificación de la resiliencia (Munist, y Suárez, citado en Melillo, et al., 2004).

Se considera que la participación de los adolescentes es esencial para el desarrollo de la resiliencia, así como también el entendimiento de sus particularidades en la adolescencia contemporánea (Krauskopf, 2007, citado en Munist, et al., 2007).

Así pues, depende del adolescente la construcción de su propia resiliencia. Por lo que es importante potencializar sus recursos y alternativas actuales para impulsar las opciones de resolución de sus circunstancias, es decir, deberá lograr desarrollar factores resilientes en respuesta a situaciones adversas en su diario vivir (Munist, y Suárez, citado en Melillo, et al., 2004).

En general, se hace énfasis en que los adolescentes tienen la posibilidad de manifestar resiliencia en ciertas condiciones y áreas de funcionamiento pero en otras no es así. Por lo tanto, los adolescentes resilientes no cuentan con una cualidad, característica o rasgo único, sino que han vencido la adversidad manifestando patrones de ajuste positivo a través de un proceso dinámico de la resiliencia (Luthar, et al., 1993, citado en Becoña, 2006).

Según algunos estudios, una parte significativa de los hijos de alcohólicos inmersos en este ambiente tendrán problemas, mientras que un porcentaje relevante no va a desarrollar problemas, o si los desarrollan podrán superarlos (Luthar, 1993, citado en Becoña, 2006).

Esto implica que, pese al alcoholismo parental que es un factor de riesgo y pueden existir factores protectores que promueven la resiliencia en sus hijos adolescentes.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo son las circunstancias negativas del contexto que provocan que un individuo esté en riesgo y se desequilibre (Manciaux, 2003).

Se describen los factores de riesgo como rasgos, predisposiciones genéticas, o carencias medioambientales y biológicas que incrementan la respuesta, sensibilidad y reacción a los estresores y factores de riesgo (Luthar, 2006, citado en Monroy & Palacios, 2011).

Asimismo, si el adolescente no tiene éxito en sus relaciones familiares, entre pares y en general en las relaciones interpersonales, le ocasionará un sentimiento de inferioridad, que será una limitante latente. Además, si docentes, cuidadores o amigos se empeñan en mostrarle su incapacidad, se burlan, le provocará inseguridad, dudará si realmente es merecedor de afecto y de llegar o lograr su objetivos. Por lo tanto, sobrevalorar sus fracasos afectará su autoestima y el impulso a avanzar (Munist y Suárez, citado en Melillo, et al., 2004).

Factores de protección

En la noción de resiliencia, la definición de protección señala la capacidad de manejar el peligro, por lo que funge como un elemento de control interno, y de la formación de la persona ante el riesgo (Munist, et al., 2007).

Monroy y Palacios (2011), definen los factores protectores como rasgos, características del entorno e intervenciones que son parte importante para la resistencia o contrarrestan las consecuencias de los factores de riesgo. Asimismo, tienen una relación con la salud y el desarrollo funcional, disminuyen el impacto del riesgo y la respuesta negativa a los factores de riesgo, que promueven la resiliencia y proporcionan alternativas para enfrentar adaptativamente la situación.

Los factores protectores tienen la función de revertir la percepción de la problemática presente y así, logren afrontarla exitosamente (Kotliarenco, Munist, Santos, Suárez Ojeda, Infante y Grotberg, 1998).

Garmezy (1991) identificó los siguientes factores protectores que se encuentran inmersos en la resiliencia:

- *Atributos individuales*: Incluye las características de los individuos que se asocian a adecuadas habilidades intelectuales, temperamento positivo y autoconcepto positivo.
- *Atributos familiares*: Incluye las características del entorno familiar, tales como cohesión, preocupación por el bienestar de los niños, orden, organización parental y expectativas de los padres.
- *Atributos de la comunidad*: Incluye disponibilidad de apoyo externo ya sea en la escuela, vecindario, que conforme redes sociales fuertes para el individuo de manera que lo ayude a afrontar sus circunstancias, y que funjan como modelos de identificación.

Los factores anteriores dicho autor los clasifica en dos categorías mayores:

- *Factores internos*: Hace referencia a las características que constituyen los niños y adolescentes como el temperamento, inteligencia, autoestima, sentido del humor, empatía, percepción de que los eventos que ocurren son consecuencia de sus propias acciones y autonomía.
- *Factores externos*: Hace referencia a la cohesión, cordialidad familiar, amor, protección, por lo menos en uno de los padres.

En general, los factores protectores están asociados a un ajuste positivo que incluye: logro académico, ajuste conductual, características de personalidad como autoestima positiva y confianza; y factores externos como un apoyo familiar y ambiental (Schoon & Parsons, 2000; citado en Coleman & Hagell, 2007).

Hay otros factores protectores que contribuyen a la resiliencia, como es el pensamiento crítico, siendo una capacidad del individuo donde logra aniquilar sus ideas, extrae conclusiones, cuestiona y evalúa el razonamiento de los otros. También el proyecto de vida es significativo para la resiliencia ya que es conocido

como una acción siempre abierta y renovada de superar el presente y abrirse camino hacia el futuro (Munist, et al., 2007).

Es fundamental para la persona inmersa en diversos factores de riesgo, encontrarle sentido a sus circunstancias adversas y no victimizarse, y mediante el sufrimiento, estrés y cambio posea una convicción de que mejorará la situación en la que se encuentra y que tenga la creencia de que estas vivencias cuentan con un significado positivo, un sentido de vida donde debe crear componentes positivos para el mismo y para los demás. Además, el tener la perspectiva de que la vida tiene un propósito, que cada persona tiene un camino en la vida que es único y que es primordial conservar una visión estable de la propia vida pesar de las experiencias negativas (Becoña, 2006).

Por lo que, en la mayoría de las ocasiones experimentar una situación traumática desata elementos de superación. Esto indica que el sentido de vida donde está inmerso el proyecto de vida, involucra no sólo la parte intelectual, sino también lo afectivo y espiritual y da lugar a abrirse a la realidad. Dejando claro que, descubrir un sentido de vida implica la posibilidad de elaborar el propio proyecto de vida. (Vanistendael, 2003; citado en Munist, 2007).

Familia y resiliencia

Gran parte de las investigaciones realizadas en este tema, muestra que relaciones basadas en amor y confianza son fundamentales para la resiliencia, porque son motivantes y proveen de seguridad al individuo; ya sea dentro y fuera de la familia (Jaramillo, et al., 2005).

La familia funge como un factor protector que promueve la resiliencia. Sin embargo, cabe hacer énfasis, que el ámbito social es a la fase juvenil lo que la familia es a la niñez.

En una investigación realizada por Amandine, señala que si el niño cuenta con una relación estable y firme con alguno de sus padres o cuidadores durante su desarrollo la mayor parte del tiempo posible, por consiguiente su personalidad

será conformada por características resilientes como eficacia personal, académica, etc. (Citado en Manciaux, 2003).

Dicho lo anterior, se han realizado investigaciones donde se afirma que no sólo el concepto de resiliencia es aplicado de manera individual, sino también la familia puede ser resiliente (Hernández, 2011).

La familia puede facilitar la resiliencia en los adolescentes por medio de un extenso apoyo que incluye: socialización temprana para la vida adulta, apoyo social y emocional durante esta etapa, y apoyo material y financiero (Marrow & Richards 1996; citado en Coleman & Hagell, 2007).

Se hace énfasis en que los individuos resilientes cuentan con mínimo una persona que les proporciona atención, cariño y apoyo, el cual se denomina como tutor de resiliencia y puede ser desde un miembro de la familia, hasta un terapeuta o algún personal de salud que guían a la familia a encontrar estrategias de afrontamiento adecuadas que promueven la resiliencia (Hernández, 2011).

Sociedad y resiliencia

La sociedad funge un papel de suma importancia en el individuo en riesgo, debido a que el apoyo externo a la familia también protege ante la adversidad (Kotliarenco y Dueñas, 1994, citado en Pérez, 2005).

Un aspecto significativo implicado en el ámbito social es la fe, pues si bien no es necesario pertenecer a una iglesia y participar en sus actividades, lo trascendente es creer en algo y además, el participar en actividades religiosas, culturales, o humanitarias intervienen como factores protectores (Kotliarenco, et al., 1994, citado en Pérez, 2005).

“Lo espiritual se describe como una fuerza que une y motiva hacia la búsqueda de un significado de la existencia, trasciende a la persona, es algo que relaciona a la persona con el mundo y con un Ser Superior” (Soeken, 1987). Y según Astin, et

al., (1997) la espiritualidad es un sentido de relación con un Poder Superior y un sentimiento de totalidad (Citado en Canaval, et al, 2007; pág. 74).

Dicho lo anterior, Rubin (2004) también menciona que el desarrollo de amistades, se define como un recurso ampliamente útil dado que se validan los intereses, esperanzas y miedos, y proporcionan apoyo y seguridad social (Gaxiola, González, Contreras y Gaxiola, 2012).

La aceptación de los pares, amistades y en general, el apoyo social contribuye a que el individuo supere la adversidad familiar en la que vive y le ayuda a obtener habilidades sociales (Luthar, 2006, citado en Monroy & Palacios, 2011).

Resiliencia y alcoholismo

Uno de estos factores de riesgo es el trastorno mental de los padres los cuales, ocasionan dificultades emocionales y conductuales, y a su vez, se relaciona con las características propias del niño (Rutter, 1985).

Además, en familias donde existe un integrante con algún trastorno mental se enfrentan a sentimientos tales como tristeza, culpa, de pérdida, frustración y estrés así como cambios bruscos en los roles familiares y por lo tanto, un desorden en la estructura familiar, pues deben cumplirse demandas que dejan exhaustos a los implicados (Hernández, 2011).

De acuerdo con Kotliarenco y Dueñas, (1994) y Manciaux, (2003) el alcoholismo parental es considerado como un estresor anormal, ya que cuando ocurre trae consigo acontecimientos traumáticos y como consecuencia estrés, lo que interfiere con el desarrollo normal del individuo y la dinámica familiar (Citado en Pérez, 2005).

Sin embargo, para tales familias no es forzoso que sufran siempre por esta situación, porque tienen la posibilidad de salir adelante y lograr una homeostasis familiar (Hernández, 2011). Y a su vez, enfrentarse efectivamente a las situaciones sociales estresantes.

Hay investigaciones con individuos resilientes donde demuestran que aunque su familia y contexto son un factor de riesgo, no siempre les provocan trastornos que perduran (Hernández, 2011).

Wolin y Wolin examinaron a personas que habían sido educadas por cuidadores alcohólicos, de los cuales habían recibido abuso y, pese a ello, habían podido establecer vidas sanas (Amar, Kotliarenco y Abello, 2003; Hernández, 2011).

Por otra parte, Werner y Johnson (1989, 2004), en un estudio longitudinal que llevaron a cabo a través de 30 años a 55 hijos de alcohólicos (uno o ambos progenitores alcohólicos) en Kauai Hawai, refleja que a la edad de 31 años, el 51% de estos adolescentes lograron un ajuste positivo, los hijos no desarrollaron ninguno de los síntomas teóricamente esperados y crecieron como adultos competentes con su desarrollo adecuado, principalmente debido a las relaciones de apoyo de miembros de la familia tal como la madre, los hermanos, los abuelos o tíos, los cuales fungieron un papel importante de ayuda en su crecimiento personal adecuado y por ende, aumentó su autoestima y autoeficacia de dichos individuos (Citado en Cardozo y Alderete, 2009).

También Cutrona et al., realizaron una investigación donde no encontraron relación entre el alcoholismo de los padres y la tendencia a desarrollar síndrome de dependencia o patrones de abuso de alcohol (Citado en Natera, Borges, et al., 2001).

En consecuencia, la resiliencia se ha definido como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que dan la posibilidad de establecer una vida sana, viviendo en un medio insano (Kotliarenco, et al., 1998).

En conjunto, los factores de riesgo, protectores, características propias del individuo, contexto social y familiar se encuentran en constante interacción, y favorecerán o no una adaptación adecuada frente a la adversidad.

CAPÍTULO 3. MÉTODO

Planteamiento del problema

El alcoholismo causa estragos en el organismo humano y en lo social, así pues, a nivel mundial 70 millones de personas sufren dependencia al alcohol, lo que genera 60 tipos diferentes de enfermedades en las cuales el alcohol tiene un papel causal importante (OMS, 2011). Sin embargo, no sólo el daño por el consumo de alcohol se puede observar a nivel biológico, sino a nivel familiar, cultural y laboral. Cuando el padre tiene problemas de alcoholismo, el hijo adolescente también se encuentra inmerso dentro de esta condición de riesgo y le ocasiona más dificultades. Las familias en las que entre sus integrantes existe un miembro alcohólico presentan patrones de interacción distintos de las familias en las que no hay miembros con adicciones. Por lo tanto, si el comienzo del problema del alcoholismo del padre coincide con una etapa donde el psiquismo de los hijos se muestra más vulnerable, el efecto nocivo será mayor y da lugar a numerosos problemas emocionales y de comportamiento (Casas y Navarro, 2001), afecta de tal manera que con frecuencia los hijos pueden imitar el comportamiento de ingestión y repetir este patrón. No obstante, existen estudios donde muestran que hay adolescentes que han pasado por circunstancias adversas y no desarrollan problemas de salud mental, abuso de sustancias, alcohol o conductas criminales, ya que poseen la habilidad para afrontar exitosamente las condiciones adversas que resulta de la interacción de diversos elementos en la vida del adolescente (Becoña, 2006). Por lo tanto, es trascendente conocer si los adolescentes con padres alcohólicos poseen esta capacidad llamada *Resiliencia*.

Ante la existencia de esta problemática se plantearon las siguientes preguntas de investigación: ¿Existe una relación entre el alcoholismo de los padres y la capacidad resiliente de sus hijos adolescentes? y ¿Qué diferencias existen entre adolescentes resilientes y no resilientes, ambos hijos de alcohólicos?.

Objetivo general

Describir si existe relación entre el alcoholismo de los padres y la capacidad resiliente de sus hijos adolescentes, así como conocer las diferencias en relación a su capacidad resiliente y a algunos factores sociodemográficos entre adolescentes resilientes y no resilientes, hijos de alcohólicos que pertenecen a Grupos de Alateen.

Objetivos específicos

- Describir qué porcentaje de adolescentes hijos de alcohólicos tienen capacidad resiliente.
- Describir qué porcentaje de adolescentes hijos de alcohólicos no tienen capacidad resiliente.
- Analizar qué diferencias existen entre los hijos de alcohólicos resilientes e hijos de alcohólicos no resilientes.
- Describir cuáles son los factores resilientes que poseen los hijos de alcohólicos.
- Diseñar un programa de intervención de acuerdo a los dominios de la resiliencia más bajos detectados en la presente investigación, como un proyecto a mediano plazo.

Hipótesis

Hi. Existe relación entre el alcoholismo de los padres y la capacidad resiliente de sus hijos adolescentes.

H₀. No existe relación entre el alcoholismo de los padres y la capacidad resiliente de sus hijos adolescentes.

Definición de variables

- Variable Independiente: Alcoholismo
- Variable Dependiente: Resiliencia

Definición conceptual de las variables

Alcoholismo: Según la OMS (2011), es la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre. El alcoholismo parece ser producido por la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos. Se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol, y produce un daño cerebral progresivo y finalmente la muerte. Del Bosque Garza (2012), menciona que está ligada a una serie de consecuencias agudas y crónicas en la salud del individuo y en la sociedad que pueden derivarse de eventos de intoxicación aguda como es el caso la violencia doméstica que implica el desarrollo de agresión física, sexual o psicológica contra cualquier miembro de la familia, principalmente a mujeres y niños.

Resiliencia: Es un proceso para adaptarse a la adversidad. Más que evitar las experiencias de riesgo, la resiliencia implica ajustarse de manera exitosa a ellas. Es importante el desarrollo emocional, por eso se habla de sentimientos positivos y negativos. Aprender a ajustarse mediante experiencias de riesgo favorece los sentimientos de la gente joven de estar en control (Coleman, et al., 2008).

Definición operacional de variables

La variable Resiliencia se conoció a través de las respuestas obtenidas en el Cuestionario de Resiliencia de Rodríguez-Kuri y Pérez, (2002): Los reactivos que conforman el área de *actitud prospectiva*, valoran la orientación hacia el futuro y la capacidad de trazarse un proyecto de vida y organizarse a fin de cumplir metas a corto y largo plazo. El área de *actitudes prosociales* evalúa aspectos como disposición activa o de apoyo hacia los demás, actitudes de respeto hacia los otros y capacidad para interactuar y establecer vínculos significativos.

El área *autoestima* indaga la forma como el adolescente se percibe y valora a sí mismo en términos de imagen, y el nivel de satisfacción consigo mismo. El área de *expresión de afectos y manejo de sentimientos depresivos* se sondean la capacidad del adolescente para expresar sus afectos, así como para identificar, expresar y actuar con respecto a sentimientos depresivos. El área de *asertividad* evalúa las habilidades del individuo tanto para defender sus derechos y opiniones, como para resistirse a la influencia de su grupo de pares. Finalmente, *control de impulsos* indaga la existencia de respuestas de irritabilidad, desesperación o depresivas que denotan pérdida del autocontrol ante situaciones frustrantes.

La variable de alcoholismo se abordó mediante los reactivos de la hoja de datos sociodemográficos, que se diseñó ex profeso para este estudio, reactivos que estuvieron relacionados a quién es la persona que tiene el problema de alcoholismo, puesto que sólo los que tuvieran padres (madre, padre o ambos) que bebieran alcohol participarían en esta investigación; si dicho(s) progenitores ingieren alcohol actualmente, en caso de que ya no beban, el tiempo que tiene y si asiste a un Grupo de Alcohólicos Anónimos. Por otro lado, se les preguntó cuánto tiempo tienen asistiendo a Alateen, si creen que la convivencia con un familiar alcohólico ha influido negativa o positivamente en ellos, si piensan que han podido o no salir adelante a pesar de que sus padres beban o hayan bebido alcohol y quién consideran que los ha ayudado a superar esta adversidad y posteriormente, lo que es para ellos el alcoholismo, con el objetivo de conocer si estos factores contribuyen su capacidad resiliente.

Muestra

El estudio se realizó con un total de 60 adolescentes de edades entre 11 y 17 años, de ambos sexos hijos de alcohólicos que asisten a Alateen de la Ciudad de México.

La muestra de los adolescentes hijos de alcohólicos fue tomada de los Grupos de Alateen, los cuales se dedican a brindar ayuda a los hijos de los alcohólicos a recuperarse de los efectos ocasionados por vivir con los problemas de alcoholismo de sus padres, por lo tanto se tiene la certeza de que sus padres son alcohólicos.

Escenario

El lugar donde se realizó la aplicación de los instrumentos a los adolescentes fue en los Grupos de Alateen, bajo el consentimiento de las autoridades de los Grupos y de los adolescentes.

Instrumentos

Hoja de datos Sociodemográficos. Se hicieron preguntas con el objetivo de conocer qué factores están presentes en los adolescentes hijos de alcohólicos resilientes y no resilientes.

Cuestionario de Resiliencia de Rodríguez-Kuri y Pérez, (2002): La prueba *alfa de Cronbach* muestra un coeficiente de 0.86; lo que indica una buena confiabilidad del instrumento y además, ha sido aplicado en adolescentes Mexicanos. Es un instrumento elaborado con 70 reactivos, que identifica características de resiliencia, entre ellas: Control de Impulsos, Asertividad, Actitud pro-social, Autoestima, Expresión de afectos y manejo de sentimientos depresivos y Actitud prospectiva. Con tipo de respuesta dicotómica.

Tipo de estudio

Se llevó a cabo el estudio mediante un diseño no experimental, transversal. El tipo de estudio fue descriptivo, dado que se exploró y describió la resiliencia en el contexto de los Grupos de Alateen, se refirieron las características resilientes de los adolescentes hijos de alcohólicos, se evaluaron a éstos, se recolectaron datos, se puntualizaron con precisión las dimensiones de la resiliencia y de la muestra; y finalmente, se detallaron las diferencias y similitudes entre los hijos de alcohólicos resilientes y los no resilientes.

Diseño estadístico

El diseño estadístico empleado fue *Distribución de frecuencias*.

Procedimiento

En la presente investigación se conversó con las autoridades correspondientes de los Grupos y también con los adolescentes, con el objetivo de pedir su consentimiento para la aplicación del instrumento. Posteriormente, se les dio una breve explicación sobre la investigación y se hizo énfasis en que sus repuestas serían completamente anónimas.

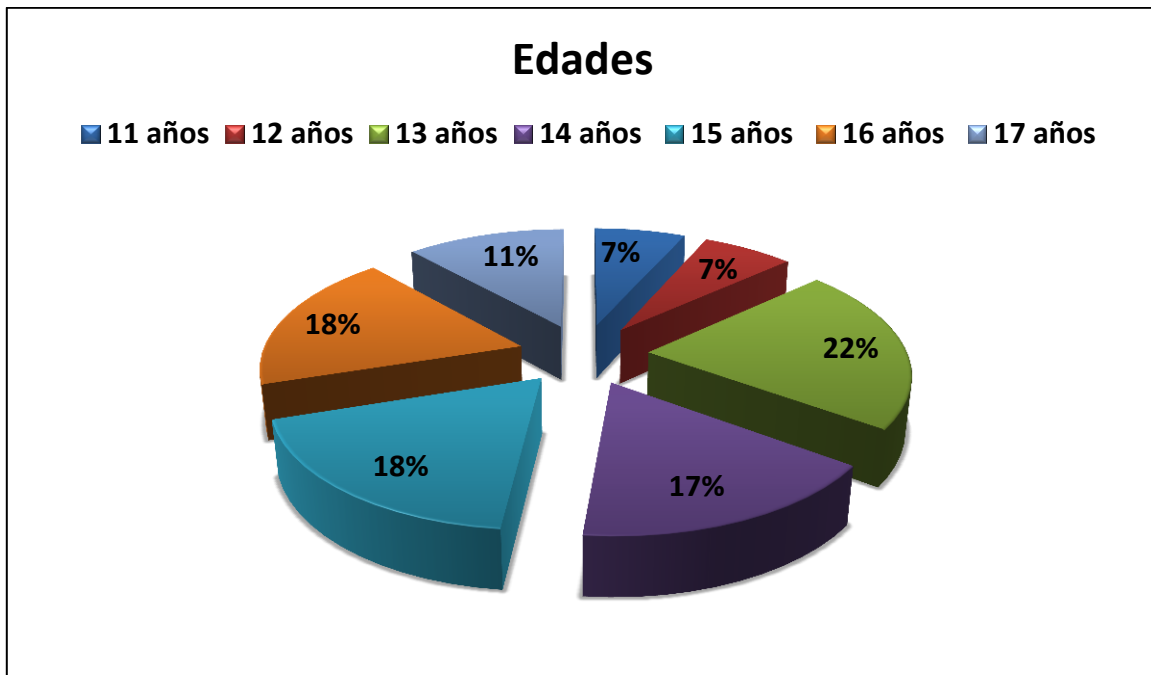
Se procedió a la aplicación de los instrumentos de manera grupal a 60 adolescentes hijos de alcohólicos, dentro de las instalaciones de los Grupos de Alateen. Inicialmente a todos los adolescentes se les aplicó el “Cuestionario de Resiliencia” de Rodríguez-Kuri y Pérez, 2002. Consecutivamente, se les aplicó la Hoja de datos Sociodemográficos.

Una vez que finalizó la aplicación del instrumento, se les agradeció a los adolescentes su participación, a continuación se realizó la captura de los datos obtenidos y análisis estadísticos en el programa SPSS Versión 20 de IBM Statistics.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

Características sociodemográficas de la muestra general

La muestra total estuvo conformada 60 adolescentes donde 25 son del sexo masculino y 35 del sexo femenino, con edades que oscilan entre los 11 y 17 años (\bar{X} = 14.35 y DE= 1.725). (Gráfica 1)



* Gráfica 1. Edades de los adolescentes.

El 83.3% de los adolescentes estudia, el 1.7% trabaja, el 13.3% realiza ambas actividades y el 1.7% no realiza ninguna actividad. Respecto a la escolaridad de los adolescentes, el 60% se ubica en nivel medio y el 40% en nivel medio superior.

En la mayoría de los adolescentes su familia estuvo compuesta por su núcleo principal, es decir, el 70% vive con ambos padres. En relación a la composición familiar monoparental, el 5% vive con su padre y el 21.7% vive con su madre, finalmente sólo el 3.3% vive con otros cuidadores.

Gran parte de los adolescentes afirmaron que su padre es el que bebía alcohol, el resto mencionó que son ambos padres quienes bebían; pero el 6.7% de estos

adolescentes agregaron además de sus padres a “otros” familiares que beben alcohol. (Tabla 2)

Progenitores alcohólicos

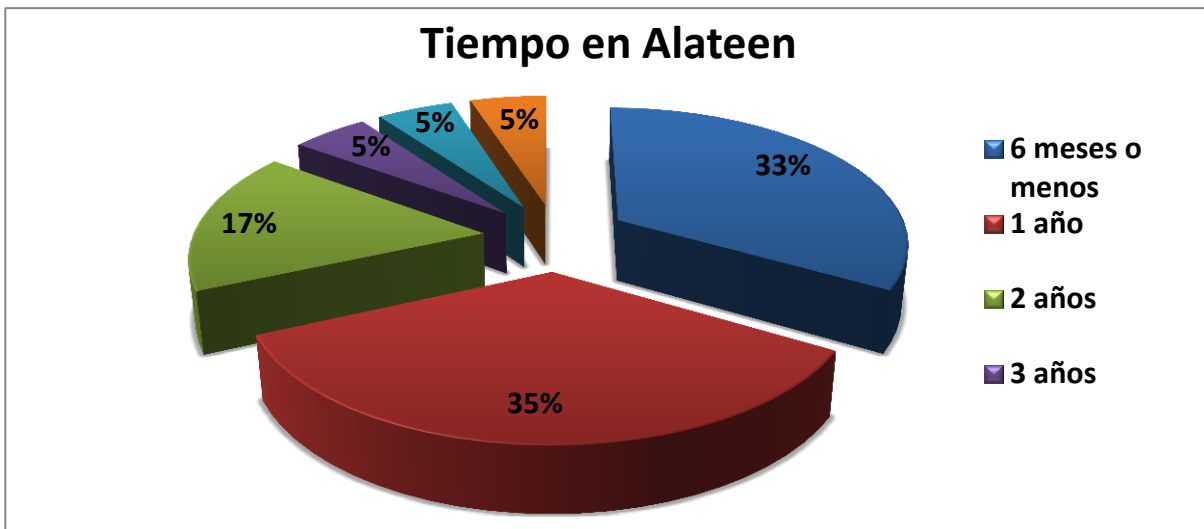
	Frecuencia	Porcentaje
Padre alcohólico	48	80 %
Ambos padres alcohólicos	12	20 %

* Tabla 2. Ingestión de alcohol en los padres.

En cuanto a la ingestión de alcohol en los padres, refirieron que un 77% actualmente ya no ingieren alcohol y 23% de los padres aún siguen bebiendo; de los que ya no beben el 72% asiste a un Grupo de Alcohólicos Anónimos y el 4% no asiste a Grupos.

En función del tiempo que los adolescentes tienen asistiendo al Grupo de Alateen, el 35% tiene de 1 año, el 33% tienen de 6 meses o menos, el 17% tienen de 2 años y el 15% restante de los adolescentes se distribuyen de 3 años en adelante.

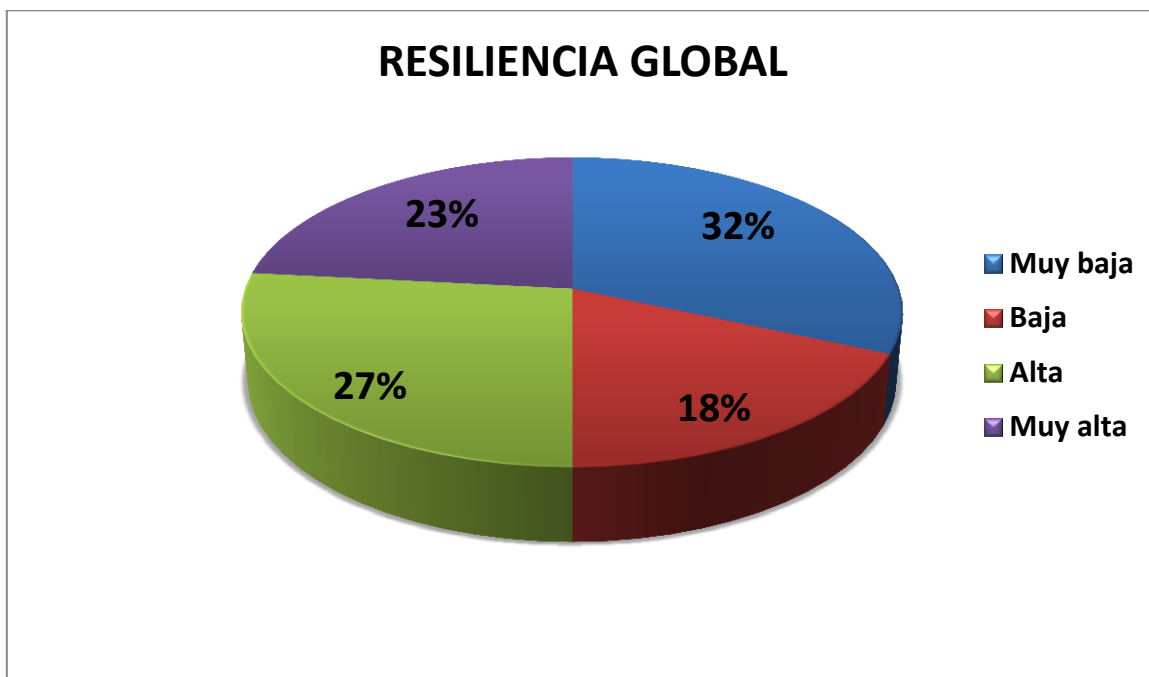
(Gráfica 2)



* Gráfica 2. Tiempo que tienen asistiendo.

Cuestionario de Resiliencia

A través del análisis de frecuencias para obtener los índices de **Resiliencia Global** en los adolescentes hijos de alcohólicos que pertenecen a los Grupos de Alateen, los resultados indican que el 50% cuentan con capacidad resiliente y el otro 50% no cuenta con esta capacidad. Es importante mencionar que en la distribución de los adolescentes, la mayor parte muestran resiliencia “Muy baja”, le sigue resiliencia “Alta”, posteriormente resiliencia “Muy alta” y finalmente, resiliencia “Baja”. (Gráfica 3)



* Gráfica 3. Índices de Resiliencia Global.

De acuerdo con los seis dominios del instrumento que conforman la *Resiliencia Global*, se encontró que en general los adolescentes poseen menor *Control de Impulsos* y *Actitud Prospectiva*, lo cual hace referencia a que no se plantean metas a futuro y tienen dificultad para autocontrolarse. Respecto a las *Actitudes prosociales* de los adolescentes, se indica que la mayoría tiene dificultades para interactuar y establecer vínculos. En relación a la *Asertividad y Autoestima* el 55% muestran índices bajos, por lo tanto no es tan pronunciada la diferencia a los índices altos. Por otra parte, en el dominio de *Expresión de afectos y manejo de*

sentimientos depresivos casi la mitad cuenta con esta característica de la resiliencia. En consecuencia, puede observarse que la mayoría de los hijos de alcohólicos poseen índices bajos en algunas áreas que conforman su capacidad resiliente. (Tabla 3)

Índices de Resiliencia por Dominio

Dominio	Muy Baja		Baja		Alta		Muy Alta	
	P	F	P	F	P	F	P	F
<i>Control de Impulsos</i>	33%	20	32%	19	15%	9	20%	12
<i>Asertividad</i>	33%	20	22%	13	30%	18	15%	9
<i>Autoestima</i>	37%	22	18%	11	33%	20	12%	7
<i>Actitudes prosociales</i>	38%	23	25%	15	18%	11	19%	11
<i>Expresión de afectos y manejo de sentimientos depresivos</i>	31%	19	20%	9	24%	14	25%	15
<i>Actitud Prospectiva</i>	27%	16	43%	26	30%	18	**	

* Tabla 3. Índices de Resiliencia.

** Ningún adolescente alcanzó este índice.

Al relacionar el sexo de los adolescentes con la resiliencia global, se encontró que el 60% del sexo femenino poseen capacidad resiliente, por lo tanto el 40% no la poseen; mientras que sólo el 36% del sexo masculino son resilientes y el 64% no lo son, lo cual refleja que las adolescentes han logrado afrontar las situaciones de riesgo en las que se han encontrado inmersas en comparación con los hombres.

En relación a la resiliencia global y las edades de los adolescentes se observa que los más resilientes tienen 17 años, ya que son 7 con esa edad de los cuales todos poseen Resiliencia “Muy alta”. De igual modo, los adolescentes de 12, 13 y 15 años tienen mayor Resiliencia a diferencia de los adolescentes de 11, 14 y 16 años donde la mayoría muestra Resiliencia “Muy baja” y “Baja”. Estos resultados manifiestan que a mayor edad del adolescente mayor Resiliencia. (Tabla 4)

Resiliencia Global y Edades

Edades	Muy Baja	Baja	Alta	Muy Alta	TOTAL	
					F	P
11	3	0	1	0	4	7%
12	1	0	1	2	4	7%
13	5	0	6	2	13	22%
14	5	2	3	0	10	17%
15	1	4	4	2	11	18%
16	4	5	1	1	11	18%
17	0	0	0	7	7	11%
TOTAL	19	11	16	14	60	100%

* Tabla 4. Resiliencia Global con relación a edades.

Referente a la ocupación de los adolescentes resilientes, el 77% estudian, el 20% estudian y trabajan, y el 3% no realizan ninguna actividad; en cambio, de los adolescentes no resilientes el 90% estudian, el 7% realiza ambas actividades y el 3% trabaja. Ante esto, se puede afirmar que para algunos adolescentes el sólo hecho de trabajar es un factor que afecta su capacidad resiliente, no obstante, cabe mencionar que otras situaciones también pueden afectarla; por el contrario se observa que para algunos que no estudian ni trabajan si poseen esta capacidad y en ciertos adolescentes el estudiar y trabajar simultáneamente favorece su resiliencia.

Un dato importante es que en esta muestra de adolescentes el estudiar no es un factor que determina su capacidad resiliente debido a que los adolescentes con escolaridad de nivel medio (Secundaria) el 50% manifiesta que son resilientes y el otro 50% no poseen esta capacidad. Ocurre lo mismo con el nivel medio superior (Preparatoria).

Concerniente a la convivencia del adolescente con sus progenitores y su resiliencia global, se revela que el 50% que viven con ambos padres son

resilientes y el otro 50% no son resilientes; respecto a los adolescentes que viven con su madre, el 54% no son resilientes, mientras que el 46% si muestran resiliencia; y finalmente el 67% que viven con su padre son resilientes a diferencia del 33% que no son resilientes. En los adolescentes que viven con otros cuidadores no se encontraron diferencias significativas.

Además, se asoció el índice de resiliencia global en los adolescentes y el alcoholismo sólo del padre, lo cual muestra que el 54% no son resilientes, mientras que el 46% son resilientes, en comparación a los adolescentes con ambos padres alcohólicos donde el 60% son resilientes y el 40% no son resilientes.

Cabe destacar que, 2 adolescentes refirieron que toda su familia es alcohólica, es decir, ambos padres y además, otros familiares como hermanos, tíos, primos y pese a que el factor de riesgo es mayor, estos adolescentes cuentan con capacidad resiliente.

Adicionalmente, en los adolescentes con progenitor(es) que ingieren alcohol actualmente y la relación con su índice de resiliencia global, se observó que el 64% de estos adolescentes son resilientes y el 36% no cuentan con esta capacidad. Por otra parte, los adolescentes con padres que actualmente no beben alcohol, el 46% son resilientes y el 54% no poseen esta capacidad. (Tabla 5)

Resiliencia global y Consumo de alcohol

	Muy baja	Baja	Alta	Muy alta
Padres que consumen alcohol	36%	**	36%	28%
Padres que ya no consumen alcohol	30%	24%	24%	22%

* Tabla 5. Adolescentes con progenitores que actualmente consumen o no consumen alcohol y su relación con su resiliencia global.

Un dato relevante es que de los 14 adolescentes que tienen padres alcohólicos que actualmente ingieren alcohol, justo la mitad viven actualmente con ellos y la otra parte no viven con ellos. Del total de los adolescentes que viven con ellos, la

mayoría son resilientes (86%), mientras que del total de los adolescentes que no viven con ellos, el 57% no es resiliente y el 43% si es resiliente.

Por el contrario, de 46 adolescentes que tienen padres alcohólicos que actualmente ya no beben alcohol, 38 viven con ellos y el resto no viven con ellos. De los 8 adolescentes que no viven con ellos el 38% cuentan con capacidad resiliente y así como de los 38 que viven con ellos, el 47% son resilientes.

Respecto al índice de resiliencia global de los adolescentes con padres que actualmente no ingieren alcohol, aparece que padres con un periodo de 0 a 6 meses sin beber, el 66% de sus hijos son resilientes y el 34% no son resilientes, de 1 año sin beber el 57% de sus hijos no son resilientes y el 43% son resilientes; de 2 a 4 años sin beber el 50% de sus hijos son resilientes y el otro 50% no lo es y finalmente, el 61% de los adolescentes con padres que tiene 5 años o más sin beber muestra que no poseen capacidad resiliente y el 39% si conservan esta capacidad. Es por ello que, el ingerir alcohol puede no ser el factor que afecte más en el desarrollo de la resiliencia en sus hijos. (Tabla 6)

Resiliencia global y tiempo sin consumir

Resiliencia	0-6 meses	1 año	2 años	3 años	4 años	5 años
Muy baja	*	43%	33%	*	33%	39%
Baja	34%	14%	17%	50%	17%	22%
Alta	33%	*	33%	25%	33%	22%
Muy alta	33%	43%	17%	25%	17%	17%

*Tabla 6. Tiempo que los padres tienen sin consumir alcohol y la resiliencia global de sus hijos.

Del total de adolescentes donde sus padres no beben actualmente y asisten a Grupos de Alcohólicos Anónimos, el 49% indica que son resilientes a diferencia del 51% que no son resilientes. Pero si se manifiesta que la mayoría de los adolescentes con padres que no asisten a grupos de AA no son resilientes.

En función del tiempo que los adolescentes tienen asistiendo al Grupo de Alateen y su índice de Resiliencia global, se encontró que de los adolescentes que asisten desde hace 6 meses o menos el 55% presentan un índice de resiliencia “Muy baja”, el 15% resiliencia “Baja”, el 25% resiliencia “Alta” y el 5% resiliencia “Muy alta”, de acuerdo con 1 año de asistencia el 19% muestra resiliencia “Muy baja”, el 19% “Baja”, el 33% “Alta” y el 29% “Muy alta”, en relación a los adolescentes que asisten desde hace 2 años el 20% indica que posee resiliencia “Muy baja”, el 30% “Baja”, el 20% “Alta” y el 30% “Muy alta”, por el contrario los adolescentes que tienen 3 años el 67% tienen resiliencia “Alta” y el 33% “Muy alta”, por lo cual, todos los que constituyen este grupo cuentan con la capacidad resiliente; los adolescentes con 4 años en el grupo el 66% no son resilientes y el 34% tienen resiliencia “Muy alta”; finalmente los adolescentes con 5 años o más el 33% muestran resiliencia “Muy baja” y el 67% resiliencia “Muy alta”. (Tabla 7)

Resiliencia Global y Tiempo en el Grupo Alateen

Tiempo	Muy Baja	Baja	Alta	Muy Alta	TOTAL	
6 meses o menos	11	3	5	1	20	33%
1 año	4	4	7	6	21	35%
2 años	2	3	2	3	10	17%
3 años	0	0	2	1	3	5%
4 años	1	1	0	1	3	5%
5 años o más	1	0	0	2	3	5%
TOTAL	19	11	16	14	60	100%

* Tabla 7. Tiempo que los adolescentes tienen asistiendo al Grupo de Alateen.

Dado lo anterior, se concluye que la mayoría de los adolescentes resilientes tienen de 1 a 3 años, y de 5 años o más asistiendo al Grupo de Alateen. También, se puede afirmar que a mayor tiempo en Alateen mayor capacidad resiliente; a

diferencia de la mayoría de los adolescentes que no poseen esta capacidad tienen 6 meses o menos asistiendo.

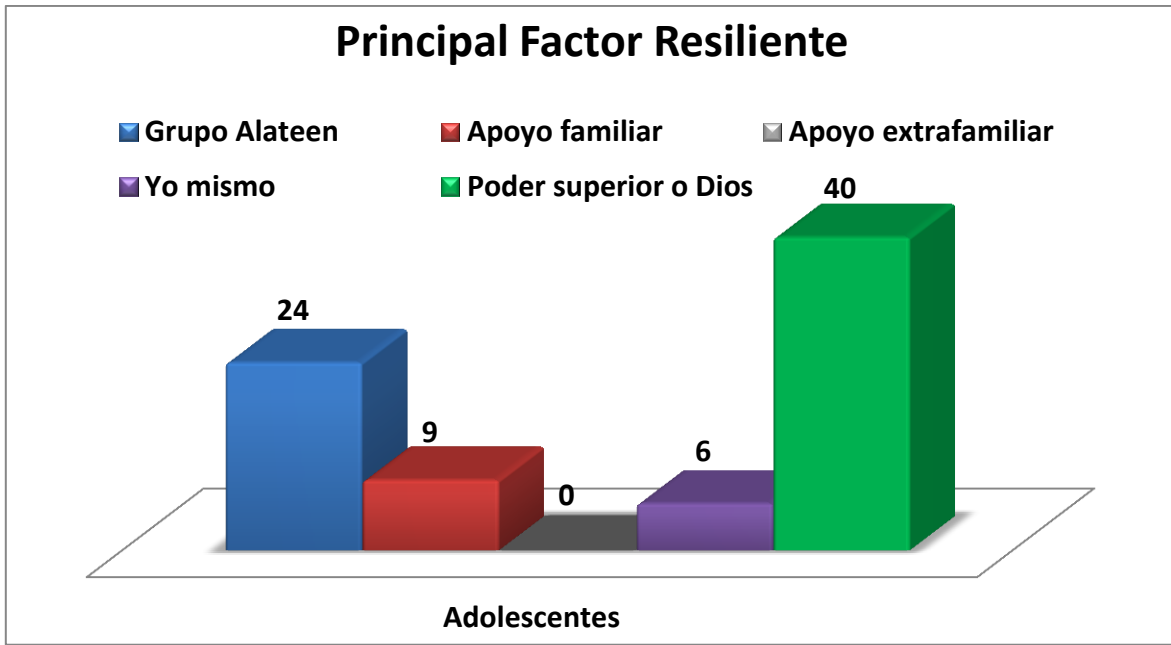
Del mismo modo, se realizaron preguntas más enfocadas a la resiliencia de estos adolescentes, específicamente se les preguntó si creían que la convivencia con una persona alcohólica había influido negativa o positivamente en sus vidas y se encontró que el 68% afirma que ha influido negativamente en sus vidas y el 32% cree que ha influido de manera positiva.

En relación al índice de resiliencia que obtuvieron los adolescentes, el 59% de los adolescentes resilientes consideran que esta convivencia ha influido negativamente en ellos y el 69% de los adolescentes no resilientes suponen que ha influido positivamente, lo que demuestra que considerar la convivencia con un alcohólico como un suceso negativo, favorece la capacidad resiliente de los adolescentes.

Referente a la opinión que poseen los adolescentes de haber logrado salir adelante a pesar de que sus padres beban o hayan bebido alcohol, se observa que el 92% de los adolescentes considera que “Sí” ha salido adelante, mientras que el 8% dice que “No” lo ha logrado.

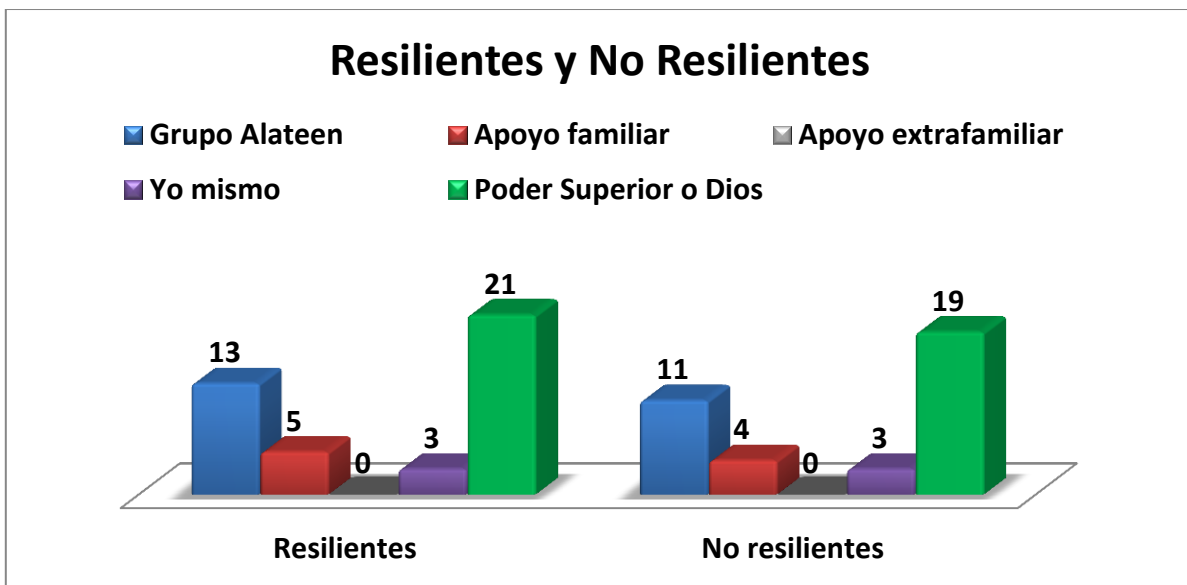
Una comparación entre adolescentes resilientes y no resilientes muestra que del total que afirmaron haber salido adelante el 51% son resilientes y el 49% no son resilientes. Por el contrario, de los adolescentes que negaron haber superado esta circunstancia el 60% no son resilientes y el 40% si tienen capacidad resiliente.

Por otro lado, se les cuestionó sobre qué consideraban que los había ayudado a superar la situación del alcoholismo de sus padres y casi en su totalidad, los adolescentes seleccionaron más de una opción de respuesta y los resultados reflejan que la mayoría piensa que ha sido por un “Poder Superior o Dios”, a continuación consideran que por el “Grupo de Alateen” y la minoría cree que ha sido por “Apoyo familiar” y “Ellos mismos”. (Gráfica 4)



* Gráfica 4. Principal factor que los adolescentes consideran que los ha ayudado a salir adelante.

Específicamente, la mayoría de los que afirmaron que es por un “Poder superior o Dios”, “Grupo de Alateen” y “Apoyo familiar” son resilientes; a diferencia de los que consideraron que es por “Ellos mismos”, la mitad poseen capacidad resiliente y la otra mitad no cuentan con ésta. (Gráfica 5)



* Gráfica 5. Comparación de factores resilientes entre adolescentes resilientes y no resilientes.

En general la connotación del alcoholismo que tienen estos adolescentes es negativa, ya que en su mayoría refirieron que es una enfermedad o una adicción al alcohol, que provoca dependencia, ocasiona problemas y daños a la familia.

CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El constructo de *Resiliencia* ha sido ampliamente definido, sin embargo se coincide en que está constituido por características personales y contextuales.

El objetivo principal de la presente investigación estuvo dirigido a identificar si existe una relación entre el alcoholismo de los padres y la resiliencia de sus hijos adolescentes, describiendo los factores propios del adolescente y externos a él que favorecen su resiliencia, a través de la aplicación del instrumento y de la hoja de datos sociodemográficos, además de especificar las diferencias entre los adolescentes resilientes y no resilientes.

Enseguida se discuten los resultados más relevantes obtenidos en la investigación.

Según la hipótesis antes planteada, refleja que el 50% de estos adolescentes obtuvieron un ajuste positivo y el otro 50% no lo lograron, por lo que no se pueden hacer afirmaciones cuantitativas, sin embargo, se puede afirmar cualitativamente que a pesar de que el alcoholismo en los progenitores es un factor de riesgo preponderante, estos adolescentes no desarrollaron las problemáticas esperadas, principalmente debido a las redes de apoyo externas a su familia, es decir, el Grupo de Alateen y asimismo, un Poder superior o Dios que representa un objeto fuerte y sólido a su Yo, y que fungen como factores resilientes que los ayuda a desarrollarse de manera óptima, primordialmente en los dominios de “Expresión de afectos y manejo de sentimientos depresivos”, “Asertividad” y “Autoestima”.

Dado lo anterior, se puede decir que algunos adolescentes tienen capacidad para expresar sus afectos, así como para identificar, expresar y actuar apropiadamente con respecto a sentimientos depresivos; asimismo manifiestan una forma de expresión congruente, clara, directa y equilibrada, cuyo propósito es comunicar ideas, convicciones y sentimientos o defender sus derechos; y en último lugar, presentan una percepción adecuada en términos de imagen, valía personal y mayor satisfacción consigo mismos.

En cuanto al autoestima, es considerada como un aspecto primordial en el adolescente y se ha visto que las redes de apoyo y la aprobación social intervienen adecuadamente en su autoestima (Santrock, 2004). Conjuntamente, los atributos individuales antes mencionados son factores protectores que contribuyen la capacidad resiliente de los adolescentes de acuerdo con Garmezy, (1991).

No obstante, algunos adolescentes muestran índices bajos en los dominios de “Control de impulsos”, “Actitud prospectiva” y “Actitudes prosociales”, esto quiere decir que poseen respuestas de irritabilidad, desesperación o depresivas que denotan pérdida del autocontrol ante situaciones frustrantes y que son dañinas para el propio sujeto y para los demás; igualmente cuentan con poca orientación hacia el futuro y capacidad de trazarse un proyecto de vida a corto y largo plazo; y también poca disposición de apoyo hacia los demás, actitudes de respeto hacia los otros, dificultades para interactuar y establecer vínculos significativos.

Consistente con lo que se revisó en la literatura, la adolescencia es una etapa de retos y cambios fisiológicos, cognitivos psicológicos y emocionales (Archer, 1992), por lo que surgen tensiones emocionales ya que están en la búsqueda de su identidad e independencia, que genera diversas problemáticas con sus padres e iguales, en tanto que la problemática con las reglas y el orden social es común en el proceso de socialización secundaria (Furstenberg, 2000; Esteinou, 2005 citado en Muñoz, 2006).

Respecto a su comportamiento impulsivo y sus dificultades en el establecimiento de metas a largo plazo, se debe a que sus sistemas corticales aún no se desarrollan completamente (Bjork et al., 2004, Chambers, Taylor y Potenza, 2003 citado en Papalia, et al., 2009). También,

Este perfil de personalidad representado por poca tolerancia a la frustración y dificultades para relacionarse son característicos de los hijos de alcohólicos (Secades, 1998; citado en Careaga, 2009).

Como es esperado, los adolescentes crean vínculos sociales con sus pares en el Grupo Alateen; lo que contribuye a su capacidad resiliente. De esta manera, un factor que se desarrolla dentro los grupos de Alateen es la empatía, debido a que la problemática que experimentan es la misma, lo cual les proporciona un sentido de pertenencia, aprobación social y esperanza de que si pueden salir adelante a pesar de ser hijos de alcohólicos. Además, según la investigación de Werner y Johnson (1989), los hijos de alcohólicos que tuvieron un desarrollo óptimo gracias a las redes de apoyo, que fueron un factor fundamental en su crecimiento personal, incremento de autoestima y autoeficacia (Citado en Cardozo y Alderete, 2009).

Otro factor resiliente de suma importancia es que los adolescentes no repiten el patrón de consumo de alcohol o drogas, es por ello no incurren en estas conductas de riesgo que perjudican tanto su vida como su entorno social, puesto que para los adolescentes el asistir a estos Grupos es una herramienta que les brinda ayuda a recuperarse de los efectos ocasionados por vivir con padres con esta problemática, por lo que es un requisito no ingerir alcohol y drogas; este dato contradice diversas investigaciones donde se afirma que los hijos de alcohólicos tienen mayor probabilidad de volverse alcohólicos (Black, 2005; Whitaker, Orzol & Kahn, 2006).

En el estudio las variables de resiliencia y sexo indican que el porcentaje más alto de resiliencia es en las mujeres en comparación con los hombres, lo cual indica que más mujeres se han ajustado exitosamente a esta situación de riesgo y poseen más habilidades para resolver sus problemáticas, una mejor percepción del cambio como algo positivo y la mayoría de los hombres se muestran más vulnerables y con pocas herramientas para adaptarse. De acuerdo con algunas investigaciones, se ha encontrado que pertenecer al género femenino es una variable protectora que promueve la resiliencia y que los hombres se muestran más expuestos a experimentar situaciones de riesgo (Kotliarenko, Cáceres, Fontecilla, 1997).

La consolidación de muchos procesos que contribuyen a la capacidad resiliente de los jóvenes se da en la adolescencia intermedia, esto coincide con los resultados de esta investigación donde todos los adolescentes de 17 años (adolescencia intermedia) cuentan con un mecanismo autorregulador que los ha resguardado en periodos de dificultad que se refleja en un alto índice de resiliencia. Así pues, los adolescentes mayores comúnmente utilizan los lóbulos frontales, por lo que tienen la capacidad de planificar, razonamiento, juicio, regulación emocional y control de impulsos y por ende, permiten juicios más precisos y razonados (Papalia, et al., 2009).

Por el contrario, la adolescencia temprana conlleva riesgos, ciertos jóvenes tienen problemas para manejar todos los cambios dados por la transición de la infancia a la adolescencia y en muchos casos es necesario apoyo para superar los riesgos que encuentran a lo largo del camino (Offer, Kaiz, Ostrov y Albert, 2002; Offer, Offer y Ostrov, 2004; Offer y Schonert-Reichl, 1992; citado en Papalia, et al., 2009).

En cuanto a la composición del núcleo familiar, se informó que las familias monoparentales son un factor de riesgo para los adolescentes, por la ausencia de la figura paterna en sus hogares, los afecta en gran medida, es por ello que la mayoría de éstos no tienen capacidad resiliente. Diversos autores consideran que un factor de riesgo puede ser un evento específico como el divorcio que predice dificultades posteriores en el desarrollo (Masten, 2007, citado en Serrano-Parra, et al., 2013).

La mayoría de los adolescentes con familias nucleares (padre y madre) cuentan con capacidad resiliente, pese a que el padre sea alcohólico, esto se explica según Gradillas (2001), porque el hijo puede ser apegado o no, lo cual determinará el nivel de afectación y también el tipo de relación que mantenga el hijo con el padre, ya sea estrecha o antagónica, influirá en las consecuencias que experimenten los hijos.

También se revela que gran parte de los hijos que tienen ambos padres alcohólicos, poseen mejor adaptación psicosocial a su medio a diferencia de los adolescentes hijos sólo del padre alcohólico, esto expresa que a mayor exposición al riesgo desarrollan más habilidades para enfrentar sus dificultades y por consiguiente, mayor resiliencia. Para Newman (2002), la exposición de riesgo controlado es necesario en la adolescencia, ya que a través de esto se adquieren mecanismos que los ayudan a ajustarse y por ende, se desarrollan habilidades para enfrentar sus dificultades. Esto se refiere a que las experiencias que promueven la resiliencia no siempre son aceptadas socialmente (Citado en Coleman, et al., 2008).

En relación a lo antes mencionado, dos adolescentes afirman que toda su familia es alcohólica y presentan capacidad resiliente, lo cual hace referencia a que estar inmersos en un contexto de mayor riesgo, se ven obligados a utilizar sus recursos para salir adelante, y algunos ellos consideran que han superado esta circunstancia gracias a al Grupo Alateen y/o algún miembro de su familia, los cuales tienen el papel de su tutor de resiliencia y les proporcionan estrategias de afrontamiento (Hernández, 2011).

El hecho de que los padres asistan a un Grupo de AA no garantiza la resiliencia en sus hijos adolescentes. Sin embargo, si se manifiesta que la mayoría de los adolescentes con padres alcohólicos que no asisten a grupos de AA o que no llevan algún tratamiento para esta enfermedad, no poseen capacidad resiliente y son más vulnerables a vivenciar el sufrimiento que ocasiona el alcoholismo.

Por lo que respecta a la asistencia al Grupo de Alateen, es importante señalar que para algunos adolescentes con esta problemática es una opción de tratamiento adecuado. Todas estos Grupos han demostrado que son un recurso útil para millones de personas. Brindan la oportunidad de que el hijo, cónyuge y alcohólico comprendan mejor el alcoholismo y la forma en que está afectando en sus vidas. Se les ofrece un camino para sentirse bien consigo mismos y le ayuda a continuar teniendo una vida más productiva (Black, 2005).

La percepción del alcoholismo como una enfermedad que trae consigo resultados negativos tanto para el propio individuo como para su familia, es predominante en los hijos de alcohólicos y favorece la formación de su resiliencia, ya que buscan salir de esa circunstancia. Además, se ha encontrado que el riesgo percibido respecto al consumo de una sustancia esta inversamente relacionado con su uso, es decir, a medida que aumenta la percepción de riesgo tiende a disminuir la extensión o intensidad de su consumo (Salamó, et al., 2010). Así pues, los adolescentes que perciben el alcoholismo de sus progenitores como algo positivo en sus vidas, están más expuestos a incurrir en conductas de abuso de sustancias.

Aunado a esto, el 92% de los adolescentes consideran que han podido salir adelante, pese al alcoholismo de sus padres, lo cual indica que esta condición puede ser un “empuje” o “motivador” para que ellos salgan adelante. Ante esto, los factores protectores con los que cuentan, tanto internos como externos, promueven su resiliencia y los ayudan a revertir no la circunstancia en la cual viven, sino la percepción que tienen de ésta, y por ende, afrontarla adaptativamente (Kotliarenco, et al., 1997).

A este respecto, los adolescentes construyeron una concepción al que le llaman Poder superior o Dios, que es el factor resiliente con el que primordialmente se están vinculado coincide con lo que refieren Vanistendael y Lecomte: el individuo resiliente mediante la fe proporciona la posibilidad de aceptarse sin importar sus circunstancias. Además diversos autores han correlacionado positivamente la fe y la resiliencia (Citado en Melillo, et al., 2004).

Una variable sociodemográfica importante, es que los adolescentes que se encuentran dentro de un contexto escolar, éste funge como un factor de protección por sí mismo. Si bien, se hace referencia a que los factores protectores se manifiestan en los recursos del desarrollo que ayudan a resistir las adversidades. Uno de éstos lo conforman las influencias educativas y en general,

el sistema escolar el cual implica enseñanza, valores, normas y expectativas (Masten, 2007, citado en Serrano-Parra, et al., 2013).

Además, el que los adolescentes hayan buscado apoyo externo también es un factor protector que forma parte de los atributos de la comunidad, ya que son sus modelos de identificación y los ayuda a superar esta adversidad a través de herramientas útiles (Garmezy, 1988; citado en Garmezy, 1991).

Referente al instrumento que evaluó la Resiliencia en los adolescentes, está constituido por seis dominios, y diversos autores concuerdan en que estos dominios conforman la resiliencia en el ser humano: *actitud prospectiva* (Munist, et al., 2007; Cousins citado en Hernández, 2011), *autoestima* (Garmezy, 1991; Schoon & Parsons, 2000, citado en Coleman, & Hagell, 2007; Cousins citado en Hernández, 2011) *actitudes prosociales* (Garmezy, 1991; Jaramillo, et al., 2005) *expresión de afectos y manejo de sentimientos depresivos* (Becoña, 2006; Cousins citado en Hernández, 2011) *asertividad* (Munist, et al., 2007; Schoon & Parsons, 2000, citado en Coleman, & Hagell, 2007; Cousins citado en Hernández, 2011) y *control de impulsos* (Garmezy, 1991).

La “*expresión de afectos y manejo de sentimientos depresivos*” el factor resiliente más importante en los hijos adolescentes de alcohólicos, dado que la mayoría obtuvo índices altos. En contraste, el factor con índices más bajos fue “*actitud prospectiva*”.

Se concluye que, la mitad de adolescentes hijos de alcohólicos, han salido adelante a pesar de esta circunstancia, dado que cuentan con estrategias de afrontamiento que los hacen adaptarse adecuadamente. Pero también, los adolescentes restantes no han encontrado estas estrategias adaptativas, por lo que les ha ocasionado conductas problema.

La etapa de desarrollo de la adolescencia les abre un camino tanto de oportunidad como de riesgo, ya que es un grupo etario vulnerable y lleno de estrés para la mayoría, del mismo modo es un periodo de cambios donde se pueden

promover y aprender herramientas para la adaptación adecuada de las adversidades (Archer, 1992).

Los resultados de la presente investigación sugieren que la resiliencia en los adolescentes hijos de alcohólicos implica la interacción del individuo-ambiente, lo cual sustenta que la vulnerabilidad o resiliencia ante al alcoholismo de un progenitor está influenciada por características como asertividad, actitud prosocial y empatía, actitud prospectiva, autoestima, expresión de afectos y manejo de sentimientos depresivos, control de impulsos, ajuste y afrontamiento de esta dificultad, y factores externos que constituyen sus redes de apoyo.

El apoyo social que tienen estos adolescentes está conformado por el Grupo Alateen donde establecen vínculos con pares, así como otro agente fundamental que son los tutores de resiliencia ya sean en algunos casos los familiares no alcohólicos o bien, externos a la familia. Si estos factores se desarrollan de manera positiva beneficia la resiliencia y por el contrario, si se desarrollan de forma negativa, la perjudica.

Es por lo anterior que, esta es una investigación trascendente y demuestra hallazgos innovadores dado que se identificaron los factores que perjudican y que contribuyen positivamente la resiliencia de estos adolescentes, pueden ser componentes de estrategias preventivas, de intervención y promoción de la resiliencia y por ende, puedan mejorar su calidad de vida de éstos y otros adolescentes.

Asimismo, se podrá contribuir a las próximas investigaciones que desarrollen este tema, u otros más específicos que indaguen otros aspectos que favorecen la resiliencia, para que este constructo sea más estudiado. Además estimule el desarrollo de nuevos instrumentos que evalúen resiliencia en esta población específicamente.

Resultaría importante considerar a detalle la influencia que tienen los factores de riesgo y los factores protectores en estos adolescentes los cuales provocan diversas problemáticas.

En función a las limitaciones de la investigación, una de ellas se refiere al tamaño de la muestra pues fue pequeña, lo que no permite generalizar los resultados a poblaciones amplias. Las preguntas de la hoja de datos sociodemográficos son un tanto subjetivas, pero permiten tener elementos más relacionados con el alcoholismo de sus padres y del recurso externo (Grupo Alateen) al que recurren como tratamiento de sus problemáticas. Es necesario investigar a la población de adolescentes con padres alcohólicos que actualmente ingieren alcohol, para obtener mayor relación entre las variables alcoholismo y resiliencia.

Para finalizar, una parte fundamental es que si el presente de los adolescentes es favorable, influirá para que proyecten su labor con esperanza (Munist, et al., 2007). Por lo tanto, la detección y promoción de los factores resilientes favorecerá el futuro de los adolescentes en esta situación de riesgo.

REFERENCIAS

- Amar, J., Kotliarenco, M. y Abello, R., (2003). Factores psicosociales asociados con la resiliencia en niños colombianos víctimas de violencia intrafamiliar. *Investigación y Desarrollo*. 11(1): 162- 197.
- Archer, R., (1992). *MMPI-A: Assessing adolescent psychopathology*. Hillsdale. Lawrence Erlbaum, New Jersey.
- Becoña, E. (2006). “Resiliencia: Definición, Características y Utilidad del concepto” *Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3).
- Black, C. (2005). *Eso no me sucederá. Hijos adultos de alcohólicos*. México: Pax.
- Bolet, M., & Socarrás, M., (2003). Alcoholismo, consecuencias, prevención. *Revista cubana de investigación biomédica*. 22(1): 25-31.
- Cabanyes, J., (2010). Resilience: An approach to the concept. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. Barcelona; 3 (4):145–151.
- Canaval, G., González, M., Sánchez, M., (2007). Espiritualidad y resiliencia en mujeres maltratadas que denuncian su situación de violencia de pareja. *Colombia Médica*. 38(4) (2).
- Caraveo, J, Medina-Mora, M., Villatoro, J., Rascón, M., Martínez, N., (1995). Consumo de alcohol en adultos como factor de riesgo asociado con trastornos psíquicos en los niños. *Salud Mental*. 18(2):18-19.
- Careaga, D. (2009) “*Problemas de Conducta Escolar y Nivel de Ansiedad en hijos de Alcohólicos*”. Tesis de Licenciatura. México: Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Cardozo, G. (2008). *Habilidades para la vida. Una propuesta educativa en promoción de la salud*. Córdoba: Edit. Universidad Nacional de Córdoba.

- Cardozo, G. y Alderete, A., (2009). Adolescentes en riesgo psicosocial y resiliencia. *Psicología desde el Caribe: Universidad del Norte*. 23:148-182.
- Casado, J., Díaz, J., Martínez, C., (1997). *Niños maltratados*. Madrid: Díaz de Santos.
- Casas, M. y Navarro, J. (2001). "Hijos de padres alcohólicos: Su nivel de ansiedad en comparación con hijos de padres no alcohólicos". *Revista Latinoamericana de Psicología*, 33(1) 53-58.
- Celis-de la Rosa, A., (2003). "La salud de adolescentes en cifras". *Salud Pública de México*, 45 (1): 153-166.
- Coleman, J., Hendry, L. & Kloep, M., (2008). *Adolescencia y Salud*. México: Manual Moderno.
- Coleman, J. & Hagell, A. (2007). "*Adolescence, risk and resilience*". Against the odds. West Sussex, England: John Wiley & Sons.
- Del Bosque Garza, J., Fernández, C., Fuentes, A., Díaz, D., Espínola, M., González, N. ... Zinser, J. (2012). "Hacia una mejor respuesta ante el problema del abuso de bebidas con alcohol: el papel del Sector Salud". *Salud mental*, 35 (2), 165-167.
- García, E., Lima, G., Aldana, N., Casanova, P., Feliciano, V., (2004). Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales. *Revista Cubana Medicina Militar*. 33(3).
- García, M. (2009). *Desarrollo de mecanismos protectores y resiliencia en las parejas de alcohólicos en un grupo de ALANON en la Ciudad de México*. Tesis de Especialización. México: Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Garnezy, N., (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34, 416-428.

- Gaxiola, J., Frías, M., Hurtado, A., Salcido, N., & Figueroa, F. (2011). Validación del inventario (IRES) en una población del noroeste de México. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(1), 73-83.
- Gaxiola, J., González, S., Contreras, Z., y Gaxiola, E., (2012). Predictores del rendimiento académico en adolescentes con disposiciones resilientes y no resilientes. *Revista de Psicología*. 30 (1).
- Góngora, J. y Leyva, M., (2005). Alcoholismo y perspectiva de género. *El Cotidiano*. 20 (132): 84-91.
- González Arratia, L. y Valdez, M. (2009). Resiliencia. Conceptualización, medición y fortalecimiento en niños y adolescentes. *Investigación en Psicología Social. Experiencias desde la Universidades Públicas*. México. 5: 129-158.
- Gradillas, V., (2001). *Los problemas del alcohol*. Málaga: Aljibe.
- Guerrero-López, C., Muños-Hernández, J., Sáenz, B., Pérez-Núñez, R. & Reynales, L., (2013). "Impacto del consumo nocivo de alcohol en accidentes y enfermedades crónicas en México". *Salud Pública de México*. 55 (2), 283-284.
- Guibert W., Gutiérrez I. y Martínez C. (2005). Comportamiento ante el alcohol de los estudiantes en las etapas de la adolescencia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 21(1-2). Hernández, R. (2010). *Metodología de la investigación*. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Hernández, V. (2011). "Resiliencia Familiar". *Centro Integral de Salud Mental (Cisame), Secretaría de Salud*.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Medina-Mora M. E., Villatoro-Velázquez J. A., Fleiz-Bautista C., Téllez-Rojo M.M., Mendoza-Alvarado L. R., Romero-Martínez M., Gutiérrez-Reyes J. P., Castro-Tinoco M., Hernández-Ávila M.,

- Tena-Tamayo C., Alvear-Sevilla C. y Guisa-Cruz V., (2011). *Encuesta Nacional de Adicciones: Reporte de alcohol*. México D.F.
- Jaramillo, D., Ospina, M., Cabarcas y Humphreys. (2005). Resiliencia, espiritualidad, aflicción y tácticas de resolución de conflictos en mujeres maltratadas. *Salud Pública*. 7(3), 281-292.
- Kotliarenco, M., Cáceres, I., Fontecilla, I., (1997). *Estado del arte en Resiliencia*. Organización Panamericana de Salud. Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el desarrollo.
- Kotliarenco, M., Munist, M., Santos, H., Suárez Ojeda, Infante F., Grotberg, E., (1998). *Manual de identificación y promoción de la Resiliencia en niños y adolescentes*. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. México.
- Kovacs, F., Gestoso M., Oliver-Frontera M., Gil M., López J., Mufraggi N. y Palou P. (2008). La influencia de los padres sobre el consumo de alcohol y tabaco y otros hábitos de los adolescentes de Palma de Mallorca en 2003. *Salud Pública*; 82(6): 677-689.
- Lerner, R., & Steinberg, L. (2009). *Handbook of Adolescent Psychology*. Third Edition. Hoboken, NJ: Wiley.
- Lorence B., Hidalgo, M. & Dekovic M. (2013). Adolescent adjustment in at-risk families: The role of psychosocial stress and parental socialization. *Salud Mental*; 36:49-57.
- Maddaleno, M., Morello, P., Infante-Espinola, F. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud Pública de México*. 45 (1).
- Manciaux, M., (2003). *La resiliencia: Resistir y rehacerse*. Barcelona: Gedisa.

- Martínez, K. Bárcenas, A., Pacheco, A. (2012). "En voz de la experiencia: Estrategias de enfrentamiento en adolescentes que concluyeron un programa de intervención breve en consumo de alcohol". *Salud Mental*; 35:505-512.
- Martínez, N., Medina-Mora, M. y Berenzon, S., (2010). La búsqueda de moderación en el consumo de alcohol. Adaptación de los conocimientos a la práctica. *Salud Mental*. 33(2):161-167.
- Mazet, P. (2009). Actitud ante las dificultades y los trastornos en la adolescencia. *Elsevier Masson SAS*. Tratado de medicina.
- Melillo, A., Suárez, E., y Rodríguez, D., (2004). *Resiliencia y subjetividad: los ciclos de la vida*. Buenos Aires, México: Paidós.
- Monroy, B. & Palacios, L., (2011) "Resiliencia: ¿Es posible medirla e influir en ella?". *Revista Salud Mental*, 34 (3).
- Munist, M., Suárez E., Krauskopf D. y Silber T. (2007). *Adolescencia y Resiliencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Muñoz, C. (2006). Situación demográfica de México. *Consejo Nacional de Población*.
- Natera, G., Borges, G., Medina-Mora, M., Solís-Rojas, L., Tiburcio-Sainz, M., (2001). La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres. *Salud pública de México*. 43(1).
- Natera G., Juárez F., Medina-Mora M., Tiburcio M., (2007). La depresión y su relación con la violencia de pareja y el consumo de alcohol en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*. 24(2): 165-173.
- Natera, G., Medina, P., Callejas, F., Juárez, F., Tiburcio, M., (2011). Efectos de una intervención a familiares de consumidores de alcohol en una región indígena en México. *Salud Mental*; 34(3):195-201.

- Organización Mundial de la Salud, (2011). Recuperado de http://www.who.int/topics/alcohol_drinking/en/. 26 de Junio de 2013.
- Ortigosa, J. M., Quiles, M. J., y Méndez, F. X. (2003). *Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familia*. Madrid: Pirámide.
- Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R. (2009). *Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia*. Undécima Edición. México: McGraw Hill.
- Pérez, M. (2005). *Adolescencia y Resiliencia Desistente*. Tesina de Licenciatura. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Pérez, A., Pérez, R., Martínez, M., Leal, F., Mesa, I., Jiménez, I. (2007). Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. *Aten Primaria*; 39(2):61-67.
- Piña C., Madrigal B., Cassuri G., (1991). Daño genético producido por las bebidas alcohólicas. *Ciencia y Desarrollo*. México: 17.
- Plant, M., Oxford, J. y Grant M. (1989) "The effects on children and adolescents of parents of excessive drinking: an international review". *Public Health Reports*. 104 (5): 433-442.
- Ramírez M., Andrade D. (2005). La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes (Guayaquil-Ecuador). *Revista Latinoamericana Enfermagem*; 13:813-818.
- Rodríguez-Kuri, S. y Pérez, V. Cuestionario de Resiliencia (2002).
- Rojas, E., Leal, T., García-Silberman, S., Medina-Mora, M., (2011). Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud Mental*; 34(4): 351-365.

- Rutter M., (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *Br J Psychiatry*. 147:598-611.
- Salamó, A., Gras, M. y Front-Mayolas, S. (2010). Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. *Psicothema*. 22(2): 189-195.
- Santana, T.; Sánchez, A. y Herrera, B, (1998). "El maltrato infantil: un problema mundial". *Salud Pública*. México; 40(1): 58-65.
- Santrock, J. (2004). *Psicología del desarrollo en la adolescencia*; México: McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Dirección General de Epidemiología, (2011). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA)*. México.
- Serrano-Parra, M., Garrido-Abejar, M., Notario-Pacheco, B., Bartolomé-Gutiérrez, R., Solera-Martínez, M., Martínez-Vizcaíno, V. (2013). Validez de la escala de resiliencia de Connor-Davidson (10 ítems) en una población de mayores no institucionalizados. *Enfermería Clínica*. 23(1): 14-21.
- Shuckit M. A. (1994). A clinical model of genetic influences in alcohol dependence. *J Stud Alcohol*; 55:5-17.
- Shutt-Aine, J. y Maddaleno, M. (2003). *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas*. OPS, Washington, DC.
- Soeken KL. (1987). Respuesta a las necesidades del paciente crónicamente enfermo. *Enfermería Clínica de Norteamérica*. 22: 603-611.
- Steinglass, L., Bennett, S., Wolin y Reiss, D., (1997). *La familia alcohólica*. Barcelona, España: Gedisa.
- Tuirán, R., Zuñiga, E., (1999) Adolescencia y Curso de Vida. *Consejo Nacional de Población*. México.

- Vinaccia, S., Quiceno, J. M. & Moreno, E. (2007). Resiliencia en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 16, 139-146.
- Vinet, E. y Faúndez, X. (2012). "Consumo de alcohol y drogas en adolescentes evaluado a través del MMPI-A". *Salud Mental*, 35 (3).
- Whitaker, R. Orzol S. & Kahn R. (2006). "Maternal mental health, substance use, and domestic violence in the year after delivery and subsequent behavior problems in children at age 3 years". *Arch Gen Psychiatry*, 63 (5): 551-560.

ANEXOS

- **Cuestionario de Resiliencia**

Nombre: _____ **Sexo:** 1) Masculino 2) Femenino **Edad:** _____

Ocupación: 1) Estudias 2) Trabajas 3) Ambas 4) Ninguna

Escolaridad: 1) Secundaria 2) Preparatoria

¿Con quién vives? 1) Padre 2) Madre 3) Ambos
4) Hermanos 5) Otros

Instrucciones: Lee las preguntas atentamente y elige la respuesta que prefieras. Cualquier información proporcionada será confidencial.

1. ¿Te ha desesperado no poder hacer lo que quieres?	SI	NO
2. ¿Te has sentido capaz de tolerar la frustración?	SI	NO
3. ¿Te ha irritado no poder conseguir lo que deseas?	SI	NO
4. ¿Te ha deprimido no poder hacer lo que quieres?	SI	NO
5. ¿Te has desesperado fácilmente al sentirte presionado?	SI	NO
6. ¿Has llorado con facilidad?	SI	NO
7. ¿Has perdido el control fácilmente?	SI	NO
8. ¿Has mantenido la calma al tener problemas con los demás?	SI	NO
9. Cuando te has sentido molesto(a) ¿Lo has podido expresar sin ser agresivo(a)?	SI	NO
10. ¿Has explotado con facilidad?	SI	NO
11. ¿Te has peleado con los demás fácilmente?	SI	NO
12. ¿Te has dejado llevar por tus impulsos con facilidad?	SI	NO
13. ¿Has cometido alguna falta en la escuela por influencia de tus amigos?	SI	NO
14. ¿Te ha sido difícil aceptar ante los demás que no sabes algo?	SI	NO
15. ¿Has hecho cosas que te hayan causado temor por quedar bien con tus amigos?	SI	NO
16. ¿Te has sentido orillado a hacer cosas con las que no estabas de acuerdo?	SI	NO
17. ¿Te ha dado pena pedir ayuda a otras personas?	SI	NO
18. ¿Has tenido problemas para decir que <i>NO</i> a la gente?	SI	NO
19. ¿Te ha dado pena defender tus derechos u opiniones?	SI	NO
20. ¿Te has callado tus opiniones cuando sabes que los demás no las van a aprobar?	SI	NO
21. ¿Te has sentido ansioso al expresar opiniones distintas a las de los demás?	SI	NO
22. ¿Te has sentido incómodo cuando alguien te felicita o elogia?	SI	NO
23. ¿Te has sentido satisfecho(a) contigo mismo(a)?	SI	NO
24. ¿Has tenido confianza en ti mismo(a)?	SI	NO
25. ¿Te has sentido satisfecho(a) con tu manera de ser?	SI	NO
26. ¿Te has sentido seguro(a) de ti mismo(a)?	SI	NO

27. ¿Te has sentido orgulloso(a) de ti mismo(a)?	SI	NO
28. ¿Te has sentido apreciado(a) por los demás?	SI	NO
29. ¿Has sentido que la gente tiene una imagen positiva de ti?	SI	NO
30. ¿Has sentido que tienes más defectos que los demás?	SI	NO
31. ¿Te ha sido fácil aceptar tus defectos o debilidades?	SI	NO
32. ¿Has sentido que eres una persona poco valiosa?	SI	NO
33. ¿Has sentido que los demás ignoran tus cualidades?	SI	NO
34. ¿Te ha sido difícil hacer amigos?	SI	NO
35. ¿Has tratado de ser consecuente con quien has tenido problemas?	SI	NO
36. ¿Has sido leal con tus amigos?	SI	NO
37. ¿Has sido sociable?	SI	NO
38. ¿Has sido respetuoso con los demás?	SI	NO
39. ¿Te ha preocupado cómo tus acciones pueden afectar a los demás?	SI	NO
40. ¿Has hecho caso a los consejos de tus padres o maestros?	SI	NO
41. ¿Has evitado hacer cosas que afecten o perjudiquen a los demás?	SI	NO
42. ¿Has sido respetuoso con los demás?	SI	NO
43. ¿Has sido sensible a las preocupaciones de los demás?	SI	NO
44. ¿Has sido comprensivo con los problemas de los demás?	SI	NO
45. ¿Has ayudado a los demás si estaba en tus manos hacerlo?	SI	NO
46. ¿Has estado dispuesto(a) a apoyar a los demás?	SI	NO
47. ¿Has sido acomedido con los demás?	SI	NO
48. ¿Te has llevado bien con tus compañeros?	SI	NO
49. ¿Has mantenido amistades duraderas?	SI	NO
50. ¿Has tenido verdaderos amigos?	SI	NO
51. ¿Has tenido amigos en quien puedes confiar totalmente?	SI	NO
52. ¿Has sido capaz de resolver los conflictos con los demás manteniendo una buena relación?	SI	NO
53. ¿Te ha sido fácil hablar de tus sentimientos con los demás?	SI	NO
54. ¿Le has dicho a la gente lo que te molesta?	SI	NO
55. ¿Te ha sido fácil expresar tus sentimientos?	SI	NO
56. Cuando te has sentido triste ¿Has hablado con otras personas?	SI	NO
57. ¿Te ha sido fácil sobreponerte a la tristeza?	SI	NO
58. ¿Te ha sido fácil detectar cuando estás triste?	SI	NO
59. ¿Has sabido con claridad qué cosas te hacen sentir triste?	SI	NO
60. ¿Has sabido qué hacer cuando te sientes triste?	SI	NO
61. ¿Has sentido que nada puede quitarte la tristeza?	SI	NO
62. ¿Has sabido organizarte para cumplir tus propósitos?	SI	NO
63. ¿Tienes algún proyecto que quieras cumplir a corto plazo?	SI	NO
64. ¿Has planeado cómo alcanzar tus metas?	SI	NO
65. ¿Te has planteado propósitos o metas definidos?	SI	NO
66. ¿Has pensado en lo que te gustaría estudiar cuando seas mayor?	SI	NO
67. ¿Has pensado en lo que harás al terminar la secundaria/preparatoria?	SI	NO
68. ¿Has imaginado cómo quieres que sea tu vida en el futuro?	SI	NO
69. ¿Has pensado en lo que harás cuando seas adulto(a)?	SI	NO
70. ¿Has planeado tu vida pensando en el futuro?	SI	NO

• **Hoja de datos Sociodemográficos**

Lee las preguntas atentamente, revisa todas las opciones y elige la respuesta que prefieras. Cualquier información proporcionada será confidencial.

1. ¿Quién bebía alcohol en tú familia?

- 1) Padre 2) Madre 3) Ambos 4) Otros:_____

2. ¿Bebe alcohol actualmente?

- 1) Si 2) No **(Si contestaste que SI pasa a la pregunta 6)**

3. ¿Cuánto tiempo tiene(n) sin beber alcohol?

- 1) 6 meses o menos 2) 1 año 3) 2 años 4) 3 años 5) 4 años 6) 5 años o más

4. ¿Asisten al Grupo de Alcohólicos Anónimos?

- 1) Si 2) No

5. ¿Cuánto tiempo tiene(n) asistiendo al Grupo de Alcohólicos Anónimos?

- 1) 6 meses o menos 2) 1 año 3) 2 años 4) 3 años 5) 4 años 6) 5 años o más

6. ¿Cuánto tiempo tienes asistiendo al Grupo de Alateen?

- 1) 6 meses o menos 2) 1 año 3) 2 años 4) 3 años 5) 4 años 6) 5 años o más

7. ¿Crees que la convivencia con una persona con problemas de alcoholismo ha influido en ti?

- 1) Negativamente 2) Positivamente

8. ¿Crees que has podido salir adelante a pesar de que tu(s) padres beban alcohol, o hayan bebido?

- 1) Si 2) No

9. ¿Qué o quién crees que te ha ayudado a salir adelante?

- 1) Grupo de Alateen 2) Apoyo familiar 3) Apoyo extrafamiliar
4) Yo mismo 5) Poder superior (Dios, etc.)

10. ¿Para ti que es el alcoholismo?
