



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

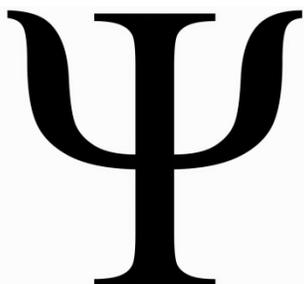
**PRÁCTICAS PARENTALES Y ANSIEDAD COMO
PREDICTORAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN
ADOLESCENTES**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
YESENIA CRUZ CRUZ**

JURADO DE EXAMEN

**DIRECTOR: DR. JUAN JIMÉNEZ FLORES
COMITÉ: DRA. LUZ MARÍA FLORES HERRERA
MTRA. DOLORES CÁRDENAS MONROY
MTRO. GIOVANNI MARTÍNEZ ORTEGA
LIC. ANGÉLICA DANIELA OROZCO ROSALES**



CIUDAD DE MÉXICO

ENERO 2017



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 mi director de tesis el **DR. Juan Jiménez Flores**, que sin su apoyo no hubiera concluido este trabajo. Gracias por confiar y creer en mí, por aceptar apoyarme y motivarme. Por ser un ejemplo a seguir, un profesional brillante y comprometido con la Psicología, que siempre tiene algo nuevo que compartir, enseñar, que transmite alegría, ganas de aprender y comerse el mundo.

Dra. Luz María Flores Herrera, mi asesora. Por aceptar formar parte de este trabajo, por su tiempo, dedicación y compromiso en las asesorías. Es una persona de admiración, como profesional y como ser humano, a mi percepción, enamorada de su trabajo, la Psicología y de la vida. Gracias por dejar que formara parte de su equipo de trabajo y por transmitir esa dedicación hacia lo que se hace, espero aprender mucho más de usted.

Mtra. Dolores Cárdenas Monroy, por acceder a formar parte de mi comité, por su tiempo, dedicación, compromiso, paciencia y aportaciones para la mejora del trabajo.

A la **Lic. Angélica Daniela Orozco**, por su tiempo, dedicación para la revisión de mi trabajo y las aportaciones para la mejora del mismo.

Al **Mtro. Giovanni Martínez Ortega**, por su amabilidad y tiempo a la revisión de este trabajo, por su apoyo y paciencia.

Al **Mtro. Mario Leonardo Camargo Moreno**, por permitirme y facilitarme el acceso a la “Preparatoria Anexa a la Normal” y de esa forma poder realizar la investigación. Por su apoyo, amabilidad y compromiso con este trabajo.

A mis amigos que me apoyaron en este proceso académico, ya sea con su motivación, apoyo, conocimientos y tiempo, son unas personitas muy valiosas en mi vida, seguiremos creciendo y formándonos ¡Gracias!

A la **Universidad Nacional Autónoma de México** y a la **Facultad de Estudios Superiores Zaragoza**, por ser mi segundo hogar, por ser piezas fundamentales en mi vida. La UNAM, institución que me ha visto crecer como ser humano, que me ha brindado la oportunidad de conocer personas increíbles y de conocerme a mi misma.

A la **Carrera de Psicología**, que gracias a la formación académica, profesores, plan de estudio, motivación e impulso, podré ejercer la Psicología con ética profesional y orgullo.

A mi madre:

Por todo el apoyo incondicional que me ha brindado en la vida y en la realización de este trabajo, por acompañarme y cuidarme en los momentos buenos y malos, por su tiempo, amor y sacrificio, que sin esperar nada a cambio, da todo por verme feliz, porque no hay amor más grande y transparente que el de una madre por sus hijos. Un ejemplo de mujer fuerte, trabajadora, y agradecida. Por eso y por ser el pilar más importante de mi vida.

A mi padre:

Por ser el hombre de mi vida, una persona noble, de admiración y respeto, que ha dedicado una vida de trabajo para que yo pueda superarme, que me ha brindado su apoyo incondicional, consejos y gracias a ello pude concluir este trabajo.

A mi hermano:

Por ser quien alegra mis días, y me da momentos preciados de diversión, por ser mi persona favorita, que muy a su manera me apoya y motiva a salir adelante.

A mi hermana:

A la pequeñita del hogar, que no por ser la más pequeña ha dejado de motivarme a salir adelante, que es inteligente y he aprendido de ella, e incluso me regaña cuando no hago las cosas bien; por su sinceridad y cariño, por ser mi amiga y compañera, por ser esa persona preciada en mi vida.

Para ustedes, mi familia, mi tesoro. Aún nos faltan muchas experiencias por vivir, por aprender y disfrutar.

¡GRACIAS!

LOS AMO.

INDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I	
CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES.....	7
1.1 Adolescencia.....	7
1.2 Aspectos del consumo de alcohol durante la adolescencia.....	11
1.2.1 Panorama epidemiológico del consumo de alcohol en adolescentes...	13
1.2.1.1 Tendencias nacionales del consumo de alcohol.....	14
1.2.1.2 Tendencias escolares del consumo de alcohol.....	15
1.2.1.3 Edad de inicio del consumo de alcohol.....	16
1.2.1.4 Bebida de preferencia.....	16
1.2.2 Acción del alcohol en el organismo.....	18
1.2.3 Uso, abuso y dependencia.....	22
1.2.4 Consecuencias del consumo de alcohol en la adolescencia.....	27
1.2.4.1 Problemas de salud física y mental.....	28
1.2.4.2 Problemas escolares.....	29
1.2.4.3 Conductas de riesgo.....	29
1.2.5 Factores asociados al consumo de alcohol.....	33
1.2.5.1 El modelo ecológico de Brofenbrenner como modelo explicativo del consumo de alcohol.....	32
1.2.5.2 Factores de riesgo individuales.....	38
1.2.5.3 Factores de riesgo relacionales.....	40
1.2.5.4 Factores de riesgo sociales.....	41
CAPÍTULO II	
PRÁCTICAS PARENTALES.....	43
2.1 La familia como agente de socialización del adolescente.....	43
2.2 Definición de prácticas parentales.....	46

2.3	Tipos de prácticas parentales.....	49
2.3.1	Prácticas parentales de apoyo.....	52
2.3.2	Prácticas parentales de control conductual.....	53
2.3.3	Prácticas parentales de control psicológico.....	54
CAPÍTULO III		
ANSIEDAD EN LA ADOLESCENCIA.....		57
3.1	Definición de ansiedad.....	57
3.2	Ansiedad durante la adolescencia.....	59
3.3	Ansiedad normal y patológica.....	63
3.4	Prevalencia de los trastornos de ansiedad.....	68
CAPÍTULO IV		
INVESTIGACIONES RELACIONADAS ENTRE PRÁCTICAS		
PARENTALES, ANSIEDAD Y CONSUMO DE ALCOHOL EN		
ADOLESCENTES		70
4.1	Prácticas parentales y consumo de alcohol.....	71
4.2	Ansiedad y consumo de alcohol.....	75
CAPÍTULO V		
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....		81
CAPÍTULO VI		
MÉTODO.....		87
6.1	Pregunta de investigación.....	87
6.2	Objetivo general.....	87
6.3	Objetivos particulares.....	87
6.4	Definición de variables.....	88
6.5	Hipótesis.....	90
6.6	Participantes.....	90
6.7	Instrumentos.....	91
6.8	Tipo y diseño de estudio.....	93
6.9	Procedimiento.....	93

CAPÍTULO VII	
RESULTADOS.....	94
CAPÍTULO VIII	
DISCUSIÓN.....	112
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	118
APÉNDICES.....	132

Resumen

El consumo de alcohol, representa un problema importante de salud pública, en la medida en que genera consecuencias negativas en los niveles: biológico, físico, psicológico y social en quienes lo consumen (Villareal-González, Sánchez-Sosa, Musitu & Varela, 2010) y conlleva al consumo de otras drogas (Palacios, 2009). Actualmente en México, el alcohol es una de las drogas más utilizadas por los jóvenes, la edad de inicio se sitúa en los 17 años e incluso a edades más tempranas, por lo tanto representa un peligro en el desarrollo de los adolescentes. Para explicar el consumo de alcohol de los adolescentes, el objetivo de este estudio fue analizar la influencia de las prácticas parentales y la ansiedad en el consumo de alcohol de los adolescentes. Los participantes fueron 600 adolescentes de la “Preparatoria Anexa a la Normal N° 4”, de los cuales 43% fueron mujeres y 57% hombres con un rango de edad de 15 a 18 años. Se realizó un estudio no experimental, transeccional descriptivo, correlacional y predictivo, los instrumentos de medición utilizados fueron AUDIT, BAI y Escala de Prácticas Parentales. Se encontró correlaciones significativas entre el control conductual materno ($r=-.151$), control psicológico materno ($r=.103$), imposición materna ($r=.08$), y consumo de alcohol. Para analizar la influencia de las variables se realizó un análisis de regresión y se obtuvo que el control conductual materno y el sexo femenino predicen el consumo de alcohol ($B=-.295$, $p=.003$, $R=.149$ y $B=-.244$, $p=.013$).

Palabras clave

Prácticas parentales, ansiedad, consumo de alcohol, adolescentes.

INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol en México representa uno de los problemas importantes de salud pública, en la medida en que genera consecuencias negativas en los niveles: biológico, físico, psicológico y social en quienes lo consumen (Villareal-González, Sánchez-Sosa, Musitu & Varela, 2010) y representa una alta incidencia de padecimientos crónicos y muertes prematuras; además que el consumo de alcohol conlleva al consumo de otras drogas (Palacios, 2009).

Este consumo, sigue siendo una práctica característica de la población debido a la prevalencia y a la forma en la que los mexicanos lo consumen, puede observarse consumo de baja frecuencia, en grandes cantidades y con marcada tendencia a la embriaguez (Palacios, 2009).

La prevalencia del consumo de alcohol en México es alarmante, ya que ha ido en aumento. Del año 2008 al 2011 creció el número de bebedores en población general, debido a que la percepción de riesgo entre la población ha disminuido desde tiempo atrás y la tolerancia social se ha incrementado. En población adolescente se observó un crecimiento significativo en las tres prevalencias de consumo, el consumo alguna vez pasó de 35.6% a 42.9%, en el último año de 25.7% a 30% y en el último mes de 7.1% a 14.5% y el índice de dependientes en el caso de los hombres se duplicó (3.5% a 6.2%) y en las mujeres se triplicó (6% a 2%) (Encuesta Nacional de Adicciones, 2011).

Actualmente en México, el alcohol es una de las drogas más utilizadas por los jóvenes, en estudiantes de secundaria y bachillerato es la sustancia más utilizada

alguna vez en la vida (Centros de Integración Juvenil, 2011), la edad de inicio se sitúa en los 17 años e incluso a edades más tempranas (Encuesta de la Ciudad de México, 2012; Encuesta Escolar sobre Adicciones en el Estado de Jalisco, 2012; Encuesta del Estado México sobre el Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas en Estudiantes, 2009; Encuesta de Consumo de Alcohol, de Tabaco y Otras Drogas en Estudiantes de Nuevo León, 2006; ENA 2011). Todos estos datos indican que la adolescencia es una etapa crucial para el inicio del consumo de alcohol.

El consumo de alcohol (o de otras drogas), representa una conducta de riesgo en los adolescentes, porque provee un reforzamiento inmediato y produce consecuencias positivas a corto plazo (efectos placenteros inmediatos), pero puede llevar a consecuencias negativas a largo plazo como desempleo, problemas familiares, médicos o legales (Marsch, Bickel, Badger y Quesnel, 2007, como se citó en Palacios, 2009), además pone en peligro y complica tareas del desarrollo normal del adolescente, el cumplir con los roles sociales esperados, la adquisición de habilidades esenciales, la adquisición de competencia y la adecuada preparación para la transición hacia la siguiente etapa de la vida como jóvenes o adultos (Palacios, 2009).

Para explicar y controlar el fenómeno del consumo de alcohol, el primer paso es conocer las pautas de ocurrencia, es decir, las variables relacionadas para que se dé el consumo. La investigación en este supone diferentes variables, dado que el problema del consumo de alcohol es multicausal (Natera & Nava, 1993), los

factores medioambientales, la familia y el propio individuo contribuyen de manera significativa.

La familia es uno de los sistemas más relevantes en la vida de los adolescentes. Los padres son vistos como un elemento importante dentro del microsistema de los jóvenes ya que la evidencia muestra que la estructura familiar, los estilos parentales, el monitoreo parental se relaciona con la conducta de riesgo de los jóvenes (Palacios, 2009).

En la presente investigación, se toma a las prácticas parentales, referidas a las estrategias que utilizan los padres para integrar a sus hijos al contexto social (Andrade, Betancourt, Vallejo, Segura, & Rojas, 2012), debido a que la investigación en este campo indica que las prácticas parentales influyen de manera positiva o negativa en el desarrollo del adolescente.

Por otro lado, se reconoce que la adolescencia es un período de alta vulnerabilidad a problemas de salud mental, en términos de una sintomatología transitoria y de niveles clínicamente relevantes de ansiedad (Kazdin, 1993). Pues en esta etapa los adolescentes pasan por una serie de cambios físicos, psicológicos, emocionales, cognitivos y sociales, asimismo, aumentan las responsabilidades y la toma de decisiones que pueden incrementar sus niveles de ansiedad, de manera que les beneficie a hacer frente a estos cambios y situaciones o les perjudique provocando que la ansiedad aumente involucrándolos en conductas de riesgo. Debido a esto la ansiedad presentada en la adolescencia

puede ser predisponente al consumo de alcohol.

Por lo tanto el objetivo de la presente investigación analizar la influencia de las prácticas parentales y la ansiedad en el consumo de alcohol de los adolescentes.

El primer capítulo describe al consumo de alcohol en población adolescente. Al inicio se hace una descripción general de la adolescencia, para posteriormente pasar al consumo de alcohol durante esta etapa. Se describe el panorama epidemiológico a nivel nacional del consumo de alcohol en población general y adolescentes, después se desarrollan los aspectos y consecuencias del consumo de alcohol y para terminar el capítulo se describen algunos factores que están asociados como los predictores del consumo de esta sustancia.

En el segundo capítulo se explican las prácticas parentales y la influencia que tienen en el desarrollo positivo y negativo de los adolescentes, se analiza el proceso de socialización adolescente y a la familia como el principal agente de este proceso. Se describen a las prácticas parentales, los tipos de prácticas y como es que intervienen en el desarrollo adaptado y desadaptado de los adolescentes.

El tercer capítulo describe la ansiedad en la adolescencia. Se inicia con las definiciones científicas y cómo se manifiesta en los jóvenes. Si bien, la ansiedad no ocurre únicamente de esta etapa de la vida, se enfatiza en su influencia en la vida cotidiana del adolescente, de manera que puede llegar a perjudicarlo y alterar su desarrollo normal.

En el siguiente capítulo, se revisarán las investigaciones relacionadas con las variables prácticas parentales, ansiedad y consumo de alcohol.

Los tres últimos capítulos están dedicados a tratar el planteamiento del problema, el método, la presentación de los resultados, el análisis de éstos, la discusión y finalmente las limitaciones y hallazgos del presente estudio.

CAPÍTULO I

CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES

El presente capítulo inicia con la descripción de la adolescencia y los principales cambios en el desarrollo físico, psicológico, cognoscitivo y social que se manifiestan durante esta etapa. Posteriormente, se explica el consumo de alcohol en adolescentes iniciando con el panorama epidemiológico a nivel nacional de dicho consumo, los aspectos y consecuencias del mismo y algunos factores que están asociados como los predictores del consumo de esta sustancia.

1.1 Adolescencia

La adolescencia constituye una etapa de transición de la niñez a la edad adulta que implica cambios físicos, psicológicos, cognoscitivos, emocionales y sociales (Hurlock, 1970; Papalia, 2010).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) la etapa de la adolescencia transcurre entre los 11 y 19 años de edad, considerándose dos fases: adolescencia temprana de 12 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años.

En términos generales, la adolescencia inicia cuando el individuo accede a la madurez sexual, misma que se inicia en la fase de la pubertad, y culmina cuando se independiza legalmente de la autoridad de los adultos (Hurlock, 1970). Por tal motivo la adolescencia termina dependiendo de la sociedad en la que se

encuentre. Su significado no es igual en todo el mundo ya que la mano fuerte de la cultura la moldea de manera diferente en distintas sociedades, adoptando distintas formas en los diversos escenarios sociales culturales y económicos (Papalia, 2007), incluso una misma sociedad puede tener criterios diferentes según los conceptos de referencia (Lillo, 2004).

En México, de acuerdo con la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (2014): “Se considera adolescentes las personas de entre doce años cumplidos y menos de 18 años de edad. Cuando exista la duda de si se trata de una persona mayor de dieciocho años, se presumirá que es adolescente”.

Por lo tanto, la pubertad es un acontecimiento fisiológico del ser humano, y la adolescencia es un concepto socio-cultural (Iglesias, 2013) que representa una etapa del hombre insertado en una cultura, siendo este aspecto cultural el que determina gran parte de sus manifestaciones y su propia duración (Pedreira, & Álvarez, 2000).

Los cambios presentados en la adolescencia en el ámbito, físico, sexual, psicológico y social varían dependiendo las características individuales de los adolescentes así como del contexto en el que se desarrollan. Sin embargo, se habla en términos generales y los cambios se describen a continuación:

Los cambios físicos y sexuales, comienzan en la fase de la pubertad. En ésta fase comienza la maduración sexual, dando como resultado la mayor producción de hormonas relacionadas con el sexo, manifestándose en dos etapas: adrenarquia,

que implica la maduración de las glándulas, seguida de unos años después por la gonadarquia, la maduración de los órganos sexuales. También se manifiesta el desarrollo de los rasgos sexuales primarios y secundarios, los cuales están asociados con el desarrollo de los órganos sexuales, estructuras del cuerpo que conciernen a la reproducción y a los cambios físicos visibles en el cuerpo humano (Hurlock, 1970).

Por otro lado, el desarrollo cognoscitivo durante la adolescencia, es el más destacado, ya que da lugar al mejoramiento de las capacidades cognitivas. Este desarrollo está caracterizado por un procesamiento abstracto, creciente y el uso de destrezas metacognoscitivas que provocan un aumento en la capacidad y el modo de pensar que ensancha la conciencia, la imaginación, el juicio y el discernimiento (Craig, 1997). El pensamiento se hace más abstracto, crítico e idealista y los adolescentes piensan de forma más lógica (Santrock, 2006).

El desarrollo cognoscitivo se explica desde diversas perspectivas teóricas, destacando al psicólogo Suizo Jean Piaget (1896-1980), quien elaboró la Teoría del Desarrollo conformada por estadios ubicando a los adolescentes en el estadio de las Operaciones Formales, pues ellos se caracterizan por un pensamiento que se representa mediante el razonamiento hipotético deductivo, con el cual poseen la capacidad cognitiva necesaria para desarrollar hipótesis o suposiciones sobre las maneras de resolver problemas (Santrock, 2006).

Otro teórico influyente, fue Lev Vigotsky (1896-1934), quien en su teoría cognitiva sociocultural, enfatiza la importancia del análisis evolutivo y el papel que

desempeña el lenguaje y las relaciones sociales, ya que considera la construcción del conocimiento como un continuo que va desde el desarrollo evolutivo hasta la ubicación del lenguaje y las relaciones socioculturales, poniendo de relieve las relaciones del individuo con la sociedad, considerando que no se podría entender el desarrollo de un individuo si no se conoce la cultura en la que se desenvuelve (Lillo, 2004).

En lo que concierne al funcionamiento psicológico, se destaca el desarrollo en las dimensiones del plano intelectual, sexual, social y en la elaboración de la identidad (Krauskopof, 1999).

La formación de la identidad es un aspecto muy importante. Los adolescentes van forjando su identidad gracias al perfeccionamiento de sus funciones cognoscitivas, pueden analizar sus roles, identificar contradicciones, conflictos en éstos y reestructurarlos. Es de importancia tener en cuenta que la formación de la identidad no es única de la adolescencia, es decir, empieza con la aparición del apego, el desarrollo de la conciencia del yo y el surgimiento de la independencia en la infancia, alcanzando su última fase con la integración de la vejez. Lo importante de la identidad en la adolescencia, es que por primera vez el desarrollo cognitivo, físico y social llegan a un nivel que permite al individuo elegir entre una serie de identidades e identificaciones de la infancia y sintetizarlas para construir una opción viable de avance hacia la madurez adulta (Santrock, 2006).

Erikson (1968) ve en la formación de la identidad el principal obstáculo que los adolescentes han de superar para realizar una transición exitosa a la adultez ya

que es un proceso prolongado y complejo de autodefinición, ofreciendo continuidad entre el pasado, el presente y el futuro del individuo.

Siendo así, el primer paso se establece con la identificación, sea con pares o con ideas, por ello es observable una forma de vestir, de hablar, de moverse o de estar, y se buscan signos claros que permitan que esa identificación se realice desde el mundo externo. Una segunda característica está representada por un idealismo, en ocasiones ingenuo y simple, pero en otras cargado de argumentos que ocasionan incomprensiones y bastantes problemas con el contexto familiar y social (Pedreira, & Álvarez, 2000).

Este avance hacia la madurez, implica una evolución desde la dependencia a la autonomía tanto en la toma de decisiones como en las relaciones sociales (Pedreira & Álvarez, 2000). En este camino hacia la independencia, los adolescentes aún necesitan permanecer conectados con sus familias (Santrock, 2006) y a su vez necesitan más a los amigos para obtener apoyo emocional y probar sus nuevos valores, de igual manera, buscan el apoyo de otras personas para enfrentar los cambios físicos, emocionales y sociales de ésta etapa (Craig, 2009).

1.2 Aspectos del consumo de alcohol durante la adolescencia

Los cambios físicos, cognitivos, psicológicos y sociales que ocurren durante la adolescencia, la convierten en una etapa muy difícil, complicada y que aunada a otros factores, influye en la interacción que los adolescentes tienen con su medio y

la forma en la que se desenvuelven en él, haciéndolo de una manera en la que se beneficien o perjudiquen.

Los adolescentes al estar sometidos a enormes presiones tanto internas como externas, tienen que aprender a enfrentarlas para lograr una adecuada y adaptada integración en la sociedad. Sin embargo, algunos adolescentes presentan dificultades y tienen el riesgo de presentar diferentes trastornos mentales, trastornos afectivos o se implican más en conductas perjudiciales para ellos mismos y para la gente que los rodea; siendo un ejemplo de ello el consumo de alcohol.

Actualmente el acceso a las bebidas alcohólicas se ha facilitado porque la cultura normaliza y estimula el consumo, lo que permite un acceso a edades tempranas a actividades y ambientes para los cuales el adolescente no se encuentra preparado por su falta de madurez (Estrada & Pesquel, 2012). También, la aceptación social de las bebidas alcohólicas manifestada con la creencia de obtener de forma fácil relajación y placer, evasión, diversión y contacto interpersonal, provoca que los adolescentes minimicen los riesgos del consumo de alcohol (Kumate, 2003).

Si bien, en un principio el consumo de alcohol puede ser exploratorio o utilizarse como un medio para socializar, con el paso del tiempo puede convertirse en problemático o patológico, generando múltiples consecuencias negativas en los adolescentes y posteriormente en la edad adulta. Sin embargo, para ellos pareciera que no existen consecuencias negativas relacionadas con el consumo de alcohol (Espada, Botvin, Griffin & Méndez, 2003), presentan una creencia falsa

de una capacidad de autocontrol y autoeficacia, que los vuelve inmunes a generar una dependencia a la sustancia (Kumate, 20013).

Para explicar el consumo de alcohol, existen múltiples factores que la investigación especializada ha relacionado, entre los que destacan predictores individuales, familiares y sociales, mismos que se abordarán más adelante.

La importancia del estudio del consumo de alcohol, radica en el gran número de personas adultas y adolescentes que mantienen un consumo excesivo de alcohol y que se están provocando múltiples consecuencias, para lo cual es importante tener conocimiento del número de personas consumidoras, las consecuencias negativas generadas y propiamente los predictores del consumo de alcohol y así tomar las medidas necesarias para controlar y prevenir esta problemática.

1.2.1 Panorama epidemiológico del consumo de alcohol en adolescentes

El consumo de alcohol en población adolescente, es evidente desde múltiples investigaciones en torno al tema, entre los que destacan los estudios descriptivos, los cuales ofrecen un panorama epidemiológico a lo largo del tiempo del comportamiento de este fenómeno, que permite conocer las prevalencias y tendencias actuales.

1.2.1.1 Tendencias nacionales del consumo de alcohol

A continuación se presentan las investigaciones epidemiológicas y descriptivas más destacadas en la literatura revisada, con el fin de explicar el panorama actual del consumo de alcohol en adolescentes mexicanos.

La Encuesta Nacional de Adicciones (Secretaría de Salud, 1990, 1994, 1998, 2003, 2009, 2011), es una investigación realizada de forma periódica, con el fin de medir la evolución del consumo de sustancias, entre ellas el alcohol. Es una encuesta que estima la prevalencia de uso-abuso-dependencia y evalúa las tendencias del consumo en población adolescente de 12 a 17 años de edad, y en población adulta de 18 a 65 años de edad.

De acuerdo con la ENA (2011), la prevalencia del consumo de alcohol en México es alarmante, ya que ha aumentado, debido a que la percepción de riesgo entre la población ha disminuido desde tiempo atrás y la tolerancia social se ha incrementado.

A nivel nacional, del año 2002 a 2011, en población adulta, se observó un crecimiento significativo en las tres prevalencias de consumo. De modo que la prevalencia alguna vez en la vida pasó de 64.9% a 71.3%, la prevalencia en los últimos doce meses de 46.3% a 51.4% y el crecimiento proporcionalmente mayor se presentó en la prevalencia del último mes ya que pasó de 19.2% a 31.6%. Siguiendo esto, la población adolescente, tanto en hombres como mujeres, también mostró un incremento en las tres prevalencias: el consumo alguna vez

pasó de 35.6% a 42.9%, en el último año de 25.7% a 30.0% y en el último mes de 7.1% a 14.5%. Se observó que de 2002 a 2011 el índice de adolescentes que consumen diario alcohol se mantuvo estable, con prevalencias muy bajas en ambos sexos; el consumo consuetudinario disminuyó y el índice de dependientes registró un incremento significativo: en los hombres se duplicó (3.5% a 6.2%) y en las mujeres se triplicó (6% a 2%), mientras que el consumo alto de 2008 a 2011 se mantuvo igual y el consuetudinario disminuyó de 2.2% a 1%.

Estos datos indican un incremento en el consumo de hombres y mayor aún de mujeres adolescentes; y lo más alarmante el incremento en el porcentaje de dependientes a la sustancia.

1.2.1.2 Tendencias escolares del consumo de alcohol

La ENA (2011), es una investigación muy útil para conocer el panorama general del consumo de alcohol, sin embargo, no arroja datos específicos de adolescentes escolarizados, ni tampoco se cuenta con una encuesta nacional reciente en estudiantes. No obstante, hay trabajos realizados en cuatro estados del país (Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas en la Ciudad de México, 2012; Encuesta Escolar sobre adicciones en el estado de Jalisco, 2012; Encuesta del estado México sobre el Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas en Estudiantes, 2009; Encuesta de Consumo de Alcohol de Tabaco y otras Drogas en Estudiantes de Nuevo León, 2006) que permiten conocer la prevalencia del consumo en estudiantes de educación media básica y media superior.

Los resultados obtenidos de las encuestas antes mencionadas, indican que el alcohol es la sustancia más utilizada alguna vez en la vida entre los estudiantes, presentándose entre estudiantes de bachillerato mayor prevalencia de consumo y mayor porcentaje de abuso en el último mes, siendo el sexo masculino el más afectado. En lo que le concierne a los estudiantes de secundaria, un gran porcentaje está presentando consumo problemático, lo que es un foco de alarma ya que son edades muy tempranas en las que se está iniciando una adicción, que probablemente se intensifique en el futuro (Véase Tabla 1).

1.2.1.3 Edad de inicio del consumo de alcohol

La ENA (2011), sitúa el inicio del consumo de alcohol a los 17 años de edad (los hombres inician casi tres años antes que las mujeres: 16.6 y 19.2 años respectivamente), y las encuestas de estudiantes de secundaria y bachillerato (Cd. de México, 2012; Jalisco, 2012; Edo. de México, 2009; Nuevo León, 2006) lo sitúan a edades más tempranas; datos que indican que la adolescencia es crucial en el inicio del consumo de alcohol y cada vez se hace más frecuente.

1.2.1.4 Bebidas de preferencia

La población total mexicana se caracteriza por preferir a la cerveza como bebida alcohólica. La consume más de la mitad de la población masculina (53.6%) y una tercera parte de la población femenina (29.3%), seguida por los vinos de mesa y los destilados (ENA, 2011; OMS, 2011; OEA-CICAD, 2011; OPS, 2007 & Monteiro, 2007). En el caso particular de los adolescentes la bebida que consumen mayormente los estudiantes de secundaria y bachillerato es la cerveza,

seguida por destilados (tequila, brandy, ron), bebidas enlatadas (Sky, New-Mix, Kosaco) y vinos de mesa (Consumo de Alcohol, Tabaco y Otras Drogas en la Ciudad de México, 2012; Encuesta Escolar sobre Adicciones en el Estado de Jalisco, 2012; Encuesta de Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas en Estudiantes de Nuevo León, 2006).

Tabla 1. Prevalencia del consumo de alcohol en estudiantes de secundaria y bachillerato por sexo y nivel escolar (2006-2012)

Encuesta	Prevalencia	Total	Sexo		Nivel escolar	
			Hombres	Mujeres	Secundaria	Bachillerato
Ciudad de México (2012)	Alguna vez	68.2%	68.75%	67.7%	54.6%	85.5%
	Último mes	40.1%	40.0%	40.1%	27.2%	56.5%
	Abuso*	22.5%	23.9%	21.1%	13.5%	33.9%
Jalisco (2012)	Alguna vez	58.1%	59.3%	56.9%	50.5%	81.7%
	Último mes	31.4%	30.3%	32.4%	24.7%	52.1%
	Abuso*	16.9%	17.4%	16.5%	12.7%	30.1%
Estado de México (2009)	Alguna vez	70.8%	69.7%	71.9%	63.6%	84.3%
	Último mes	40.8%	40.6%	41.1%	33.2%	55.0%
	Abuso*	25.0%	23.5%	26.6%	18.8%	36.4%
Nuevo León (2006)	Alguna vez	43.9%	44.6%	43.2%	31.2%	65.7%
	Último mes	22.7%	23.5%	22.0%	13.9%	37.8%
	Abuso*	14.6%	17.3%	11.4%	7.8%	26.2%
Abuso*	Haber consumido 5 o más copas por ocasión, al menos una vez al mes					

Tomado de: Centros de Integración Juvenil, 2014.

1.2.2 Acción del alcohol en el organismo

En la sociedad mexicana, definir al alcohol como una droga resulta difícil porque es una sustancia que goza de la aceptación social y cuya producción venta y consumo no está penalizado en mayores de edad. De tal forma, cuando se habla de drogas se piensa en aquellas que son ajenas a la sociedad y su consumo es realizado de forma clandestina. Sin embargo, aunque el alcohol sea aceptado culturalmente y no se considere como una droga, farmacológicamente si lo es.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), actualmente, y desde la perspectiva médica y científica utiliza el vocablo droga para referirse a un gran número de sustancias que cumplen las siguientes condiciones:

- Introducidas en un organismo vivo, son capaces de alterar una o varias de las funciones psíquicas de éste (producen cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento).
- Inducen a las personas que las toman a repetir su auto-administración, por el placer que generan.
- No tienen ninguna indicación médica y, si la tienen, pueden utilizarse con fines no terapéuticos.

Por otro lado, siguiendo la delimitación de Berjano y Musitu (1987), una droga es toda sustancia que cumple con lo siguiente:

- Es administrada de forma voluntaria por la persona.

- A través de su consumo se pretende una serie de cambios físicos y/o psicológicos.
- Como consecuencia del continuo efecto reforzante de los cambios psíquicos derivados, puede provocarse en el consumidor una situación de necesidad psicológica de seguir consumiendo la sustancia.
- El propio consumidor y la sociedad en la que se halla inmerso, perciben el producto como capaz de provocar los efectos anteriormente citados.

Por lo tanto, debido a que el alcohol cumple con lo anteriormente propuesto, es considerado como una droga psicoactiva, que forma parte de las drogas lícitas, es decir legales, con la única restricción que el consumo de alcohol en México en menores de 18 años es ilegal y en consecuencia, está prohibida la venta y consumo por debajo de ésta edad, sin embargo la mayoría de los adolescentes cree que beber es normal (Villareal-González et al, 2010) y consumen aún bajo estas restricciones.

Como consecuencia del consumo de alcohol se presentan diferentes efectos, y éste va a actuar dependiendo las condiciones en las que se ingiera.

El alcohol o etanol, está formado por una molécula de dos átomos de carbono y un grupo oxhidrilo (OH) unido a uno de los dos carbonos, cuya estructura resulta que sea soluble en agua e insoluble en grasas. Es ingerido por vía oral a través de bebidas que lo contienen en diversos porcentajes. Una vez que se ingiere, pasa rápidamente al torrente sanguíneo y se distribuye al organismo, pues el alcohol no es transformado por los jugos digestivos del estómago o del intestino como los

alimentos, solamente puede ser absorbido a lo largo de todo el tracto gastrointestinal desde la boca hasta el recto y son, en el intestino delgado, duodeno y yeyuno, donde hay mayor absorción, aunque también se absorbe a través de la mucosa bucal, pasando al torrente circulatorio, y a través de los pulmones, por ser volátil. Sin embargo, es únicamente en el hígado donde el alcohol es metabolizado. El 95% del alcohol ingerido permanece en el organismo hasta ser metabolizado a nivel hepático, en anhídrido carbónico (CO₂) y agua (H₂O). Del 1 al 5% se elimina por el aire respirado y del 1 al 15% se elimina por la orina (Arias, 2005).

Dicho esto, la intoxicación etílica comienza cuando el alcohol se distribuye y llega al cerebro, este es capaz de atravesar la barrera hematoencefálica en un 90%, ejerciendo una mayor influencia en el Sistema Nervioso Central, actuando como un depresor, es decir, inhibe o reduce algunos aspectos del sistema, alterando la corteza cerebral y reflejándose principalmente en la alteración de la conducta (Tavera & Martínez, 2008).

Los efectos del alcohol en un individuo durante la intoxicación se presentan en una secuencia de cinco etapas, siempre que el individuo continúe bebiendo. Estas etapas van presentarse de acuerdo con la cantidad y el tipo de bebida ingerida, el volumen de alimentos que se encuentran en el estómago; el sexo, el peso corporal de la persona y las circunstancias en las que se bebe (Tavera & Martínez, 2008):

- Primera: El alcohol deprime los centros nerviosos que controlan la inhibición de los impulsos, por lo que el individuo se ve relajado, comunicativo,

sociable y desinhibido, su conducta se libera y parece excitado.

- Segunda: La conducta del individuo es emocional, presentando problemas de juicio y de coordinación muscular, así como trastornos de la visión y del equilibrio.
- Tercera: El individuo experimenta confusión mental, se tambalea al caminar, tiene visión doble y reacciones variables del comportamiento: pánico, agresividad o llanto, además de dificultades para pronunciar adecuadamente las palabras y para comprender lo que oye.
- Cuarta: No puede sostenerse en pie; sufre vómitos, incontinencia de la orina y aturdimiento; está cerca de la inconsciencia.
- Quinta: El individuo presenta inconsciencia y ausencia de reflejos; puede entrar en estado de coma que puede llevarlo a la muerte por una parálisis respiratoria.

Revisado esto, es importante saber que para determinar la cantidad de alcohol que se encuentra en la sangre de un individuo, se puede recurrir a un indicativo como lo es la alcoholemia, la cual representa el volumen de alcohol que hay en la sangre y se mide en gramos de alcohol por cada litro de sangre (g/l) o su equivalente en aire espirado (Sánchez, 2014). De esa forma se valora las implicaciones perjudiciales que puede provocar la intoxicación etílica, pues a mayor alcoholemia, más graves son los daños en el Sistema Nervioso Central y a nivel conductual. Por muy ligera que sea la alcoholemia va a provocar alteraciones y es importante considerar que la cantidad ingerida no afectará de igual manera a

todas las personas; por ejemplo: lo que para un hombre podría ser un consumo perjudicial, para una mujer podría ser ya una adicción (CIJ, 2014).

1.2.3 Uso, abuso y dependencia

El estudio del consumo de alcohol, resulta bastante complejo, debido a que hay una gran variedad de clasificaciones, tipologías y definiciones que explican éste fenómeno, sin embargo, coinciden en las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que ocasiona. El objetivo de éste trabajo no es entrar en discusión acerca de estas clasificaciones, pero se centrará en aquellas que sean más funcionales para cumplir con los objetivos propios de ésta investigación.

Se iniciará por decir que el consumo es la utilización que se hace de una sustancia en un determinado momento, en este caso el alcohol, y como consecuencia del cual se experimentan unos efectos determinados. Teniendo en claro que consumo de alcohol lo realiza tanto el alcohólico, el bebedor habitual, el bebedor esporádico o quien lo hiciera por primera vez; y contempla únicamente la ingesta actual, aislada de otras ingestas pasadas o futuras (Pons & Berjano, 1999).

El consumo de alcohol en los adolescentes, puede ser únicamente exploratorio, es decir: alguna vez en la vida, consumo habitual y hacer uso controlado de la sustancia. Por el contrario, hay adolescentes que incrementan el consumo en cantidad y frecuencia, hasta llegar a abusar, es decir, beber más de lo que tolera fisiológicamente el organismo.

Cuando el consumo de alcohol aumenta progresivamente a lo largo de varios

años, el individuo consumidor genera tolerancia, es decir, el Sistema Nervioso Central se adapta de tal manera que se tiene que consumir mayores cantidades de alcohol para alcanzar el mismo efecto. La tolerancia va acompañada de otro fenómeno llamado síndrome de abstinencia. Éste sucede cuando no llega la dosis habitual de alcohol al cerebro generando una respuesta fisiológica que incluye ansiedad, temblor, sudoración y en casos más graves pueden presentarse convulsiones o alucinaciones; de esta manera, el individuo entra en un ciclo conductual donde primero consume, llega a la intoxicación, suspende el consumo, aparecen los síntomas de abstinencia y vuelve a beber para evitarlos; es entonces cuando se habla de dependencia al alcohol (González, 2005).

Ya definido el consumo de alcohol, se pasará a las clasificaciones que se han realizado de éste fenómeno:

Tipología de consumo de Pons y Berjano (como se citó en Balcázar & Castillo, 2011).

- Abstemios: No beben o lo hacen frecuentemente, solo por especiales compromisos o circunstancias sociales.
- Bebedores moderados: Consumen alcohol habitualmente pero no pasan de unas determinadas cantidades de alcohol por unidad de tiempo.
- Bebedores excesivos: Son también consumidores habituales, pero superan las cantidades de los moderados y realizan un promedio anual de borracheras elevado.
- Bebedores patológicos: Son enfermos con síndrome de dependencia

física.

También hay dos clasificaciones internacionales en las cuáles se encuentra el apartado de Trastornos por consumo de sustancias, entre ellos el alcohol. De esa manera ofrecen una serie de criterios para elaborar un diagnóstico del individuo que cumpla con los parámetros ahí especificados.

Una de ellas es el DSM V, (APA, 2014), en el cual se encuentra:

- Trastorno por consumo de alcohol.
- Intoxicación por alcohol.
- Abstinencia de alcohol.

La otra clasificación es la CIE 10 (OMS,) y establece:

- Intoxicación aguda.
- Consumo perjudicial.
- Síndrome de dependencia.
- Síndrome de abstinencia.
- Síndrome de abstinencia con delirium.

También hay un nuevo patrón de consumo que tiene relevancia en población adolescente y que no es mencionado específicamente en las anteriores clasificaciones: el consumo intensivo, el *binge drinking* o el botellón.

En un contexto de estabilización del consumo de alcohol, está emergiendo un patrón, que aun no siendo el mayoritario, presenta unas características que lo

convierten en muy relevante, particularmente en su variante más preocupante la de consumo intensivo (mucha cantidad en poco tiempo) en jóvenes y adolescentes (Cadaveira & Corral, 2005).

Siguiendo ésta línea, Sánchez (2002) afirma que en la comunidad de Madrid, el consumo de alcohol se ha extendido entre los jóvenes, siendo los fines de semana cuando el abuso es relativamente frecuente, conocido como “El botellón”, que se diferencia del consumo de los adultos (que suelen beber de forma regular a lo largo de toda la semana y en torno a los espacios de las comidas y determinados acontecimientos sociales). Este consumo se caracteriza por:

- Los consumos se concentran en el fin de semana y principalmente durante la noche.
- Se realizan en grupo y en espacios o lugares públicos (en la calle, bares, pubs o discotecas).
- Se ingieren importantes cantidades de alcohol en un corto período de tiempo buscando deliberadamente “pillar el punto”, cuando no directamente emborracharse.
- El consumo se compatibiliza con el desarrollo de las actividades habituales de su edad (estudiar, trabajar).

En lo que concierne a la investigación en México acerca del botellón o lo que la literatura anglosajona llama *Binge drinking*, es escasa, sin embargo es un patrón que se está presentando y caracteriza nuestro país, no solamente a los adolescentes. Según la ENA (2011) altos porcentajes de población adulta y

adolescente han tenido consumo abusivo, es decir más de 5 copas por ocasión.

Continuando con las clasificaciones del consumo de alcohol, el consumo riesgoso y el consumo dañino (CRDA), tienen demasiada relevancia. El CRDA se define como un patrón de consumo de bebidas embriagantes que se sitúa en un continuum de severidad, que coloca al sujeto en riesgo de desarrollar problemas de salud y/o que puede desembocar en francas complicaciones físicas y/o psicológicas (accidentes, victimización, violencia, dependencia al alcohol) (Díaz, Díaz, Martínez, Carlos, Hernández-Ávila, Fernández, Solís & Narro, 2009).

La prueba Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), desarrollada por la Organización Mundial de la Salud, es actualmente el único instrumento diseñado específicamente para identificar el CRDA (Saunders, Aasland, Barbor, & Grant, 1993). Brinda las clasificaciones consumo seguro de alcohol, consumo riesgoso (que está relacionado con un mayor riesgo de daño físico o psicológico secundario al consumo de alcohol) y consumo dañino (se refiere a la presencia de complicaciones físicas o psicológicas relacionadas con la ingesta del consumo de alcohol).

Este instrumento fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (1982), como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. Ha sido validado en pacientes de atención primaria de 6 países, incluyendo México y es consistente con las definiciones de CIE-10: consumo perjudicial y dependencia de alcohol, centrándose en el consumo actual.

En México no se cuenta con estimaciones del CRDA en la población general adolescente o en poblaciones de estudiantes de nivel medio superior. Sin embargo, en un estudio se examinó con el AUDIT a 45 117 derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), encontrándose que el CRDA durante el último año fue relativamente común entre los jóvenes en edad de recibir educación de este nivel, reportándose una prevalencia del 12.9% en el grupo de 12–19 años de edad (Díaz et al, 2009), dejando un campo de estudio abierto en población adolescente con CDRA.

Como es notable, existe una gran gama de clasificaciones que se pueden usar para detectar el tipo de consumo de alcohol en los adolescentes, lo cual es muy importante, ya que al detectar que no hay consumo de alcohol, se puede trabajar en la prevención de dicho consumo, o por el contrario, si se detecta consumo poder intervenir en ésta problemática (ya que la mayoría de los adolescentes no desarrollan dependencia a edades tempranas, sin embargo con el paso del tiempo genera tolerancia hasta llegar a la dependencia); o bien generar otros campos de investigación, como lo son los factores causantes del consumo de alcohol.

1.2.4 Consecuencias del consumo de alcohol en la adolescencia

El consumo de alcohol, puede provocar consecuencias negativas en los adolescentes, las cuales dependerán de la frecuencia y cantidad de dicho consumo y de las características personales. A continuación se describirán las más frecuentes.

1.2.4.1 Problemas de salud física y mental

Dependiendo de la cantidad ingerida, el alcohol va a ocasionar diferentes efectos como son la embriaguez o intoxicación etílica. Sin embargo, el daño ocasionado no termina ahí, va aunado a problemas de salud física y mental, pues se ha comprobado que el consumo de bebidas alcohólicas es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos (OMS, 2014).

El consumo de bebidas alcohólicas afecta la salud física, provocando un deterioro gradual de diversos órganos, principalmente el hígado (que es el encargado de metabolizar el alcohol) y los involucrados en el aparato digestivo, además es un factor de riesgo para la aparición de enfermedades incapacitantes y muerte prematura (CIJ, 2014). Es el causante de importantes enfermedades no transmisibles como la cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares, así como traumatismos derivados de la violencia y los accidentes de tránsito. Recientemente, se han establecido relaciones causales entre el consumo nocivo y la incidencia de enfermedades infecciosas tales como la tuberculosis y el VIH/SIDA. También si una mujer embarazada consume alcohol puede provocarse complicaciones prenatales y en el bebé, puede ser causante de síndrome alcohólico fetal (OMS, 2014).

De igual forma, el consumo excesivo de alcohol causa una disfunción aguda y crónica del cerebro, produciendo trastornos en el sistema nervioso central. Tanto la forma aguda como la crónica provocan alteraciones en la memoria y en las funciones intelectuales complejas (cálculo, comprensión y aprendizaje), además

de alteraciones del juicio y la afectividad (Arias, 2005).

En lo que concierne a la salud mental, el consumo de alcohol está asociado con el riesgo de desarrollar trastornos mentales (destacando que no solamente tiene incidencia en la aparición de estos trastornos, sino también en la evolución y/o tratamiento de trastornos ya presentados) y comportamentales, incluido el alcoholismo (OMS, 2014).

Desafortunadamente, la mayoría de los consumidores no tiene una clara percepción de riesgo por lo que suele darle poca importancia a los efectos que el alcohol puede producir a nivel orgánico (CIJ, 2014).

1.2.4.2 Problemas escolares

Se ha comprobado que el consumo de alcohol se asocia directamente en el rendimiento escolar. Principalmente el consumo intensivo de alcohol es asociado a un bajo rendimiento académico (Hernández, 2012) y la investigación ha confirmado la relación entre consumo de alcohol y fracaso escolar (Espada et al, 2003).

1.2.4.3 Conductas de riesgo

Hay conductas que se encuentran asociadas como conductas de riesgo causantes por el consumo de alcohol, entre las que destacan: conductas sexual de riesgo, manejar vehículos automovilísticos en estado de ebriedad, conductas antisociales que involucran problemas legales, consumo de otras drogas, entre muchas más.

En el ámbito de la sexualidad, aunque los adolescentes disponen de información sobre los métodos para prevenir las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados, la embriaguez puede actuar como una barrera que dificulta la puesta en práctica de las conductas de salud (Espada et al, 2003), generando consecuencias negativas como embarazos no planeados y un incremento en las enfermedades de transmisión sexual provocando un problema relevante de salud (Palacios, Bravo & Andrade, 2007).

Por otro lado, las personas intoxicadas por etanol, tienen mayor riesgo de padecer un accidente vehicular, debido a que aumenta la pérdida de reflejos, la desinhibición, la sensación de control, la euforia y los déficits perceptivos (Espada et al, 2003).

De igual forma, se ha probado la relación entre el alcohol y el comportamiento delictivo (Espada et al, 2003). En el año 2012, en México, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Drogas (SISVEA) contó con la participación de los Consejos Tutelares de Menores que proporcionaron información de 3 782 menores infractores. El 65.9% de los menores refirió consumir alguna droga, siendo el alcohol, una de las drogas con mayor porcentaje (32.2%) (Villatoro et al, 2012). Del total de los encuestados, 18.6% cometió el delito de ingreso al consejo tutelar bajo los efectos de alguna sustancia; el 93.5% pertenece al grupo de 15 a 18 años de edad y el alcohol fue la droga con mayor frecuencia al momento de cometer el delito (43.3%).

También se considera al alcohol como una “puerta de entrada” al consumo de

otras sustancias (Espada et al, 2003) debido a la búsqueda de sensaciones nuevas y experiencias que pueden orillar a los jóvenes consumidores de alcohol a experimentar y consumir otras drogas.

Una investigación realizada por Herrera-Vázquez, Wagner, Velasco-Mondragón, Borges & Lazcano-Ponce (2004), tuvo el objetivo de estimar la probabilidad acumulada de ocurrencia del primer uso de alcohol y tabaco, y el riesgo de transitar hacia el uso inicial de otras sustancias (marihuana, cocaína y heroína, entre otras) en estudiantes adolescentes y adultos jóvenes de Morelos, México; encontrando que la prevalencia general para el inicio del uso de alcohol entre los varones fue de 60% a los 17 años y en las mujeres 60% a los 18 años de edad. El primer uso de otras drogas como marihuana, cocaína, o la heroína había ocurrido en 5% de las mujeres a los 19 años o antes, mientras que para los varones, la proporción fue de 13% y aquellos que ya lo han iniciado presentan nueve veces más riesgo para el inicio en el uso de otras drogas en comparación con los varones no usuarios.

Por otro lado, las mujeres usuarias presentaron tres veces mayor riesgo de empezar a usar otras drogas que los varones no usuarios y las mujeres que no han usado alcohol tienen mucho menor riesgo de usar otras drogas que los hombres sin antecedente de estas sustancias.

Los resultados de estas investigaciones muestran el riesgo que pueden llegar a tener los adolescentes debido a un consumo no seguro de alcohol.

1.2.5 Factores asociados al consumo de alcohol de los adolescentes

El problema de las drogas como cualquier problema social o humano es susceptible de las más variadas interpretaciones, por lo tanto hay diferentes teorías o modelos que explican el consumo. Estos se pueden agrupar a partir de la prioridad dada a cada uno de los elementos que intervienen en el fenómeno del consumo de drogas: la sustancia, la persona y el ambiente; por lo tanto cada modelo se enfocará en dar una explicación del consumo desde diferentes enfoques (Pons & Buelga, 1999).

Definir el modelo más concreto y completo que explique el consumo de sustancias es sumamente difícil, y se hace aún más complejo al explicar el consumo de alcohol en población específica, como los adolescentes. Sin embargo, la ciencia se esfuerza por encontrar explicaciones más concretas de los diversos factores que intervienen.

1.2.5.1 El Modelo ecológico de Bronfenbrenner como modelo explicativo del consumo de alcohol

Uno de los modelos que ayuda a entender el consumo de alcohol, es el Modelo ecológico del desarrollo humano de Bronfenbrenner (1987). Si bien es un modelo creado para explicar el desarrollo humano y no el consumo de drogas, brinda una explicación de cómo los diferentes ambientes en los que se desenvuelven las personas pueden tener una influencia en el consumo de sustancias. Este modelo rescata el problema de consumo de drogas como un fenómeno global que incluye

al individuo, la familia, la escuela, la comunidad, la cultura, el sistema político, entre otros escenarios, incluso a la propia sustancia.

Para explicar este modelo, se iniciará con las premisas básicas que lo definen y como es que se traslapa al ámbito de las adicciones.

Bronfenbrenner (1987) planteó una visión ecológica del desarrollo humano, en la que destaca la importancia de los ambientes en los que se desenvuelve una persona, de tal modo, éste desarrollo sería influenciado por la percepción que se tiene de los ambientes y la manera en la que los individuos se relacionan con ellos, posicionándolos como seres activos.

Los ambientes o contextos en los que se desarrolla el individuo, se analizan en términos de sistemas dinámicos que pueden modificarse y expandirse. El individuo progresivamente va adentrándose y reestructurando los ambientes en los que vive, y los ambientes van modificando a los individuos, es decir, hay una relación bidireccional, caracterizados por la reciprocidad, pues es el factor que produce el dinamismo en los sistemas. El ambiente durante el proceso de desarrollo no se limita a un entorno inmediato, si no que se extiende para incluir las interconexiones y las influencias externas que emanan de los entornos más amplios, por lo tanto, se toman en cuenta: los sistemas orgánico y comportamental propios del individuo y el sistema ambiental, aunado a los cambios que se produzcan en ellos (Bronfenbrenner, 1994).

Bronfenbrenner (1987), llama a los contextos en los que se desenvuelven los

seres humanos: “ambiente ecológico” y los define como “Un conjunto de estructuras seriadas, cada una de las cuales cabe en la siguiente, como las muñecas rusas”. Siguiendo esto, Bronfenbrenner postula cuatro niveles o sistemas que operarían en conjunto para actuar directa e indirectamente sobre el desarrollo (Véase figura 1):

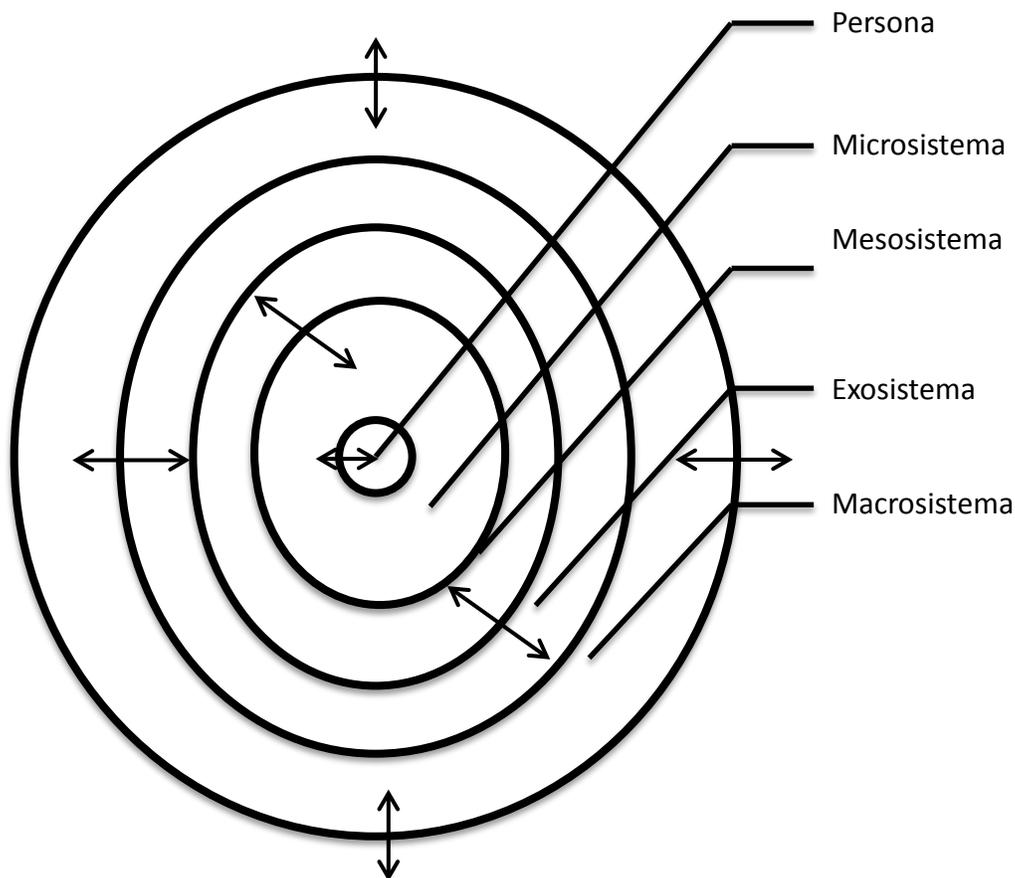
Microsistema: Se refiere al conjunto de relaciones, actividades o experiencias que tiene el individuo en sus entornos más próximos en los que participa; como por ejemplo el contexto familiar o escolar.

Mesosistema: Hace referencia a un conjunto de microsistemas en los que se desenvuelve el individuo. Puede comprender las interrelaciones de dos o más microsistemas y se va ampliando de modo en el que las personas se conectan con uno nuevo.

Exosistema: Se refiere a los entornos ya sea uno o más, en los que la persona en desarrollo no está incluida directamente, pero se ve afectada por los hechos que ocurren en estos entornos; por ejemplo: los medios de comunicación social o las nuevas tecnologías.

Macrosistema: Hace referencia a los marcos culturales, ideológicos y sociales que pueden afectar transversalmente a los sistemas antes mencionados.

Figura 1. Representación gráfica del modelo ecológico de Bronfenbrenner



Las características multivariadas, multisistémicas y dinámicas de este modelo son útiles para comprender las complejas influencias que configuran el desarrollo. Sin embargo, a pesar de su complejidad, el modelo no especifica los mecanismos exactos a través de los cuales los múltiples factores influyen interactivamente en el desarrollo (García, 2001).

Los adolescentes al estar en la dinámica bidireccional individuo/ambiente, se enfrentan a diversas situaciones que involucran a ellos mismos y al ambiente en sí, exponiéndose de esa forma a diferentes factores de riesgo, o de protección que

alteraran el curso de su vida. Con el aumento de los factores de protección, disminuye la vulnerabilidad de las personas para padecer algún tipo de problema, por el contrario, el aumento de los factores de riesgo, la vulnerabilidad se verá aumentada, en este caso la probabilidad de consumir drogas. En el apartado siguiente se abordará en particular estos factores que están involucrados en el consumo de alcohol de los adolescentes.

En particular, un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o una lesión (OMS, 2014). Dicho de otra manera, un factor de riesgo “es una característica interna y/o externa al individuo cuya presencia aumenta la probabilidad o la predisposición de que se produzca un determinado fenómeno” (Luengo et al, 1999, como se citó en Laespada et al 2004), los cuales se asocian con el incremento en la probabilidad de resultados que comprometen la salud, la calidad de vida o la vida en sí misma (Jessor, 1991).

En particular, un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o una lesión (OMS, 2014), dicho de otra manera un factor de riesgo “es una característica interna y/o externa al individuo cuya presencia aumenta la probabilidad o la predisposición de que se produzca un determinado fenómeno” (Luengo et al, 1999, como se citó en Laespada et al, 2004), los cuales se asocian con el incremento en la probabilidad de resultados que comprometen la salud, la calidad de vida o la vida en sí misma (Jessor, 1991).

Por el contrario, los factores de protección son aquellos atributos individuales, condición situacional, ambiente o contexto que reduce la probabilidad de ocurrencia de un comportamiento desviado (Pérez-Gómez & Mejía, 1998, como se citó en Laespada et al, 2004).

De esta forma, la presencia de factores de riesgo y protección influirá en el consumo de alcohol de los adolescentes. Sin embargo, no es necesaria la presencia de todos los factores de riesgo para que se produzca determinado fenómeno, en este caso, el consumo de alcohol. De igual manera la aparición de uno de ellos no determina la ocurrencia del mismo de forma causal, pues coexisten otros factores que estarán protegiendo al sujeto frente al consumo. Los factores de riesgo actúan entre sí influyéndose y son de carácter probabilístico, es decir, su presencia aumenta la probabilidad que se dé una conducta (Laespada et al, 2004).

Existen muchos factores de riesgo y de protección identificados en el consumo de alcohol, sin embargo hasta ahora no se conoce a ciencia cierta cómo se ordenan y se relacionan estas variables entre sí, o cual es la combinación específica que permite predecir la ocurrencia de la conducta. Entre estos factores se encuentran características personales, sociales, familiares, socioculturales, relacionales con el grupo de iguales; que se engarzan entre sí y van influyéndose recíprocamente aumentando o reduciendo las probabilidades que se dé el consumo (Laespada et al, 2004). Los principales factores de riesgo encontrados en la literatura revisada son los factores de riesgo individual, relacional y social.

1.2.5.2 Factores de riesgo individuales

Son aquellos que refieren a las características internas del individuo. La adolescencia sería un claro ejemplo de un factor individual, pues por las características de desarrollo que se presentan sería una etapa de vulnerabilidad para el consumo de drogas. En estos factores se encuentran también los recursos y habilidades sociales con los que cuentan los adolescentes, actitudes, creencias, valores, autoconcepto, autoestima, autocontrol, experimentación (Laespada et al, 2004).

En este rubro, también se encuentra la baja percepción de riesgo. Ésta se define como aquella que se establece desde las decisiones razonadas del individuo para involucrarse o no en el consumo y la autoeficacia o control que tiene sobre las drogas. Los adolescentes mexicanos presentan una baja percepción de riesgo debido a que por un lado creen en general que las drogas no son tan peligrosas (ya que la mayoría desconoce las consecuencias negativas físicas, psicológicas y sociales) y aunque existe una baja tolerancia social hacia el consumo, los adolescentes consideran que es fácil conseguir la droga (aunque no tengan la edad legal para consumir) y muy probablemente exista la creencia de que pueden tener control si deciden consumir, lo que los pone en riesgo de comenzar en el consumo de drogas (Kumate, 2003).

Siguiendo esta línea, pueden ubicarse los motivos que los adolescentes consideran para consumir alcohol. Palacios (2012) menciona que las distintas causas para consumirlo se vinculan con la cantidad y frecuencia del consumo,

pero se necesitan motivos para hacerlo. Este autor no los ubica como factores de riesgo, sin embargo se considera importante mencionarlos en esta categoría, para conocer que está motivando a los adolescentes a consumir. Estos motivos parecen una respuesta personal, social o situacional que se eligen para adaptarse a ese contexto o característica personal. Las razones se encuentran asociadas con distintos aspectos caracterizados por una combinación de diferentes pensamientos, sentimientos, situaciones y personas presentes durante el consumo de alcohol. Este autor brinda cuatro categorías de motivos de consumo:

- a) Cognitivos: Para tener una mejor confianza, evitar problemas, daños a la salud, autocontrol.
- b) Hedonismo: Búsqueda de sensaciones, efectos del alcohol, manía.
- c) Sociales: Contextuales (lugares en donde se bebe, interacción con otros y socialización), para socializar, buscar diversiones, buscar pertenencia; por presión social, aburrimiento, motivos circundante interpersonal o por imagen personal.
- d) Afectivos: Para tener emociones positivas, bienestar, relajación, reducción del estrés; para lograr un ajuste emocional, por presentar depresión, ansiedad, enojo o algún afecto negativo.

Cabe destacar que estos motivos no solo ayudan a entender las razones que lleva a consumir alcohol a los adolescentes, sino también las estrategias que utilizan para moderar su consumo.

1.2.5.3 Factores de riesgo relacionales

Son aquellos que hacen referencia al entorno más próximo del adolescente y han sido señalados como uno de los más importantes antecedentes o influencias del consumo de bebidas alcohólicas (Pons & Buelga, 1999). En este rubro podemos encontrar al ocio, fines de semana, diversión, dinero, la escuela, la familia, el grupo de pares.

De los factores encontrados en este rubro, principalmente, el sistema familiar juega un papel fundamental para explicar la aparición de numerosas conductas desadaptativas en los hijos. Los padres, intencionadamente o no, son la fuerza más poderosa en la vida de sus hijos. La influencia de otros contextos sociales (medios de comunicación, grupo de iguales, escuela, etc.) pasa normalmente por el tamiz de la familia, que puede tanto amplificar como disminuir sus efectos e influencias, sean estos positivos o negativos (Pons & Buelga 1999).

El Servicio de Prevención de Adicciones (2012) afirma que diversas investigaciones han correlacionado como condición de riesgo de drogodependencias las siguientes variables: La calidad de las relaciones paternas filiales, una pobre supervisión y disponibilidad familiar de los padres para atender psicológicamente al hijo/a, unas pautas educativas inadecuadas, la disfuncionalidad familiar y las actitudes positivas del consumo de drogas por parte de los padres.

Además del sistema familiar, la presión del grupo de amigos también es

importante, ya que ejerce una influencia de primer orden, especialmente en la adolescencia, en la que el joven busca normas y valores fuera del ámbito familiar, en un intento de tomar la distancia que facilite su crecimiento. Esta influencia será mayor en la medida en que no se vea contrarrestada por unas relaciones familiares satisfactorias. Por lo tanto la presión social ejerce una gran influencia para que los adolescentes consuman alcohol, ya que de ésta manera se pueden sentir aceptados en un grupo. Así, las creencias y las actitudes positivas hacia las drogas en el grupo de amigos/as constituyen un factor de riesgo relevante, así como el consumo de sustancias en el grupo de iguales (PAD, 2012).

1.2.5.4 Factores de riesgo sociales

Los factores de riesgo sociales, hacen referencia a un entorno social más amplio, en el cual se incluyen: la estructura económica, normativa, la accesibilidad al consumo, la aceptación social del mismo y las costumbres y tradiciones que imprimen unas características que diferencian a unas culturas de otras, y por tanto afectan a la conducta del individuo (Laespada et al, 2004), como lo es el consumo de alcohol.

Después de la literatura revisada y encontrándose diversos factores que pueden influir en el consumo de alcohol, se han tomado los factores individual y relacional, determinándose en prácticas parentales y ansiedad en la adolescencia. Pues el individuo está en constante interacción con el ambiente familiar y en específico con sus padres aunado a ser una etapa que se hace vulnerable a presentar

ansiedad. Los siguientes capítulos están dedicados a abordar éstas variables.

CAPÍTULO II

PRÁCTICAS PARENTALES

Los adolescentes pasan por una serie de sucesos y cambios que influyen en su adaptación al contexto social, y la familia representa uno de los sistemas más significativos en su vida, pues es ahí donde desarrollan habilidades y herramientas que le ayudaran a enfrentarse a las adversidades de la vida. Por lo tanto, la presente investigación toma del campo de la familia a las prácticas parentales, que tienen como meta principal integrar al adolescente al contexto social (Andrade, Betancourt, Vallejo, Segura & Rojas, 2012). El presente capítulo está dedicado a analizar éste fenómeno.

Primero se tratará el proceso de socialización de los adolescentes, y a la familia como el principal agente de este proceso, posteriormente se desprenderán las prácticas parentales como estrategias que utilizan los padres para integrar al adolescente al contexto social (Andrade et al. 2012), describiendo la definición de dichas prácticas, los tipos de prácticas parentales y la influencia que tienen en el desarrollo adaptado y desadaptado de los adolescentes.

2.1 La familia como agente de socialización del adolescente

La socialización es un proceso interactivo mediante el cual se transmiten contenidos culturales que se incorporan en forma de conductas y creencias a la personalidad de los seres humanos. El proceso de socialización permite que los niños adquieran las opiniones, valores y conductas que los adultos dentro de la

sociedad consideran significativas y apropiadas. Por lo tanto, este proceso es importante no solo para la propia persona sino también para la sociedad, por tres razones fundamentales: a) sirve para regular la conducta e impulsos antisociales de los menores; b) promueve un desarrollo personal adaptado al entorno, ya que mediante el proceso de socialización, el individuo adquiere los conocimientos, habilidades, intereses y aspiraciones de los miembros de la cultura con los que interactúa; y finalmente, c) facilita que los menores se conviertan en personas adultas competentes, prosociales y adaptadas que enseñarán lo aprendido a sus propios hijos (Alarcón, 2012).

Para que este proceso de socialización se dé, están involucrados los agentes de socialización. Éstos agentes se refieren a aquellas personas o instituciones que hacen posible la efectividad de la interiorización de la estructura y de los procesos sociales (Betancourt, 2007), entre los que destacan: la familia, el grupo de pares, los amigos, la comunidad, la escuela, los medios de comunicación.

De tal forma, los agentes de socialización, se diversifican conforme se incrementan los contextos sociales del individuo, pasando de la exclusividad de la familia a la influencia de otros agentes externos a la misma. Así, aunque la familia siga siendo el centro del mundo social del niño, éste empieza pronto a interesarse por personas diferentes a las de su hogar, siendo especialmente importante el grupo de iguales, el cual alcanzará su máxima relevancia en la adolescencia (Betancourt, 2007).

También, la integración a instituciones tendrá una mayor influencia en la formación

y desarrollo de los adolescentes, pues por medio de estos y a través del aprendizaje y la observación de las conductas de los adultos, se van capacitando para vivir en la sociedad y enfrentar de forma adecuada las nuevas situaciones a lo largo de la vida (Craig, 2001).

A pesar de que los adolescentes tienen contacto con otros agentes, la familia es el principal agente en el proceso de socialización por ser el primer grupo de personas con quien el individuo tiene contacto y comienza a socializar, teniendo una influencia determinante conforme vaya avanzando a la edad adulta (Betancourt, 2007; Craig, 2009), pues a medida que el niño vaya cumpliendo años y pase más tiempo en contextos extrafamiliares, la familia ya habrá dejado huella y gracias a ella es que se desarrollan habilidades y capacidades esenciales que facilitarán la adaptación de los adolescentes a esos nuevos contextos (Alarcón, 2012; Jiménez, 2000).

De manera concreta, el proceso de socialización familiar es el conjunto de procesos de interacción que se producen en el contexto familiar y que tiene por objetivo inculcar en los hijos un determinado sistema de valores, normas y creencias (Alarcón, 2012) y así mismo es a través de la familia que desarrollan habilidades y capacidades esenciales que facilitan su integración al mundo social.

De igual forma, durante la adolescencia la familia debe ir transformándose de un sistema que protege y cuida a los hijos, a otra que los prepara para entrar en el mundo de las responsabilidades adultas y de los compromisos, es así como los padres juegan un papel en el que presentan formas de actuar a sus hijos, creando

modelos con los que regulan las conductas y marcan los límites (Alarcón, 2012; Jiménez, 2000).

El ser padres además de implicar la generación de sentimientos habitualmente positivos con respecto a los hijos, también involucra tener que encauzar el comportamiento de estos en una determinada dirección o lo que se denomina hacer uso de estrategias de socialización (Betancourt, 2007). Dentro de estas estrategias se encuentra los estilos parentales y las prácticas parentales.

En éste sentido, estudiar a la familia permite analizar cómo influye la interacción entre padres e hijos en el desarrollo durante la niñez y adolescencia (Méndez, Andrade & Peñaloza, 2013); y particularmente el estudio de las prácticas parentales permiten conocer las conductas específicas que cada uno de los padres ejercen sobre sus hijos en el proceso de integración de los adolescentes al contexto social.

2.2 Definición de prácticas parentales

De acuerdo a la cultura en que los padres estén inmersos y a sus propias características, se encuentran diversas prácticas parentales. Estas prácticas se refieren a un dominio específico de las conductas parentales que los padres ejercen con sus hijos, y se conforman de diferentes componentes los cuales determinan un estilo parental (Darling & Steinberg, 1993).

Debido a que las prácticas parentales están involucradas en los estilos parentales, suelen confundirse entre sí, por lo tanto es importante hacer una distinción.

Al hablar de estilos parentales, se trata de un conjunto estable de actitudes y creencias que forman el contexto donde ocurren las conductas paternas y maternas (Darling & Steinberg, 1993). Estos fueron estudiados por Diana Baumrind (1966, 1971, 1991), quien los categorizó a partir de dos dimensiones del comportamiento de los padres: la aceptación y el control parental.

La combinación de estas dos dimensiones conformó la tipología de los estilos parentales, los cuáles los clasificó en:

a) Estilo autoritario, caracterizado por padres quienes poseen altos niveles de exigencia en cuanto a la madurez esperada de los hijos, bajos niveles de afectividad al tener dificultades en la expresión de emociones, escasa comunicación donde la expresión de los hijos no es bien recibida y la disciplina está caracterizada por tener reglas claras y castigos ante las faltas.

b) Estilo autoritativo o democrático que representa a los padres que exigen responsabilidad y autocontrol por parte de los hijos, tomando en cuenta sus necesidades, opiniones y sentimientos, permiten la expresión de los sentimientos y generan acuerdos.

c) Estilo permisivo, caracterizado por padres con reglas difusas y no realizar correcciones del mal comportamiento, se muestran cariñosos y con altos niveles de aceptación y no exigen madurez por parte de los hijos.

Posteriormente, esta tipología fue redefinida por Maccoby y Martin, quienes incorporaron el estilo negligente (caracterizado por padres concentrados en sus

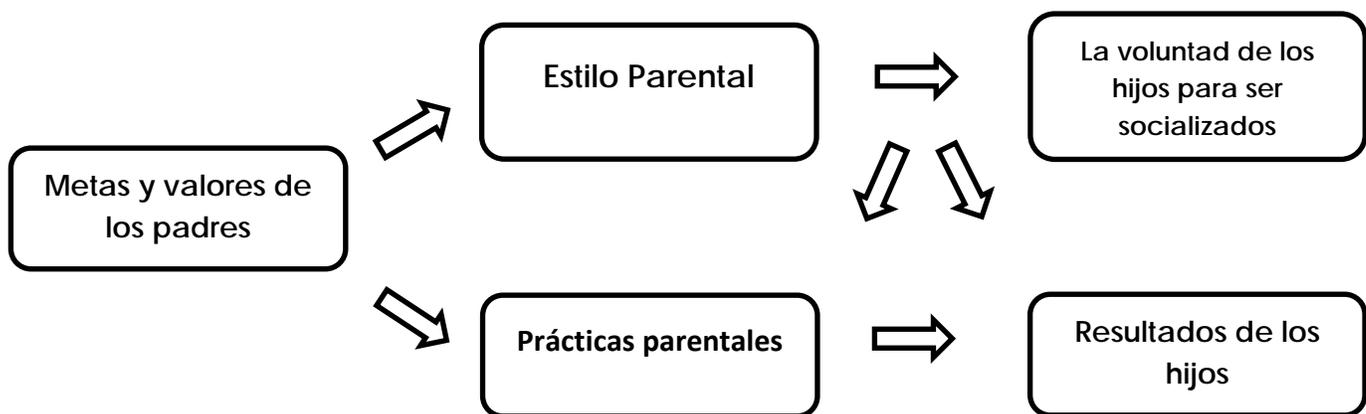
propias necesidades dejando de lado las de los hijos) a los establecidos anteriormente (Berger, 2004; Espera, 2005; Osorno, Mazadiego & Vallejo, 2008).

De esta forma, el estilo parental consiste en las actitudes de los padres tienen hacia el niño y crean un clima emocional. Este clima emocional se va a comunicar y manifestar a través de diferentes tipos de conducta que son definidos por las prácticas parentales.

Por lo tanto, las prácticas parentales se relacionan con el estilo parental, abarcando este último los comportamientos que se desprenden de las primeras (Darling & Steinberg, 1993), es decir, los estilos parentales implican la evaluación del clima emocional que se crea en la relación con los hijos y las prácticas parentales se interesan en conductas específicas que los padres utilizan en la socialización de sus hijos (Segura-Celis, Vallejo-Casarín, Osorno-Munguía Rojas-Rivera & Reyes-García, 2011).

Para comprender mejor la relación entre estilos parentales y prácticas parentales Darling y Steinberg (1993) proponen el siguiente esquema (Véase figura 2):

Figura 2. Estilos parentales y prácticas parentales



Se observa como las prácticas parentales son las encargadas de dirigir los resultados que los hijos tendrán acerca de las metas y valores que los padres tengan.

Las prácticas parentales se definen como las conductas específicas que los padres utilizan para dirigir a los adolescentes hacia las metas de socialización, estas metas tienen como objetivo que sus hijos adquieran habilidades y conductas específicas como: resultados académicos satisfactorios, independencia o cooperación con iguales, esto dependiendo de los resultados del desarrollo que más importancia tengan para los padres (Andrade & Betancourt, 2012; Darling & Steinberg, 1993).

2.3 Tipos de prácticas parentales

El concepto prácticas parentales se utiliza para definir a un conjunto de conductas específicas de los padres, la investigación ha encontrado diferentes tipos de éstas.

En un principio, Maccoby & Martin clasificaron dos dimensiones centrales en las prácticas parentales (Méndez, Andrade & Peñaloza, 2013):

- 1) El control: exigencia parental o presión que los padres utilizan sobre sus hijos para el alcance de determinados objetivos, así como sus metas.
- 2) El apoyo: responsabilidad, sensibilidad y calidez en la respuesta parental ante las necesidades de sus hijos.

Con el paso del tiempo, se encontró que en la dimensión control, había una ambivalencia entre los efectos que tenía dicha práctica conductual, y se continuó

la investigación, encontrándose que hay dos tipos de práctica de control que generaban ésta ambivalencia. De este modo, Barber (como se citó en Betancourt & Andrade, 2011) propuso la distinción entre control psicológico y control conductual para diferenciar estrategias de supervisión claras y abiertas (control conductual) de las estrategias intrusivas que menoscaban la autonomía del adolescente (control psicológico), dimensiones que se han retomado en otros estudios.

Barber Olsen y Shagle, (como se citó en Betancourt & Andrade, 2011) explican que hay dos razones básicas por las cuales es necesario realizar la distinción entre control psicológico y control conductual:

a) La primera, es que para que un niño tenga un desarrollo saludable, necesita un grado adecuado de autonomía psicológica, esto es, el aprendizaje a través de las interacciones sociales efectivas, que dan como resultado individuos competentes con un claro sentido de identidad personal.

b) La segunda, es que se requiere de una regulación suficiente de la capacidad, para aprender que las interacciones sociales son gobernadas por funciones y estructuras que deben mantenerse dentro del orden, para ser así un miembro competitivo en la sociedad

También estos autores afirman que esta distinción está demostrada en resultados de investigaciones ya que ambos tipos de control no correlacionan entre ellos, pues padres y madres pueden supervisar poco a sus hijos y utilizar al mismo

tiempo estrategias de control psicológico o viceversa (Oliva & Parra, 2006).

De igual forma Steinberg, hace una distinción, afirmando que el control psicológico inhibe las expresiones de autonomía e inicio de dependencia del niño, mientras que el control conductual por su parte se refiere a la presencia de patrones y regulaciones (Betancourt, 2007).

Tomando en cuenta las clasificaciones de Maccoby & Martin y las modificaciones de Barber Olsen y Shagle, algunos autores (Gray & Steinberg, 1999; Steinberg, 1990; Steinberg, Lamborn, Dornbusch & Darling, 1992) sugieren que las prácticas parentales pueden agruparse en tres componentes: apoyo, control conductual y control psicológico, los cuales afectan de manera diferencial el desarrollo de los adolescentes (Betancourt & Andrade, 2008).

Por otro lado, Andrade y Betancourt (2008) tomando en cuenta las prácticas parentales de control y apoyo realizaron diversas investigaciones en las que midieron éstas prácticas, encontrando en sus análisis y resultados la existencia de otras dimensiones inmersas en las prácticas parentales configurándose en dimensiones: 5 dimensiones dentro de las prácticas parentales maternas (comunicación, autonomía, control conductual, control psicológico e imposición) y cuatro dimensiones dentro de las prácticas paternas (comunicación, confianza, autonomía, control psicológico e imposición). De las cuales se considera que la comunicación, autonomía y control conductual son beneficiosos en el desarrollo de los hijos, mientras que la imposición y el control psicológico son negativos en el

desarrollo de los hijos.

A continuación se describen los tipos de prácticas parentales y la manera en la que influyen en el desarrollo de los adolescentes.

2.3.1 Prácticas parentales de apoyo

El apoyo se refiere a diversos componentes de la relación entre padres e hijos, los cuales incluyen: la cantidad de soporte y cariño que muestre el padre o madre, la calidez de la relación padres e hijos que involucra conductas físicas y emocionalmente afectivas, así como la aprobación, cuidado de los hijos, comunicación y apoyo en situaciones difíciles (Betancourt, 2007; Betancourt & Andrade, 2012). Éstas conductas ejercidas de los padres hacia sus hijos hacen que el niño se sienta confortado, a gusto y sobre todo aceptado como persona (Torio, Peña & Rodríguez, 2008).

Por lo tanto, el apoyo parental resulta ser una práctica benéfica para el desarrollo de los hijos y constituye un indicador de calidad en la relación padres e hijos (Musitu, Martínez & Murgui, 2006).

Los resultados de diversas investigaciones son consistentes al reportar que un alto apoyo parental se relaciona con un menor número de problemas tanto emocionales como de conducta (Amato & Fowler, 2002; Barber & Buehler, 1996; Fletcher, Steinberg & Williams-Wheeler, 2004; Oliva, Parra, Sánchez & López, 2007; Stolz, Barber & Olsen, 2005). También han demostrado que los niños suelen desarrollar apegos seguros, mismos que promueven una elevada

autoestima, buenas habilidades de adopción de perspectiva y una identidad positiva, identidades de género más flexibles ,andróginas y una fuerte conciencia aparejada de un sentimiento positivo de preocupación prosocial, además ayudan en el desarrollo de habilidades sociales, resolución de problemas y tienen un buen impacto en el rendimiento intelectual y académico durante los años escolares (Betancourt, 2007), contribuyendo así al desarrollo saludable de los niños y adolescentes (Betancourt, 2007; Méndez et al, 2007).

2.3.2 Prácticas parentales de control conductual

El control conductual, es el conjunto de límites, reglas, restricciones y regulaciones que los padres tienen para sus hijos y el conocimiento de las actividades de los mismos, es decir, son aquellas conductas parentales que intentan regular, supervisar y controlar la conducta del adolescente (Betancourt & Andrade, 2008).

El control conductual está compuesto por: conocimiento parental, expectativas parentales, monitoreo parental, disciplina parental y el control parental global (Betancourt, 2007).

Investigaciones recientes muestran que el control conductual previene problemas de comportamiento y problemas emocionales, resultando beneficioso en el desarrollo del adolescente. Estas investigaciones han demostrado una relación negativa entre el control conductual y los problemas emocionales y de conducta. Entre los problemas que han sido evaluados, los más frecuentes son: por la parte emocional, la ansiedad y la depresión, y entre los problemas conductuales están la

conducta antisocial, la ruptura de reglas y el consumo de sustancias (Betancourt & Andrade, 2011).

2.3.3 Prácticas parentales de control psicológico

El control psicológico se refiere a los métodos psicológicos que ejercen los padres a sus hijos. Este tipo de control es intrusivo ya que intenta manipular, la conducta, la identidad y el desarrollo psicológico del niño/adolescente lo que lo llevará dentro de un camino que afecta negativamente su mundo psicológico socavando el desarrollo psicológico de éste (Barber, 1996; Schaefer, 1965 & Steinberg 1990, como se citó en Betancourt, 2007).

Los padres ejercen control psicológico sobre sus hijos a través de tres principales dominios: las emociones, las cogniciones y las conductas. Cada dominio puede tener distintos efectos dentro del desarrollo del niño y/o adolescente:

- a) El dominio cognoscitivo refleja el control psicológico de los padres, sobre el desarrollo cognoscitivo de sus hijos, así como la expresión de sus pensamientos;
- b) El dominio emocional refleja el control parental sobre la manipulación de las emociones de los niños y o adolescentes, ejercido por medio del retiro de amor y manipulación e inhiben las respuestas emocionales de sus hijos por el temor al rechazo.
- c) El dominio conductual refleja un control psicológico por medio de la restricción de conductas del niño y/o adolescente y este se conoce dentro de la literatura

como sobreprotección.

Para evitar confusiones en éste último término, vale la pena diferenciar vía conductual, entre control conductual y control psicológico; el primero es el nivel de monitoreo y límites de escenarios que los padres mantienen (Steinberg, 1990), donde las metas son la regulación conductual y la socialización; y el segundo se refiere a la exclusión del niño y/o adolescente en cuanto a la toma de decisiones, lo cual provoca dependencia (Morris, Steinberg, Sessa, Avenevoli, Sick & Essex, 2002, como se citó en Betancourt, 2007).

Finalmente, podemos considerar que el control psicológico se refiere a las conductas donde los padres son intrusivos y manipulan los pensamientos, emociones y cariño de sus hijos (Méndez et al, 2013).

Para que los padres ejerzan el control psicológico, utilizan diversas estrategias como: la crítica excesiva, retiro del afecto, culpabilidad, comunicación restringida e invalidación de sentimientos, donde la imposición se hace presente, como intención de ejercer su voluntad, ante la propia voluntad de sus hijos, la sobreprotección y la intrusividad (Barber, 1996; Méndez et al, 2013; Steinberg, 1990).

En este campo, investigaciones recientes han demostrado que existe relación entre el control psicológico y los problemas emocionales y de conducta (Betancourt & Andrade, 2011), por lo tanto el control psicológico resulta ser pernicioso para la socialización y desarrollo de los adolescentes.

De acuerdo con lo anteriormente planteado, se considera que las prácticas parentales son clave en el proceso de socialización de los adolescentes, ya sea para una adaptación adecuada o no adecuada al contexto social, de esa forma, tienen relación con las conductas de riesgo como el consumo de alcohol.

CAPÍTULO III

ANSIEDAD EN LA ADOLESCENCIA

La ansiedad es una emoción universal que se da en todas las edades, se hace presente en cualquier etapa del ser humano, y actúa como un sistema de protección que ayuda a reaccionar ante estímulos de peligro (Amarro, 2008; Becoña & Míguez, 2004).

A pesar que la ansiedad se puede presentar en cualquier etapa de la vida, durante la adolescencia, es muy frecuente que se manifieste, debido a los cambios físicos, psicológicos y sociales que se viven durante esta etapa.

En el presente capítulo se explica el fenómeno de ansiedad de forma general, profundizando en algunos aspectos específicos relacionados con la adolescencia, haciendo una diferencia entre ansiedad normal y ansiedad patológica, para no confundir la forma en la que es manifestada.

3.1 Definición de ansiedad

Hay una dificultad importante para definir el concepto de ansiedad, ya que difiere del contexto teórico y el uso de términos y conceptos dependiendo de la escuela psicológica (Amarro, 2008), sin embargo, la ansiedad será abordada teóricamente acorde a los objetivos de la presente investigación.

La American Psychiatric Association (2014) define a la ansiedad como la anticipación aprehensiva de un peligro o amenaza futuro acompañada por

sentimientos de preocupación, angustia y/o síntomas somáticos de tensión, donde el foco de peligro puede ser interno o externo.

Por la manifestación de la ansiedad presentada en un individuo, es común que el concepto de ansiedad se confunda con el estrés, miedo y fobia, pues son empleados coloquialmente para referirse a los mismos eventos, sin embargo, éstos tienen connotaciones diferentes (Edelman, 1992). A continuación se hará una distinción entre éstos, para evitar confusiones.

Se define como ansiedad una sensación desagradable de temor, percibido como una señal de alerta que advierte de un peligro amenazante y frecuentemente la amenaza es desconocida, lo que la distingue del miedo donde la amenaza es concreta y definida (Virgen, Lara, Morales & Villaseñor, 2005), por lo tanto, el miedo aparece cuando una situación es valorada como peligrosa (Beck, 1985) y la amenaza es conocida.

Por otro lado, el estrés es la respuesta fisiológica y psicológica del organismo ante un estímulo (evento, objeto o persona) que se interpreta como amenazante o que pone en peligro de algún modo la integridad física, psicológica o social (Rodríguez, 2008). El estrés implica cualquier factor externo o interno que induce a un aumento en el esfuerzo por parte de la persona para mantener un estado de equilibrio dentro de sí misma y en relación con su ambiente (Naranjo, 2009).

La fobia puede definirse como un temor irracional ante un objeto o evento específico y tiene como consecuencia la evitación de éste (Téllez, López-Torres,

Boix, Villena, Párraga & Morena, 2007).

Por lo tanto, la ansiedad es una sensación normal que experimentan las personas alguna vez en momentos de peligro o preocupación. Sirve para poder reaccionar mejor en momentos difíciles, pues surge en cualquier situación que se evalúe como amenazante, que genere incertidumbre o se piense puede desbordar los recursos para resolverla eficazmente, aunque también puede ser una respuesta a un peligro indefinido, confuso o imaginario (Rodríguez, 2008).

Asimismo, la ansiedad tiene manifestaciones cognitivas, debido a los pensamientos que se tienen acerca de la amenaza; manifestaciones físicas, por los síntomas de tensión que va a provocar en el cuerpo y manifestaciones conductuales por ciertas conductas que se llevan a cabo manifestando la ansiedad.

3.2 Ansiedad durante la adolescencia

Principalmente la presencia de la ansiedad en la adolescencia, se debe a los cambios naturales que se producen a nivel biológico, anatómico, psicológico y se necesita de un esfuerzo extra para lograr un buen ajuste y una correcta adaptación. También hay que tener en cuenta las diferentes situaciones potencialmente estresantes de la vida diaria (en las cuáles se encuentran presentes la familia, los compañeros o la imposibilidad de obtener metas deseadas) que aumentan a partir de la pubertad (Corbí & Pérez, s/a). Bajo éstas circunstancias, es normal que se manifieste ansiedad y claro está, que el objetivo

no es hacer que desaparezca, sino aprender a controlarla, reducirla a niveles manejables y adaptativos (Báez, 2002). Así cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día.

La ansiedad puede ser explicada desde el modelo biológico, cognitivo y conductual (Balcázar, 2011):

Desde una visión biológica, la ansiedad presenta una activación del sistema nervioso, consecuente con estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral, mismos que se traducen como síntomas periféricos derivados del sistema nervioso vegetativo (aumento del tono simpático) y del sistema endócrino (glándulas suprarrenales), que provocan los síntomas de la ansiedad.

Desde el modelo cognitivo se considera a la ansiedad como el resultado de condiciones patológicas. La persona etiqueta mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conductas determinados, por lo tanto la vulnerabilidad patológica es una característica de quienes experimentan ansiedad: se sobrevalora el peligro y se sobreestiman los propios recursos. También se encuentran alterados los procesos atencionales que ayudan a decodificar a información del ambiente de forma catastrófica, haciendo que se preste mayor atención a la información que pueda ser amenazante que a la neutral, y casi cualquier estímulo se interpreta en la misma dirección de peligro y se subestiman los propios recursos.

Desde la parte conductual, la teoría conductista se basa en que todas las conductas son aprendidas y en algún momento de la vida se asocian a estímulos favorables o desfavorables adoptando así una connotación que va a mantenerse posteriormente, entonces se podría decir que la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado de modo que los sujetos que la padecen han aprendido a asociar estímulos en un principio neutros, con acontecimientos vividos como traumáticos y por tanto amenazantes de modo que cada vez que se produce contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada a la amenaza.

De igual forma, la ansiedad se manifiesta a través de tres niveles o componentes: cognitivo, fisiológico y conductual:

Componente cognitivo: Se refiere al conjunto de pensamientos producidos de forma automática e imágenes de contenido amenazante (Amodeo & Perales, 2013).

Componente fisiológico: Referido al conjunto de síntomas que se producen por una excitación en el sistema nervioso, entre los que destacan: tensión en el cuello, hombros y espalda; dificultades de respiración, visión nublada, sofoco; taquicardia, opresión en el pecho; sensación de nudo en el estómago, náuseas; sudoración, temblor, hormigueo en las manos; inestabilidad, temblor y entumecimiento en las piernas, dilatación de las pupilas, bruxismo (apretar los dientes de manera inconsciente), contracciones nerviosas, sensación de pérdida del control o conocimiento, rigidez muscular, debilidad muscular, dolor de cabeza, necesidad

frecuente de orinar, diarrea, insomnio, inquietud motora, sequedad en la boca, dificultad para deglutir y dolor abdominal (Báez, 2002; Navarrete, 2010).

Componente conductual: Incluye la tendencia a evitar, huir o escapar, buscar ayuda y hacer cualquier cosa que pueda liberar a la persona con ansiedad del peligro o amenaza: Por ejemplo: evitar situaciones que generen temor o malestar, evitar salir de casa, evitar lugares concurridos; realizar conductas compulsivas como fumar, beber, comer en exceso; puede provocar intranquilidad motora, ir de un lado para otro sin una finalidad explícita, paralizarse o bloquearse en determinadas situaciones, dificultades para la comunicación, entre muchas otras más (Amodeo & Perales, 2013; Navarrete, 2010).

Es importante aclarar que no todas las respuestas posibles se van a presentar en un individuo o en una situación, hay respuestas que ni siquiera se presentan, otras en cambio, se presentan con mayor intensidad, ello dependerá de los recursos externos e internos con los que cuenta el individuo y de lo ansiosa o amenazante que le resulte la situación (Baeza, Balaguer, Bechi, Coronas & Guillamón, 2008). También, la magnitud en la que se presenten estas respuestas pueden dar pie a reconocer si lo que se está presentando es ansiedad normal o ansiedad patológica, pues la presencia de los síntomas pueden llegar a ser cada vez más severos o recurrentes ante un estímulo.

3.3 Ansiedad normal y patológica

Cuando la ansiedad presentada en el individuo, sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de éste, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, psicológico y conductual, es cuando se habla de patología porque interfiere en la vida del adolescente (Amarro, 2008).

Según la Ley de Yerkes-Dodson (1908, como se citó en Piqueras, Martínez, Ramos, Rivero, García & Oblitas, 2008) un déficit de ansiedad conlleva una eficacia de acción baja, mientras que una ansiedad óptima ante determinados problemas propicia el aumento, de forma deseable, de la ejecución o eficacia. Sin embargo, la ansiedad excesiva o clínica actúa interfiriendo el rendimiento en todos los ámbitos del ser humano. Esta reacción de ansiedad en lugar de cumplir su función primigenia (activar al organismo para dar respuesta a las demandas de la situación), pasará a interferir más que a facilitar la solución de las demandas ambientales.

La ansiedad al convertirse en una respuesta desadaptativa se constituye en un trastorno psicológico altamente incapacitante. Se habla entonces de la vertiente patológica de una reacción natural (Rodríguez, 2008).

Un trastorno de ansiedad durante la adolescencia, tiene como síntoma central a una ansiedad intensa, desproporcionada, persistente y que afecta en varias áreas la vida cotidiana de quien la padece, a tal grado que le dificulta o incapacita para estudiar, trabajar, convivir con su familia o con sus amigos y desafortunadamente

a pesar de ser un trastorno mental común en la población general, con frecuencia pasa sin ser identificada ni tratada (Cárdenas, Feria, Palacios & Peña, 2010).

El trastorno de ansiedad se ha estudiado desde una triple perspectiva: biológica, psicológica y social, tratando de integrar estas tres concepciones que permiten conocer en mayor grado el origen de este problema. Menciona que el ser humano transforma su biología mediante sus pensamientos y estos son capaces de alimentarse de sentimientos a su vez. Desde una perspectiva cognitiva la respuesta de ansiedad se genera por la percepción de las cosas, de las situaciones, más que por las cosas en sí mismas y haciendo referencia a Epícteto: “No nos perturban las cosas, si no la percepción que de ellas tenemos” (Sotillo, 2012).

En los adolescentes, el trastorno de ansiedad se origina a partir de la identidad, la sexualidad, la aceptación social y los conflictos de independencia, principalmente (Amarro, 2008). Es importante resaltar que la presencia de los trastornos de ansiedad es frecuente en al menos un tercio de la población adolescente y cumplen con los criterios para ser diagnosticados.

A continuación se describen algunas características de la ansiedad patológica (Rodríguez, 2008):

- Será desproporcionada y o injustificada ante estímulos o situaciones ambientales cotidianos.
- Escapará del control voluntario de la persona afectada.

- Tendrá un carácter intenso y recurrente.
- Genera disforia, es decir, incomodidad y malestar significativos.
- Interferirá negativamente en la vida de la persona en múltiples ámbitos.

También es importante mencionar que los síntomas de la ansiedad patológica, están relacionados con alteraciones químicas del cerebro, tienen un componente hereditario y con frecuencia son precipitados por estrés en el ambiente (Cárdenas et al 2010).

Para un mejor entendimiento, se hace una diferencia de las principales características de la ansiedad adaptativa y la ansiedad patológica (Rodríguez, 2008).

Tabla 2. Diferencias entre ansiedad adaptativa y ansiedad patológica

	Ansiedad adaptativa	Ansiedad Patológica
	Frecuencia ocasional	Frecuencia recurrente
Análisis topográfico	Intensidad leve media	Intensidad elevada
	Duración limitada	Duración prolongada
Origen	Situaciones objetivas de amenaza, desafío o peligro potencial	Situaciones donde el peligro es sobrevalorado o injustificado
Consecuencias	Interferencia leve o moderada en las actividades cotidianas	Interferencia grave y significativa en las actividades cotidianas

Para el diagnóstico de la ansiedad como patología, es de importancia tomarse en cuenta los síntomas presentados en el sujeto, ya que permiten detectar hasta qué punto es considerado un trastorno de ansiedad y que trastorno de ansiedad es el que se está presentando, debido que los científicos han estudiado a lo largo de los años los trastornos mentales, han propuesto algunas clasificaciones que ayudan a los psicólogos a identificar cada uno de los trastornos (Virgen et al, 2005).

Existen dos clasificaciones internacionales acerca de las enfermedades mentales con las que cuenta la Psicología, que son: El DSM V y la CIE-10, en sus últimas ediciones.

La CIE-10 propone la siguiente clasificación para los trastornos de ansiedad:

- Trastorno de ansiedad generalizada y agorafobia
- Crisis de pánico
- Fobia social
- Fobia específica
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Trastorno de estrés postraumático

El DSM V por su parte, propone una clasificación distinta para los trastornos de Ansiedad:

- Trastorno de ansiedad por separación
- Mutismo selectivo
- Fobia específica
- Trastorno de ansiedad social (Fobia social)
- Trastorno de pánico
- Agorafobia
- Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
- Trastorno de ansiedad debida a otra afección médica
- Otro trastorno de ansiedad especificado
- Otro trastorno de ansiedad no especificado

Ambas clasificaciones ofrecen criterios diagnósticos que permiten conocer y diferenciar características y síntomas que puede presentar el sujeto en cada trastorno, facilitando así el diagnóstico específico del padecimiento.

A continuación se hace una revisión de la prevalencia de los trastornos de ansiedad en población mexicana y adolescente.

3.4 Prevalencia de los trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad en población mexicana adulta, manifiestan las prevalencias más altas, sin olvidar que los adolescentes también son los principales afectados con estos trastornos. De acuerdo con la encuesta epidemiológica de los trastornos mentales en población mexicana (2003), son los trastornos de ansiedad, los más frecuentes, reportándose en la prevalencia alguna vez 14.3%, seguidos de los trastornos de abuso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%). En la actualidad se estima que un 20.6% o más de la población mundial sufre de algún trastorno de ansiedad, generalmente sin saberlo.

A pesar de que éstas cifras son alarmantes en población adulta, los hallazgos de las Encuestas Mundiales de Salud Mental de 17 diferentes países muestran que los trastornos psiquiátricos consistentemente inician en las primeras décadas de la vida (WHO-World Mental Health Consortium, 2007), por lo tanto la adolescencia sería la etapa en la que hay más probabilidades de manifestación patológica que traerá consecuencias desfavorables en sí misma y posteriormente en la edad adulta.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en Adolescentes (2008), un trastorno mental en un menor tiene un costo no sólo por el sufrimiento que se representa para los jóvenes, sino también por las secuelas que pueda tener para el funcionamiento en la vida adulta como: menor alcance educacional, ocupacional y económico, una peor productividad laboral, el embarazo no deseado, accidentes automovilísticos, y relaciones interpersonales

disfuncionales.

La Encuesta Mexicana de Salud Adolescente (2009) indica que los trastornos individuales más frecuentes en ambos sexos fueron las fobias específicas y la fobia social. Para las mujeres, los trastornos más prevalentes en orden decreciente fueron: las fobias, la depresión mayor, el trastorno negativista desafiante, la agorafobia sin pánico y la ansiedad por separación. Mientras que en los varones, los trastornos más prevalentes después de las fobias fueron: el trastorno negativista desafiante, el abuso de alcohol y el trastorno disocial. En comparación con los hombres, las mujeres presentaron un mayor número de trastornos y una mayor prevalencia de cualquier trastorno. Los trastornos que se presentaron en edades de inicio más tempranas fueron los trastornos de ansiedad, seguidos por los trastornos de impulsividad y los trastornos de ánimo; los trastornos que se presentaron en edades más tardías fueron los trastornos por uso de sustancias. Las edades de inicio para los trastornos de ansiedad, ánimo y por uso de sustancias son similares entre los sexos.

Con éstos datos, podemos darnos cuenta de la severidad y la prevalencia tan alta de los trastornos de ansiedad en adolescentes (Benjet, Borges, Medina-Mora, Méndez, Fleiz, Rojas & Cruz, 2009), lo cual hace necesario programas de prevención e intervención de ésta problemática.

CAPÍTULO IV

INVESTIGACIONES RELACIONADAS ENTRE PRÁCTICAS PARENTALES, ANSIEDAD Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES

El estudio del consumo de alcohol en adolescentes abarca diferentes escenarios, uno de ellos es la familia y otro la Psicopatología del desarrollo.

La familia es uno de los campos mayormente estudiado, debido a que es el primer ambiente en el que los adolescentes se desenvuelven para posteriormente integrarse a la sociedad; específicamente las prácticas parentales se han correlacionado con el consumo de alcohol en esta población.

En lo que le concierne a la psicopatología del desarrollo, una parte de esta se ocupa de correlacionar a los diferentes trastornos mentales con el consumo de alcohol. En éste sentido, la ansiedad es uno de los trastornos más estudiados, pero que aun así carece de estudios con población adolescente. También es importante mencionar que el estudio se ha enfocado en correlacionar la variable ansiedad, que no necesariamente cumpla con los criterios para ser diagnosticada como trastorno, pero que tiene manifestaciones altamente significativas.

A continuación se hará una revisión de las investigaciones directamente relacionadas con las prácticas parentales, la ansiedad y el consumo de alcohol.

4.1 Prácticas parentales y consumo de alcohol en adolescentes

El estudio de Pons & Berjano (1997) tuvo el propósito de determinar las relaciones existentes entre los estilos parentales de socialización familiar y el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes, utilizaron una muestra de 1100 adolescentes de ambos sexos, con edades entre 15 a 19 años, provenientes de escuelas de Valencia. Para obtener los datos, se utilizaron dos escalas diferentes: el EMBU 89, compuestas de 81 ítems agrupados en seis factores relativos a seis diferentes estrategias paternas de educación con los hijos: Sobreprotección, Comprensión y Apoyo, Castigo, Presión hacia el Logro, Rechazo y Reprobación; y La Escala HABICOL-92. Instrumento realizado con la finalidad de evaluar el consumo de diferentes tipos de bebidas alcohólicas por parte de los adolescentes en los fines de semana.

Los resultados arrojaron que el consumo abusivo de alcohol entre los adolescentes se encuentra relacionado con la percepción de estrategias paternas basadas en la reprobación, la crítica, el castigo disciplinario y en ocasiones físico, así como en la ausencia de canales comunicativos que posibiliten la transmisión y expresión de afectos en el sistema familiar. Por otro lado las prácticas educativas favorables en el ajuste social y emocional del hijo, son las basadas en la facilidad para establecer comunicación y en la expresión de afecto, apoyo y comprensión.

Por otro lado, Pons (1998) realizó una investigación con un enfoque diferente encontrándose resultados muy parecidos a la anterior investigación. Tuvo el objetivo de determinar las relaciones existentes entre el consumo de bebidas

alcohólicas por parte de los adolescentes y dos variables psicosociales: el Consumo alcohólico de los otros miembros del sistema familiar y las estrategias educativas paternas. Utilizó la muestra presentada en la investigación antes descrita y como instrumentos: La Escala INFLUCOL 92, para la obtención de los datos del consumo de alcohol en la familia; La escala EMBU 89 para la obtención de las estrategias educativas familiares (sobrepotección, comprensión y apoyo, presión hacia el logro, castigo, rechazo y reprobación); La escala HABICOL-92, para medir los hábitos de consumo de alcohol de la muestra referida, durante los fines de semana con los amigos.

Se encontró una fuerte relación entre el consumo de alcohol de los adolescentes durante los fines de semana y las variables medidas. Los adolescentes que más consumen, pertenecen a familias en las que el consumo alcohólico es habitual y las estrategias paternas relacionadas con el consumo abusivo de los adolescentes, son las que se denominan poco respetuosas con el hijo: castigo, presión hacia el logro, rechazo, reprobación y puntuación baja en el factor comprensión y apoyo.

El autor destaca que éstas variables no son las únicas relacionadas con el consumo, también la influencia del consumo en el grupo de pares es una importante variable a considerar, pero las variables familiares son fundamentales para explicar dicha conducta. Por esto mismo, destaca la necesidad de implicar a los padres en los procesos preventivos, a fin de crear un ambiente familiar positivo y además ofrecer a los hijos un modelado racional y controlado en el uso familiar

de bebidas alcohólicas. Deja en claro la influencia significativa que tienen los padres en el consumo de alcohol de los adolescentes.

Por otro lado, Palacios & Andrade (2008) realizaron una investigación cuyo objetivo fue analizar la presencia de varias conductas problema (conducta sexual, consumo de tabaco, alcohol y drogas, intento de suicidio, conducta antisocial y conducta delictiva) en adolescentes y probar el nivel de predicción dependiendo del sexo y edad, así como de las prácticas parentales sobre el conjunto de conductas problema. La muestra estuvo conformada de 485 hombres y 515 mujeres con un rango de edad entre 14 y 22 años. Para medir los estilos parentales se utilizó el instrumento Multidimensional de Palacios y Andrade (2006), para medir las conductas problemas se utilizaron preguntas relativas a éstas. Si bien ésta investigación no fue enfocada específicamente en el consumo de alcohol, se encontraron datos respecto a éste muy interesantes. La edad de inicio encontrada se sitúa a los 14 años de edad y las prácticas parentales que influyen en la covariación de las conductas problema son una baja supervisión materna y una alta imposición materna; la evidencia señala que una relación negativa con el padre percibida por el adolescente es un factor que promueve conductas que afectan la salud del adolescente. Aunque es importante señalar que a pesar de que se encuentra una relación significativa, la investigación no describe como es el consumo de alcohol de los adolescentes.

Una investigación realizada por López, Jaramillo y Rosa (2013), tuvo un enfoque parecido a la anterior, en donde se relacionaron prácticas parentales

(comunicación, autonomía y control conductual como dimensiones positivas, control psicológico e imposición como dimensiones negativas) y conductas de riesgo de los y las adolescentes. Se seleccionó una muestra de 411 alumnos de la secundaria STASE, Sinaloa, de 12 a 16 años de edad, ambos sexos. Para la recolección de los datos se utilizaron los instrumentos: La Escala de Práctica parentales Andrade y Betancourt (2008) para medir las prácticas parentales percibidas por los adolescentes de sus padres; La Escala de Conductas de riesgo de adolescentes de Betancourt (2008) para medir las conductas de riesgo y Cuestionario para medir el Perfil socioeconómico.

Los resultados de la investigación arrojaron que los padres que asumen una postura impositiva y ambos padres que ejercen control psicológico ejercen una influencia en algunas conductas de riesgo (práctica sexual, consumo de alcohol e intento suicida) que asumen los adolescentes de la secundaria STASE ambos turnos.

Por lo tanto las prácticas parentales relacionadas con el consumo de alcohol son: percepción de estrategias paternas basadas en la reprobación, la crítica, el castigo disciplinario y en ocasiones físico, la ausencia de canales comunicativos que posibiliten la transmisión y expresión de afectos en el sistema familiar (Pons & Berjano, 1997); presión hacia el logro, rechazo, reprobación y baja comprensión y apoyo (Pons, 1998); baja supervisión materna y alta imposición materna (Palacios & Andrade, 2008); imposición y control psicológico maternos y paternos (López, Jaramillo López, Jaramillo & Rosa (2013).

Las prácticas parentales que resultan favorables en el ajuste social y emocional del hijo, son las basadas en la facilidad para establecer comunicación y en la expresión de afecto, apoyo y comprensión (Pons & Berjano, 1997).

A pesar de que se encuentra hallazgos importantes en éstas investigaciones, aún hay poca evidencia de la relación de las prácticas parentales respecto al patrón de consumo que tienen los adolescentes.

4.2 Ansiedad y consumo de alcohol en adolescentes

Desde la década de los años 50, se establecen relaciones entre los trastornos de ansiedad en general y los trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias, pero los mecanismos causales que subyacen a dicha relación no son suficientemente claros, sin embargo, existen algunas propuestas teóricas para explicar dicha asociación (Jiménez-López & Jurado, 2014):

- 1) Modelo Causal: Su premisa es que la presencia de uno de los trastornos conduce directamente al desarrollo del otro. En este rubro se ubica la Teoría de la Reducción de la Tensión, que establece que la tensión, la ansiedad o el estrés juegan un papel instigador en el consumo del alcohol, y a su vez, constituye una respuesta instrumental de escape reforzada por sus propiedades de reducción de la tensión; y en este mismo rubro se ubica la Teoría de la Automedicación, la cual establece que las personas con un trastorno de ansiedad primario, tienden a desarrollar trastornos por uso de sustancias como resultado del intento de autorregular sus síntomas de

ansiedad.

- 2) Modelo Causal Indirecto: Plantea que la presencia de uno de los trastornos, incrementa el riesgo individual de desarrollar el otro, como es el caso de la Teoría de la Respuesta al Estrés.
- 3) Modelo de Relación no Causal: Propone que factores comunes pueden sumarse para aumentar el riesgo de desarrollar ambos trastornos.

En los tres casos, persiste la hipótesis global de que el alcohol actúa como reforzador negativo para reducir el estrés o el afecto negativo. Algunos estudios epidemiológicos afirman que existen diferentes relaciones entre cada uno de los trastornos de ansiedad y los trastornos por consumo de alcohol, y que entre ellos, la agorafobia y la fobia social, son propensas a la automedicación (Kushner, Sher, & Beitman 1990).

También es importante mencionar que algunas personas que padecen altos niveles de ansiedad, especialmente en situaciones sociales, pueden llegar a desarrollar una dependencia de aquellas sustancias que le ayudan inicialmente a relajarse o mejorar su estado de ánimo, por ejemplo se ha observado frecuentemente en muchos casos de alcoholismo (Cano-Vindel, Miguel-Tobal, González & Iruarrizaga, 1994).

Sin embargo, no necesariamente se han encontrado relaciones entre trastornos de ansiedad y trastornos por consumo de alcohol. Simplemente los altos niveles de ansiedad presentados en un individuo, sin cubrir criterios clínicos para un

trastorno, pueden ser significativos para predecir el consumo de alcohol.

Se reconoce que la adolescencia es un período de alta vulnerabilidad a problemas de salud mental, en términos de una sintomatología transitoria y de niveles clínicamente relevantes de ansiedad (Kazdin, 1993), por lo tanto diversos estudios se han enfocado en estudiar la relación que existe entre la ansiedad en los adolescentes y el consumo de alcohol.

Ros y López (2001) afirman que algunos estudios (Brooks, Walfish, Stenmark & Canger, 1981; Khantzian, 1985; Robson, 1989; Shedler & Block, 1990), encontraron relación estadísticamente significativa entre el consumo de alcohol y de otras drogas, con altos niveles de ansiedad y depresión. En esta misma línea, William en 1966 descubrió que los bebedores problemáticos alcanzan puntuaciones más elevadas que los abstemios por lo que hacía a la ansiedad y la depresión. Opina que quienes sienten buen monto de ansiedad y depresión aprecian el alivio que les proporciona el alcohol, en efecto pueden beber en primer lugar para conseguir esa descarga (Grinder, 2001).

Kushner y sus colaboradores (2000, como se citó en Camacho, 2005) realizaron un estudio que pretendía evaluar el efecto del alcohol sobre la tensión. Para tal fin, seleccionaron 88 participantes quienes tenían que evaluar si una cantidad moderada de alcohol incrementaba, decrementaba o no cambiaba el nivel de tensión y ansiedad de las personas. Los resultados mostraron que los participantes con un mayor grado de consumo tenían la expectativa que el

consumo de alcohol reduce la ansiedad y la tensión.

Otro estudio realizado por Lewis & O'Neill (2000) sobre la relación entre los déficits sociales y las expectativas del alcohol con los problemas de consumo entre 116 estudiantes de la facultad de psicología, reportó que los individuos consumidores de alcohol presentan mayor grado de ansiedad social, timidez y baja autoestima que los individuos no consumidores. También reportaron que los adolescentes bebedores problema tienen pobres habilidades sociales, mayores índices de ansiedad social y un pobre autoconcepto, a su vez, reportan que el consumo de alcohol puede servirles para compensar su funcionamiento social.

Una investigación realizada por Ros y López (2001), tuvo como objetivo analizar la relación entre alteraciones psicológicas y consumo de alcohol en jóvenes. Para llevar a cabo la consecución de dicho objetivo, trabajaron con una muestra de 324 adolescentes murcianos entre 12 y 17 años. Para evaluar las alteraciones psicopatológicas presentes en la muestra, se utilizó el YSR (Youth Self Report), con el cuál se medía trastornos internalizados (como la ansiedad), trastornos externalizados y trastornos mixtos. El consumo de alcohol, se controló añadiendo un ítem, donde el sujeto mostraba si consumía o no consumía alcohol. Encontraron que no hay evidencia significativa entre la ansiedad y el consumo de alcohol, siendo muy parecidos los resultados entre los chicos y chicas que consumen alcohol y no presentan ansiedad y entre los que sí consumen alcohol y presentan ansiedad, con la relevancia de que a los consumidores les corresponde una puntuación media superior a la correspondiente de los no consumidores, sin

embargo carecen de la explicación acerca del tipo de consumo que presentaron los adolescentes.

Barnea y sus colaboradores (1992), realizaron un estudio de tipo longitudinal con una muestra de 1446 estudiantes (48.2% eran varones y 45.8% eran mujeres), entre 15 y 19 años. Tuvo el objetivo de mostrar si había relación entre la disponibilidad de las drogas y un modelo de consumo de tipo multidimensional que incorporaba variables sociodemográficas, variables de personalidad (ansiedad de estado, ansiedad rasgo, depresión y búsqueda de sensaciones), variables cognoscitivas (disponibilidad, actitudes e intenciones) y factores interpersonales (relación con padres e iguales). Encontrando que la ansiedad rasgo, la ansiedad estado y la depresión no resultaron estadísticamente significativas entre los sujetos consumidores (citado en Ros & López, 2001).

Una investigación realizada por Camacho (2005) tuvo el objetivo de evaluar la relación funcional entre los factores socio demográficos, la ansiedad social y las expectativas positivas hacia el alcohol, con el consumo de bebidas embriagantes en estudiantes universitarios de ingeniería de dos instituciones privadas de Bogotá; en cuanto al factor ansiedad, se encontró que la ansiedad social no muestra asociación significativa con la frecuencia de consumo, sin embargo, si lo fue con la intensidad, lo que llevó a rechazar la parte de la hipótesis de trabajo de la investigación que predecía mayor consumo en función de un alto puntaje de ansiedad y que se acepte que quienes tienen más ansiedad tienden más a consumir hasta llegar a la intoxicación etílica aguda.

Por lo que refieren las investigaciones, aún hay poca evidencia acerca de la influencia de la ansiedad en el consumo de alcohol, dejando un campo abierto de estudio para investigar que tanto aporta la ansiedad para originar el consumo de alcohol en los adolescentes mexicanos.

CAPÍTULO V

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente en México, el alcohol es una de las drogas más utilizadas por los jóvenes; en población escolar entre los estudiantes de secundaria y bachillerato es la sustancia más utilizada alguna vez en la vida (CIJ, 2011). De acuerdo con la ENA (2011), la edad de inicio se sitúa en los 17 años en el 55.2% de los adolescentes; sin embargo, algunas investigaciones (Cd. De México, 2012; Encuesta escolar sobre adicciones en el estado de Jalisco, 2012; Encuesta del estado México sobre el consumo de alcohol, tabaco y drogas en estudiantes, 2009; Encuesta de consumo de alcohol de tabaco y otras drogas en estudiantes de Nuevo León, 2006) sitúan el inicio de consumo en edades más tempranas, por lo tanto, la adolescencia es una etapa crítica en el inicio del consumo de alcohol. Esta población es más vulnerable a las múltiples consecuencias físicas psicológicas y sociales que conlleva este consumo, lo cual actualmente es un problema de salud pública.

El problema del consumo de alcohol es multicausal (Natera y Nava, 1993), los factores medioambientales, la familia y el propio individuo contribuyen de manera significativa. De tal modo que los adolescentes al estar en contacto con estos ambientes están interactuando con diferentes factores de riesgo que predisponen la aparición de situaciones estresoras o conflictivas.

El aumento de factores de riesgo lleva al aumento de vulnerabilidad hacia el consumo de alcohol. Por otra parte, los factores protectores disminuyen la vulnerabilidad para padecer algún tipo de problema. En la presente investigación se tomarán dos variables relacionadas: en el caso de la familia, las prácticas parentales percibidas por los adolescentes y en el campo individual, la ansiedad adolescente.

Por un lado, el sistema familiar juega un papel fundamental para explicar la aparición de diferentes conductas desadaptadas en los hijos, debido a que los padres, intencionadamente o no, son la influencia más poderosa en la vida de sus hijos (Pons, 1998).

A pesar que hay influencia de otros contextos sociales, medios de comunicación, grupo de iguales, escuela; éstos pasan normalmente por el tamiz de la familia, que puede tanto amplificar como disminuir sus efectos e influencias, sean estos positivos o negativos. Al ser la familia el primer marco de referencia en el que se inicia la socialización, los padres son importantes ya que de ellos dependerá la integración adaptativa o no de los adolescentes al contexto social. Es aquí donde entran en juego las prácticas parentales, las cuáles fueron definidas por Darling y Steinberg (1993), como las conductas específicas que los padres utilizan para facilitar la socialización de sus hijos (Betancourt & Andrade 2012). Diversos estudios han demostrado como el apoyo, la autonomía, el control y la supervisión parental son factores protectores o de riesgo para el desarrollo de conductas problemáticas; específicamente las prácticas parentales están asociadas con

resultados conductuales positivos o negativos en los adolescentes (Palacios, 2005). Se ha encontrado que las prácticas parentales que protegen al adolescente del consumo de alcohol, son: la estrecha vinculación afectiva entre el joven y sus padres, apoyo instrumental del padre y emocional de ambos (Muñoz, et al, 2011), protección, comunicación, afecto y apoyo (Pons & Berjano, 1997), y las prácticas parentales que influyen en el consumo de alcohol son: castigo, presión hacia el logro, rechazo, reprobación, baja comprensión y apoyo (Ponz, 1998); una baja supervisión materna, una alta imposición materna, relación negativa con el padre percibida por el adolescente (Palacios & Andrade, 2008); padres que asumen una postura impositiva, ambos padres que ejercen control psicológico (Jaramillo, 2013); y cuando existe un menor control conductual de los padres se presenta consumo de alcohol y drogas (Barber, Olsen & Shagle, 1994).

Sin embargo en población mexicana hay poco estudios acerca de las prácticas parentales que están relacionadas con el consumo de alcohol en los adolescentes.

Por otro lado, debido a las características de desarrollo que implica la adolescencia (cambios físicos, psicológicos y sociales), la interacción con el ambiente y las situaciones estresantes de la vida cotidiana pueden llevar a manifestar ansiedad. La ansiedad es una emoción normal y adaptativa, que surge en cualquier situación que se evalúe como amenazante, que genere incertidumbre o se piense puede desbordar los recursos para resolverla eficazmente (Rodríguez, 2008), tiene manifestaciones fisiológicas, cognitivas y conductuales (Báez, 2002). En caso de que se manifieste en momentos inadecuados, con

frecuencia e intensidad, a tal grado que interfiera con las actividades cotidianas, se le considera un trastorno (Cejudo & Vindel, 2008).

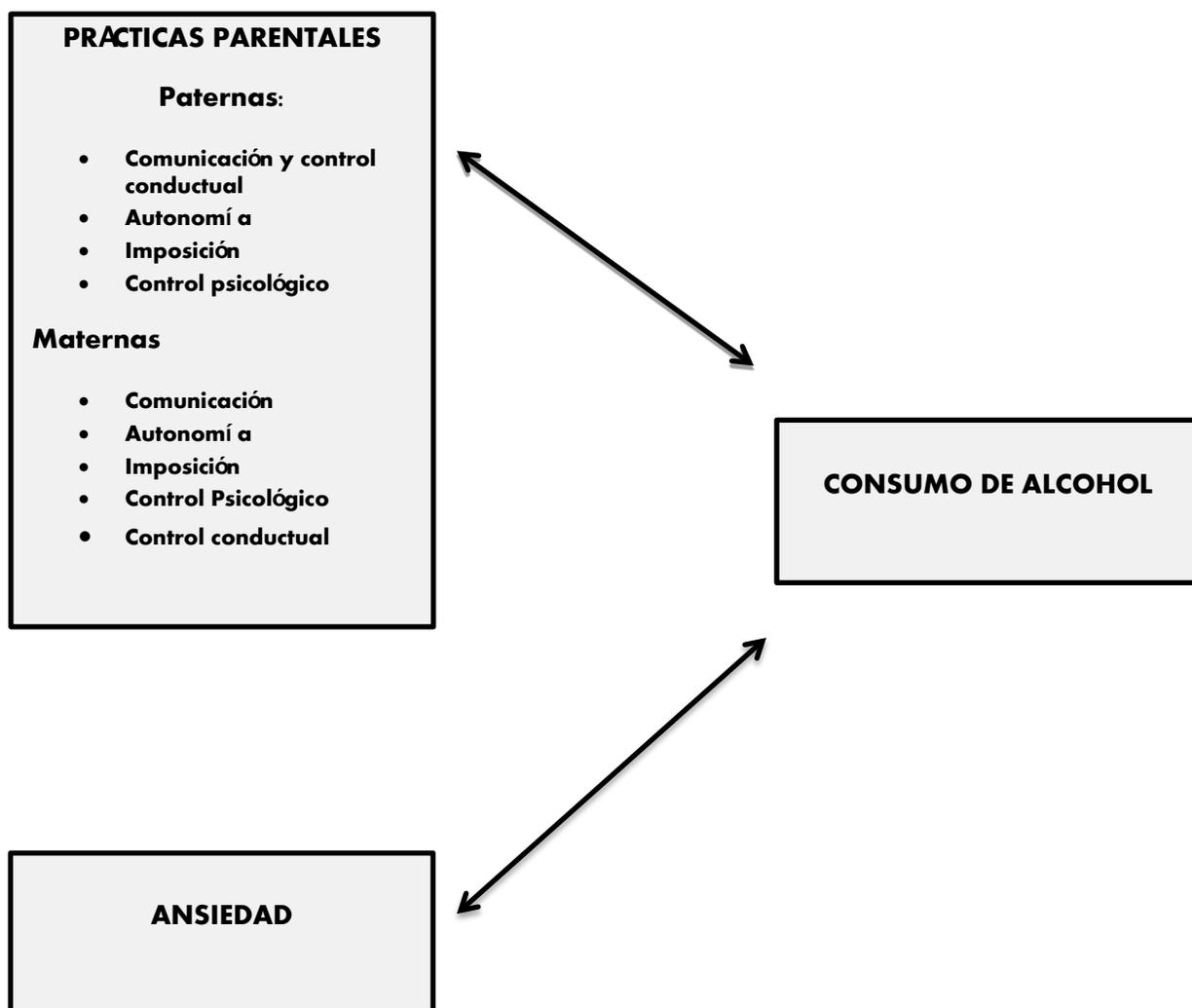
Por lo tanto, se reconoce que la adolescencia es un período de alta vulnerabilidad a problemas de salud mental, en términos de una sintomatología transitoria y de niveles clínicamente relevantes de ansiedad (Kazdin, 1993). Siguiendo ésta línea, la ciencia se ha enfocado en estudiar la ansiedad que presentan los adolescentes y el consumo de alcohol, encontrándose datos muy significativos.

Se ha encontrado que individuos consumidores de alcohol y con un consumo perjudicial, presentan altos niveles de ansiedad (Grinder, 2001; Kushner et al, 2000; Lewis & O'Neill, 2000; Ros & López, 2001), utilizando el consumo como un mecanismo de afrontamiento a la sintomatología de la ansiedad o simplemente presentaban esa expectativa, sin embargo otros estudios no han encontrado esta asociación (Barnea et al, 1992; Camacho, 2005; Ros & López, 2001).

En población mexicana la información que demuestre la relación entre ansiedad y consumo de alcohol en adolescentes es incipiente.

Es así como en éste estudio se pretende investigar la relación que existe entre prácticas parentales, ansiedad y consumo de alcohol en los adolescentes, para lo cual se plante el siguiente esquema:

Figura 4. Relación entre prácticas parentales, ansiedad y consumo de alcohol



Se considera las prácticas parentales ejercidas en los adolescentes y la ansiedad como aquellas que tiene influencia en el consumo de alcohol.

Debido a que hay escasa investigación en población mexicana que estudien la relación entre las prácticas parentales, la ansiedad y el consumo de alcohol en adolescentes; con el agravante de las consecuencias psicológicas, físicas y sociales que se presentan en los adolescentes debido al consumo de alcohol y la problemática de salud pública que implica el consumo perjudicial; surge el interés de realizar la presente investigación, con el fin de encontrar datos específicos que se puedan considerar como factores de riesgo o predictores del consumo de alcohol, ya sean prácticas parentales o ansiedad y de esa manera los resultados de éste estudio puedan explicar el consumo de alcohol y puedan extrapolarse a programas que estén orientados a los padres para que ejerzan practicas parentales adecuadas; y en el caso de los adolescentes elaborar programas que incluyan entrenamiento en relajación o intervención enfocada en reducir los niveles de ansiedad cuyo fin sea prevención o disminución del consumo de alcohol.

CAPÍTULO VI

MÉTODO

6.1 Pregunta de investigación

¿Cómo influyen las prácticas parentales y la ansiedad en el consumo de alcohol en adolescentes?

6.2 Objetivo general

Analizar la influencia de las prácticas parentales y la ansiedad en el consumo de alcohol de los adolescentes.

6.3 Objetivos particulares

- Describir el consumo de alcohol (consumo seguro, consumo riesgoso y consumo dañino) de los adolescentes.
- Describir el nivel de ansiedad (mínima, leve, moderada o severa) de los adolescentes.
- Analizar la relación entre las prácticas parentales, la ansiedad y el consumo de alcohol de los adolescentes.
- Analizar la influencia que existe entre las prácticas parentales, la ansiedad y el consumo de alcohol

6.4 Definición de variables

Consumo de alcohol

Definición conceptual:

La utilización que se hace de una sustancia en un determinado momento, y como consecuencia del cual se experimentan unos efectos determinados (Pons & Buelga, 1999).

Definición operacional:

Consumo dañino de alcohol: Se refiere a la presencia de complicaciones físicas o psicológicas relacionadas con la ingesta del consumo de alcohol.

Consumo riesgoso de alcohol: Está relacionado con un mayor riesgo de daño físico o psicológico secundario al consumo de alcohol.

Prácticas parentales

Definición conceptual:

Conductas específicas que los padres utilizan para dirigir a los adolescentes hacia las metas de socialización (Andrade & Betancourt, 2012).

Definición operacional:

Comunicación y control conductual paterno: Comunicación existente entre el padre y el adolescente y conocimiento que tienen el padre de las actividades de sus hijos.

Autonomía paterna: El respeto que muestra el padre en las decisiones que toman los hijos.

Imposición paterna: El grado en que el padre impone sus creencias y conductas al hijo.

Control psicológico paterno: Inducción de culpa, devaluación y críticas excesivas al adolescente.

Comunicación materna: Comunicación existente entre la madre y el adolescente.

Autonomía materna: El respeto que muestran la madre en las decisiones que toman los hijos.

Imposición materna: El grado en que la madre impone sus creencias y conductas al hijo.

Control psicológico materno: Inducción de culpa, devaluación y críticas excesivas al adolescente.

Control conductual materno: Conocimiento que tienen la madre y el hijo sobre sus actividades.

Ansiedad

Definición conceptual: Emoción normal y adaptativa, que surge en cualquier situación que se evalúe como amenazante, que genere incertidumbre o se piense puede desbordar los recursos para resolverla eficazmente (Rodríguez, 2008), tiene manifestaciones fisiológicas, cognitivas y conductuales (Báez, 2002). En caso de que se manifieste en momentos inadecuados, con frecuencia e intensidad, a tal grado que interfiera con las actividades cotidianas, se le considera un trastorno (Cejudo & Vindel, 2008).

Definición operacional: Ansiedad manifestada de manera mínima, leve, moderada y severa.

6.5 Hipótesis

Existe relación significativa entre las prácticas parentales, la ansiedad y el consumo de alcohol de los adolescentes.

6.6 Participantes

Mediante muestreo no probabilístico se seleccionaron 600 adolescentes de la “Preparatoria Anexa a la Normal N° 4”, de los cuales 257 fueron mujeres y 343 hombres con un rango de edad de 15 a 18 años.

6.7 Instrumentos

Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol AUDIT:

Instrumento desarrollado por investigadores de la Organización Mundial de la salud como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve; validado en pacientes de atención primaria de 6 países, incluyendo México y es consistente con las definiciones de la CIE-10 consumo perjudicial y dependencia de alcohol, centrándose en el consumo actual. Es un instrumento altamente sensible (80%) y específico (89%), con un valor predictivo positivo de 60% y un valor predictivo negativo de 95% y en cuanto a la fiabilidad, tiene alfa de Cronbach de 0.8.

Está conformado por 10 preguntas con 4 opciones de respuesta tipo Likert, que va de 0 a 4. Para la calificación se obtiene la sumatoria total de las escalas y se clasifica acorde a consumo seguro, consumo riesgoso y consumo dañino de alcohol (Morales-García, Fernández-Gárate, Tudón-Garcés, Escobedo-de la Peña, Zárate-Aguilar, Madrazo-Navarro, 2002).

Entre 0 y 8 puntos: Consumo seguro de alcohol.

Entre 9 y 18 puntos, consumo riesgoso: Relacionado con un mayor riesgo de daño físico o psicológico secundario al consumo de alcohol.

Mayor a 18 puntos, consumo dañino: Presencia de complicaciones físicas o

psicológicas relacionadas con la ingesta del consumo de alcohol.

Inventario de ansiedad de Beck BAI

Es un inventario autoaplicado, compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad, estando sobre representado el componente físico. Los elementos que lo forman están relacionados con los criterios diagnósticos del DSM-IV. La puntuación se hace mediante una escala Likert que va de 0 a 3, obteniéndose la sumatoria total que indicará el nivel de ansiedad presentado. Esta escala se caracteriza por una validez de congruencia interna con un alfa de 0.84 y 0.83, con una confiabilidad test-retest ($r=.75$) que tiene congruencia con la versión original.

La Escala de Prácticas Parentales (Andrade & Betancourt, 2008)

Esta escala aporta información de la percepción que tienen los hijos de las conductas de sus padres hacia ellos. Dirigido a población adolescente de 12 a 18 años de edad.

Para la elaboración de este instrumento, las autoras recuperaron información de dos investigaciones anteriormente realizadas: Escala de Estilos Parentales (Palacios & Andrade, 2006), y de la Escala de Control Materno y Paterno para Adolescentes (Betancourt, 2007); rescatan los reactivos de ambas escalas con mayor carga factorial y así conformaron dos escalas de 40 reactivos, unas para evaluar las prácticas de la madre que forman 5 dimensiones: comunicación (Alfa = 0.92), autonomía (Alfa = 0.86), imposición (Alfa = 0.81), control psicológico (Alfa =

0.80) y control conductual (Alfa = 0.84); y otras las del padre, que forman 4 dimensiones: autonomía (Alfa = 0.94), imposición (Alfa = 0.90), control psicológico (Alfa = 0.90) y comunicación y control conductual (Alfa = 0.97). Es una escala tipo Likert, con cuatro opciones de respuesta: nunca, pocas veces, muchas veces y siempre.

6.8 Tipo y diseño del estudio

No experimental, transeccional descriptivo, correlacional y predictivo (Kerlinger, 2002).

6.9 Procedimiento

Se presentó el anteproyecto de la presente investigación a las autoridades de la Preparatoria del Estado de México Número 4 Anexa a la Normal, para justificar la realización de la investigación, y de esa manera obtener el permiso para la aplicación de los instrumentos a los adolescentes de dicha Preparatoria.

Se realizó la aplicación de los instrumentos en los salones de clases de los alumnos. Los profesores hicieron la presentación de los aplicadores y ellos procedieron a dar las instrucciones a los adolescentes para la contestación de los cuestionarios. Se les aclaró que contestaran sinceramente, que los datos que proporcionarían eran anónimos y las respuestas eran altamente confidenciales. Durante la aplicación no se les permitió salir del aula y sus dudas fueron resueltas. Para finalizar se recogieron los instrumentos, se revisaron que los tres estuvieran contestados y se finalizó con el agradecimiento a la participación.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos a lo largo del presente estudio. Se hace un análisis de estadística descriptiva de los datos y posteriormente se muestran las correlaciones obtenidas entre las variables: prácticas parentales, ansiedad y consumo de alcohol, después se realiza un análisis de regresión para determinar la influencia de las variables sobre el consumo de alcohol.

Se inicia con la descripción de la muestra y las frecuencias obtenidas en los datos generales: sexo, edad, estado civil, año escolar cursado, turno escolar y con quien vive (Véase Tabla 3).

La muestra estuvo compuesta por 600 adolescentes, estudiantes de la “Preparatoria Anexa a la Normal N° 4”, de los cuáles, 43% (n=257) fueron mujeres y 57% (n=343) hombres, con una media de edad de 16 años y la mayoría eran solteros.

De los 600 estudiantes, 42% (n=249) cursaban primer año, 35% (n=211) segundo año y 23% (n=140) tercer año; de los cuales, 51% (n=307) correspondieron al turno matutino y 49% (n=293) al turno vespertino.

De acuerdo con los datos, 67% (n=402) de los adolescentes vivían con ambos padres, 27% (n=163) solamente con la madre, 3% (n=17) solo con el padre y 3%

(n=18) con algún otro familiar que cumplía la función de padre o madre.

Tabla 3. Frecuencias de datos generales

n=600		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sexo	Masculino	257	43	43
	Femenino	343	57	100
Edad	15	143	24	24
	16	192	32	56
	17	185	31	87
	18	80	13	100
Estado civil	Soltero	557	93	93
	En una relación	39	6	99
	Unión libre	2	.5	99.5
	Casado	2	.5	100
Año escolar	Primer año	249	42	42
	Segundo año	211	35	77
	Tercer año	140	23	100
Turno escolar	Matutino	307	51	51
	Vespertino	293	49	100
Con quién vive	Mamá	163	27	27
	Papá	17	3	30
	Ambos padres	402	67	97
	Otro	18	3	100

Los datos para la variable consumo de alcohol indican que 84% (n=503) de los adolescentes presentaban un consumo seguro de alcohol, no han consumido alcohol alguna vez en su vida o han consumido alcohol alguna vez en la vida. El 13% (n=79) presentaban consumo riesgoso de alcohol, es decir presentan un mayor riesgo de daño físico o psicológico secundario al consumo y 3% (n=18), consumo dañino de alcohol, referido a la presencia de complicaciones físicas o

psicológicas relacionadas con la ingesta del consumo de alcohol (Véase Tabla 4).

Tabla 4. Frecuencia de consumo de alcohol

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Consumo de alcohol	Consumo seguro	503	84	84
	Consumo riesgoso	79	13	97
	Consumo dañino	18	3	100

Los datos para la variable ansiedad indican que 38% (n=226) de los adolescentes presentaron ansiedad leve, 29% (n=173) ansiedad mínima, 25% ansiedad moderada y 9% ansiedad severa (Véase tabla 5).

Tabla 5. Frecuencia de ansiedad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ansiedad	Ansiedad mínima	173	29	29
	Ansiedad leve	226	38	67
	Ansiedad moderada	147	25	91
	Ansiedad severa	54	9	100

Los datos descriptivos indican que el consumo de alcohol y la ansiedad en adolescentes, es poco frecuente entre la población (Véase Tabla 6).

	Media	Desviación estándar	Asimetría	Mínimo	Máximo
Clasificación consumo de alcohol	1.19	.464	2.42	1	3
Clasificación de ansiedad	2.14	.936	.387	1	4
Comunicación materna	29.08	8.108	-.563	0	40
Autonomía materna	21.01	4.761	-.712	0	28
Imposición materna	15.97	5.553	.818	0	32
Control Psicológico materno	12.87	4.598	1.116	0	32
Control conductual materno	21.48	4.684	-.769	0	28
Comunicación y control conductual paterno	35.64	17.732	-.517	0	64
Autonomía paterna	21.72	9.580	-1.119	0	32
Imposición paterna	13.14	6.981	.145	0	32
Control Psicológico paterno	10.45	5.742	.548	0	29

Los valores altos en las medias de las dimensiones son las siguientes: comunicación materna (M=29.08), autonomía materna (M=21.01), Imposición materna (M=15.97), control psicológico materno (M=12.87), control conductual materno (M=21.48), comunicación y control conductual paterno (M=35.64), autonomía paterna (M=21.72), imposición paterna (M=13.14) y control psicológico paterno (M=10.45).

Los resultados de la frecuencia de las prácticas parentales maternas indican que

el 7.3% de la población presentan una alta comunicación materna, 6% considera que su madre les permite ser autónomos, .3% considera impositiva la forma en que su madre ejerce su autoridad, .2% indica que su madre ejerce control psicológico hacia ellos y 8.7% que su madre ejerce control conductual (Véase Apéndices D, E, F, G y H)

Los resultados de la frecuencia de las prácticas parentales paternas indican que 2.5% de la población presentan comunicación y control conductual paterno, 12% considera que su padre les permite ser autónomos, 12% considera impositiva la forma en que su padre ejerce su autoridad, y .3% que su padre ejerce control psicológico hacia ellos (Véase Apéndices I, J, K y L).

Posteriormente con el fin de obtener la confiabilidad de los instrumentos en la población se calculó el Alfa de Cronbach de los instrumentos utilizados (Véase tablas 7, 8 y 9).

Tabla 7. Índice de confiabilidad de la escala Prácticas Parentales (Andrade & Betancourt, 2008).

Alfa de Cronbach	Núm. de elementos
.951	80

El índice de confiabilidad de la escala Prácticas Parentales (Andrade & Betancourt, 2008) a partir de la muestra arrojó un alfa de Cronbach de .95, el cual es adecuada (Véase tabla 7).

Tabla 8. Índice de confiabilidad del Inventario de Ansiedad de Beck

Alfa de Cronbach	Núm. de elementos
.908	21

El índice de confiabilidad del Inventario de Ansiedad de Beck a partir de la muestra arrojó un alfa de Cronbach .908, el cual es adecuada (Véase tabla 8).

Tabla 9. Índice de confiabilidad del AUDIT

Alfa de Cronbach	Núm. de elementos
.862	10

El índice de confiabilidad del AUDIT arrojó un alfa de Cronbach de .862, el cual es adecuado (Véase tabla 9).

Los datos encontrados muestran que los instrumentos son confiables, es decir, miden lo que pretenden medir.

Posteriormente con la finalidad de identificar la relación entre las variables: prácticas parentales, ansiedad y consumo de alcohol en adolescentes, se realizó una correlación de Spearman. Los resultados se observan en las siguientes tablas (Véase Tablas 10 y 11).

Tabla 10. Correlaciones prácticas parentales maternas, prácticas parentales paternas y ansiedad

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 Comunicación materna	1.000								
2 Autonomía materna	.746**	1.000							
3 Imposición materna	-.388**	-.477**	1.000						
4 Control psicológico materno	-.481**	-.541**	.677**	1.000					
5 Control conductual materno	.713**	.601**	-.247**	-.308**	1.000				
6 Comunicación y control conductual paterno	.418	.313**	-.073	-.195**	.315**	1.000			
7 Autonomía paterna	.358**	.418**	-.100*	-.236**	.289**	.749**	1.000		
8 Imposición paterna	-.113**	-.141**	.331**	.207**	-.111**	.129**	-.014	1.000	
9 Control psicológico paterno	-.143**	-.191**	.258**	.240**	-.143**	.035	-.078	.757**	1.000
10 Ansiedad	-.171**	-.204**	.171**	.252**	-.037	-.172**	-.168**	.004	.064

**La correlación es significativa en el nivel .01 (2 colas).

*La correlación es significativa en el nivel .05 (2 colas).

Con la finalidad de comprobar que los reactivos del instrumento miden prácticas parentales, se realizó un análisis de correlación obteniéndose los siguientes datos:

En cuanto a las prácticas parentales maternas se obtuvieron correlaciones positivas elevadas entre: comunicación materna y autonomía materna $r=.746$, comunicación materna y control conductual materno $r=.713$, correlaciones positivas medias entre: autonomía materna y control conductual materno $r=.601$, imposición materna y control psicológico materno $r=.677$. Correlaciones negativas moderadas entre: Comunicación materna y control psicológico materno $r=-.481$, autonomía materna e imposición materna $r=-.477$, autonomía materna y control

psicológico materno $r=-.541$.

En cuanto a las prácticas parentales paternas se obtuvieron correlaciones positivas elevadas: comunicación y control conductual paterno y autonomía paterna $r=.749$.

En el caso de prácticas parentales maternas y paternas los datos indican correlaciones positivas medias entre: autonomía materna y autonomía paterna $r=.418$.

Los datos para la variable prácticas parentales y ansiedad indican correlaciones negativas significativas bajas entre ansiedad y comunicación materna $r=-.171$, autonomía materna $r=-.204$, comunicación y control conductual paterno $r=-.172$ y autonomía paterna $r=-.168$.

Se encontraron correlaciones positivas significativas bajas entre ansiedad e imposición materna $r=.171$ y control psicológico materno $r=.252$.

En lo que respecta a las variables prácticas parentales y consumo de alcohol, se encontró una correlación negativa significativa entre el consumo de alcohol y el control conductual materno $r=-.151$, lo cual indica que a menor consumo de alcohol, hay mayor control conductual, una correlación positiva entre control psicológico materno y consumo de alcohol $r=.103$, lo que indica que a mayor consumo de alcohol, mayor control psicológico materno y finalmente una correlación positiva entre consumo de alcohol e imposición materna $r=.08$, lo que indica que a mayor consumo de alcohol, mayor imposición materna (Véase tabla

11).

Tabla 11. Correlación prácticas parentales maternas y consumo de alcohol

	Imposición materna	Control Psicológico materno	Control conductual materno
Consumo de alcohol	.081*	.103*	-.151**

**La correlación es significativa en el nivel .01 (2 colas).

*La correlación es significativa en el nivel .05 (2 colas).

En el caso de las prácticas parentales paternas y consumo de alcohol, no se encontraron correlaciones significativas.

Para las variables ansiedad y consumo de alcohol, no se encontraron correlaciones significativas.

Posteriormente, con el fin de identificar únicamente las correlaciones existentes entre las prácticas parentales y adolescentes con consumo dañino y consumo riesgoso de alcohol, se realizó un análisis estadístico con la parte de la muestra que fue únicamente consumidora de alcohol.

Se inició con el análisis de frecuencias de datos generales de la muestra: sexo, edad, estado civil, año escolar cursado, turno escolar y con quien vive (Véase tabla 12).

Tabla 12. Frecuencia de datos generales

n=97		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sexo	Hombre	54	56	56
	Mujer	43	44	100
Edad	15	17	18	18
	16	29	30	47
	17	34	35	83
	18	17	18	100
Estado civil	Soltero	87	90	90
	En una relación	8	8	98
	Unión libre	1	1	99
	Casado	1	1	100
Año escolar	Primer año	33	34	34
	Segundo año	43	44	78
	Tercer año	21	22	100
Turno escolar	Matutino	45	46	46
	Vespertino	52	54	100
Con quién vive	Mamá	29	30	30
	Papá	3	3	33
	Ambos padres	61	63	96
	Otro	4	4	100

La muestra estuvo compuesta por 97 adolescentes, estudiantes de la “Preparatoria Anexa a la Normal N° 4”, de los cuáles, 43% (n=44) fueron mujeres y 56% (n=54) hombres, con una media de edad de 17 años y la mayoría eran solteros.

De los 97 estudiantes, 34% (n=33) cursaban primer año, 44% (n=43) segundo año y 22% (n=21) tercer año; de los cuales, 46% (n=45) correspondieron al turno matutino y 54% (n=52) al turno vespertino.

De acuerdo con los datos, 63% (n=61) de los adolescentes vivían con ambos padres, 30% (n=29) solamente con la madre, 3% (n=3) solo con el padre y 4% (n=4) con algún otro familiar que cumplía la función de padre o madre.

Los datos para la variable consumo de alcohol indican que 81% (n=79) de adolescentes presentaban consumo riesgoso de alcohol, es decir presentan un mayor riesgo de daño físico o psicológico secundario al consumo y 19% (n=18), consumo dañino de alcohol, referido a la presencia de complicaciones físicas o psicológicas relacionadas con la ingesta del consumo de alcohol (Véase Tabla 13).

Tabla 13. Frecuencia de consumo de alcohol

n=97		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Consumo de alcohol	Consumo riesgoso	79	81	97
	Consumo dañino	18	19	100

Los datos para la variable ansiedad indican que 27% (n=26) de los adolescentes presentaron ansiedad mínima, 37% (n=36) ansiedad leve, 27% ansiedad moderada (n=26) y 9% ansiedad severa (n=9) (Véase tabla 14).

Tabla 14. Frecuencia de ansiedad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ansiedad	Ansiedad mínima	26	27	27
	Ansiedad leve	36	37	64
	Ansiedad moderada	26	27	90
	Ansiedad severa	9	9	100

Posteriormente se realizó un análisis descriptivo de los datos, los cuales indicaron que la población se caracteriza por tener un consumo riesgoso de alcohol y la ansiedad es poco frecuente (Véase Tabla 15).

Los valores altos en las medias respecto a la desviación estándar de las dimensiones: comunicación materna (M=28.18), autonomía materna (M=20.29), Imposición materna (M=16.88), control psicológico materno (M=13.74), control conductual materno (M=19.71), comunicación y control conductual paterno (M=35.11), autonomía paterna (M=21.31), imposición paterna (M=13.61) y control psicológico paterno (M=11.13), indican que hay gran variabilidad en los datos.

Los resultados de la frecuencia de las prácticas parentales maternas indican que el 5.2% de la población presentan una alta comunicación materna, 4.1% considera que su madre les permite ser autónomos, 1% considera impositiva la forma en que su madre ejerce su autoridad, 2.1% indica que su madre ejerce control psicológico hacia ellos y 7.2% que su madre ejerce control conductual (Véase Apéndices M, N, Ñ, O y P).

Los resultados de la frecuencia de las prácticas parentales paternas indican que 3.1% de la población presentan comunicación y control conductual paterno, 17.5% considera que su padre les permite ser autónomos, 1% considera impositiva la forma en que su padre ejerce su autoridad, y 2.1% que su padre ejerce control psicológico hacia ellos (Véase Apéndices Q, R, S y T).

Tabla 15. Estadísticos descriptivos

	Media	Desviación estándar	Asimetría	Mínimo	Máximo
Clasificación consumo de alcohol	2.19	.391	1.643	1	3
Clasificación de ansiedad	2.19	.939	.311	1	4
Comunicación materna	28.18	8.617	-.471	10	40
Autonomía materna	20.29	5.008	-.502	7	28
Imposición materna	16.88	5.581	.705	8	32
Control Psicológico materno	13.74	4.477	.698	8	26
Control conductual materno	19.71	5.340	-.355	7	28
Comunicación y control conductual paterno	35.11	18.309	-.496	0	64
Autonomía paterna	21.31	9.999	-.983	0	32
Imposición paterna	13.61	7.176	-.039	0	32
Control Psicológico paterno	11.13	6.558	.607	0	28

Se continuó con el análisis correlacional de las variables, para cumplir con los objetivos de la investigación. Los datos para la variable ansiedad indican correlaciones significativas bajas entre autonomía materna $r=.338$, control psicológico materno $r=.282$, control psicológico paterno $r=.239$ y ansiedad (Véase tabla 16).

Los datos para la variable ansiedad también indican correlaciones significativas negativas bajas entre Comunicación materna $r=-.261$, comunicación y control conductual paterno $r=-.282$, autonomía paterna $r=-.285$ y ansiedad (Véase tabla 16).

Para las variables ansiedad y consumo de alcohol se encontraron correlaciones

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 Comunicación materna	1.000									
2 Autonomía materna	.772**	1.000								
3 Imposición materna	-.357**	-.389**	1.000							
4 Control psicológico materno	-.461**	-.495**	.588**	1.000						
5 Control conductual materno	.742**	.640**	-.153	-.271**	1.000					
6 Comunicación y control conductual paterno	.449**	.322**	.043	-.229*	.310**	1.000				
7 Autonomía paterna	.401**	.427**	.024	-.300**	.274**	.748**	1.000			
8 Imposición paterna	.025	-.076	.180	.101	-.007	.189	.004	1.000		
9 Control psicológico paterno	-.118	-.175	.090	.141	-.073	-.064	.097	.749**	1.000	
10 Ansiedad	-.261**	.338**	.151	.282**	-.149	-.282**	-.285**	.021	.239*	1.000
11 Consumo de alcohol	-.168	-.125	.050	.107	-.243*	-.078	-.069	.101	.039	.037

bajas no significativas.

Tabla 16. Correlaciones Prácticas Parentales, ansiedad y consumo de alcohol

Respecto a las variables prácticas parentales y consumo de alcohol en adolescentes, se encontró una correlación negativa significativa baja ($-.243$) entre control conductual materno y consumo de alcohol en adolescentes, en contraste con el primer análisis realizado.

Tabla 17. Correlación prácticas parentales maternas y consumo de alcohol

	Control conductual materno
Consumo de alcohol	-.243*

Posteriormente se realizó un análisis de regresión lineal, pues si bien los datos indican que existen correlaciones significativas entre imposición materna, control psicológico materno y control conductual materno es conveniente identificar el nivel de predicción de las variables hacia el consumo de alcohol.

A continuación se muestra el análisis de varianza realizado y posteriormente el modelo de regresión lineal para determinar en qué medida las variables predicen el consumo de alcohol en los adolescentes.

Tabla 18. ANOVA^a de las prácticas parentales imposición, control psicológico y control conductual maternos y consumo de alcohol.

a

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	193.188	3	64.396	3.243	.026 ^b
	Residuo	1846.853	93	19.859		
	Total	2040.041	96			

a. Variable dependiente: Total de alcohol

b. Predictores: (Constante), Control conductual materno , Imposición materna , Control Psicológico materno

De acuerdo con el nivel de significancia asociado al valor F 3.243 ($p=.026$) se considera pertinente correr el análisis de regresión, mostrándose a continuación el resumen del modelo, seguido por los coeficientes de regresión lineal. A continuación se muestra el resumen del modelo (Véase Tablas 19 y 20).

Tabla 19. Resumen del modelo

b

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
1	.308 ^a	.095	.065	4.456	.629

a. Predictores: (Constante), Control conductual materno , Imposición materna , Control Psicológico materno

b. Variable dependiente: Total de alcohol

Se observa que control conductual, imposición y control psicológico maternos explican el 9.5% de la varianza.

Al analizar los coeficientes de regresión lineal se observa que quien predice el consumo de alcohol es el control conductual materno.

Posteriormente, se desea integrar al modelo variables sexo y edad esperando que la R^2 (.095) aumente.

Tabla 20. Coeficientes de regresión lineal

a

Modelo		B	Error estándar	Beta	t	Sig.
1	(Constante)	18.147	2.710		6.695	.000
	Control Psicológico materno	.116	.129	.113	.901	.370
	Imposición materna	-.091	.101	-.110	-.905	.368
	Control conductual materno	-.241	.089	-.279	-2.714	.008

a. Variable dependiente: Total de alcohol

A continuación se presenta una tabla con el resumen del modelo de regresión lineal control conductual materno, sexo y edad (Véase Tabla 21).

Tabla 21. Resumen del modelo

b

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
1	.386 ^a	.149	.122	4.320	.681

a. Predictores: (Constante), Sexo, Control conductual materno , Edad

b. Variable dependiente: Total de alcohol

Se observa que la R^2 aumentó (.149), explicando el 14.9% de la varianza.

Posteriormente se presentan los coeficientes de regresión lineal, lo que indica que el sexo femenino y el control conductual materno predicen significativamente el consumo de alcohol ($B=-.295$, $p=.003$, $R=.149$ y $B=-.244$, $p=.013$).

Tabla 22. Coeficientes de regresión lineal

a

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
		B	Error estándar	Beta	t	Sig.
1	(Constante)	17.113	7.664		2.233	.028
	Control conductual materno	-.255	.083	-.295	-3.060	.003
	Edad	.279	.455	.059	.614	.540
	Sexo	-2.252	.885	-.244	-2.546	.013

a. Variable dependiente: Total de alcohol

Los datos indicaron que la mayoría de los adolescentes tenían 16 años, estaban solteros, eran de primer año, turno matutino y vivían con ambos padres. Es importante destacar este último dato, debido a que se tiene la creencia que actualmente la familia tradicional es menos común, no obstante se puede notar que aún tiene gran relevancia, seguido de los adolescentes que únicamente viven con la madre.

En la muestra estudiada, no es frecuente el consumo de alcohol ni la ansiedad. De los 600 adolescentes evaluados, 54 manifestaron ansiedad clínica, 79 consumo dañino y 18 consumo riesgoso de alcohol respectivamente.

Posteriormente se realizó un análisis de correlación para analizar la relación entre variables encontrándose que las variables control conductual materno, control psicológico materno e imposición materna presentan correlaciones significativas. Si bien guardan una relación se prosiguió a correr el análisis de regresión para ver la influencia de las variables.

Los datos indicaron que la variable que mejor predice el consumo de alcohol en la muestra estudiada es el control conductual materno, lo cual indica que el control conductual materno protege a los adolescentes del consumo de alcohol, destacando al sexo femenino como una variable que influye.

CAPÍTULO VII

DISCUSION

En este capítulo se llevará a cabo un análisis de los resultados encontrados y se compararán con el conocimiento teórico existente.

El objetivo general de ésta investigación fue analizar la influencia de las prácticas parentales, la ansiedad y el consumo de alcohol en adolescentes, y los objetivos particulares fueron la descripción de las variables: prácticas parentales, ansiedad, consumo de alcohol y las relaciones entre variables: prácticas parentales y consumo de alcohol, ansiedad y consumo de alcohol.

A pesar de que los datos indican que tan solo el 16% de los adolescentes consumen alcohol, es de importancia poner atención pues el consumo riesgoso de alcohol está relacionado con un mayor riesgo de daño físico o psicológico secundario al consumo y el consumo dañino está relacionado con la presencia de complicaciones físicas o psicológicas relacionadas con la ingesta de alcohol, que pueden intervenir de manera negativa en el desarrollo normal de los adolescentes.

De igual forma aunque solo en el 9% de los adolescentes presentaron altos niveles de ansiedad, es importante poner atención a ésta problemática, puesto que un trastorno de ansiedad durante la adolescencia, es una enfermedad que tiene como síntoma central, una ansiedad intensa, desproporcionada, persistente y que afecta en varias áreas la vida cotidiana de quien la padece, a tal grado que le dificulta o incapacita para estudiar, trabajar, convivir con su familia o con sus

amigos y desafortunadamente a pesar de ser un trastorno mental común en la población general, con frecuencia pasa sin ser identificada ni tratada (Cárdenas, Fera, Palacios & Peña, 2010).

En cuanto a la variable prácticas parentales se encontró que los adolescentes perciben mayormente por parte de sus padres: Autonomía paterna y materna, la cual está relacionada con el respeto que tienen los padres hacia la toma de decisiones de sus hijos; comunicación y control conductual materno y paterno, referidos a la comunicación existente entre los padres y sus hijos, así como el conocimiento que tienen los padres de las actividades de los adolescentes. Esto puede ser indicador a que fungen como un protector del consumo de alcohol, ya que en la muestra estudiada no fue frecuente el consumo, lo que es concordante con la teoría, pues las prácticas parentales basadas en la facilidad para establecer comunicación y en la expresión de afecto, apoyo y comprensión resultan favorables en el ajuste social y emocional de los hijos (Muñoz et al, 2011; Ponz & Berjano, 1997).

En cuanto a la variable prácticas parentales paternas y consumo de alcohol, no se encontraron correlaciones significativas, lo que indica que el padre no ejerce influencia en el consumo de alcohol de los adolescentes, esto puede deberse a que al analizar los datos descriptivos, se presentó variabilidad en los datos acerca de las prácticas parentales paternas percibidas por los adolescentes.

En cuanto a la relación existente entre las variables prácticas parentales maternas y consumo de alcohol, se encontraron correlaciones significativas entre

imposición materna, control psicológico y control conductual materno, lo cual es concordante con la teoría (Palacios & Andrade, 2008; López Jaramillo & Rosa, 2013). Sin embargo, a pesar de que fueron correlaciones significativas, al realizar el análisis de regresión el control psicológico materno y el sexo femenino predicen el consumo de alcohol, lo que indica que a menor consumo de alcohol, mayor control conductual materno, y el sexo femenino, tiene una mejor relación con la madre.

El control conductual materno está relacionado con el conocimiento que tienen la madre y el hijo sobre sus actividades, es decir, son aquellas conductas parentales que intentan regular, supervisar y controlar la conducta del adolescente, mediante límites, reglas, restricciones y regulaciones que la madre tiene con sus hijos (Andrade & Betancourt, 2008). El control conductual está compuesto por: conocimiento parental, expectativas parentales, monitoreo parental, disciplina parental y control parental global (Betancourt, 2017). Este control conductual materno puede verse reflejado en un ambiente familiar positivo, que mejore la relación y la comunicación de las actividades que realizan los adolescentes, protegiendo a los mismos del consumo de alcohol (Betancourt & Andrade, 2011).

De ésta forma, cuando los adolescentes no se encuentran en constante supervisión, monitoreo, disciplina y bajo control parental materno, se presenta mayor probabilidad de consumir alcohol, por el contrario cuando hay mayor control conductual materno hay menor probabilidad de consumirlo (Barber, Olsen & Shagle, 1994).

A partir de la muestra estudiada, los datos no son consistentes con los hallazgos encontrados en la literatura revisada donde las estrategias parentales basadas en la reprobación, la crítica, el castigo disciplinario y físico, en la ausencia de comunicación que faciliten la expresión de afectos en el sistema familiar (Pons & Berjano, 1997), reprobación, poca comprensión y apoyo (Pons, 1998), influyen en el consumo de alcohol en adolescentes.

En lo que concierne a la relación entre ansiedad y consumo de alcohol, estudios han encontrado relación entre ansiedad en la adolescencia y consumo de alcohol, (Brooks, Walfish, Stenmark & Canger, 1981; Grinder, 2001; Khantzian, 1985; Lewis & O'Neill, 2000; Robson, 1989; Shedler & Block, 1990). En el caso de la muestra estudiada en esta investigación, no se encontraron correlaciones significativas, datos que concuerdan con estudios realizados (Camacho 2005; Barnea & cols.1992; Ros & López, 2001;) y deja el campo abierto a explorar otras variables relacionadas con los estados afectivos y el consumo de alcohol en la adolescencia.

Aportaciones

En la muestra estudiada, se ha destacado el control conductual materno como predictor del consumo de alcohol en la adolescencia, descartando la comunicación, autonomía, imposición y control psicológico maternos; la comunicación y control conductual, autonomía, control psicológico e imposición paternos, lo que deja un campo abierto de investigación a explorar otras

variables.

Estos hallazgos pueden ser utilizados para extrapolarlos a programas de intervención dirigidos a padres, en donde se reconozca que un ambiente familiar positivo y el conocimiento que la madre tenga de las actividades que realiza su hijo adolescente pueden fungir como un protector del consumo de alcohol.

Se encontraron correlaciones bajas entre las prácticas parentales paternas, lo que indica que el instrumento no mide adecuadamente estas dimensiones, puesto que los reactivos no correlacionan entre sí.

Se realizó la adaptación del AUDIT a población adolescente, pues es un instrumento dirigido a población general, y en esta investigación se utilizó únicamente a población adolescente.

Limitaciones

Si bien en el trabajo presentado se encontraron hallazgos, resulta importante considerar las limitaciones que se presentaron.

Una de las limitaciones, es que no se hayan considerado otras variables que la literatura muestra como predictoras del consumo de alcohol, en especial los relacionados con el microsistema, como lo es la influencia de pares, puesto que la presión del grupo de amigos también es importante, ya que ejerce una influencia de primer orden, especialmente en la adolescencia, en la que el joven busca normas y valores fuera del ámbito familiar, en un intento de tomar la distancia que facilite su crecimiento. Esta influencia será mayor en la medida en que no se vea

contrarrestada por unas relaciones familiares satisfactorias (PAD, 2012).

Esto implica que también se pueden incluir las prácticas parentales predictoras del consumo como el control conductual, e incluir otras variables que se evalúen en conjunto, por lo tanto para futuras investigaciones se hace esta recomendación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, P. & Betancourt, D. (2008). Prácticas parentales: Una medición integral. *La Psicología Social en México*, 12, 561-565.
- Andrade, P., Betancourt, D., Vallejo, A., Segura, B. & Rojas M. (2012). Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes. *Salud Mental*, 35(1), 29-36.
- Alarcón, A. (2012). *Estilos parentales de socialización y ajuste psicosocial de los adolescentes: Un análisis de las influencias contextuales en el proceso de socialización* (Tesis doctoral en Psicología). Universidad Autónoma de Madrid, España.
- Amarro, F. (2008). *Ansiedad. Aspectos conceptuales y trastornos de ansiedad en niños y adolescentes*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. Barcelona: Masson.
- Arias, R. (2005). Reacciones fisiológicas y neuroquímicas del alcoholismo. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 1(2), 138-147.
- Báez G., K. (2002). Guías de educación sanitaria 2, Ansiedad Cómo controlarla. Recuperado de http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-cksalu07/es/contenidos/informacion/salud_mental/es_4050/adjuntos/ansiedadComoControlarla_c.pdf

- Baeza, C., Balaguer, G., Bechi, I., Coronas, M. & Guillamón, N. (2008). *Higiene y prevención de la ansiedad*. España: Díaz de Santos.
- Balcázar & Castillo (2011). *Ansiedad y consumo de alcohol en adolescentes* (Tesis de Especialización en Psicología Clínica de la niñez y la adolescencia). Universidad de la Sabana, Colombia.
- Barber, K., B. (1996). Parental Psychological Control: Revisiting a Neglected Construct. *Child Development*, 67, 3296-3319.
- Beck, A., T. (Maser, J.). (1985). Theoretical perspectives on clinical anxiety. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Becoña, E. & Míguez, M. (2004). Consumo de tabaco y psicopatología asociada. *Psicooncología*, 1, 99-112.
- Benjet, E., Borges, H. & Medina-Mora, M. (2006). Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en adolescentes. Recuperado el 20 de Diciembre de 2015, de <http://inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/encuestaepidemiologia.pdf>
- Benjet, C., Borges G., Medina-Mora, M., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E. & Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 32 (2), 155-163.
- Berger, K. (2004). *Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia*. México:

Médica Panamericana.

Berjano E. & Musitu, G. (1987). *Las drogas: Análisis teórico y métodos de intervención*. Valencia: Nau Libres.

Betancourt, O. D. (2007). *Control parental y problemas internalizados y externalizados en niños y adolescentes* (Tesis doctoral en Psicología). Facultad de Psicología, México.

Betancourt, O. & Andrade, P. (2008). Prácticas parentales asociadas a los problemas internalizados y externalizados en adolescentes. *La Psicología Social en México*, 8, 667-671.

Betancourt, O. & Andrade, P. (2011). Control Parental y Problemas Emocionales y de Conducta en Adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 20(1), 27-41.

Betancourt, O. Andrade, P. (2012). Las prácticas parentales que modulan la sintomatología depresiva en adolescentes. *Nueva Época*, 9(19), 34-45.

Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona Paidós.

Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. In: *International Encyclopedia of Education*, Vol. 3, 2nd Ed. Oxford:Elsevier.

Cadaveira, F. & Corral, M. (2005). Alcohol y cerebro: efectos de los nuevos patrones de consumo. Recuperado de <http://docplayer.es/17478119-Alcoholismo-juvenil-dano-cerebral-y-alteraciones-del-desarrollo.html>

- Cano-Vindel, A., Miguel-Tobal, J., González, H. & Iruarrizaga, I. (1994). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. *Anales de Psicología*, 10(2), 145-156.
- Cejudo, R. & Vindel, C. (2008). Tratamiento cognitivo conductual en un caso de trastorno por ansiedad generalizada: El componente metacognitivo. *Revista de ansiedad y estrés*, 14(2-3), 305-319.
- Centros de Integración Juvenil (2014). Consumo de Drogas: Riesgos y consecuencias. México: CIJ.
- Corbí, B., Pérez, M. (s/f). Relación entre impulsividad y ansiedad en los adolescentes. Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/numero37/article8/article8.pdf>
- Craig, J. C. (1997). *Desarrollo psicológico*. México: Prentice Hall.
- Craig, J. C. (2009). *Desarrollo psicológico*. México: Prentice Hall.
- Darling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context an integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487-496.
- Díaz, L., Díaz R., Martínez, A., Hernández-Ávila, C., Fernández, H., Solís, C. & Narro, J. (2009). El consumo riesgoso y dañino de alcohol y sus factores predictivos en adolescentes estudiantes del bachillerato. *Salud mental*, 32(6), 447-458.
- Edelman, R. (1992). Anxiety, Theory research and intervention in clinical and

health *Psychology*. UK: University of Surrey.

Encuesta de consumo de Alcohol, Tabaco y Otras Drogas en Estudiantes de Nuevo León. (2009). Recuperado el 20 de Agosto de 2015, de http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/investigaciones/cd/inicio.html

Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas en la Cd. De México. (2012). Recuperado el 20 de Agosto, de <http://oe.iapa.df.gob.mx/Epidemiologia/Encuestadeestudiantes2012.aspx>

Encuesta del Estado de México sobre Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas en Estudiantes. (2009). Recuperado el 20 de Diciembre de 2015, de http://salud.edomex.gob.mx/imca/doc/enestudiantes_2009.pdf

Encuesta Nacional de Adicciones- Alcohol. (2011). Recuperado el 20 de Agosto de 2015 de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf

Erikson, H., E. (1968). *Identity, youth and crisis*. New York: W. W. Norton Company.

Espada, J., Botvin, G., Griffin, K. & Méndez, X. (2003). Adolescencia: Consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 23(84), 9-17.

Estrada, M. & Pesquel, M. (2012). Presión social en los adolescentes del CEAM. Trabajo presentado en XXIV Congreso de Investigación CUAM-ACmor,

Morelos.

Fantín, M. & García, H. (2011). Factores familiares, su influencia en el consumo de sustancias adictivas. *Ajayu*, 9(2), 193-214.

García, S. F. (2001). Modelo Ecológico, Modelo Integral de Intervención en Atención temprana. Trabajo presentado en XI Reunión interdisciplinar sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias del Real Patronato sobre discapacidad, Madrid.

Gaytán, F; Gutiérrez M; Moreno, M; Bretton, M & Villatoro, J., (s/f). Conducta sexual, alcohol y drogas en estudiantes de nivel medio superior. [Monografía]. Recuperado de http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/cuadernillos/carteles_macro/Filiberto.pdf

Gómez-Maqueo, E., Gómez H., Pérez R., Morales R., (2009). Uso del AUDIT y el DAST-10 para la identificación de abuso de sustancias psicoactivas y alcohol en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 18(1), 9-17.

González, C., H. (2005). Alcohol: cuánto es demasiado. *El Cotidiano*, () 78-83.

Grinder, E., R. (2001). *Adolescencia*. México: Limusa.

Hernández, G. (2012). *Alcoholismo de fin de semana en adolescentes: funcionamiento prefrontal, rasgos psicopatológicos y de personalidad*. (Tesis Doctoral en Psicología). Universidad Autónoma de Madrid,

España.

Herrera-Vázquez, M; Wagner, F; Velasco-Mondragón, E; Borges, G. & Lazcano-Ponce, E. (2004). Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. *Salud Pública de México*, 46(2), 132-140.

Hurlock, B., E. (1970). *Psicología de la adolescencia*. Buenos Aires: Paidós

Iglesias J. (2013). Desarrollo del adolescente: Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral* 7(2) 88-93.

. Medina-Mora, M., Villatoro, V., Fleiz-Bautista, C., Téllez.Rojo, M., Mendoza-Alvarado, L.R., Romero-Martínez, M., Gutiérrez-Reyes, J. P., et al. (2011). Encuesta Nacional de Adicciones. Reporte de Alcohol. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Jessor, R. (1991). Risk Behavior in Adolescence: A Psychosocial Framework for Understanding and Action. *Journal of adolescent Health*, 12, 597-605.

Jiménez, H. (2000). *Las relaciones interpersonales en la infancia, sus problemas y soluciones*. Madrid: Pirámide.

Jiménez-López L. & Jurado, S. (2014). Ansiedad social consumo riesgoso de alcohol en adolescentes mexicanos. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 6(1), 37-50.

Kazdin, A. (1993). Adolescent mental health: Prevention and treatment programs.

American Psychologist, 48, 127-141.

Kerlinger, N. & Lee, B. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: Mc. Graw Hill.

Kumate, R. J. (2003). *Percepción de riesgo y consumo de drogas en los jóvenes mexicanos*. Recuperado el 20 de Diciembre de 2015, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/jn2602pers.pdf>
monografía, de tres hojas folleto

Krauskopof, D. (1999). El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Adolescencia y salud* 1(2).

Kushner, M., Sher, K. & Beitman, B. (1990). The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147, 685–695.

Laespada, T., Iraurgi, I. & Aróstegui, E. (2004) Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV. Recuperado el 20 de Diciembre de 2015, de http://www.izenpe.com/s154812/es/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_inf_txostena/es_9033/adjuntos/informe_txostena14.pdf

Lewis, B. & O'Neill, H. (2000). Alcohol expectancies and social deficits relating to problem drinking among college students. *Addictive Behaviors*, 25(3), 295

Ley General De los derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (2014). Recuperado el 20 de diciembre, de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGDNNA_041214.pdf

Lillo, E., J. (2004) Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. *Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 90, 57-71.

López, C; Jaramillo, A. & Rosa, R. (2013). Relación entre las prácticas parentales y las conductas de riesgo de las y los adolescentes. *Proyecto desarrollado en la Red temática Internacional Familia y Desarrollo Humano*.

Medina-Mora, M; Guilherme, B; Lara, C; Benjet, C; Blanco, J; Fleiz, C. & otros. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.

Méndez, M., Andrade P. & Peñaloza, R. (2013). Prácticas parentales, capacidades y dificultades en preadolescentes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(1) ,99-118.

Morales-García, J., Fernández-Gárate, I., Tudón-Garcés, H., Escobedo-de la Peña, J., Zárate-Aguilar, A. & Madrazo-Navarro, M. (2002). Prevalencia de consumo dañino y riesgoso de alcohol en derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública de México*, 44(2), 113-121.

- Musitu, G., Martínez, B., & Murgui, S. (2006). Conflicto marital, apoyo parental y ajuste escolar en adolescentes. *Anuario de Psicología*, 37(3), 247-258.
- Naranjo, M. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Educación*, 33(2), 171-190.
- Natera, G. & Nava, A. (1993). La prevención del consumo de alcohol en la familia. Trabajo presentado en el Primer Congreso Internacional de Psicología y Salud, UNAM, México.
- Organización de los Estados Americanos & Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2011). Informe Mundial 2014 sobre la situación de la salud y el alcohol. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2011). Global status report on alcohol and health. Suiza: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Alcohol. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (2007). Alcohol, género, cultura y daños en las Américas: reporte final de estudio multicéntrico. Washintong D.C: OPS.
- Palacios, D. (2009). *Modelo biopsicosocial de las conductas de riesgo*. (Tesis doctoral en Psicología). Facultad de Psicología, México.
- Palacios, D. (2012). Exploración de los motivos para consumir alcohol en

- adolescentes. *Psicología Iberoamericana*, 20(1), 29-39.
- Palacios, D. & Andrade P. (2006). Escala de estilos parentales en adolescentes mexicanos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 22, 49-64.
- Palacios, D; Bravo, F. & Andrade, P. (2007). Consumo de alcohol y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *Psychology International*, 18(4), 1-13.
- Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R. (2010). *Desarrollo Humano*. 11 ed. México: Mc. Graw Hill.
- Parra, A. & Oliva, A. (2006). Un análisis longitudinal sobre las dimensiones relevantes del estilo parental durante la adolescencia. *Infancia y Aprendizaje*, 29(4), 453-470.
- Pedreira, J. & Álvarez, L. (2000). Desarrollo psicosocial en la adolescencia: bases para una comprensión actualizada. *Documentación social*, 69-89.
- Piqueras, J., Martínez, A., Ramos, V., Rivero Ra., García, L. & Oblitas, L. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 43-73.
- Pons, J. (1998). El modelado familiar y el papel educativo de los padres en la etiología del consumo de alcohol en los adolescentes. *Rev. Esp. Salud Pública*, 72(3), 251-266.
- Pons, J. & Berjano, E. (1997). Análisis de los estilos parentales de socialización asociados al abuso de alcohol de los adolescentes. *Psicothema*, 9(3), 609-617.

Pons, J., & Berjano, E. (1999). El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: *Un modelo explicativo desde la Psicología Social*. Madrid: Ministerio del Interior, Plan Nacional sobre Drogas.

Pons, J., & Buelga, S. (2011). Factores Asociados al Consumo Juvenil de Alcohol: Una Revisión desde la Perspectiva Psicosocial y Ecológica. *Intervención Psicosocial: Revista sobre Igualdad y Calidad de Vida*, 20(1), 75-94.
doi:10.5093/in2011v20n1a7

Rodríguez, C. (2008). Ansiedad y sobreactivación: Guía práctica de entrenamiento en control respiratorio. Desclée de Brouwer S. A.: Bilbao.

Ros, F. & López, S. (2001). Psicopatología y consumo de alcohol en adolescentes. *Anales de Psicología*, 17(2), 177-187.

Sánchez, P. (2002). Los padres frente al “botellón”. Guía práctica para una diversión sana de los hijos. Comunidad de Madrid: Consejería de sanidad y consumo.

Sánchez, P. (2014). El alcohol y la conducción. Ministerio del interior. Recuperado el 20 de Diciembre de 2014, de http://www.dgt.es/PEVI/documentos/catalogo_recursos/didacticos/did_adultas/alcohol.pdf

Santrock, J. W. (2006). *Psicología del desarrollo: El ciclo vital*. Madrid: Mc Graw Hill.

Saunders, J., Aasland, T., Barbor, J. & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption—II. Research, Report, 88, 791-804.

Segura-Celis H., Vallejo-Casarín, A., Osorno-Munguía. J., Rojas-Rivera. R. & Reyes-García, S. (2011). La escala de Prácticas parentales de Andrade y Betancourt en adolescentes veracruzanos. *Revista de educación y desarrollo*, 8(18), 67-73.

Servicio de Prevención de Adicciones. (2012). Recuperado el 20 de Diciembre de 2015, de http://www.madridsalud.es/pdf/publicaciones/adicciones/doctecnicos/pad_SPA.pdf

Sotillo, R. (2012). *Ansiedad claves para superarla*. España: Corona Borealis.

Spera, C. (2005). A review of the relationship among parenting practices, parenting styles and adolescent school achievement. *Educational Psychology review*, 17(2), 125-146.

Steinberg, L. (1990). Autonomy, conflict, and harmony in the family relationship. En S.S. Feldman & G. R. Elliot (Eds.) *At the threshold: The developing*

Tavera, R. & Martínez, R. (2008). *Guía para promotores Nueva Vida en consejo breve: Ideas*. México: CONADIC.

- Téllez, J., López-Torres, J., Boix C., Villena, A., Párraga, I. & Morena, S. (2007).
Revisión clínica de tratamiento de los trastornos de ansiedad. *Revista
Clínica de Medicina de Familia*, 2(2), 76-83.
- Torio, S. & Rodríguez, M. (2008). Estilos educativos parentales. Revisión
bibliográfica y reformulación teórica. Recuperado
de [http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/71805/1/Estilos_educativos_p
arentales_revision_b.pdf](http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/71805/1/Estilos_educativos_p
arentales_revision_b.pdf)
- Vallejo-Casarín, A; Osorno-Murguía, R. & Mazadiego, I. (2008). Estilos parentales
y sintomatología depresiva en una muestra de adolescentes veracruzanos.
Enseñanza e Investigación en Psicología, 13(1), 91-105.
- Virgen, R., Lara, A., Morales, G. & Villaseñor, S. (2005). Los trastornos de
ansiedad. *Revista digital Universitaria*, 6(11), 1-11.
- Villareal-González, M; Musitu, G; Sánchez-Sosa J. & Varela, R. (2010). El
consumo de alcohol en adolescentes escolarizados: Propuesta de un
modelo sociocomunitario. *Intervención Psicosocial*, 19(3), 253-264.

Apéndice A. Datos generales y Escala de Prácticas Parentales

¡HOLA! Gracias por estar participando 

A continuación se te presentarán 3 cuestionarios. Debes llenarlos de manera individual y trata de ser completamente sincero (a), revisa que no dejes nada sin contestar. Si tienes alguna duda en cómo contestar los cuestionarios, ten confianza y pregunta. Recuerda que lo que contestes es de forma anónima, por lo tanto la información es confidencial. Antes de pasar a los cuestionarios, llena la siguiente tabla. Marca la casilla acorde a ti o escribe lo que se te pide.

SEXO	<input type="checkbox"/>	HOMBRE	<input type="checkbox"/>	MUJER		
EDAD						
ESTADO CIVIL						
GRADO ESCOLAR QUE CURSO	1 Semestre	2 Semestre	3 Semestre	4 Semestre	5 Semestre	6 Semestre
ACTUALMENTE VIVO CON:	Mi mamá	Mi papá	Ambos padres	Otro:		

A continuación hay oraciones sobre la forma en la que TU MAMÁ se porta contigo, escoge la respuesta que más se parezca a lo que ella hace contigo. Indica con una "X" tu respuesta.

Escala de prácticas parentales (Andrade & Betancourt, 2008)

MI MAMÁ	NUNCA	POCAS VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE
1. Sabe en donde estoy cuando salgo de mi casa				
2. Le digo lo que hice, cuando salgo y regreso a casa				
3. Me hace sentir que soy una (un) inútil.				
4. Sabe en dónde estoy después de la escuela				
5. Me dice que soy un (una) "burro" (a)				
6. Habla conmigo sobre mis problemas				
7. Me deja tomar mis propias decisiones				
8. Me impone las cosas que ella piensa				
9. Me grita por cualquier cosa				
10. Conoce a mis amigos (as)				
11. Respeta las decisiones que tomo				
12. Cuando me castiga me hace sentir culpable				
13. Cree que todos debemos pensar como ella				
14. Se enoja conmigo por cualquier cosa				
15. Le platico sobre los planes que tengo con mis amigos				
16. Todo lo que hago le parece mal				
17. Platica conmigo como buenos (as) amigos (as)				
18. Cuando estoy triste me consuela				
19. Apoya mis decisiones				
20. Me dice que soy un (a) mal (a) hijo (a)				
21. Ella cree que tiene la razón en todo				
22. Respeta mis ideas sin criticarme				
23. Me dice groserías o insulta si me porto mal				
24. Conoce lo que hago por las tardes después de la escuela				
25. Me pregunta que hago con mis amigos				
26. Platica conmigo de cómo me va en la escuela				
27. Me ayuda en mis problemas				
28. Me deja hacer mis planes acerca de las cosas que quiero				
29. Quiere que sea como ella es				
30. Me da confianza para platicarle algo muy personal de mí mismo				
31. Respeta mi punto de vista aunque sea diferente del que ella dice				
32. Quiere que haga todo lo que ella dice				

33. Me da confianza para que me acerque a ella				
34. Me dedica tiempo para platicar				
35. Quiere que piense como ella piense				
36. Entiende las razones que le digo				
37. Respeta mis decisiones aunque no sean las mejores				
38. Platica conmigo de las cosas que me suceden				
39. Piensa que todo lo que dice está bien				
40. En la casa se hace lo que ella dice				

A continuación se presentan oraciones sobre la forma en la que TU PAPÁ se porta contigo, escoge la respuesta y marca con una "X" la opción que más se parezca a lo que él hace contigo.

MI PAPÁ	NUNCA	POCAS VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE
1. Habla conmigo sobre mis problemas				
2. Me trata injustamente				
3. Platica conmigo como buenos amigos				
4. Me impone su manera de ser				
5. Me consuela cuando estoy triste				
6. Quiere que sea como él es				
7. Me culpa por todo lo que sucede				
8. Me escucha de forma paciente cuando le platico mis problemas				
9. Me amenaza si me porto mal				
10. Me dedica tiempo para platicar				
11. Me ayuda en mis problemas				
12. Respeta mis gustos				
13. Cree que todos debemos pensar igual que él				
14. Pienso que me tiene mala voluntad				
15. Me da confianza para que me acerque a él				
16. Me culpa por cualquier cosa				
17. Le platico las cosas que me suceden				
18. Respeta mi punto de vista, aunque sea diferente del que él dice				
19. Platica conmigo de lo que hago en mi tiempo libre				
20. Respeta las decisiones que tomo				
21. Él cree que tiene la razón en todo				
22. Me deja tomar mis propias decisiones				
23. Entiende mi manera de ser				

24. Me pregunta sobre las cosas que me pasan durante un día normal en la escuela				
25. En la casa se hace lo que él dice				
26. Acepta mi forma de expresarme				
27. Me deja hacer mis propios planes acerca de las cosas que quiero				
28. Me pregunta sobre las cosas que hago en mi tiempo libre				
29. Me hace sentir que soy un (a) inútil				
30. Me grita por cualquier cosa				
31. Se enoja conmigo por cualquier cosa				
32. Apoya mis decisiones				
33. Platica conmigo sobre los planes que tengo con mis amigos(as)				
34. Quiere que haga lo que él dice				
35. Platica conmigo sobre todo lo que hago				
36. Me pregunta que hago con mis amigos (as)				
37. Me dice que sus ideas son las correctas y que no debo de dudarlo				
38. Platica conmigo sobre cómo me va en la escuela				
39. Cuando salgo y regreso a casa, le digo lo que hice				
40. Quiere que piense como él piensa				

Apéndice B. AUDIT

Se presentan a continuación algunas preguntas sobre tu consumo de alcohol. Marca la casilla con la respuesta según tu experiencia.

PREGUNTAS	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia consumes alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	2 a 4 veces al mes	2 a 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántas copas de bebidas alcohólicas consumes en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7 a 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia tomas 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual	Semanal	A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año has sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual	Semanal	A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudiste hacer lo que se esperaba de ti porque habías bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual	Semanal	A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año has necesitado beber en ayunas para recuperarte después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual	Semanal	A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año has tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual	Semanal	A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habías estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual	Semanal	A diario o casi a diario
9. ¿Tú o alguna otra persona ha resultado herido porque tu habías bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por tu consumo de bebidas alcohólicas o te ha sugerido que dejes de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año

Apéndice C. BAI

Abajo hay una lista que contiene síntomas que probablemente hayas tenido. Lee cuidadosamente cada síntoma e indica cuanto te ha molestado cada uno durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.

Intensidad de los Síntomas		Poco o Nada	Más o menos, no me molestaba mucho	Moderadamente que podía soportarlo	Severamente casi no podía soportarlo
Síntomas					
1.	Entumecimiento, hormigueo				
2.	Sentir oleadas de calor (bochorno)				
3.	Debilitamiento de las piernas				
4.	Dificultad para relajarse				
5.	Miedo a que pase lo peor				
6.	Sensación de mareo				
7.	Opresión en el pecho o latidos acelerados				
8.	Inseguridad				
9.	Terror				
10.	Nerviosismo				
11.	Sensación de ahogo				
12.	Manos temblorosas				
13.	Cuerpo tembloroso				
14.	Miedo a perder el control				
15.	Dificultad para respirar				
16.	Miedo a morir				
17.	Asustado				
18.	Indigestión o malestar estomacal				
19.	Debilidad				
20.	Ruborizarse, sonrojamiento				
21.	Sudoración (no debida al calor)				

¡GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN!



Apéndice D.

Frecuencia de comunicación materna

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	2	.3	.3	.3
	10	5	.8	.8	1.2
	11	7	1.2	1.2	2.3
	12	7	1.2	1.2	3.5
	13	5	.8	.8	4.3
	14	7	1.2	1.2	5.5
	15	6	1.0	1.0	6.5
	16	10	1.7	1.7	8.2
	17	10	1.7	1.7	9.8
	18	12	2.0	2.0	11.8
	19	12	2.0	2.0	13.8
	20	15	2.5	2.5	16.3
	21	20	3.3	3.3	19.7
	22	14	2.3	2.3	22.0
	23	21	3.5	3.5	25.5
	24	18	3.0	3.0	28.5
	25	20	3.3	3.3	31.8
	26	21	3.5	3.5	35.3
	27	27	4.5	4.5	39.8
	28	27	4.5	4.5	44.3
	29	23	3.8	3.8	48.2
	30	19	3.2	3.2	51.3
	31	31	5.2	5.2	56.5
	32	22	3.7	3.7	60.2
	33	20	3.3	3.3	63.5
	34	35	5.8	5.8	69.3
	35	18	3.0	3.0	72.3
	36	19	3.2	3.2	75.5
	37	35	5.8	5.8	81.3
	38	38	6.3	6.3	87.7
	39	30	5.0	5.0	92.7
	40	44	7.3	7.3	100.0
	Total	600	100.0	100.0	

Apéndice E.

Frecuencia de la autonomía materna

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	2	.3	.3	.3
	7	2	.3	.3	.7
	8	2	.3	.3	1.0
	9	3	.5	.5	1.5
	10	5	.8	.8	2.3
	11	7	1.2	1.2	3.5
	12	9	1.5	1.5	5.0
	13	13	2.2	2.2	7.2
	14	17	2.8	2.8	10.0
	15	23	3.8	3.8	13.8
	16	18	3.0	3.0	16.8
	17	28	4.7	4.7	21.5
	18	35	5.8	5.8	27.3
	19	42	7.0	7.0	34.3
	20	44	7.3	7.3	41.7
	21	53	8.8	8.8	50.5
	22	52	8.7	8.7	59.2
	23	45	7.5	7.5	66.7
	24	44	7.3	7.3	74.0
	25	33	5.5	5.5	79.5
	26	43	7.2	7.2	86.7
	27	44	7.3	7.3	94.0
	28	36	6.0	6.0	100.0
	Total	600	100.0	100.0	

Apéndice F.

Frecuencia de imposición materna

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	2	.3	.3	.3
	8	13	2.2	2.2	2.5
	9	32	5.3	5.3	7.8
	10	27	4.5	4.5	12.3
	11	59	9.8	9.8	22.2
	12	59	9.8	9.8	32.0
	13	42	7.0	7.0	39.0
	14	43	7.2	7.2	46.2
	15	53	8.8	8.8	55.0
	16	46	7.7	7.7	62.7
	17	42	7.0	7.0	69.7
	18	18	3.0	3.0	72.7
	19	27	4.5	4.5	77.2
	20	19	3.2	3.2	80.3
	21	14	2.3	2.3	82.7
	22	20	3.3	3.3	86.0
	23	20	3.3	3.3	89.3
	24	9	1.5	1.5	90.8
	25	13	2.2	2.2	93.0
	26	4	.7	.7	93.7
	27	6	1.0	1.0	94.7
	28	6	1.0	1.0	95.7
	29	9	1.5	1.5	97.2
	30	6	1.0	1.0	98.2
	31	9	1.5	1.5	99.7
	32	2	.3	.3	100.0
	Total	600	100.0	100.0	

Apéndice G.

Frecuencia de control psicológico materno

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	2	.3	.3	.3
	8	95	15.8	15.8	16.2
	9	66	11.0	11.0	27.2
	10	58	9.7	9.7	36.8
	11	62	10.3	10.3	47.2
	12	58	9.7	9.7	56.8
	13	45	7.5	7.5	64.3
	14	35	5.8	5.8	70.2
	15	36	6.0	6.0	76.2
	16	29	4.8	4.8	81.0
	17	25	4.2	4.2	85.2
	18	17	2.8	2.8	88.0
	19	8	1.3	1.3	89.3
	20	18	3.0	3.0	92.3
	21	18	3.0	3.0	95.3
	22	4	.7	.7	96.0
	23	4	.7	.7	96.7
	24	5	.8	.8	97.5
	25	1	.2	.2	97.7
	26	5	.8	.8	98.5
	27	3	.5	.5	99.0
	28	3	.5	.5	99.5
	29	1	.2	.2	99.7
	30	1	.2	.2	99.8
	32	1	.2	.2	100.0
	Total	600	100.0	100.0	

Apéndice H.

Frecuencia de control conductual materno

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	2	.3	.3	.3
	7	1	.2	.2	.5
	9	7	1.2	1.2	1.7
	11	7	1.2	1.2	2.8
	12	7	1.2	1.2	4.0
	13	9	1.5	1.5	5.5
	14	17	2.8	2.8	8.3
	15	17	2.8	2.8	11.2
	16	17	2.8	2.8	14.0
	17	29	4.8	4.8	18.8
	18	39	6.5	6.5	25.3
	19	39	6.5	6.5	31.8
	20	35	5.8	5.8	37.7
	21	53	8.8	8.8	46.5
	22	44	7.3	7.3	53.8
	23	55	9.2	9.2	63.0
	24	40	6.7	6.7	69.7
	25	47	7.8	7.8	77.5
	26	40	6.7	6.7	84.2
	27	43	7.2	7.2	91.3
	28	52	8.7	8.7	100.0
	Total	600	100.0	100.0	

Apéndice I.

Comunicación y control conductual paterno

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	65	10.8	10.8	10.8
	16	12	2.0	2.0	12.8
	17	12	2.0	2.0	14.8
	18	13	2.2	2.2	17.0
	19	9	1.5	1.5	18.5
	20	10	1.7	1.7	20.2
	21	5	.8	.8	21.0
	22	8	1.3	1.3	22.3
	23	8	1.3	1.3	23.7
	24	11	1.8	1.8	25.5
	25	9	1.5	1.5	27.0
	26	6	1.0	1.0	28.0
	27	13	2.2	2.2	30.2
	28	5	.8	.8	31.0
	29	10	1.7	1.7	32.7
	30	10	1.7	1.7	34.3
	31	10	1.7	1.7	36.0
	32	17	2.8	2.8	38.8
	33	12	2.0	2.0	40.8
	34	11	1.8	1.8	42.7
	35	8	1.3	1.3	44.0
	36	25	4.2	4.2	48.2
	37	14	2.3	2.3	50.5
	38	12	2.0	2.0	52.5
	39	9	1.5	1.5	54.0
	40	11	1.8	1.8	55.8
	41	7	1.2	1.2	57.0
	42	12	2.0	2.0	59.0
	43	16	2.7	2.7	61.7
	44	15	2.5	2.5	64.2
	45	17	2.8	2.8	67.0
	46	13	2.2	2.2	69.2
	47	10	1.7	1.7	70.8
	48	17	2.8	2.8	73.7
	49	19	3.2	3.2	76.8
	50	11	1.8	1.8	78.7
	51	6	1.0	1.0	79.7
	52	14	2.3	2.3	82.0
	53	11	1.8	1.8	83.8
	54	5	.8	.8	84.7
	55	15	2.5	2.5	87.2
	56	6	1.0	1.0	88.2
	57	8	1.3	1.3	89.5
	58	8	1.3	1.3	90.8
	59	10	1.7	1.7	92.5
	60	7	1.2	1.2	93.7
	61	14	2.3	2.3	96.0
	62	5	.8	.8	96.8
	63	4	.7	.7	97.5
	64	15	2.5	2.5	100.0
	Total	600	100.0	100.0	

Apéndice J.

Frecuencia de autonomía paterna

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	65	10.8	10.8	10.8
	8	10	1.7	1.7	12.5
	9	6	1.0	1.0	13.5
	10	5	.8	.8	14.3
	11	3	.5	.5	14.8
	12	7	1.2	1.2	16.0
	13	6	1.0	1.0	17.0
	14	7	1.2	1.2	18.2
	15	10	1.7	1.7	19.8
	16	9	1.5	1.5	21.3
	17	17	2.8	2.8	24.2
	18	18	3.0	3.0	27.2
	19	17	2.8	2.8	30.0
	20	16	2.7	2.7	32.7
	21	20	3.3	3.3	36.0
	22	21	3.5	3.5	39.5
	23	31	5.2	5.2	44.7
	24	46	7.7	7.7	52.3
	25	26	4.3	4.3	56.7
	26	38	6.3	6.3	63.0
	27	31	5.2	5.2	68.2
	28	26	4.3	4.3	72.5
	29	27	4.5	4.5	77.0
	30	31	5.2	5.2	82.2
	31	35	5.8	5.8	88.0
	32	72	12.0	12.0	100.0
	Total	600	100.0	100.0	

Apéndice K.

Frecuencia de Imposición paterna

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	65	10.8	10.8	10.8
	8	47	7.8	7.8	18.7
	9	28	4.7	4.7	23.3
	10	63	10.5	10.5	33.8
	11	54	9.0	9.0	42.8
	12	40	6.7	6.7	49.5
	13	38	6.3	6.3	55.8
	14	42	7.0	7.0	62.8
	15	28	4.7	4.7	67.5
	16	38	6.3	6.3	73.8
	17	25	4.2	4.2	78.0
	18	17	2.8	2.8	80.8
	19	17	2.8	2.8	83.7
	20	9	1.5	1.5	85.2
	21	17	2.8	2.8	88.0
	22	8	1.3	1.3	89.3
	23	12	2.0	2.0	91.3
	24	14	2.3	2.3	93.7
	25	6	1.0	1.0	94.7
	26	7	1.2	1.2	95.8
	27	5	.8	.8	96.7
	28	4	.7	.7	97.3
	29	3	.5	.5	97.8
	30	6	1.0	1.0	98.8
	31	5	.8	.8	99.7
	32	2	.3	.3	100.0
	Total	600	100.0	100.0	

Apéndice L.

Frecuencia de control psicológico paterno

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	65	10.8	10.8	10.8
	8	169	28.2	28.2	39.0
	9	69	11.5	11.5	50.5
	10	57	9.5	9.5	60.0
	11	41	6.8	6.8	66.8
	12	45	7.5	7.5	74.3
	13	31	5.2	5.2	79.5
	14	24	4.0	4.0	83.5
	15	10	1.7	1.7	85.2
	16	11	1.8	1.8	87.0
	17	11	1.8	1.8	88.8
	18	7	1.2	1.2	90.0
	19	8	1.3	1.3	91.3
	20	12	2.0	2.0	93.3
	21	5	.8	.8	94.2
	22	6	1.0	1.0	95.2
	23	10	1.7	1.7	96.8
	24	2	.3	.3	97.2
	25	4	.7	.7	97.8
	26	6	1.0	1.0	98.8
	27	2	.3	.3	99.2
	28	3	.5	.5	99.7
	29	2	.3	.3	100.0
	Total	600	100.0	100.0	

Apéndice M.

Frecuencia de comunicación materna

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	10	2	2.1	2.1	2.1
	11	2	2.1	2.1	4.1
	12	4	4.1	4.1	8.2
	13	1	1.0	1.0	9.3
	14	1	1.0	1.0	10.3
	15	1	1.0	1.0	11.3
	16	1	1.0	1.0	12.4
	17	1	1.0	1.0	13.4
	18	2	2.1	2.1	15.5
	19	4	4.1	4.1	19.6
	20	1	1.0	1.0	20.6
	21	1	1.0	1.0	21.6
	22	3	3.1	3.1	24.7
	23	1	1.0	1.0	25.8
	24	2	2.1	2.1	27.8
	25	3	3.1	3.1	30.9
	26	7	7.2	7.2	38.1
	27	7	7.2	7.2	45.4
	28	3	3.1	3.1	48.5
	29	7	7.2	7.2	55.7
	30	2	2.1	2.1	57.7
	31	6	6.2	6.2	63.9
	32	2	2.1	2.1	66.0
	33	1	1.0	1.0	67.0
	34	4	4.1	4.1	71.1
	35	1	1.0	1.0	72.2
	36	2	2.1	2.1	74.2
	37	8	8.2	8.2	82.5
	38	5	5.2	5.2	87.6
	39	7	7.2	7.2	94.8
	40	5	5.2	5.2	100.0
	Total	97	100.0	100.0	

Apéndice N.

Frecuencia de autonomía materna

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	7	1	1.0	1.0	1.0
	8	1	1.0	1.0	2.1
	9	1	1.0	1.0	3.1
	10	1	1.0	1.0	4.1
	11	2	2.1	2.1	6.2
	12	3	3.1	3.1	9.3
	13	2	2.1	2.1	11.3
	14	1	1.0	1.0	12.4
	15	2	2.1	2.1	14.4
	16	7	7.2	7.2	21.6
	17	4	4.1	4.1	25.8
	18	8	8.2	8.2	34.0
	19	8	8.2	8.2	42.3
	20	7	7.2	7.2	49.5
	21	6	6.2	6.2	55.7
	22	10	10.3	10.3	66.0
	23	4	4.1	4.1	70.1
	24	7	7.2	7.2	77.3
	25	3	3.1	3.1	80.4
	26	8	8.2	8.2	88.7
	27	7	7.2	7.2	95.9
	28	4	4.1	4.1	100.0
	Total	97	100.0	100.0	

Apéndice Ñ.

Frecuencia de imposición materna

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	8	2	2.1	2.1	2.1
	9	5	5.2	5.2	7.2
	10	3	3.1	3.1	10.3
	11	4	4.1	4.1	14.4
	12	9	9.3	9.3	23.7
	13	5	5.2	5.2	28.9
	14	9	9.3	9.3	38.1
	15	11	11.3	11.3	49.5
	16	5	5.2	5.2	54.6
	17	10	10.3	10.3	64.9
	18	2	2.1	2.1	67.0
	19	5	5.2	5.2	72.2
	20	4	4.1	4.1	76.3
	21	2	2.1	2.1	78.4
	22	4	4.1	4.1	82.5
	23	4	4.1	4.1	86.6
	25	5	5.2	5.2	91.8
	26	1	1.0	1.0	92.8
	28	4	4.1	4.1	96.9
	29	1	1.0	1.0	97.9
	31	1	1.0	1.0	99.0
	32	1	1.0	1.0	100.0
	Total	97	100.0	100.0	

Apéndice O.

Frecuencia control psicológico materno

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	8	13	13.4	13.4	13.4
	9	9	9.3	9.3	22.7
	10	7	7.2	7.2	29.9
	11	1	1.0	1.0	30.9
	12	11	11.3	11.3	42.3
	13	8	8.2	8.2	50.5
	14	12	12.4	12.4	62.9
	15	7	7.2	7.2	70.1
	16	5	5.2	5.2	75.3
	17	9	9.3	9.3	84.5
	18	1	1.0	1.0	85.6
	20	4	4.1	4.1	89.7
	21	5	5.2	5.2	94.8
	22	1	1.0	1.0	95.9
	24	2	2.1	2.1	97.9
	26	2	2.1	2.1	100.0
	Total	97	100.0	100.0	

Apéndice P.

Frecuencia control conductual materno

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	7	1	1.0	1.0	1.0
	9	3	3.1	3.1	4.1
	11	5	5.2	5.2	9.3
	12	4	4.1	4.1	13.4
	13	2	2.1	2.1	15.5
	14	5	5.2	5.2	20.6
	15	3	3.1	3.1	23.7
	16	2	2.1	2.1	25.8
	17	6	6.2	6.2	32.0
	18	6	6.2	6.2	38.1
	19	4	4.1	4.1	42.3
	20	7	7.2	7.2	49.5
	21	13	13.4	13.4	62.9
	22	5	5.2	5.2	68.0
	23	5	5.2	5.2	73.2
	24	2	2.1	2.1	75.3
	25	10	10.3	10.3	85.6
	26	5	5.2	5.2	90.7
	27	2	2.1	2.1	92.8
	28	7	7.2	7.2	100.0
	Total	97	100.0	100.0	

Apéndice Q.

Frecuencia Comunicación y Control conductual paterno

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	11	11.3	11.3
	16	6	6.2	17.5
	17	2	2.1	19.6
	18	2	2.1	21.6
	19	4	4.1	25.8
	21	1	1.0	26.8
	23	1	1.0	27.8
	24	1	1.0	28.9
	26	1	1.0	29.9
	27	3	3.1	33.0
	28	1	1.0	34.0
	30	1	1.0	35.1
	31	1	1.0	36.1
	32	1	1.0	37.1
	33	2	2.1	39.2
	34	1	1.0	40.2
	35	3	3.1	43.3
	36	4	4.1	47.4
	37	3	3.1	50.5
	39	1	1.0	51.5
	40	2	2.1	53.6
	41	1	1.0	54.6
	42	1	1.0	55.7
	43	3	3.1	58.8
	44	4	4.1	62.9
	45	5	5.2	68.0
	46	2	2.1	70.1
	47	3	3.1	73.2
	48	2	2.1	75.3
	49	1	1.0	76.3
	50	2	2.1	78.4
	51	1	1.0	79.4
	52	3	3.1	82.5
	53	3	3.1	85.6
	54	2	2.1	87.6
	57	2	2.1	89.7
	58	3	3.1	92.8
	59	1	1.0	93.8
	61	2	2.1	95.9
	63	1	1.0	96.9
	64	3	3.1	100.0
Total	97	100.0	100.0	

Apéndice R.

Frecuencia autonomía paterna

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	11	11.3	11.3	11.3
	8	5	5.2	5.2	16.5
	12	2	2.1	2.1	18.6
	13	1	1.0	1.0	19.6
	14	3	3.1	3.1	22.7
	15	1	1.0	1.0	23.7
	16	1	1.0	1.0	24.7
	17	1	1.0	1.0	25.8
	18	1	1.0	1.0	26.8
	19	5	5.2	5.2	32.0
	20	3	3.1	3.1	35.1
	21	2	2.1	2.1	37.1
	22	2	2.1	2.1	39.2
	23	7	7.2	7.2	46.4
	24	8	8.2	8.2	54.6
	25	4	4.1	4.1	58.8
	26	6	6.2	6.2	64.9
	27	6	6.2	6.2	71.1
	28	4	4.1	4.1	75.3
	29	1	1.0	1.0	76.3
	30	1	1.0	1.0	77.3
	31	5	5.2	5.2	82.5
	32	17	17.5	17.5	100.0
	Total	97	100.0	100.0	

Apéndice S.

Frecuencia Imposición paterna

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	11	11.3	11.3	11.3
	8	8	8.2	8.2	19.6
	9	1	1.0	1.0	20.6
	10	11	11.3	11.3	32.0
	11	4	4.1	4.1	36.1
	12	7	7.2	7.2	43.3
	13	5	5.2	5.2	48.5
	14	7	7.2	7.2	55.7
	15	7	7.2	7.2	62.9
	16	8	8.2	8.2	71.1
	17	5	5.2	5.2	76.3
	18	4	4.1	4.1	80.4
	19	1	1.0	1.0	81.4
	20	1	1.0	1.0	82.5
	21	4	4.1	4.1	86.6
	22	1	1.0	1.0	87.6
	23	2	2.1	2.1	89.7
	24	1	1.0	1.0	90.7
	25	3	3.1	3.1	93.8
	26	3	3.1	3.1	96.9
	27	1	1.0	1.0	97.9
	29	1	1.0	1.0	99.0
	32	1	1.0	1.0	100.0
	Total	97	100.0	100.0	

Apéndice T.

Frecuencia Control Psicológico paterna

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	11	11.3	11.3	11.3
	8	21	21.6	21.6	33.0
	9	16	16.5	16.5	49.5
	10	6	6.2	6.2	55.7
	11	8	8.2	8.2	63.9
	12	7	7.2	7.2	71.1
	13	3	3.1	3.1	74.2
	14	3	3.1	3.1	77.3
	15	4	4.1	4.1	81.4
	16	2	2.1	2.1	83.5
	18	2	2.1	2.1	85.6
	19	3	3.1	3.1	88.7
	20	1	1.0	1.0	89.7
	22	2	2.1	2.1	91.8
	23	2	2.1	2.1	93.8
	25	1	1.0	1.0	94.8
	26	2	2.1	2.1	96.9
	27	1	1.0	1.0	97.9
	28	2	2.1	2.1	100.0
	Total	97	100.0	100.0	