



**UNIVERSIDAD LATINA S. C.**  
**INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL**  
**AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**CLAVE: 3344-25**

**PROPUESTA DE PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN PADRES  
PARA EL AFRONTAMIENTO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS  
PSICOACTIVAS DE HIJOS ADOLESCENTES**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A N:**

**MARIANA ALEJANDRA PALACIOS GALLEGOS**

**MELINA RODRÍGUEZ RESENDIZ**

**ASESOR: EVA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ**

**CIUDAD DE MÉXICO, SEPTIEMBRE DE 2023.**



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

Al finalizar esta tesis y después de un arduo camino es importante para nosotras darle mención y agradecimiento a la participación de personas e instituciones que nos facilitaron las cosas para que este trabajo llegara a un buen término, ya que sin esas participaciones hubiera sido imposible. Por ello, es para nosotras un honor utilizar este espacio para expresar nuestro agradecimiento.

En primera instancia agradecemos de manera puntual a la Universidad Latina por permitirnos ser miembros de su grupo estudiantil y poder concluir la universidad con las herramientas y recursos que nos otorgaron, asíéndonos profesionistas preparándonos para vida laboral.

Debemos agradecer de manera especial y sincera nuestros profesores Eva González Rodríguez y Mario Arturo Téllez Rojas por aceptarnos para realizar la Tesis bajo su dirección, por su apoyo y confianza a lo largo de nuestra carrera y en la elaboración de este trabajo, por su capacidad para guiarnos por el mejor camino para que esto se materializara, ha sido un aporte invaluable, no solo por el desarrollo de esta tesis sino por nuestra formación a lo largo de cuatro años, por transmitirnos ese gusto por la psicología y apoyo a las problemáticas sociales. Le agradecemos también por habernos facilitado los medios suficientes para llevar a cabo esta tesis y llevarla a su final. Por último le agradecemos su calidad humana y confianza.

Por último, pero no menos importante le agradecemos a la Alcaldía Magdalena Contreras, principalmente al departamento de Salud en el programa social de esta institución llamado “Información, Orientación y Prevención al Consumo de Sustancias Psicoactivas”, por

abrimos sus puertas y apoyarnos para llevar acabo el estudio en la población que necesitábamos, gracias infinitas porque sin ustedes no lo hubiéramos podido llevar a cabo fácilmente. A su vez también agradecemos a la Escuela Secundaria Diurna N°302 Luis Donaldo Colosio Murrieta y a su director que nos dio el acceso a sus instalaciones para llevar acabo nuestra investigación y poder llegar a un resultado confiable. También damos las gracias a los Padres, Madres y adolescentes que participaron en este estudio.

Infinitas gracias a mi colaboradora de tesis, compañera y amiga por estar hombro con hombro en cada proceso de la carrera y en la elaboración de esta tesis, por la paciencia, el esfuerzo, dedicación y confianza que siempre mostramos juntas en este proceso de principio a fin, no tenemos duda que esto no pudo haber concluido de la misma forma si no hubiera estado una con la otra.

## **DEDICATORIA**

A mi mamá Lulú por tu amor, esfuerzo, sacrificio, guía y apoyo que has sido para mí, tú has hecho posible esto en mi vida, gran parte de lo que soy es gracias a ti, eres de admirarse siempre ma., te amo.

A mi hermano Ariel por ser mi compañero de vida, tu consejo, apoyo, hacerme la vida más divertida, ser un ejemplo para mí y nunca dejarme caer, eres el mejor hermano del mundo.

A mi papá Gilberto por su apoyo en mi vida y las veces que estuvo a pesar de la distancia, gracias por todo lo que me aportas y apoyas.

A mis tíos Consuelo y Ramiro porque sin ustedes esto no podría ser posible, gracias por todo el apoyo y hacerme sentir siempre en casa. Agradezco a mi familia porque todos ustedes han puesto granos gigantes de arena para hacer posible esto y sé que siempre cuento con ustedes, los quiero mucho.

A Ricardo por siempre estar en todo momento, motivarme, apoyarme para que crezca y alcance mis metas y ser también un gran ejemplo para mí.

Agradezco a mis amigos de la carrera por compartir juntos este camino, en especial a Elsa gracias por siempre estar y apoyarme. A mis profesores que a lo largo de la carrera me motivaron y compartieron sus conocimientos.

A mi gran amiga y compañera de la carrera, Melina, gracias por realizar juntas este proyecto, creer en mí para lograrlo, por tu apoyo en este proceso y siempre estar en todo momento, estar viviendo esto juntas es algo que agradezco, no podría ser mejor.

**Mariana Alejandra Palacios Gallegos**

## **DEDICATORIA**

Agradezco infinitamente a mis padres Francisco y Roció por ser siempre mi pilar y apoyarme incondicionalmente a pesar de las dificultades, gracias a ustedes puedo ver plasmado este logro que sin lugar a dudas es suyo también, son unos grandes padres y agradezco el gran ejemplo que me han dado, especialmente el de ser perseverante, los amo.

También les dedico este logro a mis hermanas Norma y Karla por siempre llenar de alegría mi vida, por estar ahí en momentos buenos y malos, por el apoyo moral para concluir este trabajo, gracias por ser mis compañeras de vida, las quiero.

A mis colegas y amigos los “chulos”, por el apoyo en todos los aspectos durante estos años juntos, algo grande les espera. A mi amiga incondicional Elsa, por siempre estar hombro con hombro conmigo y darme su mejor versión, gracias por ser parte de mi vida.

Gracias a mis profesores que a lo largo de la licenciatura me compartieron sus conocimientos y me hicieron amar esta hermosa profesión, especialmente le agradezco su apoyo y dedicación al Dr. Arturo Téllez por ser parte de esta tesis y ayudarme a lograr el objetivo, lo admiro y respeto como el gran profesional que es.

Mil gracias a mi colega, amiga incondicional, compañera de licenciatura y de este proyecto, Mariana, por unir fuerza conmigo y por confiar en mí para lograr este sueño juntas, por la dedicación que siempre tuvo y por estar para mí en cada momento, te admiro como profesional y principalmente como ser humano, doy gracias por tenerte en mi vida.

**Melina Rodríguez Reséndiz**

## ÍNDICE

RESUMEN .....	8
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPÍTULO 1. ADICCIÓN Y ADOLESCENCIA .....	13
1.1 Definición y características de la adicción. ....	13
1.2 El consumo de alcohol y tabaco en la adolescencia y la adultez. ....	16
1.3 Factores asociados al consumo de drogas.....	20
1.4 Factores de riesgo y protección del consumo de sustancias psicoactivas.....	21
1.5 Consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas.....	30
CAPÍTULO 2. ESTRUCTURA FAMILIAR COMO PRINCIPAL SOPORTE DE LA DEPENDENCIA A LAS DROGAS .....	35
2.1 La familia y el entorno social.....	35
2.2 Estilos de crianza. ....	36
2.3 Importancia y descripción de factores familiares. ....	40
2.4 Relación del consumo de sustancias psicoactivas entre padres e hijos. ....	42
2.5 La integración familiar como soporte de una adicción. ....	43
CAPÍTULO 3. LOS PADRES ANTE LA ADICCIÓN DE SUS HIJOS. ....	46
3.1 Percepción de los padres ante la problemática .....	46
3.2 Capacidad de los padres para enfrentar el consumo. ....	47
3.3 Búsqueda de afrontamiento ante la situación .....	50
3.4 Búsqueda de ayuda especializada. ....	51
CAPÍTULO 4. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN DE ADICIONES EN LA FAMILIA .....	53
4.1 ¿Qué son y cómo funcionan los programas de intervención?.....	53
4.2 Enfoque terapéutico más eficaz en programas de intervención.....	54
4.3 Aproximaciones y limitaciones de los programas de intervención .....	56
CAPÍTULO 5. RESTRUCTURACIÓN DEL SISTEMA FAMILIAR EN LA ADICCIÓN .....	60
5.1 Brindar apoyo en aspectos sociales, conductuales y cognitivos.....	60
5.2 Técnicas para fortalecer y tener control del área emocional.....	60
5.3 Técnicas y tipos de comunicación familiar.....	62
CAPÍTULO 6. MÉTODO .....	66

6.1 Planteamiento del problema.....	66
6.2Justificación .....	68
6.3 Preguntas de investigación.....	71
6.4 Objetivos.....	71
6.5 Participantes.....	72
6.6 Instrumentos.....	72
6.7 Hipótesis: .....	74
6.8 Diseño de Investigación.....	74
6.9 Variables. ....	74
6.10 Procedimiento. ....	75
CAPÍTULO 7. RESULTADOS .....	77
CAPÍTULO 8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	88
8.1 Discusión .....	88
8.2 Conclusiones.....	92
Referencias .....	96
Anexos .....	123
Anexo 1 .....	123
Anexo 2.....	124
Anexo 3.....	125
Anexo 4.....	127

## RESUMEN

La presente tesis se basó en comprobar la relación del consumo del alcohol y tabaco de los padres y sus hijos adolescentes, así como demostrar si este consumo afecta en el funcionamiento familiar. Dicho trabajo se realizó en una escuela secundaria pública de la Alcaldía Magdalena Contreras de la Ciudad de México.

La necesidad de realizar esta investigación e indagar sobre la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la relación con la familia, es porque actualmente esta problemática va en aumento; sin embargo, existen muy pocos programas de intervención en la familia del consumidor de alcohol y tabaco. Por tal motivo que surge el impulso de indagar si el consumo de los padres y la dinámica familiar son un indicador que provoca que los hijos inicien un consumo de sustancias psicoactivas y los resultados arrojados sirvan como antecedente para poder desarrollar una intervención para prevenir el consumo de sustancias en hijos y mejorar la dinámica familiar.

El proyecto estuvo encaminado en un estudio correlacional de tipo transversal. Se emplearon una serie de instrumentos de recolección de datos, específicamente para el análisis de consumo de alcohol y tabaco en padres e hijos adolescentes, en estilo de crianza y relaciones intrafamiliares. Para la elaboración y el cumplimiento de los objetivos plasmados se recabaron los datos arrojados por los instrumentos utilizados aplicando la metodología se generó una base de datos la cual se traspasó en el programa estadístico SPSS, con la finalidad de que se arrojaran las correlaciones y hacer el análisis pertinente.

De esta manera se pudo concluir que las familias que participaron en esta investigación presentaron relaciones de consumo entre padres e hijos, por este motivo se mostraron dificultades en su ambiente familiar y en problemas de integración entre los miembros de la familia ya que la mitad de los 80 casos analizados de los hijos adolescentes llegaron a usar sustancias psicoactivas como alcohol y tabaco.

**Palabras clave:** Consumo de sustancias, alcohol, tabaco, familia y adolescentes.

## INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas es un foco de atención de la salud pública que tiene múltiples implicaciones en la vida del consumidor y que en algunas ocasiones imposibilita que desarrolle una vida plena. Además, las consecuencias no sólo afectan al individuo sino también a terceras personas, como pueden ser amigos, familia y personas cercanas al consumidor.

El consumidor está inmerso en una estructura familiar, pensando la familia como principal contexto social, esta interacción hace que sus problemas vayan dirigidos hacia él y a su núcleo familiar. Dicha familia influye en el desarrollo bio-psico-emocional del infante, ya que los patrones y habilidades que son bien aprendidos durante la infancia son ejecutados en la adolescencia y la adultez, generando a un sujeto con habilidades como, un buen manejo de resolución de conflictos, habilidades sociales y adaptativas, buen manejo emocional, entre otras. Por este motivo, es importante identificar la integración de la familia y sus estilos y pautas de crianza en el desarrollo del adolescente, además de identificar factores de riesgo para evitar problemas en conductas adaptativas como el consumo de sustancias psicoactivas tanto en padres como en hijos.

El consumo de sustancias psicoactivas de padres e hijo puede ser un tema nuevo para la familia. Por tanto, la problemática es compleja y no llegan a comprender el fenómeno de consumo; por este motivo no saben cómo dirigirse y cómo hacer frente al problema generando cambios en la dinámica y problemas en el ambiente familiar. De este modo, el consumo de los padres, la falta de conocimiento y las escasas herramientas para resolver la problemática aumentan la probabilidad de que el hijo adolescente consuma y los problemas en casa continúen o incrementen.

Es por ello, que en el presente estudio se analizó la relación entre el consumo de sustancias de un grupo de adolescentes y el estilo de crianza, el consumo y la integración familiar de sus padres. De esta forma se espera que los resultados sirvan como antecedente en la elaboración de programas que aborden la problemática del consumo. A continuación se presenta una serie de capítulos que contienen información que sirve para un mayor entendimiento del abordaje de la problemática descrita.

En el primer capítulo se aborda el concepto de adicción y de dependencia a las sustancias psicoactiva, se describen los criterios que se contemplan en el DSM IV y DSM V, para determinar con claridad el nivel de consumo de una persona. Así mismo, se examina el tema de la adolescencia y su vinculación con el consumo de sustancias psicoactivas, con el propósito de identificar las características generales de esta etapa de la vida y examinar la relación que existe con el consumo de sustancias psicoactivas de sus padres. También se describen datos epidemiológicos de adolescentes y adultos acerca del consumo de alcohol y tabaco, las drogas que más impacto tienen en la sociedad. Posteriormente, se abordan los factores asociados al consumo de drogas; tanto los factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias psicoactivas, así como los factores individuales, familiares y sociales, con la finalidad de aclarar que factores inciden con mayor peso en la prevención del consumo. Finalmente, se describen algunas de las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas.

En el capítulo dos se aborda el tema de la familia, describiendo qué es y cuál es su importancia para prevenir el consumo de sustancias, cuáles son los estilos de crianza que manejan las familias y su relación con el consumo de sustancias de los hijos con el consumo de los padres. Un tópico adicional en el mismo capítulo es el soporte familiar, donde se habla de éste como apoyo hacia el usuario. Finalmente, se concluye el capítulo con algunos programas de

salud y prevención en adicciones, en los cuales se describen los componentes principales de dichos programas y el tratamiento de la conducta adictiva.

Dentro del capítulo tres se describe la percepción de los padres ante la problemática del consumo de sustancias de sus hijos. Además de la capacidad de los padres para enfrentar el consumo, seguido de las principales estrategias que los padres siguen para afrontar las diferentes situaciones que afectan a la familia por el consumo y que pueden ayudar a lograr una disminución del consumo de sus hijos para que a su vez se describa la ayuda especializada que los padres buscan.

Posteriormente en el capítulo cuatro se describe qué son los programas de intervención y cómo se abordan en la familia, así como los enfoques terapéuticos que se utilizan para el afrontamiento del consumo de sustancias psicoactivas y además se señalan ventajas y limitaciones de dichos programas para verificar cuál es el enfoque terapéutico indicado.

En el capítulo cinco se explica la re-estructuración del sistema familiar en la adicción, diversos aspectos de apoyo social, conductual y cognitivos, además del desarrollo de técnicas para fortalecer el control del área emocional, técnicas de comunicación familiar y técnicas para la prevención de la recaída. Todo esto para que los padres logren tener una conducta adecuada ante el problema.

En los apartados subsecuentes se especifica la metodología de la presente tesis, incluyendo los objetivos, participantes, instrumentos y procedimiento del estudio correlacional, así como los resultados obtenidos por las pruebas aplicadas, FAGESTROM y EDA en los padres y POSIT en los hijos. También como las pruebas de ERI en los padres para ver las relaciones intrafamiliares y EMBU en los hijos para ver sus estilos de crianza y así realizar una correlación

entre estas pruebas y determinar la relación del consumo de tabaco y alcohol de los padres con el de los hijos y también la relación del funcionamiento familiar y crianza que se ven involucradas en el consumo.

Finalmente se llega a conclusiones donde se puede decir que las familias que presentan dificultades en su ambiente familiar como son las sustancias psicoactivas y problemas de interacción entre sus miembros como son las familias que participaron en este estudio, necesitan de psicoeducación para saber más del tema, fortalecer las áreas dañadas y poder reducir el consumo de los padre e hijos.

## CAPÍTULO 1. ADICCIÓN Y ADOLESCENCIA

### 1.1 Definición y características de la adicción.

Para poder abordar los conceptos básicos de la adicción es importante tener claro qué es una adicción, identificarla y entender el proceso que conlleva, por este motivo la Organización Mundial de la Salud (OMS) nos da a conocer el concepto de adicción en 1964 como un estado de intoxicación periódica o crónica que se produce por el consumo repetido de una droga natural o sintética, donde se menciona el deseo de ingerir y obtener la sustancia, incrementar la dosis, la presencia de dependencia física o psicológica así como la abstinencia en caso de retirar la droga, teniendo efectos nocivos para el individuo y la sociedad.

Después de 18 años la OMS (1982) redefinió a la dependencia como un *“síndrome que implica un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad al uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes”*. Es así como se entiende que dependencia es un equivalente de adicción y que parte de una serie de comportamientos que indican su presencia, principalmente si el consumo es prioridad en la vida del consumidor.

A su vez la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) menciona que la adicción es *“la dependencia fisiológica y/o psicológica a alguna sustancia psicoactiva legal o ilegal, provocada por el abuso en el consumo, que causa una búsqueda ansiosa de la misma”* (2012, pp.6). Así, se entiende que la adicción a una sustancia psicoactiva tiene factores fisiológicos y psicológicos, pero surge por un consumo prolongado de la misma provocando la necesidad de suministrar dicha sustancia que en principio es posible que se haya consumido por la presencia de factores de riesgo alrededor del sujeto.

Al analizar los conceptos anteriores, se toma a consideración para este estudio el concepto de adicción abordado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) (APA, 2002). En este manual se define con mayor claridad el concepto de adicción así como diferentes factores que permiten identificar y diferenciar un problema adictivo de otros trastornos.

Sin embargo, no se consideró la 5ta edición del DSM para este estudio debido a que el interés principal del trabajo no es analizar la conceptualización del trastorno de consumo de sustancias, sino identificar diferentes variables individuales y familiares implicadas en el desarrollo de las adicciones en los adolescentes. En el DSM-5 en vez de incluir el término diagnóstico *adicción se utiliza la expresión trastorno por consumo de sustancias*, con la cual se busca abarcar las posibles extensiones de dicho trastorno. De este modo, se ha descartado el concepto dependencia de los métodos del dictamen del consumo de sustancias del DSM-5 a origen de su esclarecimiento y su posible connotación negativa (DSM-V, 2013).

En cambio en el DSM-IV-TR (2002), se introduce el concepto de adicción a las sustancias psicoactivas como dependencia de sustancias, donde existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la *tolerancia*, la cual se entiende como el aumento de la dosis de la sustancia psicoactiva para obtener el efecto deseado y a la *abstinencia*, definida como la presencia de un síndrome específico causado por la suspensión o reducción de una sustancia después de un consumo prolongado provocando un malestar clínico significativo. Estos conceptos son importantes de considerar al momento de diagnosticar la problemática de consumo y deben considerarse dentro del proceso que lleva a las personas a formarse una adicción.

El proceso adictivo se divide en tres etapas (CONADIC, 2012). La primera es el **uso** de sustancias psicoactivas, que no provoca complicaciones, ni daño a uno mismo o a los demás; aun así la relación que la persona ha desarrollado con la sustancia lo puede motivar a continuar consumiendo debido al refuerzo psicológico que su consumo tiene sobre su comportamiento. Generalmente lo hacen impulsados por factores de riesgo que presenta el consumidor que de no ser conscientes de estos factores podría encaminarlo a la siguiente etapa y tener consecuencias individuales y sociales. El consumo es mínimo, por ejemplo, en el caso del alcohol, se consume bebidas con concentraciones menores a 20° y las ocasiones de consumo principalmente son en grupos de amigos o ante celebraciones especiales con familiares o allegados.

La segunda es el **abuso** que trae una pérdida de control notoria del consumo y los episodios de consumo son más frecuentes e intensos. Empiezan los problemas familiares, debido al tiempo que la persona ocupa en actividades relacionadas con el consumo, generando daños en la esfera somática, afectiva, psicológica o social tanto para el sujeto como para su entorno.

La tercera etapa es la **dependencia**, que es la incapacidad de abstenerse a consumir. Existe una incapacidad para detener el consumo, ya existen problemas más severos que en el uso y el abuso de sustancias psicoactivas. Como primera instancia se observan problemas graves en las relaciones familiares que pueden llegar a afectar a la familia, también problemas en sus relaciones interpersonales y provocando también problemas de salud tanto físicos como neurocognitivos al consumidor.

Dentro de este proceso adictivo puede estar inmersa cualquier persona, ya que se observan consumos problemáticos sin importar género, edad, nivel socioeconómico o educativo,

pero si es posible que en una gran parte de los casos comience este proceso en la adolescencia (ENA, 2011).

## **1.2 El consumo de alcohol y tabaco en la adolescencia y la adultez.**

La adolescencia es una etapa del desarrollo del ser humano que abarca generalmente de los 11 a 20 años, en el cual el individuo adquiere capacidad de reproducción al alcanzar la madurez biológica y sexual, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez llegando a la madurez emocional y social (OMS, 2006; Papalia, 2001). A su vez, la persona asume responsabilidades en la sociedad y conductas propias del grupo que le rodea (Aberastury & Knobel, 1997). Este periodo, es reconocido en casi todas las culturas a nivel mundial (Coon, 1998).

En el tema del uso de las drogas en los adolescentes y adultos es un asunto que ha llamado la atención de familias y profesionales de la salud, ya que en dicha población, el uso de sustancias psicoactivas cada vez es más prematuro y frecuente (ENA, 2011).

El consumo de alcohol y tabaco es más habitual su consumo tanto en padres como hijos, pues estas dos drogas son legales, comunes y conocidas como drogas de inicio de consumo, ya que generalmente son las primeras sustancias con la que se tiene contacto y dan apertura al consumo de drogas ilegales, convirtiéndose en factores de riesgo en el consumidor y en la familia del consumidor.

En la actualidad, en la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011) se menciona que la edad de inicio de consumo de alcohol y tabaco en México es alrededor de los 13 años en hombres y mujeres.

En el caso de la Ciudad de México, de la población total de entre 12 y 65 años de edad, el 31.7% (2, 090, 091 personas) eran bebedores de alto consumo, el 25% son mujeres y 39% hombres; 3% señalaron ser bebedores consuetudinarios (cinco hombres por cada mujer) mientras que el 5.2% (346, 430 personas) eran dependientes al alcohol, 2% mujeres y 9% hombres (ENA, 2011).

Los resultados de la ENA 2011 señalan que el 23% de los adolescentes (12 a 17 años) eran bebedores altos (bebedor de alto consumo que corresponde a dependencia) (21% mujeres y 24% hombres), mientras que para los adultos (18 a 65 años) se reportó el 33% (26% mujeres y 42% hombres). Donde el porcentaje de diferencia entre los adultos y jóvenes es de un 10% lo cual se obtuvo de las pruebas de EDA (Escalada de Dependencia al Alcohol) Y POSIT (Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes); por tanto, las dos muestras arrojan resultados no tan lejanos uno del otro y esto nos hace pensar en la relación que existe entre el consumo del padre y del hijo adolescente.

La prevalencia del año 2017 de alcohol disminuyó de un 51.4% en el 2011 a un 49.1%. Por sexo, la prevalencia de consumo aumentó en el último mes del 2017 a comparación con el 2011 de 44.3% a 48.1% en los hombres y en las mujeres pasó de 19.7% a 24.4% (ENCODAT, 2017).

En la población de 12 a 17 años el consumo excesivo aumentó de 4.3% a 8.3% en comparación con el 2011; particularmente en la mujeres el consumo creció 3.5 veces, 2.2% en

2011 y 7.7 en 2016. Para la población total de 18 a 65 años paso de 13.9% a 22.1% (ENCODAT, 2017). Estas son comparaciones de la ENA 2011 con la ENCODAT 2016-2017.

Con relación a la edad de inicio de consumo de alcohol y tabaco en la Ciudad de México, el 55% empezó su consumo a los 17 años y el 39% entre los 18 y 25 años. Las tres delegaciones donde se encontraron más bebedores altos en general fueron: Iztacalco, Cuauhtémoc y Azcapotzalco (IAPA, 2014).

Con respecto al consumo problemático o abuso del alcohol en la Ciudad de México, el IAPA (Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones) reportó una prevalencia de 12.2% de los hombres y 12% de las mujeres inscritos en el nivel secundaria y de 32.2% en los hombres y 25.1% de las mujeres inscritos en nivel medio superior. En este caso se observó que el consumo excesivo de alcohol o dependencia es similar en todas las delegaciones, al igual que el consumo problemático o abuso de alcohol (Villatoro, Oliva, Mujica, Fregoso, Bustos, Mendoza, López & Medina-Mora, 2015).

En cuanto al tabaco, 55% de la población (48% mujeres y 63% hombres) reportó haber consumido tabaco alguna vez en su vida. Además, 30.8% de la población reportó haber fumado en el último año, puntaje mayor al 27% observado en la ENA de 2008 (ENA, 2011).

Por otro lado, el IAPA (2014) reportó que para los estudiantes de secundaria y bachillerato de la Ciudad de México la prevalencia de consumo de tabaco alguna vez en la vida se mantuvo estable comparada con el estudio de 2012 por el IAPA (40.6% y 41% respectivamente). Al dividir por sexo, no se observan diferencias entre hombres (41.3%) y mujeres (39.9%); adicionalmente, casi la mitad de los estudiantes (49.2%) ha probado el tabaco

al llegar a los 15 años. La edad promedio de inicio de consumo es alrededor de los 13 años en hombres y mujeres, valor también similar al del 2012 (IAPA, 2014).

Es importante resaltar que entre estudiantes de 17 años de la Ciudad de México, el 33.8% refirió haber consumido tabaco en los últimos 30 días aun cuando las regulaciones gubernamentales prohíben la venta de cigarrillos a menores de edad (Villatoro, et al., 2015).

La Ciudad de México tiene una población de 6.7 millones de habitantes de 12 a 65 años (3.5 millones de mujeres y 3.2 millones de hombres). La ENCODAT 2016-2017 reporta que 1.9 millones de capitalinos son fumadores actuales (653 mil mujeres y 1.2 millones hombres), de los cuales 691 mil fuman diariamente y 1.2 millones fuman de forma ocasional (ENCODAT, 2017).

El consumo de Tabaco en la población de 12 a 65 años se mantiene sin cambios entre el 2011 (17.0%) y el 2016 (17.6%). En la mujeres la prevalencia del consumo de Tabaco no muestra diferencias estadísticamente significativas entre el 2011 (9.3%) y el 2016 (8.7%), mientras que los hombres el consumo de Tabaco paso de 25.2% en 2011 a 27.1% en 2016 (ENCODAT, 2017). Esto es en comparación con la ENA 2011 y ENCODAT 2017 y se puede notar la prevalencia entre este transcurso de tiempo.

La Clínica contra el Tabaco y otras Drogas Psicoactivas “Dr. Raúl Cícero Sabido”, del Servicio de Neumología del Hospital General de México (2013), reportó que de las enfermedades que presentan sus pacientes, el 34.1% fueron respiratorias, 4.3% cáncer de pulmón y 11.2% problemas cardiovasculares, todas ellas relacionadas con el consumo de tabaco. En lo referente a la asociación entre tabaquismo y enfermedades psiquiátricas (comorbilidades), se encontró que el 22.6% presentaba ansiedad leve y el 30% depresión grave. En la población femenina se presentaron con más frecuencia diagnósticos de enfermedades respiratorias como:

bronquitis crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, así como dislipidemia, es decir, presentan niveles altos de colesterol y triglicéridos en sangre.

Para que se presente este consumo en adolescentes y adultos y formaran parte de las estadísticas anteriores se tuvieron que haber dado ciertos factores asociados, que ocasionaron el inicio del consumo de las drogas.

### **1.3 Factores asociados al consumo de drogas**

El consumo de sustancias psicoactivas es un fenómeno multifactorial, para su presentación es necesario examinar los factores que se relacionan con el inicio del consumo, así como los que constituyen al mantenimiento de la conducta a pesar de las consecuencias negativas en la vida de los usuarios. Si bien se sabe no hay una causa certera que permita predecir al 100% una dependencia de sustancias psicoactivas, hay una serie de factores cuya presencia incrementará o disminuirá la probabilidad de desarrollarla (Acevedo & Camargo, 2012).

Laespada, Iraurgi y Aróstegi (2004) señalan que existen tres grupos principales de factores que deben ser considerados (ver Tabla 1).

Tabla 1

*Grupos de factores*

Factores	Descripción
Individuales	Consta de las particularidades internas del individuo, a su forma de ser, sentirse y comportarse. La edad, la personalidad, los recursos sociales de los cuales dispone, las actitudes, los valores, la autoestima.
Familiares	Son aquellas características relativas al ambiente más próximo de la persona. La interacción específica de cada sujeto con la familia que establece una condición propia.
Sociales	Hacen referencia a un medio social más extenso. La económica, la accesibilidad al consumo, la aceptación social del mismo y las costumbres y tradiciones características que diferencian a unas culturas de otras.

*Nota:* Adaptado de Laespada, T., Iraurgi I y Aróstegi 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*. Instituto Deusto de Drogodependencias. Universidad de Deusto. España.

Se ha descrito que la relación e interacción que hay entre estos factores facilita el consumo de alguna droga. Por lo tanto deben verificarse los factores que inciden en el consumo y los factores que ayudan a evitarlo o prevenirlo.

#### **1.4 Factores de riesgo y protección del consumo de sustancias psicoactivas**

La fuerza o importancia de un factor puede modificarse de un conjunto a otro o de un sujeto a otro, su relación es dinámica y complicada. Sin embargo se pueden identificar dos tipos de factores importantes (ver Tabla 2).

Tabla 2

*Factores de riesgo y protección*

Factor	Definición
Factor de riesgo	<p>Un factor de riesgo es una peculiaridad que se encuentra interna o externamente al individuo cuya presencia amplifica la probabilidad o inclinación de que se origine un determinado fenómeno. La visión del factor de riesgo fue adoptada desde la investigación biomédica y dirigida hacia la identificación de aquellos factores biopsico-sociales del comportamiento y del entorno ambiental que parecían estar relacionados con la aparición de un problema de salud (Albarracín &amp; Muñoz, 2008).</p>
Factor de protección	<p>Son todas aquellas condiciones que previenen o disminuyen el efecto de estímulos dañinos sobre los individuos; sirven como barrera para beneficiar el adecuado desarrollo de los seres humanos, impidiendo la presencia de problemáticas y por ende, efectuando una función de protección del estado de salud del individuo (Díaz &amp; García, 2008)</p>

*Nota:* Adaptado de Albarracín, M. y Muñoz, L. (2008). *Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de los dos primeros años de carrera universitaria*. Liber, 14(14), 49-61. Díaz, D. y García, R. (2008). *Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media*. Rev Panamericana de Salud, 24 (4).

La presencia de un factor protector no descarta la aparición de un factor de riesgo, sin embargo, sí se consigue estabilizar o disminuir los efectos de los factores de riesgo, es posible que disminuyan las circunstancias conflictivas. Para eso se deben tener en cuenta y conocer los diversos factores de riesgo y protección que pueden existir en el sujeto desde lo individual, familiar y social (ver Tablas 3, 4, 5, 6, 7 y 8).

Tabla 3

*Factores de riesgo individuales*

Factores de Riesgo Individuales	
Predisposición física	El sujeto en ocasiones tiene necesidad de consumir por la influencia genéticamente que tiene. Un gran número de investigadores del campo del consumo de sustancias psicoactivas, consideran que la herencia genética tiene influencia sobre las sustancias psicoactivas (SPA), la importancia que se da a los factores hereditarios en la génesis de la dependencia al consumo varía mucho de unos autores a otros, oscilando entre un 30% y un 70% (Caballero, González, Pinilla & Barber 2006; Persico, 1996).
Baja autoestima	Puede llevar a muchas consecuencias y problemas emocionales y caer en el consumo de sustancias. Álvarez, Alonso y Guidorizzi (2010) reportaron que una baja autoestima contribuye al consumo de sustancias, debido a un incremento en los niveles de ansiedad del individuo llevándolo al consumo de drogas.
Poca tolerancia a la frustración	La Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC, 2012) menciona que el estrés, la impaciencia y la ansiedad que van acompañadas, en conjunto tiene probabilidad de generar una adicción.
Percepción de soledad	El percibirse solo o estar solo realmente, es un factor para consumir. Camacho (2005) en un estudio en donde aplicó 215 encuestas a estudiantes de nivel secundaria de la Ciudad de México encontró que los adolescentes que presentaban este sentimiento aumentaba su probabilidad de consumir algunas sustancias psicoactivas.
El deseo de experimentar sensaciones “fuertes”	Al consumir este tipo de sustancias psicoactivas se tiene la creencia de llevar una vida con más adrenalina y prospera pero es lo contrario. Un factor que buscan los adolescentes para obtener nuevas sensaciones son consumir sustancias más agresivas y llevar a cabo conductas delictivas cuando están bajo la influencia de la droga (Camacho, 2005).
Problemas Emocionales	Medina, Cravioto, Villatoro, Fleiz, Galván y Tapia (2003) con 110 adolescentes entre 12 y 17 años en la Ciudad de México reportaron que un factor de alto riesgo que se debe considerar son los problemas emocionales; observaron que los síntomas de tristeza se asocian con la experimentación con drogas, en al menos un 5.2% de la muestra.
Aislamiento	En un estudio en la Ciudad de México el 88.6% de una muestra de 106 adolescentes presentaba tasas altas de este factor (Contini, Lacunza,

Medina, Álvarez, González & Coria, 2012). Por otra parte Gaxiola, González y Contreras (2012) demostraron que los adolescentes se refugian en las drogas al carecer de motivación, no logrando llevar a cabo las metas de vida que se proponen.

Carecer de habilidades de expresión

En una investigación de tipo cualitativa de Jiménez, Torregrosa, Burgos y Uitzil (2013) reportaron que los adolescentes carecen para expresar, aprender y transmitir valores que se les han enseñado, lo que incurre en su alto riesgo de caer en las drogas y no tener potencializado habilidades para prevenirlo.

Evasión de la realidad

En un estudio realizado por Mariatti y Oviedo (2009) en la Ciudad de México reportaron de una muestra de 114 estudiantes el 16%, afirmaron hacer uso de la evasión de la realidad para olvidarse de los problemas en casa refugiándose en la droga, favoreciendo esta misma la evasión.

Autocontrol

López, Peralta, Muñoz y Godoy (2003) han mostrado que el autocontrol se relaciona con el consumo de drogas de manera inversa, a medida que los niveles de autocontrol disminuyen, aumentan la cantidad de consumo.

Aprobación y autonomía

Algunas personas tienen mayor necesidad de obtener la aprobación y autonomía de los demás, lo cual le puede llevar a una situación de extrema dependencia respecto al grupo (Turbi & Lloria, 2005). En este sentido, la escasa resistencia a la incitación grupal está relacionada con una predisposición al consumo de sustancias (Villa, Rodríguez & Sirvent, 2006).

---

*Nota:* Estos factores de riesgo individuales fueron tomados de varias fuentes que se citan en cada uno de los factores.

Tabla 4

*Factores de riesgo familiares*

---

Factores de Riesgo familiares	
Desintegración del grupo familiar	Rutter (1985) destacó que cuando un adolescente tiene dificultades psicológicas durante su desarrollo, como el divorcio de los padres, discusiones parentales crónicas, enfermedad mental parental e inestabilidad de los padres, estos pueden estar asociados a diversos indicios de disfunción en la conducta del adolescente (Cortés, Espejo & Giménez, 2007).

---

Abandono afectivo o sobre protección	Camacho (2005) menciona que en la adolescencia la relación con el consumo actual de SPA y los motivos para mantener el consumo se encuentran relacionados con una relación familiar no significativa con dificultades por falta de afecto o sobre protección, el consumidor reporta que consume por esta razón ya que consideran que las manifestación de cariño en su casa no existen.
Problemas de comunicación y mensajes contradictorios	González, Rey y Oliva (2009) observaron que los adolescentes consideran que la comunicación en su familia es buena, pero también piensan que en ocasiones los padres son regulares y esto refiere a la existencia y claridad en las reglas en casa, ya que los adolescentes tienen una opinión de que no existe claridad en las reglas de la casa y por ello no se llevan a cabo.
Bajo ingreso económico	El bajo o nulo ingreso económico derivado de la pérdida de empleo, la migración de uno o ambos progenitores en busca de mejores fuentes de ingreso; ambos pueden influir en la probabilidad de consumo de drogas (Morla, Saad de Janon, & Saad, 2006).
Rigidez de roles y dificultades en la estructura familiar	En estudios hechos por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) (2013) se llegó a la conclusión de que el 50% de los adolescentes y jóvenes que proceden de familias con estructura disfuncional y con rigidez de los roles, tuvieron dificultades en los vínculos de padres a hijos y viceversa, generando como consecuencia que el clima familiar posiblemente funcione como factores de riesgo en la etiología del consumo.

*Nota:* Estos factores de riesgo familiares fueron tomados de varias fuentes que se citan en cada uno de los factores.

Tabla 5

*Factores de riesgo sociales*

Factores de riesgo sociales	
Movimientos migratorios	Estar en constante cambio de domicilio, de ciudad, estado o país, afecta su estabilidad social y puede genera riesgos de consumo de sustancias psicoactivas. Sánchez, Arellanez, Pérez y Rodríguez, (2006). Realizaron un estudio con una muestra de 96 emigrantes mexicanos en Estados Unidos en donde encontraron que el 80% consumieron droga al convertirse en emigrante en el país.

Conductas delictivas	La Secretaría de Seguridad Pública (SSP) (2011) reporta que bajo la influencia de las drogas, el 3.3% de los adolescentes ha tenido problemas con la policía; el 6.4% se ha visto involucrado en una pelea, el 9.5% ha tenido problemas con su familia y seis de cada diez jóvenes involucrados en accidentes automovilísticos bajo el efecto de drogas han fallecido y por consiguiente en este ambiente están más receptivos en contacto con las drogas.
Disponibilidad de la droga	El que la sustancia esté disponible y de fácil acceso para los jóvenes hace que tengan más posibilidades de consumirla y la percepción sobre la aceptación del consumo entre los jóvenes aparezca (Medina, Cravioto, Villatoro, Fleiz, Galván & Tapia 2003).
La publicidad errónea	Martínez y Villar (2004) demostraron que la publicidad que se les da a los adolescentes de las drogas (lícitas e ilícitas) provoca que se genere un índice de aprobación al uso de drogas.
Necesidad de pertenencia de los pares	Andrade, Núñez y Vargas (2014) plantearon que los adolescentes caen en las drogas por la necesidad de pertenecer a sus pares o participar en otro grupo (ENA, 2011).
Dificultades escolares	Se demuestra que entre el 30% y el 45% de los adolescentes que consumen presentan dificultades académicas con mayor o menor grado, así como el consumo de drogas es causa para abandonar la escuela a una edad más temprana y por el contrario la presencia de estas dificultades provoca el consumo de sustancias psicoactivas (Palacios & Andrade, 2007).
Deserción escolar	La ENA (2011) reporta que el 21.6% de los adolescentes que aceptaron haber consumido drogas mencionaron no estudiar. La deserción escolar, aumenta el consumo hasta 69 veces más que los que sí se encuentran incorporados a la escuela.

*Nota:* Estos factores de riesgo sociales fueron tomados de varias fuentes que se citan en cada uno de los factores.

Tabla 6

*Factores de protección individuales*

Factores de protección individuales	
Proyectos de vida y	En un estudio de una muestra de 100 estudiantes de 15 y 17 años

---

sentido de existencia	Paramo (2011) encontró que los adolescentes de 15 años reportaron tener como proyectos propios seguir una carrera profesional para acceder al mundo laboral y formar una familia. Entre los proyectos futuros de los adolescentes de 17 años, se consideró también, a corto y mediano plazo, el seguir estudiando una carrera para lograr una independencia económica; dedicarse a un deporte y como proyecto a largo plazo, el formar una familia, esto apoyado a las metas positivas y planes de vida de este tipo refuerzan la prevención a las drogas.
Auto control emocional	Serrano y García (2010) obtuvieron en un estudio de adolescentes entre 12 y 17 años que los adolescentes de ambos sexos presentan bajos niveles de presencia de la dimensión Autocontrol de la Inteligencia emocional dejándolos vulnerables para poder caer en la experimentación de probar drogas. A la luz de los resultados que encontraron, demuestra que el desarrollo de la competencia emocional y autocontrol en ambos sexos va a depender del perfeccionamiento paralelo de las variables: autoconocimiento, empatía, y manejo de las relaciones sociales. Estos resultados hacen evidente que si el adolescente tiene un buen control emocional evitará caer en la ingesta de drogas.
Alta autoestima	Jiménez (2008) ha señalado que la autoestima tiende a ser ligeramente más baja en las personas que alguna vez consumieron alguna sustancias psicoactiva que en aquellos que no han adquirido nunca alguna sustancias, por tanto tener una alta autoestima previene el abuso de sustancias psicoactivas.
Auto eficiencia y autonomía de independencia	Estudios hechos por Montañés, Bartolomé, Montañés y Parra (2008) afirman que la autonomía y la interdependencia así como la conexión entre padres y adolescentes es de gran ayuda para evitar que los adolescentes caigan en el consumo de sustancias psicoactivas. La autonomía y la interdependencia son dos rasgos complementarios del crecimiento normal en la familia durante la adolescencia.
Habilidades de afrontamiento	En un estudio realizado de una muestra de 100 estudiantes de secundaria se demostró que el 35% de los adolescentes que tenían habilidades de afrontamiento adecuadas (colaborando con los profesionales, manteniendo relaciones sociales positivas) y sabían manejarlas lograron evitar caer en un consumo constante de sustancias psicoactivas (Carballo, García, Secades, Fernández, García, Errasti & Al-Halabi, 2004).

---

*Nota:* Estos factores de protección individuales fueron tomados de varias fuentes que se citan en cada uno de los factores.

Tabla 7

*Factores de protección de familiar*

Factores de protección familiares	
Apego familiar	El apego familiar favorece el sentimiento de pertenencia del adolescente. Para fomentar el apego familiar es necesario un clima afectivo positivo que permita que se desarrollen actitudes de reconocimiento y respeto entre sus integrantes y la presencia de manifestaciones afectivas positivas (implícitas y explícitas) esto ayudara a prevenir que el adolescente consuma drogas (Al-Halabi, Erraste, Fernández, Secades & García, 2009).
Comunicación familiar	García y Segura, (2005), proponen una comunicación eficaz entre padres e hijos permite a los padres ofrecer información específica sobre drogas y reforzar la autoestima y la autonomía de los jóvenes en la toma de decisiones, lo que va a fomentar la confianza entre padres e hijos.
Soporte emocional familiar	Wills , Gibbons, Gerrard, Murry y Brody (2003) afirman que un soporte emocional por parte de la familia, una comunicación adecuada entre los miembros de la familia y la percepción de que los padres estarán ahí cuando el adolescente tenga algún problema o dificultad, es un factor protector para el consumo de sustancias.
Buena relación entre los miembros	Una buena relación entre los miembros de la familia, cercana, duradera y sin conflictos, junto con unos métodos de disciplina adecuados a la edad actúan como factor de prevención del consumo, por eso es importante el apoyo e intervención en la familia para prevenir el consumo de drogas y fortalecer la familia (Laespada, Arostegi & Iraurgui, 2004).
Educación familiar o establecimiento de límites	El establecimiento de límites con los hijos, hacer respetar las normas de convivencia, conservar cierto grado de autoridad democrática, y al mismo tiempo mantener un vínculo afectivo cálido y una relación positiva, son aspectos que se han demostrado que actúan como factores protectores del consumo de sustancias por los adolescentes (García & Segura, 2005).

*Nota:* Estos factores de protección familiar fueron tomados de varias fuentes que se citan en cada uno de los factores.

Tabla 8

*Factores de protección sociales*

Factores de protección sociales	
Organización comunitaria	Según Becoña (2002) la organización comunitaria se refiere a que el lugar en donde la persona vive tenga unas normas adecuadas de buena organización, como es el cuidado de las calles, aceras, disponibilidad de jardines, lugares de ocio y diversión, apego social al barrio, adecuado nivel de control en el mismo, asunción de que se es un miembro del mismo y como tal se le cuida, etc. Las zonas que presentan menor desorganización comunitaria, están caracterizadas por tener un bajo índice de delincuencia y un menor consumo de sustancias y otro tipo de conductas antisociales.
Leyes favorecedoras	Si existen leyes claras y que se lleven a cabo contra el consumo de sustancias psicoactivas en menores de edad provocará que los adolescentes no consuman y tengan menos probabilidad de tener acceso a una droga (Cava, Murgui & Musitu, 2008).
Grupo de iguales	El grupo de iguales ha sido objeto de estudio en numerosas investigaciones, debido, por un lado, a la importancia otorgada por los adolescentes a tales vínculos durante un periodo de (re)definición de su identidad psicosocial y, por otro lado, la acción moduladora ejercida sobre la experimentación con drogas (Moral, 2006). En este sentido, si el grupo no muestra una actitud favorable al consumo de sustancias u otras conductas de riesgo, el adolescente adoptará estas mismas reglas en su repertorio de conducta, suponiendo ser un riesgo el consumo de drogas para el adolescente (Heather, Wodak, Nadelmann & O'Hare, 2004).
Fomento de actividades favorecedoras para la salud	Si se le fomenta al adolescente practicar actividades deportivas en su tiempo de ocio prevendrá que caiga en el consumo de drogas ya que según el Instituto Nacional de la Juventud, las actividades que más les gusta hacer a la población joven de entre 15 y 19 años en su tiempo libre de ocio son: hacer deporte, bailar o ir al cine. Estas actividades en los jóvenes son una factor de protección importante que se debe fomentar (Elzo, 2004).

*Nota:* Estos factores de protección sociales fueron tomados de varias fuentes que se citan en cada uno de los factores.

En el tema de las adicciones los factores de riesgo y protección juegan un papel importante, en el consumo de sustancias se sabe que las personas consumidoras, presentan ambos factores y la predicción depende más de la combinación de estos. Se sabe también que el aumento de factores de riesgo y disminución de factores protección favorece el consumo, que a su vez produce consecuencias en la vida de las personas en contacto con las sustancias psicoactivas.

### **1.5 Consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas.**

Las consecuencias que el sujeto genera a raíz de consumir drogas dependerá de los efectos, de la interacción entre el individuo, la droga y el contexto donde ocurre el consumo. CONADIC (2012) señala las consecuencias individuales, familiares y sociales de mayor relevancia y que se deben tener en cuenta para prevenir por medio de la evitación y consciencia de estas consecuencias (ver Tablas 9, 10 y 11).

Tabla 9

#### *Consecuencias individuales*

Consecuencias Individuales	Datos
Accidentes	Esta causa también puede ser relacionada con lo social, cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 2012, informan que un 11.6% de los jóvenes que se involucraron en un accidente de tránsito, reconocieron estar bajo los efectos del alcohol, con mayor incidencia en los hombres que en las mujeres (15.6% y 1.8% respectivamente). Entre los años del 2003 y el 2012 han ocurrido 370,440 accidentes viales en los cuales el alcohol fue el factor determinante, esto es 37,400 casos anuales o bien expresado en un promedio, se trata de cuatro casos por hora.
Violencia por un consumo excesivo	Las peleas callejeras y la violencia dentro de la familia son en ocasiones acompañadas de la ingesta de drogas las cuales pueden llevar a otra

de alguna sustancia psicoactiva	consecuencia que sería la muerte, según la ENA (2011) las causas más comunes de defunción bajo la influencia de alguna droga fueron ocasionadas por arma de fuego (33.3%), asfixia (10.2%), así mismo los lugares donde las defunciones ocurrieron con mayor frecuencia fueron en la calle (50.4%) y el hogar (22.4%).
Problemas legales	La Encuesta Nacional de Adicciones (2011) menciona que el 24.3% de los menores de edad, cometió un delito bajo la influencia de alguna sustancia. El robo (72.1%) fue el delito más cometido por los menores. De los menores infractores entrevistados, el 68.1% refirieron consumir habitualmente drogas, donde la marihuana es la sustancia más reportada (35.0%), seguida del alcohol (29.8%) y el tabaco (27.3%).
Intoxicaciones	Durante el 2001, las instituciones del Sistema Nacional de Salud reportaron al Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades (CEMECE, 2001) que en los hospitales generales y de especialidad particulares se alcanzaron 2,403 intoxicaciones por drogas y sustancias biológicas, que originaron 40 defunciones.
Enfermedades	Enfermedades como riesgo de hipertensión, cáncer, cirrosis hepática, diabetes, y padecimientos gastrointestinales, que algunas son generadas por consumo de drogas como la cirrosis hepática, incrementaron la mortalidad (CONADIC, 2012), siendo estas las principales causas de muerte en México. El INEGI (2012) reporta que las enfermedades del corazón representan el 21.73%, la diabetes mellitus (24.70%) y tumores malignos, siguen siendo las principales causas de muerte, seguidas de la hipertensión con un 5.79% y la cirrosis hepática con un 8.68%.

*Nota:* Adaptado de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2012) *Estadísticas de mortalidad*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas*. Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades (CEMECE) (2001). Comisión Nacional contra las Adicciones. (2012). *“Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida, Guía para el promotor de Nueva Vida”*. México: CONADIC.

Tabla 10

*Consecuencias familiares*

Consecuencias Familiares	Datos
Violencia	En el informe del “Alcohol, Género, Cultura y Daños en las Américas” de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Taylor (2007), estima que en algunos países más del

---

	25% de los hombres y del 15% de las mujeres ha iniciado peleas encontrándose en estado de ebriedad.
Deserción escolar de algún familiar o hijo	Cuando alguien de la familia consume y están más captados a su consumo pueden crear antecedentes de fracaso escolar y problemas de conducta en la escuela y en el hogar (Musito, Buelga, Lila & Cava, 2003).
Maltrato a algún familiar	El INEGI (2003) reportó que alrededor del 50% de las mujeres receptoras de violencia identifican que su pareja se encontraba bajo los efectos del alcohol al momento de agredirlas.
Problemas económicos y laborales	El consumo consecuente lleva a problemas laborales y despido, lo que provoca también buscar alguna forma de ingreso muchas veces ilegal (Moral, 2006).
Trastornos de conducta, maduración y desarrollo en algún integrante de la familia	Los trastornos de personalidad antisocial y límite son los más relacionados con trastornos por consumo de sustancia (Regier & Kaelber, 1995).
Descuido de hijos	En México, en una consulta realizada en el año 2000 en la que participaron 4 millones de niños entre 6 y 17 años, el 28% de los niños y niñas entre 6 y 9 años dijeron que son tratados con descuido y por tanto no son cuidados en sus familias a consecuencia del consumo de drogas de sus padres (Ramírez, Urbietta, Márquez, Guzmán & Elizarrarás, 2008).
Disolución del núcleo y la armonía familiar	Estévez, Herrero y Musitu (2005) han considerado a las familias disfuncionales o desorganizadas como una fuente consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas, generando personas con problemas comportamiento o de adaptación.
Rechazo al consumidor y a su familia	Relaciones pobres entre padres e hijos/as: ausencia de lazos familiares con el consumidor, negatividad y rechazo de los padres hacia el/la hijo/a consumidor o viceversa, genera una escasez de tareas compartidas y de tiempo juntos, así como interacciones mal adaptativas entre padres e hijos/as (Kumpfer, Olds, Alexander, Zucker & Gary, 1998).

---

*Nota:* Estas consecuencias familiares fueron tomadas de varias fuentes que vienen citadas en cada consecuencia.

Éstas son algunas de las consecuencias más representativas que ocurren con frecuencia en los casos de la dependencia, dependiendo de lo particular del caso, según sea la manera de interacción del sujeto, droga (alcohol o tabaco) y contexto.

Las consecuencias sociales son diversas dependiendo de la situación; es decir, varían según la cantidad ingerida, si se llega a la intoxicación o incluso si dicho consumo es regular o no (CONADIC, 2012; ver Tabla 11). Estas consecuencias varían a mayor escala que las consecuencias anteriores ya que son muchas las variables en juego, pues está involucrado el individuo, contexto, y droga que provocara la consecuencia.

Tabla 11

*Consecuencias sociales*

Consecuencias Sociales	
Dañar la salud del individuo, hechos violentos, daños a la salud de otros individuos, daños a los bienes y a la propiedad	Se puede observar que en los alrededores de las calles existe un consumo de drogas (70.4%), robos o asaltos (67%) y vandalismo (59%) referentes al consumo de sustancias (ENSU, 2015). Los delitos registrados por las autoridades que están relacionados con el consumo, aumentaron en el período 2003-2012, incrementando entonces la violencia de los consumidores (UNODC, 2014).
Ausentismo en escuela y trabajo, accidentes, bajo rendimiento y productividad	Surgirá un gasto económico para la sociedad en tratamientos y rehabilitación de consumidores de drogas disminuyendo recursos para otros servicios médicos, gastos en instituciones de asistencia social (CONADIC, 2012).

*Nota:* Adaptado de Encuesta Nacional de Seguridad pública Urbana (ENSU). (2015). *Cifras correspondientes a marzo de 2015*. INEGI. *Boletín de prensa*, 139 (15). Comisión Nacional contra las Adicciones. (2012). *“Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida, Guía para el promotor de Nueva Vida”*. México: CONADIC. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC). (2014). *Informe mundial sobre las drogas*.

A continuación, se abordará más a fondo el factor familiar, debido a su relevancia en la problemática de las adicciones. Como ya se ha mencionado, en este factor se generan distintos conflictos como consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas, provocando que en muchas ocasiones la familia no sea consciente de esta problemática.

## **CAPÍTULO 2. ESTRUCTURA FAMILIAR COMO PRINCIPAL SOPORTE DE LA DEPENDENCIA A LAS DROGAS**

### **2.1 La familia y el entorno social**

La familia posibilita y potencializa al sujeto en la formación y aprendizaje de actitudes, habilidades y valores que utilizará para crear su propio desarrollo, tales como el de lenguaje, cultura, creencias, normas, estructura emocional y afectiva, para ser considerado un sujeto social y funcional (Acevedo & Camargo, 2012).

Durkheim (1912) menciona que de no generarse éste proceso de adaptación, integración o socialización, se genera un fenómeno denominado anomia, es decir, la exclusión que recae sobre el individuo al no lograr acoplar su naturaleza individual a las expectativas del colectivo. Lo que se podría mencionar como comportamiento anómalo, pues sale de lo esperado y considerado normal en la sociedad.

La familia tiene una multiplicidad de particularidades que han evolucionado con el tiempo dependiendo el contexto o desde la posición y momento en que se vea. Así es como la familia es vista como una realidad histórica, sujeta a las diferencias culturales y cambios, por lo tanto, no todas las familias son iguales, ya que se han generado diferentes estructuras y dentro de ellas distintas creencias, normas internas, funcionalidad y disfuncionalidad familiar (Rodríguez, 2012).

Según la estructura tradicional de la familia está conformada por el padre, la madre y la descendencia, correspondiendo a un modelo patriarcal y capitalista donde la línea familiar y herencia es seguida por el hombre como cabeza principal de la familia y sustentador económico. Actualmente esta estructura familiar ya no es la única que prevalece (Martínez, Estévez e Ingles,

2013); en algunos casos ya no es un padre el que ejerce las normas, sino la madre, es quien puede dar sustento, así como el padre dar cuidado y afecto. La función de la familia no cambiará, sea la estructura que sea, seguirán esas pautas básicas de la inserción social y de aprendizaje (Jodelet, 2000).

La familia como estructura primordial para el ser humano está expuesta a distintas circunstancias que se generan a raíz de la interacción familiar, como el abuso en el consumo de sustancias psicoactivas y dificultades que traen por efecto. Por ello, es importante que se conozcan las causas y relaciones del consumo de sustancias de la familia para potencializar sus recursos y puedan aprender nuevas herramientas para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas logrando un cambio afectivo, emocional, cognitivo y conductual del adolescente que consume y de la familia. Para esto se tiene que tener claro que la familia puede ser un factor de riesgo y/o protección, por ello es importante que los padres generen un estilo de crianza adecuado desde la niñez de sus hijos facilitando la interacción familiar (Acevedo & Camargo, 2012).

## **2.2 Estilos de crianza.**

Cuando se habla de estilos de crianza, se hace referencia a un conjunto de conductas ejercidas por los padres hacia los hijos que pretenden modular y encauzar las conductas de los hijos en la dirección que ellos valoran y desean, así como de acuerdo a su personalidad (Céspedes, 2008). Por ello, se relacionan con dimensiones como el tipo de disciplina, el tono de la relación, el mayor o menor nivel de comunicación y las formas que adopta la expresión de afecto (Ramírez, 2005).

Para comprender los antecedentes o los factores que determinan los estilos de crianza, hay que tener en cuenta la eficacia de los diversos tipos de disciplina (esto dependerá de cada familia y su dinámica), las características del niño y de los padres, así como la interacción entre ambos. En este sentido, Sordo (2009) postula que las prácticas educativas de los padres pueden estar determinadas por una serie de factores que se dividen en tres grupos. Un primer grupo relacionado con el niño: edad, sexo, orden de nacimiento y características de personalidad. Un segundo grupo relativo a los padres: sexo, experiencia previa como hijos y como padres, características de personalidad, nivel educativo, ideas acerca del proceso evolutivo, la educación y expectativas de logro que tienen puestas en sus hijos. Un tercer grupo relacionado con la situación en la que se lleva a cabo la interacción: características físicas de la vivienda y contexto histórico.

Para Vega (2006) existen cuatro estilos de crianza basados en dos ejes, control disciplinario y calidez afectiva. De esta forma, las combinaciones resultan en democrático: alta calidez y alto control; sobreprotector: alta calidez y bajo control; autoritario: frialdad afectiva y alto control; negligente: frialdad afectiva y bajo control (ver Tabla 12).

Tabla 12

*Características de los estilos de crianza*

Estilos de crianza	Características
El padre y/o madre con autoridad o democrático	El padre con autoridad o democrático, es el padre exigente y al mismo tiempo sensible, que acepta y alienta la progresiva autonomía de sus hijos. Tiene una comunicación abierta con ellos, reglas flexibles, buen cuidado y un buen afecto. Aplica una disciplina inductiva, explica el propósito de las reglas y está abierto a las argumentaciones sobre las mismas. Los hijos de estos padres,

---

	<p>tienden a mostrar mejor ajuste, más confianza personal, autocontrol y son socialmente competentes. Tienen un mejor rendimiento escolar y elevada autoestima (Papalia, Wendkoss &amp; Duskin, 2005).</p>
<p>Padre y/o madre autoritarios</p>	<p>Establece normas con poca participación del hijo. La desviación de la norma tiene como consecuencia castigos bastante severos, a menudo físicos. La comunicación es pobre, las reglas son inflexibles, la independencia es escasa. Por ello el hijo de estos padres tienden a ser retraídos, temerosos, irritables y con poca interacción social. Las niñas tienden a ser pasivas y dependientes en la adolescencia; los hijos se vuelven rebeldes y agresivos (Sordo, 2009).</p>
<p>Padres y/o madres comprensivos (permisivos o indulgentes)</p>	<p>Se caracteriza por su forma razonable ante las normas que transmite a sus hijos. Estos son padres afectivos, se comunican bien con sus hijos y promueven una relación de confianza. Exigen a los hijos un comportamiento maduro de responsabilidad. A cambio tienden a no utilizar estrategias coercitivas o imposición cuando sus hijos se portan mal. Fomentan la independencia, la individualidad y un alto grado de autoestima. (García, Rivera &amp; Reyes, 2014).</p>
<p>Padres y/o madres indiferentes o negligentes</p>	<p>Es aquel que no impone límites y tampoco proporciona afecto. Se concentra en las tensiones de su propia vida y no le queda tiempo para sus hijos. Si los padres son hostiles entonces los hijos tienden a mostrar muchos impulsos destructivos y conductas delictivas (Cuervo, 2010).</p>

---

*Nota:* Adaptado de Papalia, D. Wendkoss, S. Duskin, R. (2005). *Psicología del Desarrollo, de la Infancia a la Adolescencia*. 9ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 515p. Sordo, P.( 2009). *No Quiero Crecer. Viva la diferencia. Para padres con hijos adolescentes*. Santiago de Chile, Editorial Norma. 232p. García, M., Rivera, S. & Reyes, I. (2014). *La percepción de los padres sobre la crianza de los hijos*. Acta colombiana de psicología, 17 (2), 133-14. Cuervo, A. (2010). *Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia*. Revista diversitas, 6 (1), 111-121.

En investigaciones basadas en la obra de Baumrind (1966) se ha confirmado la superioridad del estilo con autoridad frente a los otros estilos, en el sentido de que es estilo más usado por los padres. Sin embargo, se le critica que en sus estudios no consideró factores innatos, como el temperamento, lo que pudo haber influido en las competencias manifestadas por los hijos (Papalia, Wendkoss & Duskin, 2005).

También con respecto a estilos de crianza autoritarios, Mulsow (2008) propone que la familia es un agente que afecta los aspectos socio-emocionales al ofrecer modelos que sean compatibles con la realidad vital y da oportunidades para desarrollarse emocionalmente.

Además, Ramírez (2002) plantea que las prácticas de crianza que utilizan los padres se relacionan con los problemas de conducta de los hijos; de manera que el uso de prácticas de crianza inadecuadas que incluyan afecto negativo, castigos físicos, control autoritario y no énfasis en el logro, los hijos tienen mayor probabilidad de presentar problemas de conducta tanto externos como internos.

También se han encontrado relaciones entre los estilos permisivos y autoritarios con el desarrollo cognoscitivo y emocional como las observadas por Arvelo (2003), quien analizó la función paterna, las prácticas de crianza y el desarrollo en adolescentes, encontrando relación con problemas de bajo rendimiento escolar, dificultades en la comunicación, hostilidad, depresión, mentiras frecuentes y conductas transgresoras. En lo que se refiere a las pautas de crianza se detectó una permisividad por parte de los padres y especialmente las madres.

Cuando se dan las dificultades que menciona Arvelo (2003) se puede encontrar que los estilos parentales pueden influir de manera indirecta en el consumo de drogas, el rendimiento académico, grupo de iguales, agresividad, delincuencia, ansiedad, depresión, impulsividad y autocontrol (Amaya, 2008).

La familia en ocasiones puede influir de manera negativa en los estilos de crianza y en el desarrollo socio-afectivo generando factores de riesgo, durante la infancia es una responsabilidad de los padres prevenir estos factores para lograr un mejor desarrollo de habilidades,

competencias parentales, habilidades emocionales y conductas prosociales en los niños, niñas y adolescentes (Patterson, DeGarmo & Forgatch, 2004).

### **2.3 Importancia y descripción de factores familiares.**

Clayton (1992) incita a que se reconozcan los factores de protección familiares que son atributos o características, condiciones, situaciones y/o contexto ambiental que inhiben, reducen o atenúan la probabilidad del uso y/o abuso de drogas, o la transición en el nivel de implicación con las mismas. Entonces dependiendo de la ausencia y presencia de estos se pueden generar conductas favorecedoras o negativas en el uso de sustancias psicoactivas, que igual lleven al consumo, posibilitando más los factores de riesgo o previniendo el consumo fortaleciendo los de protección.

Es importante el desarrollo y fortalecimiento de los factores protectores desde el interior de las familias y de los padres. Salazar (2007) plantea la necesidad de fortalecer factores protectores teniendo en cuenta las siguientes categorías: a) el desarrollo personal, b) la responsabilidad en el cuidado el mantenimiento de la salud, c) la confianza y d) eficacia en la resolución de problemas y conflictos.

La participación positiva de los padres de familia en la vida de sus hijos, favorece buenas interacciones en el crecimiento y apoyo del adolescente, muy ligado al involucramiento familiar, que se concibe como la participación que establece la familia con los menores, se encuentra la magnitud del apoyo familiar (Acevedo & Camargo, 2012).

Glavic Barrios (2008), en un estudio realizado con alumnos de educación media superior menciona que en los Centros de Integración Juvenil (CIJ), la magnitud de apoyo alta y calidez de la interacción familiar constituye un factor protector significativo dentro de este contexto.

La calidez en la interacción familiar como otro factor protector, se remite a las relaciones de afecto que proporcionan bienestar a las personas. Las relaciones familiares, dado su permanente contacto en el escenario de la cotidianidad, son propicias para que se generen lazos de comunicación estrechos, que permitan fortalecer el hogar como un entorno donde los menores pueden desarrollar habilidades personales y sociales, con acompañamiento, apoyo y sensación de bienestar (Acevedo & Camargo, 2012). Esta relación familiar será tomada por los miembros de la familia y llevada a su ámbito social para generar cambios positivos en su vida y evitar el consumo (Estevés, Jiménez & Musitu, 2007).

Los factores de riesgo a nivel familiar están relacionados con la desorganización familiar, la poca relación con la familia, presencia de problemas afectivos en el hogar, ausencia de los padres, presencia de problemas en el manejo de la familia, expectativas no claramente definidas en relación a las conductas esperadas, falta de control, disciplina inconsistente o dura, conflictos matrimoniales, aprobación del uso del alcohol o de la droga y abuso del tabaco y en ocasiones el abuso de alcohol u otras drogas por parte de los padres consumidores (Ugarte, 2001).

Si existe el caso de padres que abusan de sustancias como alcohol y tabaco es necesario fortalecer factores de protección, para así aminorar la función y reacción de los factores de riesgo en los hijos, ya que si no se fortalece estos factores puede que exista una relación entre el consumo de los padres con la iniciación o el consumo de los hijos.

## **2.4 Relación del consumo de sustancias psicoactivas entre padres e hijos.**

El consumo de sustancias psicoactivas afecta a todas las dimensiones del bienestar humano: social, biológico, psicológico, cognitivo, emocional y cultural .Los elementos implicados en el consumo de sustancias psicoactivas se agrupan en tres grandes categorías interdependientes que se son relativamente estables con cierta tendencia de evolución: las sustancias mismas, la situación del consumidor y las condiciones del contexto (Pons, 2008).

Estos elementos determinan el nivel de consumo individual, pero a raíz de esto también pueden decir la relación que hay en el consumo de sustancias psicoactivas entre los integrantes de la familia al ser comparados, en este caso entre los padres e hijos. Ya sea desde el mismo consumo del padre o del hijo, el estilo de crianza y la integración o dinámica familiar que existe (Jáuregui, 2007; Castaño, 2008).

McDevitt, Lennon y Kopriva (1991) afirman que si los padres usan sustancias psicoactivas durante la niñez y adolescencia de sus hijos, estos no logran desarrollar valores sociales y tienen problemas para adoptar actitudes sociales positivas y respuestas empáticas. Así mismo Kirckcaldy, Siefen, Surall y Bischoff (2004) señalan que los jóvenes con padres que abusan de alcohol o sustancias psicoactivas y con pobre influencia familiar presentan un incremento en el consumo de sustancias.

En el establecimiento de la relación con los padres, es de relevancia la forma en que el hijo percibe y evalúa las características de ambos padres y viceversa. Funes (1984) describe que un equilibrio positivo de afecto por parte de los padres genera en el adolescente una perspectiva positiva, si esta no se da repercutirá en la manera en que se relacione con sus padres.

Turner, Irwin y Millstein (1991), realizaron un estudio en el que diversos investigadores indican que los adolescentes que no tienen una perspectiva positiva de sus padres pueden tener más riesgo por engancharse en problemas de salud como el abuso de sustancias psicoactivas, ya que son menos los límites establecidos sobre ellos y es mayor su dependencia emocional.

En los estudios de Muñoz-Rivas y Graña (2001) acerca de factores familiares de riesgo y protección para el consumo de drogas, se encontró también algo importante en la estructura y dinámica familiar; que los adolescentes provenientes de familias cohesionadas presentan menor probabilidad de consumo de drogas. Así mismo, una relación positiva y estrecha entre padres e hijos, además de una actitud no permisiva de los padres hacia drogas y alcohol, indicaban una menor implicación del adolescente en el consumo de las mismas.

Así que, si existe una relación en el consumo y abuso de sustancias entre padres e hijos, es probable que la integración de la familia esté dañada o fracturada por esto. De darse este caso se tendrá que trabajar en primera instancia en la integración familiar para poder prevenir y disminuir el uso y abuso de alcohol y tabaco.

## **2.5 La integración familiar como soporte de una adicción.**

La integración familiar es un sistema constituido por los miembros de la familia unidos por relaciones de alianza y consanguinidad, ordenandos con base en mitos y reglas heredadas, interactuando y creando su peculiar modo de organización (Shu, 2001).

De acuerdo con Sprovieri (2001) en la familia existen sentimientos y emociones, los cuales tienen un papel importante para poder desarrollar una fuente de soporte en los miembros que la conforman, el soporte familiar se representa a partir de conductas que manifiestan atención, cariño, comunicación, soporte social, familiar y auto concepto.

Para desarrollar un buen soporte familiar deben ser tomadas en cuenta cuestiones como la cordialidad, la cual debe de crearse por parte de la aprobación y evitando desacuerdos entre los miembros de la familia. También es importante que se desarrolle el concepto de autonomía dentro de la familia y contribuir en la solución de problemas; así como los límites que se encuentran dentro del ambiente (Jansens, Bruyn, Manders & Scholte, 2005).

Con base en que las familias presenten o no las características mencionadas anteriormente es posible reconocer algunos tipos de apoyo familiar que existen, como son: a) el familiar concreto, que tiene la habilidad de llevar a cabo actos de ayuda entre los miembros de la familia; b) el familiar emocional, que cuenta con las características de la empatía, la preocupación y la atención; c) el familiar consejero, el cual tiene la habilidad de apoyar en momentos difíciles y lograr tomar decisiones en el ambiente familiar; y d) el familiar que estima, el cual da apoyo absoluto de la familia no importando las circunstancias, estas características pueden estar en un mismo familiar o en diferentes (Pinkerton & Dolan, 2007).

Se sabe que la familia es una importante proveedora de soporte en el ámbito de la salud en sus miembros y como medio de la interacción familiar, es así que el individuo desarrolla características que le ayudarán si en algún momento de su vida presenta algún conflicto (Clark & Dunbar, 2003).

A pesar de que la familia es considerada por sus miembros como un gran soporte no siempre los hijos perciben de manera adecuada el soporte ofrecido y pueden no identificarlo, ya que la percepción es influenciada por factores personales, a pesar de la percepción inadecuada del hijo la familia se ha enfatizado como salvavidas para el integrante de la familia en problemas (Nunes, Rigotto, Ferrari & Marín, 2012).

Es de gran ayuda que la familia se convierta en soporte significativo para la intervención y prevención del problema del uso, abuso y dependencia a las drogas en general, siendo parte de manera significativa desde el inicio del proceso de intervención y apoyando de manera activa en el diferente procedimiento terapéutico que se realicen (Zapata, 2009).

Cuando la familia está informada del proceso de la intervención de abuso de alcohol y tabaco y participa en el tratamiento dándole el sustento y apoyo que el miembro de su familia necesita, el individuo con problemas de abuso de estas sustancias llega a tener pronósticos positivos de recuperación, por esto, es que las intervenciones terapéuticas que se llevan a cabo deben estar orientadas también a la familia para favorecer al individuo y a la misma familia (Zapata & Segura, 2007).

Se busca que el soporte familiar brindado al integrante de la familia facilite su individuación y autonomía logrando que se lleve a cabo un proceso en programas de salud y de prevención en adicciones (Zapata, 2009).

## **CAPÍTULO 3. LOS PADRES ANTE LA ADICCIÓN DE SUS HIJOS.**

### **3.1 Percepción de los padres ante la problemática**

Los padres depositan en sus hijos expectativas positivas, buscan que tengan una esperanza, deseos y un futuro mejor de los que ellos han tenido, en donde para nada están localizadas el uso de drogas. Uno de los factores por los cuales los padres depositaban estas expectativas en la vida de sus hijos es debido a no querer repetir patrones de conducta adictiva que presentan familiares y amigos. Sin embargo, en algunas ocasiones esto no se logra evitar y se presenta la experimentación, el uso y el abuso de sustancias psicoactivas (Ramírez, 1978).

Al darse cuenta del abuso de sustancias psicoactivas en sus hijos es evidente la destrucción de los deseos y expectativas que los padres tenían en su hijo. Al respecto, se afirma en un estudio de Nuño y González (2004) que:

“La reacción de los padres ante la adicción del hijo no puede ser otra que la decepción moral y emocional, porque se dan cuenta que ese conjunto de expectativas, esperanzas y deseos, que los padres tenían en su hijo no sólo no se cumpliría, sino que además, desde su concepción, les esperaba una vida peor a la de ellos” (p.14)

Normalmente los padres tienen la sensación de haber fallado en la guía de educar a sus hijos de manera correcta, sienten angustia de ver que sus hijos han caído en una adicción y por ello buscan a un principal culpable, socialmente la madre es señalada como la que ha fallado en la educación del hijo, y ella misma se percibe como una figura de ineficientes y culpables de las conductas adictivas de los hijos, en cambio los padres reportan no sentir culpa y le atribuyen la adicción de sus hijos a las malas compañías deslindándose por completo del problema (Jodelet, 2000).

Cuando los padres experimentan el impacto emocional que les genera el consumo de sus hijos se logra el involucramiento de la figura paterna en el cuidado y educación del hijo dejando su rol periférico ya que percibe a la madre como incapaz de hacerse cargo del hijo, y para no caer en los mismos errores en el cuidado del hijo el padre busca tener el control él mismo (Jodelet, 2000).

Es normal que los padres en primera instancia no apoyarán del todo a sus hijos ya que la culpa que esto les genera es grande, en caso de padres con antecedentes de consumo existe un mayor entendimiento, comprensión y menos reproches hacia sus hijos y en el caso de padres sin antecedentes de adicción hay menos tolerancia, menos comprensión y más reproches. Es decir, la capacidad que los padres tienen, para enfrentar el consumo de su hijo no son los mismos (Alonso & Del Barrio, 1994).

### **3.2 Capacidad de los padres para enfrentar el consumo.**

Cuando los padres saben que su hijo es usuario de sustancias psicoactivas, buscan que deje de consumir, algunos logran que el hijo haga una especie de juramento para dejar las drogas y a su vez los padres intentan que su hijo por sí mismo logre buscar ayuda (Rodríguez, 2012).

De primera instancia los padres no acuden con sus hijos a los servicios de salud, porque esto para ellos significa reconocer públicamente al hijo como un adicto, lo que provocaba que los señale la sociedad o la gente que conoce y esto los limita a dar apoyo al consumo de su hijo. Así que para no exponer a la familia a ese reconocimiento, los padres buscan como primera opción sólo darles apoyo emocional a sus hijos, logrando disminuir en los padres la culpabilidad que

sienten ante el problema pero sin tener éxito en la disminución de consumo del miembro de la familia (Jodelet, 2000).

Ya que la familia está enterada y conocen abiertamente la adicción de uno de sus miembros, algún adolescente deja de preocuparse por las condiciones en las cuales llega a su casa ya que no tienen que esconder su consumo y esto puede influir en que se generen mayores conflictos en la familia. Ante tal circunstancia, no es suficiente con que los padres conozcan que su hijo consume, sino que, estos busquen involucrarse para que el consumo disminuya (Morales & Martínez, 2013).

Jodelet (2000) afirma que:

“Es evidente que los padres no saben cómo actuar ante el consumo de hijo y esto genera la creencia de que si intervienen solo se complicara el consumo, tienen la certeza de que basta con querer a los hijos y demostrarles cariño para que estos dejen de consumir la droga, por esto a veces son cariñosos con ellos para que se genere un efecto de voluntad propia para el cambio” (p. 40)

Una vez que los padres dan cuenta que no es suficiente con demostrar cariño a los hijos dan un paso más para ayudar a su hijo, empleando castigos como, no dejarlos juntarse con amigos, no dejarlos salir de casa, no darles dinero, ponerlos a trabajar, e incluso golpearlos, dejarlos sin comer y no dejarlos entrar a la casa (Jodelet, 2000).

Al no saber los padres si demostrarles cariño y afecto o castigar severamente a sus hijos les ocasiona es una confusión de amor y rechazo lo que logra que paralice la búsqueda de ayuda, pues aunque los padres reconocen que es un problema que amerita atención no perciben que es

lo suficientemente grave como para buscar ayuda fuera de ellos mismos y de la familia, lo que conlleva a que actúen como anteriormente lo hacían (Nuño & González, 2004).

Es así como la mayoría de los padres se manejan ante el conflicto del consumo de sus hijos, al no llegar a una solución este se convierte en un factor logrando que los hijos tengan un abuso severo e incrementen los problemas y conflictos familiares provocados por el uso de drogas (Ramírez, 1978).

El proceso para lograr enfrentar el problema de ingesta de drogas es prolongado y desgastante para toda la familia ya que se requiere de una gran cantidad de recursos psico-emocionales y afectivos. Cuando los padres pasan por el proceso de querer ayudar a su hijo, es principalmente la madre la que presenta con mayor intensidad sensaciones de frustración, tensión y desaliento que provocaron una desactivación del nivel óptimo de motivación (García, 2002).

El padre comienza a tomar las riendas del problema ya que la madre presenta angustia y dificultades para seguir. El padre tiene que bajar la tensión y la angustia generada en todos los miembros de la familia por el consumo, al sustituir el padre a la madre, deja de culparla por el consumo del hijo y el padre acepta parte de su responsabilidad en el problema de la conducta del hijo (Ramírez, 1978).

Por otro lado, se da un cuestión que se puede llamar “confrontación de la conducta problema”, en la cual los padres comienzan a darse cuenta que a pesar del apoyo que le dan a su hijo éste no deja de consumir, por lo cual, entienden que no es por falta de cariño, comprensión o comunicación que sus hijos consumen, sino más bien su hijo no logra dejar de consumir porque ya existe una dependencia a la sustancia; así, que por más que busquen comprender y ayudar a su hijo dentro del círculo familiar esto no es suficiente (Morales & Martínez, 2013).

Es importante que los padres pasen por este proceso de confrontación para que comprendan que el problema ya está avanzado y enfrenten la realidad por la cual están pasando ellos y sus hijos, tal vez así lograrán buscar soluciones eficaces y hacer que el hijo acepte que tiene una adicción. Una vez que experimentan la impotencia, sufrimiento e incapacidad para controlar el consumo de los hijos, consideran la posibilidad de buscar ayuda fuera de la familia y afrontar el consumo del hijo (Jodelet, 2000).

### **3.3 Búsqueda de afrontamiento ante la situación**

La forma más común de afrontar la situación es buscar ayuda y apoyo en las amistades, familiares y personas conocidas que habían vivido un problema similar y en opciones culturalmente reconocidas de ayuda como sacerdotes, líderes religiosos, maestros, grupos de autoayuda, medios de comunicación como programas de televisión, radio y consultas médicas (Casullo, 2002).

Al buscar ayuda la familia encuentra nuevas motivaciones y así también los padres tienen una mayor aceptación del hijo y su consumo frente a su inicio en el tratamiento. Por ello la madre comienza a depositar esperanzas en su hijo viéndolo como usuario de sustancias psicoactivas bajo la concepción de enfermo con posibilidades de rehabilitación (Contini, Figueroa, Cohen & Coronel, 2003).

Sin embargo, la forma de afrontamiento que algunas la familia usan podría no ser siempre la adecuada al buscar ayuda en lugares no especializados provocando que tal vez no tenga un impacto importante en la conducta de consumo. Ante ello, las expectativas de la familia en especial de los padres se ven frustradas conforme avanza la ayuda que les ofrecen a los hijos

no logran que existan cambios; el consumo y las conductas asociadas siguen, lo que provoca sensaciones de desesperanza y mayor frustración (Varela & Bernardi, 2000).

Los padres comienzan a resentir los síntomas del desgaste emocional y de salud, se muestran agotados, depresivos y con niveles de estrés altos y pocas ganas de seguir continuando (Varela & Bernardi, 2000; Casullo, 2002).

Es decir llegan a ser de nuevo una familia con una disfuncionalidad inadecuada, al no poder terminar con la situación de consumo de sus hijos y con la aparición de otras conductas disfuncionales que estos presentan, al sentirse frustrados por no logra la retirada del consumo pueden llegar a buscar ayuda con más eficacia que la que ya habían buscado, para apoyo del afrontamiento de sus hijos (García, 2002).

### **3.4 Búsqueda de ayuda especializada.**

El apoyo que buscan los padres especialmente es para lograr mejorar la dinámica familiar a su vez también para darle apoyo al consumidor, el cual está enfocado a que los padres logren disminuir las consecuencias generadas por el consumo de sus hijos y afrontar eficazmente el problema juntos (Jodelet, 2000).

Morales y Martínez (2013) dicen que:

“Hoy con los avances de la medicina, psicología y psiquiatría se sabe que si la familia es orientada por especialistas, en lo que denominamos técnicas de intervención como: a) moldeamiento, b) modelamiento, c) ensayos conductuales don el consumidor en algún momento hace el click (se hace consciente de su consumo), que lo lleva a tratarse” (p. 27)

Cuando los padres adquieren la ayuda especializada entiende que no se lograra un retirada completa del consumo de sustancias psicoactivas de sus hijos, cuando el usuario no está convencido de terminar su consumo y la familia no logra ayudarlo con sus problemas, entonces los padres comprenden que es importante que tanto ellos como el consumidor sean atendidos en lugares especiales y profesionales (Nuño & González, 2004).

Uno de los lugares especializados pueden ser consultorios psicológicos de expertos en adicciones los cuales son lugares para que el usuario se retire del su consumo de sustancias psicoactivas, en ellos se brinda apoyo emocional, social, conductual y cognitivo al dependiente de sustancias de manera profesional para que la retirada del consumo sea mucho más fácil y efectiva procurando que el usuario no tenga recaídas (García, 2002).

En comparación de otros especialistas, los psicólogos trabajan con técnicas e instrumentos que se caracterizan por modificar la conducta de la persona apoyándose en cambios de pasamiento, reestructuración cognitiva que facilitan a la familia y al usuario a que este proceso sea más llevadero y eficaz (Santos, 2005).

Lo principal en las sesiones es trabajar con los padres el afrontamiento del problema de adicciones con sus hijos con contenido específico como comunicación, control emocional y afrontamiento, ya que es primordial para ayudar a que disminuyan los niveles de ansiedad y estrés que el consumo del hijo les genera. Así también, hacerles notar a los padres que son un factor asociado en el proceso de adicción de su hijo para que de esta forma logren saber cómo manejar las situaciones que se les presentan y ayudarles a retirarse de las adicciones (Morales & Martínez, 2013).

## **CAPÍTULO 4. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN DE ADICIONES EN LA FAMILIA**

### **4.1 ¿Qué son y cómo funcionan los programas de intervención?**

Un programa de intervención es un sistema organizado de acciones para lograr cambios conductuales, organizacionales y sociales a través de la distribución de recursos. Los programas de intervención no pretenden tan sólo redistribuir los recursos, sino que han de dirigirse a la transformación de las reglas que indefinidamente determinan la desigual distribución de los mismos (Álvarez & Hernández, 1998).

El National Institute for Drug Abuse de Estados Unidos (NIDA, 1999) menciona que las intervenciones en adicciones buscan disminuir (o eliminar) el uso de sustancias. Los objetivos de los tratamientos se dirigen a procurar que los individuos logren re-adaptarse dentro de la sociedad. Las formas de medir la eficacia de los tratamientos incluyen el funcionamiento de la persona a nivel laboral, legal, familiar, social y su condición médica y psicológica.

Existen diferentes abordajes que buscan dar una explicación a la conducta ludópata, (Navas & Perales, 2014) uno de ellos son los modelos que explican la adicción como un proceso de transformación de una conducta dirigida a una meta hacia una controlada por un estímulo. Por otra parte Zych, Casal y Rodríguez (2012) distinguen tres generaciones de terapias conductuales. La primera de ellas aborda técnicas basadas en el conocimiento empírico del condicionamiento clásico, operante y el neo-conductismo. La segunda generación incluyó principios más flexibles, utilizando la metáfora del ordenador como mecanismo psicológico interno. La tercera generación se desarrolló con la base científica de las dos anteriores, incorporando el planteamiento contextual, el lenguaje natural, centrándose en el análisis funcional y la relación entre el terapeuta y su paciente.

Nos interesa abordar la tercera generación ya que los programas de intervención de tercera generación tienen el objetivo de alterar las relaciones funcionales de elementos o componentes presentes en la contingencia. Las intervenciones basadas en el conductismo metodológico buscan alterar o modificar el contenido del acontecimiento privado, mientras que desde el conductismo tercera generación se trata de modificar la función del acontecimiento privado. Se entiende que el paradigma o modelo psicológico de intervención de tercera generación puede ser útil de cara a lograr la abstinencia y mejorar la vida del consumidor con un problema de adicción (López, 2010).

Aunque las intervenciones en adicciones se abordan desde una perspectiva multidisciplinar, el tratamiento psicológico es fundamental en los resultados de las intervenciones. El NIDA, propuso directrices básicas (Principios de Tratamiento Efectivo), que deben de guiar a los profesionales que trabajan en dicho ámbito. En uno de estos principios se señala: "El consejo psicológico (individual o en grupo), y otras terapias conductuales son componentes críticos para el tratamiento efectivo de la drogodependencia" (NIDA, 1999). El NIDA recoge así, las recomendaciones realizadas por la Asociación Psicológica Americana con base en los estudios de evaluación sobre efectividad de los tratamientos realizados en los últimos años (Chambless & Hodson, 1998; APA, 2000).

#### **4.2 Enfoque terapéutico más eficaz en programas de intervención**

Existen muchos modelos y enfoques terapéuticos desde los cuales se pueden intervenir en el tema de las adicciones, pero no todos cuentan con todo lo necesario para poder abordar de manera clara y extensa.

Uno de estos es el enfoque psicodinámico en el cual se propone trabajar con el consumo de drogas usando como herramienta la palabra y observaciones clínicas. Los resultados de este tipo de intervención no son cuantificables para su evaluación, generando un problema en el mercado de la salud ya que uno de los principales indicadores de efectividad se la relación costo-beneficio, sin lugar a dudas se debe tomar en cuenta un programa de acción en un enfoque que determine los resultados que pueda plasmar de manera efectiva los resultados ante el tratamiento ya que cada enfoque maneja distintas formas metodológicas de evaluación y resulta más regulable en costo-beneficio; la terapia cognitivo-conductual suele siempre ser la más efectiva en este tema (Testa, 2007). Por ello, es que solo se mencionará el enfoque conductivo conductual que tienen evidencias empíricas de ser el más eficaz (Becoña & Cortés, 2008).

Las terapias de corte cognitivo-conductual, en sus diversas modalidades, han sido las más utilizadas y estudiadas en su aplicación al tratamiento de las adicciones. Diversos meta-análisis han aportado evidencia sobre los beneficios y las limitaciones de este tipo de terapias en el tratamiento de la dependencia de sustancias (Irvin, Bowers, Dunn & Wang, 1999; Miller & Wilbourne, 2002).

Los indicadores de efectividad más ampliamente utilizados para estimar el efecto de las terapias cognitivo-conductuales (TCC) han sido la reducción de la frecuencia y cantidad de consumo, la retención en tratamiento, la reducción de sintomatología psicológica y social asociada al consumo y la reducción de conductas desadaptativas, como la comisión de actos delictivos; en todos ellos, la TCC se ha mostrado útil en dependientes a sustancias psicoactivas (Carroll & Onken, 2005; Finney, Wilbourne & Moos, 2007)

Diversos trabajos han comparado la eficacia de la terapia cognitiva conductual con otras modalidades de tratamiento. Por ejemplo Miller y Wilbourne, (2002) mostraron que entre los tratamientos psicosociales más eficaces se encuentran las intervenciones breves y el entrenamiento en habilidades de afrontamiento. Así mismo, la terapia cognitivo-conductual ha demostrado ser más eficaz en el tratamiento de la adicción a la cocaína, comparada con otras modalidades (Maude-Griffin, Hohenstein, Hummer, Reilly, Tusek & Hall, 1998). En otros estudios se ha descrito una alta eficiencia de la TCC para consumidores de cannabis y menor para policonsumidores, aunque fue superada por el manejo de contingencias (Dutra, Stathopoulou, Basden, Leyro, Powers & Otto, 2008). Así mismo, el manejo de los cambios temporales ofrece resultados superiores al inicio del tratamiento, pero a los tres meses es superado por los obtenidos por la terapia cognitivo-conductual (Epstein, Hawkins, Covi, Umbricht & Preston, 2003).

Se puede observar la efectividad de la terapia cognitivo-conductual en diversos contextos terapéuticos y ante el abuso y dependencia de distintas sustancias. No obstante, es preciso atender a otras variables críticas, como son el mantenimiento de los logros obtenidos por largo tiempo o la relación entre tiempo del tratamiento y los logros que se alcanzan en él.

#### **4.3 Aproximaciones y limitaciones de los programas de intervención**

Se han desarrollado procedimientos para la intervención y rehabilitación de los consumidores de sustancias psicoactivas, en estos programas las familias, en especial los padres, tienen participación porque son un factor para recuperar al usuario del consumo de sustancias o para disminuir la resistencia a iniciar el tratamiento (Baptista, Alves, Lemos & Souza, 2008). Las

familias y padres de familia, en este proceso y situación también necesitan atención dirigida hacia ellos (Rodríguez, 2012).

Unos de los grupos de apoyo para los familiares es la organización Al-Anón la cual es una agrupación de parientes y amigos de alcohólicos que comparten sus experiencias, fortaleza y esperanza con el fin de encontrarle solución a los problemas comunes de adicción. De acuerdo con su modelo de tratamiento se cree que el alcoholismo es una enfermedad de la familia y que un cambio de actitud puede ayudar a la recuperación. Dittrich (1993) desarrolló una intervención centrada en la atención de los familiares pero incluyó también algunas estrategias para alentar al usuario a iniciar un proceso de tratamiento. Este modelo plantea la necesidad de reducir las conductas favorecedoras del consumo mediante la educación respecto del alcoholismo y la dinámica familiar, el manejo de las emociones y la comunicación asertiva, el establecimiento de metas y planes para el futuro.

Para la intervención hecha por Dittrich (1993) se utilizaron ocho sesiones en un grupo de 10 esposas de usuarios resistentes al tratamiento y se realizó un seguimiento de doce meses después de terminado el tratamiento. Durante el seguimiento se observaron cambios positivos y significativos en el estado de salud mental de las participantes, además el 48% de ellas reportó que sus esposos usuarios habían ingresado a tratamiento. Sin embargo, el diseño de la intervención no permite identificar qué componente o combinación de componentes de la intervención se relacionan con el ingreso al tratamiento.

En una línea similar, Fairbairn (2002) puso a prueba un modelo de intervención para familiares de usuarios resistentes al tratamiento. Con un total de diez sesiones, este programa se centró exclusivamente en las necesidades de los familiares para minimizar el daño

experimentado como consecuencia del consumo, mejorar el bienestar emocional y el enfrentamiento y reconocer conductas que favorecieron el consumo del familiar. No se proporcionó ninguna estrategia para alentar al usuario a entrar a tratamiento, pero se proporcionó información como dependencia, establecer límites, negación, comunicación efectiva, entre otros y tuvo un seguimiento de tres a seis meses encontrando que los familiares establecieron límites que le ayudaron al usuario a disminuir su consumo.

Copello, Orford, Velleman, Templeton y Krishnan (2000) desarrollaron un paquete de intervención basado en el modelo salud-estrés-enfrentamiento. En este programa se incluyen diferentes folletos informativos y un manual para entrenar a los profesionales en la aplicación de un procedimiento de cinco pasos para ayudar al familiar: a) identificación del problema, b) ofrecimiento de información relevante, c) consejo sobre las formas de enfrentar, d) reforzamiento de la red de apoyo social, e) cierre y detección de otras formas de apoyo. Se realizó en un máximo de cinco sesiones, pero se hizo énfasis en la efectividad de una sola sesión. Los resultados muestran cambios significativos respecto a la salud y las formas de enfrentar, además de que se redujeron los niveles de estrés después de la intervención así como las conductas de tolerancia e involucramiento.

Tiburcio (2009) reportó un modelo de intervención para familiares de usuarios de alcohol en una comunidad indígena. Debido a la cultura que existe en la población solo pudo considerarse la participación de un familiar, ya que los hombres no quisieron participar y no se tomó en cuenta al consumidor. Se encontró que al adaptar un modelo de intervención en adicciones de una zona urbana a una rural, la gente no le daba la importancia y reaccionaron con mucha indiferencia. Se destacó que los hombres no tenían adherencia al tratamiento,

principalmente por las diferencias culturales existentes entre la zona donde habitan y la zona urbana.

Como puede observarse el número de trabajos que describen intervenciones centradas en la familia es aun limitado y son más escasos los trabajos que reportan resultados cuantitativos, los cuales presentan limitaciones metodológicas debido a su muestra. A pesar de los debidos fallos, estos estudios son relevantes debido a que la población de interés la constituyen los familiares de usuarios y las intervenciones fueron diseñadas específicamente para sus necesidades o mejorar algún área de funcionamiento. Debe notarse además, que persiste la preocupación por el consumo del usuario y su ingreso a tratamiento, dándole mayor peso al usuario de la sustancia en comparación con la familia.

## **CAPÍTULO 5. RESTRUCTURACIÓN DEL SISTEMA FAMILIAR EN LA ADICCIÓN**

### **5.1 Brindar apoyo en aspectos sociales, conductuales y cognitivos**

En el proceso de tratamiento del usuario hay una gran dificultad en la regulación del afecto y el establecimiento de relaciones significativas y estables, por lo cual existen intervenciones donde se fortalecen estos aspectos en la familia para favorecer la recuperación del consumidor (Galanter & Brooks, 2001). Por esto es importante abordar y brindar ayuda en los fenómenos psicológicos de la familia, tanto sociales, conductuales y cognitivos (Vielva, Pantoja & Abejón, 2001).

Liddle, Bakof Parker, Diamond Barrett y Tejada (2001) utilizaron la terapia familiar basada en TCC que consiste en examinar el uso de drogas de los adolescentes en términos de una red de influencias (del propio adolescente, su familia, compañeros y la sociedad). El tratamiento comprende sesiones individuales y en familia que se llevan a cabo en la clínica, el hogar o con miembros de la familia, en la cual obtuvieron resultados positivos en el funcionamiento familiar, es decir, el consumidor disminuyó gradualmente el consumo y la relación familiar mejoró el trato entre los miembros fue más ameno. Estos resultados dieron pauta a que se percataran que los aspectos cognitivos, las relaciones familiares, las conductas que generan a partir de los patrones de interacción familiar, serán de gran importancia en relación al consumo o no consumo de sustancias, según sean factores protectores o de riesgo.

### **5.2 Técnicas para fortalecer y tener control del área emocional.**

Es necesario brindar apoyo emocional a la familia del usuario de drogas. Por ello, se entiende que las emociones son afectos intensos de corta duración, que surgen bruscamente cuando una persona vive o ha vivido una experiencia agradable o desagradable modificando así

su cognición y conducta. Existen diferentes emociones como pueden ser el miedo, el enojo, la tristeza, la ansiedad. (Echeburúa, Amor & Fernández-Montalvo, 2002), las cuales tienen una función positiva en la forma de vivir y para sobrevivir. El problema viene cuando comienzan a causar efectos negativos o su intensidad es demasiada o desproporcionada a la situación que se vive (Platas, 2008), por lo cual es mejor aprender a controlarlas y fortalecerlas para tener mejor relación con los demás y con uno mismo.

Es indispensable que el usuario y sobre todo la familia por su papel como soporte y apoyo principal del usuario, adquieran herramientas que les permitan enfrentar el sentir emociones desagradables. En la Tabla 13 se presentan algunas de las técnicas y estrategias son utilizadas para el control de emociones (Barragán, Flores, Morales, González & Martínez, 2007).

Tabla 13

*Técnicas y estrategias para el control de emociones*

Emoción y técnicas	Descripción de técnicas
<b>Enojo</b>	
Tiempo fuera	Esta técnica consiste en alejarse de la situación que lo afecta física y psicológicamente.
Distracción del pensamiento	Esta técnica consiste en saber distraer la mente para no prestar atención a los síntomas.
<b>Tristeza</b>	
Cambio de pensamientos	Esta técnica consiste en una serie de pasos que el terapeuta debe enseñar al usuario para lograr sustituir sus pensamientos de tristeza por pensamientos más positivos.
Realización de actividades agradables	El terapeuta enseña al usuario que el llevar a cabo actividades positivas está altamente relacionado con un estilo de vida y ánimo favorables
Búsqueda de lo positivo	El terapeuta enseña al usuario a sacar de sus vivencias diarias el máximo partido posible.

Respiración profunda	El terapeuta debe enseñar al usuario la técnica de respiración profunda logrando reducir los niveles de ansiedad (Anexo 1).
Relajación muscular progresiva	El terapeuta debe enseñar al usuario que la relajación muscular le sirve para reducir los niveles de tensión que se acumulan en su cuerpo (Anexo 2).
Relajación mental o de imaginación	El terapeuta debe enseñar al usuario que la relajación mental es una de las más importantes y más completas que existen para lograr reducir los niveles de tensión y ansiedad (Anexo 3).

*Nota:* Adaptado de Barragán, L., Flores, M., Morales, S., González, J. y Martínez, M. (2007). *Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios con Dependencia a Sustancias Adictivas. Manual del terapeuta*. México: UNAM-CONADIC.

Estas son algunas de las técnicas más utilizadas para fortalecer el área emocional del sujeto y sus familiares para que con la práctica se genere en el sujeto un mayor manejo y estabilidad en ellas. Existen otras áreas que deben atenderse además de la emocional, como es la comunicación.

### **5.3 Técnicas y tipos de comunicación familiar.**

La mayoría de las personas no identifican que poseen dificultades para comunicarse y puede que esto sea el origen de muchos problemas en la vida cotidiana, por el modo y la forma en que se comunican, así que, si se le proporciona a la familia habilidades de comunicación que les permitan mejorar su ambiente familiar se generaran nuevas relaciones interpersonales con los consumidores, relaciones de mayor cercanía, apoyo, negociación e intercambio recíproco de gratificantes (Barragán, González, Medina-Mora & Ayala, 2005).

De igual manera, el contar con estas habilidades incrementa la posibilidad de que los usuarios y la familia alcancen sus metas, mejoren sus relaciones interpersonales, eviten conflictos y cuenten con más apoyos, por lo que es necesario motivarlos a trabajar sobre sus

conductas de comunicación habilitándolos para hablar de forma asertiva y positiva. En la Tabla 14 y 15 se presentan las conductas y habilidades básicas que acompañan a la comunicación (Barragán, Flores, Morales, González & Martínez, 2007).

Tabla 14

*Conductas de la comunicación*

Conductas de la comunicación	Descripción
Mantener contacto visual	Consiste en dirigir la mirada a la cara de la persona con quien se establece la comunicación.
Modular tono de voz	Consiste en utilizar una entonación acorde a las emociones por lo que se puede bajar tono de voz si se está decaído, serio o con tono de voz firme si se siente molesto, mostrar interés, duda, preocupación.
Proximidad	Consiste en estar cercanos a la persona con la que se está comunicando.
Control de gestos y postura corporal	Se utilizar para hacer congruente la verbalización.

*Nota:* Adaptado de Barragán, L., Flores, M., Morales, S., González, J. y Martínez, M. (2007). *Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios con Dependencia a Sustancias Adictivas. Manual del terapeuta*. México: UNAM-CONADIC.

Tabla 15

*Técnicas y habilidades de comunicación*

Técnicas y habilidades de comunicación	
Iniciar conversación	Se inicia con temas sencillos, escuchando y observando a la otra persona, se habla con tono suficientemente alto, haciendo preguntas abiertas para favorecer la conversación y se termina la conversación amistosamente.

Escuchar a otras personas	Se utiliza lenguaje corporal para demostrar que se atiende a la otra persona, se pone atención en el tono de voz y expresión facial de la otra persona, escuchar a la otra persona y tomar tiempo para hablar mostrando interés y entendimiento, parafrasear lo que se dice y compartir experiencias y sentimiento similares.
Ofrecer entendimiento o empatía	Considerar el punto de vista de la otra persona con respecto al problema y expresar comprensión ante el sentimiento de otra persona respecto alguna situación.
Asumir o compartir responsabilidades de la situación	Evitar culpar a algunas personas, es importante hacerle ver que recuerde mantener de como el otro se ve así mismo en el problema.
Ofrecer ayuda	Ofrecer una o varias soluciones u alternativas y permanecer abierto para escuchar y considerar la ideas del otro.
Dar reconocimiento	Mencionar el reconocimiento en términos de los propios sentimientos y no en términos absolutos, estructurar el cumplido en términos de algo específico que la persona hizo.
Recibir reconocimiento	Aceptar los cumplidos que otro hacen, no negarlos ni minimizarlos.
Compartir sentimientos	Expresar si el sentimiento es positivo o negativo y especificar la situación que ocasiona este sentimiento.
Hacer críticas	Estar tranquilo, iniciar y finalizar en términos positivos, con tono de voz firme y clara, no enojada, establecer la crítica en términos de lo que la otra persona piensa y no generalizar. Solicita el cambio de comportamiento específico que quiere ocurra y plantearlo en términos positivos, a su vez negocie un compromiso.
Recibir críticas	No ponerse defensivo, no debatir, no contraatacar, hacer preguntas que le permitan aclarar y tener más información y proponer un compromiso.
Solicitar apoyo	Iniciar conversación con la persona que se solicita el apoyo, explicar cuál es la situación que se está presentando y por qué se necesita el apoyo, hacer petición directa y amable, establecer un compromiso a quien se le solicita la ayuda.
Expresar desacuerdo	Utilizar el pronombre personal: “Yo” “desde mi punto de vista” “a mí me parece” y respetar la idea de la otra persona.

*Nota:* Adaptado de Barragán, L., Flores, M., Morales, S., González, J. y Martínez, M. (2007). *Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios con Dependencia a Sustancias Adictivas. Manual del terapeuta*. México: UNAM-CONADIC.

Considerando y teniendo conocimiento de las diferentes técnicas para generar las habilidades de comunicación de forma asertiva y las técnicas emocionales (ver Tabla 15), es posible diseñar intervenciones dirigidas al usuario y su familia en donde se aborden estas técnicas esperando resulten en mejores herramientas para prevenir o disminuir el consumo de drogas y generar cambios cognitivos y conductuales para el usuario y su familia.

## **CAPÍTULO 6. MÉTODO**

### **6.1 Planteamiento del problema.**

En la familia se dan conflictos que son provocados por diferentes factores, uno de ellos es el uso de sustancias psicoactivas, ya que al tener un integrante consumidor de sustancias en la familia se afecta la dinámica; teniendo consecuencias negativas en el comportamiento, las emociones y las relaciones sociales. En específico, dentro del campo clínico se da la atención al consumo de sustancias psicoactivas, lo que ha generado la implementación de programas de prevención e intervención al usuario y a su familia. Sin embargo, la mayoría de estos programas se han centrado en las necesidades del consumidor y no en las de los familiares (Tiburcio, 2009).

Entonces, dada la amplia oferta de programas para atender la problemática en adicciones que están focalizados en el consumidor, es necesario diseñar e implementar programas dirigidos específicamente a la familia, dotándola de herramientas y habilidades como, manejo emocional, disminución de estrés y ansiedad, comunicación familiar y afrontamiento para el adecuado manejo del consumo de sustancias psicoactivas por parte de un familiar (Tiburcio, 2009).

Al atender a los familiares se podría dar un efecto en cadena es decir los malestares de un miembro de la familia se pueden ir presentando en otros, permitiendo la implementación de intervenciones que consigan una mejora significativa en el funcionamiento de la familia. De este modo, se podrían lograr una mejora en la comunicación, el ambiente familiar, flexibilidad, disminución de conflictos y la normalización e incorporación social. Además, se debe de tomar en cuenta que existe evidencia a cerca de la importancia de las intervenciones familiares sobre la incorporación o la adherencia terapéutica de los pacientes en los programas de tratamiento

beneficiando a ambas partes (usuario-familia) (Stanton & Shadish, 1997; Ozechowski & Liddle, 2000; Girón, Rodríguez & Sánchez, 2003; Becoña & Cortés, 2008).

A pesar de que son pocos los programas dirigidos para mejorar el funcionamiento familiar afectado por el consumo de sustancias psicoactivas, éstos están diseñados para la familia en general, no especificando algún miembro en particular.

Posiblemente una mayor inversión en las intervenciones a padres de familia resulte en la identificación de las áreas de oportunidad y de las habilidades a desarrollar, con las cuales sea posible evitar un mayor consumo de sustancias psicoactivas fortaleciendo a la familia.

Por ende, es importante que la generación de un crecimiento, evolución y actualización de los programas de tratamiento existentes, así como desarrollar nuevos programas que enriquezcan su contenido, acorde a las necesidades de la población.

Es de vital importancia que los profesionales de la salud vean más allá del hecho de que un miembro de la familia consume drogas y que de esta manera se considere a los padres como un apoyo idóneo para la disminución y eliminación del consumo de drogas de su hijo (Copello & Orford, 2002).

Después de una revisión de los programas de intervención dirigidos a la familia se encontró que actualmente existe relación entre el consumo de los padres y el de los hijos; consumo que genera conflictos en la estructura familiar. Además, es notoria la poca oferta de intervenciones dirigidas específicamente a padres, quienes a partir de cambios en su pensamiento (por ejemplo, al considerar el consumo de sus hijos como consecuencia del suyo) logren la disminución del consumo de los adolescentes.

Ante esta situación, en el presente trabajo se realizó un estudio correlacional entre padres e hijos adolescentes, analizando la relación entre la integración familiar, los estilos de crianza y el consumo de sustancias psicoactivas. Se plantea entonces, que las relaciones encontradas en esta investigación sirvan, como antecedente para la realización de programas futuros para la intervención de consumo de drogas.

## **6.2 Justificación**

Durante los últimos años el consumo de sustancias ha tenido grandes consecuencias, no sólo para el consumidor, sino también para todas las personas que le rodean. En general, las prevalencias de consumo de drogas ante el consumo de cualquier droga es de 1.6% y de 1.5% para cualquier droga ilegal, con relación al 2008, las prevalencias se mantienen iguales. En cuanto al consumo de padres e hijos se encontró en estudios que el 65% de los hijos que consumen alguna droga de manera leve o moderada es a consecuencia del consumo de sus padres.

El consumo de drogas en los padres puede propiciar el consumo de las mismas en los hijos, ya que los padres actúan como modelo de conducta para sus hijos. Además de esto, dicho consumo influye también de manera indirecta, incidiendo en las propias pautas de crianza y en las relaciones intrafamiliares, todo lo cual contribuye a crear entornos de mayor riesgo para el consumo por parte de los hijos (Sanz, et al., 2005). Por ello, es que surge la necesidad de crear un estudio correlacional entre padres y sus hijos adolescentes con la finalidad de que los resultados arrojados sirvan como antecedente para la elaboración de programas de intervención con contenido que aborde las necesidades generadas por dicha problemática.

Este estudio se enfocó principalmente al consumo de alcohol y tabaco de padres e hijos ya que la ENA (2011) y su actual la ENCODAT (2017) se señaló que estas dos drogas son las más consumidas por la población, como se examinó en apartados anteriores.

El alto consumo de estas sustancias se debe en parte a que son legales y de fácil acceso generando en quien las consumen consecuencias a nivel familiar social e individual provocando que sean más propensos al consumo de sustancias en la niñez y adolescencia, por lo cual los padres deben estar alertas de este consumo (ENCODAT, 2017).

“La adolescencia es una etapa comprendida entre los 11 y 20 años” (Papalia, 2001, p. 15). Actualmente el consumo de sustancias psicoactivas suele iniciar en edades tempranas de la adolescencia e incluso antes de la adolescencia. La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas Alcohol y Tabaco 2016-2017 (2017), menciona que el inicio del consumo de sustancias psicoactivas en México oscila entre los 12 y 15 años de edad, siendo más propensos los sujetos de esta edad a caer en este consumo que un adulto. Este consumo de sustancias psicoactivas produce lamentables consecuencias de morbilidad, mortalidad y efectos negativos en el ambiente familiar (Hidalgo & Redondo, 2007).

Existe relación sobre la asociación de sustancias psicoactivas y el deterioro del núcleo familiar (Velásquez, 1998) ya que al consumir un miembro de la familia, toda la familia se ve afectada, siendo los padres el principal sustento y apoyo del adolescente para abandonar dicha conducta de consumo. Por ello, es importante enfocarse en los padres como principal pilar de la familia, pues representa una figura de apoyo y autoridad para el adolescente.

Existen programas de intervención que en su gran mayoría están dirigidos al consumidor de sustancia psicoactiva como por ejemplo “el programa de intervención breve para adolescentes

que inician el consumo de alcohol y otras” (Martínez, Ayala, Salazar, Ruiz & Barrientos, 2004); El programa Chimalli, “Modelo Preventivo de Riesgos Psicosociales en la Adolescencia” (Castro, 2005); El CRA (Community Reinforcement Approach) (Meyers & Squires, 2001).

Dentro de los programas de intervención que están dirigidos a la familia, se encuentra el “Adaptación de un modelo de intervención para familiares de usuarios de alcohol en una comunidad indígena” (Tiburcio ,2009).

Por este motivo se deben entender que en el caso de que los padres e hijos consuman consumo esto se debe de ver de forma vinculada y que se debe intervenir de manera conjunta teniendo en cuenta lo más destacado de los programas individuales y familiar aplicando herramientas y habilidades. Para que con ayuda de ellas logren desarrollar medidas de protección frente al consumo de drogas de los padres e hijos ya que es un problema multifactorial como por ejemplo los factores de crianza parental, la dificultades interpersonales y el consumo de drogas (Mondragón, Monreal & Tapia, 2016).

En estudios que se realizaron en adolescentes y sus padres se arrojó que la percepción negativa del adolescente en algunas dimensiones de la crianza parental y la integración familiar como apoyo y control se encuentran relacionadas con el uso de tabaco, alcohol y algunas otra drogas ilícitas, a su vez, se observa que los padres que muestran interés, atención y apoyo positivo en los hijos, presentan menor consumo de drogas (Hung, Yen & Wu, 2009; Brook, Saar, Zang & Brook, 2009; Palacios & Cañas, 2010).

Se espera que los resultados obtenidos a través de este estudio correlacional puedan aportar información sobre la relación de dichas variables y sirva como antecedente para beneficiar la disminución del consumo de drogas en usuarios y mejorar sus relaciones familiares

y así desarrollar programas de prevención e intervención en la familia sobre el consumo de drogas.

### **6.3 Preguntas de investigación**

¿Qué tipo de relación existe entre en el nivel de consumo de alcohol y tabaco de los padres y los hijos?

¿Qué tipo de relación existe entre integración familiar y el nivel de consumo de alcohol y tabaco de los hijos?

¿Qué tipo de relación existe entre estilos de crianza de los padres y el nivel de consumo de alcohol y tabaco de los hijos?

### **6.4 Objetivos**

Objetivo general:

Determinar la relación entre el consumo de alcohol y tabaco de los padres con respecto al consumo de sus hijos adolescentes, así como las áreas del funcionamiento familiar y estilos de crianza que están involucradas en el consumo de los participantes. De esta manera, se espera obtener un antecedente empírico para la elaboración de propuestas de intervención.

Objetivos específicos:

- Determinar el nivel de consumo de alcohol y tabaco de los padres

-Determinar el nivel de consumo de alcohol y tabaco de los hijos adolescentes.

- Determinar la percepción de crianza parental en los hijos adolescentes.
- Identificar la integración familiar en los padres.
- Identificar la relación entre el consumo del padre y del hijo adolescente.
- Identificar la relación que existe entre las dificultades intrafamiliares y los estilos de crianza.
- Identificar la relación de los estilos de crianza y la integración familiar en el consumo del alcohol y tabaco de los hijos.

## **6.5 Participantes**

En el presente estudio participaron de forma aleatoria adolescentes no consumidores de entre 12 y 14 años, todos estudiantes de 1° y 2° grado de secundaria, provenientes de una escuela pública de la delegación Magdalena Contreras de la Ciudad de México, junto con uno de sus padres respondieron las evaluaciones dando un total de la muestra de 32 padres y 48 madres así como, 47 mujeres adolescentes y 33 hombres adolescentes.

## **6.6 Instrumentos**

Se aplicaron los siguientes cuestionarios: Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes (POSIT), Escala de dependencia al alcohol (EDA), Test de Fagerström para la dependencia de la nicotina, Escala de Estilos Parentales Percibidos: “Mis Memorias de Crianza” (EMBU-I) y la Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I.).

El Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes (POSIT) (Mariño, González- Forteza, Andrade & Medina-Mora, 1997), es un cuestionario de tamizaje de 81

reactivos, en el cual se contemplan siete áreas de funcionamiento: uso/abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés laboral y conducta agresiva/delincuencia. Para los objetivos de esta investigación sólo se utilizó el área de uso/abuso de sustancias que contiene 19 reactivos cuya opción de respuesta es dicotómica (sí/no). La adaptación del cuestionario en población mexicana determinó un alfa de .9057.

La Escala de dependencia al alcohol (EDA) (Horn & Wanberg, 1969) mide la dependencia al Alcohol; puede ser administrada como cuestionario o como parte de una entrevista estructurada y requiere menos de 10 minutos para ser contestada. Las respuestas de los 25 reactivos tienen diferentes escalas del 0 al 3. La consistencia interna de esta prueba ha sido reportada con valores de  $\alpha$  de entre 0.85 y 0.92 (Skinner & Kivlahan, 1982).

El test de Fagerström de dependencia de la nicotina (Fagerstrom, 1978), se trata de una escala de aplicación presencial de 6 ítems que valora la dependencia de las personas a la nicotina. Los puntos de corte son 4 y 7, donde menos de 4 es una dependencia baja, entre 4 y 7 es una dependencia moderada y más de 7 es una dependencia alta. En la adaptación mexicana en el 2009 se obtuvo una confiabilidad que osciló entre 0.56 y 0.64 (Nanni, 2009).

La Escala de Estilos Parentales Percibidos: “Mis Memorias de Crianza” (EMBU-I) (Márquez-Caraveo, 2007), evalúa la percepción de crianza parental mediante 82 reactivos totales, 41 referentes al padre y 41 enfocados en la madre, agrupados en cuatro dimensiones: apoyo con 15 reactivos, control con 10 reactivos y favoritismo y rechazo con 8 reactivos cada una. En población mexicana su confiabilidad es de 0.77 y 0.78 respectivamente.

La Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I.) (Rivera, 1999) es una escala con la cual se evalúa la percepción que se tiene del grado de unión familiar, del estilo de la

familia para afrontar problemas, para expresar emociones, manejar las reglas de convivencia y adaptarse a las situaciones de cambio. Se trata de una escala autoaplicable con cinco opciones de respuesta que varían de: Totalmente de Acuerdo a Totalmente en Desacuerdo. La confiabilidad total del instrumento es de 0.93.

### **6.7 Hipótesis:**

Hi: el consumo de sustancias psicoactivas de los padres y los estilos de crianza inadecuados están asociado con el consumo de sustancias de los hijos y las deficiencia en la integración familiar.

H<sub>0</sub>: el consumo de sustancias psicoactivas de los padres y los estilos de crianza inadecuados no están asociado con el consumo de sustancias de los hijos y las deficiencia en la integración familiar.

### **6.8 Diseño de Investigación.**

Este estudio fue descriptivo correlacional de tipo transversal ya que se correlacionaron las variables crianza parental, integración familiar y el consumo de sustancias de padres e hijos, sin manipulación de variables (Burns & Grove, 2004).

### **6.9 Variables.**

#### **Variables conceptuales:**

Consumo de sustancias psicoactivas: es el uso de sustancias psicoactivas, pero no provoca complicaciones, ni daño a uno mismo ni a los demás, aun así la relación que la persona

ha desarrollado con la sustancia lo puede motivar a continuar consumiendo debido al refuerzo psicológico que su consumo o práctica de la conducta que tiene sobre su comportamiento (CONADIC, 2012).

Estilos de crianza: conjunto de conductas ejercidas por los padres hacia los hijos. Los padres son los principales responsables del cuidado y protección de los hijos, desde la infancia hasta la adolescencia (Céspedes, 2008).

Integración Familiar: La integración familiar es un sistema constituido por los miembros de la familia unidos por relaciones de alianza y consanguinidad, ordenados en base a mitos y reglas heredadas, interactuando y creando su peculiar modo de organización (Shu, 2001).

#### **Variables operacionales:**

Consumo de sustancias psicoactivas: Promedio de los puntajes obtenidos en Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes (POSIT) para los hijos, Escala de dependencia al alcohol (EDA) y Dependencia de la nicotina - test de fagerström para padres.

Estilos de crianza: Promedio de los puntajes obtenidos en la Escala de Estilos Parentales Percibidos: “Mis Memorias de Crianza” (EMBU-I) para hijos.

Integración familiar: Promedio de los puntajes obtenidos en la Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I.) para padres.

#### **6.10 Procedimiento.**

Se buscó a padre o madre con sus hijos adolescentes no consumidores que cursaran el 1° y 2° de secundaria pública de la delegación Magdalena Contreras. Posteriormente se hizo acto de

presencia con los padres e hijos en las instalaciones de la secundaria para explicarles el objetivo de la investigación.

En el mismo lugar se les aplicó a los padres las Escala de dependencia al alcohol (EDA), Dependencia de la nicotina - test de FAGERSTRÖM y Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I.). A su vez se les aplicó a los adolescentes el Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes (POSIT) y La Escala de Estilos Parentales Percibidos: “Mis Memorias de Crianza” (EMBU-I).

Una vez evaluados los instrumentos de padres e hijos se realizó un análisis de datos de los resultados de padres e hijos capturando dichos datos en los programa SPSS. Una vez capturados se llevó a cabo una correlación entre las pruebas de EDA, FAGSTROM aplicadas a los padres contra el POSIT aplicada a los hijos. Finalmente se correlacionaron los datos arrojados por las pruebas de ERI aplicado a padres contra en EMBU aplicado a los hijos dando estos los resultados finales de las correlaciones de los participantes.

## CAPÍTULO 7. RESULTADOS

En primer lugar se presentan los datos sociodemográficos de los participantes. En la tabla 16 se muestran la frecuencia y porcentaje correspondiente al sexo y edad de padres e hijos.

Tabla 16

### *Descripción de muestra*

	Datos del menor	Datos del padre
Sexo	f %	f %
Femenino	47(58.8)	48(60)
Masculino	33(41.3)	32(40)
Edad		
Media (d.e.)	12.61(.60)	37.8(4.44)
Rango	12-14	27-50

*Nota:* F= Frecuencia. Datos estadísticos de la descripción de la muestra en cuanto a la frecuencia del sexo y rango de edad de padres e hijos.

En la Tabla 17 se cuentan los puntajes obtenidos de cada prueba y los rangos, en donde se destaca que en las pruebas de consumo de sustancia (FAGESTROM y EDA) los padres presentaron desde el puntaje mínimo hasta el más alto. En el caso de la prueba del consumo de los hijos (POSIT) se presentó un rango de moderado a máximo que puede arrojar la prueba.

En el ERI se presentó con una diferencia mínima la expresión sobre los demás estilos de integración familiar. En caso del EMBU los hijos reportaron tener mayor puntaje en los estilos de crianza favoreciendo a la mamá, solo en el caso del estilo de rechazo el papá tiene mayor puntaje.

Tabla 17

*Puntajes obtenidos*

	Escala	Puntajes del instrumento min-máximo	Puntajes del sujeto media(d.e)	Rangos del sujeto
<b>Pruebas aplicadas a padres</b>	FAGESTROM <sup>1</sup>	0-10	3.78 (2.80)	0-10
	EDA <sup>2</sup>	0-48	11.12(10.03)	0-48
	ERI <sup>3</sup> expresión	4-20	12.65 (3.90)	4-20
	ERI dificultad	4-20	11 (3.57)	4-20
	ERI unión y apoyo	4-20	11.77 (4.11)	4-20
	POSIT <sup>4</sup>	19-38	34.27(4.58)	21-38
<b>Pruebas aplicadas a hijos</b>	EMBU <sup>5</sup> calidez papá	16-64	36.51 (10.97)	16-61
	EMBU rechazo papá	8-32	16.97 (4.95)	8-27
	EMBU control papá	9-36	20 (5.19)	9-30
	EMBU favoritismo papá	8-32	13.12 (5.91)	8-24
	EMBU calidez mamá	16 – 64	39.82(9.87)	24-61
	EMBU rechazo mamá	8-32	16.3 (4.63)	8-26
	EMBU control mamá	9-36	21.8 (4.74)	10-33
	EMBU favoritismo mamá	8-32	13.82 (6.15)	8-25

<sup>1</sup> Dependencia a la nicotina

<sup>2</sup> Escala de dependencia al alcohol

<sup>3</sup> Escala de evaluación en las relaciones intrafamiliares

<sup>4</sup> Cuestionario de tamizaje de los problemas en adolescentes

<sup>5</sup> Escala de estilos parentales percibidos: "Mis memorias de crianza"

En cuanto a la prevalencia de dependencias en las pruebas aplicadas a padres el FAGESTROM que mide consumo de tabaco arrojó un porcentaje de 43.8% de dependencia baja, un 46.3% de dependencia media y 8.8% de dependencia alta.

En el EDA que mide consumo de alcohol se arrojó que un 20% no tiene dependencia, un 50% tiene dependencia baja, 20% dependencia moderada, 3.8% dependencia media y 6.3% dependencia severa. En el caso del ERI que mide estilos de integración familiar, se presentó en factor unión y apoyo con 25%, y como factores predominantes la expresión con 37.5% y la dificultad con 37.5%.

En las pruebas aplicadas a los hijos, la prevalencia en la prueba de consumo se obtuvo que de los 80 casos presentados el 60% son candidatos para tratamiento en consumo de alcohol y tabaco es decir presentan una dependencia alta.

En cuanto al EMBU que mide estilos de crianza los hijos perciben la crianza del papá con una calidez de 32.5%, rechazo de 36.3%, control de 25% y favoritismo de 6.3%. En cuanto a la madres perciben una calidez de 33.8%, rechazo de 28.7%, control de 27.5% y favoritismo de 10%.

Los resultados arrojados de las pruebas de consumo de drogas de los padres fueron los siguientes de 80 evaluados el 27.5% son mujeres que consumen tabaco de manera moderada y un 20% son hombres, a su vez un 5% de las mujeres reportaron un consumo alto y los hombres 3.7% siendo en todos los casos superior el consumo en mujeres. En cuanto el consumo del alcohol ocurre algo similar las mujeres tiene un 13.7% en consumo moderado de alcohol y un 5% severo y los hombres un 6.2% en consumo moderado, 3.7% en consumo medio y un 1.2% en severo. En cuanto a los hijos, de 80 adolescentes evaluados entre 12 y 14 años en donde 28

mujeres y 20 hombres reportaron abusar de sustancias psicoactivas dando positivo para tratamiento, el resto de los evaluados reportaron solo tener uso o no consumir sustancias.

En la Tabla 18 se pueden ver el análisis de corte transversal que realizo con las correlaciones generales de las pruebas obtenidas donde se observa que las correlaciones más destacadas son el consumo de alcohol de los padres que impacta de manera positiva en el consumo sustancias del hijo con un  $-.303^{**}$ .

Otra correlación que destaca es el consumo de tabaco con unión y apoyo de manera negativa así como el rechazo que percibe el hijo del papá con su consumo de tabaco de manera positiva. También existe una correlación positiva entre unión y apoyo y expresión en la familia.

Así mismo existe una correlación entre expresión y dificultad de manera negativa siendo esta también significativa a comparación con otras correlaciones. Se destaca como la correlación más alta el favoritismo de papá con el favoritismo de mamá de manera positiva.

Tabla 18

Correlaciones generales de las pruebas realizadas a los participantes.

	POSIT	FAGESTROM	EDA	ERI			EMBU Papá				EMBU Mamá			
				Unión y apoyo	Expresión	Dificultad	Calidez	Rechazo	Control	Favoritismo	Calidez	Rechazo	Control	Favoritismo
POSIT <sup>1</sup>	1													
FAGESTROM <sup>2</sup>	-0.202	1												
EDA <sup>3</sup>	-	.394**	1											
	.303**													
Unión y apoyo	.229*	-.246*	-	1										
			0.085											
ERI <sup>4</sup>														
Expresión	0.045	-0.209	-	.596**	1									
			0.121											
Dificultad	-0.171	0.192	0.15	-	-.442**	1								
			.499**											
Calidez	0.215	-0.031	-	.230*	0.151	-0.178	1							
			0.087											
EMBU <sup>5</sup> Papá														
Rechazo	-0.021	.339**	0.2	-	-.282*	0.207	-	1						
			.429**				.405**							
Control	0.194	0.076	0.025	-.241*	-.254*	0.177	.443**	0.145	1					
			-	-.231*	-.249*	-0.012	0.005	.389**	.269*	1				
Favoritismo	0.134	0.086	-											
			0.051											
Calidez	-0.022	0.026	-	.278*	.375**	-0.078	.366**	-0.124	0.106	-.265*	1			
			0.116											
EMBU Mamá														
Rechazo	0.2	-0.007	0.061	-.284*	-.315**	0.078	-0.102	.413**	0.117	.420**	-	1		
											.547**			
Control	0.044	0.005	-	-0.031	-0.028	0.195	0.074	-0.014	.602**	0.025	.322**	-0.097	1	
			0.072											
Favoritismo	0.086	0.065	-	-	-.262*	0.057	-0.039	.335**	0.192	.868**	-	.462**	-0.029	1
			0.055	.318**							.348**			

<sup>1</sup> Cuestionario de tamizaje de los problemas en adolescentes

<sup>2</sup> Dependencia a la nicotina

<sup>3</sup> Escala de dependencia al alcohol

<sup>4</sup> Escala de evaluación de las relaciones intrafamiliares

<sup>5</sup> Escala de estilos parentales percibidos: "Mis memorias de crianza"

\*\*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\*La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

El aspecto de dificultad se presentó como la área más alta reportando las mamás con un 21.5% y los papás con un 17.5% a su vez se detectó que dichos padres tienen hijos que reportaron ser candidatos para tratamiento en sustancias psicoactivas con un 67.7% de los casos, se puede observar en la Tabla 18 que existe una correlación de  $-.442^{**}$  entre dificultad y expresión y una correlación de  $-.499^{**}$  entre dificultad y unión y apoyo.

El 23.7% de las madres reportaron tener buena expresión en la familia y en los padres se reportó un 13.7%, a su vez los padres y madres que reportaron tener expresión el 63.2% de sus hijos son candidatos para tratamiento en sus sustancias psicoactivas.

En cuanto a la unión familiar fue representado como el área más baja de integración familiar, el 16.2% de mamás dieron positivo para esta área y el 7.5% de los papás también reportaron dicha área. En esta área se presentaron correlaciones de  $.229^*$  entre unión/apoyo y consumo de sustancias de los hijos y una correlación de  $-.246^*$  entre la unión/ apoyo y el consumo de tabaco de los padres, a su vez existe una correlación de  $.596^{**}$  entre unión y apoyo y expresión (ver Tabla 18).

En la percepción de los hijos en el estilo de crianza de sus padres se obtuvieron como estilos de crianza en el papá como más alta el rechazo con 36.3% y como menor el favoritismo con 6.3% en el caso de la mamá perciben como más alta una calidez con 33.8% y como menor el favoritismo con 10%.

Por este motivo se encontraron correlaciones entre calidez del papá con rechazo de papá con un  $-.405^{**}$  y calidez del padre con control con un  $.443^{**}$ . También se muestra una correlación entre control y favoritismo del papá con  $.269^*$  y entre rechazo y favoritismo del papá con  $.389$ . Al igual que con el papá se encontró en la mamá una correlación entre calidez y

rechazo pero esta fue más alta representada con un  $-.547^{**}$  y control y calidez con una correlación de  $.322^{**}$  (ver Tabla 18).

También se encontró que al igual que en el papá una percepción de menor favoritismo de la mamá hacia un hijo genera una mayor percepción calidez con la madre, representando esto con un  $-.348^{**}$  y una mayor percepción de favoritismo mayor será la percepción de rechazo a la madre que represento con un  $.462^{**}$  esto se puede ver en la Tabla 18.

Por todas las correlaciones mencionadas anteriormente el hijo perciba que entre mayor calidez del papá también será mayor la calidez de la mamá ( $.366^{**}$ ) así como a mayor rechazo del papá tendrá mayor rechazo de la mamá ( $.413^{**}$ ) también, a mayor control del papá mayor control será el de la mamá ( $.602^{**}$ ) y a mayor favoritismo de papá mayor favoritismo de mamá ( $.868^{**}$ ) siendo esta última la correlación más representativa de todas las correlaciones arrojadas en los resultados de este estudio. Así mismo existe una correlación entre el favoritismo de papá contra la calidez de mamá ( $-.265^{*}$ ) el hijo percibe que si la mamá tiene calidez hacia él, es probable que el padre también la presente es decir disminuye la probabilidad de que el padre tenga algún tipo de favoritismo (ver Tabla 18).

En cuanto a las correlaciones entre los estilos de crianza arrojados por los hijos y las áreas de integración familiar arrojadas por los padres se muestra una correlación de  $.230^{*}$  entre la unión y apoyo familiar y la calidez de papá esto quiere decir que a mayor unión y apoyo que mencionan los padres tener en su familia los hijos perciben mayor calidez del papá, situación que también sucede con la mamá con una correlación de  $.278^{*}$  entre estos mismos dos factores esto se puede ver en la Tabla 18.

Esto también se confirma en la Tabla 18 la siguiente correlación que también surgió entre unión y apoyo con rechazo del papá de  $-.429^{**}$  y con el rechazo de la mamá con una correlación de  $-.284^*$ , lo cual quiere decir que a mayor unión y apoyo en la familia menor rechazo perciben los hijos hacia ellos por parte de ambos padres. Se encontró otra correlación entre unión y apoyo con el control del papá de  $-.241^*$ , lo que nos dice que a mayor control que perciban los hijos de su papá habrá menos unión y apoyo familiar, correlación que no existe con la mamá. Entre unión y apoyo con favoritismo del papá existe una correlación de  $-.231^*$  y con el favoritismo de la mamá de  $-.318^{**}$ , lo cual quiere decir a mayor unión y apoyo menor favoritismo de papá y de mamá.

En expresión se encontró varias correlaciones con los estilos de crianza que perciben los hijos, correlaciono con la calidez de mamá con  $.375^{**}$  esto quiere decir que a mayor expresión familiar se percibirá mayor calidez por parte de mamá. A su vez correlaciona expresión con rechazo de papá con  $-.282^*$  y con mamá  $-.315^{**}$  esto quiere decir que a mayor expresión menor rechazo de papá y mamá. También correlacionaron expresión y control de papá con  $-.254^*$ , en otras palabras a mayor expresión menor será el control de papá percibido por lo hijos. Por último existe otra correlación entre expresión y favoritismo del papá con  $-.249^*$  y favoritismo mamá con  $-.262^*$ , en donde a mayor expresión menor será la percepción de favoritismo de mamá y papá hacia los hermanos (ver Tabla 18).

En la Tabla 19 se encuentran las correlaciones de pruebas contestadas por el papá en la cual se representa la relación de consumo de los padres con el hijo donde el 50% de los casos reportados consumen sustancias psicoactivas tanto padres como hijos.

Tabla 19

*Correlación de pruebas respondidas por papá*

	POSIT	FAGESTROM	EDA	ERI				EMBU Papá			EMBU Mamá				
				Unión y apoyo	Expresión	Dificultad	Calidez	Rechazo	Control	Favoritismo	Calidez	Rechazo	Control	Favoritismo	
<b>POSIT<sup>1</sup></b>	1														
<b>FAGESTROM<sup>2</sup></b>	-.466**	1													
<b>EDA<sup>3</sup></b>	-.465**	.484**	1												
<b>Unión y apoyo</b>	.371*	-0.3	-0	1											
<b>ERI<sup>4</sup></b>															
<b>Expresión</b>	-0.116	-0.093	-0.1	.490**	1										
<b>Dificultad</b>	-0.198	0.116	0.07	-.384*	-0.317	1									
<b>Calidez</b>	0.208	-0.058	-0.1	.395*	0.102	-.374*	1								
<b>EMBU<sup>5</sup> papá</b>															
<b>Rechazo</b>	-0.193	.532**	.404*	-0.296	-0.166	0.16	-0.216	1							
<b>Control</b>	0.2	0.107	0.14	0.054	-0.188	-0.1	.594**	0.135	1						
<b>Favoritismo</b>	0.16	0.024	0.21	-0.055	-0.219	-0.117	.365*	0.252	.536**	1					
<b>Calidez</b>	-.404*	0.124	0.13	.363*	.500**	0.061	0.123	-0.174	-0.081	-.417*	1				
<b>EMBU mamá</b>															
<b>Rechazo</b>	.395*	0.044	-0	-0.134	-.351*	-0.008	0.061	.474**	0.311	.452**	-.474**	1			
<b>Control</b>	-0.088	0.141	0.15	0.128	0.019	0.085	0.19	-0.047	.569**	0.129	.380*	0.122	1		
<b>Favori-</b>	0.152	0.097	0.21	-0.206	-0.301	-0.052	.383*	.377*	.510**	.834**	-.482**	.500**	-0.019	1	

<sup>1</sup> Cuestionario de tamizaje de los problemas en adolescentes

<sup>2</sup> Dependencia a la nicotina

<sup>3</sup> Escala de dependencia al alcohol

<sup>4</sup> Escala de evaluación de las relaciones intrafamiliares

<sup>5</sup> Escala de estilos parentales percibidos: "Mis memorias de crianza"

\*\*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\*La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

El consumo de sustancias del hijo correlaciona de manera negativa con el consumo de tabaco y alcohol del papá con un  $r = -0.265$  siendo esto equivalente a  $-0.465^{**}$  y de tabaco de  $-0.466^{**}$  con los papás, ya que la prueba de POSIT está diseñada para que los datos arrojados negativamente se consideren como positivos para el consumo, es decir, que a pesar de que en la tabla se puede ver un signo negativo acompañando el dato este correlaciona de manera positiva (ver Tabla 19).

En la Tabla 20 se pueden ver las correlaciones de pruebas contestadas por la mamá en donde se encuentra que el consumo del hijo y el de la mamá no correlacionan de manera positiva ni negativa ya que no hay una correlación significativa en el caso del tabaco, en cuanto al consumo de alcohol de la mamá si existe una correlación de manera positiva con el consumo del hijo, ya que de 50 de los casos reportados consumen drogas donde el 23.7% son mamá es decir existe una correlación de alcohol de las mamás con el hijo de un  $-0.303^{**}$ , es decir con el papá existe mayor correlación de alcohol y también existe correlación de tabaco cosa que con la madre no se refleja, la correlación más destacada de la tabla es la que existen entre unión y apoyo familiar y la expresión que se representa de manera positiva.

Los resultados reportados por los padres en las pruebas del ERI en cada dimensión fueron las siguientes dificultad 38.7%, expresión 37.5% y unión y apoyo 23.7% siendo con mayor relevancia la dificultad y expresión como áreas de integración familiar más usadas en los 80 padres que participaron en el estudio.

Tabla 20

*Correlación de pruebas respondidas por Mamá*

	POSIT	FAGESTROM	EDA	ERI				EMBU Papá			EMBU Mamá				
				Unión y apoyo	Expresión	Dificultad	Calidez	Rechazo	Control	Favoritismo	Calidez	Rechazo	Control	Favoritismo	
<b>POSIT<sup>1</sup></b>	1														
<b>Fagestrom<sup>2</sup></b>	-0.202	1													
<b>EDA<sup>3</sup></b>	<b>-.303**</b>	.394**	1												
<b>Unión y apoyo</b>	.229*	-.246*	-0.09	1											
<b>ERI<sup>4</sup></b>					1										
<b>Expresión</b>	0.045	-0.209	-0.12	<b>.596**</b>	1										
<b>Dificultad</b>	-0.171	0.192	0.15	-.499**	-.442**	1									
<b>Calidez</b>	0.215	-0.031	-0.09	.230*	0.151	-0.178	1								
<b>EMBU<sup>5</sup> Papá</b>								1							
<b>Rechazo</b>	-0.021	.339**	0.2	-.429**	-.282*	0.207	-.405**	1							
<b>Control</b>	0.194	0.076	0.03	-.241*	-.254*	0.177	.443**	0.145	1						
<b>Favoritismo</b>	0.134	0.086	-0.05	-.231*	-.249*	-0.012	0.005	.389**	.269*	1					
<b>EMBU Mamá</b>											1				
<b>Calidez</b>	-0.022	0.026	-0.12	.278*	.375**	-0.078	.366**	-0.124	0.106	-.265*	1				
<b>Rechazo</b>	0.2	-0.007	0.06	-.284*	-.315**	0.078	-0.102	.413**	0.117	.420**	<b>-.547**</b>	1			
<b>Control</b>	0.044	0.005	-0.07	-0.031	-0.028	0.195	0.074	-0.014	<b>.602**</b>	0.025	.322**	-0.097	1		
<b>Favoritismo</b>	0.086	0.065	-0.06	-.318**	-.262*	0.057	-0.039	.335**	0.192	<b>.868**</b>	-.348**	.462**	-0.029	1	

<sup>1</sup> Cuestionario de tamizaje de los problemas en adolescentes

<sup>2</sup> Dependencia a la nicotina

<sup>3</sup> Escala de dependencia al alcohol

<sup>4</sup> Escala de evaluación de las relaciones intrafamiliares

<sup>5</sup> Escala de estilos parentales percibidos: "Mis memorias de crianza"

\*\*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\*La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

## **CAPÍTULO 8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

### **8.1 Discusión**

El consumo de alcohol y tabaco en adolescentes y adultos es frecuente e importante, algunos autores consideran el abuso de drogas como principal problema social y de salud, investigaciones plantean múltiples factores contribuyentes al desarrollo de una adicción en el ser humano: predisposiciones genéticas, sociales-ambientales, familiares, personales y factores inherentes a la droga misma (Thorne & DeBlassie, 1985).

Como se consideró en este estudio la familia forma una parte importante del consumo de sustancias psicoactivas de los hijos los cuales tiende a seguir patrones de conducta de sus mismos padres es decir si el padre consume alguna alcohol o tabaco es probable que el hijo también lo haga.

En los resultados que se obtuvieron en este estudio al igual que diversos estudios Ary, Tildesley, Hops y Adrews (1993); Welte, Barnes, Hoffman y Dintcheff, (1999); Wood, Read, Mitchell y Brant, (2004); CIJ, (2007) se mostró que la percepción que tiene los hijos del consumo de los padres hacia el alcohol ejerce una influencia directa sobre su conducta de consumo se encontró que efectivamente los padres contribuyen al consumo de sus hijos.

Al examinar los resultados obtenidos en este estudio se observa coincidencia con lo reportado en la literatura respecto a que la influencia de consumo de sustancias de los padres se relaciona con la de los hijos (Kovacs, García, Frontera & López, 2008).

A pesar de que ambos padres pueden influir en el consumo de drogas de sus hijos es relevante mencionar que a comparación del padre, la madre no genera influencia en el consumo de su hijos tan fuerte como el padre ya que la madre no deja de desempeñar el papel de educar y de dar afecto y cariño (Sanz & Martinez, 2004).

Existen muchas áreas en la integración familiar que es importante que se mencione como la expresión, la unión y apoyo familiar y las dificultades para el buen desarrollo familiar, pero no siempre es así, ya que en este estudio las más usadas son la dificultad y la expresión dejando a un lado las más importantes para generar un ambiente sano que son unión y apoyo. Zapata (2009) menciona que la dificultad en la integración familiar puede llegar a quebrantar la estructura familiar y disminuir la unión y la expresión o comunicación en las familias deterioradas.

Garcés y Palacio (2010) mencionan que entre otros factores la distorsión de la expresión familiar puede afectar su integración y llevar a algún miembro de la familia al uso de drogas, los adolescentes encuestados en el presente estudio manifestaron tener dificultades con los padres a pesar de que los padres mencionaron tener buena expresión, los hijos no detectan del todo la misma expresión que dicen tener los padres en la familia y caen en algunas ocasiones en el consumo de drogas a pesar de ser aparentemente una familia expresiva.

La unión familiar es necesaria en una familia ya que se considera como una estructura de soporte, al no llevarse a cabo la unión y apoyo de la familia no sirvió como salvavidas de la integración familiar para evitar conductas de consumo en los hijos (Nunes, Rigotto, Ferrari & Martin, 2012).

Teóricamente es aceptable que los padres perciban unión, apoyo y expresión como principales habilidades que les permitan impactar en su ambiente familiar proporcionándoles así mejores relaciones interpersonales, cercanía y apoyo (Barragán, González, Medina-Mora & Ayala, 2005).

Se encontró que los adolescentes no perciben la misma cercanía con el padre que con la madre, es decir el padre no tiene la misma calidez que la madre en el cuidado y educación del hijo, si el papá deja de tener un rol periférico en la educación del hijo y se involucra en la

educación del mismo, da cuidado afectivo y cercano al hijo este percibirá menor rechazo del papá y mayor será la calidez, por ende se tendrá mayor control ante el hijo en situaciones de conductas inadecuadas.

Por esto si el papá muestra y plantea formas de control al hijo, le expone calidad de relación positivas habrá menor experimentación en consumo de sustancias ya que el hijo se percata de que también el papá está participando de manera activa en su bienestar y no sola la mamá está pendiente de él (Rice, 2000; Fatin & García, 2011). Pero si se excede el padre en el control del hijo este deja de percibirlo como cálido y entra en juego otra variable que puede ser el favoritismo haciendo que esto afecte en la percepción del hijo de tener a un padre cálido y afectivo (Pantoja, Castillo, Castillo & Maldonado, 2014). No obstante, en investigaciones realizadas por Palacios y Andrade en el 2008, se encontró que el favoritismo del papá también es representativo en rechazo del hijo, donde el favorecimiento de los hermanos constituye una forma de rechazo al individuo y, por tanto, podría ser un factor de riesgo para consumo de drogas (Jodelet, 2000).

En cambio si la madre presenta favoritismo hacia un hijo genera una percepción de rechazo es decir el hijo percibe que la madre favorece a otro hijo, este no siente a la mamá cercana a él y evita el contacto con ella no quiere recibir de su parte amor, calidez o algún tipo de sentimiento y comienza a alejarse de ella poco a poco llevando a que la relación se rompa y el hijo se refugie en alguna conducta no deseada (Ryzin, Fosco & Dishion, 2012).

En este estudio al igual que en el de Máiquez (2004) se encontró que normalmente los hijos perciben que si el papá usa un determinado estilo de crianza es probable que perciban o esperen que la mamá también haga uso del mismo o viceversa. Este punto es muy importante ya que la magnitud de apoyo y calidez de la interacción familiar constituye un factor protector

significativo dentro de este contexto pues proporciona bienestar en las personas y previene el consumo de sustancias psicoactivas (Glavic, 2008).

Lo mencionado anteriormente sobre la unión y la calidez familiar, nos lleva a que si los padres son hostiles entonces los hijos tienden a mostrar muchos impulsos destructivos y conducta delictivas (Cuervo, 2010).

También se encontró que si los hijos perciben mayor control de su papá y no de la madre habrá menos unión y apoyo familiar, pues si el papá como menciona Mulsow (2008) sobre pasa su autoridad y es controlador generan un desarrollo emocional disfuncional y deficitario en estrategias y competencias emocionales para la adaptación en distintos contextos como lo es la familia y a lo largo de la vida.

El excedente de control autoritario predice ansiedad y problemas sociales en cuanto a la dificultad de interacción en cualquier tipo de contexto (Ramírez, 2002). A su vez si existe mayor expresión menor será la percepción de favoritismo de mamá y papá así los hermanos. Las expresión de cariño y la confianza entre todos los integrantes del hogar son importantes, no solo dirigirlas hacia una personas sino a todos los que conforman esa familia (Estevés, Jiménez & Musitu, 2007) y así poder evitar un desinterés emocional por parte de los demás integrantes hacia un integrante y que estos factores se transformen en factores de riesgo en el consumo de sustancias psicoactivas.

Es así como podemos determinar que efectivamente como la teoría lo aborda, el consumo de sustancias psicoactivas es un problema multifactorial que no solo se desencadena del sujeto mismo sino de distintas variables.

## 8.2 Conclusiones.

A través del presente estudio se pudo identificar que la figura materna presenta mayor consumo de alcohol y tabaco que la figura del padre, a pesar de que la madre y el padre consumen sustancias, solo se encuentra una correlación en el consumo de alcohol de la figura paterna, si el padre consume alcohol el hijo replica la conducta. En cambio, si la madre consume tabaco esta conducta no se ve afectada en el hijo. Es decir el consumo de sustancias de la madre no tiene el mismo impacto que el consumo de la figura paterna.

Se encontró que no existe un impacto del consumo de la madre en los hijos. Ya que los resultados indican que las madres consideran que en su familia existe una integración familiar de expresión, es decir, a pesar de que la mamá consume, la integración familiar que ella aporta en su ambiente no es conflictivo.

También se encontró que, a pesar de que el padre tiene menos consumo de alcohol y tabaco su correlación es más fuerte que el consumo de la madre, ya que los resultados de las pruebas aplicadas a los padres detectan que hay más dificultades de afecto en su familia a raíz de su consumo.

En el presente estudio se encontró que el 60% de los casos de los hijos encuestados son candidatos para tratamiento. Por tal motivo, esto afecta en la integración familiar y los padres no logran concientizar que sus hijos tienen un abuso de sustancias, es decir a más de la mitad de los hijos encuestados les afecta el consumo de sustancias del alcohol de ambos padres y el consumo de tabaco del padre.

En comparación con la integración familiar que reportaron los padres sobre su consumo de sustancias, es razonable que los hijos perciban un estilo de crianza de rechazo y calidez por parte de sus padres.

Los hijos perciben a una mamá cálida, por lo cual es entendible que no exista una correlación entre el consumo de ella y el hijo como se ha dicho anteriormente, ya que a pesar de que la mamá es mayor consumidora, no deja de tener su papel de calidez y estar pendiente de las necesidades del hijo. Desde un punto de vista cultural, la madre siempre es vista como la que otorga calidez y cuidado al hijo, por este motivo aunque el hijo vea que su mamá consume sustancias no le afecta siempre y cuando su madre no descuide su rol familiar.

Por otro lado, la figura paterna es vista culturalmente como rol periférico en la educación del hijo, siendo más autoritario pero sin ser violento y exceder el control. Por tal motivo, es lógico que el hijo perciba un estilo de crianza de rechazo del padre, ya que esta correlacionado con su consumo de sustancias, es decir que el estilo de crianza del padre no ayuda a que el consumo de su hijo sea menor. Al contrario, aumenta las posibilidades de que el hijo consuma y esto conlleva a que no perciba la calidez como factor de protección como lo siente con la madre.

Con este estudio se observa que existe una relación entre el consumo de sustancias psicoactivas en los padres, una falta de integración familiar y un estilo de crianza inadecuado percibido por los hijos. Esto es un factor importante para que los hijos puedan caer en la experimentación o abuso de sustancias psicoactivas.

Como se pudo ver en este trabajo más de la mitad de los 80 casos de los hijos que se estudiaron, son candidatos para tratamiento, pues presentan en su núcleo familiar consumo de

sustancias psicoactivas, falta de integración familiar y por lo tanto perciben un estilo de crianza no apto para funcionar como factores de protección.

En conclusión, se puede decir que las familias que presentan consumo de sustancias psicoactivas también tienen problemas de interacción entre los miembros de la familia por lo cual, es necesario que las familias participantes en este estudio reciban ayuda y psicoeducación para reducir y afrontar el consumo de los padres e hijos y con ello fortalecer las áreas dañadas para mejorar la integración familiar.

Con los resultados de este estudio se puede trabajar con las familias principalmente las correlaciones más significativas las cuales fueron: comunicación, integración familiar, control de emociones, estrés y afrontamiento. Se pueden intervenir proporcionando educación sobre temas de adicciones en padres e hijos, estrategias cognitivas y conductuales.

Lo anterior con la finalidad de disminuir el consumo de los padres e hijos a su vez y ayudar a afrontar los problemas que se presenten en la familiar a raíz del consumo. También puede ayudar a mejorar la integración familiar para evitar que los hijos lleguen a ser consumidores.

Es por ello que en este trabajo se propone un programa de intervención (Anexo 4) para familias que requieran apoyo. Esta intervención incluye todos los elementos mencionados para abordar el problema del consumo, la cual está integrada de 8 sesiones que se encuentran debidamente desarrolladas en cartas descriptivas con la finalidad de que puedan ser utilizadas como mejor convenga, principalmente para que los padres logren mejorar y reconstruir su ambiente familiar.

Cabe destacar que se tuvieron ciertos obstáculos para que los padres que participaron en el estudio accedieran a contestar las pruebas pertinentes, a pesar de que eran anónimas temían

que su intimidad familiar quedara expuesta. En cambio, los hijos siempre estuvieron dispuestos a contestar las pruebas, inclusive animaban a sus padres a participar.

También existieron dificultades en el acceso al plantel educativo en el cual se trabajó, por tal motivo se buscó ayuda en la Alcaldía correspondiente para poder tramitar el acceso a la institución.

Finalmente, debido a que los participantes no constituyen una muestra representativa de una población, no se pueden hacer generalizaciones de los resultados.

## Referencias

- Aberastury, A. y M. Knobel. (1997). *La adolescencia normal*. Aires: Paidós.
- Acevedo, M. y Camargo, L. (2012). *Factores protectores familiares para la prevención del uso de sustancias psicoactivas (spa) en estudiantes de quinto de primaria de la institución educativa San Luis Gonzaga del corregimiento de Chicoral, el espinal (Tolima)*. Tesis presentada para optar al título de Magister en Educación.
- Alonso, C. y Del Barrio, V. (1994). *Influencia de los factores familiares en el consumo de tabaco y alcohol*. Socidrogalcohol (XXI Jornadas Nacionales).
- Albarracín, M. y Muñoz, L. (2008). *Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de los dos primeros años de carrera universitaria*. *Liber*, 14(14), 49-61.
- Álvarez, A., Alonso, M. y Guidorizzi, A. (2010). *Consumo de alcohol y autoestima en adolescentes*. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. 18. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000700021>
- Alvarez, B. y Hernandez, J. (1998). Modelos de intervención por programas. Aportaciones para una revisión. *Revista de investigación educativa*, 16. (2), 79-123.
- Al-Halabí, S., Errasti, J., Fernández, J., Secades, R. y García, O. (2009). El colegio y los factores de riesgo familiar en la asistencia a los programas de prevención familiar del consumo de drogas. *Adicciones*, 21(1), 39-48.
- Amaya, R. (2008). *Parentalidad positiva: educación emocional y en valores desde el ámbito familiar*. Mesa Redonda: Educación Emocional y en Valores: Jornada sobre “Familia, escuela y sociedad: el reto de la convivencia”. Madrid: Universidad de Oviedo.

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Andrade, J., Núñez, L. y Vargas, N. (2014). Razones psicosociales asociadas al consumo de drogas blandas y duras en estudiantes de FUNDES. *Revista Psicología Científica.com*, 16(5). <http://www.psicologiacientifica.com/razones-psicosociales-asociadas-consumo-drogas-blandas-duras-estudiantes/#sthash.RRhBrHDc.dpuf>.
- APA, (2000). Society of Clinical Psychology. *A Guide to Beneficial Psychotherapy. Empirically Supported Treatments*. American Psychological Association.
- Arvelo, L. (2003). Función paterna, pautas de crianza y desarrollo psicológico en adolescentes: implicaciones psicoeducativas. *Acción Pedagógica*, 12 (1), 20-30.
- Ary, D., Tildesley, E., Hops, H. & Andrews, J. (1993). The influence of parent, sibling, and peer modeling on adolescent use of alcohol; (28), 853-888.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Baptista, M. N., Alves, G. A. S., Lemos, V. A. & Souza, M. S. (2008). Inventario de percepción del soporte familiar: evidencia de validez con grupos criterio. *Sistemas Familiares*, 24(1), 49-61.
- Baptista, M. y Oliveira, A. (2004). Sintomatología de depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 14(3), 58-67.

- Barragán, L., Flores, M., Morales, S., González, J. y Martínez, M. (2007). *Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios con Dependencia a Sustancias Adictivas. Manual del terapeuta*. México: UNAM-CONADIC.
- Barragán, L., González, J., Medina-Mora, M. y Ayala, H. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población mexicana: un estudio piloto. *Salud Mental*, 28 (1), 61-71.
- Barrera M, Biglan A, Ary D y Li F (2001). Replication of a problem behavior model with American Indian, Hispanic, and Caucasian youth. *J Early Adol*, 21, 133-157.
- Barros, M. (2013). *Efectos del consume de drogas sobre la salud de los adolescentes*. Tesis en Enfermería. Universidad de Cantabria.
- Becoña, E. Martinez, U., Calafat, A., Juan, M., Fernandez, J. & Secades-Villa, R. (2012). Parental styles and drug use: a review. *Drugs: education, prevention and policy*, 19 (1), 1-10.
- Becoña, E. y Cortez, M. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones basada en la evidencia científica*. PNSD- Socidrogalcohol.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Bukstein, O. (1995). *Abuso de Sustancias del Adolescente: Evaluación, Prevención y Tratamiento*. Nueva York: John Wiley and Sons.
- Burns, N. & Grove, S. K. (2004). *Diseño de Investigación*. (3ª ed.), *Investigación en Enfermería*.(209-251) Elsevier España, S.L.

- Braverman, R. (1986). *Tipología familiar relacionada con aspectos psicosocio-pedagógicos*. Tesis de doctorado en Psicología clínica. Facultad de Psicología, UNAM. (Escala evaluativa de cohesión y adaptación familiar II, basada en: Olson, H. D., Bell, R., & Poitner, J. (1982). Faces II. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales II. Family Social Science. Minnesota: University of Minnesota).
- Brook J., Saar N., Zhang C. & Brook D. (2009). Psychosocial Antecedents and Adverse Health Consequences Related to Substance Use. *American Journal of Public Health*, 99(3), 563-568.
- Camacho, I. (2005). Factores psicosociales relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de secundaria. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 5 (1), 41-56.
- Carreño, S., Medina-Mora, M., Ortiz, A., Natera, G., Tiburcio, M. y Vélez, A. (2003). *Modelo de prevención del uso de alcohol, tabaco y otras drogas en el lugar de trabajo. Modelos preventivos*. CONADIC; 14-21
- Carroll, K. y Onken, L. (2005). Behavioral Therapies for Drug Abuse. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1-9.
- Carroll, K., Rounsaville, B., Nich, C., Gordon, L., Wirtz, P. y Gawin, F. (1994). One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence. Delayed emergence of psychotherapy effects. *Archives of General Psychiatry*, 51, 989-997.
- Carroll, K., Nich, C., Ball, S., McCance-Katz, E. y Rounsaville, B. (1998). Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram. *Addiction*, 93, 713-728.

- Caballero, A., González, B., Pinilla, J. & Barber, P. (2006). Factores predictores del inicio y consolidación del consumo de tabaco en adolescentes. *Gaceta Sanitaria*, 19, 6, 440-447.
- Carballo J., García O., Secades R., Fernández J.R., García E., Errasti J.M., AlHalabi S. (2004). Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 16 (4). Pp. 674-679.
- Castro, M. (2005) *Modelo preventivo de riesgos psicosociales Chimalli*. Liberaddictus.
- Castaño, G. (2008). Aspectos socioculturales del consumo de alcohol en Latinoamérica y estrategias de prevención. *Rev. Análisis*, (7), 15-27.
- Casullo, G. (2002) “*Adolescencia y estrés*”. En “*El malestar*” y su evaluación en diferentes contextos. Eudeba: Buenos Aires
- Cava, M., Murgui, S. y Musitu, G. (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema*, 29, 389-395.
- Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades (CEMECE) (2001).
- Centros de Integración Juvenil (CIJ) (2007). *Violencia familiar y adicciones*. México: CIJ-Dirección General de Operación y Patronatos.
- Céspedes, A. 2008 *Educación de las Emociones, educar para la vida*. Santiago, Chile, ed. B S.A.
- Contini, N., Figueroa, M., Cohen Imach, S. y Coronel, P. (2003). “Bienestar Psicológico y Estrategias de Afrontamiento en adolescentes escolarizados de Tucumán (13 y 14 años)”. *Revista del Instituto de Investigaciones*. Buenos Aires: Facultad de Psicología, 8(2), 61-78.

- Comisión Nacional contra las Adicciones. (2012). *“Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida, Guía para el promotor de Nueva Vida”*. México: CONADIC.
- Comisión Nacional contra las Adicciones. (2011). *“Programa contra la Farmacodependencia”*. México: CONADIC.
- Contini, E., Lacunza, A., Medina, S., Álvarez, M., Gonzalez, M. y Coria, V. (2012). Una problemática a resolver: soledad y aislamiento adolescente. *Universidad autónoma de México*, 15 (1), 127-145.
- Coon, D. (1998). *Fundamentos de psicología*. México: International Thomson.
- Copello, A. y Orford, J. (2002). Addiction and the family: is it time for services to take notice of the evidence? *Addiction*, 97 (11), 1361- 1363.
- Copello, A., Orford, J., Velleman, R., Templeton, L., y Krishnan, M. (2000). Methods for reducing alcohol and drug related family in non-specialist settings. *Journal of Mental Health*. 9(3), 329-343.
- Cortés, M., Espejo, B. & Giménez, J. (2007). Características que definen el fenómeno del botellón en universitarios y adolescentes. *Adicciones*, 19, 4, 357-372.
- Correia, C., Simons, J., Carey, K., y Borsari, B. (2002). Measuring substance-free and substance related reinforcement in the natural environment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16, 28-34.
- Cuervo, A. (2010). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Revista diversitas*, 6 (1), 111-121.

- Chambless, D. y Hodosn, S. (1998). Defining empirically supported therapies. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 3-18.
- Clark, P. y Dunbar, S. (2003). Preliminary reliability and validity of a family care climate questionnaire for heart failure. *Families, systems & Health*, 21(2), 281-29.
- Clayton, R. (1992). *Transitions in drug use: Risk and protective factors*. Citado en T. Laespada, I. Iraurgi y E. Aróstegi (Eds). (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. Instituto Deusto de Drogodependencias (Universidad de Deusto).
- Clínica contra El Tabaco y Otras Drogas Psicoactivas Dr. Raúl Cícero Sabido, Servicio De Neumología Hospital General De México O.D. [www.conadic.gob.mx](http://www.conadic.gob.mx)
- Cummings, C., Gordon, J. y Marlatt, G. (1980). *Relapse: Prevention and prediction*. In W.R. Miller: The Addictive Behaviors.
- Dento, R. y Kampfe, C. (1994). The relationship between family variables and adolescent substance abuse: literature review. *Adolescence*, 29 (114), 475-495.
- Díaz, D. y García, R. (2008). Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. *Rev Panamericana de Salud*, 24 (4).
- Diaz, K. y Amaya, M. (2012). Factores familiares, individuales y ambientales en el consumo y no consumo de drogas en adolescentes. *Avances en Enfermería* (3), 37-59.
- Dirección General de Prevención del Delito y Participación Ciudadana. (2011). *Deserción Escolar y Conductas de Riesgo en Adolescentes*. Mexico: SSP.

- Dittrich, J. (1993). Group programs for wives of alcoholics. O'Farrell TJ: Treating alcohol problems: Marital and family interventions. *New York, Guilford Press*, 78-114.
- Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S., Leyro, T., Powers, M. y Otto, W. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 165, 179-187.
- Durkheim, E. (1912). *Las formas elementales de la vida religiosa*. Madrid: Akal.
- Echeburúa, A., Amor, P. y Fernández-Montalvo, J. (2002). *Vivir Sin Violencia*. Madrid: Pirámide.
- Elzo, J. (2004): *La educación del futuro y los valores*. Barcelona: UOC.
- Encuesta Nacional de Seguridad pública Urbana (ENSU). (2015). Cifras correspondientes a marzo de 2015. INEGI. *Boletín de prensa*, 139 (15).
- Endler, N. y Parker, J. (1990). "Stress and Anxiety: Conceptual and Assessment Issues: Special Issues" II-1. *Stress Medicine*, 3, 243-248
- Epstein, D., Hawkins, W., Covi, L., Umbricht, A. y Preston, K. (2003). Cognitive-behavioral therapy plus contingency management for cocaine use: findings during treatment and across 12-month follow-up. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17, 73-82.
- Esmorto, H. (2010). *Terapia cognitiva conductual en la prevención y tratamiento temprano de las adicciones en adolescentes en riesgo*. Tesis de maestría. Universidad autónoma de Yucatán.
- Estévez, E., Jiménez, T. y Musitu, G. (2007). *Relaciones entre padres e hijos adolescentes*. España: Nau Libres.

- Estévez, E., Herrero, J. y Musitu, G. (2005). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud Mental*, 28 (4), 81-89.
- Everly, G. (1989). *A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response*. Nueva York: Plenum Press.
- Fairbairn, J. (2002). *The impact of intervention with relatives of treatment resistant drinkers: Changes in relatives psychological functioning and drinkers behaviour*. Doctorate thesis. University of Wollongong, Australia.
- Fantin, M. y García, H. (2011). Factores familiares, su influencia en el consumo de sustancias adictivas. *Ajayu*, 9 (2), 193-214.
- Fernández – Abascal, E. (1997). “*Estilos y estrategias de afrontamiento*”. Cuadernos de práctica de motivación y emoción. Madrid: Pirámide.
- Finney, J., Wilbourne, P. y Moos, R. (2007). *Psychosocial treatments for substance use disorders. A guide to treatments that work* (3ª ed.). Nueva York: Oxford University Press.
- Folkman, S., Lazarus, R., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. y Gruen, R. (1986). ”Dynamics of Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes”. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.
- Forselledo, A. y Esmoris, V. (2011). *Consumo de drogas y familia. Situación y factores de riesgo*. Programa de prevención de farmacodependencias OEA.
- Folkman, S. y Lazarus, R. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social psychology*, 48 (1), 150-170.

- Forselledo, A., Esmoris, V. (1994). *Consumo de drogas y familia. Situacion y factores de riesgo*. Asociación uruguaya para la prevención del alcoholismo y la farmacodependencia. Montevideo.
- Foxcroft DR y Lowe G (1997). Adolescents' alcohol use and misuse: The socializing influence of perceived family life. *Drugs Ed Prev & Pol*, 4, 215-229.
- Funes, J. (1984). *La nueva delincuencia juvenil*. Barcelona: Paidós.
- Frydenberg, E. y Lewis, R. (1991). Adolescent doping: The Different Ways in Which Boys and Girls Cope. *Journal of adolescence*, 14, 119-133.
- Galanter, M. y Brooks, D. (2001). Network Therapy for Addiction: Bringing Family and Peer Support into Office Practice. *International Journal of group Psychotherapy*. 51(1), 101-122.
- Garcés, M. & Palacio, J. (2010). La comunicación familiar en asentamientos subnormales de Montería (Colombia), Colombia (25), 1-29.
- García, M., Rivera, S. & Reyes, I. (2014). La percepción de los padres sobre la crianza de los hijos. *Acta colombiana de psicología*, 17 (2), 133-14.
- García, F. & Segura, M. (2005). Estilos educativos y consumo de drogas en adolescentes Salud y drogas, Instituto de Investigación de Drogodependencias Alicante, España 5 (1), 35-55
- García-Silberman S. (2002) Un modelo explicativo de la conducta hacia la enfermedad mental. *Salud Pública*, México.

- Gaxiola, J., González, S. y Contreras, Z. (2012). Influencia de la resiliencia, metas y contexto social en el rendimiento académico de bachilleres. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 14(1), 164-181. <http://redie.uabc.mx/vol14no1/contenido-gaxiolaglez.html>
- Girdano, D. y Everly, G. (1986). *Controlling Stress and Tension*. (2ª Ed.) Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Girón, S., Rodríguez, R. y Sánchez, D. (2003). Trastornos de Comportamiento en los adolescentes. Observaciones desde una perspectiva sistémica-relacional. *Revista Psiquis*, 24, (1), 5-14.
- Gómez, J. y Villar, P. (2001). *Loa padres y las madres ante la prevención de conductas problemáticas en la adolescencia: la aplicación del programa Construyendo salud, construcción de habilidades parentales*. Madrid:CEAPA.
- González, M., Rey, L. y Oliva, L. (2009). Las relaciones familiares y el consumo de drogas en los adolescentes de Xalapa, Veracruz. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 12 (1), 10-31.
- Gutierrez, A. (2003). Drogas: La historia que hace falta. *Universidad de México*, (630-631), 45-53.
- Guzmán, V., Alonso, M., Armendáriz, A., Alonso, B., López, A. y Cisneros, B. (2015). Crianza parental, dificultades interpersonales y consumo de drogas. *Revista eletrónica saule mental alcool e drogas*, 11(2), 12-17.

- Glavic, M. (2008). *Factores protectores del consumo de drogas en población adolescente infractora de ley: evaluación empírica de las teorías del control y aprendizaje social*. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Heather, N; Wodak, A; Nadelmann, E y O'Hare, P (2004) LA CULTURA DE LAS DROGAS EN LA SOCIEDAD DEL RIESGO. Publicaciones Grup IGIA, (Accesible en formato pdf en: <http://www.igia.org>).
- Hernstein, R. (1970). On the law of effect. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 13, 243 – 266.
- Hidalgo, M. y Redondo, A. (2007). Adolescentes y drogas: un reto para lo profesionales sanitarios. *Evidencias en pediatría*, 3(3), 60.
- Historia de las drogas en México. (2011). *Reporteras de guardia*. Recuperado de <http://www.reporterasdeguardia.com/arno-burkholder/198-sociedad/545-porque-le-falta-porque-no-tiene-mariguan-que-fumar.html>
- Horn, J. & Wanberg, K (1969). *Symptom patterns related to excessive use of alcohol*. *Quarterly Journal for Studies on Alcohol*, 30, 35-58.
- Hung C.C., Yen L.L. & Wu W.C. (2009). Association of parents' alcohol use and family interaction with the initiation of alcohol use by sixth graders: A preliminary study in Taiwan. *BioMed Central Public Health* 9(172), 1-9.
- Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México (IAPA). (2015). *Programa general para la atención integral del consumo de sustancias psicoactivas del Distrito Federal 2015-2018*. México.

Instituto para la Atención y Prevención de las adicciones en la Ciudad de México. Panorama Epidemiológico del Consumo de Sustancias Psicoactivas en la Ciudad de México. Mendoza-Melendez M.A., López-Brambila, M.A., Gallegos-Cari, A, Aguilar-Bustos, O.E., Borges, G., Medina-Mora Icaza, M.E., Camacho-Solís, R.E. México: IAPA; 2014.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2012) Estadísticas de mortalidad.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2011). Estadísticas de mortalidad.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2004). *Encuesta Nacional de adicciones 2002 (ENA-2002)*. México, D. F.: Secretaría de Salud (SSA).

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2003). *Mujeres violentadas por su pareja en México*. “Intimate partner violence and alcohol,” Hoja informativa de la OMS (Ginebra: OMS 2006).

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas*. Villatoro-Velázquez JA, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear Sevilla C y GuisaCruz V. México DF, México. [www.inprf.gob.mx](http://www.inprf.gob.mx), [www.conadic.gob.mx](http://www.conadic.gob.mx), [www.cenadic.salud.gob.mx](http://www.cenadic.salud.gob.mx), [www.insp.mx](http://www.insp.mx)

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC); Secretaría de Salud. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017:*

- Reporte de Alcohol y Tabaco*. Villatoro-Velázquez JA, Reséndiz Escobar, E., Mujica Salazar, A., Breton-Cirett, M., Cañas-Martínez, V., Soto-Hernandez, I., Fregoso-Ito, D., Fleiz-Bautista C., Medina-Mora ME., Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Nuñez, A., Romero-Martínez, M. y Mendoza-Alvarado, L. Ciudad de México, México: INPRFM; 2017. [www.inprf.gob.mx](http://www.inprf.gob.mx), [www.conadic.gob.mx](http://www.conadic.gob.mx), [www.cenadic.salud.gob.mx](http://www.cenadic.salud.gob.mx).
- Irvin, J. E., Bowers, C., Dunn, M. y Wang, M. (1999). Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 563-570.
- Janssens, J., Bruyn, E., Manders, W. Y Scholte, R. (2005). The multitrait-multimethod approach in family assessment: Mutual parentchild relationships assessed by questionnaires and observations. *European Journal of Psychological Assessment*, 21(4), 232-239.
- Jáuregui, I. (2007). Droga y sociedad: la personalidad adictiva de nuestro tiempo. *Nómadas. Rev. Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 16 (2).
- Jiménez, C., Torregrosa, E., Burgos, J. y Uitzil, L. (2013). Confrontación de valores entre adolescentes. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 16(3), 848-863.
- Jiménez, M. (2008). Una profecía que se cumple a sí misma: tras los mitos del consumo femenino adolescente de cigarrillos. *Liberaddictus*, 101, 11-16.
- Jodelet D. (2000) *Representaciones sociales: contribución a un saber sociocultural sin fronteras*. En: Jodelet D, Guerrero A, ed. *Develando la cultura. Estudios en representaciones sociales*. México, DF: UNAM.
- Kirckcaldy, B., Siefen, G., Surall, D. y Bischoff, R. (2004). Predictors of drug and alcohol abuse among children and adolescents. *Journal of Personality and Individual Differences*, 36 (2), 3-4.

- Kosovski, E. (2004). Drogas, violencia y victimización. *Victimología. La víctima desde una perspectiva criminológica* (347-358). Córdoba: Universitaria integral.
- Kovacs, F., García, M., Frontera, M. & López, J. (2008). La influencia de los padres sobre el consumo de alcohol y tabaco y otros hábitos de los adolescentes de Palma de Mallorca en 2003. *Rev. Esp. Salud Pública*, 82(6), 32-49.
- Kumpfer, K., Olds, D., Alexander, J., Zucker, R. y Gary, L. (1998). *Family etiology of youth problems. Drug abuse prevention through family interventions*. NIDA Research Monograph 177. Rockville, MD: US Department of Health and Human services.
- Laespada, T., Iraurgi I y Aróstegi 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*. Instituto Deusto de Drogodependencias. Universidad de Deusto. España.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ledoux, S., Miller, P., Choquet, M. y Plant, M. (2002). Family structure, parentchild relationships, and alcohol and other drug use among teenagers in France and the United Kingdom. *Alc & Alcoholism*, 37, 52-60.
- Leibovich de Figueroa, N., Schmidt V. Y Marro, C. (2002). "Afrontamiento". En *El "malestar" y su evaluación en diferentes contextos*. Buenos Aires: Eudeba.
- Liddle, H., Dakof, G., Parker, K., Diamond, G., Barrett, K., Y Tejada, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 27(4), 651-688.

- López, F., Peralta, I., Muñoz, M. y Godoy, J. (2003). Autocontrol y consumo de drogas. *Adicciones*, 15, 2, 127-136.
- López, M. (2010). Intervención psicológica en un trastorno adictivo desde el paradigma conductista radical. *Salud y drogas*, 10(2), 37-46.
- McDevitt, T., Lennon, R. y Kopriva, R. (1991). Adolescents' perception of mothers' and fathers' pro-social actions and empathic responses. *Youth and Society*, 22, 387- 409.
- Márquez, C., Hernández, G., Aguilar, L., Pérez, B. y Reyes, V. (2007). Marina Datos psicométricos del EMBU-I ¿Mis memorias de crianza? como indicador de la percepción de crianza en una muestra de adolescentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 30, (2), 58-66
- Mariatti, C y Oviedo, M. (2009) Las representaciones sociales de los adolescentes de Rufino sobre las adicciones. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 1(56), 1-27.
- Mariño, M.C., González-Forteza, C., Andrade, P. y Medina-Mora, M.E. (1998). Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por el uso de drogas. *Salud Mental*, 21(1), 27-36
- Marlatt, G. (1993). *La prevención de recaídas en las conductas adictivas: Un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual*. Recaída y prevención de recaídas. Sitges: Ediciones en Neurociencias.
- Martínez, G. y Villar, M. (2004). Estudio descriptivo del uso de drogas en adolescentes de educación media superior de la ciudad de Monterrey, Nueva León, México. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12, 391-397.

- Martínez, M., Ayala, V., Salazar, G., Ruiz, T. Y Barrientos, C. (2004). *Programa de Intervención Breve para adolescentes que inician el consumo de Alcohol y otras Drogas. Manual del Terapeuta*. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Martínez, M., Estévez, E. y Inglés, C. (2013). Diversidad familiar y ajuste psicosocial en la sociedad actual. *Psicologia.com.*, 17, 1-15.
- Maude-Griffin, P., Hohenstein, J., Hummelt, G., Reilly, P., Tusel, D. y Hall, S. (1998). Superior efficacy of cognitive-behavioral therapy for urban crack cocaine abusers: Main and matching effects *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 832-837.
- Medina-Mora, M., Rojas, E. & Real, T. (2007). Tendencias recientes en el panorama epidemiológico de México ¿por que es importante el tratamiento?. Universidad Autonoma de México, Facultad de psicología, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnologia.
- Medina, M., Cravioto, P., Villatoro, J., Fleiz, C., Galván, F. y Tapia, R. (2003). Consumo de drogas entre adolescentes. *Salud pública de México*, 45(1), 16-25.
- Meyers, R. y Squires, D. (2001). The community reinforcement approach: a guideline developed for the Behavioral Health Recovery Management Project. Albuquerque, New Mexico: University of New Mexico Center on Alcoholism, Substance Abuse and Addictions.
- Miller, W. y Wilbourne, P. (2002). Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 97, 265-277.
- Mondragón, M., Monreal, R. y Tapia, R. (2016). Las adicciones son un problema multifactorial y requieren, para tu atención, de acciones institucionales. Mexico. IAPA.

- Montañes, M., Bartolome, R., Montañes, J. & Parra, M. (2008). Influencia del contexto familiar en las conductas adolescentes. *Ensayos*, (17), 391-407.
- Mora, J., Natera, G., Tiburcio, M. Y Lopez, F. (2010). *¿Qué hacer ante el consumo de alcohol o drogas? Orientación para familiares*. México Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
- Moral, J. (2006). Adicción a las drogas: el problema y sus posibles soluciones desde una perspectiva biopsicosocial. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 9 (1), 1-20.
- Morales, R. Y Martínez, E. (2013). *Prevención de las conductas adictivas a través de la atención del comportamiento infantil para la crianza positiva*. Manual del Terapeuta, CENADICSSA, México pp. 14–19.
- Morla, R., Saad de Janon, M. y Saad, J. (2006). Depression in Adolescents and Family Disintegration in the City of Guayaquil, Ecuador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35 (2), 149-165. [http://scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502006000200003&script=sci\\_arttext](http://scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502006000200003&script=sci_arttext)
- Mulsow, G. (2008). Desarrollo emocional: impacto, en el desarrollo humano. *Educação, Porto Alegre*, 31 (1), p. 61-65.
- Muñoz-Rivas, M. y Graña, J. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 16 (1), 87-94.
- Musito, G., Buelga, S., Lila, M. y Cava, M. (2003). *Familia y adolescencia*. Madrid: Síntesis.
- Nanni, R. (2009). *Patología dual. Difusión y tecnología*. Mexico, DF.

Navas, L. (2012). Adictos: siete de cada diez no terminan el tratamiento. *Diario de cuyo*, 1(3), 1-5.

Navas, J. F., y Perales, J. C. (2014). Comprensión y tratamiento del juego patológico: aportaciones desde la Neurociencia del Aprendizaje. *Clínica y Salud*, 25(3), 157-166.

NIDA (1999). *Principles of Drug Addiction Treatment. A Research-Based Guide*. National Institute of Drug Abuse. <http://www.nida.nih.gov/PODAT/PODATindex.html>.

Nunes, M., Rigotto, D., Ferrari, H. Y Marín, F. (2012). Soporte social, familiar y autoconcepto: relación entre los constructos. *Psicología desde el Caribe*, 28(1), 1-18.

Nuño-Gutiérrez, B. Y González-Forteza, C. (2004). La representación social que orienta las decisiones paternas al afrontar el consumo de drogas de sus hijos. *Salud Pública México*.

Ocampo, O., Magallan, V., Elpihue, V. & Cuevas, A. (2007). Programa de cesación de tabaquismo en un hospital de tercer nivel. Terapia breve cognitivo-conductual. México: CONADIC.

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC). (2013). “*Abuso de drogas en la adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar*”. Perú.

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC). (2014). *Informe mundial sobre las drogas*.

ONUDD. (2013). *Guía de Introducción a la Prevención de la Reincidencia y la Reintegración Social de Delincuentes: SERIE DE GUÍAS DE JUSTICIA PENAL*. Nueva York.

- Organización Mundial de la Salud. (2010) *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*. Italia.: Servicio de Producción de Documentos de la OMS.
- Organización Mundial de la Salud, 1982. *Comité de Expertos de la OMS en Especificaciones para las Preparaciones Farmacéuticas. 28° informe*. Ginebra, anexo 1 (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 681).
- Organización Mundial de la Salud (1964). *Comité de expertos de la OMS en drogas toxicomanías. 13° informe*. Ginebra: OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 273
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Salud de los adolescentes*. Washington D.C. OMS.
- Ozechowski, T. Y Liddle, H. (2000). Family-based therapy for adolescent drug abuse: knowns and unknowns. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3:269–298.
- Palacios, J. y Andrade P. (2007). Desempeño académico y conductas de riesgo en adolescentes. *Revista de Educación y Desarrollo*, (1), 5-16.
- Palacios J.R. & Cañas J.L. (2010). Características Psicosociales Asociadas al Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas en Adolescentes de Chiapas. *Psicología Iberoamericana*, 18(2), 27-36.
- Pantoja, M., Alonso, M., Alonso, B y Martínez, R. (2014). Percepción de crianza parental y su relación con el inicio del consumo de drogas en adolescentes mexicanos. *Aquichan*, 14 (1), 41-52.

- Paramo, M. (2011). Factores de riesgo y de protección en la adolescencia: análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Terapia Psicológica*, 29(1), 85-95.
- Papalia, D. Wendkoss, S. Duskin, R. (2005). *Psicología del Desarrollo, de la Infancia a la Adolescencia*. 9ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 515p.
- Papalia, Diana E. (2001). *Desarrollo Humano*. México. McGraw Interamericana. Ed.8
- Patterson, G., DeGarmo, D. & Forgatch, M. (2004). Systematic changes in families following prevention trials. *Journal of Abnormal Psychology*, 32, 621-633.
- Persico, A. (1996). *Contribución genética a la neurobiología de la vulnerabilidad a la adicción a drogas*. Herencia genética en drogodependencias. Bilbao. Universidad de Deusto, pp. 69-95.
- Pinkerton, J. Y Dolan, P. (2007). Family support, social capital, resilience and adolescent coping. *Child and Family Social Work*, 12(3), 219-228.
- Poletto, R. Y Koller, S. (2002). Rede de apoio social e afetivo de crianças em situação de pobreza. *Psico (RS)*, 33(1), 151-176.
- Pons, X. (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. *Rev. POLIS*, 4(2), 180.
- Plan Rector para la Atención Integral del consumo de Inhalables en la ciudad de México. 2012, IAPA. México. [www.iapa.df.gob.mx](http://www.iapa.df.gob.mx).
- Platas, M. (2008). *Familias, jóvenes, drogas y tiempo libre*. Excmo ayuntamiento de Iugo: España.
- Rodríguez, N. (2012). *Un acercamiento a la familia desde una perspectiva sociológica*. En: *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, Mayo 2012. [www.eumed.net/rev/ccss/20/](http://www.eumed.net/rev/ccss/20/)

- Ramírez, A., Urbietta, P., Márquez, A., Guzmán, R. y Elizarrarás, M. (2008). *Estatus de la Infancia- México. Análisis de la situación de los derechos de los niños y niñas privados del cuidado de sus padres o en riesgo de perderlo*. Aldeas Infantiles SOS México. Ririki Intervención Social.
- Ramirez, M. (2005). Padres y desarrollo de los hijos: practicas de crianza. *Estudios pedagógicos* XXXI, (2), 167-177.
- Ramírez, M. (2002). Prácticas de crianza de riesgoy problemas de conducta en los hijos. *Apuntes de Psicología*, 20 (2), 273-282.
- Ramírez S. (1978). *El mexicano, psicología de sus motivaciones*. México; DF: Grijalbo.
- Regier, D. y Kaelber, C. (1995). *The epidemiologic catchment area (ECA) program: studying the prevalence and incidence of psychopathology*. New York: John Wiley.
- Rivera, M. y Andrade, P. (2010). “Escala de evaluación de las relaciones intrafamiliares (E.R.I.)”. *Uaricha, Revista de Psicología*, 14, 12-29.
- Rojas, E., Real, T., Garcia-Silberman, S. & Medina-Mora, M. (2011). Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud mental*, 34, 351-365
- Rosovsky, H. (2009). Alcohólicos anónimos en México: Fragmentación y fortalezas. *Desacatos*, 29, 15-30.
- Rossi, L. (2012) Historia de las drogas y sus usos. *Intersecciones PSI*, 2 (3), 20-22.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorders. *En: British Journal Psychiatry*, 147, 598-611.

- Ryzin, M., Fosco, G., & Dishion, T. (2012). Family and peer predictors of substance use from early adolescence to early adulthood: An 11-year prospective analysis. *Addictive Behaviors, 37*, 1314-1324.
- Stanton, M. y Shadish, W. (1997). "outcome, addiction, and family- couples treadmed for drug abuse: A meta-analysis and review of dthe controllet, comparative estudies", *Psychological bulletin, 122* , 170-191.
- Salazar, J. (2007). *Guía de dinámicas y juegos para la prevención del consumo indebido de drogas en niños*. Madres y padres agentes naturales de prevención.
- Sánchez , R. (2000). *Validación empírica de la teoría bio-psico-socio- cultural de la relación en pareja*. Tesis de doctorado en Psicología social. Facultad de Psicología, UNAM. (Escala diagnostica del ciclo de acercamiento-alejamiento, Escala de estilo de afrontamiento automodificador, Inventario de locus de control).
- Sánchez, R., Arellanez, J., Pérez, V. y Rodríguez, S. (2006). Estudio de la relación entre consumo de drogas y migración a la frontera norte de México y Estados Unidos. *Salud Mental, 29* (1), 35-43.
- Santos, T. (2005). Evidencia de valide entre percepcau de suporte familiar e tracos de personalidade. Tesis de maestría. Itatiba: Universidade sao francisco.
- Sanz, M. & Martínez, A. (2004). *El conflicto parental y el consumo de drogas en los hijos y las hijas*. AEFPA.

- Sanz, M., Martínez, A., Iraurgi, I., Galíndez, E., Muñoz, A. y Cosgaya, L. (2005). Influencia de la familia sobre el consumo de drogas en los jóvenes. *Psicoteca*.
- Serrano, M. y García, D. (2010). Inteligencia emocional: autocontrol en adolescentes, estudiantes del último año de secundaria. *Revista Multiciencias*, 10(3), 273-280.
- Solís, L. & Cordero, M. (1999). El uso de servicios y las recaídas de los pacientes alcohólicos en tratamiento. Resultados de un seguimiento telefónico. *Salud mental*, 22 (2), 1-6.
- Sordo, P. (2009). No Quiero Crecer. Viva la diferencia. Para padres con hijos adolescentes. Santiago de Chile, Editorial Norma. 232p.
- Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. (2008). “Programa de acción específico: prevención y tratamiento de las adicciones”. México: SPPS.
- Shu, .(2001). Matrimonio y familia, México.CEFID.
- Sprovieri, M. (2001). Dinâmica familiar de crianças autistas. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 59(2-A), 230-237.
- Stroebe, W., Zech, E., Stroebe, M. S. & Abakoumkin, G. (2005). Does Social Support help in bereavement? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(7), 1030-1050.
- Taylor, B. (2007). *Alcohol, Gender, Culture and Harms in the Americas*. Washington, D.C.: PAHO.
- Testa, A. (2007). El psicoanálisis frente a las adicciones. Sudamericana: Buenos Aires
- Thorne, C. y DeBlassie, R. (1985). Adolescent substance abuse. *Adolescence*, 20,335-347.
- Tiburcio, M. A. (2009). *Adaptación de un modelo de intervención para familiares de usuarios de alcohol en una comunidad indígena*. Tesis de doctorado.UNAM.

- Toro, J. & Villegas, J. (2001). Problemas centrales para la formación académica y el entrenamiento profesional del psicólogo en Chile. *Sociedad Interamericana de Psicología*, 1, 171-228.
- Turner, R., Irwin, Ch. y Millstein, S. (1991). Family structure, family processes, and experimenting with substances during adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 1 (1), 93-106.
- Turbi, A. y Lloria, R. (2005). *Prevención con menores en situación de riesgo*. Valencia: Proyecto Hombre.
- UNICEF. (2003). *Talleres para trabajar con familias*. Chile.  
<http://www.educarchile.cl/UserFiles/P0037/File/Inspector/Unicef%208%20La%20comunicacion%20en%20la%20familia.pdf>
- Ugarte, R. (2001) *Factores de riesgo. La familia como factores de riesgo, protección y resiliencia en la prevención del abuso de drogas en adolescentes*. Lima.
- Varela, B.; Bernardi, R. (2000) “Defensas ante el estrés y defensas ante los conflictos. ¿Estamos ante el mismo concepto?” *En Revista Actualidad Psicológica*. 280. Buenos Aires.
- Vega, M. 2006 *Estilos de crianza y sus efectos. Taller para padres*, Instituto Alemán de Valdivia.  
[en línea] < [www.educarchile.cl](http://www.educarchile.cl) > [consulta: 06 junio 2010]
- Velásquez, J. (1998). *Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de carreras técnicas y tecnológicas*. Secretaria Distrital de salud de Santa Fe de Bogotá, D.C.
- Vielva, I., Pantoja, L. & Abeijon, J. (2001). Las familias y sus adolescentes ante las drogas. El funcionamiento de la familia con hijos de comportamiento no problemático,

- consumidores y no consumidores de drogas. Avances en drogodependencias. Bilbao, universidad de Deusto.
- Villa, M., Rodríguez, F. y Sirvent, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18(1), 52-58.
- Villatoro, J., Oliva, N., Mujica, R., Fregoso, D., Bustos, M., Mendoza, MA., López, MA. y Medina-Mora, ME. (2015). Panorama Actual del Consumo de Sustancias en Estudiantes de la Ciudad de México. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal, Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones; México, D.F.
- Villatoro, J., Moreno, M., Oliva, N., Fregoso, D., Bustos, M., Fleiz. C., Mujica, R., Mendoza, MA., López, MA y Medina-Mora, ME. (2013). *Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas en la Ciudad de México. Medición 2012*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Instituto para la Atención y la Prevención de las Adicciones. Administración Federal de los Servicios Educativos para el Distrito Federal. México D.F.
- Welte, J., Barnes, G., Hoffman, J. & Dintcheff, B. (1999). Trends in adolescent alcohol and other substance use: relationships to trends in peer, parent, and school influences. *Misuse* (34), 1427-1449.
- Wills, T. A., Gibbons, F. X., Gerrard, M., Murry, V. M. y Brody, G. H. (2003). Family communication and religiosity related to substance use and sexual behavior in early adolescence: A test for pathways through self-control and prototype perceptions. *Psychology of addictive*, 17, 312-323.

- Wood, M., Read, J., Mitchell, R. & Brand, N. (2004). Do parents still matter? Parent and peer influences on alcohol involvement among recent high school graduates. *Addict Behav*, 18(1), 19-30.
- Zapata, M. & Segura, A. (2007). Factores Predictivos del Resultado en el Tratamiento de Pacientes Farmacodependientes. *Revista Peruana de Drogodependencias*, 5(1), 159-185.
- Zapata, M. (2007). *9 Dominios para la recuperación de la enfermedad por alcohol y drogas: Principios y Guías*. Medellín: Publicación Carisma.
- Zapata, M. (2009). La Familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. *Revista CES Psicología*, 2(2), 86-94.
- Zych, I., Casal, G., & Rodríguez, S. (2012). El conocimiento y la difusión de las terapias conductuales de tercera generación en psicólogos españoles. *Anales de psicología*, 28(1), 11-18.

## **Anexos**

### **Anexo 1**

¿Cómo ejercitar la respiración profunda?

1° Acostado boca arriba con las rodillas flexionadas (se puede colocar un almohadón para ayudar a sostenerlas) y con una almohada bajo la cabeza; o sentado con las rodillas flexionadas y los hombros, el cuello y la cabeza relajados; o de pie en situaciones tranquilas.

2° Colocar una mano en la parte superior del pecho y la otra sobre el abdomen para poder percibir el movimiento del diafragma al respirar.

3° Aspirar lentamente por la nariz (aproximadamente tres segundos); la mano que está en el abdomen debe subir y la que está sobre el pecho permanecer quieta.

Nota: no es necesario respirar mucho aire, sino intentar que éste llegue hasta lo más profundo de los pulmones.

4° Exhalar lentamente (aproximadamente tres segundos), por la nariz o la boca, la mano que está sobre el abdomen debe recuperar la posición inicial y la mano en el pecho permanecer quieta.

5° Hacer una pausa antes de la siguiente inspiración

Nota: Es conveniente realizar estos ejercicios 5 a 10 minutos 3 a 4 veces al día y gradualmente aumentar el tiempo; también se puede incrementar la intensidad colocando un peso sobre el abdomen (un libro)

Al principio se requiere esfuerzo pero a medida que avanza el entrenamiento esta respiración se torna sencilla y automática.

¿Cuáles son sus ventajas?

El aire llega a todo el pulmón y la sangre se oxigena mejor

Requiere un mínimo esfuerzo muscular

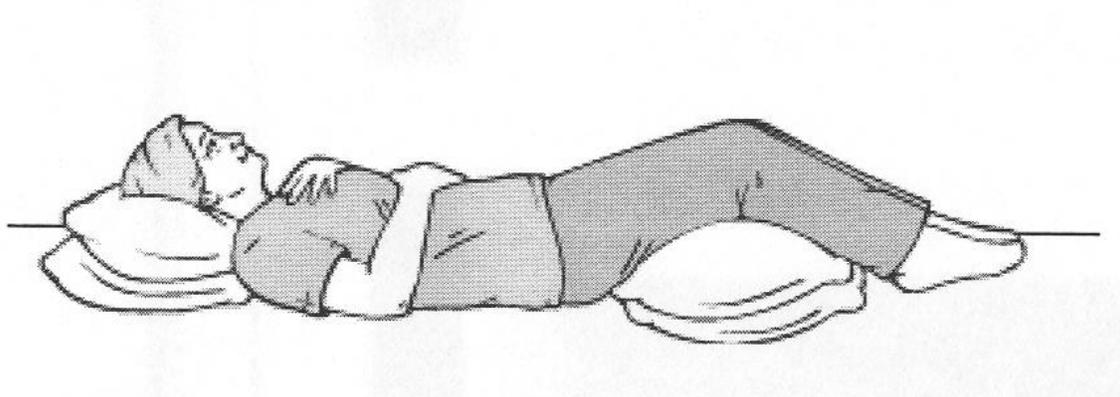
Disminuye el número de respiraciones por minuto

¿Cuándo se usa la respiración profunda?

Control crisis de angustia

Control de la respiración (cantantes, locutores)

Disminución del trabajo respiratorio (pacientes con EPOC)

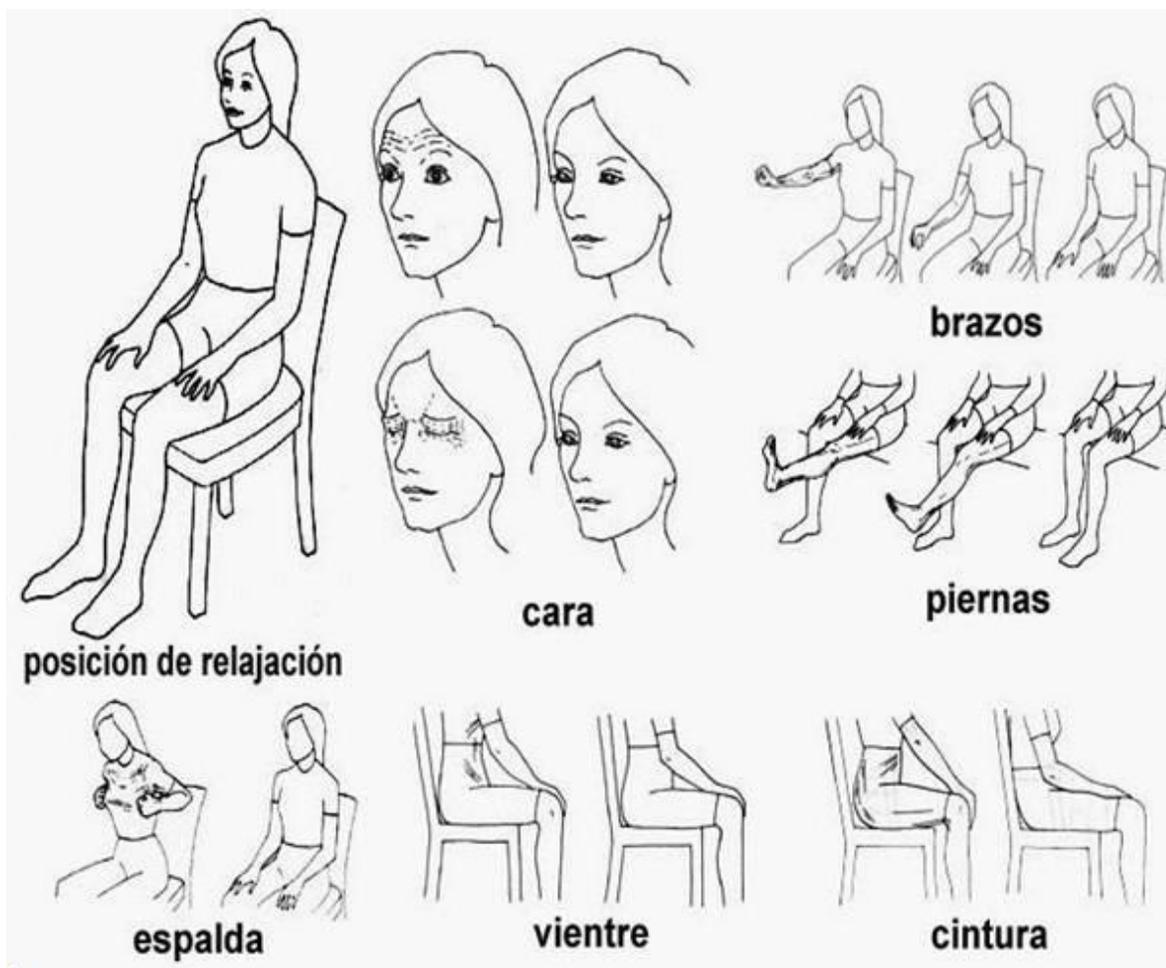


## **Anexo 2**

### **Relajación Muscular Progresiva ó de Tensión-Distensión**

el terapeuta debe enseñar al usuario que la relajación muscular le sirve para reducir los niveles de tensión que se acumulan en su cuerpo. La relajación muscular progresiva consiste en ir tensando y relajando los diferentes grupos musculares y da mejores resultados si se acompaña de la técnica de respiración correcta, al ir inhalando y exhalando respectivamente. El usuario debe aprender a diferenciar cuando sus músculos están tensos y cuando están relajados. El terapeuta deberá dar las siguientes indicaciones al usuario:

- Mantener una postura cómoda.
- Realizar la técnica de la respiración correcta (seguir las indicaciones de la respiración correcta).
- Inhalar el aire mientras vas tensando cada grupo muscular (dar las instrucciones por grupo muscular, por ejemplo: piernas, brazos, cara, etc.)
- Mantener el grupo muscular tenso de 5 a 10 segundos.
- Ahora vas a relajar hay los músculos lo más lentamente posible (de 10 a 15 segundos) y exhalar el aire.
- Cada vez que se tensa y relaja un músculo hay que concentrarse en la sensación que produce. El terapeuta guiará al usuario en la aplicación de la estrategia de relajación mediante tensión distensión.



### Anexo 3

#### Relajación Mental o por Imaginación:

- Imagínate que vas caminando por un prado de hierba muy verde situado entre altas montañas nevadas.
- Fíjate en las montañas a tu alrededor, son muy altas, y ves como contrasta el blanco de la nieve con el intenso color azul del cielo. Es mediodía y encima de ti brilla un sol muy radiante y luminoso. Mira el verde de la hierba, el blanco de la nieve de las montañas y el azul del cielo.
- La temperatura en ese lugar es muy agradable, no hace ni frío ni calor y sopla una agradable brisa templada que roza delicadamente sobre la piel de tu cara.
- Al caminar notas, ya que vas descalzo, el suave roce de la hierba bajo las plantas de tus pies. Puedes percibir el tacto de la hierba algo húmedo y fresco.
- Vas muy despacio deleitándote de todo lo que ves y sientes a tu alrededor.

- Tienes una gran sensación de tranquilidad y paz.
- Oyes el canto de los pájaros y los ves volar a tu alrededor.
- Fíjate ahora en las plantas, hierbas y flores que hay a tu alrededor. Hay pequeñas flores de colores muy vivos, blancas, amarillas, anaranjadas, azules... acércate a olerlas. Corta una flor y acércatela a la nariz. Huele su aroma mientras te concentras en el color de sus pétalos.
- Sigue caminando muy despacio, sin ninguna prisa, disfrutando del paseo.
- Mira los riachuelos de agua que bajan de las montañas formando pequeños arroyos, donde las aguas saltan, corren, formando pequeñas cascadas y tranquilas pozas. Concéntrate hasta que escuches el murmullo de las aguas...
- Ahora te vas a acercar a un arroyo y vas a agacharte e introducir tus dos manos unidas en el agua para recogerla y beber. Siente el frescor del agua en tus manos. Dirígelas a tu boca y bebe. Siente el agua fresca, pura, limpia y cristalina entrando en el interior de tu cuerpo. Esa agua revitaliza a todo tu organismo y te sientes lleno de salud y bienestar.
- Sigue tu paseo y fíjate en una pequeña planta de menta, acércate, y corta algunas hojas. Mastícalas y percibe el fuerte sabor a menta en tu paladar. Concéntrate hasta notarlo con total nitidez.
- Finalmente vas a buscar un sitio en ese lugar donde poderte tumbarte cómodamente. Túmbate y descansa, cierra los ojos y percibe los ruidos, los olores, la temperatura... y descansa profundamente, muy profundamente...



**Anexo 4**  
**Sesiones**

**SESIÓN 1. INFLUENCIA DE LA ADICCIÓN EN LA FAMILIA**

<b>Lugar en el que se llevará a cabo:</b>	<b>Responsable del evento:</b>
<b>Fecha:</b>	<b>Título del evento:</b> Afectación de la adicción en la familia
<b>Objetivo General:</b> Proveer información a los padres sobre ¿qué es una adicción? Y ¿cómo influye en la familia?	<b>Dirigido a:</b> Padres de familia

DURACIÓN	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO TEMÁTICO	TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DIDÁCTICOS AUXILIARES	EVALUACIÓN	RESPONSABLE	BIBLIOGRAFÍA
30 minutos	Evaluar a los padres a través de los pre-test y facilitar a los padres conocimiento básico sobre la adicción y como se esta se puede generar.	<p>Aplicación de los pre-test:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Escala de estilos de afrontamiento auto-modificador.</li> <li>2. Escalas evaluativas de cohesión y adaptación familiar II (Faces II)</li> </ol> <p>¿Qué es una adicción?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definición</li> <li>- Características</li> <li>- Criterios (DSM-IV)</li> <li>- Proceso adictivo</li> </ul> <p>Exposición de un caso</p>	Lluvia ideas Debate	Proyector Computadora Presentación de power point	Cuestionario de opción múltiple	Melina Rodríguez Mariana Palacios	AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
15 minutos	Proporcionar a los padres información sobre a influencia del consumo de drogas en la dinámica familiar	¿Cómo la adicción influye en la familia?		Proyector Computadora Presentación de power point	Cuestionario de opción múltiple	Melina Rodríguez Mariana Palacios	Torres, L. (2007). El adicto y la familia en recuperación. Anudando, 18-20.
	Facilitar a los padres información las consecuencias que traen las adicciones en diferentes ambientes.	Consecuencias		Proyector Computadora Presentación de power point	Cuestionario de opción múltiple		Comisión Nacional contra las Adicciones. (2012). "Prevención de las adicciones y promoción de

15 minutos							conductas saludables para una nueva vida, Guía para el promotor de Nueva Vida". México: CONADIC.
------------	--	--	--	--	--	--	--

## SESIÓN 2. PROBLEMAS EMOCIONALES ANTE LA ADICCIÓN DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA

<b>Lugar en el que se llevará a cabo:</b>	<b>Responsable del evento:</b>
<b>Fecha:</b>	<b>Título del evento:</b> Problemas emocionales ante la adicción de un miembro de la familia
<b>Objetivo General:</b> Aprender que son las emociones y como identificarlas.	<b>Dirigido a:</b> Padres de familia

DURACIÓN	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO TEMÁTICO	TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DIDÁCTICOS AUXILIARES	EVALUACIÓN	RESPONSABLE	BIBLIOGRAFÍA
20 minutos	Proveer a los padres de información acerca de las emociones y que logren identificarla	¿Qué son las emociones? - Que emociones existen - Emociones positivas y negativas	Lluvia de ideas	Computadora Proyector Presentación power point Video de identificación emocional	Cuestionario basado en el video Cuestionario de opción multiple		Vivas, M., Gallego, D. y González, B. (2007). <i>Educación las emociones</i> . 2da Edición. Venezuela: Producciones editoriales c.a.
40 minutos	Llevar a la practica la identificación de las emociones	- Identificación de emociones	Dinámica identificando emociones  Describiendo emociones  Técnica: Identificación de puntos candentes		Observación		<a href="http://www.youtube.com/watch?v=cQazJJNK2Xc">www.youtube.com/watch?v=cQazJJNK2Xc</a> (Video identificando emociones)  <a href="http://www.aulafacil.com/cursos/11591/psicologia/psicologia/taller-de-habilidades-sociales-y-comunicacion/dinamica-para-identificar-y-expresar-emociones-descubriendo-emociones">http://www.aulafacil.com/cursos/11591/psicologia/psicologia/taller-de-habilidades-sociales-y-comunicacion/dinamica-para-identificar-y-expresar-emociones-descubriendo-emociones</a> (Dinámica descubriendo emociones)  Apra.org.ar/revistadeapra/articulos/_tecnicas.pdf pagina 7

							(técnica de puntos candentes)
--	--	--	--	--	--	--	-------------------------------

### SESIÓN 3. APRENDIENDO A CONTROLAR EMOCIONES

<b>Lugar en el que se llevará a cabo:</b>	<b>Responsable del evento:</b>
<b>Fecha:</b>	<b>Título del evento:</b> Aprendiendo a controlar emociones
<b>Objetivo General:</b> Enseñar a los padres el control de sus emociones y como aplicar las técnicas	
<b>Dirigido a:</b> Padres de familia	

DURACIÓN	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO TEMÁTICO	TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DIDÁCTICOS AUXILIARES	EVALUACIÓN	RESPONSA BLE	BIBLIOGRAFÍA
20 minutos	Brindar información a los padres sobre sus emociones	Control emocional - Dar información de cómo controlar las emociones	Lluvia de ideas	Computadora proyector Presentación power point			Paredes, J., Oliva, F., Bernabe, S. y Gonzalez, J. (2011). Inteligencia emocional: Un enfoque desde la psicología positiva. Escuela de Administración Publica. Inglaterra.
40 minutos	Los padres deben adquirir y aplicar técnicas para controlar las emociones en distintos eventos.	Técnicas de control emocional - Auto Instrucciones positivas (ENOJO) - Cambio de pensamientos equivocados (TRISTEZA) - Tiempo fuera (ENOJO)	Demostración Role playing Moldeamiento	Computadora proyector Presentación power point	Registro de ocurrencia de situaciones emocionales  Lista de cotejo		Barragán, L. Flores, M. Morales, S. González, J. Martínez, M. (2007). Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios con Dependencia a Sustancias Adictivas. Manual del terapeuta. México: UNAM-CONADIC.

#### SESIÓN 4. DISMINUCIÓN DEL ESTRÉS Y LA ANSIEDAD ANTE EL CONSUMO

<b>Lugar en el que se llevará a cabo:</b>	<b>Responsable del evento:</b>
<b>Fecha:</b>	<b>Título del evento:</b> Disminución del estrés y la ansiedad ante el consumo
<b>Objetivo General:</b> Brindar información y técnicas para la disminución del estrés y la ansiedad en los padres de familia	
<b>Dirigido a:</b> Padres de Familia	

DURACIÓN	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO TEMÁTICO	TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DIDÁCTICOS AUXILIARES	EVALUACIÓN	RESPONSABLE	BIBLIOGRAFÍA
30 min.	Promover a los padres información acerca de que es el estrés y la ansiedad, para saber cómo influye en el ambiente familiar.	<p>¿Qué es el estrés y la ansiedad?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cómo afecta a cada miembro de la familia?</li> <li>- ¿Por qué se da a causa de la adicción de un miembro?</li> <li>- Dinámica identificando el motivo de mi estrés.</li> </ul>	Role-playing	Computadora Proyector Presentación power point	Una lista de respuesta correctas de acuerdo a cada caso del role-playing	Melina Rodríguez Mariana Palacios	Sierra, J., Ortega, B. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Rev. Mal-estar. Vol. 3 (1)
30 min.	Los padres deben adquirir el procedimiento correcto para llevar a cabo las técnicas de control ansiedad y estrés.	<p>Técnicas de control de ansiedad y estrés.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Respiración profunda</li> <li>- Relajación muscular progresiva o de tensión distensión.</li> <li>- Relajación mental o imaginaria.</li> </ul>	Demostración  Ensayos conductuales Modelamiento	Computadora Proyector Presentación power point	Feedback	Melina Rodríguez Mariana Palacios	Barragán, L. Flores, M. Morales, S. González, J. Martínez, M. (2007). Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios con Dependencia a Sustancias Adictivas. Manual del terapeuta. México: UNAM-CONADIC.

## SESIÓN 5. APRENDIENDO A COMUNICARNOS

<b>Lugar en el que se llevará a cabo:</b>	<b>Responsable del evento:</b>
<b>Fecha:</b>	<b>Título del evento:</b> Aprendiendo a comunicarnos
<b>Objetivo General:</b> Los padres logren aumentar las habilidades de comunicación en la familia	
<b>Dirigido a:</b> Padres de familia	

Duración	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO TEMÁTICO	TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DIDÁCTICOS AUXILIARES	EVALUACIÓN	RESPONSABLE	BIBLIOGRAFÍA
20 min.	Proveer a los padres la información correspondiente a la forma de comunicarse indicada para la resolución de sus problemáticas.	<p>¿Qué es la comunicación?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipos de comunicación que existen</li> <li>- ¿Cuál es el tipo de comunicación ideal?</li> </ul>	Exposición del caso	Computadora Proyector Presentación power point	Cuestionario	Melina Rodríguez Mariana Palacios	Carlos J. van-der Hofstadt (2003). El libro de las habilidades de comunicación. Madrid: Editorial Díaz de Santos.
25 min.	Proveer a los padres técnicas para poder llevar a cabo una comunicación adecuada.	<p>Estrategias para mejorar la comunicación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contacto visual</li> <li>- Gesticulación</li> <li>- Confianza en un uno mismo</li> <li>- Modulación de tono de voz</li> <li>- Dinámica “¿Qué errores tuve al comunicarme?”</li> </ul>	Lluvia de ideas  Philipps 66	Computadora Proyector Presentación power point	Feedback	Melina Rodríguez Mariana Palacios	Galindo, J. (2011). Reseña de “estrategias de comunicación”. Razon y palabra, 16 (45).
15 minutos	Demostrar que existe una forma correcta de comunicarse	<p>Llevar a la práctica lo aprendido</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnica de comunicación “actúa como un espejo”</li> </ul>	Mirroring	Computadora Proyector Presentación power point	Observación		Ortigasa, J. (2002). La terapia centrada en la persona. Universidad Pontificia de Comillas. Madrid.

--	--	--	--	--	--	--	--

### SESIÓN 6. COMO LLEGAR A UN BUEN AFRONTAMIENTO

<b>Lugar en el que se llevará a cabo:</b>	<b>Responsable del evento:</b>
<b>Fecha:</b>	<b>Título del evento:</b> Como llegar a un buen afrontamiento
<b>Objetivo General:</b> Los padres tengan conocimiento sobre el afrontamiento y sus estrategias de afrontamiento.	<b>Dirigido a:</b> Padres de familia

DURACIÓN	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO TEMÁTICO	TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DIDÁCTICOS AUXILIARES	EVALUACIÓN	RESPONSABLE	BIBLIOGRAFÍA
30 min.	Proveer a los padres la información sobre el afrontamiento y los estilos de afrontamiento	¿Qué es el afrontamiento? <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estilos de afrontamiento:</li> <li>- Emocional</li> <li>- Evitador</li> <li>- Inactivo</li> <li>- Tolerante</li> <li>- Controlador</li> <li>- Asertivo</li> <li>- Apoyador</li> <li>- Independiente</li> </ul> Ejercicio Identificando el estilo de afrontamiento	Lluvia de ideas	Computadora Proyector Presentación power point	Cuestionario de Imágenes de estilos de afrontamiento	Melina Rodríguez Mariana Palacios	Mora, J; Natera, G; Tiburcio, M., Lopez, F. (2010). ¿Qué hacer ante el consumo de alcohol o drogas? Orientación para familiares. México Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente
30 min.	Conocer las estrategias de afrontamiento para un adecuado control de la problemática	Estrategias de afrontamiento <ul style="list-style-type: none"> <li>- Confrontación</li> <li>- Planificación</li> <li>- Aceptación de la responsabilidad</li> <li>- Distanciamiento</li> <li>- Autocontrol</li> <li>- Reevaluación positiva</li> <li>- Escape o evitación</li> <li>- Búsqueda de apoyo social</li> </ul>	Lluvia de ideas	Computadora Proyector Presentación power point		Melina Rodríguez Mariana Palacios	Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.

## SESIÓN 7. PRACTICANDO EL AFRONTAMIENTO

<b>Lugar en el que se llevará a cabo:</b>	<b>Responsable del evento:</b>
<b>Fecha:</b>	<b>Título del evento:</b> Practicando el afrontamiento
<b>Objetivo General:</b> Los padres hagan uso de técnicas y habilidades de afrontamiento para mejorar la problemática que genera el abuso del consumo de sustancias de su hijo	<b>Dirigido a:</b> Padres de Familia

DURACIÓN	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO TEMÁTICO	TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DIDÁCTICOS AUXILIARES	EVALUACIÓN	RESPONSA BLE	BIBLIOGRAFÍA
20 min.	Proporcionar a los padres estrategias cognitivas para la disminución de estrés y logren llegar a un afrontamiento.	<b>ESTRATEGIAS CONGNITIVAS:</b> Técnica de solución de problemas <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación del problema</li> <li>- Descripción del problema</li> <li>- Lista de jerarquía de sucesos estresantes y no estresantes</li> <li>- Consecuencia</li> <li>- Evaluación</li> </ul> Auto-refuerzos Reestructuración cognitiva	Demostración Role playing	Computadora Proyector Presentación power point	Observación de la demostración	Melina Rodríguez Mariana Palacios	Poggioli, L. (1997). Enseñando a aprender: estrategias cognitivas. Fundación polar: Caracas.
40 min.	Proporcionar a los padres estrategias conductuales para la disminución de estrés y logren a un afrontamiento.	<b>ESTRATEGIAS CONDUCTUALES:</b> Exposición de Imaginería Exposición graduada Entrenamiento en habilidades sociales Desviación de la atención	Modelamiento	Computadora Proyector Presentación power point	Observación	Melina Rodríguez Mariana Palacios	Bados, A., Garcia, E. (2011). Tecnicas de exposición. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.

### SESIÓN 8. CONCLUSIÓN DEL PROGRAMA

<b>Lugar en el que se llevará a cabo:</b>	<b>Responsable del evento:</b>
<b>Fecha:</b>	<b>Título del evento:</b> Conclusión del programa
<b>Objetivo General:</b> Retroalimentar a los padres acerca del programa y lo aprendido	
<b>Dirigido a:</b> Padres de familia	

DURACIÓN	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO TEMÁTICO	TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DIDÁCTICOS AUXILIARES	EVALUACIÓN	RESPONSABLE	BIBLIOGRAFÍA
40 min	Permitir a los padres exponer lo que aprendieron de cada sesión con la finalidad de verificar que el contenido de la intervención quede claro.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exposición de los padres de lo aprendido en la sesión 1</li> <li>- Exposición sesión 2</li> <li>- Exposición sesión 3</li> <li>- Exposición sesión 4</li> <li>- Exposición sesión 5</li> <li>- Exposición sesión 6</li> </ul>	Clase expositiva	Computadora Proyector Presentación power point	Observación	Melina Rodríguez Mariana Palacios	
10 min.	Invitar a los padres a reflexionar acerca del contenido del programa de intervención.	Reflexión de lo aprendido  Experiencias del programa				Melina Rodríguez Mariana Palacios	
10 min.	Realizar los post-test y concluir y agradecer el programa de intervención	Aplicar los post-test Conclusiones y Agradecimientos				Melina Rodríguez Mariana Palacios	