

DEPARTAMENT DE PSICOLOGIA EVOLUTIVA I DE
L'EDUCACIÓ

EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL
ALCOHOLISMO CON ESTUDIANTES DE CUARTO AÑO
DEL BACHILLERATO EN LA REPÚBLICA DOMINICANA.

ANA FLORIBE JIMÉNEZ TEJADA-BEATO

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA
Servei de Publicacions
2011

Aquesta Tesi Doctoral va ser presentada a València el dia 13 de maig de 2011 davant un tribunal format per:

- Dra. Consuelo Cerviño Vázquez
- Dra. Concepción Medrano Samaniego
- Dr. Pedro Miguel Apodaca Urquijo
- Dra. Alejandra Cortés Pascual
- Dra. Lucía I. Llinares Insa

Va ser dirigida per:

Dra. Ana Isabel Córdoba Iñesta

©Copyright: Servei de Publicacions
Ana Floripe Jiménez Tejada-Beato

I.S.B.N.: 978-84-370-8504-3

Edita: Universitat de València
Servei de Publicacions
C/ Arts Gràfiques, 13 baix
46010 València
Spain
Telèfon:(0034)963864115

UNIVERSIDAD DE VALENCIA



UNIVERSITAT DE VALÈNCIA
Departament de Psicologia Evolutiva
i de l'Educació

DOCTORADO:

EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA
DE PREVENCIÓN DEL ALCOHOLISMO
CON ESTUDIANTES DEL CUARTO AÑO
DEL BACHILLERATO
EN LA REPÚBLICA DOMINICANA.

- TESIS DOCTORAL -

Presentada por:

ANA FLORIBE JIMÉNEZ (TEJADA BEATO)

Dirigida por:

Dra. Doña ANA ISABEL CÓRDOBA

VALENCIA, 2011

DEDICATORIA

Dedico esta Tesis a Dios y a mis Ángeles celestiales por darme la perseverancia, fortaleza y todos los recursos que necesité para terminar exitosamente este proyecto. Así mismo, les doy las gracias también por haberme dado la oportunidad de contribuir a través de este estudio a un mundo mejor.

Esta tesis se la dedico también a mi esposo, hijos, nietos, y a todas las personas que han contribuido con su motivación y apoyo durante todos estos años de lucha y largas horas de trabajo.

También esta Tesis está dedicada a todos los jóvenes del mundo para que antes de abusar del alcohol piensen si vale la pena destruir su mente, su cuerpo y su espíritu por un momento de placer que luego, es muy posible se les convierta en una enfermedad incurable como es el alcoholismo.

AGRADECIMIENTO

Esta Tesis es el resultado de la contribución de muchas personas e instituciones. Gracias a la Universidad de Valencia en España y a la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) en la República Dominicana. Gracias por la generosidad de permitirme obtener este grado Doctoral.

Hay muchas personas que han sido parte fundamental en esta Tesis, por lo tanto es necesario nombrar algunas para manifestarles mi agradecimiento. Comenzaré por la Directora del Programa de Psicología en la Universidad de Valencia, Doctora Consuelo Cerviño, que con su dedicación y esfuerzo en este Programa Doctoral a contribuido a ayudar a muchas personas que como yo hemos estado en necesidad de esa mano amiga.

Mi gratitud eterna para la Directora de esta Tesis la Doctora Ana Córdoba, por las sugerencias y apoyo profesional que recibí en todos los momentos difíciles durante el transcurso de este trabajo.

A René, mi esposo me tomaría mucho espacio manifestarle mi agradecimiento y para explicarle lo que este trabajo ha significado para mí. ¡GRACIAS!

Agradezco inmensamente toda la cooperación del personal del Distrito Escolar #7 de Villa Tapia incluyendo los Directores/as en cada una de las escuelas donde se implementó el trabajo de campo para este estudio. Gracias también a los estudiantes participantes que de una manera maravillosa aceptaron cooperar en este estudio. Igualmente, quiero manifestarles mi agradecimiento a los padres de dicho Distrito por permitir la participación de sus hijos en los talleres ofrecidos para este estudio.

Mi agradecimiento eterno para Yamilka González, por haber sido como un verdadero Ángel para mí en la biblioteca de la Universidad Carlos Albizu del recinto de Miami.

Por último, quiero bendecir y agradecer eternamente a cada persona que de una manera u otra ha contribuido para que esta Tesis haya podido ser completada. Quiero pedirles perdón por no poder escribir sus nombres, como es de suponer, el espacio protocolar me lo impide, sin embargo, estarán escritos en el libro de mi vida permanentemente. ¡Gracias y bendiciones para todos !

ÍNDICE

PÁGINA

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

JUSTIFICACIÓN

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO ACERCA DEL PROBLEMA DEL ALCOHOLISMO DE MANERA GLOBAL.

CAPÍTULO I:

HISTORIA E INVESTIGACIONES ACERCA DEL ALCOHOLISMO.

1.1. Análisis diacrónico de la enfermedad del alcoholismo.....	27
1.2. Concepto sobre el alcoholismo.....	29
1.3. Personalidad alcohólica.....	34
1.4. Causas y efectos del alcohol en el organismo.....	37
1.4.1. Causas.....	37
1.4.2. Efectos.....	38
1.5. Investigaciones sobre el alcoholismo.....	44
1.5.1. Fases del alcoholismo.....	45
1.5.2. Predisposición genética del alcoholismo.....	47

CAPÍTULO II:

ADOLESCENCIA Y EL CONSUMO DE ALCOHOL.

2.1. Características de la adolescencia.....	55
2.1.1. Cambios en el área cognitiva.....	60
2.1.2. Cambios en el área social y familiar.....	63
2.2. Factores de riesgo.....	67
2.3. Influencia de los amigos y el alcohol.....	82
2.4. Consumo de alcohol en los jóvenes: Puerta abierta para el uso de otras drogas y conductas problemáticas.....	86

CAPÍTULO III:

LA FAMILIA Y EL ALCOHOLISMO.

3.1. Conceptos generales de la familia y el alcoholismo.....	97
3.2. Comunicación de los padres con los hijos acerca del consumo del alcohol.....	108
3.3. Detectores e indicadores de consumo de alcohol en los jóvenes.....	111
3.4. Pautas para evitar el consumo precoz de alcohol en los jóvenes.....	113
3.5. Familia disfuncional debido al alcoholismo.....	113
3.5.1. Conceptos de la familia disfuncional.....	114
3.5.2. Teorías a partir de las investigaciones científicas acerca de esta familia disfuncional.....	116
3.5.3. Roles de conductas que adquieren algunos miembros de las familias disfuncionales.....	121
3.5.4. La codependencia emocional en algunas familias disfuncionales.....	125
3.5.5. Recomendaciones para la familia disfuncional.....	127

CAPÍTULO IV:

AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA.

4.1. Teorías acerca del autoconcepto.....	135
4.2. Teorías acerca de la autoestima.....	137
4.3. La adolescencia y su relación con el autoconcepto y la autoestima.....	139
4.4. La importancia del autoconcepto y la autoestima en los jóvenes para su desarrollo positivo escolar y en la vida.....	142
4.5. Sugerencias para mejorar el autoconcepto y la autoestima en la adolescencia.....	145

CAPÍTULO V:

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL ALCOHOLISMO

5.1. Programas preventivos en el uso de las drogas.....	151
5.2. Programas de prevención de drogas en el ámbito escolar....	158

CAPÍTULO VI:

SEGUNDA PARTE: DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS E HIPÓTESIS.

6.1.- Objetivos Generales.....	167
Objetivos Específicos - Hipótesis	

CAPÍTULO VII:

MUESTRA, PROCEDIMIENTO, VARIABLES DE ESTUDIO E INSTRUMENTOS.

7.1. Muestra.....	169
7.2. Procedimiento.....	175
7.3. Variables de estudio.....	177
7.3.1. Variables Independientes.....	177
7.3.2. Variables Dependientes.....	178
7.4. Instrumentos.....	178

CAPÍTULO VIII:

ANÁLISIS Y RESULTADOS DE LOS DATOS ESTADÍSTICOS.

8.1 Análisis.....	189
8.1.1 Análisis de la Homogeneidad de la muestra.....	189
8.1.2. Análisis del Cuestionario del Alcoholismo.....	189
8.1.3. Análisis del Cnario. "Autoconcepto Forma AF5".....	190
8.2 Resultados.....	191

8.2.1 Resultados sobre la homogeneidad de la muestra.....	191
8.2.2 Resultados cuestionario de alcoholismo.....	198
8.2.3. Resultados cuestionario "AF5".....	205

CAPITULO IX:

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

9.1. Discusión.....	217
9.2. Conclusiones.....	224

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....228

CONSULTAS DE INTERNET

LISTADO DE LOS ANEXOS

ANEXO NO.1: Carta enviada al Distrito Seis solicitando permiso para implementar el Programa W.I.N.G.S. en mi trabajo de investigación.

ANEXO NO.2: Traducción de esta carta al español por la autora de esta investigación

ANEXO NO.3: Carta del Distrito 6 aprobando usar el Programa W.I.N.G.S.

ANEXO NO.4: Traducción de la carta del Distrito Seis autorizando el permiso para usar el Programa W.I.N.G.S. en esta investigación.

ANEXO NO.5: Carta de información al Director del Liceo Jaime Molina Mota.

ANEXO NO.6: Carta de información a la Directora del Liceo Salomé Ureña.

ANEXO NO.7: Carta de información a la Directora del Liceo Hermanas Mirabal.

ANEXO NO.8: Cartas enviadas a los padres solicitando permiso para que sus hijos-as participaran de manera voluntaria en el programa de prevención del alcoholismo

ANEXO NO.9: Instrumento - "Autoconcepto Forma AF5 de los autores Fernando García y Gonzalo Musitu (2001).

ANEXO NO.10: Instrumento para coleccionar los datos relacionados con la ingesta de alcohol en la adolescencia de las autoras Elvira Repetto y María P. Senra (1998).

ANEXO NO.11: Certificado del Liceo Salomé Ureña de Henríquez.

ANEXO NO.12: Certificado del Liceo Jaime Molina Mota.

ANEXO NO.13: CD acerca del componente del Programa WINGS - (Historia Real - "Real Story" Véase en el Capítulo VII [acápites 7.3]). Esta parte fue traducida y adoptada a los talleres impartidos a los estudiantes participantes

de esta Tesis.

ANEXO NO.14: Direcciones y Agencias en el Internet para consultas.

ANEXO NO.15: Sinopsis Sociodemográfica de la República Dominicana. (Este anexo #15 está extraído y copiado exactamente del internet).

JUSTIFICACIÓN:

Desde hace muchos años me ha preocupado el abuso del alcohol por parte de muchas personas de diferentes edades (niños de nueve años hasta personas ancianas de más de noventa) en mi pueblo natal de Villa Tapia, en la República Dominicana. Debido a esta problemática socio-cultural suceden muchos crímenes entre familias de esta comunidad, muertes por accidentes de tránsito, violencias domésticas, divorcios, deserción escolar, entre otros males que han venido afectando directamente a muchas familias de este pueblo y a la sociedad en general. Aproveché mi trabajo de investigación para implementar un programa de prevención del alcoholismo con jóvenes del tercer año del bachillerato en la Escuela Secundaria de este pueblo (Jiménez, 2006).

Cuando inicié este programa pensaba continuarlo inmediatamente para mi Tesis Doctoral con un segundo grupo de jóvenes de esta misma escuela. Sin embargo, a medida que el primer grupo de estudiantes empezó su clase de prevención del alcoholismo, la mayoría de ellos comenzaron a reconocer los síntomas y conductas de las personas afectadas por el alcohol. Entre éstos se encontró que algunos de los profesores estaban afectados por los efectos del alcohol. Algunos de ellos manifestaban comportamientos típicos de personas que abusaban de esta droga, lo cual era muy notorio. Especialmente los lunes cuando se podía notar claramente que aún continuaban con los ojos enrojecidos, con mal carácter, olor a alcohol, lucían cansados y sudorosos. Ante esta situación, este grupo de estudiantes, en conjunto con algunos de sus padres, me manifestaron su preocupación acerca de este problema. Tanto la mayoría de los estudiantes participantes de los talleres como sus padres me sugirieron ofrecer estos talleres a los profesores también. Consideré apropiado comunicarle al Director del Distrito 07 en el cual estaba trabajando la magnitud de este problema. Este Director manifestó su preocupación al enterarse de este comportamiento por parte de esos profesores. Inmediatamente convocó una reunión con todos los Directores de las Escuelas pertenecientes a este Distrito para discutir este problema. Durante esta reunión, a la cual fui invitada, acordamos impartir los talleres de prevención de alcoholismo a todos los Directores de Escuelas de dicho Distrito con la finalidad de que ellos se comprometieran a enseñar los conocimientos adquiridos a todos los profesores bajo su supervisión, con el fin de

contribuir a disminuir el abuso del alcohol y a concientizarlos en la necesidad de que ellos mismos se convirtieran en modelos saludables para su alumnado. De acuerdo a un cuestionario aplicado a estos directores de escuelas encontramos que solamente dos de los cuarenta y un participantes habían tomado talleres de prevención del alcoholismo anteriormente. Es importante señalar que el primer grupo de estudiantes participantes del cual hablé anteriormente, también se convirtieron en multiplicadores para prevenir el abuso del alcohol. Acordamos durante los talleres que ellos escogerían trabajar en el nivel primario para enseñarles a grupos de niños y niñas acerca del daño del alcohol. En la República Dominicana es obligatorio hacer sesenta horas de trabajo comunitario para obtener el diploma de bachillerato y éste fue el trabajo que ellos escogieron (Orden Departamental 5'97/Pág. 44, 2003).

Después de haber comprobado en nuestra primera investigación la magnitud del problema del abuso del alcohol en los jóvenes de Villa Tapia y su entorno decidimos retomar nuestro trabajo con los adolescentes para llevar a cabo uno de nuestros objetivos: evitar o disminuir el consumo abusivo de alcohol en los jóvenes de Villa Tapia a través de talleres educativos multiplicadores a un mayor número de sujetos.

Para el trabajo de esta Tesis Doctoral escogimos una población de estudiantes del cuarto teórico (último grado del bachillerato). Teniendo en cuenta que esta droga psicoactiva y legal (alcohol) es parte de la cultura dominicana, sugerimos a los estudiantes participantes utilizar el material que ofrecimos en los talleres para aplicarlo a los futuros estudiantes del nivel primario con los que ellos trabajarían en un futuro. Esperamos que estos talleres continúen de manera permanente en las escuelas y centros educativos de Villa Tapia como en cualquier otro lugar en el país y que el trabajo de esta Tesis ofrezca una aportación novedosa y ampliada a través de la implementación continuada de estos talleres.

Más adelante, después de haber terminado de darles los talleres a los estudiantes, me reuní con personas influyentes e interesadas en la problemática de Villa Tapia para comentarles la magnitud del abuso del alcohol en esta localidad. Ante esta severidad social nos comprometimos a continuar trabajando todos en conjunto para contribuir a disminuir esta epidemia a través de una Fundación. Actualmente presido esta Fundación sin fines de lucro. Ésta quedó establecida el día cuatro (04) del mes de Junio del año 2007 con el

nombre de "Fundación para Prevenir el Alcoholismo y otras Adicciones" (con la sigla de FUPRECA). De conformidad a los artículos 42 del Código de Comercio y el 5, párrafo 1 y 11 de la ley 122-05.

INTRODUCCIÓN:

Faltan palabras para poder describir la forma descomunal del consumo del alcohol en los países donde esta droga es permitida. Secades Villa (1996) indica que en los últimos treinta años el consumo del alcohol a nivel mundial aumentó del 30 al 500 per capita, según los países. Este mismo autor nos ofrece otra información acerca de un estudio llevado a cabo por ECA (Epidemiological Catchment Area- Área de Recuperación de Datos Epidemiológicos) en el 1988, que fue el primero en utilizar los criterios diagnósticos del DSM-III (Diagnostic Psychiatry Manual-Manual Diagnóstico de Psiquiatría). En este estudio se nos informa que en los Estados Unidos existía en esa época una prevalencia del alcoholismo entre el 7 y el 12 por 100 en toda la población norteamericana y concluyó que "el alcoholismo es un trastorno típico de los jóvenes y no de la gente adulta". Grant (2000) estima que casi uno de cada cuatro niños por debajo de la edad de 18 años viven en hogares en Estados Unidos donde algunos de los miembros abusan del alcohol.

En otro estudio llevado a cabo en Estados Unidos en el 1999 por el "Center for Science in the Public Interest Alcohol Policies Project Publication" (<http://www.cspinet.org/alcohol/> Centro de las Ciencias para el Interés Público Relacionadas con las Políticas sobre el Alcohol para un Proyecto de Publicación) encontraron que el alcohol era la droga "número uno", la más usada y abusada en los jóvenes y que ésta mataba cada año más jóvenes que todas las demás drogas combinadas (Santrock, 2002). Este estudio explica que este abuso del alcohol a tan temprana edad puede causar graves problemas de salud para los niños y jóvenes y a la misma vez ser el precursor para el uso de otras drogas. En esa época, cuando se llevó a cabo este estudio, la edad promedio de los jóvenes que comenzaban a tomar alcohol era de 13 años. En cambio, el Programa de "Substance Abuse and Mental Services Administration" conocido con las siglas de "SAMHSA's" (Programa para Administración de Sustancias Controladas y Salud Mental) ofreció datos en conjunto con La Oficina de "National Survey On Drug Use And Health" (Oficina Nacional sobre el uso de Drogas y la Salud) de un estudio llevado a cabo por la "Office of Applied Studies" (OAS) (Oficina de Estudios Aplicados) (2006 y 2007) encontró que los jóvenes desde los 12 a 17 años ya tomaban alcohol en combinación con otras drogas ilícitas.

Wong, Silverman y Bigelow (2004, en Higgins, Silverman Heil,

2008) presentan lo establecido por el "U.S. National Survey on Drug Use and Health" (Investigación Nacional de los Estados Unidos sobre el Uso de Drogas y la Salud) indicando que el abuso del alcohol y la dependencia de éste representan el problema de salud más grande en los Estados Unidos y en la mayoría de los países industrializados. Los autores Ray, Hutchison y Hauser (2008) corroboran con lo expuesto en el párrafo anterior indicando que el alcohol es altamente prevalente en los Estados Unidos al igual que en la mayoría de los países occidentales. Estos autores informan que en un 90% de los norteamericanos han tenido alguna experiencia con alcohol durante sus vidas, y un gran número de ellos ha desarrollado uno o más problemas relacionados con el alcohol. Higgins, Silverman, y Heil (2008) presentan los datos del 2005 ofrecidos por "Substance Abuse and Mental Health Services Administration" indicando que 18.6 millones (7.8%) en las edades de 12 años o mayores reunían el criterio en cuanto al abuso del alcohol o la dependencia en los Estados Unidos.

Según Bukstein (2009), en un estudio llevado a cabo por la "National Survey on Drug Use and Health" (NSDUH) (Investigación Nacional sobre el uso de Drogas y la Salud) bajo la dirección de SAMHSA en 2006 con jóvenes estadounidenses entre las edades de 12 a 17 años, se encontró que 4.3 millones de ellos se habían iniciado en el consumo del alcohol. De acuerdo al National Institutes of Health (NIH) (Institutos Nacionales de la Salud) la edad legal permitida para consumir alcohol en los Estados Unidos es de 21 años. Específicamente, se encontró un 12.0 por ciento de los nativos hawaianos; un 15.5 por ciento entre los demás asiáticos; un 19.0 por ciento de los afro americanos; un 21.7 por ciento entre los indios nativos americanos de Alaska; un 25.9 por ciento entre los hispanos y un 32.3 por ciento entre los blancos estadounidenses. En relación al género se encontró que el grupo de los varones ingería mayor cantidad de alcohol y con más frecuencia que el grupo de las chicas, aunque la diferencia ha disminuido en las últimas dos décadas. Otro resultado de este estudio indicó que el uso regular del alcohol es más alto entre el grupo de jóvenes de raza blanca y el más bajo entre los jóvenes asiáticos. (Pág. 3818-19).

De acuerdo al "National Institutes of Health" (NIH) (2007) (Institutos Nacionales para la Salud), en el 2005 el "National Survey on Drug and Health" (Investigación a Nivel Nacional sobre el Uso de las drogas y la Salud) en Estados Unidos se estimaba que habían

11 millones de jóvenes por debajo de la edad permitida tomando alcohol, 41% de ellos pertenecientes al octavo grado de la primaria, 63 % del 10o grado y 75 % del 12o grado de la secundaria. El porcentaje de los estudiantes universitarios experimentando con alcohol fue del 87%.

También se han llevado a cabo estudios con población hispana. Por ejemplo, en Estados Unidos se llevó a cabo un estudio con estudiantes hispanos conducido por Epstein, Botvin y Diaz (2000) para analizar el consumo de alcohol entre los jóvenes hispanos aculturados a las costumbres y estilos de vida norteamericana y con los jóvenes hispanos no aculturados. Estos autores señalaron la importancia de entender que la población de los jóvenes hispanos en las universidades de los Estados Unidos no ha sido lo suficientemente estudiada en relación al consumo de alcohol. Sin embargo, estos autores informan que en un estudio llevado a cabo en "National Surveys" (Investigación Nacional) reportaron que los estudiantes hispanos tenían un promedio más alto en el consumo de alcohol que otros grupos étnicos. Además, se encontró que el consumo de alcohol podía ser asociado a bajo niveles de aculturación, ya que los estudiantes con un alto nivel de aculturación demostraron menor consumo. Igualmente se encontró que los adolescentes que hablaban inglés y español con sus amigos y sus padres reportaron un alto consumo de alcohol significativo comparado con los adolescentes que solamente hablaban español.

El problema de los riesgos de la aculturación en los adolescentes, la dificultad que muchos de ellos tienen para acoplarse a la nueva cultura y la presión en el nuevo ambiente los lleva a adoptar un comportamiento riesgoso, incluyendo el uso de alcohol y otras drogas. Para entender lo expuesto en la investigación anterior, es importante considerar lo expresado por Matsumoto (2000), referente al proceso de aculturación. Este autor define aculturación al cambio de creencias, valores, y modificación en la conducta como una manera de readaptarse a un nuevo ambiente.

La Universidad del Estado de Oregón en Estados Unidos, condujo un estudio en agosto del 2007 acerca de la adopción de la cultura y la forma de vida americana. El resultado fue, que este proceso de aculturación incrementa la probabilidad del uso de drogas ilegales y el consumo nocivo de alcohol entre los inmigrantes hispanos. Parte de los resultados de este estudio indicó también, que es 13 veces más probable que un adolescente hispano aculturado a la cultura

norteamericana denuncie el uso de las drogas ilegales que los no aculturados. El 7 por ciento de los estudiantes hispanos aculturados reportó haber usado drogas ilícitas dentro del último mes de este estudio, en comparación con el 6.4 por ciento de los anglos y menos de 1 por ciento de los hispanos no aculturados.

Pese a que los estudios anteriores se centraban en el consumo de alcohol en jóvenes, en otros estudios también toman en consideración el abuso del alcohol por parte de personas en edad adulta. Así, en el estudio llevado a cabo por la Investigación Nacional sobre la Salud y el Uso de Drogas en el 2004, ("National Survey on Drug Use and Health"), se estimó que el abuso del alcohol también era habitual en adultos. De este modo, se encontró que en Estados Unidos habían 14 millones de adultos que reunían los criterios del Manual Estadístico y Diagnóstico de los Desórdenes Mentales (DSM-IV) ("Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) debido al abuso del alcohol o su dependencia. (Schroeder y Kelley (2008).

En Europa las investigaciones también ponen de manifiesto su preocupación por el problema del consumo del alcohol en los jóvenes especialmente por el inicio de esta droga a muy temprana edad, lo cual puede provocar adicciones futuras al alcohol y a otras drogas (Guerra-Sirera, 2008).

Pérez (2008) informa acerca de un artículo presentado por Obrador (2008) señalando que en España la edad de inicio en el alcohol se ha rebajado a los 11 años para el primer contacto y a los 13,8 años de media. Pérez (2008) llevó a cabo un estudio en la comunidad Valenciana (España) encontró que el 50% de los adolescentes entre 14 y 18 años admitieron haber bebido en el último mes de la entrevista. Otro resultado en este mismo estudio indicó que los padres entrevistados expresaron que éste es el segundo problema más importante de la juventud, aunque solamente el 52% habla de ello con sus hijos acerca del peligro del consumo indebido de esta droga (el alcohol).

De acuerdo a la Fundación para el estudio Prevención y Asistencia a las drogodependencias (FEPAD) (16-09-2008), en Europa el abuso del alcohol es responsable de una de cada cuatro muertes entre jóvenes varones de 15 a 29 años. Como consecuencia, 57,000 de ellos mueren cada año aproximadamente debido a los efectos del alcohol. Algo muy similar ocurre en los Estados Unidos. Ham y Hope (2003) indican que la mayor cantidad de accidentes en este país en

los jóvenes entre las edades de 17 a 24 años se debe al consumo excesivo de alcohol.

Pérez (2008) llevó a cabo un estudio en colaboración con los cerveceros de España y el apoyo del Ministerio de Medio Ambiente, Medio Rural y Marino contó también con la colaboración de la Confederación Española de Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos y la Confederación Católica Nacional de Padres de Familia y Padres de Alumnos para elaborar un plan de apoyo a la campaña de sensibilización "Los Padres tienen la palabra" con el objetivo de promover la educación en la formación de sus hijos y a través de esta Campaña generar actitudes responsables y positivas en el consumo de alcohol.

Basándonos en lo expuesto más arriba, es necesario reconocer y respetar las costumbres de los pueblos. Sin embargo, muchas veces algunas de estas costumbres contribuyen al detrimento social para algunos de los miembros del grupo. Por ejemplo, durante la investigación de este trabajo hemos observado comportamientos que creemos son dignos de ser citados. Uno de esto es el de Senra Varela (2003) quien indica que antiguamente en España se usaba como una costumbre de parte de algunos padres ofrecerles vinos dulces a sus hijos para estimularles el apetito y, aún más lejos, les ofrecían cerveza, con la creencia que esta bebida les daría vigor físico. También dice esta autora que a los bebés se les mojaba el chupete con anís con la esperanza que estos párvulos durmieran mejor. De acuerdo a esta autora, a principios de este siglo algunos colegios tenían por costumbre y como una tradición ofrecerles cerveza o licores dulces en las vacaciones navideñas a los estudiantes. En este contexto podemos añadir que hoy en día en España se permite vender y consumir cervezas y vinos en las cafeterías de algunas universidades. ¿Será este comportamiento una extensión cultural de las tradiciones españoles desde el comienzo del consumo de esta droga? Hemos observado a muchos estudiantes consumiendo bebidas alcohólicas de manera abusiva en las cafeterías dentro de algunas universidades y nos preguntamos, ¿cómo es esto posible? ¿Se justifica este comportamiento alegando que los estudiantes son mayores de edad? En ningún momento hemos observado que se les solicite prueba de su edad a estos estudiantes consumidores de esta droga permitida cuando les vendían estas bebidas.

Del mismo modo, durante nuestra investigación de esta tesis observamos un panorama aún peor en la República Dominicana ya

explicado anteriormente. Por lo tanto, creemos que es muy posible encontrar estudiantes menores de 21 años consumiendo alcohol en recintos universitarios. Teniendo estas observaciones en cuenta, traemos a colación estudios recientes de Guerri Sirera (2008) donde se indica que el cerebro de los adolescentes está en una fase de maduración y desarrollo y que hasta los veintiún años éste no ha terminado su desarrollo total, de manera que cualquier sustancia neurotóxica altera su desarrollo.

Respecto a los países latinoamericanos, en 2004 la Organización Panamericana de la Salud indicó que el alcohol es un problema de salud pública para la mayoría de estos países por su alto consumo. Señala este estudio que, a pesar de la alta aceptación que tiene su consumo, el mismo no deja de presentar riesgos para la salud considerando que el alcohol es una droga intoxicante que produce dependencia. Además, informa que en el año 2000 murieron más de 275,000 personas por causas directamente relacionadas con el alcohol y más de 10 millones de años de vida fueron perdidos en discapacidades o muertes causadas por el consumo del alcohol. Este estudio indica que el coste económico asociado al alcohol en la sociedad es enorme. Finalmente añade que en los Estados Unidos se estima que el coste del alcohol por año es aproximadamente 148 mil millones de dólares, incluyendo 19 mil millones de dólares en costos asociados a la atención de salud. En el Canadá el coste económico del consumo de alcohol representa 2.7 del producto bruto nacional, lo cual equivale a 18.4 mil millones de dólares. (pág.8).

Concretamente en la República Dominicana, (R.D.) (localizada en el Caribe y donde se hizo el estudio de esta Tesis), desde el inicio de nuestra investigación (2006-2009) es fácil ver niños de 8 y 9 años comprando alcohol. Por ejemplo, en la comunidad vecina al lugar donde hicimos este estudio observamos estos niños comprando ron en un establecimiento comercial local. Reunían el dinero haciendo un "serrucho" (lenguaje coloquial en R.D. que significa colecta grupal) y en pocas horas los vimos deambulando por las calles y callejones de la vecindad exhibiendo una conducta ebria.

Un caso, entre muchos otros, que consternó a la mayoría de la ciudadanía dominicana fue publicado en el periódico "Diario Libre" Sección de Noticias, el día 28 de diciembre del 2005. Este caso sucedió específicamente en la provincia de Puerto Plata, parte norte de la R.D. Un abuelo que residía en este pueblo obligó a dos de sus nietos entre las edades de un año y otro de cinco, a tomar tragos

de ron y, como consecuencia de este consumo de alcohol indebido, a las pocas horas murió el niño de cinco años y el otro fue ingresado en el hospital en la unidad de cuidados intensivos. Hay que añadir que en la República Dominicana se venden bebidas alcohólicas a los conductores a través de las ventanillas de los locales comerciales, es decir, por vía rápida mientras éstos conducen sus vehículos. Esta modalidad contribuye a que cada día se produzcan innumerables accidentes de tráfico en el país, los cuales no se notifican al departamento de tránsito correspondiente debido a que, si se hace, las pólizas de los seguros de automóviles no asumen la responsabilidad del accidente si éste ha sido ocasionado por manejar bajo la influencia del alcohol u otra droga. Existe un acápito en las pólizas de seguro que indica que no se cubrirán los daños por este concepto (esta información se encuentra en las pólizas de los seguros de vehículos en el artículo 25- acápito D. pág. 5). Cuando tratamos de obtener las estadísticas correspondientes en el Departamento Central de la Policía Nacional ésa fue la información que recibimos.

Otras investigaciones en América Latina y el Caribe hechas por Pyne, Claeson y Correia (2002) encontraron que el consumo de alcohol en los jóvenes cada vez comienza a una edad más temprana.

Recientemente Matos (2009) llevó a cabo una investigación en la República Dominicana (R.D.) en la cual se encontró que estudiantes del sexto y octavo grado de primaria consumían alcohol todos los días y otro grupo lo hacía por lo menos dos días a la semana. En adicción, este estudio informa que un 8.4 % de los estudiantes del sexto y octavo grado admitió que tomaba alcohol todos los días y un 5.7% que consumía drogas a diario. Se informó también que el 9.9% de niños entre 10 y 12 años decía que tomaba alcohol una o dos veces por semana y el 2.6% afirmaba que consumía drogas con esa misma frecuencia. Matos (2009) presentó otras cifras encontradas en un estudio llevado a cabo por "Convivencia Escolar en República Dominicana", donde se encontró que un 8.3% de los estudiantes consultados informaba que tenía fácil acceso al alcohol y otras drogas por lo que se consideró que este grupo de jóvenes vivían en un ambiente de alto riesgo.

En otro orden, Álvarez-Vega (2005), ofrece datos del estudio "jóvenes -99" con los auspicios de la AID, UNICEF, Johns Hopkins University y Promoción de la Juventud. Se encontró que el 40% de los jóvenes dominicanos consumían bebidas alcohólicas y casi uno de cada diez se embriagó durante el mes precedente a la encuesta.

Este mismo estudio indicó que el consumo de alcohol aumenta con la edad y casi el 20% de los adolescentes de 12 a 14 años consumió bebidas alcohólicas durante ese período. Se encontró también que los jóvenes de 12 a 14 años de ambos sexos consumían alcohol prácticamente de manera similar. De acuerdo a este mismo autor Álvarez-Vega (2005), en otro estudio llevado a cabo en R.D. titulado "Estudio Nacional de Conductas de Riesgo y Factores Protectores en Escolares", se tomó una muestra de 2,023 estudiantes de secundaria donde encontraron que el 81% de los estudiantes encuestados consumía alcohol esporádicamente.

En 2004 el Consejo Nacional de Drogas (CND) en R.D. hizo una encuesta a nivel nacional sobre el consumo de diferentes drogas legales e ilegales con estudiantes cursando el 8º grado de la educación Básica, 2º y 3º. Grado de la Secundaria en centros educativos públicos y privados. Se tomó una muestra de 5,075 estudiantes para estimar cual de las drogas tenía el mayor consumo entre los estudiantes. Los resultados indicaron que las bebidas alcohólicas ocuparon el primer lugar entre las demás drogas con un consumo de 66.73% por partes de los jóvenes escolares (CND, 2005).

Son muchas las personas de todos los niveles sociales que están consternados por el descuido de los gobiernos de turno que no se preocupan en imponer que se cumplan las leyes y por la protección a los tantos niños y jóvenes muriendo o sufriendo de daños irreversibles tanto en la salud física como en la mental. En adicción, estos gobiernos de turno tampoco se preocupan en lo más mínimo en impedir la publicidad del alcohol por todos los medios de comunicación y a todas horas. A través de todo el país las distancias de un pueblo a otro, paraje o camino vecinal en las carreteras en el país están marcadas por las más conocidas licoreras. A pocos metros de muchos centros educativos (en algunas escuelas al frente de éstas) (incluyendo escuelas de niños y adolescentes) se pueden observar letreros y todo tipo de publicidad de las licoreras con anuncios provocadores y subliminales incitando a consumir cervezas, ron y otras bebidas alcohólicas. Muchos ciudadanos están enfurecidos por el descuido y la falta de atención hacia tanto niños y niñas incluyendo muchísimos jóvenes de diferentes edades que no reciben la más mínima prevención y orientación ante el peligro de esta droga psicoactiva, el alcohol. Ante esta falta de ética y conciencia humanitaria muchos representantes de la mayoría de las iglesias dominicanas manifiestan continuamente su preocupación

ante esta epidemia social como es el caso del arzobispo de La Rosa y Carpio de Santiago (R.D.). Este sacerdote aprovecha sus sermones para hacerle entender a los presentes la falta de conciencia y la indiferencia ante el abuso del alcohol y sobre todo critica muy fuertemente la venta de licores a los menores violando todas las leyes universales.

Ante esta realidad es necesario buscar la manera de prevenir que las nuevas generaciones sean más víctimas de esta epidemia del consumo del alcohol en la Republica Dominicana. Prevenir su abuso es lo más recomendado. Y una forma de prevenirlo es a través de la aplicación de programas educativos combinados con otros componentes en la población más vulnerable como es la adolescencia como veremos en el capítulo V.

Esta Tesis Doctoral está dividida en varios capítulos que abarca gran parte de lo relacionado al alcohol y otras variables relacionadas como la autoestima. Será, pues, una continuación del trabajo de Investigación presentado anteriormente para llenar los requisitos de esta Tesis Doctoral.

La primera parte corresponde al Capítulo I compuesto por el Marco Teórico, con una visión global acerca del problema del alcoholismo. Incluye una investigación científica acerca del alcohol y la enfermedad del alcoholismo desde las informaciones que nos ofrece la historia hasta los últimos descubrimientos en este campo. Incluimos además, un análisis diacrónico de la enfermedad del alcoholismo, concepto de alcoholismo, personalidad alcohólica, causas y efectos del alcohol en el organismo, fases del alcoholismo, investigaciones sobre el alcoholismo, predisposición genética del alcoholismo y vulnerabilidad genética relativa al alcohol en gemelos idénticos y fraternales.

El Capítulo II desarrolla la adolescencia y el consumo de alcohol. Enfocamos las características de la adolescencia, los cambios en el área cognitiva, de personalidad, social, relaciones de amistad y de familia. Discutimos los factores de riesgo, la delincuencia juvenil y el alcohol. Explicamos el daño que ocasiona el consumo de alcohol en los jóvenes e indicamos como este consumo a tan temprana edad puede ser una puerta abierta para experimentar con otras drogas.

El Capítulo III trata acerca de la familia y el alcoholismo. Explicamos los conceptos generales de la familia y el alcoholismo, la comunicación de los padres con los hijos acerca del consumo del

alcohol, los detectores e indicadores de consumo de alcohol en los jóvenes, las pautas para evitar el consumo precoz de alcohol en los jóvenes, el deterioro en la comunicación en la familia cuando existe alcoholismo, conductas típicas de los miembros de la familia con alcoholismo existente, familia disfuncional debido al alcoholismo, conceptos de la familia disfuncional, teorías a partir de las investigaciones científicas acerca de esta familia disfuncional, la co-dependencia emocional en algunas familias disfuncionales, los roles de conductas que adquieren algunos miembros de este tipo de familia, la conveniencia de buscar ayuda profesional cuando se convive en una familia disfuncional y finalmente ofrecemos recomendaciones para la familia disfuncional.

En el Capítulo IV tratamos el autoconcepto y la autoestima, discutimos estos dos conceptos, algunas de sus teorías y su importancia en los jóvenes para su desarrollo positivo escolar y en la vida. Ofrecimos sugerencias para mejorar el autoconcepto y la autoestima.

En el Capítulo V presentamos los programas de prevención del alcoholismo ofrecidos a los participantes de este estudio.

La segunda parte tiene un carácter empírico, en la que se presentan los objetivos generales y específicos, las hipótesis, el diseño que utilizamos en este estudio y los instrumentos de medida. Posteriormente, se explican los análisis estadísticos que usamos para obtener los resultados de dicho estudio. Al final presentamos la discusión y la conclusión con la bibliografía, consultas de internet y los anexos.

PRIMERA PARTE:
MARCO TEÓRICO ACERCA DEL PROBLEMA DEL ALCOHOLISMO DE
MANERA GLOBAL.

CAPÍTULO I: HISTORIA E INVESTIGACIONES ACERCA DEL ALCOHOL.

1.1. Análisis diacrónico de la enfermedad del alcoholismo.

Numerosos investigadores coinciden con la consideración de que las bebidas alcohólicas han sido consumidas y disfrutadas desde tiempos inmemorables (Pérez, 2008). De Acuerdo a Doisenbant Y Rchetta (2004) los orígenes del alcoholismo es una tarea muy difícil de determinar cuándo comenzó. Estos autores informan que para ello necesitamos remontarnos a épocas más allá de lo que la historia pueda registrar, desde la prehistoria hasta tiempos previos a la aparición del hombre.

En cambio, otros autores como Senra (2003), indican que las bebidas alcohólicas no se conocieron hasta el siglo VIII d.C. Afirma que se cree que el origen puede que surgiera en algún monasterio y que tal vez lo elaboraban con fines medicinales. Sin embargo, el uso del alcohol es tan antiguo que no hay datos fiables que puedan informar cuándo éste se comenzó a usar por primera vez (Jiménez, 2006). Así, Blachford y Krapp (2003) informan de un alquimista de origen español de nombre Arnold of Villanova fue el primero en preparar alcohol puro en los años 1235 y 1311.

Por su parte, Campbell y Graham (1991) y Alonso-Fernández (1992) creen que el alcohol apareció con las más antiguas civilizaciones que recuerde la historia. Estos autores basan su teoría indicando que la fermentación del azúcar se produce espontáneamente en la naturaleza. Sugieren comprobarlo poniendo sobre la mesa frutas como uvas de verano, damascos o melones. Según estos autores el origen de la palabra alcohol proviene del árabe que significa "esencia". Presentan otra información acerca de la regulación de los establecimientos de bebidas en el más viejo código de leyes conocido como el código de Hammurabi de Babilonia. En éste se explicaban los trastornos que producía a la sociedad el consumo abusivo del alcohol. Este código tenía normas que regulaban el uso del alcohol y la sanción por su abuso. En otro orden, informan la manera que los egipcios usaban el alcohol como una bebida recrea-

tiva. Sin embargo, los egipcios ya en ese tiempo tenían normas que señalaban quiénes podían beber, cuándo y los motivos que tenían para hacerlo.

De acuerdo a lo relatado por Fray Ramón Pané (en Fernández, 1969), se cree que los indígenas en las islas del Caribe preparaban una bebida que ellos llamaban "xixá". Su fabricación consistía en hacer una mezcla con el maíz el cual dejaban fermentar por un tiempo para luego tomarlo y sentir sus efectos eufóricos. Generalmente esta bebida era consumida por los indígenas durante sus celebraciones.

Otros investigadores creen que las primeras bebidas alcohólicas se produjeron de manera casual o accidental. Algunos indican que los primeros hombres encontraron frutas o raíces de plantas fermentadas, las tomaron, sintieron sus efectos placenteros y relajantes y continuaron experimentado con estas bebidas hasta descubrir sus efectos tóxicos también. Algunos estudios antropológicos sugieren que los pueblos de Mesopotamia fueron los primeros en elaborar bebidas alcohólicas de forma sistemática. Se cree que los fenicios llevaron la vid a Grecia aproximadamente 600 años A.C. Más adelante, los romanos con el gobierno de Julio César, introdujeron la vid en varios países de la Europa mediterránea como España, Francia, Italia y Portugal. En América llegó la actividad vinícola con la llegada de la conquista española. Después del año 800 se expande por Europa el proceso de destilación y son los árabes a quienes se les atribuye su perfeccionamiento. Sin embargo, existe la creencia de que ya en China se conocía este procedimiento muchos siglos antes de Cristo y de que este descubrimiento lo mantuvieran oculto hasta el primer siglo de nuestra era que fue cuando los árabes construyeron el primer alambique. De esta manera comenzó el perfeccionamiento de la destilación atribuida a los árabes (Fundación de Investigaciones Sociales A.C. FISAC, 2009).

Sin embargo, autores como Freixa y Sánchez-Turet (1999), creen que las bebidas alcohólicas fermentadas son un descubrimiento reciente de la humanidad, de manera que no podemos determinar con exactitud cuándo comenzaron a usarse, aunque tenemos datos que nos informan que su aparición va más allá de lo que podríamos sospechar en la antigüedad, de 8.000 a 10.000 años. Estos autores se basan en la teoría de que, para la fermentación de los azúcares procedentes de vegetales, era y es necesaria la existencia de envases. Es decir, que para poder obtener bebidas alcohólicas era necesario

contar con recipientes donde se pudieran guardar adecuadamente y se pudiera llevar a cabo el proceso de fermentación.

En otros documentos adicionales encontramos más información de cómo las bebidas alcohólicas estaban relacionadas con lo divino y con lo religioso. Hay varias leyendas, mitos y creencias, procedentes de diferentes partes del Globo Terrestre, atribuidas al alcohol. Por ejemplo, en el área mediterránea podemos encontrar algunas de estas creencias. En Grecia y Roma se le atribuían poderes al Dios Baco-Dionisio. Los griegos veneraban a Dionisio, al cual en Roma lo llamaban Baco y le atribuían características de todo lo relacionado con las fiestas. Los egipcios creían que el dios Osiris le había dado a conocer el vino; además, ellos también producían cervezas fermentadas de la cebada miles de años A.C. (Jiménez, 2006). Las bebidas fermentadas son las más antiguas y se cree que su utilidad data desde la época neolítica (Mujica- Silvestriz, 2005).

En adición a lo dicho, autores como Wagner (2003), indican que el uso del alcohol juega un papel muy importante desde tiempos inmemorables. En muchas culturas se ha usado para dar inicio a un brindis, para celebrar la entrada a un nuevo año, para brindar por la felicidad de los novios y en algunas religiones ha tenido y aún tiene un papel simbólico. Este autor también dice que el vino o la cerveza se consumen regularmente durante las comidas y éstas se considerarían incompletas sin su existencia. Sin embargo, debemos precisar que cuando el uso del alcohol se consume de manera abusiva buscando placer y relajamiento es posible convertirse en un dependiente del alcohol y llegar al alcoholismo. Es necesario tener en cuenta que el alcohol no es un estimulante sino, al contrario, es un depresor (Santrock, 2002, Blachford y Krapp, 2003). Así, Mukamal y Rimm (2001) creen que el consumo moderado de alcohol al igual que otras drogas, tienen beneficios medicinales siempre que su consumo sea moderado y no interfiera con algún problema de salud. Comparados con los daños que este consumo inflige en muchos casos como son: conflictos familiares, problemas comunitarios, gastos excesivos y disminución de la productividad, etc., los riesgos sociales y psicológicos que esto conlleva, sin embargo, exceden los beneficios.

1.2. Concepto sobre el alcoholismo:

Varios autores como Alonso-Fernández (1992), indican que no fue hasta el 1849 que un médico sueco de nombre Magnus Huss em-

pezó a llamar la condición de dependencia y del hábito abusivo del alcohol con el nombre de alcoholismo. En cambio, Fabiani (1991), cita a Rush (1790), considerado el padre de la psiquiatría norteamericana, como el precursor o pionero en afirmar que el alcoholismo era una enfermedad. Jellinek (1960), preocupado por este trastorno o síndrome, consideraba que el consumo de toda bebida alcohólica que cause daño a la persona o a la sociedad se considera propio de una persona alcohólica.

Según la definición taxonómica del alcoholismo se trata de la dependencia o abuso del alcohol como una sustancia psicoactiva que puede manifestarse desde el principio de la adolescencia hasta los últimos años de la edad adulta. De esta manera se determinó que una persona sufre de alcoholismo cuando el consumo de alcohol es excesivo e interfiere con su salud física y mental, con sus relaciones interpersonales, y cuando sus actividades económicas y sociales son afectadas (Asociación Americana de Psiquiatría, 1987 -American Psychiatric Association 1987).

Otros investigadores como Kuczkowski (2003) definen el alcoholismo como una enfermedad crónica primaria con factores etiológicos multifactoriales que incluye factores genéticos, psicosociales y ambientales. No es considerado como un desorden causado solamente por los genes, explica Schuck (2006, en *edicineNet.com*). Algunas personas se convierten en alcohólicas por razones multifactoriales, como el ambiente al que están expuestos, biológicas, y psicológicas. Esta enfermedad se encuentra en todas las razas, niveles socio-económicos y educativos desde los iletrados hasta los más intelectuales.

Por otra parte, Sánchez-Turet (1999) provee una información muy valiosa acerca de cómo ha sido conceptualizado el alcoholismo después de finalizada la Segunda Guerra Mundial en lo que se conoce como región geopolítica denominada "occidental". Dice que en el 1945, la "Académie de Médecine" de Francia definió el alcoholismo como "El consumo de alcohol que sobrepase un gramo de alcohol por kilogramos de peso corporal y día". (Pag.28) Añade otra definición ofrecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS). En 1950 la OMS consideraba el alcoholismo como: "Toda ingestión que exceda al consumo alimenticio tradicional y corriente o sobrepase el marco general de los hábitos sociales propios del medio considerado, cualesquiera que sean los factores etiológicos responsables y sea cual sea la etiología de dichos factores: Herencia, constitución física o

influencias psicopatológicas o metabólicas adquiridas" (pág. 28).

En el año 1951, la OMS reconoció formalmente al alcoholismo como una enfermedad crónica, progresiva y potencialmente fatal, la cual se caracteriza por la capacidad de tolerancia del alcohol, la dependencia física y psicológica de esta droga (McClellan, 2004). Esta enfermedad es tratable, pero no curable. Las personas pueden recuperarse en la medida que se abstengan de tomar y consumir esta droga y tienen una excelente oportunidad de llevar una vida sana y productiva. Es progresiva porque va empeorando con el transcurso del tiempo y puede causar la muerte prematura, por suicidio, homicidio o complicaciones en el organismo (Campbell y Graham, 1991 y Fabiani, 1991). Jang (2005), cree que uno de cada nueve personas que consumen alcohol puede llegar a padecer de alcoholismo. En 1979 se acordó, dentro de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE), que la enfermedad del alcoholismo estaría clasificada en el CIE como "síndrome de dependencia alcohólica" (SDA). No obstante este convenio, muchos autores continúan llamándole alcoholismo (Freixa y Sánchez-Turez, 1999).

La Asociación Médica Estadounidense, la Asociación Siquiátrica Estadounidense, la Asociación de Hospitales de Estados Unidos, la Asociación Psicológica Estadounidense, la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Colegio Estadounidense de Médicos, de manera independiente y todos en conjunto, han identificado oficialmente al alcoholismo como una enfermedad (Schaefer, 2002).

Donde no hay acuerdo es en la consideración de cuándo una persona puede calificarse como alcohólica. Por ejemplo, Jellinek (1960) divide tres tipologías o categorías:

1) *Uso*: cuando la persona consume alcohol de manera moderada y tiene episodios esporádicos de intoxicación.

2) *Abuso*: Si la persona muestra evidencias de dependencia psicológica.

3) *Alcoholismo*: Cuando la persona ya ha adquirido una dependencia del alcohol psicológica y física y cuando el individuo es persistente en la búsqueda del alcohol.

En contraste con el paradigma presentado por Jellinek (1960) los autores Mack, Franklin y Frances (2003) indican que cuando las personas se abstienen de beber por largos periodos de tiempo, muy pronto pierden el control y empiezan a tomar alcohol de nuevo. Además, desarrolla un alto grado de tolerancia. Estos autores des-

criben la tolerancia alcohólica cuando el organismo de la persona se ha acostumbrado al consumo de alcohol de manera paulatina. En cambio, si la persona necesita el alcohol para poder lidiar con los problemas diarios de la vida, como el stress o cualquier otra situación emocional y para ello necesita sedarse usando alcohol como una "muleta mental", esta persona cae en la categoría de dependiente psicológico. Además, el abuso del alcohol es cuando la persona toma más de lo indicado, de acuerdo a las normas establecidas y a su peso corporal.

Otros investigadores como Bratter y Forrest (1985), y González Menéndez (1992), han encontrado algunas diferencias en las diferentes etapas del alcoholismo y consideran que una persona está legalmente bajo los efectos del alcohol cuando la sangre alcanza un nivel de alcohol mínimo de 80 a 100 miligramos por mililitro (100 mg. %). Sin embargo, para que se considere una intoxicación aguda debe haber una concentración en la sangre de 20-99 mmg. % causando cambios en la conducta como son incoherencia en el pensamiento, incoordinación muscular, desequilibrio físico produciéndoles dificultad para caminar, hablar y dificultad para mantenerse parado o parada. Cuando la persona tiene niveles de alcohol en la sangre de 200-299 mg% generalmente siente náusea, vómitos, y ataxia (dificultad en la coordinación de los movimientos). Si el nivel de sangre alcanza los niveles de alcohol de 300-399 mg. % es posible que desarrolle hipotermia (temperatura por debajo de lo normal), amnesia y los primeros síntomas anestésicos se manifiestan. Cuando el nivel de sangre alcanza niveles de alcohol de hasta 400-700 mg. % la persona sufre de coma, paro respiratorio y la muerte puede ocurrir. (pág. 50).

Como consecuencia de lo expuesto más arriba, González Menéndez (1992) destaca el efecto tóxico en el organismo del alcohol cuando éste sobrepasa ciertas concentraciones y, por consecuencia, todas las células corren el riesgo de dañarse o destruirse. Este autor indica que cuando el alcohol se metaboliza se convierte en acetaldehído, ésta es una sustancia soluble en agua y de efecto aún más tóxico que el mismo alcohol.

Por su parte, el Instituto Nacional sobre el Abuso del Alcohol y el Alcoholismo (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, NIAAA-1990) ofrecen las definiciones presentadas por del tipo de persona que consume alcohol en tres categorías: las personas que toman poco alcohol, las personas que no dependen del alcohol y

tienen dificultades secundarias cuando consumen alcohol y las personas que son dependientes del alcohol y sufren de la enfermedad del alcoholismo.

Sin embargo, Kalyanam (2004) contrarrestando lo indicado por los anteriores autores, opina que la enfermedad del alcoholismo se determina cuando el consumo de alcohol de la persona interfiere con su salud física o mental, en el aspecto social y cuando la familia se ve afectada por este abuso. De acuerdo a este autor, el alcoholismo está dividido en dos categorías: Dependencia y abuso. Considera que las personas que sufren dependencia del alcohol tienen el desorden más severo, ya que experimentan tolerancia baja la cual consiste en una necesidad marcada por el aumento de alcohol hasta alcanzar el grado de intoxicación o el efecto deseado. Por su parte, Wagner (2003) cree que lo que distingue a un alcohólico de un bebedor social es que la persona alcohólica es la que bebe de forma excesiva y sin control sin considerar las consecuencias a la persona u otros.

Los autores Ray, Hutchison, y Hauser (2008, en Craighead(a), Miklowitz, y Craighead (b), 2008) indican que se puede considerar que una persona abusa del alcohol solamente si ésta ha sido diagnosticada indicando que la ausencia de la dependencia del alcohol ha sido establecida. En adicción a esto, estos mismos autores enfatizan que para que una persona reciba el diagnóstico de *abuso de alcohol* necesita reunir uno o más de los siguientes criterios:

a) Al recurrir al uso del alcohol tuvo la consecuencia de faltar al cumplimiento de sus obligaciones de mayor responsabilidad como el trabajo, escuela o con los deberes con su familia.

b) Debido al uso continuo del alcohol se vio en situaciones físicas de peligro.

c) Debido al uso relacionado con el alcohol se vio envuelto en problemas legales.

d) Uso continuado del alcohol a pesar de haber enfrentado problemas de índole sociales o interpersonales causados por los efectos del alcohol. (Pág. 509).

Elaborando esta parte, Ray y otros (2008, en Craighead y otros, 2008) clarifican que aunque solamente uno de los criterios presentados arriba es necesario para el diagnóstico de abuso de alcohol, los síntomas deben haber sido consistentes por un periodo de doce meses y conllevar un proceso clínico y significativo de dolor y sufrimiento.

De la misma manera, Tseng (1991) indica que se pueden distinguir el abuso y la dependencia del alcohol considerándolos de la forma siguiente: la dependencia envuelve más los factores biológicos, en cambio el abuso envuelve los factores psicológicos.

Concretamente, en la República Dominicana Seale (2005) presentó talleres relacionados con el consumo de alcohol y la dependencia. Durante éstos introdujo la Unidad Estándar de Bebidas (UBE). Una UBE contiene 10 gramos de alcohol puro. Por ejemplo:

- Una copa de vino (100-125 cc)
- Una cerveza (200-330 cc)
- Medio Whisky (25-35cc)

Por lo regular cada país emplea diferentes definiciones para cada unidad de bebida o una bebida estándar debido a las diferencias en los volúmenes habituales. Por ejemplo:

- Una bebida estándar en Canadá es igual a: 13,6 gramos de alcohol puro.
- Una bebida estándar en UK es igual a: 8 gramos.
- Una bebida estándar en U.S.A. es igual a: 14 gramos.
- Una bebida estándar en Australia o en Nueva Zelanda es igual a: 10 gramos.
- Una bebida estándar en Japón es igual a: 19.75 gramos. (Babor y Higgins-Biddle, 2001, pág. 30).

1.3. Personalidad alcohólica.

Según las investigaciones llevadas a cabo por Black (2002), no hay una personalidad específica en la conducta de las personas alcohólicas. Esta autora se basa en que los alcohólicos difieren en sus hábitos en cómo beben; por ejemplo, indica que algunas personas beben a diario, otros en ocasiones, algunos se mantienen abstemios durante largos intervalos, en cambio otros beben enormes cantidades y otros no. A pesar de las muchas teorías en relación a si verdaderamente hay una personalidad alcohólica específica, Williams (1996) presenta algunas conductas y actitudes que según él son casi universales en los alcohólicos y adictos a otras drogas. Estas conductas han sido observadas por este autor en su práctica psiquiátrica por más de veinte años y son las siguientes: impaciencia, impulsividad, inmadurez emocional en su desarrollo y edad cronológica, falta de sentido y tacto, grandiosidad, falso sentido de control, intolerancia y estado de ánimo disfórico, decepción personal y por supuesto, mecanismos de defensa de negación, racionalización,

proyección, y minimización. En adicción, este mismo autor indica que además, los adictos presentan un cuadro clínico de un estilo de vida distorsionado, usualmente escapando de las responsabilidades, buscando personas para que los cuiden, mintiendo acerca del uso del hábito de usar alcohol u otra droga, igualmente mienten acerca de sus vidas, no están dispuestos a cooperar en mejorar sus relaciones interpersonales ni tampoco desarrollan intimidad por su estilo de vida de aislamiento.

Por su parte, Lammoglia (2000) opina que existe una personalidad alcohólica en sí misma y que supone una de las causas que conducen al uso y al abuso del alcohol. Según este autor esta característica constituye un desorden afectivo que hace que la persona, tarde o temprano, consuma el alcohol para satisfacer una necesidad emocional.

En este mismo sentido, Marone (2001) y Washton y Zweben (2006), indican que el alcoholismo y las adicciones en general son un desorden afectivo, aunque algunos especialistas en la salud mental no estén totalmente de acuerdo en establecer un patrón definido acerca de la personalidad de los adictos al alcohol.

Fisher y Roget (2009) indican que son muchas las investigaciones que se han hecho para identificar la personalidad alcohólica pero que hasta el presente no ha habido una investigación que apoye la existencia de este tipo de personalidad. En este mismo sentido, Babor y Caetano (2006) indicaron que se necesitan más investigaciones en este concepto de la personalidad alcohólica antes de poder usar este diagnóstico en la práctica clínica. Otros autores, como Fisher y Roget (2009), sugieren que sí existen algunas características dentro de la personalidad de algunos individuos que pueden comportar riesgos para desarrollar el abuso o dependencia del alcohol. Las describen de la forma siguiente: *personalidad extrovertida* (ej. personalidad con sensación de búsqueda, asertividad, sociabilidad, dominante y aventurera), *personalidad neurótica* (ej. personalidad ansiosa, deprimida, culpable y de baja autoestima), *personalidad psicótica* (ej. agresividad, impulsividad, testarudo/a, creatividad y antisocial). Estos autores elaboran estos conceptos indicando que una personalidad con las características de "extraversión" es posible que use el alcohol por su efecto eufórico y refuerzo social (Fisher y Roget (2009). En cambio, al referirse a la personalidad psicótica la definen como aquellas personas que viven sin una planificación previa, actuando sin medir las consecuencias a

largo plazo y con la tendencia a recibir gratificación inmediata. Es por ello que esta conducta los lleva a buscar los efectos eufóricos y desinhibidores que produce el alcohol. La otra característica denominada antisocial es un componente psicóticoide relacionado con el desorden del alcohol, demostrando mayor severidad en todo lo relacionado a su conducta. Según estos autores estas características son independientes una de otra y no tienen porque desarrollarse en el individuo simultáneamente.

Margolis y Zweben (1998), basados en su experiencia y observaciones clínicas con pacientes adictos, definen a los adictos al alcohol como personas narcisistas y con mucho desorden de personalidad. Muchos de estos adictos al alcohol u otras drogas generalmente desarrollan varios mecanismos de defensa como la proyección, al igual que manifiestan síntomas de personalidad "borderline" ("ya casi"), como desórdenes afectivos, inestabilidad interpersonal en sus relaciones, impulsividad; generalmente tienen problemas en el control de la rabia, manifiestan conducta suicida, presentan problemas de identidad, así como sentimientos de soledad y vacío interior entre otros síntomas. Creen que las personas que han abusado del alcohol u otras drogas por mucho tiempo han sido clasificadas de manera estereotipadas por los profesionales de salud mental por considerarlos como deficientes de carácter. Alonso-Fernández (1992) cita al siquiatra Fouquet (1959), al considerar que "el alcohólico es el tipo de enfermo más desagradable y que crea más problemas". Creemos que expresiones como éstas proyectan poca empatía y muy poca ética profesional.

Por su parte, Pancheri (1979) y Lammoglia (2000) creen que los adictos al alcohol son personas con un bajo nivel emocional para tolerar emociones penosas y esto los hace caer dentro de un tipo de personalidad específica. Estos autores consideran que los alcohólicos tienen una personalidad inadecuada y un desorden de la personalidad que continuamente tratan de ocultar, a lo cual ellos llaman "una personalidad deformada y perturbada". Según estos autores, cuando las etapas afectivas en el desarrollo de una persona son afectadas, esto puede traer consecuencias desastrosas para la vida adulta. Si la persona no busca ayuda profesional para reconocer sus ansiedades inconscientes o conscientes es muy posible que busque un estímulo sedante en la bebida.

"...En la personalidad alcohólica se encuentra siempre un patrón de dependencia con ira reprimida, un sentimiento de ser rechazado

por los padres y un intenso deseo de afecto. Existe también un sentimiento de culpa a causa del resentimiento que tienen hacia la vida o hacia los padres, así como un sentimiento de inferioridad a causa de su pasividad y dependencia". (Lammoglia, 2000, P.31).

Por otra parte, en un estudio llevado a cabo en España por Bravo de Medina Hernández, Echeburúa Odriozola y Aizpiri Díaz (2008) con el objetivo de estudiar los trastornos de la personalidad alcohólica y la dependencia del alcohol, se escogió una muestra de 381 sujetos los cuales fueron distribuidos en tres grupos: grupo experimental: pacientes con dependencia de alcohol (N=158), los cuales cumplían con los criterios diagnósticos DSM-IV-TR. El grupo clínico de control (N=120): con diagnóstico clínico en eje I del DSM/IV/TR, diferente del grupo dependiente de sustancias. El otro grupo normativo de control (N=103) no tenía ningún tipo de tratamiento psiquiátrico. Esta muestra estaba apareada por edad, sexo, nivel socio-económico y estado civil. Los instrumentos utilizados para llevar a cabo este estudio fueron el Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE) y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II) (PT. Los resultados indicaron que el 44,3 % de los pacientes dependientes de alcohol presentaban trastorno de la personalidad, frente al 16,6% del grupo clínico de control y el 6,8% en el grupo normativo lo cual indicó un resultado estadísticamente significativo. Las respuestas más frecuentes entre los dependientes de alcohol fueron el Compulsivo (12%) seguido del Antisocial (8,9%), Paranoide y Dependiente (7% cada uno), Narcisista (6,3%) y finalmente el Bodeline y el Histriónico (5,1%). Los investigadores de este estudio concluyeron que uno de cada dos pacientes dependientes de alcohol podría presentar trastornos de personalidad.

1.4. Causas y efectos del alcohol en el organismo.

1.4.1. Causas.

El Instituto Nacional de Abuso del Alcohol y Alcoholismo (NIAAA, 2009) indica que el alcohol es la droga social más usada y que son muchas las causas que contribuyen a su consumo. Algunos autores sugieren que las causas del alcoholismo radican en factores biológicos. Por ejemplo, Coleman (1995) indica que cuando existe una baja secreción de ácido gama aminobutírico (GABA) en el organismo, el neurotransmisor que regula la ansiedad podría ser considerado, dependiente de los factores genéticos, como una posible causa

para consumir alcohol. Esto es lo que en inglés se conoce como "craving". Un bajo nivel de GABA es sinónimo de mucha ansiedad.

Autores como Escotto Velásquez (1999) y Jiménez (2006) creen que muchos médicos tratan la patología del paciente alcohólico enfocando los factores somáticos, como si éstos fueran los únicos causantes de sus trastornos, sin prestar atención a otros factores como el socio genético, psicológico y hereditario.

De este modo, Boyd (2000) informa que la deficiencia de la dopamina, que es una droga natural del organismo humano, es un parámetro que podría predisponer químicamente al individuo al alcoholismo prematuro. Lo mismo se puede decir de la serotonina y de las endorfinas, las cuales funcionan como neurotransmisores o elementos químicos naturales que intercomunican (sinapsis neuronal) las células nerviosas del cuerpo humano. Los neurotransmisores están localizados en el centro del lóbulo frontal del cerebro, también conocido por el vulgo como "el pasillo del placer" (Pág. 42).

Sin embargo, otros autores como Madrid (2002) piensan que no existe una única causa sino que las principales causas del consumo del alcohol son multifactoriales, como la cultura, la predisposición genética, el stress, la publicidad y otros factores sociales entre otros. La búsqueda de placer y las necesidades de experimentar sensaciones diferentes, así como los problemas personales, son otras de las causas. Este mismo autor elabora esta parte poniendo como ejemplo que otras veces, algunas personas, especialmente los jóvenes, desean sentirse aceptadas en su grupo y ésta es otra de las causas del consumo del alcohol debido a la presión del grupo ("peer pressure"). Berger (2004) sugiere que la cultura juega un papel muy importante en la enfermedad del alcoholismo. Un ejemplo que ofrece es que si una persona vive en un entorno donde el alcohol no está disponible el genotipo nunca se expresará en el fenotipo. Esto contribuye a que la persona pueda escapar a su "destino genético".

Otras de las causas de acuerdo a investigaciones realizadas por Guerri-Sirera (2008) es la ansiedad proveniente de la rebeldía de muchos jóvenes tratando de reafirmar su "yo" y como mecanismo de defensa contra la disciplina impuesta por sus progenitores como veremos en el capítulo II que trata sobre la adolescencia.

1.4.2. Efectos.

Remontándonos al siglo XVI ya se conocían los efectos nocivos del abuso alcohol en relación a la parte física y emocional de los in-

dividuos (Escotto Velázquez, 1999). Esta autora indica también que Wernicke, en el 1881, describía la manera cómo el alcohol altera directamente al sistema nervioso central. Los efectos del alcoholismo no hacen distinciones en las personas, pues se encuentran en amas de casa, artistas, profesionales de todas las ramas desde obreros hasta médicos, astronautas, miembros del clero y otros, incluso hasta en niños (Black, 2002). Basándose en lo expresado por Estruch (1999), en Sanchez-Turet (1999), la encefalopatía de Wernicke (trastorno neurológico) y la pelagra (enfermedad cutánea-digestiva) que sufren muchos alcohólicos, se deben a una nutrición deficiente por falta de muchas vitaminas y otros nutrientes como la tiamina, el ácido nicotínico y la vitamina B1 entre otros. Pancheri (1979) y Pinel (2009) adicionan que estos pacientes casi siempre presentan síntomas propios de la Psicosis de Korsakoff, un desorden neuropsicológico caracterizado por la notable intoxicación crónica por el alcohol, con frecuencia se presentan trastornos de la memoria de fijación, desorientación, confabulación y la presencia de un síndrome polineurítico (éste puede variar desde trastornos de la sensibilidad hasta la pérdida de reflejos y signos de parálisis).

Como hemos mencionado anteriormente, Fisher y Roget (2009) indican que el alcohol afecta al sistema nervioso central interactuando con un número de neurotransmisores. Se cree que el alcohol tiene efectos primarios en el ácido gama aminobutírico (GABA). Este es el mayor neurotransmisor que inhibe al sistema nervioso central y aumenta cuando se consume alcohol. Debido a este cambio en el organismo se afectan las funciones múltiples del cerebro como la memoria, alteración en la transmisión de la serotonina afectando la ingesta de comida, líquidos, respuesta sexual y la conducta agresiva.

Karrol (2002), Pyne y otros (2002), coinciden con la información ofrecida por la OMS en el 1999, donde se indica que el consumo de alcohol es una de las principales causas de muchas enfermedades neuropsiquiátricas y trastornos neurológicos, los cuales afectan el bienestar personal, las familias y las comunidades.

Así, en relación al desorden neuropsicológico caracterizado por la notable intoxicación crónica por el alcohol, los científicos Alfonso-Loeches, Pascual-Lucas, Blanco, Sanchez-Vera y Guerri (2010) del Centro de Investigación Príncipe Felipe en Valencia-España, han hecho un nuevo descubrimiento relacionado con los mecanismos de neurotoxicidad producido por el consumo de alcohol. De acuerdo

a estos científicos la neurotoxicidad del alcohol activa el sistema inmunitario innato en el cerebro, que promueve compuestos inflamatorios que serían los responsables del daño neural.

Según estos autores, el alcohol activa unos receptores denominados "toll-like" o "TLRs (toll-like receptors), proteínas ancestrales responsables de la respuesta inmune innata y de la defensa contra infecciones (Alfonso-Loeches y otros, 2010). Estos receptores se encuentran en las células del sistema inmune, reconocen a un gran número de agentes patógenos y su interacción provoca una rápida respuesta y la producción de compuestos tóxicos e inflamatorios que controlan o eliminan la infección Alfonso-Loeches y otros (2010) indican que la sobreactivación puede causar inflamación crónica y lesiva.

A través de este estudio se ha podido confirmar que el cerebro dispone de mecanismos para reaccionar contra infecciones, como se evidencia en la presencia de estos receptores que se encuentran principalmente en las células glias. Estas células juegan un papel crucial en la respuesta inmune, liberando citoquinas y actuando de células mediadoras en la inflamación.

La activación de estas células cuando reciben estímulos tóxicos, por ejemplo con el alcohol, puede causar daño cerebral. Los resultados que la neurotoxicidad produce por el etanol están en parte mediados por mecanismos de neuroinflamación, de la misma manera que sucede en ciertas enfermedades neurodegenerativas.

Durante este estudio, Alfonso-Loeches y otros (2010) trataron animales normales o deficientes con alcohol durante 5 meses (10% de alcohol en agua). Los resultados indicaron que mientras el consumo de alcohol causaba en los ratones gliosis reactiva (astrogliosis y microgliosis) aumento de citoquinas, compuestos inflamatorios y muerte neural en algunas partes del cerebro como el cortex y el hipocampo, en el grupo control que se le había eliminado el receptor TLR4 no se encontró daño neural. Esto indica que la eliminación de estos receptores protege contra la activación de la glía, la inducción de mediadores y la apoptosis.

Escotto Velásquez, (1999) indica que una vez el alcohol es absorbido es metabolizado en el hígado un 90%. Estudios con sujetos no alcohólicos, a los que se les ha administrado una solución al 15 % de etanol durante cuatro semanas, demostraron una disminución en las concentraciones sanguíneas de testosterona. Los resultados de este estudio indicaron que la ingestión de etanol afecta significati-

vamente el metabolismo de la testosterona, independientemente de alguna patología hepática. Aproximadamente, un 10% del alcohol que se ingesta en el cuerpo se elimina a través de los pulmones y la orina sin ser metabolizado por el hígado. Así mismo, cuando se ingiere alcohol éste se absorbe rápidamente en el estómago y el intestino. Está comprobado científicamente que a los cinco minutos de su ingestión ya se puede detectar su presencia en la sangre y que a los 30 minutos adquiere su máxima concentración (Fisher y Roget, 2009).

Otras de las consecuencias físicas negativas debidas al consumo abusivo del alcohol son mencionadas por Edwards y otros (1995) citados en Pyne y otros (2002) Miller, Gold y Smith (1997) Fisher y Harrison (2000) y Wagner (2003). Estos autores creen que la adicción al alcoholismo está asociada a muchas otras enfermedades, tales como daños cerebrales, afecciones del sistema endocrino (las glándulas que producen las hormonas), aumento de la presión sanguínea, infartos, distintos tipos de cáncer, enfermedades musculares y óseas, gastritis, úlceras, pancreatitis, hepatopatías, miocardiopatías, anemias, hepatopatías, cirrosis del hígado, pérdida de la memoria, trastornos sexuales, síndrome alcohólico fetal e insuficiencias renales, entre otros (Mack, Franklin y Frances, 2003). De la misma manera, estos autores consideran que los efectos negativos del consumo abusivo del alcohol en el organismo causa la anemia megaloblástica debido a la disminución de linfocitos, lo cual como consecuencia, afecta al sistema inmunológico ocasionando enfermedades infecciosas como la tuberculosis y neumonía bacteriana.

Además de los efectos mencionados en los párrafos anteriores, otros autores como González Menéndez (1992) presentan otros, de tipo molecular que se producen en el organismo por el consumo abusivo del alcohol. Estos son:

1. Inhibición del consumo de oxígeno.
2. Utilización de fosfatos ricos en energía.
3. Alteración en el transporte de iones sodio, potasio y calcio a través de la membrana neuronal.
4. Reducción de la acetilcolina cerebral y afectación de la transmisión colinérgica
5. Por interacción hidrófoba al incorporarse a la membrana,
6. Aumento del GABA cerebral.
7. Aumento de la serótina al activar la triptofanhidroxilasa.
8. Acción sobre neurotransmisores y neuromoduladores, y la

condensación del Acetaldehído y algunas aminas biogénicas que dan lugar a una variedad de isoquinolinas y beta carbolinas de efectos parecidos a los IMAO (Inhibidores de la monoaminoxidasa) y acción relacionada con los receptores péptidos opiáceos.

Respecto a los efectos psicológicos del alcoholismo, por ejemplo, Debbo (2003) indica que son tan dañinos como los físicos, especialmente los cambios de conducta que convierten a las personas en individuos con sentimientos desplazados de grandeza, con supuestos poderes especiales y, a lo inverso, los transportan a un mundo oscuro de aislamiento y depresión. Además de estas manifestaciones psicológicas, Doisenbant y Rchetta (2004) informan que los sentimientos de inseguridad, resentimientos y agresividad muchas veces van acompañados de mentiras ocultas y de falta de responsabilidad en aceptar su enfermedad. A causa del alcohol varios estudios han demostrado que muchas mujeres están más propensas a ser víctimas de asalto sexual, abuso y violencia doméstica que la población en general. (Karrol 2002).

Considerando los efectos dañinos del consumo abusivo del alcohol en las personas adultas, las investigaciones pasadas y recientes alertan e informan acerca de los efectos de este consumo en los adolescentes. NIAAA (2009) reporta que el cerebro de los adolescentes es como una cascada compleja, desde su nacimiento, en el aspecto biológico y psicológico, con un desarrollo social que interacciona con el medio ambiente, de manera que sus cerebros se tornan muy vulnerables a los efectos del alcohol y por eso la reacción a este consumo es diferente al de los adultos.

Por otra parte, el alcohol no afecta únicamente a quien lo consume sino que muchos investigadores han venido observando los efectos del alcohol en el nacimiento de algunos niños cuyas madres han abusado del alcohol durante su embarazo. Pinel (2009) informa acerca de este síndrome denominado en inglés "fetal alcohol síndrome" (síndrome fetal debido al alcohol) conocido con la sigla FAS. Este síndrome FAS se debe al consumo abusivo de alcohol de las madres durante el embarazo. La mayoría de estos niños con este síndrome de FAS presentaron anormalidades craneofaciales tales como cabeza pequeña, espacios entre los ojos más de lo normal, extremadamente pequeños, retardo en el crecimiento y otras anormalidades faciales. Otros defectos que se pueden presentar son problemas con los ojos, oídos, nariz, garganta, corazón, genitales,

tracto urinario y con el sistema inmunológico (Berk, 2006 y O'Leary, 2004). Lo peor de estos desórdenes es que son permanentes, considerando que los defectos varían dependiendo de la cantidad del consumo del alcohol. Entre muchos otros problemas presentados están los psicológicos como retardo mental, (con un coeficiente de inteligencia menor a 70), dificultad en el lenguaje, en la memoria, relaciones interpersonales y muy poco control de sus emociones. En relación al efecto que pueda tener la criatura antes de nacer, si es el padre el que toma, los estudios indican que si éste tiene un uso prolongado y abusivo de alcohol, esto puede tener un efecto negativo sobre la testosterona (hormona producida por los testículos). Rose y Angel (2007). En este sentido, Berk (2006), informa que hay otro término en inglés "fetal alcohol effects" (FAE) (efectos del alcohol en el feto). Este término se usa para distinguirlo del FAS ya que FAE representa un consumo menor de alcohol por parte de la madre durante el embarazo y en esta situación los recién nacidos presentan menos anormalidades. Los autores Farber & Olney (2003) y Guerri (2002) indican que no hay ningún momento durante el embarazo de una mujer en que tomar alcohol sea permitido.

Sin embargo, no a todas las personas les afecta el alcohol del mismo modo. Así, Walter, Gutierrez, Ramskogler, Hertling, Dvorak y Lesch (2003) sugieren que el peso y el género tienen una gran incidencia en el nivel de alcohol en la sangre. Estudios sobre la diferencia biológica y los efectos fisiológicos entre el hombre y la mujer indican que las mujeres absorben el alcohol en la sangre un 30% más rápido y con mayor intensidad que los hombres debido al menor porcentaje de agua en la sangre. Al tener menor cantidad de agua en su organismo, esto les impide a las mujeres diluir el alcohol de la misma manera que los hombres. Por consecuencia, tienen mayores probabilidades de sufrir más daños y complicaciones en sus órganos que incluyen el cerebro, el corazón y corren un riesgo de desarrollar cáncer de seno. Además, las mujeres poseen menos enzimas en el estómago que les ayuda a metabolizar el alcohol antes de que éste penetre en la sangre. En adicción, el período menstrual afecta la absorción del alcohol. Por lo tanto, cuando las mujeres ingieren la misma cantidad de alcohol que los hombres generalmente la concentración de alcohol en la sangre es mayor. Un abuso prolongado del consumo de alcohol tiene efectos negativos en el sistema reproductivo en las mujeres.

1.5. Investigaciones sobre el alcoholismo.

Pasamos a resumir bajo este acápite las investigaciones más significativas que se han hecho sobre el tema del alcoholismo. Por ejemplo, Alonso-Fernández (1992) indica que las personas con poca tolerancia al alcohol tienen un factor protector contra el desarrollo del alcoholismo. Este autor aporta la teoría de que las personas que no toleran bien el alcohol generalmente no se convierten en alcohólicos por mucho que sus tendencias psicológicas los motiven a beber debido a las reacciones alérgicas como náuseas, dolores muy fuerte de cabeza y malestar en general. También indica este autor que las personas alcohólicas tienden a disminuir la tolerancia al alcohol a medida que van envejeciendo. De manera que a mayor edad menos tolerancia al alcohol. En otro orden, este mismo autor señala que la tolerancia al alcohol disminuye ciertas alteraciones metabólicas y afecciones hepáticas.

En otra investigación, Fisher y Roget (2009) presentaron los resultados de un estudio llevado a cabo en Estados Unidos en el año 2006, conducido por los Servicios para la Salud Mental y la Administración del Abuso de Sustancias ("Substance Abuse+ and Mental Health Services Administration") en el cual se constató que el 50.9% de las personas habían usado alcohol en el mes anterior a la administración de la encuesta. Se encontró que el 23. % había ingerido cinco o más tragos en una sola sesión y que el 6.9% de éstos eran bebedores compulsivos. En el mes anterior a éste se había hecho otro estudio donde se encontró que un 68.6% de los individuos encuestados eran "fuertes bebedores" y estaban entre las edades de 21 a 25 años. Entre los hombres se encontró una mayor incidencia de problemas relacionados con el alcohol (60%) en comparación con el grupo de las mujeres que fue de 30%.

En adición a los estudios presentados más arriba, Donovan (2009) condujo un estudio bajo el auspicio de NIAAA en el cual encontró que las chicas entre las edades de 9 a 17 años se consideran "legalmente intoxicadas" después de ingerir 3 tragos de alcohol en un período de 2 horas. De igual modo, el resultado con los chicos entre las edades de 9 a 13 años de este estudio estimó que el nivel de alcohol en la sangre en los niños conocido en inglés como "Blood Alcohol Levels in Children" (BACs) si es .08 o más alto resulta también igual si el consumo es de 3 tragos dentro de las 2 horas. El autor aclaró que no se ofreció alcohol a los niños ni a los adolescentes para esta investigación. La ecuación Widmark actua-

lizada fue modificada para contar la diferencia de la composición del cuerpo (el total de agua en el cuerpo) y acelerar la cantidad de etanol eliminado por los niños. La fórmula modificada fue usada en el 1999-2002 por la Encuesta Nacional Investigativa sobre la Salud y la Nutrición ("National Health and Nutrition Examination Survey") para estimar los datos del BACs de 4,700 niños y adolescentes de las edades de 9 a 17 años. El autor definió el contenido de alcohol indicando que una bebida de alcohol contiene 0.6 onzas o 14 gramos de alcohol "puro" el contenido aproximado de una cerveza regular de 12 onzas, una copa de vino de 5 onzas, o 1 1/2 onza de un trago de una bebida alcohólica destilada de 80 grados. Los resultados de este estudio sugirieron que los niños pueden experimentar efectos físicos y psicológicos después de beber menos de una bebida completa. También indicaron los resultados que las expectativas de experimentar estos efectos aumenta la probabilidad de beber o involucrarse en problemas durante la adolescencia.

1.5.1. Fases del alcoholismo.

Podemos dividir las fases del alcoholismo de la siguiente manera y de acuerdo a los investigadores López y Freixinos (2001):

Fase Prodrómica (la persona sufre de alteración), *Fase de Exitación* (en esta fase la persona pierde el autocontrol), *Fase de Incoordinación* (la persona sufre de confusión mental), *Fase de Coma* (la persona tiene el sistema cerebral muerto) y por último la *Fase de Muerte* (en esta fase, como bien indica su nombre, la persona muere).

Por su parte, los investigadores Cloninger, Sigvardsson y Bodman (1996) dividieron el alcoholismo en categorías en vez de usar el término de fase o etapa. Así, lo dividieron en: Tipo I y Tipo II. Consideran al alcoholismo tipo I como el menos severo y generalmente es común tanto en los hombres como en las mujeres. Este tipo de alcoholismo no se asocia con conductas delictivas. En cambio, el alcoholismo tipo II es más severo y asociado a conducta criminal, más común en el género masculino y por lo regular se desarrolla en la adolescencia.

Abundando sobre este mismo tema y considerando las teorías de Jellinek (1960), el investigador Wagner (2003) presentó las etapas del alcoholismo de la siguiente manera:

Fase pre-alcohólica: Cuando la persona empieza a tomar en actividades sociales. La bebida le causa relajamiento, alivio del

stress, y pronto la persona busca lugares donde pueda obtener este placer.

Fase de la pérdida de memoria temporal ("blackout"): la persona no recuerda su comportamiento de lo que sucedió durante el tiempo en que estaba consumiendo alcohol.

Fase crucial: Es cuando la persona empieza a tomar alcohol pero no tiene control para parar.

Fase crónica: La persona toma casi todos los días y casi durante todo el día. Como es de suponer, cuando la persona entra a cualquiera de estas etapas, lo más recomendable es que busque ayuda profesional antes de llegar a la última fase.

Basándonos en lo indicado anteriormente es importante añadir lo presentado por la Organización Mundial de la Salud (citado por Pancheri, 1979) para dejar aclarado la diferencia entre si el alcoholismo es un *hábito o costumbre* (no existe dependencia física, ni tendencia a aumentar la dosis, o a representar un peligro social) o una toxicomanía (necesidad física y psíquica para ingerir determinada sustancia, con progresivo aumento de la dosis y con impulso a obtener la sustancia por todos los medios para reducir el estado de sufrimiento derivado de la abstinencia).

La toxicomanía está caracterizada por:

- a) Una necesidad invencible o deseo de continuar la ingestión de la droga y de procurársela por todos los medios.
- b) Tendencia a aumentar la dosis.
- c) Dependencia de orden psicológico, y a veces físico, concierne a los efectos de la droga.
- d) Efectos dañinos al individuo y a la sociedad.

El hábito o costumbre está caracterizado por:

- a) Un deseo pero no una necesidad de continuar ingiriendo la sustancia por la sensación de aumento de bienestar que esta produce.
- b) Escasa o ninguna tendencia a aumentar las dosis.
- c) Cierta grado de dependencia psíquica a la sustancia, pero ausencia de dependencia física y por ello de un síndrome de abstinencia.
- d) Efectos dañinos, si existen, principalmente para el individuo. (Pág. 192).

Considerando estas definiciones, se puede llegar a la conclusión

que las características del alcoholismo tienen su base inicial en el hábito o costumbre llegando a su fase final que es la toxicomanía. Jang (2005) cree que uno de cada nueve personas que consuman alcohol puede llegar a padecer de alcoholismo.

1.5.2. Predisposición genética del alcoholismo.

Después de muchas investigaciones en este campo, los estudios indican que hay evidencias de "genes alcohólicos" o vulnerables para desarrollar esta enfermedad. Rose y Angel (2007) informan que en investigaciones hechas en el 2004 se encontró un gene vinculado al alcoholismo. De la misma manera, Pinel (2007) indica que la herencia genética del alcoholismo se calcula en un 55%. Actualmente sabemos que la bioquímica heredada por algunas personas las hace susceptibles a esta enfermedad, lo cual indica que el alcoholismo es poligénico. Muchos alcohólicos heredan una combinación de estos genes que influyen sobre su bioquímica. Como consecuencia, esto contribuye a llevarlos a abusar de la bebida. (Tabakoff y Hoffman, 1988; y Tarter, 1988). En otro orden, Fabiáni (1991) indica que la ingeniería genética *"...involucra un gene en el receptor dopaminérgico del cromosoma 11, vinculando al alcoholismo con otra drogodependencia."* (Pág. 28).

De acuerdo con Xuei, Flury-Wetherill, Dick, Goate, Tischfield, Nurnberger Jr., Schuckit, Kramer, Kuperman, Hesselbrock, Porjesz, Foroud y Edenberg (2010) el alcoholismo es un desorden genético, afectado por múltiples genes, factores ambientales, influenciado por factores sociales y otras interacciones entre los genes. Para identificar los genes que contribuyen al riesgo para desarrollar alcoholismo estos investigadores llevaron a cabo un estudio conocido con el nombre de Estudio Colaborativo para determinar la influencia Genética en el Alcoholismo "Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism" (COGA). Los sujetos fueron reclutados en seis centros de los Estados Unidos: (Indiana University, State University of New York Health Science Center, University of Connecticut, University of Iowa, University of California/San Diego y Washington University, St. Louis). El Instituto Nacional sobre el Abuso del Alcohol y el Alcoholismo (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism - NIAAA) y el Instituto Nacional sobre el Abuso de las Drogas (National Institute on Drug Abuse - NIDA) patrocinaron este estudio.

Se escogieron 1923 individuos de origen europeo-americanos de los cuales 219 familias alcohólicas fueron usadas en este estudio.

El criterio para elegir a los sujetos fue que estuvieran en programas de tratamiento de alcohol. Luego del consentimiento de los participantes para participar en este estudio se le administró un instrumento Poly-diagnóstico Estructurado para Evaluar la Genética y el Alcoholismo "*poly-diagnostic instrument, semi Structured Assessment for Genetics of Alcoholism*" (SSAGA) a ellos y a sus familiares escogidos para este estudio.

En resumen, Xuei y otros (2010) concluyeron indicando que encontraron evidencias en la asociación entre el GABRR1y GABRR2 (varios genes codificados del GABA) y la dependencia del alcohol. Esta dependencia es más alta particularmente con los individuos que desarrollan alcoholismo a la edad de 21 años o antes. Sugirieron que estas variaciones en el GABA son signos de riesgo. En adicción, sugieren que este estudio ofrezca pautas para futuros estudios de GABA y sus receptores (GABRR1 y GABRR2).

A juicio de Marlatt y VandenBos (1997), los estudios acerca de la vulnerabilidad genética relativa al alcohol son una estrategia heurística para determinar las características psicosociales asociadas con el riesgo de desarrollar alcoholismo. De hecho, otros autores como Leonard y Blane (2002) indican que el alcoholismo antiguamente era considerado una debilidad moral, una falla en la personalidad y un signo de psicopatología. Otros investigadores en el estudio del alcoholismo como Roe, (1944) indican que ya para esa época este investigador tenía amplias evidencias empíricas acerca de la transmisión misma autora presenta informes de los estudios llevados a cabo por Jellinek en el 1940 cuando inició estudios con familias y encontró que el 82% de los alcohólicos eran miembros de una familia donde existía más de una persona alcohólica. Jellinek (1960), comenzó el término de "alcoholismo familiar". Sabemos que algunos investigadores están en desacuerdo con esta expresión. Sin embargo, cuando Jellinek (1960) realizó estudios con muchas familias diversas comprobó que había un porcentaje significativo alto de alcohólicos en las familias donde éstos existían. Estos hallazgos motivaron a otros investigadores a continuar estudiando si existen factores genéticos que contribuyen a que existan personas con predisposición al alcoholismo. Es así como Goodwin (1979) realizó estudios en los años 70 con dos grupos de hijos adoptados. Un grupo de estos niños pertenecían a padres alcohólicos y el otro grupo a padres abstemios. En ambos grupos los niños tenían 6 meses de edad cuando fueron adoptados. Se continuó un estudio longitudinal

con estos dos grupos de niños. Cuando ellos alcanzaron la adultez se encontró que el grupo de niños de padres alcohólicos desarrolló alcoholismo con una frecuencia de cuatro veces más que el otro grupo de niños de padres no alcohólicos. Con este resultado, Goodwin consideró la posibilidad de un factor genético que predispone a la persona al alcoholismo. Previo al estudio anterior, Pickens, Svikis, McGue, Lykken, Heston, y Clayton, (1991) condujeron un estudio de alcoholismo con mellizos y encontraron que si uno de ellos es monocigoto o idéntico, hay la posibilidad de un cincuenta por ciento aproximadamente de que el otro hermano idéntico se convierta en una persona alcohólica. En cambio, si el mellizo es dicigoto o fraternal las probabilidades del otro hermano o hermana de convertirse en alcohólico/a es de veinticinco por ciento. Basado en este estudio podemos concluir que a mayor cercanía en el parentesco mayores son las probabilidades de convertirse en un/a alcohólico/a. Sin embargo, encontramos en el DSM-IV-TR, texto revisado por López-Ibor Aliño y Valdés Miyar (2003), que *"...los factores genéticos sólo explican una parte del riesgo para la dependencia alcohólica, ya que una parte significativa depende de factores ambientales e interpersonales que incluyen las actitudes culturales acerca de la bebida y los bebedores, la disponibilidad de acceso al alcohol (incluyendo su precio), las expectativas de los efectos del alcohol sobre el estado de ánimo y el comportamiento, las experiencias personales adquiridas por el alcohol y el estrés". (Pág. 251).*

Más recientemente, Dick Y Agrawal (2008), Nurnberger & Bierut (2007) sugieren que existe considerable evidencia que indica que los factores genéticos inciden directamente en el alcoholismo en un 50 % o más.

Estudios paralelos sobre las características electrofisiológicas de la dependencia en el alcohol indican que éstas son determinadas, por lo menos en parte, por factores genéticos. En adición a esto, se han identificados varios genes en conexión con la predisposición hereditaria al alcoholismo. De este modo, la creencia de que hay una predisposición genética del alcoholismo en la familia ha sido documentada sistemáticamente desde hace mucho tiempo. Santrock (2006) estima que de un 50 a un 60 por ciento de los individuos que se convierten a alcohólicos tienen una predisposición genética. Cotton (1979) analizó los datos de 39 estudios con personas alcohólicas. La conclusión de esta investigación indicó que es seis veces más probable que una persona alcohólica tenga

un familiar alcohólico que no lo tenga. Autores como Blachford y Krapp (2003) presentan lo encontrado por el Dr. Vallee de la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard, en cuanto a la reacción bioquímica del alcohol en el organismo de personas pertenecientes a diferentes grupos étnicos. Este estudio determinó que las enzimas envueltas en el metabolismo del alcohol varían de grupo étnico a grupo étnico y esta variación influye en cómo los individuos son afectados por el consumo de alcohol. Estas enzimas parecen ser genéticamente heredadas. Alonso-Fernández (1992) indica que algunos individuos orientales reaccionan a la ingesta del alcohol aún en pequeñas dosis con cefaleas, náuseas y vasodilatación cutánea, debido a que estas personas tienen dispositivos metabólicos de origen hereditario demasiado enérgico para oxidar rápidamente el etanol y a la vez muy débiles o insuficientes para metabolizar el acetaldehído producido por el mecanismo oxidativo. En otro orden, la dependencia al alcohol entre este grupo ha demostrado ser rara siempre que se mantengan viviendo en sus países, indicando que algunos factores moderadores intervienen como lo biológico y lo sociocultural. De acuerdo a Berger (2004) a través de estudios hechos en algunos grupos étnicos con sujetos de las islas británicas y del norte de Rusia se ha encontrado que existe entre ellos *"los genes del alcoholismo"* con una proporción más alta de alcohólicos que en otros lugares. Sin embargo, esta autora cree que no hay ningún grupo étnico que sea inmune al alcoholismo. Estudios longitudinales Prospectivos en hijos de padres alcohólicos relacionados a la predisposición genética llevados a cabo por Mack y otros (2003), han encontrado que estos niños demuestran bajo rendimiento neuropsicológico en todo lo relacionado a lo cognitivo como la categorización, organización, planificación, abstracción y resolución de problemas. Además estos autores han llevado a cabo otros estudios con gemelos y han encontrado que estos niños y niñas de padres alcohólicos tienen un alto riesgo de hasta cuatro veces más alto de desarrollar alcoholismo, comparados con los que tienen padres que no son alcohólicos. Los científicos continúan trabajando arduamente para determinar si hay un gen específico transmisor directamente de esta enfermedad. Por ejemplo, Conway, Swendsen y Merikangas, (2003), indican que hay una alta incidencia de alcoholismo entre los parientes de primera generación. En este mismo orden, Westreich (2009) cita a Alexis C. Edwards, PhD, y a sus colaboradores en un artículo que ellos publicaron sobre

"Genética de la Adicción". Estos investigadores revisaron estudios de mellizos *"twins"* para entender las características de la genética y la conducta adictiva. Según nos informa Westreich (2009) estos autores indican que aunque hay muchos estudios de la genética y la adicción, éstos no ayudan a los médicos y especialistas a elegir tratamientos para la adicción, pero sí lo ayudan a proporcionarles a las personas adictas un conocimiento de los riesgos a lo que se exponen de igual manera sus hijos. En relación a lo indicado anteriormente, NIAAA indicaba en el 2005 que muchos medicamentos para el alcoholismo estaban disponibles, sin embargo muchos médicos no lo prescribían. Schuckit (1990) hizo un estudio genético longitudinal por más de veinte años con hijos de pacientes alcohólicos encontró que un 40% de ellos tenía mayor tolerancia y menos signos de intoxicación alcohólica, además encontró que los riesgos de los hijos de padres alcohólicos es cuatro veces mayor que el grupo control que fue estudiado en los últimos diez años de este estudio. Para llegar a esta conclusión en este estudio Schuckit trabajó con un grupo de 237 hijos de alcohólicos y otro grupo control de 237 en los últimos diez años de este estudio. De la misma manera Kreek, Nielsen, Butelman y LaForge (2005) identificaron los genes que predisponen a la dependencia del alcohol. De acuerdo a estos autores estos genes son los neurotransmisores monoaminérgicos que regulan el GABA y el metabolismo del etanol. También hay evidencias que los citoquinas, tales como los interleuquinos – 1 (IL-1) y el factor alfa (TNF alfa) prevalente en la necrosis de tumores son portadores en la dependencia del alcohol. Sin embargo, otros genes que prevalecen en la formación de tumores han sido también identificados como genes que inciden en la dependencia del alcohol. En adición a lo mencionado más arriba, Escotto Velázquez (1999) informa que merece reflexionar acerca de la presencia del alcohol deshidrogenasa (*ADH*) considerada la enzima más importante en los consumidores de alcohol. Indica este autor que existen diversas deshidrogenasas alcohólicas en cadenas medias y largas las cuales se agrupan en seis clases distintas con alrededor de 20 isoenzimas diferentes codificadas por 7 genes. La ADH2-1 es común en las poblaciones caucásicas y en las afroamericanas, en cambio la ADH2-2 y ADH3-1 tipifican a las poblaciones china y japonesas. Este mismo autor cree que las diferencias entre las numerosas isoenzimas podrían ser uno de los factores que expliquen las diferencias en los individuos en el consumo de alcohol entre las razas. (Pag. 121). En

un continuo esfuerzo en la búsqueda de la asociación genética con la dependencia del alcohol los investigadores Saiz, García-Portilla, Florez, Corcoran, Arango, Morales y otros (2009) llevaron a cabo un estudio con doscientos (200) pacientes dependientes del alcohol y con cuatrocientos veinte (420) personas consideradas sanas. Este grupo de 420 era un grupo control. Ambos grupos pertenecían a una población de españoles caucásicos ("Spanish Caucasians") todos del norte de España, del mismo origen socio demográfico y con el perfil familiar comparable. De acuerdo a los autores, Saiz y otros (2009) este estudio fue aprobado por las leyes nacionales españolas. Después de cumplir con todo el protocolo establecido de antemano para cumplir con los requisitos establecidos previos al estudio concluyeron con la siguiente información: Este estudio sirvió para ofrecer evidencias tentativas de evidencias tentativas del rol de IL-1 en la dependencia del alcohol igualmente, ofreció evidencias de la naturaleza asociadas que puede ser directa en cuanto al género específico o a todo lo que concierne con los efectos del "haplotype" (haplotipo, constitución genética de un cromosoma individual <http://www.babylon.com/definicion/haplotype/Spanish>). De todos modos, aclararon que un estudio como este de asociaciones singulares constituye un conocimiento tentativo y debe ser interpretado cuidadosamente por lo que ellos recomendaron que se haga de nuevo un estudio complementario siguiendo esta misma metodología.

El estudio que presentaremos a continuación "extenso y pionero" como lo describen los investigadores, Wetherill, Schuckit, Hesselbrock, Xuei, Liang, Kramer, Nurnberger Jr. y otros (2008) en este campo de la genética y la asociación entre el sistema NPY (un tipo de gene conocido como NPY "Neuropeptide") y la dependencia del alcohol, la abstinencia de alcohol y la dependencia de la cocaína nos ofrecerá otros hallazgos en esta búsqueda de la asociación genética y la dependencia del alcohol. Este estudio se llevó a cabo en la zona central de los Estados Unidos. Para evitar la heterogeneidad en los participantes se reclutaron 1,923 sujetos de origen europeo americano provenientes de 219 familias descendientes de europeo-americanos, como parte de los estudios colaborativos de La Genética del Alcoholismo (COGA). Se les administró un análisis basado en la familia para testar la hipótesis primaria de que la variación entre un tipo de genes conocido como NPY "Neuropeptide" (Neurolépticos Y) y que se cree está asociado con la dependencia

del alcohol. Se les administró también un análisis secundario para testar la relación entre estos genes y los síntomas de abstinencia del alcohol. Otros análisis secundarios se administraron para evaluar si existía también una relación entre estos genes (SNPs) y la abstinencia del alcohol y si había una dependencia concomitante con la cocaína. Se utilizó un instrumento poly-diagnóstico Test Semi-Estructurado para evaluar la genética del Alcoholismo ("Semi-Structured Assessment for the Genetic of Alcoholism" SSAGA). Los sujetos escogidos para el estudio necesitaron reunir el criterio de pertenecer al menos a un grupo familiar en el cual existieran tres personas relacionados con ellos al primer grado y de por vida, los cuales reunían el criterio de la dependencia del alcohol de acuerdo a la Asociación Americana de Psiquiatría DSM-III-R (American Psychiatric Association DSM-III-R). Los resultados indicaron lo siguiente: La secuencia en las variaciones de los genes receptores NPY están asociados con la dependencia del alcohol particularmente cuando existe una dependencia severa caracterizada con síntomas de abstinencia, alcoholismo severo y dependencia de la cocaína. (<http://www.worldlingo.com/ma/enwiki/es/Neuropeptide>).

Los científicos continúan trabajando arduamente para determinar si hay un gen específico transmisor directamente de esta enfermedad. Por ejemplo, Conway, Swendsen y Merikangas (2003), indican que hay una alta incidencia de alcoholismo entre los parientes de primera generación.

CAPÍTULO II: ADOLESCENCIA Y EL CONSUMO DE ALCOHOL

2.1. Características de la adolescencia.

En general, la adolescencia es considerada por muchos autores como la etapa de desarrollo que lleva a una persona desde la niñez hasta la adultez (Seifert y Hoffnung, 1994). Esta etapa está marcada en la pubertad por cambios físicos, cambios cognitivos muy importantes y desarrollo social. Generalmente, comienza alrededor de los doce años y termina alrededor de los veinte, aunque no todos los autores coinciden con estos intervalos de edad. Así, por ejemplo, Rascovan (2000) está de acuerdo con lo que ha establecido la Organización Mundial de la Salud (OMS) donde ubica la Adolescencia como la etapa que va entre los 11 y 19 años, dividiéndose ésta en la adolescencia temprana de 12 a 14 años y la adolescencia tardía entre los 15 y los 19 años.

Por su parte, Papalia, Olds y Feldman (2010) presentan este periodo entre los 11 años hasta los 20 años, indicando que su prolongación depende de factores sociales, culturales, y ambientales, al igual que a otros ajustes personales. En otro orden, Gimeno, Cerviño, Meléndez y Córdoba (2002) llevaron a cabo un estudio con adolescentes dividiéndolos en los siguientes grupos: adolescencia temprana, de 12 a 13 años, adolescencia media, de 14 a 15 años, adolescencia tardía, de 16 a 17 años y adolescencia prolongada de 18 a 25 años. Del mismo modo, Díaz Aguado (1996) cree que la adolescencia comprende al período evolutivo entre el final de la infancia, que suele situarse en la pubertad (alrededor de los doce años), y al final de la segunda década de vida (en torno a los 20).

Autores como Steinberg y Sheffield Morris (2001) indican que durante la adolescencia se producen muchos cambios profundos: cambios físicos, cognitivo, social, y familiar. No obstante, Steinberg, 2005 considera que el contexto cultural influye mucho en el comportamiento de los adolescentes. Por ejemplo, este autor indica que los adolescentes en nuestra cultura occidental, generalmente se comportan diferente, en contraste con otras culturas. Considerando lo indicado por Berk (2001) este comportamiento depende de factores sociales y culturales. En este orden, esta última autora indica que la antropóloga Margaret Mead, viajó a las islas del Pacífico de Samoa a estudiar el comportamiento de los jóvenes de esta cultura y encontró que los adolescentes de Samoa no manifestaban ninguna de las características de riesgos encontrados por los adultos

en las sociedades occidentales. De acuerdo a lo indicado por Berk (2001) Margaret Mead creía que los jóvenes de Samoa manifestaban una conducta de felicidad en este período de la adolescencia quizás porque ellos no tenían que bregar con presión social ni con una sociedad exigente y estresante como la de muchas sociedades occidentales. La cultura de estos jóvenes en Samoa en esa época les ofrecía una conducta abierta hacia la sexualidad y un entorno social tranquilo y libre de tensiones. De acuerdo a Mead (1934) ésta era un etapa que proporcionaba a los adolescentes un período relajante y feliz. Sin embargo, Freeman (1983) indica que más adelante se llevaron a cabo otras investigaciones en Samoa y se encontró que la adolescencia no era tan suave y relajante como lo había planteado Margaret Mead. En otro orden, Hamburg y Hamburg (2004) creen que lo que los adolescentes necesitan tener es acceso a una variedad de oportunidades legítimas por un largo tiempo que les ofrezcan apoyo hasta la vida de adulto.

Por lo tanto, Steinberg y Morris (2001) sugieren que es muy importante entender el desarrollo físico y psicológico durante la adolescencia así como sus relaciones interraciales. Depende de cómo los jóvenes son vistos y tratados por la sociedad y, además, cómo la naturaleza de los adolescentes va cambiando con los años. De manera que para comprender a los adolescentes de nuestra sociedad contemporánea es necesario familiarizarse con su desarrollo biológico, social, sociológico, cultural y todo el panorama histórico acerca de ellos.

Respecto a las características propias de la adolescencia, Díaz Aguado (1996) afirma que durante este período de transición el niño ha dejado de ser niño aún sin ser adulto y comienza a experimentar cambios muy importantes en su corta vida, con un alto nivel de incertidumbre. Por su parte, Rascovan (2000) sugiere que la palabra adolescencia proviene del latín, que significa crecer, desarrollarse hacia la madurez, hasta convertirse en una persona adulta. Según este autor es un período donde se reviven ciertos conflictos y donde se comienza el enfrentamiento a un mundo desconocido y muchas veces caótico.

Esta etapa de la adolescencia ha propiciado numerosas investigaciones con la finalidad de comprender mejor el comportamiento de los jóvenes, a la vez que permite desarrollar nuevas teorías como veremos en el desarrollo de este capítulo. Por ejemplo, Kimmel y Weiner (1998) creen que éste es un período de mucha vulnerabili-

dad y estrés donde muchos adolescentes atraviesan por un período de curiosidad y asombro con cambios y crecimiento positivo. Aunque para algunos puede ser agobiante, para otros, sin embargo, puede ser de mucha calma y alegría. En otro orden, Lerner y Spanier (1980) creen que este periodo de la adolescencia puede ser una época de crisis y conflictos y para otros puede que sea una etapa inolvidable de bellos recuerdos y alegría. Cómo se manejen las experiencias durante esta etapa depende en gran manera el desarrollo biopsicosocial. El entorno familiar y la cultura juegan un papel muy importante en esta etapa contribuyendo a que ésta sea una época para recordar positivamente, o una época traumática para el resto de la vida.

Seifert y Hoffnung (1994) presentan la teoría del psicólogo G. Stanley Hall, considerado uno de los primeros en estudiar el "developmentalists" (desarrollo del ser humano) en esta etapa de la adolescencia. Hall creía que cada etapa en el crecimiento físico y biológico de un niño/a al igual que en su desarrollo de la personalidad es "recapitulada" o repetida, ya que esto mismo ocurre en la etapa de desarrollo de la evolución de las especies humanas. De acuerdo a Seifert y Hoffnung (1994), Hall creía que el egoísmo o la manera de centralizarse en sí mismo, al igual que las conductas agresivas de la niñez reflejan las etapas más primitivas de la historia del ser humano. Además, Hall creía que la adolescencia era un período de tormento y stress debido a la repetición de los conflictos evolucionarios y que la adolescencia representaba un segundo nacimiento en la cual los instintos evolucionarios son reemplazados por otros más civilizados socialmente y guiados por influencias culturales, guiados y supervisados por padres y otros adultos que ayudan a transformar al niño/a impulsivo/a en una persona altruista, con auto sacrificio y un ser humano con valores.

Del mismo modo, Steinberg (2005) indica estar de acuerdo con los autores Markus & Nurius (1986) y Nurmi (2004) exponiendo su teoría cuando dice que la adolescencia se refleja cuando los jóvenes empiezan a pensar de manera sistemática acerca de eventos futuros. En esta etapa se manifiestan dos estilos que pueden tener implicaciones en el desarrollo de la identidad. Primero los individuos empiezan a imaginarse lo que posiblemente ellos mismos serán, en otras palabras en su propio yo ("self") y en identidades alternativas que los llevarán a adoptar su propia identidad. Segundo, durante la adolescencia el individuo tiende a tener un concepto impreciso

de cómo será su vida en los años venideros y quizás imagine cuáles serán las consecuencias a largo plazo de las decisiones que tome en el presente. Steinberg (2005) cree que es en esta etapa de la adolescencia cuando el individuo empieza a preocuparse en ¿Quién seré? ¿Qué posibles oportunidades estarán abiertas para mí? ¿Qué deseo o me gusta realmente?

Considerando lo que nos indica este autor, no es hasta la etapa de la adolescencia que se presentan estas inquietudes emocionales, ya que en la pre adolescencia generalmente se tiende a pensar de una manera más concreta sin preocuparse que haya la posibilidad de ser otra persona (Steinberg, 2005). Otros autores como Steinberg, Dahl, Keating, Kupfer Masten y Pine (2006) creen que los cambios producidos en la adolescencia se deben a varios factores, a los que ellos llaman factores intrínsecos y factores extrínsecos, a los que Sarín, Duhig y Cavallo (2008, en Higgins y otros, 2008) identifican como, por ejemplo, el desorden en el comer, la depresión, la violencia, así como el abuso y la dependencia de alguna sustancia. Se trata de cambios individuales concernientes a lo biológico, sociales, cognitivo y el mundo emocional de los adolescentes, al igual que cambios contextuales (ej.: El tiempo que se pasa en la escuela, con la familia y con los amigos).

Por otro lado, Steinberg y otros (2006) condujeron otros estudios recientes acerca del periodo de la adolescencia los cuales sugieren que muchos de los problemas que se presentan en esta etapa se relacionan con los cambios neuroconductuales, como los cambios en el sistema del cerebro que regulan el apetito, los cuales influyen la intensidad y la duración de las emociones y la motivación. Así mismo, Sarín y otros (2008) señalan que, debido a estos cambios críticos en este periodo, a los adolescentes hay que considerarlos únicos y es por eso que hay que tomarlos en cuenta para ofrecerles todo tipo de prevención e intervención, especialmente en el uso y abuso del alcohol y de otras drogas. Spear, 2000; Chambers, Taylor, y Potenza, (2003) y Sarín y otros (2008) están de acuerdo en que cuando los adolescentes se envuelven en conductas de alto riesgo, como en el uso de sustancias controladas, esta vulnerabilidad en la conducta se puede deber al anquilosamiento de uno de los neurocircuitos, debido a su dilatación de los mismos. Estas conclusiones fueron corroboradas por investigadores como Giedd, Blumenthal, Jeffires, Castellanos, Liu, y Zijdenbos, Paus, Evans y Rapport (1999) creen que el cerebro de los adolescentes es significativamente di-

ferente al de los adultos. Cleveland y Wiebe (2003) indican que son alarmantes las evidencias ofrecidas en las investigaciones acerca del uso excesivo de alcohol durante los años de la adolescencia. Como hemos indicado anteriormente, el cerebro aún continúa en desarrollo y es por esto que los efectos tóxicos del abuso del alcohol pueden dañarle su retención memorial, sus habilidades de aprendizaje y sus destrezas del lenguaje.

Otros autores como Nuez Vicente, Lila Murillo y Musitu Ochoa (2002) de acuerdo con el párrafo anterior, definen la adolescencia como un período transitorio que vive el individuo desde la niñez a la edad adulta. Lo cual es corroborado por Harter (1990, citado por Nuez Vicente y otros, 2002) creen que la etapa de la adolescencia es un período de transición fascinante, marcada por la aparición de nuevas capacidades cognitivas y expectativas sociales cambiantes que, conjuntamente, cambian y alteran profundamente la naturaleza del autoconcepto. Los cambios físicos, la expansión del horizonte cognitivo, las responsabilidades que le vienen impuestas al adolescente por el mismo hecho de considerarlo un individuo que se ha hecho mayor que ha crecido y las preocupaciones que le invaden por miedo a no satisfacer las expectativas de los otros, son elementos que imponen una reorganización del autoconcepto. Los adolescentes que viven con éxito este proceso de desarrollo ya poseen las bases para el posterior desarrollo de su identidad.

A través del desarrollo de este capítulo tal vez nos hagamos las mismas preguntas que se hicieron Broderick y Blewitt (2006) cuando hicieron estudios sobre la adolescencia. ¿Es el período de la adolescencia una etapa de confusión y estrés o es relativamente una suave etapa de transición? ¿Cuáles son las responsabilidades de los adolescentes, son éstas completadas al llegar a cierta edad? ¿Son estas responsabilidades las mismas para todos los adolescentes, o son éstas diferentes dependiendo de la cultura y del género? ¿Deben los adolescentes rebelarse a las reglas establecidas por los padres, su entorno y otros lugares, como por ejemplo, la escuela, como una manera de definir su individualismo o es esta rebelión considerada una conducta mal ajustada? Para entenderlos mejor ¿deberíamos buscar otros indicadores, como los cambios cognitivos en su madurez emocional? Pasaremos a presentar ahora algunos de los cambios propios de esta etapa distinguiendo varias áreas significativas:

2.1.1. Cambios en el área cognitiva:

Educadores como Santrock (2006) creen que algunos cambios cognitivos en la adolescencia contribuyen a mejorar el pensamiento crítico de los adolescentes y los clasifican de la siguiente manera:

- 1 Aumento de la velocidad, automatización y capacidad de procesamiento de la información, lo que permite utilizar los recursos cognitivos con otros propósitos.

- 2 Mayor amplitud de conocimientos en diversas áreas.

- 3 Aumento de la capacidad para crear nuevas combinaciones de conocimiento.

- 4 Mayor variedad de estrategias o procedimientos para aplicar o adquirir conocimientos de forma más espontánea. Dichas estrategias incluyen la planificación, la consideración de alternativas y el control cognitivo.

Sin embargo, investigadores como Fischhoff (1988) afirman que el estudio del desarrollo cognitivo en la adolescencia se ha reemplazado por temas como la toma de decisiones. Así mismo, Damasio (1999), Nelson y Bloom (1997) indican que la aplicación y comprensión de las evaluaciones en el funcionamiento neuropsicológico en el crecimiento y desarrollo del cerebro, el funcionamiento neuroendocrino y la base biológica de las emociones, lo cognitivo y las relaciones sociales necesitan más estudio en la adolescencia.

De este modo, Steinberg y Sheffield Morris (2001) propusieron que se lleven a cabo estudios longitudinales sobre la adolescencia cubriendo los factores psicosociales, el área cognitiva y el desarrollo biológico durante la segunda década de vida de esta etapa, de manera que estas investigaciones contribuyan con sus metodologías e innovaciones tecnológicas en el estudio del cerebro, biología, y la conducta.

De manera informativa, Santrock (2006) menciona al gran precursor de la teoría cognitiva, Jean Piaget, quien dedicó mucho tiempo de su vida profesional a entender cómo pensaban los jóvenes. Piaget (1965) creía que el desarrollo del pensamiento lógico y abstracto empieza generalmente entre las edades de 11 ó 12 años. Él creía que este cambio genera en los adolescentes un egocentrismo intelectual que contribuye en la mayoría de los casos a que piensen que sus ideas son las más acertadas. A este razonamiento Piaget (1965) lo denomina razonamiento hipotético-deductivo, lo cual indica, de acuerdo a este autor, que los adolescentes tienen la capacidad cognitiva de resolver los problemas con más facilidad y

de manera más sistemática. Acerca de esta teoría del pensamiento abstracto Berk (2001), cree que, en combinación con los cambios físicos de esta etapa, los adolescentes generalmente tienen la capacidad de comenzar a pensar más en ellos mismos y a creer que los demás tienen la misma percepción hacia ellos, igual a la que ellos tienen de sí mismos. En cambio, Bandura (1977) enfoca esta teoría de Piaget desde otra perspectiva. Este autor cree que hay otros componentes que hay que tener en cuenta en este proceso del pensamiento abstracto, como son la atención, retención, reproducción física y la motivación.

Elkind (1967), por su parte, describe la audiencia imaginaria, referida a la manera cómo los adolescentes se enfocan intensamente en sí mismos. Elkind (1994) indica que estos jóvenes creen que son el foco de atención de los demás y viven en una constante preocupación pensando en la imagen que los demás puedan tener de ellos y en muchos casos esto se le convierte en una obsesión que muchas veces va más allá de lo imaginable con tal de evitar lo que ellos consideran bochorno o sentirse mal (Elkind y Bowen, 1979). Muchas veces, en su afán por ser distintos, llamar la atención y querer ser únicos, viven lo que Elkind (1994) llama fábula personal o conductas cognitivas distorsionadas al creerse que son especiales. Esta manera de pensar los lleva a creer que nadie entiende su forma de pensar ni cómo ellos se sienten. Colaborando con esta teoría, Broderick y Blewitt (2006), ponen un ejemplo muy acertado para entender este concepto de la fábula invencible. El ejemplo que estos autores presentan es cuando los adolescentes saben que manejar embriagados y tener sexo sin protección es peligroso por los riesgos a que ambas acciones conllevan. Sin embargo, en su fantasía, muchos adolescentes practican ambas cosas pensando que ellos no tienen por qué sufrir las consecuencias de estos actos. Se envuelven en estas conductas de riesgo porque creen que las consecuencias de dichas conductas no pueden sucederles a ellos debido a que se consideran "especiales" y confían en el poder de sus ideas. Elkind (1967), cree que este egocentrismo de los adolescentes suele desaparecer sobre los 15-16 años aunque puede persistir.

Coincidiendo con lo expuesto por Elkind (1967), Quadrel, Fischhoff y Davis (1993) consideran que en realidad la invulnerabilidad percibida se debe a la ignorancia o al menos a subestimar la probabilidad de consecuencias negativas. De hecho, muchos jóvenes no consideran que corran riesgo. De este modo, en un estudio donde

se analizó el riesgo percibido por diferentes grupos cada uno de los grupos vio al otro como más expuesto al riesgo que su propio grupo, incluyendo adolescentes, padres de éstos y amigos Quadrel y otros (1993). Esto puede implicar pasividad en la búsqueda de ayuda puesto que no se ve el problema. Debido a que consideran que son invulnerables se centran en los beneficios.

No obstante, Broderick y Blewitt (2006) indican que las investigaciones recientes sugieren que las causas del egocentrismo de los adolescentes no es necesariamente un fenómeno que ocurre solamente a ellos. Estos investigadores exponen las teorías de otros estudios llevados a cabo por Quadrel y otros (1993) y Frankenberg (2000), indicando que los elementos de la audiencia imaginaria extrema (extreme self-consciousness) y la fábula personal (invulnerabilidad percibida) continúan en muchos casos hasta el comienzo de la adultez y en muchos casos no se nota un declive de las mismas, sino al contrario, ésta conducta se mantiene en muchos casos por algún tiempo.

Con el propósito de revisar la fábula personal y la audiencia imaginaria expuesta por Elkind (1967), Schwartz, Maynard, y Uzelac (2008) llevaron a cabo otro estudio para determinar si el egocentrismo de los adolescentes actuales se manifiesta con los mismos patrones que lo indicado en el 1967. Empíricamente revisaron la fábula personal y la audiencia imaginaria con un grupo de 2,390 adolescentes. Entre esta población habían 1,211 mujeres y 1,179 hombres con una media de 15-15 años. Escogieron 16 escuelas públicas, nivel intermedio, nivel secundario y tres universidades (dos privadas y una pública). La idea de escoger estas escuelas en este orden fue para representar en este estudio la población de adolescentes, desde diferentes localidades demográficas en áreas urbanas, suburbanas y rurales, de manera que pudieran ofrecer una sección cruzada ("cross-section") razonable del estrato socioeconómico de los adolescentes participantes. Para medir la audiencia imaginaria usaron la escala de Elkind y Bowen's (1979), (Escala Imaginaria de Audiencia ("Imaginary Audience Scale" IAS) y para medir la fábula personal usaron la Fábula Personal de Elkind, ("Elkind's Personal Fable PF) Los resultados indicaron una interacción significativa para ambas, la audiencia imaginaria y a la fábula personal entre el sexo y las edades de los participantes. Estos resultados difieren con los conceptos originales expresados en el año 1967 por los autores arriba mencionados. Estos resultados indican además que

los adolescentes actuales desarrollan este egocentrismo en la etapa final de su adolescencia. Schwartz y otros (2008) recomiendan que se lleven a cabo más estudios al respecto que permitan evaluar las experiencias significativas de los individuos a través de los cambios en sus vidas.

2.1.2. Cambios en el área social y familiar.

Son muchos los investigadores preocupados en los cambios y ajustes emocionales que se desarrollan en el transcurso de la vida de cada ser humano. Es por ello que investigadores como Berk (2003) centran el desarrollo social en otro investigador del desarrollo humano, como Erikson (1968), el cual respetó y hasta cierto punto aceptó las teorías básicas de Sigmund Freud. Sin embargo, de acuerdo a Kroger (2007), al referirse a Erik Erikson, a pesar de ser entrenado en la escuela de Freud en Viena, éste notaba que Freud usaba el término de identidad solamente una vez. Con el fin de ampliar o iluminar este concepto, como nos dice Kroger (2007), Erikson (1968) empezó a trabajar y a desarrollar otra teoría la cual él tituló la Teoría Psicosocial, que comprende desde el nacimiento hasta que la persona muere. Esta teoría consiste en ocho etapas.

De acuerdo con Erikson (1982) cada estadio o etapa debe ser vivida adecuadamente por la persona superando los problemas y conflictos que puedan presentarse durante cada etapa. La fuente (2005) analiza esta parte un poco más indicando que Erikson esperaba que a medida que una persona tiene experiencias sociales ha de ir realizando ajustes tanto en su entorno social como en la propia persona. De lo contrario la persona puede tener un desajuste en su personalidad si queda emocionalmente atrapada en una de estas etapas. Sin embargo, Erikson (1968) creía que la persona no quedaría marcada emocionalmente para siempre si en otro estadio trabajaba su desajuste emocional con la finalidad de buscar recuperarse emocionalmente y completar efectivamente el resto de su ciclo vital. Erikson (1950), basándose en lo expuesto anteriormente, dividió las ocho etapas o estadios del ciclo vital de siguiente manera: Estadio 1 (0-1 año - infante): confianza versus desconfianza; Estadio 2 (2 a 3 años bebé): Autonomía versus vergüenza y duda; Estadio 3 (3-6 pre- escolar): Iniciativa versus culpa. Estadio 4 (7-12 años escolar): Laboriosidad versus inferioridad. Estadio 5 (12-18 o más adolescencia): Búsqueda de Identidad versus Difusión de Identidad. Estadio 6 (a los 20 años adulto joven): Intimidad versus

aislamiento. Estadio 7 (20 años tardíos a 50 años adulto medio): Generatividad versus estancamiento. Estadio 8 (50 años adulto viejo): Integridad versus desesperación.

El quinto estadio, que comprende desde los 12 años a los dieciocho (18 o más), corresponde a la etapa de la adolescencia. Durante esta etapa los jóvenes atraviesan momentos de confusión. Muchas veces tienen inquietudes, curiosidades e inseguridades y entre otras preocupaciones y curiosidades acerca de su ser, de ese "yo" interno que todos llevamos dentro. Erikson (1950) sugiere que muchas veces los adolescentes intentan responder estas preguntas entre ellas, ¿Quién soy? ¿Quién seré? etc. Es en este estadio que Erikson llama etapa de la identidad porque comienza la búsqueda del ser. Generalmente es cuando los adolescentes empiezan a incorporar a sus vidas los valores adquiridos a través de sus propias experiencias, esos valores enseñados por los padres, familiares y en su entorno cultural. Nuez y otros (2002) están de acuerdo con Erikson (1968) cuando dicen que si los adolescentes no resuelven sus conflictos internos propios de su edad es posible que desarrollen crisis de identidad. Sin embargo, de acuerdo a la teoría psicosocial original de Erikson (1950), durante la etapa de la adolescencia el o la adolescente trata de contestarse muchas preguntas en su búsqueda acerca de su persona y el rol que desempeña en la sociedad. Es el estadio de búsqueda de la identidad ¿Quién soy? ¿Cuál es mi lugar en la sociedad? En esta búsqueda dentro de sí mismo/a trata de encontrar respuestas a las metas, valores y a la vocación que escogerá, a los roles que llevará a cabo durante su vida de adulto. Erikson (1950), creía que en esta búsqueda él o la adolescente es posible obtenga la oportunidad de desarrollar una identidad personal.

Por tanto, considerando la teoría de Erikson (1963) la adolescencia es un periodo donde se enfrenta la dicotomía "Identidad vs. Confusión de roles". Este investigador creía que el obstáculo mayor que tienen que enfrentar los adolescentes es el desarrollo de su propia identidad. Basado en su experiencia personal indicaba que cuando los adolescentes están reflexionando sobre quiénes son, adónde van, qué carrera escogerán, en otras palabras, lo que son hoy día y lo que le espera en el futuro, esto contribuye a su propio bienestar, ya que es como un paso crucial hacia la meta de convertirse en una persona productiva. Esto implica la identificación con un conjunto de valores, con ideologías muchas veces diferentes a las de sus progenitores, en muchos casos igual a la del momento

o al grupo con el cual se identifican. Erikson (1983) indica que los niños regularmente confían en sus padres pero cuando llegan a la etapa de la adolescencia es más importante confiar en sí mismos. Muchas veces tienen inquietudes, inseguridades y entre otras preocupaciones y curiosidades acerca de su ser, de ese "yo" interno que todos llevamos dentro. Sin embargo, otros autores como Shaffer (2002) creen que este conjunto de factores contribuyen a acrecentar la confusión y la ansiedad en muchos jóvenes, sobre todo cuando el proceso de formación de identidad no se ha realizado adecuadamente.

Erikson (1963) cree que es recomendable que el o la adolescente entienda que en esta etapa de la vida son normales los cambios y conflictos. Erikson (1982), además, creía que el término "crisis de identidad" servía para explicar mejor el sentido de los conflictos, confusiones y ansiedades propias de esta etapa de la adolescencia en la búsqueda del ser. Él consideraba que esta crisis de identidad es más complicada en sociedades complejas donde los jóvenes tienen que lidiar con períodos temporales de disgusto (*distress*).

Elaborando un poco más este concepto de identidad de Erickson (1968) él también usaba el término de identidad para referirse a lo que llamaba la síntesis silenciosa del ego, como también el sentido interior de solidaridad con los valores e ideales del grupo social al cual se pertenece. Además de esto, describía la identidad como "la configuración gradual de la integración entre las necesidades libidinales, los sistemas de defensa y las sublimaciones del individuo". Es importante enfatizar que Erickson (1968) defendió las múltiples definiciones dadas por él al término de identidad enfocándolo desde varias perspectivas.

Por otra parte, considerando las opiniones de otros investigadores como Peterson (1987, en Garrido y López 1995), la identidad del adolescente se optimiza si los roles que asume en su transición a la adultez son de complejidad moderada, ya que este proceso se facilita si el joven tiene oportunidades para explorar su ambiente y para tratar diferentes alternativas. Por el contrario, si ha de luchar entre roles muy diferentes o ambiguos (muy complejos) o roles bien definidos desde el principio (muy poco complejos) el desarrollo de la identidad puede resultar incompleto, inacabado o empobrecido. Desde el punto de vista de estos autores, en esta etapa de la adolescencia se debe construir una identidad coherente que permita elaborar un proyecto vital en cada esfera de la vida adulta (trabajo,

familia), de manera que permita la incorporación gradual a su papel de adulto, de cuestionar las experiencias reales, poseer poder de decisión en sus acciones y construir otras experiencias. Para ello el adolescente dispone del pensamiento hipotético-deductivo que le permite un considerable distanciamiento de la realidad inmediata, imaginar todas las posibilidades y adoptar como punto de partida del pensamiento lo ideal y lo posible, en lugar de lo real; es decir, plantear hipótesis. Cuando no dispone de oportunidades positivas para establecer su identidad, dándole significado a su propia acción, puede terminar identificándose con una ideología o con un grupo de referencia negativa y absolutista.

Abundando sobre este mismo tema, Broderick y Blewitt (2006) presentan una exploración empírica y comprensible referente al proceso de identidad en la adolescencia, el cual fue elaborado por Erikson y analizado por James Marcia y sus colaboradores (1966, 1980, 1989, 1993). Marcia y sus colaboradores (1966, 1980, 1989, 1993) clasificaron el proceso de identidad de la siguiente manera: Logro de la identidad, Moratoria de la identidad, Identidad hipotecada e Identidad difusa. Broderick y Blewitt (2006) indican que estas categorías son prestadas del concepto de identidad de Erikson. Sin embargo, Marcia y sus colaboradores (1966, 1980, 1989, 1993) construyeron estas categorías en un esfuerzo de hacer más fácil su comprensión de la siguiente manera:

- *Logro de la identidad*: Cuando la o el adolescente ha tenido la oportunidad de explorar varias alternativas y ha determinado quedarse con una identidad propia con metas y valores. Se siente bien acerca de su persona y tiene sus metas definidas a corto y a largo plazo. Se cree que cuando se ha obtenido este grado de conciencia la o el adolescente disfruta de un bienestar psicológico.

- *Moratoria de la identidad*: Es cuando los individuos continúan explorando alternativas en un esfuerzo para determinar cuáles serán sus metas y valores en los cuales ellos dirigirán sus vidas. Continúan en un estado de exploración, tratando de obtener informaciones de diferentes cosas relativas a sus intereses a la vez que tratan de llevar a cabo varias actividades que les ayuden a descubrir el placer de llevar una vida plena y satisfactoria. El adolescente trata de ser independiente de sus padres y se ocupa de enfocarse en sus propios intereses. Se cree que este comportamiento les ayuda a mantener una buena salud mental.

- *Identidad hipotecada*: Es cuando el o la adolescente ha aceptado

los valores y metas que otras personas con cierta autoridad han impuesto en su vida. (Estas pueden ser padres, maestros, líderes, parejas sentimentales, etc.) Es además cuando la o el adolescente se compromete a llevar a cabo tareas impuestas por estas personas sin haber tenido la oportunidad de explorar otras alternativas. Cuando la o el adolescente asume este comportamiento y no hace ningún esfuerzo por superar este comportamiento es posible que su salud mental se deteriore y se convierta en una persona dogmática, inflexible, con un carácter difícil e intolerante.

- *Identidad difusa*: Cuando la o el adolescente atraviesa por esta etapa tiene falta de una dirección clara en su vida. No tiene interés en comprometerse en obtener metas y desarrollar valores. Tampoco se preocupa por buscar alternativas considerando que éstas pueden ser muy pesadas y amenazantes. Su ausencia de objetivos y su falta de interés los lleva a una apatía que los incapacita en esforzarse en luchar por mejorar su estado de vida. Este estado de inseguridad e inestabilidad puede ser normal al principio de la adolescencia pero no después. Al igual que en la etapa anterior la o el adolescente que se quede sin superar esta etapa puede desarrollar las mismas características de conducta que las expuestas anteriormente. Muchos estudios longitudinales con estudiantes universitarios han indicado que antes de los adolescentes obtener un Logro de Identidad necesitan superar las etapas de moratoria, hipotecada y de difusión (Marcia y otros, 1993).

En contraste con Elkind (1967 y 1994), Erikson (1968 y 1982) y Marcia y cols. (1966, 1980, 1989, 1993), encontramos que en la mayor parte de la sociedad occidental no han existido parámetros claros entre el período del desarrollo de la niñez y el comienzo de la adultez. Elkind (1994) sin embargo, hace hincapié en el hecho de que es esencial para la sociedad el proveer parámetros que identifiquen y reconozcan el período de la adolescencia temprana; en contra posición a ésta teoría de Elkind, Marcia y otros (1993) creen que, al contrario, la falta de parámetros ayudan a identificar este período del desarrollo humano.

2.2. Factores de riesgo.

De acuerdo con los autores Quadrel, Fischhoff y Davis (1993), la adolescencia es culturalmente un periodo de riesgo porque se experimentan las consecuencias negativas de cualquier conducta de riesgo en alto grado de manera desproporcionada. Según Erikson

(1963), en esta etapa los jóvenes experimentan muchos cambios físicos y psicológicos, por lo tanto muchos de ellos son muy vulnerables a diversos cambios en su personalidad.

Son muchos los factores de riesgo con los que tienen que lidiar los adolescentes actualmente. Desde hace varias décadas, muchos investigadores creen que cuando los adolescentes usan alcohol y otras drogas es cuando tienen muchos problemas en sus relaciones interpersonales, en sus hogares y en la escuela y cuando participan en actos delictivos usan estas drogas como un escape a sus problemas emocionales (Jessor, Donovan y Costa 1991; Keefe y Newcomb 1996; Mensch 1988; Schulenberg, Bachman, O'Maley, y Johnston, 1994).

Considerando los diversos cambios y los procesos de transición demográfica que continuamente experimentan muchos países en las últimas décadas, los investigadores Santander, Zubarew, Santelices, Argollo, Cerda, y Bórquez (2008) condujeron un estudio con 815 adolescentes entre las edades de 15 y 17 años (51% chicos) en los niveles escolares del 7mo. Básico y 4o. medio provenientes de tres establecimientos educacionales de la ciudad de Santiago en Chile. Usaron el método descriptivo transversal entre abril y junio del 2006. Para determinar el nivel socioeconómico, escolaridad y profesión de los padres se utilizó la clasificación de Adimark. El propósito de este estudio fue determinar la prevalencia de riesgo y los factores protectores en la conducta de los estudiantes chilenos y para estudiar la asociación entre la función de la familia y la conducta de riesgo de los adolescentes. Se exploró la percepción acerca de diversas dimensiones de la vida familiar, como la comunicación, cohesión y la dinámica familiar. Utilizaron el Cuestionario Escala de Conducta de Riesgos en Adolescentes ("Adolescent Risk Behavior Score") adaptado del Cuestionario de Investigaciones de Salud del Adolescente ("Adolescent Health Survey"). Al cuestionario se le agregó la encuesta "¿Cómo es tu familia?" desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud.

Los resultados obtenidos en esta investigación indicaron que el tabaco, el alcohol y la marihuana tenían un consumo de 31%, 27% y 24% entre los estudiantes, respectivamente. Doce por ciento reportó tristeza todo el tiempo, 23% desesperación y 13% ansiedad. Cuarenta y cuatro por ciento reportó que habían tenido sexo. El mayor riesgo se encontró entre los estudiantes que percibían a su familia como disfuncional con un 66,5%. Este grupo indicó que sus

padres no dedican el tiempo adecuado para conversar, conocer las actividades de sus hijos, había falta de reglas claras en la casa, ausencia de rituales familiares y de actividades conjuntas. Los investigadores de este estudio indicaron que esto podría estar relacionado con el nivel sociocultural de las familias. Sin embargo, estos investigadores indicaron que numerosas investigaciones chilenas muestran que el consumo de alcohol y tabaco en los adolescentes chilenos ha ido en aumento y es cada vez mayor y a edades más tempranas. En este estudio el alcohol y el tabaco registraron mayor prevalencia con una diferencia significativa en el sexo femenino. En cambio, el consumo de drogas ilícitas como marihuana y cocaína el consumo fue mayor en el sexo masculino.

Los investigadores de este estudio, Santander y otros (2008), concluyen indicando que es necesario y de suma urgencia promover acciones para fortalecer a la familia ya que ésta es un factor protector importante en la prevención de conductas de riesgo en los adolescentes. Enfatizan, además, la necesidad inminente de implementar programas y políticas de salud y educación dirigidas a profesionales de salud y educación y la comunidad en general, orientadas al refuerzo de la comunicación y fortalecimiento de lazos en familias con hijos adolescentes.

Otros autores como Mack y otros (2003), creen que cuando los jóvenes se involucran en conductas de riesgo y buscan sensaciones a través de éstas tienen un riesgo muy elevado de desarrollar abuso del alcohol y a otras drogas. Por tanto, debido a esto y a todo lo comentado anteriormente, observamos que la adolescencia es una etapa de riesgo en sí misma. Podemos encontrar múltiples categorizaciones sobre los factores de riesgo propios de la etapa de adolescencia. A modo de ejemplo, Bloom (1976) revisó los constructos de la competencia en la adolescencia desde una perspectiva psicosocial donde planteó la necesidad de presentar las tareas madurativas, de desarrollo, que requiere la etapa de la adolescencia. Estas tareas madurativas las agrupó en:

1) *Factores personales*: cambios corporales, desarrollo de las estructuras cognitivas, desarrollo de las estructuras afectivas, cambios en el repertorio conductual.

2) *Factores interpersonales*: cambio de relaciones dentro de la familia y cambio de relaciones con los compañeros. La etapa del comienzo de la adolescencia es un tiempo de experimentar nuevos comportamientos y de una gran influencia por parte del grupo de

amigos y compañeros.

Investigadores como Repetto y Senra (1997) llevaron a cabo un estudio en Madrid (España) con una muestra de 1,545 jóvenes entre las edades de 14 y los 18 años. Estos jóvenes pertenecían a diferentes estratos socioeconómicos. El objetivo de este estudio era determinar la relación entre los factores socio pedagógico y el consumo de alcohol. Se tomaron en cuenta los agentes de socialización como factores de riesgo. Se estudiaron diversas variables: familiares, sociales y educativas. En el resultado encontraron que los factores de riesgo que influyeron en el consumo de alcohol entre estos adolescente eran:

1) *Factor Familiar*: los adolescentes hijos de padres alcohólicos o que abusaban del alcohol, además tenían mala comunicación con los padres. Muchos pertenecían a padres separados.

2) *Factor Social*: en esta área se encontró que el 70% de los jóvenes que consumían alcohol pertenecían a un grupo en el que todos lo hacían para divertirse. Esto determinó la influencia del grupo en el consumo de alcohol.

3) *Factor Educativo*: Se encontró que el mayor porcentaje de jóvenes que abusaba del alcohol había recibido una educación rígida y negligente por parte de sus progenitores. Los resultados de este mismo estudio indicaron que el 73% de los participantes no habían recibido ningún tipo de información sobre los efectos del alcohol. De ahí que Urberg, Goldstein y Toro (2005) han establecido en sus estudios sobre el mismo tema que cuando el grupo de amigos de los adolescentes apoya el uso del alcohol entre ellos el consumo es mayor.

Sin embargo, Crosnoe, Muller y Frank (2004) hicieron un estudio donde encontraron que otros factores en el consumo de alcohol en la adolescencia se deben al rendimiento académico deficiente y al stress relacionado con los estudios. La cantidad de consumo es proporcional al stress en este estudio los autores lo identificaron en dos niveles: macro y micro. El macro está relacionado con el stress académico y el micro con la influencia grupal. Cuando el estudiante entra al nivel macro esto es un indicador de un descenso en el rendimiento académico. En este caso el consumo de alcohol se emplea como un parámetro de "predicción" de futura conducta y no como un comportamiento específico.

En este mismo orden de ideas, otros autores como Welte y Barnes (1985) y McClellan (2004), creen que la etapa del comienzo de la

adolescencia es un tiempo de experimentación de nuevos comportamientos y de una gran influencia por parte del grupo de amigos y compañeros. Estos autores creen que esta combinación puede tener efectos devastadores en la vida de los jóvenes si durante esta etapa se experimenta con el alcohol u otras drogas, ya que hay evidencias científicas de la destrucción de las células del cerebro cuando el abuso del alcohol es muy fuerte.

Jessor (1993) relaciona los factores de riesgo con el rol que juegan los factores protectores en el comportamiento en relación con el consumo del alcohol y con el uso de drogas ilícitas. Este autor indica que los factores protectores disminuyen en los jóvenes el deseo de involucrarse en problemas de conducta, como llegar a altos episodios en el consumo de alcohol. Además, estos factores psicosociales de protección o conducta pro-social proveen modelos positivos en los jóvenes, como enseñarles a participar en trabajos voluntarios, cuidarse su salud a través de una buena dieta y ejercicios, un mayor acercamiento afectivo familiar, sobretodo modera y disminuyen su participación en actividades arriesgadas.

Jessor, Costa, Krueger y Turbin (2006) llevaron a cabo un estudio longitudinal durante dos años consecutivos basado en la teoría de los factores protectores y de riesgo con estudiantes en su primer semestre de la Universidad de Colorado en Estados Unidos, para explicar la variación de los episodios de alto consumo de alcohol entre ellos. Los objetivos de esta investigación fueron: primero establecer que los factores de conducta psicosociales protectores y los factores de riesgo hay que tomarlos en cuenta para desarrollar una variación transversal en los fuertes episodios del alto consumo de alcohol y, segundo, para examinar si los factores de protección moderan el impacto de riesgo en episodios de alto consumo de alcohol. Usaron un método aleatorio para elegir a 975 estudiantes (548 hombres y 327 mujeres). Los primeros datos lo colectaron en el otoño del 2002, los segundos en la primavera del 2003 y los últimos en la primavera del 2004.

Los resultados obtenidos en este estudio indicaron que los factores psicosociales protectores y de riesgo cuentan substancialmente en la variación de los episodios de alto consumo de alcohol en los estudiantes universitarios y los factores protectores moderan el impacto de riesgo. En ambos grupos de chicos y chicas se encontró consistencia a través de los tres conteos de los datos. La clave para predecir los episodios del alto consumo de alcohol fueron el social

y el factor protector individual (ej. las sanciones de los padres por transgresión e intolerancia de conducta inapropiada respectivamente); los modelos de riesgo (como el uso de sustancias de parte de los compañeros); protección conductuales (asistencia a servicios religiosos); y el riesgo conductual (fumar cigarrillos y el uso de marihuana). Los cambios encontrados en los controles de protección, los modelos de riesgo y los riesgos oportunos fueron asociados con cambios en los altos episodios del alto consumo de alcohol.

Jessor y otros (2006) concluyeron que ambos factores de protección y de riesgo contribuyeron con la variable tomada en cuenta: cuando la protección es menor, más alto el riesgo y mayor frecuencia de involucrarse en altos episodios de consumo de alcohol. Estos autores creen que hay apoyo empírico en el rol del factor psicosocial protector como un moderador del impacto del riesgo psicosocial en los episodios consumidores de alcohol. Este estudio demostró que los factores de protección y de riesgo en los estudiantes universitarios en sus primeros años desempeñan un papel significativo en los episodios del alto consumo de alcohol. Concluyeron Jessor y otros (2006) que este modelo de articulación demostró ser útil y heurístico. Estos autores indican que Ham y Hope (2003), igualmente demostraron en sus investigaciones que los altos episodios de consumo de alcohol suceden con más frecuencia entre los chicos que entre las chicas.

De este modo, Jessor (1993) muestra otra perspectiva al distinguir entre factores de riesgo y factores protectores. La clasificación es la siguiente (Jessor, 1993: Factores ecológicos, Factores biológicos-genéticos y Entorno familiar. Nosotros añadimos factores de personalidad.

1) Factores ecológicos:

Varios autores como Franzoi, Davis, y Vásquez-Suson (1994) creen que el factor ecológico social donde viven los individuos contribuye enormemente en su bienestar e influye en su comportamiento. Estos autores presentan dos mundos sociales tomando como ejemplo el ambiente social de dos grupos de adolescentes. El primer grupo está compuesto por adolescentes pertenecientes a un estatus alto. Este grupo tiene mayor cantidad de amigos cercanos con mayor confianza entre ellos, actividades sociales, y más contacto con el sexo opuesto. Este grupo es más reconocido, recibe más honores, pertenece a clubes y asociaciones. En cambio, el otro grupo (se-

gundo) es rechazado por sus compañeros. Este segundo grupo tiene una probabilidad significativa menor de poseer las características del primer grupo. De manera, que aceptando la teoría de Franzoi y otros (1994) el refuerzo que ofrece la ecología social a los niños o adolescentes permitirá mejores condiciones sociales a éstos.

Varios autores ofrecen sus teorías y resultados de sus investigaciones en relación al comportamiento de los adolescentes y la manera cómo el ambiente que ellos perciben influye en su comportamiento. Por ejemplo, Mujica-Silvestriz (2005) revela que hay jóvenes que manifiestan alta correlación en el interés por la música, la moda y el consumo de alcohol. Esta autora indica en su tesis (no publicada) que un 76% de los jóvenes puertorriqueños escuchan música con mensajes subliminales que los incita a ingerir alcohol o desear sostener relaciones sexuales prematuras.

De acuerdo a varios autores como Burke, Chandy, Dannerbeck y Wilson Watt, (1998), al igual que Dougherty (2000), el objetivo o papel principal del factor ecológico es la prevención. De manera que los profesionales deben sensibilizarse con las necesidades de la comunidad en la cual ejercen para ofrecerle a la familia la ayuda y los recursos disponibles y de mayor necesidad, con la finalidad de facilitar modificación de conductas a los miembros de la familia a través de programas adecuados y efectivos, con el objetivo de ayudarlos a convertirse en personas proactivas y productivas.

Corroborando lo arriba expuesto, en un estudio llevado a cabo por Ennett, Faris, Foshee, Bauman, Hussong, Cai, McNaughton Reyes, Hipp y DuRant (2008) encontraron que la perspectiva social ecológica sugiere que el contexto social debe ser tomado en cuenta para explicar la conducta y el comportamiento de los adolescentes especialmente en el uso apropiado y en el uso inapropiado (misuse) del alcohol. Estos autores creen que, aunque esta conducta en los jóvenes referente al alcohol ha sido enfocada desde un contexto social por varios autores como Petraitis, Flay y Miller (1995), desde el enfoque del ambiente escolar y el entorno que a este le rodea fue necesario tomar en perspectiva las teorías de Bronfenbrenner (1979) para establecer un desarrollo del contexto social y para investigar específicamente y desde un punto de vista multidimensional este uso, apropiado o inapropiado del alcohol por parte de los adolescentes.

Para llevar a cabo este estudio y poder entender los preceptos de la ecología del desarrollo humano es necesario comprender cómo

van cambiando e interactuando los ambientes complejos que van presentándose en la vida. Ennett y otros (2008) definen el ambiente de la persona siguiendo la teoría de Bronfenbrenner (1977) en cuatro sistemas: micro-, meso-, exo- y macro- sistemas. Los tres primeros son relevantes a esta investigación, ya que definen el contexto social. Los sistemas micro son los que tienen que ver con la socialización y el desarrollo humano dentro de la familia, el entorno de día a día y el grupo escolar de los adolescentes. El exo sistema comprende el ambiente social más remoto, como el vecindario y todo lo relacionado a un conjunto de redes de apoyo formales e informales circunscritas a la familia. El macrosistema comprende el conjunto de valores y creencias culturales que tiene que ver con la paternidad, la maternidad, la responsabilidad y el cuidado de los progenitores con sus hijos y el rol que desempeñan los hijos dentro del ámbito familiar. Ennett y otros (2008) específicamente presentaron como hipótesis en este estudio que los efectos del uso del alcohol variarían dependiendo de la cercanía, regulación social, stress y la naturaleza de las interacciones en todo el contexto. En cuanto a la familia y el entorno dentro del contexto de las normas de los adultos referente al uso inapropiado del alcohol, los autores hipotetizaron que la cercanía y las regulaciones sociales provocarían disminución del consumo, influenciado por la familia y su entorno. Basado en este sistema ecológico se examinaron la contribución de estos efectos contextuales en el crecimiento del uso inapropiado del alcohol para crear un modelo de trayectorias en cuanto al uso inapropiado del alcohol entre las edades de 11 a 17 años. Para recolectar los datos entre los adolescentes se cumplió con el protocolo y las regulaciones establecidas en tres escuelas públicas de Carolina del Norte en Estados Unidos. Este estudio longitudinal comenzó en el 2002 y terminó en la primavera del 2004.

Entre los muchos factores de riesgos que los adolescentes están expuestos es necesario mencionar la publicidad acerca del alcohol en general. Desafortunadamente, la mayoría de los adolescentes reciben un "bombardeo subliminal" constantemente acerca de todo tipo de bebidas en los países donde el uso del alcohol es permitido. En muchos países como los Estados Unidos por ejemplo, el gobierno no restringe la publicidad en los anuncios sobre el alcohol (Epstein y Botvin, 2008). Las industrias licoreras se gastan 4.7 billones de dólares en este país para llevar a la televisión 1.4 millones de anuncios (Center on Alcohol Marketing and Youth, 2006). A través de este

estudio se determinó que en el 2005 los jóvenes entre las edades de 12 a 20 eran expuestos a estos anuncios un 93% a través de los programas con cables.

Para disminuir o contrarrestar la publicidad distorsionada relativa al uso de las drogas el Congreso de los Estados Unidos creó en el 1998 la "Campaña Nacional de Publicidad Anti-Droga para Jóvenes" ("The National Youth Anti-Drug Media Campaign"). Esta campaña tenía como meta ayudar a prevenir el abuso de las drogas a través de programas de televisión, la radio, periódicos, revistas, programas de internet y actividades de entretenimientos entre otros. Cabe mencionar un anuncio muy conocido con el nombre de "Este es tu cerebro cuando usa drogas" ("This is your brain on drugs"). Este anuncio consistía en presentar a una persona friendo un huevo en una olla muy caliente casi quemándose. A través de este anuncio se quería enviar el mensaje de que así mismo quedaba el cerebro con el uso de drogas. Desde el 1998 hasta el año 2008 esta campaña gastó \$1.602 billones en publicidad. En agosto del 2006 La Oficina de Auditoría del Gobierno de los Estados Unidos ("The U.S. Government Accountability Office") publicó un reporte indicando que esta campaña de publicidad no había logrado la meta propuesta en reducir el uso de drogas en los jóvenes (Fisher y Roget, 2009).

Para contrarrestar el efecto negativo de la publicidad en los jóvenes europeos, el Proyecto Drojnet está trabajando para transmitir información preventiva a los adolescentes a través de mensajes cortos de texto a móviles y de una página web. Del Pozo Iribarria, Pérez Gómez, Ferreras Oleffe, Herrera, Nuez Vicente y García (2008) nos informan que algunas agencias de drogodependencias de la Consejería de Salud de Navarra y Béarn Toxicomanías de Francia ya están participando en este plan. Ojalá que esta información preventiva a través de los móviles y del internet sea modelo para otros países.

2) Factores biológicos-genéticos:

Ciertamente, y de acuerdo con Kroger (2007), algunos de los cambios más significantes en la pubertad se asocian con los cambios biológicos en esta etapa. Este periodo de la pubertad anterior a la adolescencia y caracterizado por el crecimiento completo de la madurez sexual y físico, a juicio de Seifert y Hoffnung (1994) contribuye a una secuencia de cambios biológicos y ajustes emocionales que preparan a los adolescentes a comprender mensajes culturales

que les indican que sus cuerpos ya han alcanzado un desarrollo anatómico y por lo tanto esto implica diferentes roles que necesitaran llevar a cabo durante esta etapa. Por ejemplo, se puede citar cambios en las escuelas de un nivel primario a uno intermedio, lo cual conlleva un reajuste emocional para algunos.

Archibald, Graber, y Brooks-Gunn (2003 en Kroger, 2007) indican que todos los adolescentes atraviesan por este periodo de la pubertad, excepto aquellos que tienen desórdenes endocrinológicos. Estos autores explican también que este periodo de la pubertad varía grandemente de un individuo a otro. Muchos investigadores como Spear (2000), indican que otros cambios de mucha importancia tienen lugar en el cerebro de los jóvenes donde se procesan las emociones. Kroger (2007) cree que este periodo de la pubertad empieza mucho antes de que haya una manifestación visible de los cambios biológicos. Esta autora indica que en las chicas este proceso puede comenzar tan temprano como a los 7 años y en los chicos a los 9 años y medio. Dice también que el sistema endocrino que regula el nivel de las hormonas que circulan en el cuerpo recibe mensajes del sistema nervioso y opera como un termostato para controlar las secreciones hormonales que circulan dentro del cuerpo. Entre la infancia y la pubertad, las partes del cerebro, específicamente la glándula pituitaria, la cual controla generalmente los niveles hormonales y el hipotálamo, han actuado para inhibir los niveles de las hormonas del sexo que el cuerpo. Apter y Hermanson (2002) creen que las razones de este aumento de la circulación de las hormonas del sexo en el cuerpo no son muy bien comprendidas, aunque las evidencias de las investigaciones en este campo sugieren que el aumento del nivel de una proteína producida por las células conocidas con el nombre de "leptin" (lectina) (hormona producida por tejidos adiposos) están asociadas con los eventos de la pubertad.

Archibald y otros (2003) citados por Kroger (2007) están en desacuerdo con Apter y Hermanson (2002), indicando que aún no hay evidencia que pruebe que el aumento de lecitinas en la pubertad cause cambios en esta etapa. Thain y Hickman (2000) indican que en la mayoría de los estudios al respecto se ha encontrado que los individuos obesos (humanos y roedores) son resistentes a la lecitina.

En cuanto a las hormonas asociadas al sexo están las dos primarias: andrógenas y estrógenos. La testosterona (llamada también la hormona de los hombres, Seifert y Hoffnung, 1994) es una andrógena que tiene como función el desarrollo en la pubertad de los

órganos del sexo masculino. En cambio, el estradiol es un estrógeno encargado del desarrollo en la pubertad del sexo femenino. Seifert y Hoffnung, (1994) indican que ambas hormonas se encuentran presentes en las chicas y los chicos. Sin embargo, la mayor concentración de testosterona estimula en los chicos el crecimiento de su pene y está relacionada con sus órganos reproductivos. En cambio, la mayor concentración de estrógeno se encuentra en las chicas la cual estimula el crecimiento de los ovarios y vagina. Los andrógenos influyen en el deseo sexual en ambos géneros. Es importante tener en cuenta que las hormonas no solamente tienen la función en el aspecto sexual, estas son responsables de ofrecer las diferencias típicas en ambos género, como el tamaño de los huesos y otras características propias de cada sexo.

Además del estudio del crecimiento físico del ser humano, históricamente se ha estudiado la familia para poder determinar y establecer hasta qué grado el factor genético influye en otros aspectos en el desarrollo del ser humano. Así, los investigadores como Dick y Todd (2006, en Hersen y Thomas, 2006), indican que los factores genéticos y ambientales van de la mano. En este mismo orden de ideas, los investigadores Agrawal y Lynskey (2008) y Edenberg y Foroud (2006) coinciden en que la dependencia del alcohol es un serio problema a nivel mundial influenciados por factores tanto genéticos como ambientales.

En un continuo deseo de informar acerca de los cambios en el crecimiento y el desarrollo de los adolescentes en el Hospital para Niños en Texas ("Texas Children's Hospital") se preparó un panfleto para ayudar a los padres a comprender mejor este proceso. Lleva por nombre: "Cuidando la Salud de su Hijo – Crecimiento y Desarrollo de los Adolescentes". Este ofrece una valiosa información y orientación de cómo guiarlos y comprender su desarrollo físico y emocional. Entre los cambios físicos que pueden experimentar se encuentran los siguientes:*

1. Duplicación de peso corporal.
2. Los niños pueden subir de 20 a 30 libras (10 a 20 kilogramos) en un año.
3. Las niñas pueden subir de 10 a 20 libras (7 a 10 kilogramos) en un año.
4. Alcance de la estatura de un adulto.
5. Tanto niños como niñas pueden crecer de 4 a 6 pulgadas (de

8 - 10 centímetros) en un año.

6. Desarrollo de características sexuales secundarias.

7. A los niños les crece el vello púbico y se les agrandan sus genitales.

8. En cambio las niñas entran en la pubertad aproximadamente dos años antes que los niños. Durante esta etapa, sus pechos comienzan a desarrollarse y les crece el vello púbico.

9. Hay cambios en la forma del cuerpo en ambos sexos.

10. A los niños se les ensanchan los hombros.

11. A las niñas se les ensancha la pelvis.

12. A menudo los Adolescentes experimentan etapas de "estiramiento." En algunos adolescentes, los pies y las piernas crecen más rápido que el cuerpo y los brazos. (*www.texaschildrenshospital.org).

3) Entorno familiar:

Considerando los cambios biopsicosociales que los adolescentes confrontan en esta etapa de su vida, es necesario ofrecerles factores protectores que los ayuden a superar esta transición de la niñez a la adultez. Pearson (1982) sugiere que los padres o progenitores les ofrezcan amor, aceptación y ayuda. También deben ofrecerles orientación y guía a través de una buena educación para entrenarlos a manejar con honestidad los conflictos y la presión de los grupos. Además, este autor sugiere ofrecerles apoyo y estímulo en sus actividades escolares y extracurriculares. Estos factores protectores servirán para prevenir conductas disfuncionales y en otros casos para remediar e intervenir en casos necesarios.

Contribuyendo con la investigación acerca los roles que juegan los padres en el abuso del alcohol y el apoyo social que éstos proveen a sus hijos, Park, Kima y Kimb (2009) presenta un estudio realizado en Corea del Sur en el año 2006 con un grupo de 259 adolescentes. Las edades de estos adolescentes eran de 15 y 22 años con una media de 18. De los participantes 73,0% eran varones y 27% chicas. El promedio de edad era de 18.09, el más joven tenía años y el mayor 22. Su participación fue voluntaria. Estos participantes residían en las ciudades de Seoul y en la provincia cercana de Kyung-gi, donde existe la mayor población de jóvenes en el país de acuerdo a la Comisión Nacional para la Juventud en el 2002 ("National Youth Commission"). Este estudio examinó los roles que juegan los padres en el abuso del alcohol y el apoyo so-

cial que éstos proveen a sus hijos, el abuso de substancia de los compañeros de grupos, el riesgo existente de estos adolescentes de experimentar en esta sociedad y el apoyo social. Parte de la literatura de este estudio indica que en Korea del Sur aproximadamente 70% de los estudiantes de educación media y del bachillerato (high school) usaban alcohol para esa época de acuerdo con la Comisión Nacional para la Juventud (2002), ("National Youth Commission"). Este estudio indica que el uso de substancia como el alcohol es común en este país y no se reconoce como un problema. Para medir el uso y abuso de substancia se usó el Instrumento Usado para Examinar los Problemas de los Jóvenes ("Problem-Oriented Screening Instrument for Teenagers), designado para identificar a los jóvenes en necesidad de evaluación. El resultado de este estudio encontró que de los 259 participantes, 41.3% estaban considerados en riesgo para el abuso de substancias. Los autores concluyeron que este resultado fue bastante alto entre los adolescentes con la posibilidad de abuso de substancia. En el análisis de las multi-variables de este estudio encontraron que los adolescentes que tenían bajo apoyo de parte de los padres fueron los que indicaban mayor posibilidad de abusar de substancia (alcohol y otras drogas). Los adolescentes que percibían mayor apoyo de su grupo también reunían los criterios en el abuso de substancia. De acuerdo a Urberg, Goldstein y Toro (2005) estos resultados coinciden con estudios previos que indican que el apoyo de los padres es un factor protector y la amistad muy estrecha con los grupos es un factor de riesgo en el uso de substancia en los adolescentes, especialmente si éstos las usan. Blum (2004) indica que la disponibilidad de tiempo de los padres con sus hijos, así como la presencia de rituales familiares y las actividades compartidas disminuye significativamente la posibilidad de que se den conductas de riesgo en el adolescente.

En este mismo sentido, autores como Senra (2003) creen que la actitud de muchos jóvenes hacia el consumo del alcohol en nuestra sociedad occidental viene de una conducta imitada de su entorno. Esta misma autora cree que muchos de estos jóvenes aprenden a tomar alcohol de la misma manera que aprenden a desear tener un coche, a fumar, a casarse, ya que esto es parte de nuestra cultura. Enfatiza que esta conducta aprendida proviene de los padres, de su entorno y de los compañeros. Esta autora cree que la actitud de muchos jóvenes hacia el consumo del alcohol es una manera de identificarse y de integrarse a su cultura. Dice además, que

mientras la ingesta de alcohol en los adultos sea como "un hábito institucionalizado" los jóvenes que están en proceso de convertirse en adultos imitan esta conducta disfrutando de la euforia temporal que esta droga proporciona, a pesar de todos los riesgos y consecuencias del consumo de esta droga. Bratter y Forrest (1985), indican, al igual que Serra (2003), que el consumo abusivo del alcohol es parte de los mores y costumbres en nuestra sociedad, lo cual tiene consecuencias funestas. De acuerdo a Mason y Windle (2002) y a Ridenour, Cottier, Robins, Campton, Spitznagel y Cunningham-Williams (2002) el abuso del alcohol y otras drogas en los jóvenes puede llevarlos a involucrarse en otros problemas de conductas más perniciosas en su vida de adultos.

Es por esto que investigadores como Al-Halabí, Errasti, Fernández-Hermida, Carballo Crespo, Secades-Villa, Carballo, y García-Rodríguez (2009) creen que hay muchas situaciones familiares que probablemente se asocien con el consumo de drogas en los jóvenes. Estos autores presentan cinco grandes factores de riesgo considerados por muchos estudios los más frecuentes en este tipo de familia que son: el tipo de estilo educativo parental, la presencia de destacados conflictos familiares, las actitudes de parentales hacia el consumo de drogas, la calidad de los lazos afectivos entre los padres y los hijos y los estilos de comunicación familiar. Estos autores llevaron a cabo un estudio enfocándose en tres aspectos: 1.- La relación entre la valoración parental de las convocatorias remitidas desde el centro escolar y los factores de riesgo familiar; 2.- la existencia de diferencias en la asistencia de los padres a un Programa de Prevención Familiar (PPF) en función de su valoración de las convocatorias remitidas desde el centro escolar y 3.- la existencia de diferencias en la asistencia de los padres a un PPF en función de la presencia de factores de riesgo. La población escogida para este estudio estuvo compuesta de 339 familias, procedente de tres IES asturianos. El nivel socioeconómico de los estudiantes participantes correspondía al medio bajo y medio. El grado de estos participantes era del 1o ó 2o de nivel de ESO (Educación Secundaria Obligatoria). Las edades de los estudiantes oscilaron entre los 12 y 14 años. El método utilizado con los participantes consistió en aplicar el Cuestionario de Factores de Riesgo Familiares y Consumo. Para conocer la valoración de los padres acerca de las convocatorias enviadas por el centro escolar se realizó la Encuesta de Variables Relacionada con la asistencia y se cuantificó un índice de Asistencia y Abandono

(asistencia inferior a 5 sesiones principales de las 7 que incluía el programa). Los principales resultados de este estudio indicaron lo siguiente:

1 El porcentaje de asistencia de las familias a alguna sesión del programa fue del 8%. Dentro de estas familias, el porcentaje que mantuvo una adherencia fue del 60,7%, mientras que un 39,3% abandonó la intervención.

2 Sólo el 19% de los padres habían tenido experiencias previas en Programas de Prevención Familiar, el 85% encontró los programas muy interesantes. Un por ciento de padres de 58,9% manifestó su deseo de asistir a todas las convocatorias y un 34,8% indicó que le gustaría asistir a casi todas las convocatorias. Las siguientes respuestas acerca de las convocatorias indicaron:

- 37,8% - muy interesantes
- 56% - bastante interesantes
- 59,2% - bastante útiles
- 23,2% - muy útiles
- 69,5% - percibió la dirección del centro como bastante eficaz.

Este estudio confirmó los hallazgos de otras investigaciones de que los padres con mayor formación académica generalmente son los que más participan en las convocatorias escolares y sus hijos tienen estilos educativos más apropiados y consumen menos drogas. Las sugerencias de este estudio indicaron que los padres manifestaron una buena disposición para participar en los programas preventivos pero a la hora de participar en las acciones propuestas su participación es escasa.

4) Factores de personalidad.

Kavas (2009) llevó a cabo un estudio descriptivo y correlacional designado a investigar la relación entre un grupo de jóvenes universitarios en Turquía. El propósito de este estudio era determinar la relación entre la autoestima y la conducta de riesgo en el uso de cigarrillos, alcohol y otras drogas entre los dos géneros (chicas y varones). En este estudio se investigó también la diferencia de género entre la autoestima y el alto riesgo en la salud en un grupo de 243 adolescentes (124 varones y 119 chicas). Las edades de los participantes fue de 17 a 24 años con un promedio (mean) de edad

de 20.43. A los participantes se le aplicó La Escala de Autoestima de Rosenberg y el Cuestionario -Reporte de sí mismo ("Rosenberg Self-Esteem Scale and self-report questionnaire"). En este estudio se encontró que la autoestima tuvo una asociación negativa con el alcohol y otras drogas ilícitas; los resultados indicaron además que no hubo ninguna asociación significativa entre fumar cigarrillos y autoestima. En relación al grupo de las chicas y los varones el estudio comparativo no indicó ninguna diferencia en la escala de autoestima. Sin embargo, si se encontró diferencias significativas entre los varones y las chicas en el uso de drogas y en el uso de cigarrillos. Se encontró mayor uso de alcohol y cigarrillos en el grupo de los varones en comparación con las hembras. La mayoría de los estudiantes (79.4%) obtuvo un alto nivel de autoestima. En adicción, 32 de los 124 varones (25.8%) y 18 de 119 chicas (15.1%) obtuvo niveles bajo de autoestima. Aproximadamente la mitad de los participantes (49.8%) indicaron que nunca habían consumido alcohol. Solamente 26 (10,7%) usó alcohol regularmente y 96 (39.5%) había probado alcohol por lo menos una vez. El resultado de este estudio indicó que el grupo con la autoestima más alta difería significativamente del grupo con la autoestima baja respecto al uso de drogas, de manera que el uso de droga es más prevalente en este último grupo.

Kavas (2009) cree que la mayoría de los estudios en autoestima y la conducta de salud en riesgo lucen contradictorios. Indica este autor que esto se debe tal vez a que la mayoría de los estudios para evaluar la autoestima y la conducta de salud en riesgo en los jóvenes han sido conducidas más en la población Euro-Americana. Indica también, que los estudios cross-culturales en esta área son un poco escasos especialmente en Turquía. Recomendó que se tome este estudio como ejemplo para repetirlo especialmente en este país.

2.3. Influencia de los amigos y el alcohol.

Como hemos mencionado más arriba, la influencia de los amigos puede ser tanto positiva como negativa durante los años de la adolescencia, de acuerdo a Boivin, Vitaro, y Poulin (2005). Estos educadores creen que una buena relación con sus compañeros amigos puede contribuir a servir de modelo a seguir de una manera proactiva y positiva. En cambio, si es lo contrario, esto puede motivar entre los adolescentes un comportamiento antisocial, compor-

tamiento agresivo y en muchos casos delictivos.

Mucho se ha escrito acerca de la influencia de los amigos durante la adolescencia y la influencia de éstos entre los grupos. Berndt y Keefe (1996, citados en Broderick y Blewitt, 2006) creen que la manera como muchos adolescentes tratan de identificarse con el comportamiento de sus amigos incluyendo la forma de vestir y logros académicos entre otros. Esto muchas veces se debe en gran parte a una satisfacción personal y además el deseo de sentir gratificación personal por ser parte del grupo. En cambio, Kroger (2007) cree que la interacción con el grupo de amigos contribuye al desarrollo de la identidad de los jóvenes. En sus investigaciones con jóvenes, esta autora indica que hay que entender que durante la adolescencia es cuando generalmente los adolescentes empiezan a desprenderse del control y la autoridad de los padres, por lo tanto se relacionan más intensamente con los amigos y compañeros de grupos. Es importante tener en mente lo indicado por esta autora cuando aclara que esto no implica que los padres se desentiendan de los hijos y que no continúen aportando una contribución significativa en el desarrollo de sus hijos, por el contrario, es una manera sutil que algunos padres utilizan para facilitar el proceso gradual de la individualización, a la vez que integran una renegociar entre los hijos para mantener un acercamiento externo e intrínseco con la finalidad que esta dinámica contribuya a enseñarles a los hijos a tomar sus propias decisiones en el curso de sus vidas. De la misma manera los jóvenes aprenden a compartir con los compañeros y a ofrecerle su ayuda para que a través de este comportamiento de intercambio con sus compañeros valoricen la amistad y les sirva como un espejo donde ellos mismos noten el cambio de comportamiento en el grupo con la finalidad que esta experiencia sea muy valiosa en su futuro.

Tratando de ser realistas, necesitamos entender que no es fácil y tal vez extremadamente difícil especialmente para los jóvenes ceder ante la presión de los grupos con los cuales interactúan. Generalmente a los seres humanos nos gusta ser aceptados y ser parte de éste. Pero, ¿qué hacer cuando a los jóvenes se les presenta la disyuntiva de actuar de acuerdo a su formación moral y a sus principios? Wagner (2003) presenta algunas recomendaciones para los jóvenes que El Instituto Nacional sobre el Abuso del Alcohol y el Alcoholismo ("National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism", NIAAA) ofrece en su continúa contribución de cómo disminuir el

abuso del alcohol en los jóvenes o simplemente decir no sin sentirse culpable. -

1. No gracias, deseo estar en control, estoy manejando.
2. No gracias, no quiero problemas con mis padres.
3. No gracias, si tomo alcohol me expongo a perder mis privilegios con mis padres, (tal vez me castiguen, no me presten el carro, etc.).
4. No gracias, no me gusta el sabor del alcohol.
5. No gracias, necesito estudiar más adelante (o tengo que levantarme temprano, recoger a una persona o cualquier otra excusa).
6. No gracias, el alcohol me produce cansancio.
7. No gracias, estoy tratando de perder peso.
8. No gracias, estoy en un entrenamiento.
9. No gracias, ¿qué otra cosa me puede ofrecer?
10. No gracias, no tomo.

Estas recomendaciones ofrecidas por NIAAA son muy apropiadas siempre que los jóvenes quieran y puedan seguirlas con mucha fuerza de voluntad y apoyo de sus padres y un buen reforzamiento escolar.

Como hemos indicado anteriormente, en los Estados Unidos el abuso del consumo de bebidas alcohólicas entre los jóvenes se le llama "binge drinking" en cambio, en otros países se le conoce con otros nombres para referirse a este comportamiento. Por ejemplo, en España se le conoce con la frase "el botellón". Muchos jóvenes de este país participan habitualmente en el botellón, Gómez-Fraguela, Fernández-Pérez, Romero Triñames, y Luengo Martín, (2008). Estos educadores llevaron a cabo un estudio para analizar la relación existente entre la participación del botellón (reuniones de jóvenes en espacios públicos para beber, charlar, etc.), el abuso de alcohol y otras drogas y la realización de conductas vandálicas entre los jóvenes. Para realizar este estudio se hizo una encuesta en centros educativos de Secundaria, Bachillerato, ciclos de Formación Profesional y en la Universidad de la ciudad de Lugo (España). Se escogió una muestra entre las edades de 12 y los 30 años la cual fue dividida en tres grupos en función de su consumo de alcohol y la participación en el botellón, y se analizó el nivel de abuso de drogas, los problemas asociados con esos abusos y el grado de implicación en conductas vandálicas. Los resultados indicaron que los jóvenes con mayor participación en el botellón presentaron mayores problemas con el alcohol y otras drogas. Así, como los que

realizaban más actos vandálicos. Estos resultados se observaron mayormente entre los estudiantes más jóvenes. Los autores de este estudio concluyeron con la teoría que este incremento en la práctica del botellón y otras drogas es debido a la presión del grupo de amigos.

En relación al término últimamente usado del "binge drinking" NIAAA (2009) indica que esta conducta practicada por muchos jóvenes en muchos países alrededor del mundo es un problema global. A través de sus investigaciones, esta organización informa que en muchos países de Europa el reporte de jóvenes intoxicados por alcohol entre los 15 y 16 años ha sido más alto que en los Estados Unidos. Indica además, que la intoxicación por alcohol más elevada reportada entre los jóvenes fue entre los países de Italia, Francia y Grecia.

En otro estudio llevado a cabo por Brown y Klute's (2003, en Kroger, 2007), para determinar la influencia de los amigos en la adolescencia, estos investigadores revisaron investigaciones hechas por más de 30 años y encontraron lo siguiente: Los adolescentes jóvenes seleccionan a sus amigos que son similares a ellos en términos del mismo género e intereses. La mayoría de los adolescentes en sus primeros años tienen un amigo o amiga que lo consideran su mejor amigo/a. En el contexto de étnica múltiple se encontró preferencia por la misma raza. Igualmente, se buscaba en los amigos igualdad y reciprocidad. En el grupo de las chicas se encontró que estas manifestaban más intimidad en la amistad que los chicos. Además se encontró que las chicas demostraron un nivel más alto de motivación en mantener la amistad que los chicos.

El grupo de iguales en la adolescencia ejerce un fuerte modelo en las actitudes de los miembros del grupo (Senra, 2003). De acuerdo a esta autora dentro de este grupo de iguales existe un agente de socialización muy importante entre ellos que los lleva a tener un comportamiento muy parecido entre uno y otro como una demostración de integración. Senra (2003) cita a Calafat y cols. (1986) para exponer la tipología del adolescente que consume bebidas alcohólicas, si su grupo de iguales lo hace, como una manera de buscar aprobación compartiendo la "conducta de ingesta". Pedersen (1990) indica que cuando los jóvenes se someten a las reglas del grupo pierden el control de su conducta. Siguiendo en este orden, los investigadores Ariza y Nebot llevaron a cabo un estudio en Barcelona (España) con 2140 estudiantes de esta ciudad y concluyeron

indicando que el grupo de iguales es el factor más importante en la conducta de ingesta en los adolescentes.

Otro estudio longitudinal fue llevado a cabo por los investigadores Duan, Chou, Andreeva y Penz (2009) en la ciudad de Kansas, Missouri con 1,040 adolescentes del nivel intermedio (6to y 7vo. grado) y del nivel secundario. La hipótesis planteada consistió en investigar el desarrollo paralelo en las trayectorias de los adolescentes en el uso de cigarrillos, alcohol y marihuana respectivamente. Además, la influencia y la percepción de los amigos y los compañeros en el uso de estas drogas y cómo esta influencia repercutía en el uso de estas drogas en los participantes cuando llegaron al nivel secundario. Los resultados indicaron lo siguiente: La percepción de los amigos y compañeros en el uso de cigarrillos indicó el uso de éstos a través de los años en el nivel intermedio. En cuanto al uso del alcohol y la marihuana fue limitado principalmente durante los años en el nivel intermedio. Después de estos resultados los autores indicaron que es recomendable utilizar una estrategia que contrarreste la influencia de los compañeros y amigos llevando a cabo programas de prevención especialmente en el nivel intermedio del nivel básico (6to. y 8vo. grados). En adición, los autores se hicieron una pregunta en el uso del cigarrillo en estos grupos participantes de si el uso de cigarrillos tal vez representaba un símbolo de identidad con sus amigos y compañeros sin considerar que una vez adquirido este hábito podría dejar efectos adversos a través de los años en su adolescencia.

Basado en esta investigación en el párrafo anterior y otros estudios previos, Conrad, Flay y Hill (1992) y Hoffman, Sussman, Unger y Valente (2006) creen indiscutiblemente que la influencia del grupo de amigos y compañeros es el factor psicosocial de riesgo más significativo en los jóvenes en la experimentación con las drogas.

2.4. Consumo de alcohol en los jóvenes: Puerta abierta para el uso de otras drogas y conductas problemáticas.

Son muchos los autores entre ellos Marín Sánchez, Rivero Cuadrado e Infante Rejano (2002) que están de acuerdo que el alcohol tiene una "puerta de entrada" para el abuso de otras drogas.

En este orden, Senra Varela y Manzano Soto (2003) creen que en la mayoría de los casos y de acuerdo a estudios previos, un alto porcentaje de cualquier tipo de drogodependencia comienza con alco-

hol. Estas autoras indican que el consumo de bebidas alcohólicas en los jóvenes no es una conducta aislada. Es así como estas investigadoras indican que este consumo forma parte de su contexto social inmediato a su entorno. Nombran tres agentes socializadores determinantes en la actitud de los jóvenes hacia el alcohol, éstos son: el grupo de iguales, la interacción familiar y la presión del grupo. Con la finalidad de analizar los hábitos y tasas de consumo de alcohol entre los jóvenes, Senra Varela y Manzano Soto (2003) llevaron a cabo un estudio en España con una muestra de los estudiantes del 3o y 4o de la ESO. De acuerdo a estas autoras, escogieron estos niveles por considerarlos que cronológicamente, esta es la edad más conflictiva para iniciarse en la ingesta y consolidación del consumo de alcohol. Esta muestra estaba compuesta de 527 estudiantes de tres centros escolares en distintas zonas geográficas de Madrid. En este orden, esto les permitió a las investigadoras hacer el estudio en tres niveles socioeconómicos. En el diseño metodológico de este estudio utilizaron los siguientes objetivos:

- Analizar y evaluar las tasas de consumo de alcohol de los adolescentes estudiados.
- Evaluar el pensamiento constructivo de estos adolescentes.
- Analizar y evaluar el clima social en la unidad familiar del adolescente.
- Constrastar las diferencias en las tasas de consumo de alcohol según el pensamiento constructivo y el clima familiar.

Los instrumentos usados en este estudio para evaluar estos objetivos fueron los siguientes:

Cuestionario AAIS – Adolescent Alcohol Involvement Scale – (Mayer, 1979)

FES – Escala de Clima social en la familia _ (Moos, 1995)

CTI – Inventario de pensamiento constructivo (Epstein, 2001)

Los resultados de este estudio fueron sometidos a diversos análisis estadísticos de tipo univariado, bivariado y multivariado. Las autoras de este estudio Senra Varela y Manzano Soto (2003) indicaron que fue necesario presentar los datos de algunas variables de manera parcial debido a que eran muy extensos. Se encontró que un 12,14% de los adolescentes participantes abusaban del consumo de bebidas alcohólicas, sin que existieran diferencias significativas entre ambos sexos. Los resultados fueron los siguientes: En cuanto al pensamiento Constructivo y Consumo de Alcohol se encontró que

los adolescentes con buen nivel de tolerancia a la frustración eran menos vulnerables al abuso del alcohol.

Los adolescentes que no abusaban del alcohol tenían un nivel de ilusiones moderado y realista.

1. Pensamiento destructivo y Consumo de alcohol

Entre los adolescentes que abusaban del alcohol presentaron los siguientes rasgos característicos de pensamiento destructivo:

- Alto nivel de tolerancia
- Susplicacia
- Grado elevado de creencias paranormales
- Carencia total de ilusiones constructivas (como proyectos) o elevado
- Grado de fantasías.

2. Clima social en la familia y Consumo de alcohol

En cuanto a la relación familiar los adolescentes que abusaban del alcohol se encontraron:

- Falta de comunicación y conflictos internos en el ámbito familiar.
- Falta de intereses intelectuales o culturales compartidos en el hogar y
- Cuando era la familia del adolescente la que abusaba del alcohol, ésta no le daba mucha importancia a la organización ni a la planificación de responsabilidades. Los jóvenes en estas familias percibían a éstas extremadamente normativa y controladora.

Las investigadoras Senra Varela y Manzano Soto (2003) concluyeron indicando que se debe ofrecer educación a los jóvenes lo más temprano posible como una manera de prevención, para que a través de los conocimientos adquiridos posean herramientas que les permitan tener una base sólida de pensamiento constructivo y esta formación contribuya a compensar las carencias familiares.

Continuando en este orden, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2006 reiteró a través de sus investigaciones que el consumo nocivo del alcohol es un factor de riesgo, tanto para convertirse en las víctimas como en los perpetradores de los actos de violencia juvenil. Según la OMS (2006), la violencia juvenil se manifiesta en muchas formas, como intimidación, violencia de bandas, agresiones sexuales y agresiones en calles, bares y clu-

bes nocturnos. Debido a este consumo, según los estudios de esta Organización OMS (2006), en el mundo mueren diariamente una media de 565 jóvenes de entre 10 y 29 años como resultado de la violencia interpersonal, estando en mayor riesgo los varones. Entre los riesgos mencionados por el consumo nocivo de alcohol en los jóvenes, también se ha encontrado que puede haber una relación entre los integrantes de las bandas juveniles y los ritos efectuados por estos.

De hecho, los estudios acerca del consumo de alcohol en los jóvenes indican que es más perjudicial en los jóvenes que en los adultos (Berger, 2004). De Bellis, Clark, Beers Soloff, Borin, Hall, Kersh, y Keshavan (2000) y Guerri Sirera, (2008) explican la razones del por qué el abuso del consumo alcohol es más perjudicial en los jóvenes. De acuerdo con estos autores, la ingesta abusiva de esta droga se correlaciona con el desarrollo anormal del cerebro como consecuencia afecta la memoria y el autocontrol de la persona al dañar el hipocampo y la corteza pre frontal.

Según Crews y Nixon (2009) cuando la persona abusa del alcohol su cerebro puede ser afectado permanentemente y como consecuencia puede suceder disfunción cognitiva y en muchos casos neurodegeneración.

Los investigadores López-García y Lobo da Costa Jr. (2008) indican que la adolescencia es una etapa de vulnerabilidad y facilitadora para el inicio de conductas de riesgo como el consumo de drogas. Con la finalidad de analizar el consumo de alcohol en los adolescentes estos autores llevaron a cabo una investigación con un grupo escolares de Monterrey, Nuevo León en México. El diseño del estudio fue descriptivo correlacional. Los objetivos fueron: 1) describir las diferencias de la conducta antisocial y consumo de alcohol según sexo, edad y escolaridad, además de 2) conocer la relación existente de la conducta antisocial con el consumo de alcohol de estos participantes. Este estudio estuvo conformado por un grupo de 1221 estudiantes de primer a tercer año de la secundaria. 54.2 % de estos participantes fueron del sexo femenino con una media de edad de 13 años.

Entre los hallazgos encontrados en este estudio hubo diferencia en la conducta antisocial por sexo; en relación a la edad y escolaridad no se encontraron diferencias de la conducta antisocial. Se encontró diferencias de consumo de alcohol por edad y escolaridad. Un 41.3% de los estudiantes consumieron alcohol alguna vez en su

vida. Se encontró diferencias estadísticamente significativas por sexo del consumo de alcohol en el último año y el último mes entre los varones. Se destacaron diferencias de consumo de alcohol en los adolescentes de mayor edad y mayor escolaridad. En relación a la conducta antisocial por sexo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los adolescentes en el grupo de los varones en comparación con el grupo de adolescentes de las chicas.

López-García y Lobo da Costa Jr. (2008) citan a Inglés, Delgado, Bautista, Torregosa, Espada, García-Fernández y otros (2007) y a Duncan, Vanyukov y Cornelius (2002) para indicar que los resultados de este estudio concuerdan con los hallazgos de diversos estudios internacionales cuando muestran diferencias antisocial por sexo y reportando medias más altas de conducta antisocial en el sexo masculino.

Los autores de este estudio recomendaron promover y facilitar el desarrollo de la competencia social, de comportamientos y valores prosociales para prevenir y/o corregir la conducta antisocial. De la misma manera, recomendaron implementar nuevos modelos operacionales con programas de prevención e intervención que faciliten conocimiento acerca del consumo de alcohol y otras drogas, especialmente a grupos vulnerables como los adolescentes.

Autores como Berger (2000) y Berger (2004) creen que a menudo el consumo del alcohol en los jóvenes muchas veces trae como consecuencia el abuso y adicción a otras drogas más dañinas. Corroborando con esta teoría, los autores Higgins, Silverman y Heil (2008) creen que algunos jóvenes que experimentan con nicotina y alcohol a veces paran, pero otras veces continúan usándolos ocasionalmente sin problemas significante. En otro orden, otros jóvenes desarrollan el uso regular y a veces se convierten en dependientes y es cuando comienzan a experimentar con drogas peligrosas causando considerables daños a ellos y en muchos casos a otros. De este modo, Tarter, Vanyukov, Kirisci, Reynolds & Clark (2006) presentan el término "Gateway", muy usado en los últimos tiempos y adoptado en el vocabulario de las drogas para referirse a esa puerta abierta que predicen el uso de las drogas en los adolescentes. Penz y Li (2002) corroboran con estos autores en relación a esta teoría.

Para identificar el uso progresivo de las drogas lícitas como el alcohol y el tabaco a otro uso de drogas ilícitas como el crack, marihuana y cocaína entre otras, las investigadoras Van Der Meer

Sánchez y Aparecida Napo (2007) llevaron a cabo un estudio piloto en Sao Paulo, Brasil con un grupo de sujetos considerados usando drogas activamente y otro ex usuarios en las edades de 18 años y mayores a esta edad. Utilizaron una metodología cualitativa considerando que los sujetos participantes en este estudio tenían un problema. Más de la mitad de estos sujetos habían dejado la escuela en el nivel elemental o intermedio para ayudar en sus hogares haciendo trabajos que no requerían ninguna destreza técnica. Estos sujetos eran de clase media y clase baja. Los sujetos informaron haber usados drogas más de 25 veces en su vida. La muestra estaba compuesta de 18 sujetos habiendo usado cracks y 13 exusuarios. Fue utilizada una entrevista semi-estructurada de larga duración. Una muestra intencional por criterios fue construida y aplicadas a 31 sujetos (todos hombres) usuarios o exusuarios de crack. Estos sujetos fueron entrevistados hasta alcanzarse la saturación teórica de las informaciones. Dos fases distintas fueron detectadas. Se encontró que el uso de las primeras drogas lícitas el alcohol y el tabaco fueron las más citadas, los familiares y los amigos fueron los motivadores al uso y la necesidad de auto-confianza fue la razón más destacada. Los sujetos indicaron que comenzaron a experimentar con alcohol y tabaco entre los 10 y los 13 años y que muchas veces lo hacían para complacer a la persona que se la ofrecía, casi siempre un familiar y otras por curiosidad.

De acuerdo a las autoras Van Der Meer Sánchez y Aparecida Napo (2007) el inicio precoz y el consumo fuerte de una o ambas drogas (alcohol y tabaco) fueron determinantes para el inicio de una progresión con drogas ilícitas. La marihuana fue la droga de segunda fase. El estudio reveló que la progresión en el uso de drogas parece estar asociadas más con decisiones externas (ejemplo, la presión de los iguales, influencia del tráfico; etc.) que la preferencia del usuario. Las autoras de este estudio concluyeron indicando que los hallazgos de este estudio piloto fueron limitados en su generalización a la muestra. Por lo tanto recomendaron llevar a cabo más investigaciones futuras.

Varias encuestas internacionales y regionales (como la Encuesta Mundial de Salud, la encuesta Mundial de la OMS de vigilancia sanitaria en la escuela y la Encuesta Escolar Europea sobre Alcohol y Otras Drogas, 2006) muestran los diferentes niveles y patrones de consumo de alcohol, al igual la variación entre los diferentes países. De acuerdo a la Encuesta Mundial de Salud, la tasa de abstinencia

entre los jóvenes de 18-24 años va de 6,7% de Letonia al 98,6% de las Comoras. El porcentaje de consumidores masivos ocasionales en el Líbano y Malasia está comprendido entre el 0,2% y en la República Checa es 20,1%. En la Región de Europa y la Región de las Américas de la OMS (ejemplo: Brasil, República Checa y la República Dominicana) se encontró que los adultos jóvenes de 18 a 24 años tienen más probabilidades de ser consumidores masivos. El incremento del consumo excesivo de alcohol en lugares como Israel y Filipinas indica que se está propagando una cultura juvenil de este consumo. Se encontró en la mayoría de los países un mayor consumo masivo ocasional entre los varones. En otros lugares como en Australia y Lituania el consumo ha aumentado entre las chicas, por ejemplo, en Australia, el consumo comenzó entre las edades de 14 y los 19 años y en Lituania entre los 15 y los 16 años. (Organización Mundial de la Salud, <http://www.who.int/substance-abuse/terminology/who-lexicon/en/>).

Berger (2000) presentó los resultados de un estudio llevado a cabo por Bensen (1997), con 46,000 estudiantes de nivel secundario, y de clase social media (high school). Los participantes fueron escogidos en los estados del centro en los Estados Unidos. El resultado con estos estudiantes "bebedores" fue el siguiente:

1 Más del doble tenían un comportamiento sexual activo (70 por ciento comparado con el 32 por ciento)

2 Más del doble se envolvían en comportamiento antisocial como robando, peleas en los grupos y vandalismo en las propiedades (49 por ciento comparado con el 19 por ciento)

3 Tenían ausencias excesivas en la escuela cuatro veces más (23 por ciento comparado con el 6 por ciento)

4 Eran más propensos a montarse en vehículos manejados por compañeros embriagados (86 por ciento comparados con el 56 por ciento).

Bolaños Gil, Falleiros de Mello, Carvalho Ferriani y Iossi Silva (2008) llevaron a cabo un estudio descriptivo y transversal en Lima (Perú) con un grupo de estudiantes adolescentes sobre el consumo de drogas. El objetivo de este estudio tenía como objetivos identificar las opiniones de los estudiantes sobre el uso de drogas e identificar las opiniones de los estudiantes sobre el consumo de las mismas. Se usó un cuestionario auto aplicado y adaptado de otro estudio a 386 estudiantes del nivel secundario (del 1er año al 5to año) entre las edades de 12 y 19 años de ambos sexos. Se obtuvie-

ron los datos personales de los estudiantes, así como percepción de riesgo del consumo de drogas, motivaciones, información acerca de medidas preventivas, disponibilidad de la droga, la opinión sobre el consumidor de drogas y la aceptación social y familiar al consumidor de drogas. El mayor número de los estudiantes estaban entre las edades de 14 y 16 años. De todo el grupo de participantes se encontró que el 46.9% vivían con los padres y el 53.1% vivían solo con las madres.

Para evaluar a cada uno de los ítems se usó la escala tipo Lickert con puntajes del 1 al 4 asignados para cada respuesta de manera directa (muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, muy en desacuerdo) e inversa (muy en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo, muy de acuerdo). El total del puntaje obtenido fue calificado como opiniones favorables (opinión a favor del consumo de drogas) o desfavorable (opinión en contra del consumo de drogas). El resultado de este estudio indicó que el 52.6% tenía opinión desfavorable sobre el consumo de drogas y el 47.4% estaba a favor del consumo. El sexo femenino el 24% tenía opinión favorable y el 26% tenía opinión desfavorable en el sexo masculino; el 29% estaba a favor y el 22% contra el consumo de drogas. En relación a la percepción de riesgo de los adolescentes, se observó que 52,3% tenía opinión desfavorable y el 47,4% indicó favorable. En relación a la motivación acerca del consumo el resultado indicó desfavorable con un 53,6% y favorable con un 46,4%. De los entrevistados las informaciones indicaron sobre consumo de drogas favorables 38,6% y desfavorables 61,4%. No tocante a la disponibilidad para el consumo, 44,8% fueron desfavorables y 55,2% favorables. En relación al consumidor de drogas el 58,6% tenía una opinión desaprobatoria y un 41,5% aceptaban a los jóvenes consumidores. En cuanto a la aceptación social y familiar la mayoría fue desaprobatoria, el 55,4% estaba en contra y el 46,5 estaba a favor.

Referente a la información ofrecida a los participantes de si éstos querían recibir información sobre el consumo de las drogas, se encontró preferencia en recibir esta información de sus profesores, seguido por personal de salud (como enfermeras). Muy pocos desearon recibir esta información de sus padres.

En este estudio llevado a cabo por Bolaños Gil y otros (2008), llamó mucho la atención que 53% de los adolescentes entrevistados estuvieron a favor el consumo de drogas, entendiendo que el 52,3% tuvo la opinión desfavorable a la percepción de riesgo. Compara-

ron este estudio con otro llevado a cabo en Lima en el año 2002 (los autores no indicaron por quién o quiénes) con una población muy similar, para entonces los resultados indicaron que el 94,5% opinaron que consumir drogas es muy dañino para la salud, y solo 2,5% opinó que no causaban daño, y el 6.5% opinó que las drogas son peligrosas. Estos autores concluyen este estudio comentando lo siguiente:

"El proceso de socialización, con la familia, amigos, escuela y medios de comunicación es importante en ello. La percepción de riesgo y los factores de riesgo, junto al ocio, tiempo libre y vida recreativa, son elementos que debemos considerar para comprender esta problemática. Tenemos un relevante papel que cumplir tanto para explicar esta compleja conducta como para la puesta en práctica de programas adecuados y eficaces de prevención y tratamiento." (Becoña, 2000). Pág. 25.

En otro orden, una Guía de Acción para la Comunidad (A Guide to Action for Communities, 2007) de los Estados Unidos presenta algunas realidades y datos recopilados de varias investigaciones llevadas a cabo por diferentes agencias del Servicio de Salud y Servicios Humanos de la Oficina General del Cirujano de este país.

Entre los datos recopilados se encontró que la mayoría de las personas que comenzaron a beber alcohol antes de los 21 años comenzaron cuando tenían las edades de 13 a 14 años. Los jóvenes que presentan historial de problemas de conductas (por ejemplo, actividades de delincuencias, acciones impulsivas, dificultad para controlar sus impulsos) generalmente usan alcohol más que los demás de su grupo. Además, se encontró que los jóvenes manifestaron un deseo poco usual por experimentar sensaciones y cosas nuevas. De igual modo los jóvenes tenían historias de familia conflictivas y stress y tenían más problemas de alcohol.

Cuando se cuestionó a los niños de 6 años acerca del alcohol, éstos han indicaron que el alcohol es usado solamente por personas adultas. No obstante, entre las edades de 9 y 13 expresaron que beber alcohol es permitido ("okey"). De acuerdo al Servicio de Salud y Servicios Humanos de la Oficina General del Cirujano, estas razones y muchas otras, son suficientes para que los adultos trabajando con niños o los educadores en general empiecen a hablarles acerca del peligro de experimentar con alcohol a una temprana edad. Todos deben enviarle el mismo mensaje, beber alcohol no es bueno para ellos.

Para determinar el comportamiento y actitudes de los adolescentes y sus padres acerca del consumo del alcohol, Ballester Arnal y Gil Llarío (2009) realizaron un estudio con 574 jóvenes (67,9% chicas y 32,1% chicos) entre las edades de 18 y 24 años. Esta población pertenecía a diversos municipios de toda la Comunidad Valenciana en España.

Los autores indicaron que debido a que el alcohol constituye uno de los grandes problemas de la salud pública, es necesario demostrar a través del estudio la manera nociva usada por muchos jóvenes para divertirse especialmente los fines de semana. Con el propósito de determinar la tendencia al aumento del consumo de alcohol con décadas anteriores, se les presentó un cuestionario a este grupo de jóvenes para recoger la información planteada en esta investigación. Los resultados indicaron que el 60% de los jóvenes consumían habitualmente alcohol durante los fines de semanas en grandes cantidades (el 44% de los participantes informaron que consumían un litro y el 20% dos). El 80%, de los participantes indicaron que tenían suficiente información acerca de los efectos del alcohol pero aún así continuaban con el consumo. Es más, un 52% creían que el alcohol puede que de algún modo beneficie la salud.

En sus respuestas al cuestionario un 57% expresó que bebían los fines de semana para evadir los problemas, un 77% bebían para facilitar las relaciones sociales, por último un 83% indicó que bebían para divertirse. Un 87% de los encuestados indicaron que el alcohol sólo es perjudicial si se consume todos los días; el 85%, creía que el alcohol es perjudicial si se consume durante muchos años; el 74% señaló que el alcohol solamente hace daño si se llega a la embriaguez o se mezclan distintas bebidas, el 67%, informó en el cuestionario que el alcohol perjudica sólo si se mezcla con otras drogas; el 63%, dijo que cuando el alcohol se tolera poco es cuando hace daño; el 51%, indicó que el alcohol hace daño si no se ha ingerido comida previamente. Un 89% de los participantes dijo que el consumo de alcohol entre los amigos es habitual. Un 81% indicó que sus padres consumen vino o cervezas durante las comidas, y más del 30% dijo también que consumen whisky y carajillo. Sin embargo, un 87,5% de los participantes indicó que sus padres desaprueban que sus hijos consuman alcohol, pero en el 80% es consumido por los padres. Los autores le llaman a esto doble moral. Después de analizar los resultados de este estudio los autores concluyeron que los padres les envían un doble mensaje a los hijos de

"haz lo que yo digo pero no lo que yo hago"; esta doble moral como indican Ballester y otros (2009) generalmente tiene nefastas repercusiones para ayudar a los hijos a prevenir el consumo del alcohol.

Los resultados de este estudio indicaron que las chicas consumían menos alcohol que los chicos. Las chicas dijeron que usaban alcohol en las celebraciones para hacer más fácil la interacción con el grupo. Este grupo de jóvenes del sexo femenino indicó que el consumo de alcohol en ellas es menos tolerado por sus padres que en los chicos. De acuerdo a estos autores, creemos que mientras se continúe con esta actitud de consumir alcohol abusivamente para quedar bien con los amigos o para estar a la par con el standard social será necesario desarrollar programas de prevención enfocando la asertividad y para evitar el ocio e intervenir a nivel familiar.

CAPÍTULO III. LA FAMILIA Y EL ALCOHOLISMO.

3.1. Conceptos generales de la familia y el alcoholismo.

Según indican Anderson, Sabatelli y Kosuti (2007) a través de las diferentes investigaciones, la familia consistentemente ha sido identificada como la base para ofrecer las destrezas necesarias para un buen ajuste dentro del marco familiar y social, igualmente para orientar y supervisar a sus hijos durante la niñez y su adolescencia.

Para describir la familia como una institución dentro de la sociedad, Szaluta (2001) indica que la familia es fundamental en el estudio psico histórico, a la cual hay que darle una atención especial dependiendo de la cultura a la que el individuo pertenezca. Continuando con el punto de vista psichistórico, exponemos lo indicado por Mazlish (1976) en Mohl (2010) cuando dice que los valores de odio y amor, dar y recibir, obedecer y dirigir, controlar y ser controlado tienen su origen en la familia. Así, en este mismo orden, estamos de acuerdo con Mohl (2010) cuando indica que la vida de la familia es todo un sistema complejo que afecta la historia. Este autor pone como ejemplo las diferentes complejidades que afectan la familia, como las guerras, creencias religiosas, condiciones económicas, avances médicos entre otros. Todas estas complejidades deben ser consideradas también dentro de su aspecto demográfico en el cual se encuentre la familia (Mohl, 2010).

La familia en nuestra sociedad está descrita de varias maneras por los autores que presentaremos a continuación; sin embargo, al analizar el contenido que cada uno nos ofrece hemos encontramos mucha similitud. Por ejemplo, Pancheri (1979) describe la familia en nuestra sociedad como la que contribuye de manera determinante a plasmar y estructurar en la personalidad del individuo sus aspectos aceptables dentro de su entorno. En otras palabras, la que da las pautas de cómo comportarnos dentro de ésta siguiendo los parámetros establecidos. Esta misma autora indica que la familia representa el lugar donde el niño /a comienza a desarrollar sus primeras actividades comunicativas, que lo ayudará en sus necesidades físicas y emotivas en los primeros años de su vida. Además, se espera que la familia asuma la responsabilidad de transmitir valores de la sociedad de la cual forma parte. A través de estas interacciones recíprocas y enseñanzas el individuo crecerá condicionado por estas experiencias.

Por su parte, los autores Goldenberg & Goldenberg (1991) informan que una familia es más que un grupo de individuos compartiendo espacio físico y psicológico. Estos autores creen que una familia es un sistema social con sus propias propiedades, reglas y una estructura organizada. Se espera que la relación entre los miembros de la familia desarrollen una micro cultura que los ayude a comprender y compartir la historia de los mismos, la percepción del mundo que les rodea y a la vez compartan un sentido de la vida con un propósito definido, de manera la familia tendrá individuos leales uno a otro y con un poder emocional que los mantendrá unidos por siempre y los ayudará a vencer muchos de los obstáculos que se les presenten en el transcurso de sus vidas. De indica que una familia con estos valores proveerá a los miembros de la familia con autonomía suficiente para convertirse en ciudadanos independientes y productivos a la sociedad. Además, estos individuos es muy posible se mantengan siempre unidos a su familia sin importar la distancia que los separe. Senra (2003) indica que la familia no es solamente el origen de nuestra existencia, sino las raíces de la cual desarrollamos nuestra herencia. Cada familia escoge su modo y estilo de vida dentro de su vínculo familiar muchas veces siguiendo un patrón cultural y otras veces sobreviviendo dentro de las circunstancias. Es posible que ésta sea una de las causas de que lo que funciona en un hogar muchas veces no funciona en otro. Basado en este concepto se podría decir que cada familia es única. Esta autora considera que:

Considerando lo expuesto por Senra (2003), Stiglitz (2007) corrobora con lo indicado por esta autora y dice que hay que considerar que actualmente estamos viviendo en un mundo globalizado lo cual ha impactado a la familia llevándola a un mundo complejo, interconectado continuamente con cambios en la economía, en el ambiente, con nuevas tecnologías y migraciones. A este impacto global hay que agregarle lo que ocurre en muchas regiones indicado por Darling y Turki (2009), como son los desastres y experiencias ambientales por nombrar algunas, las guerras y el terrorismo. Como indican estos dos autores, todas estas experiencias afectan directamente a la familia no solo en lo físico sino en lo emocional causando miedo y desbalance en su diario vivir. Todos estos cambios conllevan reajustes, nuevos conocimientos en diferentes destrezas para de esta manera minimizar los riesgos y maximizar las oportunidades para proteger a la familia a través de medidas

de prevención.

Darling y Turki (2009) llevaron a cabo un estudio internacional con una muestra representada por seis continentes y cincuenta países constataron profesionales trabajando con familias en cuatro organizaciones internacionales. El propósito de este estudio era encontrar a nivel internacional las mayores preocupaciones de las familias y el rol de éstas en la educación. El resultado que se obtuvo indicó que la educación y la capacitación ofrecida a la familia estaban disponibles en todos los continentes. Además encontraron en este estudio un interés considerable dentro de la población deseando que se mantenga a la familia informada y educada acerca de los valores que se le deben inculcar a los hijos, información de cómo aprender sus derechos en el área de la salud en todo lo relacionado a las legislaciones y regulaciones, igualmente se encontró interés en educarse acerca de todo lo concerniente al matrimonio. De las treinta preguntas ofrecidas a los participantes las respuestas de más preocupación fueron las drogas y el abuso del alcohol, seguida por la vejez, violencia familiar, la salud de los adolescentes y el desempleo. En cambio, los ítems de menor importancia fueron la cohabitación precedida por la estructura de la familia y las personas "homeless" (sin hogares).

Considerando que vivimos en el Continente Occidental, para este estudio enfocaremos la familia desde este punto de vista "occidental". De acuerdo a Palacios y Rodríguez (1998), el núcleo básico del concepto de familia en Occidente es cuando las personas del ámbito familiar se mantienen unidas para compartir proyectos que sean de mucha importancia para todos con la meta común que esto sirva para estrechar los lazos familiares para que éstos perduren y generen fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, dentro de un marco de reciprocidad y libertad de cada uno de los miembros.

De acuerdo con Berger (2006), los investigadores Pérez Alonso-Geta y cols. (2010) llevaron a cabo un estudio en Valencia (España) en relación a los hogares españoles (familias nucleares, monoparentales y reconstituidas). Pérez Alonso-Geta y otros (2010) llevaron a cabo este estudio con los objetivos de conocer la situación y entorno social del menor de 6 a 14 años. Del mismo modo conocer los estilos educativos adoptados en la familia, la interacción familiar, las demandas familiares, los patrones de conflictos, los estereotipos de género existentes en estas familias y analizar desde la perspectiva de los adultos, los hábitos de vida saludable de los menores de

6 a 14 años.

Para ello escogieron una muestra aleatoria de 1,000 individuos. La selección para participar en este estudio fue la de residencia en el hogar de, al menos, un niño/a (6-14 años). La persona seleccionada para entrevistar debía ser el padre o la madre, responsable de la familia, con una proporción de (25% padres y 75% madres). Para elaborar este estudio se establecieron estas hipótesis:

- Los estilos educativos llevados a cabo en la familia, por los adultos, se adaptan a los distintos tipos de estructura familiar.
- En general, a los padres y madres/adultos les faltan conocimientos adecuados en relación a las pautas y comportamientos (educación, consumo, salud, etc.) de los menores.
- Las relaciones adultos/menores están condicionadas por los tipos de estructura familiar (monoparental, nuclear, etc.).

Los resultados obtenidos indicaron que los hogares de familias reconstituidas fueron los que ofrecen mayor paga (mesada) y donde los hijos pasan más tiempo en las tiendas. Se concluye que en estos hogares hay más hábito de consumo en que en otros tipos de hogares.

En relación a la enseñanza, hubo diferencia significativa en estos hogares de familias reconstituidas ya que los padres indicaron "los hijos se educan en el colegio, que para eso van". También se encontraron diferencias significativas comparadas con los otros dos grupos de familias (nucleares y monoparentales) en relación al centro de enseñanza y los conflictos familiares y las discusiones relacionado con el dinero.

En otro orden, en cuanto a los padres, éstos opinaron que darles apoyo afectivo a sus hijos es lo más importante. En este grupo se encontró que los hijos de estas familias reconstituidas se perciben como los más rebeldes y los que con mayor frecuencia quieren tener la última palabra (tener la razón). Además, demostraron mayor agresividad y violencia escolar. Se concluyó que estos padres de las familias reconstituidas mantienen una educación menos autoritaria y más permisiva que los otros hogares encuestados. De la misma manera, se encontró menos comunicación padres-hijos y los hijos resultaron los más problemáticos.

En cuanto a las familias monoparentales se encontró un resultado significativo en la madurez de los hijos. Sin embargo, fueron los que indicaron mayor tristeza e infelicidad. También se encontró un

resultado significativo (en comparación con los otros dos grupos) en la falta de conocimiento de parte de los padres en cómo educarlos, por ejemplo "me siento incapaz de educarlos como me gustaría". En estas familias se encontró que generalmente el adulto sustentador es una mujer. Sin embargo, hubo un resultado significativo de 5.8% de hombres solos que decide adoptar.

En los hogares con hijos adoptados se encontró que si los adoptantes eran una pareja se podía apreciar un vínculo matrimonial entre ellos, a la vez que estos padres se perciben como "menos hábiles" para desempeñar este rol de padres eficazmente.

En general se concluyó en este estudio que la mayoría de los niños viven en familias nucleares o convencionales (81,6%), luego le siguen los hogares monoparentales (13,05%) y las familias reconstituidas (5,26%). Las familias con hijos adoptados representaron el 3,45% del total.

Entre otras conclusiones de este estudio es importante señalar que según el sexo no se percibió grandes diferencias. Sin embargo, los padres indicaron que las niñas son más "responsables", "mejores estudiantes", "con más control y disciplina", "más maduras" y "mantienen más comunicación con la familia". En otro orden, se encontró una fuente de conflicto significativamente mayor en comparación con los chicos en las salidas, horas de llegada, ropa, escotes, (areti-cos en diferentes partes del cuerpo) "piercing", etc...

El estudio concluyó con cuatro grupos de "estilo familiar":

- "Permisivos/cohibidos"
- "Autoritario/disciplina"
- "Democrático/equilibrado"
- "Sobreprotector/controlador."

De acuerdo con Bandura (2003) las personas adquieren un estilo de comportamiento a través de la imitación de las personas cercanas que les sirven de modelos. Estas pueden ser los padres, los maestros y otros. Este autor define el concepto de la siguiente manera: "Este modelo de comportamiento que sirve como patrón de conducta para otras personas se manifiesta en diferentes formas. Algunas consisten en actividades cotidianas informales como también en actividades simbólicas estructuradas socialmente aceptadas dentro de la cultura respectiva. Existe otro tipo de comportamiento que enfatiza los efectos psicológicos y sociales. Durante su vida cotidiana estas personas tienen un contacto limitado con un pequeño sector de su entorno social". Bandura (2003), pág. 169. (Traducción

del Inglés por la autora de este trabajo)

Así, según numerosos investigadores, el estilo de crianza o estilo familiar dentro de la familia y de los padres principalmente, influye en gran medida en el desarrollo posterior del niño (Pérez Alonso-Geta y cols., 2010). De hecho, los padres constituyen importantes figuras durante el desarrollo de la identidad. Baumrind (1967, 1971) presentó tres tipos de padres:

1) Modelo autoritario estricto. Los padres que practican este modelo para educar a sus hijos imponen reglas que deben cumplirse con autoridad. Raras veces explican a sus hijos el porqué es necesario cumplirlas. Para que sus órdenes sean obedecidas, muchas veces estos padres utilizan la fuerza física a base de castigos. Por lo regular son padres poco sensitivos a las opiniones y necesidades de sus hijos.

No son receptivos y además son exigentes. Esperan que los hijos tendrán que aceptar las cosas sin cuestionarlas y sin posibilidad de exponer su propio punto de vista. Según este autor los niños con este tipo de padres serán con mucha probabilidad conformistas, sumisos, pasivos y tímidos, con baja autoestima e incapacidad para tomar decisiones por ellos mismos. En la adolescencia este estilo educativo que controla el comportamiento sin dar la oportunidad de expresar sus opiniones generalmente fomentan una identidad hipotecada, es decir, una fijación prematura de la identidad no basada en una reflexión interna ni paulatina.

Lafuente (2005) cree que los hijos de este tipo de padres autoritarios generalmente tienden a estar descontentos, a tener cambios de humor, se les hace difícil tomar decisiones por sí mismos, buscar refugio en la soledad y casi siempre desarrollan un comportamiento basado en el temor y el miedo.

2) Modelo autoritario flexible. A través de este estilo de educar, los padres tienden a controlar a sus hijos de manera flexible. Los padres presentan las reglas que se deben cumplir de forma razonable. Estos padres tienden a ser menos autoritarios y son más cuidadosos al imponer sus reglas permitiéndoles a los hijos participar y exponer sus puntos de vista. Además estos padres ofrecen autonomía y son cuidadosos al imponer restricciones y se aseguran que sus hijos las cumplan. En observaciones con niños del nivel preescolar Baumrind (1967), indica la diferencia de comportamiento de los niños que fueron expuestos a estos modelos tres modelos de crianza. Esta autora encontró que los niños criados con padres autoritarios

flexibles exhibían un comportamiento abierto, adaptable y alegre.

3) Modelo permisivo. Estos padres generalmente son negligentes, hacen pocas demandas a sus hijos, le permiten ventilar sus impulsos y expresarse libremente sin controles, se ocupan poco de supervisar las actividades de sus hijos y rara vez controlan la conducta de éstos.

Este tipo de padres son receptivos y no son exigentes, razonan las cosas y consultan al niño cómo se deben de hacer las cosas. Los hijos de este tipo de padres tendrán un problema de autocontrol porque ninguno le ha impuesto nada ni tampoco ha habido una guía clara sobre lo que está bien y lo que está mal. En muchos casos también tendrán baja autoestima por su propia dificultad como niños de regular sus actividades sin ayuda y porque en el mundo exterior sí que habrá reglas que tendrán que respetar. En el caso de la adolescencia este estilo que apenas proporciona orientación y permite que tomen sus propias decisiones fomentan una identidad difusa. Lafuente (2005) cree que los hijos de padres permisivos tienden a desarrollar una conducta egocéntrica, inmadura, impulsiva, carecen de autocontrol adecuado y generalmente insisten en imponer su voluntad. Senra (2000) indica que muchos jóvenes que abusan del alcohol se han iniciado en sus propias casas con padres permisivos y con actitudes favorables hacia el consumo de alcohol. Esta autora cree que la conducta de estos padres con sus hijos puede tener consecuencia negativa a largo plazo.

Para analizar la repercusión del estilo de socialización que utilizan los padres sobre sus hijos en España, Martínez y García (2007) llevaron a cabo un estudio con una muestra compuesta de 1,456 estudiantes (54,3% chicas y 45,7% chicos) con las edades comprendidas entre los 13 y los 16 años. El propósito de este estudio fue analizar si los estilos de socialización que utilizan los padres españoles para socializar a sus hijos, repercuten en la autoestima de sus hijos. Se usaron cinco dimensiones: académica, social, emocional, familiar y física.

Se consideraron las siguientes dimensiones: exigencia y responsabilidad. Para explicar la exigencia se refieren al control que los padres ejercen sobre los hijos para supervisarlos y exigirles madurez. En cambio, en cuanto a la responsabilidad se refieren a la muestra de afecto y aceptación por sus hijos demostrándoles apoyo y buena comunicación. Partiendo de estas dos dimensiones exigencia y responsabilidad, consideraron cuatro estilos diferentes de socializar a

los hijos: el autoritativo (el cual se caracteriza por alta exigencia y alta responsabilidad), el negligente (baja exigencia y baja responsabilidad), el indulgente (baja exigencia y alta responsabilidad), y por último el autoritario (alta exigencia y baja responsabilidad).

Los resultados de este estudio indicaron que los adolescentes educados por padres indulgentes obtuvieron puntuaciones iguales o mayores en autoestima comparados con los que proceden de hogares autoritativos. Los autores indicaron que estos resultados coinciden con investigaciones previas en el estilo de socializar a los hijos en España.

Los investigadores de este estudio, Martínez y García (2007), concluyeron explicando que si los padres practican el diálogo, el razonamiento y el afecto para socializar a sus hijos es muy posible que obtengan mayores puntuaciones en las cinco dimensiones explicadas anteriormente. En cambio, cuando los adolescentes viven en hogares autoritarios y negligentes, con pobre comunicación (falta de técnicas de diálogos) y con poco afecto son los que menos practican los valores de benevolencia, auto control y armonía y los que tienen autoestima más baja.

Además de estos resultados, se encontró en este estudio diferencias en el estilo de socialización autoritativo llevados a cabo en los Estados Unidos con familias euro-americanas, indicando que en la población española el razonamiento se utiliza con los hijos para establecer límites en la conducta de los hijos; en cambio en los Estados Unidos esto se logra mediante la exigencia, el castigo y el uso de control. No obstante, estos autores aclaran al respecto que las mismas prácticas de socialización pueden tener diferentes significados en función del contexto socio-cultural en donde se desarrollen.

Siguiendo en este orden de ideas, los investigadores García y García (2009) elaboraron un estudio con el título de ¿Es siempre el estilo autoritativo el mejor modelo parental? Evidencia presentadas de las familias españolas (Is Always Authoritative The Optimum Parenting Style? Evidence from Spanish Families. En una muestra de 1416 adolescentes españoles, entre los 12 y 17 años de edad (con el 57.2% femenino) se encontró que el modelo óptimo y más eficaz fue el modelo permisivo. Se determinó que los cuatro objetivos del estudio para determinar el resultado más efectivo dentro de la familia fueron logrados por los adolescentes provenientes del sistema parental permisivo.

En cambio, otros autores como Von Eye, Bogart, y Rhodes (2006) consideran otras teorías acerca de cómo educar a los hijos. Por ejemplo, consideran el modelo autoritario flexible el más adecuado. Utilizando este modelo en la educación de los hijos, generalmente los padres tienden a cuidar mejor de sus hijos y a la vez son sensibles a sus necesidades pero al mismo tiempo ponen límites claros y mantienen un entorno predecible. Además, cuando los padres supervisan adecuadamente a sus hijos enseñándoles a cumplir las reglas establecidas del hogar, este estilo de supervisión está asociado con un consumo menor de alcohol por parte de sus hijos. En la mayoría de los casos los hijos de estos padres tienden a tener confianza en ellos mismos, tienen iniciativa y suelen tener un buen funcionamiento escolar. Lafuente (2005) y Pérez (2008) indican que los hijos de estos padres tienden a ser curiosos y exploradores, poseen una buena autoestima y por lo general tienen buen rendimiento escolar.

Steinberg, Elmen y Mounts (1989) indican en relación a la teoría de la crianza democrática que "...los padres autoritarios flexibles que aceptan a sus hijos, les administran a que sean independientes y ejercen un alto, pero no arbitrario, control sobre su conducta, hacen que se promueva la confianza en sí mismos, la formación de la identidad y una orientación positiva hacia el trabajo" (Pag. 1424/1426).

Podemos indicar que este tipo de padres son receptivos como los permisivos, pero son también exigentes porque creen que el control es necesario, aunque razonan la manera en que dirigen las actividades de sus hijos. La meta sería conseguir que el o la adolescente tenga la responsabilidad de aceptar las normas establecidas por sus padres y continuar su desarrollo evolutivo sin perder su propia independencia (Santrock, 2008).

Lo expuesto en el párrafo anterior es la familia ideal, lo que esta sociedad espera en cada familia. Gimeno (1999) indica que el individuo generalmente construye un esquema cognitivo-afectivo de familia ideal basado en las experiencias de su entorno al igual que las deseadas o imaginadas por cada uno de sus miembros. Igualmente cree esta misma autora que la familia ideal depende en gran medida de la cultura donde ésta habita, de los valores y las necesidades de cada uno. Goodnow, Bowes, Warton, Dawes y Taylor (1991) sugieren que de la familia se espera que sea un lugar donde se enseñe a enfrentar, a asumir responsabilidades y compromisos. En otro orden,

Espinal Duran (2002) expone su punto de vista al respecto cuando espera que a través de la familia se constituya una red importante de apoyo personal y social en la vida de sus miembros. Así mismo, Beltrán (2001) cree que la familia es un ámbito donde se desarrollan los vínculos familiares incluyendo lo biológico y lo social para contribuir a ayudar a los miembros de ésta a integrarse a la sociedad con pautas definidas.

Para determinar la influencia que tiene la cultura en la manera de disciplinar a los hijos, un grupo de investigadores compuesto por Claes, Lacourse, Bouchard y Perucchini (2003) llevaron a cabo una investigación en tres países, Canadá, Francia e Italia. Los sujetos consistían en jóvenes en su última etapa de la adolescencia. El propósito de este estudio era investigar qué tipo de castigo y qué técnicas disciplinarias imponían los padres de estos países a sus hijos cuando les desobedecían. En este estudio se compararon cinco dimensiones: vínculos emocionales hacia cada uno de los padres, supervisión parental, tolerancia hacia los amigos, castigos por violación de las normas establecidas en cada hogar y frecuencia de conflictos. Este estudio demostró que la cultura influye en la manera de cómo los padres aplican los castigos a sus hijos. Encontraron que cuando los hijos les desobedecían a los padres, éstos efectuaban diferentes maneras de castigarlos. Por ejemplo, los padres canadienses eran los más tolerantes y utilizaban menos medidas drásticas y punitivas con ambos hijos, ya que no discriminaban entre los sexos, aplicaban las mismas normas tanto en los varones como en las mujeres. Los adolescentes italianos informaron tener los lazos más estrechos con sus padres. Los padres italianos y los franceses al aplicar los castigos eran más exigentes y estrictos con las hijas. Los jóvenes franceses percibían debilidad en los vínculos emocionales con sus padres y creían que recibían poca supervisión de parte de éstos. En cambio los jóvenes italianos reportaron tener lazos emocionales fuertes con sus padres, pero a la vez tenían una relación más conflictiva debido a las exigencias de ellos y a las altas presiones que los padres imponían a los hijos para que éstos cumplieran con sus altas expectativas.

Durán Gervilla, Tébar Perez y Korhonen. (2002) creen que la familia es la unión de personas que comparten un proyecto vital en común, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo y se establecen intensas relaciones de intimidad, afectividad, reciprocidad y dependencia. Estos autores creen que

es muy importante que en la familia exista la interdependencia, la comunicación y el afecto en los miembros que la forman. Afirman que en el último cuarto de siglo han sucedido grandes transformaciones demográficas, sociales y culturales que han afectado al desarrollo efectivo de muchas familias. Por lo tanto, sugieren que es una responsabilidad de todos luchar por un mundo mejor y se debe comenzar por ayudar a todos los miembros de la familia para lograr esta meta. Recomiendan a los gobiernos, agencias comunales, escuelas y otras instituciones a cooperar por este propósito. Durán Gervilla y otros (2002) han trabajado en el Ayuntamiento de la Ciudad de Valencia – España (2002) desarrollando talleres para ayudar a los padres a desarrollar mejor comunicación con sus hijos y para que se les haga más fácil entender la dinámica de la familia en esta sociedad que le ha tocado vivir y a la vez para desarrollar dinámica de grupos de manera que se entienda que problemas hay en todas las familias, ya que cuando se conocen las herramientas de cómo manejarlos la convivencia se hace más fácil. Estos talleres lo ofrecen en las escuelas y agencias comunitarias. Describen tres estilos básicos de familia:

1. La familia nuclear compuesta por el padre, la madre y los hijos tenidos en común, viviendo todos bajo el mismo techo.
2. La familia extensa ésta incluye al resto de los parientes y a varias generaciones en estrecha relación afectiva y de convivencia.
3. La familia actual. Ésta incluye los nuevos miembros que la conforman y la diversifican. Ejemplo: Cuando falta uno de los progenitores, la familia compuesta por adopción y la familia proveniente de relaciones anteriores entre otros. Estos autores concluyen que no importa cómo la familia esté compuesta, sino que los adultos responsables de la familia deben tener en cuenta lo expuesto anteriormente ya que tienen una gran responsabilidad con los hijos de formarlos con buenos valores y velar por su seguridad integral.

Dependiendo de las culturas y las sociedades de los pueblos las familias tienen diferentes estilos de funcionar dentro de su entorno. Berger (2006) cree que la capacidad para funcionar bien una familia no está determinada por su estructura per se. Esta autora cree que hay factores más importantes que contribuyen para que la familia funcione adecuadamente como son que los padres o progenitores se encarguen de proporcionarles a los hijos recursos emocionales y materiales necesarios que les permitan crecer en un ambiente tranquilo, sano y equilibrado. Esta autora clasifica las familias en

nuestro continente occidental en siete tipos considerados los más comunes de la siguiente manera:

-La familia nuclear: compuesta por un padre, una madre y los hijos biológicos que tuvieron juntos.

-La familia extendida: consiste en tres o más generaciones de individuos que comparten el mismo vínculo biológico.

-La familia uniparental: consiste en un padre o una madre con hijos biológicos.

-La familia reconstituida: integrada por dos adultos, los hijos biológicos de una unión previa de uno de ambos adultos y los hijos que tuvieron juntos. Por lo tanto los padrastros, los hijastros y los hermanastros pueden ser parte de la familia.

-La familia de abuelos: formada por los abuelos que viven con los nietos en lugar de que éstos vivan con sus padres.

-La familia adoptiva: está formada por uno o más niños no biológicos a quienes los adultos han adoptados de manera voluntaria, legal y permanente para criarlos como propios.

-La familia sustituta: es aquella que acoge niños que son huérfanos, abandonados, maltratados o delincuentes que viven temporalmente con un adulto o una pareja con la que no tienen un vínculo biológico. (Berger, 2006 pág. 410).

Observando estos modelos de familias presentadas por los diferentes autores arriba mencionados, estamos de acuerdo con ellos en el sentido que éstos son los modelos de familias que tenemos actualmente en nuestra sociedad. Más adelante, presentaremos otro estilo de la familia, la que se conoce con el término "familia disfuncional".

3.2. Comunicación de los padres con los hijos acerca del consumo del alcohol.

Algunos investigadores en el campo de la conducta como Doménech (2004) y Milnes (1998) creen que la comunicación abierta y honesta de los padres con los hijos debe usarse como una herramienta que contribuya a abrir canales de comunicación efectiva. Es muy probable que esto ayude a los hijos a aprender a tomar sus propias decisiones, a desarrollar estrategias positivas y a mantener respeto por ellos mismos, por sus padres y las demás personas con las que tengan que lidiar, como sus compañeros y superiores en

general.

En este mismo sentido, Mogro-Willson (2008) llevó a cabo un estudio en Estados Unidos acerca de la influencia de los padres cariñosos y el control de éstos sobre el uso del alcohol de sus hijos adolescentes. La población de este estudio consistía en una muestra de 1,887 latinos adolescentes (956 eran mejicanos americanos, 363 puertorriqueños, 305 cubanos, 211 de América Central, y 52 que se identificaron como latinos pero no dijeron la procedencia de su grupo étnico). A través de este estudio se quería determinar la diferencia de la crianza de estos padres latinos con sus hijos y las estrategias que estos padres usaban para ayudar a sus hijos en el uso del alcohol. Se encontró que los padres cariñosos y comprensivos con sus hijos adolescentes obtuvieron un promedio significativo en la reducción y control del alcohol con sus hijos adolescentes comparados con los padres no latinos. Se concluyó que el factor afecto por parte de los padres contribuye a desarrollar una personalidad en sus hijos más segura, asertiva y confiada que les permite a los hijos desafiar y equilibrar la presión negativa en su medio ambiente.

Algunos educadores e investigadores como Nuez Vicente y otros (2002) creen que cuando en la familia existe un miembro que abusa del alcohol o de otra sustancia controlada, generalmente se desarrolla una comunicación inadecuada en el vínculo familiar. La relación efectiva entre los padres y sus hijos es muy importante especialmente en los adolescentes, ya que no solamente los padres deben ser responsables en nutrirlos físicamente, sino también en todo lo que concierne a su desarrollo emocional a través de enseñarles modelos pro-social con su propio comportamiento. Cuando se fracasa en esta responsabilidad parental se pone en riesgo la conducta de éstos internalizando y exteriorizando problemas en su conducta (López, Kattsulis y Robillard, 2009).

De acuerdo a Pérez (2008) en un estudio llevado a cabo en Valencia para ayudar a los padres a comunicarle a sus hijos efectivamente cómo evitar el consumo de alcohol en la adolescencia, encontró entre otros factores que la falta de comunicación adecuada de los padres con los hijos acerca del consumo del peligro de las drogas contribuye negativamente al uso indebido de éstas, encontraron que solamente un 52% de los padres entrevistados hablaba de ello con sus hijos. Pérez (2008) cita a Seura, M, Menzau, N. UNED (2003), indicando que en estudios hechos por esta insti-

tución encontraron que los adolescentes que pertenecen a familias con padres excesivamente autoritarios o permisivos los hijos de éstos tienden a abusar más del consumo del alcohol. En cambio los adolescentes viviendo con padres permisivos o autoritarios flexibles demostraron tener menor tendencia al abuso del alcohol. Además se encontró que en los hogares donde la comunicación es débil, no clara ni asertiva generalmente esto crea falta de interés entre los miembros y un rechazo a entablar conversaciones evitando la distorsión de la conversación o lo que es peor la imposición de creencias y falta de respeto por las opiniones diferentes.

En este orden, Cava, Murgui y Musitu (2008) llevaron a cabo un estudio con adolescentes para determinar las posibles diferencias en los factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. La primera muestra consistió en 450 adolescentes entre 12 y 14 años, y la segunda en 203 adolescentes entre 15 y 17 años. Utilizaron el mismo modelo de ecuaciones estructurales para ambos grupos. Los resultados indicaron que una adecuada comunicación familiar es un factor de protección en ambas muestras, mientras que una elevada autoestima social se plantea como factor de riesgo en la adolescencia media. Además se encontró en ambos grupos que la autoestima familiar y las actitudes hacia la autoridad son también factores relevantes. Con estos resultados, los autores de este estudio recomendaron desarrollar futuros programas de intervención.

Investigaciones acerca de este tema han demostrado que los padres y educadores en general deben saber orientar a sus hijos en cuanto al consumo de alcohol se refiere. Deben enseñarles que bajo ninguna circunstancia ningún menor debe ingerir alcohol ya que este acto afecta su desarrollo cognitivo, físico y psicológico (Pérez, 2008). De acuerdo con lo indicado por esta autora, los padres están en la obligación de educarse en todo lo relacionado a cómo se puede ser un buen padre tratando de conocer las necesidades que tienen los hijos para de esta manera poder educarles y ayudarles a tomar decisiones responsables y sobre todo dándole un buen ejemplo.

Cuando la comunicación en la familia empieza a deteriorarse al extremo que llega un momento que es considerada inexistente, lo más probable es que existen factores que conllevan a esta dinámica. Es por esto que autores como Cava y otros (2008) llevaron a cabo un estudio con 450 adolescentes entre las edades de 12 y

14 años y con otro grupo de 203 entre las edades de 15 y 17 años. Entre los resultados encontraron que una adecuada comunicación familiar es un factor de protección en ambas muestras. Además, se encontró que en la adolescencia temprana (12 y 14 años) la comunicación familiar influye grandemente en el desarrollo de las actitudes de los hijos hacia las figuras de autoridad. Sin embargo, hubo diferencia significativa en cuanto al grupo de adolescencia media (15 y 17 años) a este respecto.

3.3. Detectores e indicadores de consumo de alcohol en los jóvenes.

Investigadores como Grunewald, Johnson, Light, y Saltz (2003) creen que hay varios factores que contribuyen al consumo de alcohol en los estudiantes jóvenes universitarios. Estos investigadores incluyen que estos factores son los psicosociales, los estresantes y diferentes problemas familiares. Así, autores como Wild, Fisher, Bhana y Lombard (2004) creen que cuando los jóvenes tienen una baja autoestima generalmente desarrollan una conducta de riesgo que los conduce a experimentar con alcohol y otras drogas como una manera de bregar con su valía baja. Indican además, que cuando los adolescentes tienen un bajo concepto de si mismo adoptan esta conducta para bregar con el stress y la presión de los compañeros. Estudios llevados a cabo por Scheier, Botvin, Griffin y Díaz, (2000), encontraron una asociación bastante significativa entre el uso del alcohol y la baja autoestima.

Algunas señales indican el consumo abusivo de alcohol y otras drogas en los jóvenes. A continuación presentamos algunas de éstas ofrecidas por Boyd (2000):

- 1 Disminución del rendimiento escolar.
- 2 Distanciamiento de los demás.
- 3 Fatiga y aletargamiento crónicos.
- 4 Pérdida de interés por los deportes y las aficiones.
- 5 Cambio brusco en las relaciones con sus padres.
- 6 Frecuentes mentiras acerca de dónde van y qué hacen.
- 7 Desapariciones en la casa de objetos de valor y dinero.
- 8 Cambios de humor sin causa aparente alguna.
- 9 Comportamiento abusivo tanto para él mismo los demás.
- 10 Arrebatos de inexplicable hostilidad.
- 11 Garganta dolorida e irritada; tos seca.
- 12 Conjuntivitis crónica sin una base que la explique.

13 Actitud rebelde.

14 Aislamiento.

15 Cambio de amistades.

Es importante observar cualquier cambio por pequeño que sea en el comportamiento de los jóvenes. Éstos pueden ayudar a los padres y educadores en general a detectar a tiempo posibles inicio de empezar a experimentar con alcohol u otras drogas.

Consciente de esta realidad, Becoña Iglesias y Calafat (2006) indican que cuando los jóvenes consumen alcohol, esta conducta no solamente los perjudica a ellos, sino a los padres también, ya que muchos se enteran que sus hijos tienen problemas con el alcohol cuando sucede algún incidente de gran magnitud.

Turner (2000) llevó a cabo una investigación con familias y sus hijos adolescentes y encontró que cuando existe un ambiente familiar conflictivo entre los padres y sus hijos hay un factor de riesgo muy alto para el abuso del alcohol y otras drogas entre los adolescentes. Autores como Burton, (2007) y McKeganey, Barnard, y McIntosh (2002) indican que los hijos de padres que usan drogas sufren la consecuencia de ser de privados de una parte de su niñez, ya que en muchas ocasiones son forzados a asumir la responsabilidad de adultos haciendo los trabajos que le corresponderían a sus padres a la misma vez necesitan aprender a cuidarse por sí mismo.

De acuerdo a Kilpatrick y Holland (2006) es muy común en las familias con problemas buscar algo o a alguien para echarle la culpa de sus problemas. Es indiscutible que en muchos casos y casi en todos, los miembros de la familia estén atravesando por mucho dolor. Estos autores indican que es muy importante que los miembros de esta familia comprendan que la solución a sus problemas no es culpar a nadie por la situación que atraviesan, sino, entender los problemas existentes. Generalmente, en esta familia piensan que han tratado todo lo humanamente posible para mejorar, sin embargo, nada ha trabajado. Kilpatrick y Holland (2006) exponen sus experiencias cuando indican que durante sus años de trabajo con este tipo de familias es muy común escucharlos expresarse sin esperanza con frases similares como "por qué me tiene que pasar esto a mí?". Basado en sus observaciones y experiencias este autor expresa que es muy típico este tipo de conducta.

3.4. Pautas para evitar el consumo precoz de alcohol en jóvenes.

Pérez (2008) cree que es vital ayudar a los hijos a tener desde pequeños una buena autoestima. Se puede lograr a través de ayudarle a desarrollar un autoconcepto positivo y realista que le permita sentirse bien consigo mismo, aceptarse tal como son para que de esta manera puedan actuar con libertad y autonomía. Esta autora ofrece pautas de cómo enseñar a los hijos a ser asertivos enseñándoles a decir "no" de forma adecuada, sin sentirse culpables y a no permitir que otros ejerzan control sobre ellos. Ofrece varios ejemplos entre ellos: "no gracias, no me apetece" en este momento tengo que estudiar y no puedo salir" o "prefiero ir al cine a ver un partido de fútbol", etc. (Pág.26).

Elaborando las pautas que ofrece Pérez (2008) en relación a cómo evitar el consumo precoz de alcohol en los jóvenes, podemos añadir la importancia de enseñar a los hijos a desarrollar el autocontrol enseñándoles a resistir la tentación, retrasar la gratificación y a superar la frustración. Para lograr esto es necesario explicarle muy claramente el porqué es necesario que ellos aprendan y pongan en práctica en sus vidas estos conceptos haciéndoles entender que todo es por su propio bienestar. Es importante añadir lo que indica esta autora que también hay que enseñarles a los hijos a ser conscientes, a evaluar las consecuencias de sus decisiones y a entender que ellos son los únicos responsables de sus acciones. Considerando las siguientes pautas muy atinadas ofrecidas por Pérez (2008) las presentamos a continuación:

1. Alentarles a pensar por sí mismos, a ser independientes y a saber reconocer cuándo deben seguir a sus amigos o no.
2. Hacerles ver que, si se sienten presionados por sus amigos, antes de hacer lo que creen que no es correcto, se pregunten si realmente son sus amigos y si merece la pena seguir teniéndolos como tales.
3. Informarles, por ejemplo, de que la mayoría de los adolescentes no bebe, independientemente de lo que hayan dicho sus amigos. Así no se sentirán tan solos, ni tendrán miedo a perder a los amigos. (Pág.31).

3.5. Familia disfuncional debido al alcoholismo.

La familia es un tema abordado por todos, desde los iletrados hasta los profesionales más intelectuales interesados en el com-

portamiento de la misma en la sociedad, al igual que la dinámica que se desarrolla en cada una, como hemos visto más arriba. Lewis, Dana y Blevins (2002) creen que cuando en una familia existe un miembro con problema con el alcohol es muy común que ésta mantenga su homeostasis alrededor del problema de bebida de esta persona. En otras palabras, este miembro con problema de alcohol desarrolla una aureola de desgaste mental dentro de su familia. Generalmente la conducta de muchos adictos marca no solamente sus vidas, sino la de su familia especialmente los miembros más cercanos y de más intimidad (Ackerman, 1983).

Por ejemplo, Clark, Clemes y Bean (1998) indican que los hijos que crecen en hogares sanos aprenden a ser ciudadanos sensibles a las necesidades de los demás, a ser responsables, organizados y a plantearse metas realistas. En cambio los hijos que crecen en hogares de padres alcohólicos raras veces desarrollan modelos sanos.

Santander y otros (2008) hablan de disfunción familiar y consideran que esta disfunción es un factor que se asocia a muchos problemas de salud mental en los adolescentes, lo cual también afecta a su rendimiento académico, mayor deserción escolar y aumento de la violencia.

3.5.1. Conceptos de la familia disfuncional.

González (2005) consideran que la familia es disfuncional cuando los patrones interactivos en la familia fallan y ésta no se puede manejar ni organizarse como tal. Este autor describe la familia disfuncional cuando existe un círculo familiar en que uno de los padres mantiene una conducta autoritaria imponiendo sus ideas, creencias, valores, gustos y preferencias para su propio beneficio, impidiéndoles a los hijos y demás miembros de la familia libertad para tomar sus propias decisiones, y obligándoles a cumplir arbitrariamente sus recomendaciones. Generalmente, en estas familias disfuncionales existe violencia física o verbal, violación, drogas, prostitución y otros abusos. Esta autora indica que los hijos que provienen de familias disfuncionales muchas veces manifiestan una conducta triste, de frustración, lucen enfermos, deprimidos, poco valorados, con baja autoestima, defensivos, con necesidad continua de amor, aceptación y respeto, sumamente sensibles a ser heridos o estimados emocionalmente. Indica además, que casi siempre manifiestan una conducta dependiente y son pocos tolerantes a la autoridad. No pueden permitir ser controlados por nadie más.

En este mismo orden, Mohl (2010) presenta algunos personajes que han sido estudiados desde su niñez y se ha encontrado que han tenido niñez descuidada, criados en hogares disfuncionales y como consecuencias, han manifestado más adelante conductas psicóticas. Indica que la mayoría de déspotas y tiranos como Adolf Hitler, Josef Stalin o Sadaam Hussein, por nombrar algunos, fueron criados por padres abusivos y es muy probable que la consecuencia de sus traumas emocionales de la niñez los llevara a convertirse en personas tiranas. En relación al párrafo anterior Herman (1992) indica: "Los eventos traumáticos tienen un impacto primario no solamente en la estructura psicológica del individuo, sino también en todos los sistemas relacionados con un lazo de apego con el individuo y la comunidad" (Pág.51).

Ackerman (1987) en sus investigaciones con hijos de padres alcohólicos y los hijos de padres no alcohólicos, encontró en los hijos de padres alcohólicos tenían mayor dificultad en divertirse (generalmente se mantienen buscando aprobación y demuestran dificultad en sus relaciones interpersonales). En cambio, Fisher y Roget (2009), en otro estudio similar, encontraron que la mitad del grupo estudiado no demostró problemas significativos en comparación con el grupo de Ackerman (1987).

La magnitud del impacto emocional a corto y largo plazo en la vida de los niños cuando se crían hogares disfuncionales es impredecible. Los resultados de estos hogares han sido ampliamente estudiados con la esperanza de concientizar a los padres y a la sociedad. Actualmente, la Universidad de Alabama en los Estados Unidos a través del Departamento de Actividades Estudiantil ("Students Affairs") ofrece a los estudiantes un concepto de la familia disfuncional digno de ser mencionado en esta investigación. Explican que en la familia disfuncional uno o más de un miembro de esta familia experimentan un stress no manejable que a lo mejor resulte con los siguientes problemas:

1. Alcoholismo y adicción
2. Adicto al trabajo
3. Falto de apoyo emocional
4. Divorcio
5. Perfeccionismo
6. Dolor o infelicidad
7. Enfermedades serias
8. Comunicación pobre

Debido a crecer en este ambiente de familias disfuncionales, los hijos desarrollan una especie de "pared protectora" emocional y a lo mejor asimismo manejan el stress de una manera no constructiva como hacen sus padres. Más adelante cuando ya son adultos, estos hijos tal vez pierdan el sentido de la individualidad, de la responsabilidad y frecuentemente tienen problemas en sus relaciones con los demás. Una vez han alcanzado la adultez, piensan que cuando dejen estos hogares disfuncionales los problemas quedarán atrás, por ejemplo cuando se vayan para la Universidad. Desafortunadamente descubren que las experiencias de haber crecido en este tipo de hogar los persigue dondequiera que van. Es importante aprender que esta conducta aprendida en la familia disfuncional puede ser superada sustituyéndola por otra más constructiva y saludable (<http://www.sa.ua.edu/Counseling/Self-help/dysfunc.htm>).

3.5.2. Teorías a partir de las investigaciones científicas acerca de esta familia disfuncional.

Los autores Martin y Martin (2000) indican que la familia es un sistema integral y la manera como ésta se integra con los demás miembros a través de fuertes lazos de afectos, respeto y aprobación, dependerá si su interacción entre los miembros sea funcional, disfuncional o caótica.

Los investigadores Chen, Wu y Bond (2009) creen de suma importancia la relación armoniosa que debe existir en cada familia independientemente de su cultura. De esta manera, estos investigadores indican que la familia es un sistema; éste se afecta si recibe respuestas patólicas que provienen directamente de su eje central, en este caso, la familia. Chen y otros (2009) indican que cuando la familia enfrenta severos problemas, falta una comunicación efectiva entre sus miembros, así como la falta de destrezas para resolver los problemas que se les presentan en el diario vivir, generalmente carece de los mecanismos adecuados para adaptarse a las situaciones estresantes. Como consecuencia, aumenta el riesgo de que sus miembros desarrollen patrones de mala-adaptación, se conviertan en familias disfuncionales y sufran deterioro tanto físico como mental. Chen y otros (2009) sugieren que la mayoría de los suicidios entre los jóvenes en las familias de Occidente se deben mayormente a los problemas estresantes que surgen en sus familias. Estos autores también indican que, de igual manera, en Hong

Kong en el 2002 se reportaron 11,695 casos de intento de suicidio debido a las disputas en el ámbito familiar.

Para tener una visión más clara de los factores externos y fuerzas ambientales (ej. la familia disfuncional) así como las respuestas internas (creencias propias y creencias acerca del mundo que contribuyen en China, Hon Kong, a idealizar el suicidio entre los jóvenes) los investigadores Chen y otros (2009) llevaron a cabo un estudio en la Universidad de China de Hon Kong (Chinense University of Hon Kong) con una muestra de 220 estudiantes universitarios. (99 chicos y 121 chicas) entre las edades de 17 a 25 años, con una media de 19.67. Todos los estudiantes que participaron eran voluntarios y nativos de Hon Kong en China. Para evaluar la familia disfuncional, Chen y otros (2009) usaron El Instrumento McMaster 'The McMaster Assessment Device'. Este instrumento contiene 53 items que permitió medir cómo funcionaba la familia de los participantes. Para medirlo usaron la escala de Likert. Se midieron los siguientes componentes: resolución de problemas, comunicación, roles, responsabilidad afectiva, demostración de afecto, control de conducta y funcionamiento de la familia en general. Se encontró una diferencia según género, pues a pesar de que el intento de suicidio fue más prevalente entre los chicos, sin embargo, entre las chicas se reportó una mayor idealización del suicidio. Otros resultados indicaron altos niveles de disfuncionalidad familiar los cuales, a su vez, contribuyeron a proveer un importante instrumento para la evaluación en el riesgo del suicidio entre los jóvenes, y al mismo tiempo ofrecer consejería e intervención psicológica en su tratamiento clínico.

Battaglia (2006), presentado en medicinet.com, informa que nadie tiene una infancia perfecta. Kilpatrick y Holland (2006) corroboran a esta autora. Battaglia (2006) cree que todos hemos crecido con algún tipo de lo que ella llama disfunción. A la vez, sugiere que esto no tiene necesariamente que determinar nuestras vidas. Por lo tanto, debemos aprender a curar nuestras heridas de infancia y a tomar control de nuestra vida. Ella nos presenta detalladamente cómo luce una familia disfuncional. Por ejemplo, las características de este tipo de familia es posible esté compuesta de familia de alcohólicos o adictos u otras drogas, padres abusivos emocionalmente, abuso físico y sexual, psicológicamente perturbados, excesivamente rígidos o controladores, divorcios traumáticos o cuando sucede el abandono de uno de los padres. La autora indica que los efectos

traumáticos de la familia disfuncional pueden ser devastadores. Entre éstos podemos encontrar:

- Dificultad en lo emocional y en la intimidad sexual
- Abuso de alcohol u otra droga
- Dificultad para confiar en los demás
- Pobres destrezas en la comunicación
- Aferrarse a las relaciones
- Obsesión con el perfeccionismo
- Sentimiento de abandono o aislamiento
- Sentimiento de ineficacia
- Sentimiento de inutilidad

Battaglia (2006) enfatiza que no se puede elegir a la familia al nacer, sin embargo, sí se pueden superar los malos recuerdos y traumas de la infancia con una nueva perspectiva en la adultez. De manera que esta autora indica que para lograrlo es necesario considerar lo siguiente:

- No intente cambiar a los demás:

Según la teoría de Battaglia (2006) no importa cuánto se le ruega o se le solicita a un adulto para que cambie su conducta; en la mayoría de los casos no lo hacen. Si el comportamiento de un familiar o amigo lastima o hace daño lo mejor es mantener distancia o cortar las ataduras emocionales por el propio bienestar.

- El pasado no se puede cambiar, así que pare de tratarlo:

Considerando que no se puede regresar a la infancia y cambiar ésta, lo indicado es vivir el presente y reconciliarse con éste de forma armoniosa y buena.

- Parar de repetir el ciclo con la propia familia:

Battaglia (2006) cree que cuando se arrastran sentimientos de dolor, de rabia y resentimientos de la infancia probablemente se quieren desquitar éstos los nuevos miembros de la familia propia. Lo que es peor, dice esta autora que en vez de aprovechar el tiempo construyendo un futuro saludable para los hijos se obsesionan mencionando el pasado traumático. Esta autora recomienda ser honesta con la pareja acerca del pasado. Sin embargo, indica que la nueva familia no merece revivir continuamente ese dolor arrastrado por años. De manera que lo más indicado es ofrecerles a los hijos un hogar diferente al que se ha vivido, lleno de amor, estabilidad y seguridad para cerrar ese ciclo de disfunción del pasado. Vivir en un ambiente marital y en armonía con los hijos puede que contribuya a curar muchos del dolor vivido en la infancia.

- No culpe tu mala conducta debido a tu infancia:

En su teoría de la familia disfuncional Battaglia (2006) continúa informando que las personas que se crían en hogares disfuncionales ciertamente son más susceptibles a cometer malos actos. A pesar de arrastrar con los problemas emocionales de odio rabia, resentimientos y cualquier otro no hay por qué proyectarlos en los demás. Los padres no son responsables de lo que haga el adulto. De manera que hay que parar de sabotear o excusarse por las acciones de mala conducta.

- Hay que parar de ser víctima o de mentalidad de sobreviviente:

Es posible que a pesar de haber sido víctima de una familia disfuncional la persona decida convertirse en un adulto ajustado. Cuando la persona se mantiene apegado al pasado es controlado por éste y posiblemente desarrollará sentimientos de lástima y una aptitud pesimista. Igualmente, si se ve como un sobreviviente eso será una persona que sobrevive a las circunstancias pero no próspero. Como la persona se percibe así mismo afecta su manera de vivir.

- ¿Es el perdón razonable?

Por último, Battaglia (2006) indica que el perdón no tiene que ser el último paso en el proceso de curación. Dice que algunas experiencias son tan dolorosas para perdonarse que no pasa nada si nunca se puede perdonar completamente a tu familia. Si se ha tomado la decisión de perdonar se debe hacer tomando el tiempo necesario y estar seguro que la persona que causó el dolor u ofendió acepte la responsabilidad de su acción y esté trabajando para ser una mejor persona. Sin embargo, Battaglia (2006) recomienda que para curar heridas emocionales por haber vivido en hogares disfuncionales lo más efectivo es buscar terapia con un profesional especializado en este campo.

En relación a este último párrafo acerca del perdón, hay varios autores que discrepan con Battaglia (2006). Por ejemplo, Chopra (2005) sugiere a las personas que se les hace difícil perdonar que lo intenten con el corazón, no forzado. Para ello recomienda practicar la meditación y la visualización cada día. Chopra (2005) sugiere que antes de practicar estos ejercicios se haga la siguiente invocación.

Dios y Espíritu, tengo el corazón endurecido hoy.

Hay alguien a quien no puedo perdonar.

Mi propia herida bloquea el camino.

Siento el dolor de haber sido herido.

Retira esta dureza de mi corazón,

Permíteme sentir la alegría de la ternura.

Restablece la paz y llévate la energía del malestar.

Permíteme perdonar verdaderamente como yo mismo(a) sería perdonado (a). (Pág.169).

Hay muchas evidencias del poder terapéutico de la oración. Por ejemplo, los doce pasos de los alcohólicos anónimos nombrados más adelante han demostrado ser muy efectivo en el proceso de recuperación de éstos.

Algunos investigadores discrepan con esta noción del poder terapéutico de la oración. Masters, Spielmans y Goodson (2006) indican que este modelo alternativo de la oración ha sido un tema de escrutinio por algunos excéptico en el campo de la medicina. De acuerdo con Masters y otros (2006), este tratamiento alternativo para tratar enfermedades es común en los Estados Unidos. Los que practican esta intervención creen que debe ser compatible con la filosofía personal. Con el propósito de investigar acerca del poder de la oración en el proceso de curación los investigadores Masters y otros (2006) realizaron una revisión meta-análisis de los efectos de la intercesión a distancia por otra persona a través de la oración y de esta manera obtener el impacto potencial moderado de las variables. El modelo adoptado para este estudio fue aleatorio. Realizaron un test de homogeneidad y de examinación de varios potenciadores moderadores de variables. Los resultados de los catorce estudios indicaron que no hubo efecto científico discernible en los efectos de la intervención de la oración. Tampoco se encontró ninguna diferencia estadística significativa entre los grupos control y los grupos informados que recibían intercesión a distancia de la oración. Sin embargo, los investigadores dejaron claro que su intención a través de este estudio no fue tratar de persuadir a las personas creyentes que paren de practicar su intercesión de la oración a distancia realizadas tradicionalmente siguiendo su fe. Paradójicamente, los investigadores de este estudio indicaron que por la falta de una base con suficiente literatura teórica o teológica para producir hallazgos significativos que permitan controlar las pruebas de este tipo de estudio, los autores recomendaron que no se dediquen más recursos a este tipo de investigación.

En relación a los indicado en el párrafo anterior, Duran (2006) claramente indica que en los Estados Unidos hay una larga tradición en que las creencias religiosas de la persona no se deben mezclar con lo científico. Sueda y Sueb (2008) creen que la mayoría de los

profesionales en el área de la salud mental no se sienten cómodos hablando con sus clientes al respecto. En este orden, Thoresen (1998, en Suea y Sueb, 2008) hizo un meta-análisis con más de 200 estudios publicados, con el objetivo de encontrar la relación entre la espiritualidad y la salud. Se encontró que los pacientes con un nivel alto de espiritualidad tenían un porcentaje más bajo de riesgo en las enfermedades, menos problemas físicos de salud y un nivel más alto y mejor funcionamiento en los aspectos psicosociales.

3.5.3 Roles de conductas que adquieren algunos miembros de las familias disfuncionales.

Wegscheider (1981) desarrolló la teoría de que los hijos adultos de padres alcohólicos, que en inglés se conoce como "ACOA" (Adult Children of Alcoholics), generalmente adoptan los siguientes roles: El/la Heroe- Heroína, El/la Chivo/a Espiadora, el/la Rebelde y el/la mascota. ACOA se convirtió en un paradigma para los investigadores y especialistas de la salud (Veronie y Fruehstorfer, 2001). Según Wegscheider (1981), cuando los miembros de la familia disfuncional adoptan uno de estos roles su comportamiento, por lo regular, tiende a manifestarse de la siguiente manera:

1) El héroe o heroína en la familia ("family hero") asume la responsabilidad en la familia de muchas funciones o tareas que le corresponden a sus progenitores. Trata de comportarse a la "perfección" en todas las tareas que lleva a cabo, por ejemplo, en la escuela, en el trabajo, en el hogar y así sucesivamente. Se responsabiliza de tantas cosas como si quisiera evitar de verse envuelto/a o tratar con los problemas existentes en su hogar. Sin embargo, a pesar de sobrecargarse, es posible que experimente los mismos síntomas de los perpetuadores de la conducta disfuncional ("enabler").

Elaborando esta teoría de roles en la familia disfuncional, Kymissis, Bevacqua y Morales (1995) indican que los hijos de padres alcohólicos que asumen el papel de héroe o heroína tienden a asumir este rol muy seriamente manifestando una conducta controladora y perfeccionista en muchos casos dedicando horas interminables a los estudios, trabajos o tareas con tal de compensar o gratificar sus emociones inconscientes. Esta conducta adoptada de ser "el o la mejor" muchas veces desarrolla una conducta poco usual o práctica que los lleva a extremos enfermizos. Jaeger, Hahn y Weinraub (2000) corroboran con estos autores Veronie y Fruehstorfer, (2001)

y Wegscheider, (1981) cuando indican que la persona que asume este rol toma muy en serio sus responsabilidades, mas allá de las tareas propias de su grupo en edad, y muchas veces toman el papel de querer resolverle los problemas a los demás y como consecuencia se olvidan de cuidarse o de resolver sus propios problemas.

2) El o la chivo espiatorio o rebelde ("scapegoat") es clasificado/a como el miembro de esa familia que ocasiona más problemas con el objetivo de llamar la atención por su mala conducta. Algunos miembros de la familia disfuncional sublimizan sus rabias y frustraciones, en cambio el o la rebelde no tiene un modelo saludable para hacerlo. Generalmente, los miembros de la familia disfuncional que asumen este rol de rebelde están en un alto riesgo de desarrollar conductas anti-sociales y auto destructivas y como consecuencia muchas veces son hospitalizados debido a sus acciones. A pesar de su condición genética vulnerable a desarrollar alcoholismo, es también un alto riesgo cuando comienzan a asociarse con los amigos que también están atravesando por las mismas circunstancias. Aunque mantienen este rol de rebelde no dejan de sentir mucho dolor emocional debido a los problemas de sus familias disfuncionales.

3) El o la hijo/a solitario/a ("lost child") generalmente se mantiene aislado/a del tumulto y de la sobrecarga emocional que se vive en esta familia para escapar de los problemas. Pasan casi todo el tiempo en sus cuartos leyendo, mirando televisión o jugando videos. Debido a esta aparente indiferencia, muchas veces algunos miembros de la familia tienen la impresión que no hay que preocuparse ya que nada le molesta o perturba y dan la impresión de que están contentos con este estilo de vida. En la mayoría de las ocasiones estos miembros no aprenden a interactuar con sus compañeros. Se ha encontrado que muchos de estos miembros "solitarios" desarrollan bulimia como una manera de satisfacer su dolor a través de la comida.

4) El o la mascota o consentido/a ("mascot") generalmente es el o la último/a hijo/a. Con esta conducta se convierte en el foco de atención para, de esta manera, disminuir un poco la ansiedad y la tensión que le provoca vivir en este tipo de familia. Muchas veces se comporta como un payaso o payasa haciendo chistes y tomando la vida de la misma manera.

Considerando la influencia y la dinámica que se desarrolla en la familia con hijos de padres alcoholicos, los investigadores Veronie y Fruehstorfer (2001) condujeron un estudio con el objetivo de in-

investigar acerca de cómo influye el género, el orden de nacimiento en la familia y los roles de identificación que adoptan los hijos en este tipo de familia. La metodología usada consistió en escoger sujetos que se identificaran como el producto de una familia de origen alcohólico. Estos sujetos eran miembros de familias que recibían tratamiento de intervención contra el alcoholismo a través del departamento de salud mental y servicios sociales en una comunidad del Oeste central de un estado de Estados Unidos. La muestra consistió en 154 sujetos del sexo masculino (51.3%) y 146 del sexo femenino (48.7%).

Entre los participantes el 22%, representado por 66 de los sujetos, fue ocupado por los de mayor edad. El 27.3%, representado por 82 sujetos, estaba compuesto por adolescentes. El 32.3%, representado por 97 sujetos, estaba compuesto por jóvenes pre adolescentes. El 18.3%, compuesto por 55 sujetos, estuvo representado por pubertos (entre 7 y 12 años). La mayoría de estos participantes (62.0%) calificó a su madre como alcohólica. El 14.3% (43 sujetos) calificó a sus progenitores (papá y mamá) como alcohólicos.

Se les administró un cuestionario sociodemográfico a los participantes de aproximadamente diez minutos para determinar tanto el género de ellos como el género de la madre o el padre alcohólico, hermanos presentes en la familia y fecha de nacimiento del sujeto participante. El segundo instrumento que los participantes debían completar era el inventario usado con adultos para determinar el rol de la conducta, "Adult Form of the Role Behavior Inventory" (RBI), creado por Verdiano y otros (1990) basado en las medidas empíricas que diseñó Wegscheider (1981) acerca de los roles en la familia disfuncional.

Los resultados indicaron que los sujetos que se identificaban en la familia como el o la hijo/a solitario/a, "Lost Child", revelaron una diferencia de género significativa en comparación con el/la mascota o consentido/a "mascot" y el hijo/a solitario/a en cuanto a los roles que estos sujetos usaban para identificarse en la familia. También se encontró que la presencia de los dos padres alcohólicos en el hogar fue significativa para que los hijos adoptaran el rol de mascota o consentido/a ("mascot"). Además se encontró que la relación en el orden de los nacimientos en la familia (edades) hubo diferencia estadística significativa en los roles de héroes (a mayor edad, más probabilidades de adoptar el rol de héroe). Se encontró también que el orden de nacimientos entre los miembros de la familia podría te-

ner cierta influencia con la identificación de los roles (menor edad, más probabilidad de adoptar el rol de mascota). Los otros resultados de ANOVA fueron los siguientes: los masculinos tuvieron un promedio menor, de 20.04% en el grupo de los que se identificaban como solitario-a (lost child). En cambio, el grupo femenino obtuvo un promedio de 21.52%. Esto significa que los participantes masculinos arrojaron un resultado menor de (1.5) en la identificación con el rol de solitario-a (lost child).

Según Lewis, Dana y Blevins (2002) indican que muchos autores creen que los hijos que se crían en hogares disfuncionales juegan varios roles que pueden ser identificados a veces, en cambio, en otras ocasiones aparentan vivir en un sistema familiar organizado. Wegscheider (1981) indica que muchos de estos roles que algunos miembros en la familia disfuncional adoptan es posible que sea para poder sobrevivir en estos hogares. Black (1986) cree que los hijos que viven en estas familias disfuncionales adoptan estos roles para poder resistir el stress y otras incertidumbres que se presentan en su diario vivir. También cree este autor que los hijos de estas familias generalmente tienen menos recursos mentales, físicos y emocionales debido al estado de vida inestable al que son expuestos.

Siguiendo en este orden, acerca de la conducta de los ACOAs en el uso de alcohol y otras drogas, los autores Braitman, Kelley, Ladage, Schroeder y Gumieny (2009) llevaron a cabo un estudio comparativo entre un grupo de estudiantes universitarios en los Estados Unidos pertenecientes a ACOAs y otro grupo no pertenecientes a ACOAs. El objetivo principal de esta investigación era determinar si los estudiantes que reunían el criterio para pertenecer al grupo de ACOAs (para evaluarlos se utilizó un "ACOA Screening Test") comenzaban a tomar alcohol y a usar drogas más temprano que los no ACOAs. Además, se investigó si el uso de alcohol de la madre, o de ambos padres de los estudiantes del grupo de ACOAs, estaban asociados con el uso de alcohol y otras drogas en este grupo. Los participantes fueron 572 estudiantes del grado de licenciatura. De este grupo, 136 (24%) cayeron en la categoría de ACOAs y 436 (76%) fueron categorizados como no ACOAs. De estos participantes 78.6% eran chicas. El promedio de edad fue de 21.47. Los grupos étnicos a los cuales estos participantes pertenecían consistió en: 55.2% blancos, 29.2% afro-americanos, 6.8% asiáticos o de las islas del Pacífico, 2.8% hispanos, 3% nativos americanos y 5.6% indicaron ser "other" (de otro grupo étnico). Se encontró que los

estudiantes dentro del grupo ACOAs, de los cuales se sospechaba que la madre o ambos padres abusaban del alcohol, tomaban alcohol más frecuentemente durante el año escolar. Sin embargo, el estatus del grupo ACOA no fue asociado con la frecuencia y la cantidad de alcohol consumido, demostrando que un 73.3% de la muestra escogida eran bebedores y un 31.9% caía bajo el criterio de "binge drinking" en el mes anterior.

Se encontró también que los estudiantes del grupo de ACOAs se iniciaban un año más temprano en el uso del alcohol que los no ACOAs. De la misma manera usaban más las drogas que los del otro grupo (no ACOAs). De acuerdo a los investigadores Braitman y otros (2009) estos hallazgos coinciden con lo encontrado por Chassin, Pitts y Prost (2002).

3.5.4. La codependencia emocional en algunas familias disfuncionales.

Es necesario presentar una breve historia de la codependencia. De acuerdo a Beattie (1992), la palabra codependencia comenzó a usarse en el vocabulario terapéutico en los últimos años de los setenta. Tenemos varias definiciones para entender quién o quiénes se les pueden catalogar con una conducta "codependiente". Originalmente se describía a la persona codependiente aquella afectada como resultado de convivir o involucrarse con alguien dependiente química o psicológicamente. Boyd (2000) indica que las personas codependientes son aquellas que actúan como si tuvieran una percepción extrasensorial para adivinar lo que sienten y desean las otras personas para así evitar "molestarlos" y a la vez complacerlos. Es decir, los codependientes están más preocupados por las necesidades de los demás y así mismo cómo podrían pensar que por sus propias necesidades. Boyd (2000) cita algunas de las 31 preguntas elaboradas por Charles Whitfield en su libro "Co-Dependence: Healing the Human Condition" (Codependencia: Sanación de la Condición Humana) las cuales se utilizan para diagnosticar la codependencia. Éstas son las siguientes:

1. ¿Buscas aprobación y afirmación?
2. ¿Eres incapaz de tomar conciencia de tus logros?
3. ¿Temes la crítica?
4. ¿Sientes la necesidad de perfección?
5. ¿Sientes incomodidad cuando tu vida transcurre sin sobresaltos? ¿Crees que surgirán problemas de un momento a otro?

6. ¿Te resulta fácil cuidar de los demás y difícil cuidar de ti mismo?
7. Te atrae o buscas a la gente que muestra signos de compulsión?
8. ¿Te aferras a las relaciones?
9. ¿Te resulta difícil relajarte o divertirte?
10. ¿Tienes un sentido exagerado de la responsabilidad?
11. ¿Eres propenso a la fatiga, a los achaques y a los dolores?
12. ¿Te cuesta mucho trabajo pedirle a los demás lo que necesitas de ellos?

Analizando estas preguntas podemos comprobar que las personas codependientes viven en un eterno vacío interior y, como nos indica Boyd (2000), no es raro que estas personas codependientes desarrollen enfermedades psicosomáticas. Este mismo autor sugiere que las personas codependientes no sólo desarrollan esta conducta con las personas que aman, sino también con las personas con las que no comparten afinidad. Por consiguiente, el codependiente desplaza excesiva atención al sujeto que desarrolla una fijación hacia éste.

En www.vidahumana.org ofrecen breves definiciones de la codependencia extraídas del libro *De vuelta al hogar* ("Homecoming"), de John Bradshaw, indicando que la codependencia puede ser definida como una enfermedad, con falta de identidad propia. En otras palabras, este autor indica que la persona codependiente pierde la conexión con lo que siente. Generalmente, tiene una autoestima baja y como consecuencia busca aceptación en los demás, ya que da más importancia a lo que piensen los otros. Se crea un yo falso y se desconecta de la realidad. Se avergüenza del comportamiento de los demás. Se preocupa en impresionar a los demás manteniendo un estatus falso. Este autor indica, además, que la codependencia se origina en hogares disfuncionales debido a la violencia, adicciones al alcohol u otras drogas, así como otras enfermedades emocionales de los miembros en esta familia. Debido a vivir en un estado de zozobra muchos miembros en esta familia disfuncional se convierten en hiper-vigilantes en ocasiones volviéndose crónicos y perdiendo el contacto con sus reacciones internas.

La persona codependiente vive en un mundo vacío. Tiene mucha dificultad en confiar en los demás. Muchas veces persigue y quiere controlar a los miembros de su familia o amistades a las cuales les dice lo que tienen que hacer. Cuando la persona manifiesta este síndrome de codependencia manipula con palabras y acciones, por ejemplo, dicen: "si verdaderamente me amas deberías complacerme

haciendo esto o aquello". Los codependientes quieren aparentar con esta conducta que sienten amor, cuando en realidad este es un sentimiento egoísta y de mutua destrucción.

La persona codependiente ha sido tan abusada que llega un momento que no siente el abuso per se, de la misma manera no se da cuenta cuando invierte el abuso en los demás. Es por esto que desea continuamente estar pendiente de los demás para no sufrir ni sentir ansiedad, miedo o enojo. Cuando la persona llega a este punto en su vida necesita ayuda espiritual o profesional para poder continuar por la vida una vida sana con un sentimiento de amor que le produzca paz y armonía.

3.5.5. Recomendaciones para la familia disfuncional.

Autores como Kilpatrick y Holland (2006) indican que aunque los problemas por los que atraviesan las familias disfuncionales en muchos casos son enormes y difíciles, es recomendable enfrentarlos con una actitud positiva y con esperanza. Para ello sugieren buscar ayuda con un o una terapeuta en salud mental especializado si es posible en adicciones. Una vez se comienza un tratamiento de terapia para ayudar a la familia es recomendable que ésta se sienta cómoda y en confianza con el o la terapeuta para que de esta manera pueda comunicar sus sentimientos y ventilar sus frustraciones mas libremente. De manera, que una vez establecido un ambiente empático entre el profesional y los miembros de esta familia se puede continuar con el proceso de recuperación a través de una terapia adecuada.

El Departamento Nacional a Cargo de la Dependencia del Alcoholismo y las Drogas (National Council on Alcoholism and Drug Dependence) de los Estados Unidos recomienda a la familia con un ser querido con problema de alcohol u otra droga, buscar servicios de apoyo tanto para la persona adicta como de toda la familia. Si la persona adicta rehúsa a buscar ayuda, es recomendable que los familiares, amigos y colegas se reúnan y con firmeza y mucho amor traten de hacer comprender a esta persona a ingresar a un programa de tratamiento explicándole las graves consecuencias de no hacerlo, por ejemplo la desintegración de la familia o la pérdida del trabajo entre otros. Haciéndole entender a la persona con problemas del alcohol o las otras drogas que pueden recuperarse a través de una intervención y orientación con un especialista competente y capacitado, podría llevar una vida productiva. Esta misma Organi-

zación (ncadd.org) indica que los niños de familias que padecen del abuso de alcohol o u otras drogas necesitan atención, orientación y apoyo. Generalmente, estos niños están creciendo en hogares donde los problemas se ocultan y no se aceptan. Es por esto que estos niños necesitan que se les hable con honestidad y se les explique lo que está sucediendo. De igual modo ellos necesitan que se les ayude a expresar sus inquietudes y sentimientos. Indica además esta Organización (ncadd.org) que cuando en el entorno familiar existe mucho estrés este es un factor de riesgo para el uso de sustancias a una edad temprana y peligrosa, de igual modo para problemas de salud mental y física.

Son muchas las recomendaciones para la familia disfuncional para que los problemas que les impiden mejorar su estilo de vida, desarrollarse y crecer disminuyan o se eliminen y de esta manera pueda continuar creciendo sanamente, tanto en lo emocional como en lo físico. En este orden, los investigadores como Martin y Martin (2000) han estudiado las familias que no exhiben patología consideradas "funcionales" en un esfuerzo para entender cómo ellos se comunican y que por consiguiente les permite llevar una vida grata y placentera. Estos investigadores presentan las observaciones de comportamiento en una familia funcional, la cual puede servir de modelo:

1. Los miembros en esta familia por lo general se comunican con claridad. No son rígidos en sus discusiones, no confunden ni son caóticas.
2. Tienen a estar de acuerdo más frecuentemente que en desacuerdo, a la misma vez que exponen sus puntos de vista sin ofender a los demás miembros de la familia.
3. Mantienen un ambiente amistoso y siempre demuestran sus desacuerdos sin molestar a los demás.
4. Manifiestan variedad de afectos; pueden expresar alegría o tristeza entre uno y otro.
5. Tienen sentido de humor y tienen la habilidad de reírse de ellos mismos.
6. Respetan la privacidad de cada miembro de la familia, y no tratan de leerle la mente.

Según indican Martin y Martin (2000), en contraste con las familias disfuncionales, los seis ítems mencionados en el párrafo anterior es posible que no estén presentes en este tipo de familia.

Generalmente, el ambiente en que la mayoría de esta familia vive es enfermizo e insano. No obstante, Martin y Martin (2000) ofrecen más recomendaciones indicando que el sistema familiar necesita versatilidad, y la habilidad para vencer conflictos y capacidad para desarrollar soluciones y alternativas. Haciendo comparaciones con la familia disfuncional estos autores indican que mientras en las familias funcionales los problemas se discuten sin impulsividad utilizando argumentos de negociación y compromiso, en la familia disfuncional se manifiestan varios mecanismos de defensa entre los miembros, de la misma manera se adoptan roles como los indicados por Wegscheider (1981).

Debido a los problemas y alteraciones dentro del ámbito familiar en las familias disfuncionales como consecuencias de la convivencia con una persona alcohólica, Escotto Morett (1999, en Escotto Velázquez, 1999) indica que en muchos casos los familiares pueden presentar sintomatología psiquiátrica transitoria. A modo de ejemplo, este autor presenta el cuadro clínico que el cónyuge de la persona alcohólica podría manifestar y es lo que este psiquiatra, Escotto Morett (1999), denomina como un síndrome de devaluación crónica que opera paradójicamente como "omnipotencia redentora" que sería en otras palabras codependencia emocional. Cuando esto sucede, es recomendable que se busque ayuda inmediata con un profesional especializado en drogodependencia y a la vez se participe en terapias grupales como Al-Anon. .

Cuando a la familia disfuncional se le ofrecen las herramientas necesarias para mejorar y comprender la dinámica que ésta envuelve como terapias grupales, en muchos casos la vida de estos miembros cambia. Por ejemplo, actualmente existen en muchos países (y donde no existan pueden hacerlo a través del internet) las Organizaciones de Al-Anon y Alateen. La primera está dirigida para los adultos que son afectados por la adicción al alcohol de un miembro familiar o amigo cercano. La segunda, Alateen, es para los hijos de padres adictos al alcohol. Los grupos de Al-Anon se reúnen con la finalidad de encontrar un "Poder Superior" que los ayude a resolver sus problemas emocionales y a alcanzar serenidad. Al-Anon es una hermandad espiritual no religiosa. Entre los muchos beneficios que ofrecen los grupos de Al-Anon se puede incluir la de ayudar a comprender y entender que, al vivir con una persona adicta al alcohol, los más afectados son los que están en contacto directo con esa persona. Para lograr la paz espiritual de

sus miembros la Organización Al-Anon adoptó los doce pasos de los Alcohólicos Anónimos y éstos son:

1. Admitimos que éramos incapaces de afrontar solos el alcohol y que nuestra vida se había vuelto ingobernable.

2. Admitimos que un poder superior a nosotros puede devolvernos el sano juicio.

3. Hemos resuelto confiar nuestra voluntad y nuestra vida a ese poder superior (Dios), de acuerdo a nuestro propio entendimiento.

4. Sin temor, hemos hecho un sincero y minucioso examen de conciencia.

5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestras faltas.

6. Hemos estado enteramente dispuestos a que Dios elimine todos estos defectos de carácter.

7. Humildemente pedimos a Dios que nos libre de nuestras culpas.

8. Hemos hecho una lista de todas las personas a quienes hemos perjudicado, y estamos dispuestos a reparar el mal que les hemos ocasionados.

9. Hemos reparados directamente el mal causado a estas personas en cuanto nos ha sido posible, excepto en el caso, en que el hacerlo, les hubiésemos infligido más daño o perjudicado a un tercero.

10. Proseguimos con nuestro examen de conciencia admitiendo espontáneamente nuestras faltas al momento de reconocerlas.

11. Mediante la oración y la meditación, tratamos de mejorar nuestro contacto consciente con Dios, según nuestro propio entendimiento de Él, y le pedimos tan sólo la capacidad para reconocer su Voluntad y las fuerzas para cumplirla.

12. Habiendo logrado un despertar espiritual como resultado de estos Pasos, tratamos de llevar este mensaje a otras personas, y practicar estos principios en todas nuestras acciones. (Al-Anon Family Group Headquarters, Inc., 1981).

Considerando lo indicado por Priester, Scherer, Steinfeldt, Jana-Masri, Jashinsky, Jones y Vang (2009), la espiritualidad es reconocida y potencialmente importante en el tratamiento del abuso de sustancias y de las adicciones. Los autores Carroll (1993) Herbert

(2003) y Priester y otros (2009) corroboran con estos autores. En relación a los doce pasos, Priester y otros (2009) llevaron a cabo un estudio basado en los doce pasos y el uso de la oración, la meditación y las técnicas holísticas que se utilizan en esta terapia. Para ello utilizaron un muestreo a nivel nacional en los Estados Unidos con 139 centros de drogadicción. Se encontró que 91% de los programas en estos centros aplicaban los doce pasos en los grupos; 26% de los programas usaron activamente la oración y el 58% usó la meditación como un componente del tratamiento. Un 33% de los programas emplearon alguna terapia holística. Se emplearon técnicas muy diferentes que cayeron en cuatro categorías: (1) Nutrición, ejercicios, relajación y salud física. (2) Recreación y actividades múltiples. (3) Prácticas religiosas y (4) usos terapéuticos específicos. El 91% de los centros informó que usaban los doce pasos como modelo en la adicción. Se encontró también que en estos centros el 90% eran seculares y el 3% eran de tipo religioso. En ambos casos se aplicó una terapia basada en valores espirituales.

Respecto a lo indicado anteriormente, la Organización "Al-Anon Family Group Headquarters, Inc." (Oficina Principal de Los grupos de la familia Al-Anon) con su sede en Nueva York, ofrece gratuitamente a nivel mundial información pública, revistas y publicaciones especiales. Para los hijos de padres alcohólicos, han sido diseñadas las preguntas que aparecen más abajo para determinar la elegibilidad de pertenecer al grupo de Alateen.

¿Es Alateen para ti?

- ¿Tienes un padre, amigo íntimo o un familiar que tenga problemas con la bebida?
- ¿Sientes que la vida te ha jugado una mala pasada?
- ¿Sientes odio hacia uno de tus padres o hacia ambos?
- ¿Has perdido el respeto por tu padre o madre que no es alcohólico o alcohólica?
- ¿Tratas de vengarte cuando crees que tus padres han sido injustos?
- ¿Estás avergonzado de tu hogar?
- ¿Pierdes los estribos a menudo?
- ¿A menudo haces o dices cosas que no quieres pero que no puedes evitar?
- ¿Tienes problemas para concentrarte en los estudios?
- ¿Sientes enojo al tener que hacer tareas domésticas que a tu juicio corresponden a tus padres?

- ¿Alguna vez abrigaste el deseo de estar muerto?
- ¿Has pensado que la forma de olvidar tus problemas se puede resolver tomando alcohol o en otras drogas?
- ¿Encuentras difícil dialogar con tus padres? Hablas con ellos?
- ¿Acudes a los extremos para agradar a las personas?
- ¿Temes al futuro?
- ¿Piensas que nadie puede comprender como te sientes?
- ¿Piensas qué puede impulsar al alcohólico a beber?
- ¿Te angustias cuando tus padres discuten?
- ¿Pasas mucho tiempo fuera de tu hogar porque no te agrada el ambiente?
- ¿Evitas decirle a tus padres como te sientes?
- ¿Te preocupas por tus padres?
- ¿Estás nervioso o temeroso gran parte del tiempo?
- ¿Te indignas por la manera de beber compulsiva del alcohólico?
- ¿Sientes que nadie te quiere de verdad o que a nadie le importa lo que te pase?
- ¿Sientes que eres una carga para tus padres?
- ¿Actúas de manera caprichosa para atraer la atención?
- ¿Escondes tus verdaderos sentimientos fingiendo que no te importa?
- ¿Te aprovechas de tus padres cuando tienes la posibilidad de hacerlo?

La Organización de Alateen indica que si se contesta "Sí" a cualquiera de estas preguntas y se está en estrecho contacto con una persona alcohólica, esta Organización puede ayudar (Grupo de Al-Anon 2005-2010).

Teniendo en cuenta que en la familia disfuncional los miembros de esta familia generalmente están atormentados y sobrecargados emocionalmente, Rief y Heimburge (2006) recomiendan a los padres mantener un contacto directo con los maestros de sus hijos con la finalidad de trabajar en equipo y abrir canales de comunicación. De esta manera, existirá una mejor comprensión de la situación del los estudiantes en sus hogares. Algunas de estas recomendaciones son las siguientes:

1. A principio de cada año escolar reunirse con los maestros para compartir información acerca de su hijo/a para de esta manera establecer el mejor canal de comunicación que puede ser a través del teléfono, el correo electrónico, enviar notas a la casa entre otros. Es importante explicarle a los maestros cómo y cuándo es el

mejor momento para ser localizado/a. Es importante hacerle saber a los maestros que como padres están interesados en el progreso y mejoramiento escolar de los hijos.

2. Demuestre con su actitud apoyo a los maestros de sus hijos.

3. Asegúrese que sus hijos vayan preparados a la escuela con sus libros, materiales, y tareas completadas.

4. Comuníquese frecuentemente con los maestros de su hijo/a. Investigue qué puede Ud. hacer para ayudarlo.

5. Los maestros al igual que el personal de la escuela agradecen ser tratado con cortesía.

6. Conozca al personal de la escuela y participe en las actividades de la comunidad.

7. Recordar que es muy importante informar a los maestros de su hijo/a cualquier preocupación que Ud. Considere que pueda interferir o impedir el buen desenvolvimiento o progreso de su hijo/a.

A este respecto, no hay que olvidar que se está trabajando con padres atormentados y perturbados por los problemas internos dentro del hogar; precisamente por esta situación es que lo más recomendable es que aprovechen los recursos que pueden ser ofrecidos en el ámbito escolar, no solamente por el bienestar de los hijos sino de toda la familia. En las recomendaciones que pueden ser ofrecidas en las escuelas se recomienden programas para los hijos de hogares disfuncionales como los Hermanos y Hermanas Mayores ("Big Brothers - Big Sisters"). Esto consiste en asignarle al hijo/a una persona voluntaria que le sirva de mentor-a y lo ayude a guiarlo para que sean personas exitosas en la vida. En los Estados Unidos esta organización se conoce con estos nombres. Es posible que en otros lugares o países se conozca bajo otro nombre y el objetivo sea similar: Motivar al hijo/a tener éxito en la escuela, a reconocer la importancia de la educación y sobre todo, a mantenerse alejado de las malas influencias. A través de estos mentores se espera que los Hermanos y Hermanas Mayores "Big Brothers" o "Big Sisters" sean un ejemplo positivo y de constante motivación. Para poder elegir estos mentores deben ser mayores de 18 años, pasar un proceso de selección, pasar una entrevista personal con un profesional de la salud mental y un examen físico (médico), revisión de sus antecedentes y tres recomendaciones profesionales y personales. Después

que estos profesionales aprueben que puedan ser Hermanos y Hermanas Mayores "Big Brothers" o "Big Sisters" el o la Trabajador/a Social hará una cita con los padres de los hijos/as recomendados para participar en esta organización y será entonces que después de la aprobación de los padres podrán comenzar a reunirse siempre supervisados por un/a Trabajador/a Social para orientarlos con el fin de asegurar el éxito de esta amistad. Esta organización sugiere que los "Big Brothers" o "Big Sisters" se reúnan con los jóvenes como mínimo 2 veces al mes. Un estudio a nivel nacional en los Estados Unidos realizado por "Inicitivas Públicas y Privadas" ("Public Private Ventures") citado por Big Brothers" "Big Sisters (2010) informó un mejoramiento en la asistencia escolar, mejores notas y más confianza en sí mismos/as. Las cifras de este estudio encontraron un 52 por ciento menos propensos a faltar a la escuela y un 46 por ciento menos a empezar a consumir drogas comparados con los niños/as que no están en el programa.

CAPÍTULO IV: AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA.

4.1. Teorías acerca del autoconcepto.

Muchos investigadores continúan estableciendo diferentes teorías acerca del autoconcepto y de la autoestima. Por ejemplo, Shavelson, Hubner y Stanton (1976), creen que el autoconcepto es la percepción que cada persona tiene de sí mismo y que poco a poco va formándose a través de sus propias experiencias y relaciones con el medio ambiente. Para otros autores el autoconcepto se construye de manera socio-multifactorial, tales como son: la cultura, las personas, lugares, ideas, estructuras culturales, etc. (Mateos Claros, Herrera Clavero, Ramirez Salguero, Ramirez Fernández y Roa Venegas, (2002).

Santrock (2008) cree que el autoconcepto es la suma de las creencias que se tiene de uno mismo a la vez que define la autoestima como la evaluación global que se tiene de uno mismo. Si analizamos estos dos conceptos encontramos mucha relevancia en ambos vocablos aunque usemos diferentes palabras.

Según el Diccionario de Psicología "Dictionary of Psychology" presentado por VandenBoss (2007) en el cual se indica que la autoestima es el grado de percepción positiva de las cualidades y características contenidas en el AUTOCONCEPTO de uno mismo y lo expresado por los autores que hemos presentado anteriormente, corroboramos con la teoría de García y Musitu (2001) sobre el debate del concepto de la "autoestima" y el "autoconcepto" en el sentido de que la delimitación conceptual de ambas no está totalmente definida; por lo tanto, ambos conceptos se utilizarán indistintamente en este trabajo como enfatizan estos dos autores. Sin embargo, respetamos las diferenciaciones de la autoestima y el autoconcepto, presentadas por los autores antes expuestos en relación a su postura de que sí hay una diferencia en ambas y corroboramos con García y Musitu (2001) en cuanto a lo expuesto anteriormente, ambos conceptos se utilizan indistintamente.

Para los autores Del Caño Sánchez y Alonso García (2002), el autoconcepto ha sido objeto de muchos estudios desde muchas diferentes perspectivas. La opinión de estos autores en relación al autoconcepto concuerda con lo expresado por Neiser (1976). Según indica este autor en la psicología cognitiva los determinantes del autoconcepto están relacionados con componentes internos. En

cambio, la psicología social da más importancia a los componentes externos como, por ejemplo, el interaccionismo simbólico (Mead, 1928 -1934) expresado por esta última hace muchas décadas considerando el "self" como resultado de un proceso de reflexión social donde los otros más significativos adquieren relevancia en su construcción. Además de la autora anterior, otros investigadores han sido citados exponiendo sus teorías en relación al autoconcepto, como Harter (1999), indicando la existencia del constructo como conjunto global teniendo en cuenta diversos componentes.

Para explicar el autoconcepto necesitamos entender que las teorías varían considerablemente. Algunos autores creen que el autoconcepto se desarrolla en el proceso de socialización. Las relaciones interpersonales y de la familia son muy significativas en el desarrollo del mismo. A través del sistema de apoyo y normas, la familia contribuye en el desarrollo del autoconcepto. Otros autores creen que el autoconcepto continúa desarrollándose y cambiando a través de la vida. Autores como Artieri (1987) creen que si la persona sufre carencia de apoyo adecuado los efectos negativos en su autoconcepto pueden ser significativos.

Para Gómez, Gaviria y Fernández (2006) creen que encontrar una definición unánime para definir el auto-concepto se hace un poco difícil. Estos autores citan a Kinlston, Beer y Klein (2003) para describir el auto-concepto como un grupo de características las cuales cada una de ellas es necesaria para la identificación de uno mismo y a la vez ser diferente de los demás. Siguiendo en este mismo orden, Gomez y otros (2006) coinciden con la teoría de Tesser (2002) indicando que el auto-concepto es "...como una colección de habilidades, temperamentos, metas, valores y preferencias que distinguen a un individuo de otro". (Pág. 234)

Otras teorías relacionadas al auto-concepto Gómez y otros (2006) presentan lo indicado por Leary y Tangney (2003) los cuales incluyen tres procesos psicológicos: atención, cognición y regulación.

"a. Respecto a la atención, el autoconcepto nos permite dirigir la atención básica hacia nosotros mismos, tanto de manera consciente como inconsciente. El simple hecho de centrar la atención en uno mismo tiene importantes repercusiones en nuestros pensamientos, emociones y comportamientos.

b. Sobre la cognición, el auto-concepto nos posibilita pensar conscientemente

Sobre nosotros mismos. Esto nos ayuda a la construcción de una

identidad, y guía nuestro comportamiento y emociones.

c. En cuanto a la regulación, a menudo podemos controlar lo que pensamos y sentimos sobre nosotros mismos, así como nuestro comportamiento". (Pág. 237)

Baron y Byrne (2004) explican el autoconcepto como la colección organizada de creencias y autopercepciones en varias formas acerca de uno mismo bajo un esquema cognitivo. En adicción, estos autores indican que así como el autconcepto se desarrolla en el entorno familiar y en la cultura donde vive cada persona, es de esperar que existan diferencias entre una cultura y otra en cuanto al concepto del autoconcepto. Para ser más específico, Byrne y Shavelson (1996) dividieron el autoconcepto social de los jóvenes en Estados Unidos de la siguiente manera: Autoconcepto General (éste más adelante se divide en más categorías específicas) como son las interacciones sociales en la familia (padres y hermanos) y las interacciones sociales en la escuela (maestros y compañeros de clases). Basándonos en estas categorías expuestas, podríamos decir que el autoconcepto en los jóvenes depende de este entorno descripto.

Bajo esta premisa, Baron y Byrne (2004) indican que factores externos afectan el autoconcepto de la persona. De manera que el autoconcepto cambia cuando las situaciones en la cual se desenvuelve la persona es modificada o cambiada, por ejemplo, cambio de lugar, cambio de cultura, cambio de escuela, amigos, edad, etc. o cualquier otro evento que impacte la vida del individuo.

De acuerdo con Véliz Burgos (2010) el autoconcepto en los niños y los adolescentes puede ser dependiente de la situación. Se va estabilizando de manera progresiva dependiendo de cada situación a través de sus vidas.

En este mismo orden, los autores Cardenal y Fierro (2003) definen el autoconcepto como el resultado en conjunto de juicios descriptivos y la manera cómo nos evaluamos, valoramos y nos presentamos ante los demás.

4.2. Teorías acerca de la autoestima.

Para tener una mayor comprensión de estos dos conceptos de autoestima y autoconcepto creemos que es necesario analizar la palabra auto. De acuerdo al diccionario Larousse auto es definido de la siguiente manera: prefijo, del griego autos, que significa uno mismo, por sí mismo, mismo, etc. Más adelante veremos cómo la

describen los diferentes autores al unir estos dos vocablos de estima y concepto.

Dentro de las definiciones que existen acerca de la autoestima y del autoconcepto cabe mencionar las siguientes:

La Asociación Americana de Psicología (APA) "American Psychological Association" (APA) del Diccionario de Psicología "Dictionary of Psychology" presentado por VandenBoss (2007) ofrece la definición de autoestima de la siguiente manera:

"Autoestima: El grado de percepción positiva de las cualidades y características contenidas en el AUTOCONCEPTO de uno mismo. Refleja la imagen física que se tiene de sí mismo, la visión de sus éxitos, de sus destrezas, sus valores y la percepción de haberlo logrado, de igual manera en la forma en que los otros le responden a uno. Mientras más alta es la percepción cumulativa de estas cualidades y características, mayor es la autoestima del individuo. Un alto grado de autoestima es considerado como un ingrediente importante para la salud mental, mientras que una baja autoestima y sentimientos de inferioridad son síntomas de depresión." (Pág. 830) (La traducción del inglés al castellano fue hecha por la autora de esta Tesis).

Por su parte, Nielsen y Metha (1994) definen la autoestima como las creencias que evalúan al yo de la personalidad. Del mismo modo, Branden (1994) cree que la autoestima es un conjunto de creencias como la capacidad y la confianza para ajustarse a los retos de la vida, el deseo genuino de querer ser feliz, sentimiento de auto valía, así como tener deseos de disfrutar el fruto de todos los esfuerzos realizados a través de la vida.

Franken (2007) y Storm y Storm (1987) definen la autoestima como todos los sentimientos o creencias positivas que tienen las personas y que contribuyen a su propio bienestar. Estos autores dividen la autoestima en dos tipos: Autoestima alta y autoestima baja. La primera es cuando la persona se acepta tal como es, con sus virtudes e imperfecciones. La persona es responsable de ser un ente social aceptado y valorado en su entorno. Para reforzar esta teoría citan a Santrock, (2008) sugiriendo que el orgullo (pride) puede agruparse con otras emociones positivas como el de sentirse una persona triunfadora, victoriosa, que ha alcanzado sus metas, que se comporta con valentía, es especial y luchadora.

Por otra parte, Crocker y Park (2004) indican que el desarrollo de la autoestima empieza cuando el ser humano comienza a adaptarse

a las demandas que acompañan el proceso de crecimiento. Es un proceso que empieza desde el comienzo de la vida y termina al final del ciclo vital (Erikson, 1982 y Franken, 2007).

Si el autoconcepto es el concepto que la persona tiene de sí misma y el sentimiento de satisfacción en la manera cómo se desenvuelve en su entorno y este comportamiento le permite sentirse bien, habría que admitir que es muy difícil separar y definir los dos conceptos de autoestima y autoconcepto y la íntima relación entre estos dos términos García y Musitu (2002). Estos dos autores indican que se podría hablar de dos dimensiones, la cognitiva y la afectiva. García y Musitu (2001) citan a Rosenberg, (1979) para establecer otro criterio y definir el autoconcepto incluyendo otras modalidades en el ser humano. Estas son: el factor físico, el social y el espiritual. El total de estos tres factores incluyendo los pensamientos y sentimientos convierten al individuo en un objeto.

4.3. La adolescencia y su relación con el autoconcepto y la autoestima.

En relación a la autoestima, Baron y Byrne (2004) indican que probablemente la actitud más importante que una persona desarrolle es la propia. Estos autores se basan en lo indicado por William James (1890) cuando se refería a la autoestima y la manera como cada persona se evalúa a sí misma. Del mismo modo, Baron y Byrne (2004) indican que el autoconcepto se desarrolla en el entorno familiar y cultural, de esta misma manera sucede con la autoestima de acuerdo con estos autores. Elaborando lo indicado por estos dos autores acerca de la autoestima, ésta frecuentemente es medida en dos dimensiones: positiva o negativa, alta o baja. Sería necesario notar las discrepancias en ambas para tener una idea de cuán alta o baja, negativa o positiva ésta es. Mayor discrepancia entre el yo y lo ideal más baja será la autoestima. Strauman (1996) argumenta que a pesar de que el contenido específico tal vez cambie con el tiempo la discrepancia del yo-ideal tiende a permanecer estable.

Con la finalidad de investigar acerca de los factores de riesgo y los recursos culturales que influyen en la autoestima en los adolescentes de origen latino, los autores Smokowski, Rose y Bacallao (2009) llevaron a cabo un estudio longitudinal con una muestra de 349 adolescentes latinos (13-16 años). Los resultados indicaron que, después de pasar algún tiempo en los Estados Unidos, estos adolescentes aumentaron su autoestima disminuyendo en ellos el nivel de

internalización de los problemas propios de la adolescencia. Un dato muy importante en este estudio fue que, a medida que la estadía en los Estados Unidos aumentaba, el nivel de autoestima aumentaba significativamente entre estos adolescentes. El factor de conflicto adolescente-parental fue muy significativo y se convirtió en un factor de riesgo muy importante en relación con los síntomas de internalización y su repercusión en la disminución de la autoestima.

Algunos estudios han encontrado diferencias en la autoestima de los adolescentes (entre las chicas y los chicos). Street y Kromrey (1994) presentaron un estudio sobre la autoestima en chicas y chicos llevados a cabo por "American Association of University Women" en el 1991. Para este estudio se escogieron tres mil chicas y chicos entre cuarto y décimo grado. El resultado indicó que las chicas a la edad de nueve años tenían confianza y seguridad en sí mismas. Cuando salían de la etapa de la adolescencia estas características de confianza y seguridad en ellas demostraron ser más baja que en los chicos. Otro resultado de este estudio indicó que los chicos tenían la autoestima más alta que las chicas durante los años en nivel elemental y generalmente la conservan en su vida de adulto. En otro estudio con chicas y chicos llevado a cabo por Baldwin y Hoffman (2002) encontraron que la autoestima bajó en el grupo de las chicas durante el comienzo de la adolescencia. En cambio, en el grupo de los chicos la autoestima aumentó al comienzo de la adolescencia. Los autores de este estudio concluyeron que el aumento de la autoestima al comienzo de la adolescencia en los chicos se debió a la relación positiva que ellos mantuvieron con su familia. Kling, Hyde, Showers y Buswell (1999) hicieron un análisis de algunas investigaciones llevadas a cabo sobre la autoestima entre chicas y chicos en la etapa de la adolescencia. Encontraron que la diferencia entre las chicas es considerada pequeña, comparada con la de los chicos. Santrock (2008) cree que el declive de la autoestima en la adolescencia entre las chicas se podría explicar en los cambios que se manifiestan en los cuerpos de las chicas durante la pubertad y en muchos casos ellas tienen una imagen negativa de sus cuerpos. Otra explicación que podría considerarse es el interés por las relaciones sociales y el miedo a no cumplir con las exigencias de la sociedad.

En una constante búsqueda acerca de la autoestima y el autoconcepto en los adolescentes, los investigadores Garaigordobil y Durá (2006) llevaron a cabo un estudio con la finalidad de investigar tres

objetivos: 1) Analizar si existen diferencias en función del sexo en diversos parámetros de la personalidad durante la adolescencia; 2) estudiar las relaciones del autoconcepto y la autoestima con cooperación, habilidades sociales, sentimientos de felicidad, y otras dimensiones de personalidad; y 3) identificar variables predictoras de autoconcepto-autoestima. Los investigadores escogieron una muestra de 322 adolescentes de 14 a 17 años. La edad media de la muestra fue de 14,7 años. Los participantes pertenecían a 4 centros escolares de la provincial de Guipúzcoa (en España).

Garaigordobil y Durá (2006) utilizaron una metodología descriptiva y correlacional para buscar establecer relaciones de concomitancia del autoconcepto-autoestima con cooperación, habilidades sociales, sentimientos de felicidad y 4 dimensiones de personalidad: estabilidad emocional, apertura mental, sociabilidad y responsabilidad. Para medir las variables se administraron 6 instrumentos de evaluación. Los ANOVAS indicaron puntuaciones significativamente superiores en los chicos en autoestima, asertividad inapropiada, sobreconfianza, desajuste emocional, y tolerancia al estrés. En otro orden, en las chicas el resultado indicó puntuaciones superiores en cooperación, habilidades sociales apropiadas, adaptación a los cambios, disponibilidad hacia nuevas tareas y capacidad para trabajar en equipo, ansiedad y depresión. Aunque los chicos tuvieron puntuaciones más altas que las chicas en autoestima, no sucedió igual en el resultado en el autoconcepto, no hubo diferencia significativa en ninguno de los dos grupos. Los autores de esta investigación indicaron que las puntuaciones inferiores de la autoestima en el grupo de las chicas, tal vez se debió a que éstas experimentan mayores niveles de estrés durante la adolescencia. Los autores Chabrol, Carlin, Michaud, Rey, Cassan, Juillot, Rousseau y Callahan (2004), Khanlou (2004) y Locker y Cropley (2004) entre otros, están de acuerdo con esta teoría.

Garaigordobil y Durá (2006) concluyeron indicando que globalmente los adolescentes (de ambos sexos) con altas puntuaciones en autoestima y autoconcepto tienen mayor probabilidad de ser estables emocionalmente y de ser más sociables y responsables. Esto contribuye a que mantengan más estabilidad emocional y ausencia de síntomas psicopatológicos de ansiedad y depresión.

4.4. La importancia del autoconcepto y de la autoestima en los jóvenes para su desarrollo positivo escolar y en la vida.

Varios investigadores como Thompson (1999) consideran que la manera como una persona se acepta, se valora y se respeta será determinante en su comportamiento y el buen desarrollo de su autoestima. Para Branden (1994) alcanzar los más altos niveles de realización y autorrealización es vital para tener una autoestima auténtica y genuina.

Así mismo, según Millona, Grossman, Millonb, Meagher y Ramnath (2004), la autoestima juega un papel muy importante en todo lo relacionado al sistema de valores que posee la persona. Estos autores creen que la imagen o el concepto que la persona tiene de sí mismo lo ayudarán en la vida a través de las experiencias que le toque vivir. Marrone (2001) cree que lo que llamamos autoestima es el conjunto de modelos operativos de uno mismo, es la idea de ser objeto de amor y aprecio.

En otro orden, Lazarus (1991) indica que cuando una persona realiza su orgullo y satisfacción por los logros obtenidos, sean propios o del grupo, en el cual la persona se identifica, esto puede contribuir a enriquecer el ego y es probable que surjan sentimientos de independencia, curiosidad, confianza e iniciativa debido al éxito logrado. Baumeister, Campbell, Kreuger y Vohs, (2005) confirman esto indicando que engrandecer o aumentar la autoestima puede cambiar la imagen que la persona tiene de sí misma de una manera muy positiva.

En relación a una baja autoestima Franken (2007) la define como cuando la persona siente vergüenza por la falta de destrezas y por la inhabilidad o ineptitud para valorarse o valorar a otros. También por el estado emocional negativo en el cual viven estas personas en muchos casos sienten vergüenza cuando fracasan y no alcanzan las expectativas de los otros. De acuerdo con Franken (2007) las personas con baja autoestima generalmente se comportan de forma depresiva y perpetúan esta conducta en su diario vivir. Varios autores como Santrock (2008) creen que las personas con baja autoestima muchas veces tienen dificultad para aceptar reconocimiento y paradójicamente son más tolerantes cuando se les hace una crítica negativa. Una de las razones por las cuales las personas con una pobre autoestima establecen metas bajas y fáciles es para evitar fracasar, según indica Dweck (2000).

En cambio, Leary y Tangney (2003) indican que cuando las per-

sonas son optimistas y tienen confianza en sí mismas de que serán exitosas en las áreas que ellos tienen dominios, generalmente estas personas evitan involucrarse en actividades poco prometedoras que los puedan llevar a un posible fracaso o que les pueda lastimar su yo interno o autoestima.

De acuerdo a Wild, Fisher, Bhana y Lombard (2004), una persona tiene una autoestima positiva cuando ésta puede evaluar sus propios sentimientos y reconocer que tiene valía. Scotta, Scottb y McCabe (1991) creen que la autoestima tiende a ser más elevada en los niños cuando sus padres les ofrecen un ambiente armonioso y nutritivo emocionalmente. Del Caño Sánchez y Alonso García (2002) relacionan la autoestima con el bienestar, cuando la persona tiende a sentirse más a gusto consigo misma, a sentirse capaces de lograr sus metas, a desarrollan buenas relaciones con los demás y cuando saben que son dignas de amar y ser amadas y respetadas. Además, estos autores creen que los estudiantes pueden mejorar su autoestima si las escuelas contribuyen ofreciéndoles programas que les enseñen a entender la baja autoestima también, como por ejemplo lo que significan las distorsiones cognitivas, y la incapacidad para desarrollar metas realistas y positivas.

En este mismo sentido, Santrock (2008) y otros investigadores, como Wild y otros (2004), creen que cuando los jóvenes poseen una autoestima baja esto puede contribuir a desarrollar una conducta de alto riesgo que los lleve a experimentar con alcohol o con otras drogas.

En este mismo orden, Martínez-Otero (2004) cree que cuando esto sucede crece su autoestima y su sentido de dignidad que lo impulsa a luchar y a auto realizarse de manera positiva en la vida. Esto es lo que Lindenfield (1998) define como el desarrollo de la conciencia interna, la cual tiene cuatro características: Autoestima, autoconocimiento, metas claras y forma de pensar positiva. Con estas cualidades desarrolladas, las personas tienden a amarse y a cuidarse a sí mismas de manera sana y natural. Al ser personas con un autoconocimiento bien desarrollado tienden a ser autoconscientes de sus necesidades y de las necesidades de los demás. Al poseer metas claras siguen un curso determinado en sus vidas que casi siempre los lleva a ser sentirse satisfechos de sus logros. Por último, al pensar de manera positiva tienden a ser realistas y personas optimistas y seguras de mismas. Por consiguiente, son menos vulnerables a usar drogas para sentirse bien. En este concepto se

basan Fy otros, (2000) cuando indican que la autoestima es vital para el desarrollo positivo de los niños y los jóvenes en la escuela. Abundando sobre esto Clark y otros (2000) insisten que para lograr un desarrollo positivo en la escuela y en la vida es necesario satisfacer adecuadamente las siguientes necesidades primarias:

- VINCULACIÓN: Es el resultado de la satisfacción que obtiene el adolescente al establecer vínculos que él/ella considera importantes y a la vez aceptados como tales por lo demás.

- SINGULARIDAD: Es el resultado del conocimiento y el respecto que el adolescente siente por aquellas cualidades o atributos que le hacen especial o diferente, apoyado por la aprobación que recibe de los demás por esas cualidades.

- PODER: Es el resultado de la disponibilidad de medios, de oportunidades y de capacidad en el adolescente para modificar las circunstancias de su vida de manera significativa.

- MODELOS O PAUTA: Consisten en los puntos de referencia que dotan al adolescente de los ejemplos adecuados, humanos, filosóficos y prácticos, que le sirven para establecer su escala de valores, sus objetivos, ideales y modales propios.

Estos mismos autores Clark y otros (2000), además creen que estas cuatro condiciones deben estar siempre presente en los adolescentes para que ellos puedan desarrollar una autoestima adecuada y puedan tener éxito en su ámbito escolar. Añaden, que "Ninguna es más importante que la otra; si una de ellas no se encuentra en la medida adecuada, la autoestima se resentirá o distorsionará en la misma medida". (Pág. 46).

Son muchos los estudios que confirman que ayudar a los jóvenes adolescentes a mejorar y mantener un autoconcepto y una autoestima elevada contribuye, no solamente a su propio bienestar sino a su progreso académico. Es así que Clark y otros (1998) informan que existe una estrecha relación entre estos dos conceptos y la capacidad de aprender. De manera que ambos fomentan un buen aprendizaje y los adolescentes que poseen éstos aprenderán con mayor facilidad y abordarán las cosas nuevas que tengan que aprender con confianza y entusiasmo. (pág. 29)

Del mismo modo Ahmed y Bruinsma (2006) indican que la motivación académica está relacionada positivamente con un alto nivel de autoconcepto. Considerando lo indicado por estos autores y por García y Musito (2001) un alto nivel de autoconcepto facilita resul-

tados positivos en los adolescentes tanto en los grados académicos como en la vida cotidiana y con probabilidades que así será en su vida de adulto.

Para analizar las relaciones directas e indirectas entre el funcionamiento familiar, la autoestima considerada desde una perspectiva multidimensional como la autoestima familiar, escolar, social y física y el consumo de sustancias, los autores Jiménez, Musitu y Murgui (2008) llevaron a cabo una investigación en la Comunidad de Castilla y León en España con 414 adolescentes. Entre los participantes había un 52% de chicas con las edades comprendidas entre los 12 y 17 años. Se utilizó una muestra no aleatoria por la disponibilidad de los centros. Participaron cuatro centros de ESO, dos de la provincia de León y dos de Valladolid. Los participantes estaban en los niveles del 1o al 4o. Los instrumentos usados para evaluarlos fueron: Escala de Clima Social Familiar (The Family Environment Scale, FES) de Moos, Moos y Trickett. Escala Multidimensional de Autoestima (AF5) de García y Musitu (1999) y la Escala de Consumo de Sustancias de Musitu y otros (2001). Los resultados indicaron que las distintas dimensiones de la autoestima mediaron conjuntamente con el 82% de la relación entre el funcionamiento familiar y el consumo de sustancias de los adolescentes. También se encontró en los resultados un efecto protector de la autoestima familiar y escolar las cuales contribuían a disminuir el consumo de sustancias. Sin embargo, los autores concluyeron indicando que ellos apoyan la tesis de que no existe un efecto homogéneo que proteja los distintos tipos de autoestima frente a la presión externa que pueda influir en la experimentación o consumo de sustancias adictivas. No obstante, estos autores confirman que las autoestimas familiar y escolar constituyen un factor de protección en las situaciones de alto riesgo.

4.5. Sugerencias para mejorar el autoconcepto y la autoestima en la adolescencia.

Canfield (1990) indica que para ayudar a los adolescentes a mejorar su autoestima se necesita un trabajo de equipo donde tanto los padres como los maestros tienen que ofrecerles un modelo positivo. Esto equivale a que la escuela y su personal desempeñan un papel muy importante en la vida académica de los estudiantes. Este autor, al igual que Bandura (2003), indica que los adolescentes aprenden a través de las figuras o modelos con los que ellos interactúan. Si

los maestros exteriorizan tristeza o una conducta de baja autoestima es posible que transmitan estos sentimientos a sus estudiantes. De manera que los educadores necesitan tener cuidado y empatía cuando trabajan con adolescentes tratando siempre de presentar una actitud positiva considerando los cambios hormonales, físicos y psicológicos por lo que estos adolescentes atraviesan.

En lo que respecta a los jóvenes y la autoestima en el desenvolvimiento académico, Santrock (2008) presenta la teoría de Baumeister, Campbell, Kreuger, y Vohs, (2003) sobre el rendimiento escolar (school performance) y la autoestima. Esto sin embargo, no equivale en sí a un mejor rendimiento escolar. Baumeister y otros (2003, en Santrock, 2008) indican que los jóvenes con alta autoestima demuestran un alto grado de iniciativa, lo cual contribuye a obtener un rendimiento escolar tanto positivo como negativo, dependiendo de las circunstancias. En otro orden de ideas, estos mismos autores indican que una auto estima alta puede tanto favorecer a un comportamiento pro social como a llevar a cabo acciones que podrían ser consideradas antisociales. Para contribuir con el aumento de la autoestima Santrock (2008) ofrece las siguientes sugerencias:

- Identifique las causas de una autoestima baja. Generalmente, los niños tienen la autoestima más alta cuando llevan a cabo tareas importantes para ellos y donde ellos tienen control.
- Ofrezcale apoyo emocional y aprobación social. Algunos niños con autoestima baja proceden de familias con conflictos o condiciones en los cuales son abusados o abandonados. Los maestros, maestros entrenadores ("coaches") o cualquier otra persona que tenga contacto directo con ellos puede ofrecérselo.
- Ayude a los niños a ser exitosos. Se ha demostrado que a través de alcanzar logros y metas los niños mejoran su autoestima.
- Ayude a los niños a manejar constructivamente sus problemas. Cuando los niños aprenden a enfrentar un problema y tratan de buscarle solución en vez de evitarlo o ignorarlo aprenden a ser realistas y honestos. Esta conducta los favorece y contribuye a aumentarle su autoestima. (Pág. 355).

Del mismo modo Cerviño (2004-2005) informó en su cátedra de autoestima ofrecida en la Universidad Autónoma de Santo Domingo (enero, 2004) valiosas sugerencias de cómo desarrollar el elemento afectivo de la autoestima entre los estudiantes. Entre estas sugerencias podemos nombrar las siguientes:

- El feedback valorativo (elogiar cualquier trabajo elaborado por el-la estudiante si es que verdaderamente lo merece (la honestidad ante todo).

- El feedback de elogio. De acuerdo a esta autora, las personas alabadas crecen en la confianza en sí mismas con el elogio. Indica además, que durante las horas lectivas hay muchas ocasiones que el maestro-a puede aprovechar la ocasión para hacerlo, puede alabarlos por:

- a) sus ideas, sugerencias, opiniones, críticas o informaciones;
- b) su comportamiento, su conducta, cuando sea digno de ello;
- c) sus éxitos académicos, deportivos, etc.;
- d) sus cualidades, aptitudes, habilidades y destrezas;
- e) sus cosas, sus bienes. Conviene que se sienta orgulloso de que tiene, lo que posee.
- f) Sus amigos, sus familiares, su colegio, su pueblo o ciudad y país;
- g) Su cuerpo. Es importante que acepte su cuerpo y que valore positivamente su aspecto físico;
- h) Su originalidad, su personalidad irreplicable y única. Necesita sentirse diferente. También es determinante de su autoestima la conciencia de su peculiaridad, de su singularidad. Y sobre ese perfil personal debe incidir la alabanza de forma rotunda, siempre que sea bueno y positivo.
- i) Sus aficiones y diversiones;
- j) Su vida pasada, su historia
- k) Sus creencias e ideales. (Págs. 38-41).

Durante estas cátedras la Dra. Cerviño (Enero, 2004) nos explicó acerca de la autoestima de los adolescentes en el sentido global en dimensiones específicas como en lo académico, social, física etc. En este mismo orden, esta autora explica la autoestima global, lo que sería el bienestar psicológico y las diferentes maneras que los adolescentes la manifiestan. Por ejemplo, cuando un o una adolescente es excelente en lo académico, en cambio, cuando se autovaloriza en cuanto a su físico o a los deportes, el resultado quizás no esté acorde. De la misma manera, indica que el autovalorización y la valorización de los demás (padres, compañeros, maestros, etc.) son también muy importantes para ellos. Por lo tanto, es necesario considerar estas dos variables en el desarrollo de una autoestima

positiva en los adolescentes.

Autores como Ahmann (2002) y Nelsen (2002) exponen algunos de los factores que contribuyen a mejorar la autoestima de los adolescentes: la comunicación efectiva en el hogar y en su entorno escolar, aclarar las expectativas tratando de que éstas sean realistas y alcanzables a la vez que los adolescentes reciban premios y aceptación de parte de padres o progenitores así como de los maestros.

Por otra parte, Sánchez Pardo (2005) sugiere que es muy importante que los adolescentes se acepten y se valoren tal como son. Con esta actitud quizás ocurra que ellos empiecen a descubrir todas las cualidades positivas que poseen y esto contribuya a clarificar sus valores, a aprender a tomar decisiones atinadas, a manejar situaciones estresantes, a programar adecuadamente su tiempo libre y a manejar mejor la presión de los iguales. Tomando estas sugerencias en consideración tendrán muchas probabilidades de mantener y mejorar su autoestima.

Lila, Buelga y Musitu (2006) creen que los jóvenes con alta autoestima actúan de forma independiente, asumen responsabilidades con entusiasmo tanto en lo educativo como en su vida personal mostrándose orgullosos de sus logros y convirtiéndose en modelos para sus compañeros, ya que estos jóvenes regularmente manifiestan una actitud positiva en su comportamiento y una gran tolerancia para las frustraciones. Estos autores recomiendan no solamente trabajar con los jóvenes para ayudarlos a mejorar y mantener una autoestima alta, además sugieren proveerlos con técnicas y conocimientos de cómo mantener una comunicación asertiva y amena entre padres-hijos de manera que se le pueda proporcionar un entorno relajante y comprensivo a los hijos especialmente en su etapa de cambios como es la adolescencia. También recomiendan facilitarles conocimiento y reforzamiento a los estudiantes, padres y educadores en general a través de talleres acerca de este tema tanto a los estudiantes como a los maestros, padres y educadores en general.

De nuevo, Lindenfield (1996) sugiere que las personas con una autoestima elevada son aquellas que poseen las cualidades presentadas más adelante y que deben tomarse en cuenta para mantener y mejorar la autoestima:

TRANQUILIDAD Y RELAJACIÓN: Son aquellas personas que lucen tranquilas y relajadas aún bajo tensión. Saben que deben tomarse

tiempo de descanso para recuperar energías y serenidad.

BIEN CUIDADOS: Irradian una sensación de bienestar aún con la ropa más sencilla. Se preocupan por arreglarse y lucir bien. Dedicar especial cuidado en evitar costumbres destructivas como comer, beber o dormir demasiado.

ENÉRGICOS Y RESUELTOS: Disfrutan su trabajo y llevan a cabo las actividades con alegría y entusiasmo. Lucen llenos de vida mental y físicamente.

ABIERTOS Y EXPRESIVOS: Son personas que generalmente expresan lo que sienten. Son espontáneos y claros. "Son capaces de controlar sus emociones cuando quieren que su cerebro rija sobre ellas".

POSITIVOS Y OPTIMISTAS: Son personas que al hablar dan confianza y esperan lo mejor de los demás. Aceptan los errores como las mejores enseñanzas de aprendizaje para aprender de ellos. Evitan las lamentaciones.

SEGUROS DE SI MISMO: Son personas que buscan su propia autonomía para no depender de los demás; esto se aplica en varios aspectos en sus vidas, en el plano emocional, financiero y demás.

SOCIALES Y COOPERATIVOS: Son sociables y confían en los demás. Respetan las culturas y costumbres diferentes cuando éstas difieren de sus propias creencias. Disfrutan ofreciendo sus servicios formando parte de asociaciones en su comunidad en aras del bien común. Son buenos líderes.

CONVENIENTEMENTE ASERTIVOS: Saben acertadamente cómo defender sus derechos y el de los demás. Utilizan estrategias y soluciones pacíficas para llegar a justos acuerdos en los conflictos.

AUTODESARROLLO: Suelen autoanalizarse en una constante búsqueda de un mejor comportamiento y desarrollo humano. No pierden tiempo ni energía en críticas agresivas o destructivas. Agradecen los consejos y las críticas constructivas. (Págs. 23-27).

Lindenfield (1996) añade que no debemos sorprendernos con la descripción idealista de este modelo de la autoestima presentado más arriba, ya que es grato aceptar que cuando encontramos personas con todas o varias de las atribuciones mencionadas, generalmente tendemos a sentirnos cómodos, valorados y estimulados.

CAPÍTULO V: PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL ALCOHOLISMO

5.1. Programas preventivos en el uso de las drogas.

Investigadores como Becoña Iglesias (2007) indican que hay tres motivos fundamentales por lo que necesitamos prevenir el consumo de drogas en los niños y los adolescentes. Este autor se refiere especialmente al tabaco, alcohol y cannabis. En cuanto al primer motivo, indica que si se puede evitar el uso de estas tres drogas podríamos prevenir que se conviertan en adultos adictos o abusadores de las mismas. En relación al segundo motivo, este autor cree que se podrían evitar muchas enfermedades como el cáncer del pulmón, cirrosis hepática, trastornos cardiovasculares entre muchas otras enfermedades. De la misma manera se podrían evitar otras enfermedades de trastornos mentales en la adolescencia y en la adultez. El tercer motivo es que una vez se consumen estas drogas hay un paso para consumir las ilegales (Kandel y Jessor, 2002).

Es importante definir lo que se entiende por programas de prevención. Broderick y Blewitt (2006) creen que hay una conexión clara entre lo que se entiende por desarrollo del conocimiento y prevención. En otras palabras, estos autores creen que para poder llevar a cabo efectivamente el estudio del ser humano es necesario usar el conocimiento para poder prevenir los problemas. De manera que hay que considerar por qué ocurren los problemas, la naturaleza los mismos, las fuerzas y debilidades que son parte de la historia personal de los individuos y, por último, las conductas mal ajustadas de los individuos. Broderick y Blewitt (2006), siguiendo el orden histórico que muchos especialistas interesados en implementar programas de salud mental comunitarios han usado, los diferencian de la siguiente manera: Programas de prevención primarios, programas de prevención secundarios y programas de prevención terciarios. Los programas de prevención primarios son aquellos que se ofrecen en un intento de ofrecer ayuda de salud y bienestar a la población en general a través de grupos entrenados y orientados y para llevar a cabo la intervención, en otras palabras, son más bien obligatorios por la institución donde se opere o trabaje. Los programas de prevención secundarios se llevan a cabo en intento de reducir la incidencia de desorden a aquellas personas que estén en alto riesgo o para ofrecer tratamiento y evitar el desarrollo de

problemas de salud más serios que se puedan convertir en una sicopatología; también para implementar programas que identifiquen a estudiantes en alto riesgo de abandonar, experimentar con drogas u otro problema. Los programas de prevención terciarios son diseñados para ofrecer rehabilitación a la personas con desórdenes ya establecidos. Broderick y Blewitt (2006) citan al Instituto de Medicina (IOM) en su reporte acerca de intervención y prevención en el año 1994, donde ofrecen otros tipos para categorizar los programas de prevención. Lo dividen de la siguiente manera: Modelo Universal de prevención, Modelo Selectivo de prevención y Modelo Indicado de prevención. El modelo Universal es diseñado para ser aplicado a la población en general. El modelo Selectivo selecciona a los individuos que caen dentro de una categoría epidemiológica con algún riesgo, como por ejemplo, los niños que nacen bajo de peso. El modelo Indicado de prevención como su nombre lo indica se ocupa de seleccionar individuos que demuestren síntomas de algún desorden, como por ejemplo, niños o jóvenes que tienen problemas de conducta pero que no son tan serios para considerar como tal.

Siguiendo en este mismo orden acerca de los programas preventivos, los investigadores Caba, Arango y Musitu (2001) indican que los Servicios Sociales deberían actuar más activamente y no esperar a las demandas. Al referirse a la prevención primaria, estos mismos investigadores indican que la misión de ésta es evitar la aparición de los problemas, "reconocida como altamente relevante y deseable" (Pag. 18). En cuanto a la prevención secundaria Cava y otros (2001) indican que ésta se basa en la reducción de la severidad y duración de los problemas detectados. Siguiendo este orden, la prevención terciaria se enfoca en disminuir las secuelas posteriores a un problema, elaborando reinserción y rehabilitación social. Bajo esta perspectiva, la mayoría de las intervenciones van dirigidas a grupos de riesgo.

Presentaremos las siguientes investigaciones cuya meta es minimizar la dependencia precoz del alcohol entre los jóvenes de diferentes lugares. De acuerdo con Castillo (2008), se ha creado una "Alianza estratégica" entre la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) en R.D. y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Esta autora nos informa que durante los últimos dos años SESPAS y la OPS han desarrollado un programa de capacitación para el personal de salud que labora en Unidades de Atención Primaria (UNAP), con la meta de trabajar en conjunto

para detener la dependencia precoz del alcohol. De acuerdo a este estudio la población en R.D. es de 8, 562,541 habitantes, con una extensión territorial de 48,442.23 km² y una densidad poblacional de 176.8 habitantes por Km². La realidad del consumo de alcohol es de 62% (cerveza, ron, vino y vodka), el 32% restante de la población es considerado abstemio. Este Programa ha escogido a diferentes profesionales en la rama de salud y educación para capacitarlos. Entre los objetivos mencionados de este Programa están:

1. Sensibilizar y capacitar a directores de área y de centros de salud.
2. Médicos de atención primaria de las 7 áreas de salud en la capital (Santo Domingo).
3. Médicos escolares del área de salud.
4. Psicólogos escolares del área.
5. Enfermera de atención primaria.

Actualmente, en la República Dominicana hay una ley (Decreto Presidencial No. 316-06) que regula el horario de expendio de alcohol, (de domingo a jueves hasta la 12:00 p.m. y de viernes a sábado hasta las 2:00 a.m.). Para los menores de 18 años de edad la venta de alcohol está restringida. Para los demás ciudadanos el consumo de alcohol es legal.

En este mismo orden, Castillo (2008) continúa informándonos que la edad de inicio del consumo de alcohol ha variado en el siguiente orden:

Años	Edad de Inicio
1970-1980	18 años
1990-2000	15 años
2000-2005	14 años

Consumo por género:

- 1970-1980 el hombre era mayor consumidor.
- 1990-2000 igual consumo en el sexo (masculino y femenino).

Inversión Publicitaria:

2005-2006	Inversión en pesos dominicanos,	RD\$ 89,654, 699.98.
2007-	" " " "	, RD\$ 100, 000,000.00

Otra información obtenida en este estudio fue la cantidad del consumo de cervezas consumidas por dominicanos durante los años 2005-2006 fueron: 3.4 millones y en el año 2007 los dominicanos consumieron 3.7 millones de cerveza.

Con estos datos ofrecidos por Castillo (2008) parece muy posible que la cantidad de consumo del alcohol sea mayor ya que éstos son los datos ofrecidos al departamento de Renta Internas. Entonces, cabe muy bien una pregunta, ¿cómo puede un país pobre, considerado del tercer mundo progresar con un consumo de alcohol tan elevado? Este Programa está limitado a la capital del país. Además, es importante notar también que los maestros no están integrados en este Programa. Sin embargo, aplaudimos el esfuerzo de la OPS y SESPAS. Como también apoyamos el Programa El Instituto Nacional sobre el Abuso del Alcohol y del Alcoholismo ("The National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism-NIAAA) en Los Estados Unidos, responsable de las investigaciones, tratamiento y prevención del uso y abuso del alcohol. Este Instituto tiene la responsabilidad también de coordinar con otras agencias Federales, colaborar y compartir internacionalmente resultados de sus investigaciones. Para el año fiscal del 2006 contó con un monto de \$440 millones de dólares los cuales fueron invertidos en 953 investigaciones, 257 entrenamientos de personal y en otros recursos para ayudar en clínicas. Este Instituto fue creado con la meta de ayudar a crear una infraestructura que permita obtener datos acerca de las causas y consecuencias del uso y abuso del alcohol. Este Instituto revisa a nivel nacional cómo se distribuyen los fondos en las diferentes actividades federales de prevención, tratamiento e investigaciones. NIAAA tiene un plan estratégico de cinco años (2007-2011) para llevar a cabo las actividades mencionadas. Entre las prioridades de las investigaciones en este plan en el uso y abuso del alcohol se incluyen el estudio del metabolismo, interacciones entre lo genético y el ambiente, expresión genética, neurobiología y diagnósticos del uso del alcohol y los desordenes de esta enfermedad. (Fisher y Roget, 2009).

Consciente del problema social que existe entre muchos estudiantes universitarios cuando consumen alcohol abusivamente y como consecuencia manifiestan conducta agresiva; Ljiljana, Wells, Graham., Tremblay y Demers (2008) condujeron un estudio en 40 universidades del Canadá con un grupo de 4336 jóvenes estudiantes escogidos al azar entre las edades de 18 a 25 años. Estos

estudiantes ofrecieron los datos voluntariamente a través de un cuestionario para obtener información sobre los motivos específicos que los llevaron a manifestar conducta de agresión durante los episodios de "binge drinking" (un comportamiento que conlleva a más de cinco tragos en corto periodo de tiempo). Los resultados de este estudio indicaron que un programa de prevención podría beneficiar en la reducción de las razones que inducen a los estudiantes al abuso del alcohol y a comportarse agresivamente. Lijiljana y otros (2008) tomaron en consideración lo investigado por Wells, Mihic, Tremblay, Graham y Demers (2008) cuando informan sobre las razones que llevan a los estudiantes universitarios al consumo de alcohol demostrando una conducta agresiva. A la vez, Lijiljana y otros (2009) presentan los hallazgos previos de Cox y King (1990) donde exponen los diferentes tipos de razones que generalmente conducen a consumir alcohol como son: razones para manejar las relaciones de interacción con los compañeros para reducir o eliminar emociones negativas, para subir el ánimo o estado emocional, para obtener recompensa inmediata como sentirse bien, para evitar el rechazo social y para sentir mejor el sabor de la comida. Además los resultados indicaron que no había diferencia significativa en el comportamiento entre el género de los participantes.

En España se están implementando programas de prevención del consumo de alcohol entre los jóvenes como el publicado recientemente en "El Mundo.es" (el 13-07-2009) informa lo que La Fundación Socio-cultural de Baloncesto de la Federación Española de Baloncesto (FEB) en colaboración con la Obra Social Caja Madrid ha puesto en marcha con la finalidad de ayudar a los jóvenes a limitar el consumo de alcohol y a concienciarlos acerca de los riesgos que ellos corren abusando de esta droga. Han denominado esta campaña con el nombre de "ponle un tapón al botellón". Esta campaña cuenta con la participación de diferentes profesionales entre ellos hay médicos, psicólogos, enfermeras, educadores y deportistas. Esta campaña reúne las condiciones para que sea exitoso ya que incluye diversas actividades que han demostrado ser efectivas en el uso de programas de prevención como son lo educativo, integración de la familia, comunidad, padres y amigos y otros componentes como el de autoestima entre otros.

Por otra parte, en los Estados Unidos desde hace algunos años algunos investigadores como Mohai (1991) han venido preguntándose si después del gobierno federal de este país invertir tanto dinero en

programas de prevención de drogas en las escuelas estos programas han sido efectivos. Este autor indica que en el año fiscal 1987, más de 300 millones de dólares fueron asignados en las escuelas con este propósito. Continúa diciendo este autor que durante las últimas décadas un número de estrategias han sido empleadas para cambiar la actitud y conducta de los niños y los adolescentes en relación al uso de las drogas. De acuerdo a Bangert-Drowns, (1986) y Fustukjian (1990), las investigaciones han demostrado que los programas que solamente se ocupan de proveer información no solamente son inefectivos, sino que muchas veces resultan un riesgo para que los jóvenes empiecen a experimentar con drogas. Mohai (1991) nos ofrece los datos de un estudio longitudinal por 16 años hecho por el Instituto de Investigaciones en Ciencias Sociales de la Universidad de Michigan. Una parte interesante de las conclusiones de este estudio indica que para que un programa de prevención de droga sea efectivo es necesario ofrecerle a los jóvenes además de información sobre el daño y riesgos a su salud que ocasionan las drogas es necesario ofrecer en estos programas otros componentes como autoestima y mejora de las habilidades de cómo tomar iniciativas atinadas y ser responsables de su comportamiento. Mack, Franklin y Frances (2003) creen que es más eficaz combinar estos programas con cambio de actitudes enseñándoles a los jóvenes a rechazar las drogas explicándoles acerca de los peligros de éstas, cómo manejar asertivamente la presión que puedan ejercer los compañeros de su grupo, a la vez que aprendan a decir "no" de diferentes maneras.

Del mismo modo, Secades Villa (1996) y Comas (1985) indican que son varias las razones que justifican la necesidad de acción preventiva en el uso del alcohol en los jóvenes. Entre estas razones dice que el alcohol se ha convertido en la droga adictiva de mayor proyección nociva entre los jóvenes. Indica además, que generalmente los jóvenes actuales comienzan el consumo de alcohol prematuramente en algunos casos alrededor de los 12 años. Guerri-Sirera (2008) y Bukstein (2009) creen que el consumo de alcohol entre los jóvenes a una edad temprana predispone a problemas de consumo posterior de alcohol y otras drogas.

Al iniciar programas educativos de prevención del alcohol con jóvenes es muy importante investigar las experiencias y recomendaciones de investigadores en esta área. Por ejemplo, Santos Fano (2004) explica que en varios estudios realizados por investigadores acerca de los programas que se centran en proveer información

acerca del alcohol, tabaco y otras drogas son significativamente menos efectivos que aquellos que, además de información, introducen componentes referidos a habilidades sociales, toma de decisiones, control de las emociones, cambio de actitudes y autoestima. En otro orden, esta misma autora informa que los programas de prevención universal en el ámbito escolar general se han venido utilizando en muchos centros educativos con la finalidad de evitar el inicio en el consumo de drogas y conductas antisociales. De acuerdo a esta autora estos programas contribuyen a retrasar el consumo de las drogas ya que conllevan los componentes expresados anteriormente.

Otros autores como Molina (2007) creen que estos programas de prevención universal son de mucha utilidad, ya que la implementación de éstos se pueden impartir a la población en general considerando que todos los miembros de la población pueden compartir los mismos factores de riesgo relacionados con las drogas, entendiendo que este riesgo puede ser variable para cada individuo. Estos programas de prevención universal tienen las ventajas además, de no seleccionar a los participantes con requisitos establecidos para participar en estos programas.

La Consellería de Educación y la Consellería de Salud de Valencia trabajando en conjunto han desarrollado un programa de prevención de drogas para el año escolar (2007-2008). Este programa se ofrece a los estudiantes en el ámbito escolar desde el primer nivel de la primaria hasta el último del bachillerato con el objetivo de ofrecerles información necesaria para prevenir el consumo de alcohol y otras drogas. Además, este programa se enfoca en la autoestima y en el desarrollo psicosocial con la finalidad de capacitar a los participantes a aprender a tomar sus propias decisiones responsablemente.

En Madrid, España existe la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) (2007), ésta indica que la prevención es una labor de todos, no sólo de los expertos en drogas. Indica la FAD que los padres, el profesorado, los médicos, policías, legisladores, trabajadores sociales, entre otros, deben trabajar juntos para crear y reducir los factores de riesgo de tal manera que el consumo de drogas se reduzca. Recomienda esta Institución crear estrategias básicas de prevención como: La Información, Formación y Alternativas.

Al referirse a la Información explica que es de suma importancia informar a los jóvenes de manera objetiva y realista sin exagerar ni

dramatizar los riesgos del consumo de las drogas en general, legales y no legales. Al referirse a la Formación presenta a la familia y a la escuela como las dos instituciones educativas básicas para ayudar a los jóvenes a desarrollar sus capacidades personales como personas libres, autónomas y responsables. Cuando menciona las Alternativas enfoca la palabra ocio como algo que se debe evitar ofreciéndoles a los jóvenes actividades de deportes, enseñándoles el disfrute de la naturaleza y todo tipo de actividades sanas motivándoles a buscar por sí mismos aficiones diversas. Además de estos tres componentes, recomiendan fomentar interés en los jóvenes acerca de los problemas sociales en su entorno.

El Ayuntamiento y la Consellería de la ciudad de Valencia-España cuentan con programas de prevención escolar dirigidos por el Plan Municipal de Drogodependencias (PMD) con el objetivo de ofrecerles a los estudiantes a través de ciclo de talleres diferentes tipos de actividades en los cuales los estudiantes se informen sobre los diversos aspectos que implica ser adolescente hoy y a la vez facilitarle información de cómo desarrollar un crecimiento más saludable, físico, psicológico y social.

Después de presentar lo indicado en este capítulo creemos que para ayudar a los jóvenes a comprender la magnitud del daño que les ocasionan las drogas ilícitas o lícitas como es el alcohol (permitido en muchos países en el mundo) es necesario ofrecer programas de prevención como los indicados por Broderick y Blewitt (2006) con la meta de educar a la población ofreciéndoles varios componentes a los mismos como los que hemos diseñado para este estudio.

5.2. Programas de prevención de drogas en el ámbito escolar.

De acuerdo con Senra Varela (2003), la única alternativa viable para prevenir el abuso del alcohol en la adolescencia es a través de la prevención. Para lograrlo se necesitan tomar en cuenta diferentes medidas que incluyan las medidas judiciales, policiales, sanitarias entre otras, considerando que éstas no han erradicado el problema. Esta misma autora indica que la educación es la esperanza de la sociedad como medida preventiva más importante para ofrecerles a nuestros jóvenes el conocimiento necesario sobre el alcohol y ayudarlos a modelar actitudes adecuadas y responsables.

Las evidencias empíricas acerca de la efectividad de los programas en las escuelas en contra de las drogas han demostrado que

éstos no son suficientes si no están combinados. Faggiano, Richardson, Bohrn, Galanti, y EU-Dap Study Group, (2007) indican que para lograr la efectividad de estos programas es necesario incluir destrezas sociales y no limitarse a información solamente. Faggiano, Vigna-Taglianti, Versino, Zambon, Borraccino y Lemma (2005).

Son muchos los autores que están de acuerdo que estos programas preventivos de alcohol y otras drogas para los jóvenes deben ser implementados en los ámbitos escolares, ya que facilitan y aseguran la participación más activa de los estudiantes considerando que en muchos casos la asistencia a éstos es obligatoria y a la vez reciben directamente el apoyo de los educadores (García-Rodríguez, 1991). Muchos de estos programas incluyen la autoestima como una variable relevante en la prevención del alcohol. De este modo, y considerando que la autoestima se desarrolla gradualmente durante toda la vida, Clark, Clemen y Bean (2000) están de acuerdo con la teoría de Erick Erickson (1968) de que la etapa de la adolescencia es cuando la persona más necesita desarrollar una identidad firme y esto se puede lograr cuando se conocen las posibilidades y talento propio y cuando el adolescente siente que es válido y respetado. La autoestima influye de manera considerable en el aprendizaje y hay una estrecha relación entre ambos. De manera que los adolescentes que poseen una autoestima fuerte aprenderán con mayor facilidad y entusiasmo.

Investigadores como Steinberg y Sheffield Morris (2001) indican que a través de los años la etapa de la adolescencia se ha considerado como un período crítico en el inicio y la experimentación del consumo de sustancias psicoactivas. Es por esto que muchos educadores manifiestan su preocupación ante este problema social y han resuelto ofrecer conocimientos y destrezas a los adolescentes a través de programas educativos con el propósito de que ellos entiendan y comprendan el daño físico, psicológico y emocional que puede causar caer en el consumo de drogas legales o ilegales.

Con fin de evaluar los programas de prevención y tratamiento del alcohol en el ámbito escolar universitario en los Estados Unidos, los investigadores Larimer y Cronce (2002) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de revisar y valorar la literatura existente enfocada en cómo se abordan estos programas ofrecidos a los estudiantes y su eficacia. La metodología consistió en revisar la literatura que cubría el enfoque en la prevención y tratamiento del alcohol. La evaluación se hizo desde los años 1984 y 1999. Las conclusiones

encontradas en relación a la eficacia con respecto a los programas existentes de prevención y tratamiento en ámbito escolar universitario en los Estados Unidos fueron similares a estudios anteriores indicando poca evidencia en la utilización de programas educacionales o de concientización. Encontraron que los programas donde se incluían la reeducación basada en grupos con los compañeros demostraron algún apoyo al igual cuando se ofrecía apoyo motivacional cognitivo e intervenciones a base de diferentes destrezas, los resultados indicaron consistencia y eficacia por partes de los estudiantes. Igualmente, fue eficaz la motivación breve a través de entrevistas, donde se incluía asistencia de emergencia en los dormitorios de los recintos universitarios, consejería en los diferentes centros de las organizaciones de fraternidad (para los varones) y en las de "sonority" (sonoridad - para las chicas) y en los salones de clases donde se encontraban estudiantes de primer año con alto riesgo, los cuales fueron escogidos al azar. Finalmente, se encontró en tres de los estudios evaluados que fueron muy efectivos los resultados en reducir el consumo de alcohol en los estudiantes cuando se les enviaban correspondencia gráficas relativas al daño del consumo abusivo de alcohol. Las sugerencias ofrecidas incluyeron evaluar sistemáticamente los anuncios motivadores al consumo de alcohol y ofrecer técnicas de reclutamientos, al igual entrenamientos para el personal de policías, profesores universitarios y ofrecer más personal médico especialistas en salud mental.

Faggiano, Galanti, Borhrn, Burkhart, Vigna-Tagliant, Cuomo, Fabiani, Panella, Perez y otros (2008) evaluaron la efectividad de programas de prevención del uso de drogas en siete países diferentes de Europa (Austria, Bélgica, Alemania, Grecia, Italia, España y Suecia). Participaron 170 escuelas con una población de 7079 estudiantes entre las edades comprendidas de 12 a 14 años de edad. Este estudio fue designado para investigar el uso experimental y de uso regular del alcohol tabaco y drogas ilícitas. Este estudio se llevó a cabo durante el año escolar 2004 y 2005. Los participantes fueron asignados de manera aleatoria para ofrecerles las tres condiciones experimentales y de control del estudio. Antes de la implementación del programa se le suministró un pre- test para determinar el pasado y el uso actual de sustancias. Este programa consistió en ofrecerle 12 horas de clases basado en el currículo acerca de la influencia -social comprensiva y de acercamiento, incorporando los componentes de pensamiento crítico, toma de decisiones, reso-

lución de problemas, pensamiento creativo, comunicación efectiva, destrezas en la relación interpersonal, auto conciencia, empatía, manejo de emociones y stress, creencias normativas y conocimiento acerca del daño de las drogas. Un post test se llevó a cabo con todos los participantes de las escuelas 3 meses después de terminar el programa. La asociación entre la condición del programa y los cambios en el uso de sustancias en el post- test fue expresado como ajustado "prevalence Odds Ratio" con un modelo de regresión multilínea (multilevel). Los resultados en los pre y post- tests indicaron una "cruda prevalencia" (expresión de los autores) de aumento en todos los grupos. Sin embargo, en los primeros 30 días los grupos intervenidos demostraron una prevalencia significativa en el uso diario de tabaco y cannabis, al igual en la frecuencia de los episodios de borracheras comparados con el grupo control. Los investigadores de este estudio concluyeron indicando que el currículo de la escuela basado en un modelo comprensivo de influencia social puede ser efectivo y dilatar el progreso al uso de cigarrillo, cannabis y a episodios de borracheras.

Los investigadores Anderson, Sabatelli y Kosuti (2007) llevaron a cabo un estudio en un Centro Educativo Urbano de escasos recursos económicos en Connecticut, (U.S.A.). El propósito de esta investigación fue estudiar tres contextos sociales: la familia, el vecindario del Centro al cual pertenecían los jóvenes participantes y la relación de los amigos y compañeros de éstos. Se escogió una muestra de 1,406 jóvenes, mayormente "minoritarios" (pertenecientes a grupos étnicos considerados minorías, por ejemplo, americanos/dominicanos, italoamericanos, africanos americanos, etc.) entre las edades de 12 a 18 de edad, ya que los autores tomaron en consideración el desarrollo crítico de los adolescentes en el cual se desarrolla un mayor cambio en lo biológico, cognitivo e interpersonal. El Centro y la familia estuvieron directamente envueltos en un ajuste de medidas (ej. logros obtenidos a través de la orientación, regulación de las emociones y aptitudes hacia la escuela). Además, la interacción de los amigos con la familia y el Centro para predecir las variables. El uso de sustancias fue el cuarto ajuste de medida, relacionada solamente para envolver a la familia. Los resultados indicaron que cuando en un Centro Urbano hay una aptitud favorable hacia la escuela el resultado es mayor si la familia, el Centro y los amigos compañeros se envuelven participando todos en conjunto.

En un artículo ofrecido por Summerfield (2000) explica que en

febrero del 1990 en Estados Unidos el programa "National Goals 1990" (Metas a Nivel Nacional del año 1990) estableció como meta ofrecer programas de prevención del alcohol, el tabaco y otras drogas en las escuelas desde el primer nivel de la primaria hasta el último año del bachillerato. Parte de los objetivos de este programa era que cada escuela de América estuviera libre de drogas y violencia para así facilitar un ambiente disciplinario y propicio para el aprendizaje. Para llevar a cabo esta meta se propuso desarrollar un componente de educación de la salud en el currículo para promover el desarrollo de conocimientos y destrezas acerca las drogas. Dentro de las propuestas estaba indicado que los estudiantes necesitaban estar envueltos en varias actividades diferentes. Las sugerencias ofrecidas para el currículo eran que éste debía ofrecerles a los estudiantes información acerca del control de las enfermedades y todo lo relacionado a la salud, como la nutrición, gimnasia, primeros auxilios de salud, salud mental y uso de sustancias. En adicción también se sugería ofrecerles un programa comprensible y bien desarrollado acerca de cómo mejorar la comunicación, toma de decisiones y destrezas en el control personal. Para esa época en América ya las investigaciones hechas por "National Commission, 1990" (La Comisión Nacional del 1990) informaban que un 77 % de los estudiantes del bachillerato habían usado alcohol y un 9 % del sexto grado ya se habían emborrachado. Después de encontrar estos datos estos programas reportaron que no solamente se debía incluir en el currículo de salud un componente de educación sobre las drogas, sino que éste debía estar incluido en otras asignaturas. Además sugirieron trabajar en conjunto con los maestros y demás personal de las escuelas, con los padres, con la comunidad en general incluyendo las iglesias, agencias y organizaciones comunitarias, negociantes y todos los interesados en mejorar la calidad de vida dentro de su ámbito. Consideran que para verificar la efectividad de estos programas de prevención de drogas es necesario tener en cuenta tres características: que los estudiantes aprendan, cambio de actitud y que ellos adopten un modelo de vida saludable. Algo muy importante también fue la sugerencia de entrenar a los maestros acerca del problema de las drogas ya que estos programas indican que los maestros juegan un papel crítico en la vida de los estudiantes, por lo tanto instruirlos es esencial. Otra cosa muy relevante e importante también ofrecido en este estudio fue la sugerencia de tener en cuenta la cultura, norma y costumbres

de la comunidad donde se vayan a implementar estos programas.

Bukstein (2009) presenta resultados de estudios efectuados por SAMSHA indicando que un 77.9 por ciento de los estudiantes en las edades de 12 a 17 años indicaron haber escuchado o haber visto en sus escuelas mensajes de prevención del alcohol durante el transcurso del año escolar 2005 un porcentaje similar de 78.2 por ciento reportó lo mismo el año 2004. Aproximadamente uno de cada ocho de los estudiantes de las mismas edades (11.7 por ciento) reportó que habían participado en programas de prevención de alcohol, tabaco y otras drogas fuera de la escuela.

A través de sus investigaciones, Bukstein (2009) ofreció la Tabla 52.5 extraídas del Instituto Nacional sobre el Abuso de las Drogas 2003–2007 ("National Institute on Drug Abuse" NIDA) de los Estados Unidos con sugerencias acerca de los principios que se deben tener en cuenta al ofrecer un programa de prevención del abuso de drogas a largo y corto plazo por considerarlo eficaces.

Tabla 52.5.

Principles for Effective Prevention Programs. National Institute on Drug Abuse.

(Principios Efectivos para un Programa de Prevención. Instituto Nacional sobre el Abuso de las Drogas)

1. "Los programas de prevención deben diseñarse para realzar los "factores de protección" y darle marcha atrás o reducir los "factores de riesgos" conocidos. Los factores de riesgo son los que aumentan la posibilidad de que se usen drogas.

2. Los programas de prevención deben ser dirigidos a todos los tipos de abuso de drogas, individualmente o en combinación, incluyendo su aspecto legal entre los menores de edad (ej. tabaco, o alcohol); el uso de drogas ilegales (ej. marihuana o heroína); y del uso inapropiado de sustancias obtenidas legalmente (ej. inhaladores, medicamentos profesionalmente recetados, o drogas obtenidas sin recetas médicas).

3. Los programas de prevención deben orientar acerca de todo tipo de problema debido al abuso drogas que se usen en la comunidad local, el foco modificable en los factores de riesgos y fortalecer e identificar los factores protectores.

4. Los Programas de prevención deben de ser diseñados para indicar los riesgos específicos a lo que están expuestos algunos grupos por su edad, género y grupo étnicos de manera que se puedan

ofrecer programas efectivos a estos grupos.

5. Los programas de prevención basados en la familia deben reforzar los lazos familiares e incluir destrezas paternas; prácticas en el desarrollo de las destrezas paternas para de esta manera reforzar las políticas familiares concernientes al abuso de las sustancias controladas. Además, entrenar en la información y educación sobre todo lo relacionado al consumo de las drogas.

6. Los programas de prevención deben ser diseñados para intervenir lo más temprano posible desde la edad pre-escolar con la finalidad de informar a los hijos acerca de algunos tipos de conducta como la agresión, destrezas sociales deficientes y dificultades académicas.

7. Los programas de prevención a nivel elemental deben ser dirigidos a mejorar en lo académico, en lo social y emocional, así como en el aprendizaje acerca de factores de riesgos como abuso de drogas, agresividad, fracaso escolar y abandono de la escuela. En relación a lo educativo se deben enfocar en las siguientes destrezas:

- Autocontrol
- Conciencia emocional
- Comunicación
- Resolución de problemas sociales
- Apoyo académico especialmente la lectura.

8. Los programas de prevención para el nivel intermedio y secundario deben contribuir a aumentar en la competencia académica y social facilitando lo siguiente:

- Hábitos de estudio y apoyo académico
- Comunicación
- Aprender a relacionarse adecuadamente con los amigos y amigas
- Ser eficaz y asertivo
- Aprender maneras adecuadas de cómo resistir a la tentación de usar drogas
- Reforzar actitudes antidrogas
- Fortalecer un compromiso personal en contra del abuso de las drogas.

9. Los programas de prevención dirigidos a la población general durante puntos de transiciones claves, tales como cambios a la escuela intermedia, pueden ser beneficiosos aún cuando se trate de familia y de alumnos en alto riesgo. Estas intervenciones no

incluyen a las poblaciones de alto riesgo, por lo tanto, reducen el estigma y fortalecen los lazos entre la comunidad y la escuela.

10. Los programas de prevención comunitarios que combinan dos o más programas efectivos, tales como programas basados en la familia y la escuela, pueden ser más efectivos que un sólo programa individual.

11. Los programas de prevención comunitarios dirigidos a varias poblaciones a la vez—por ejemplo, escuelas, clubes, organizaciones religiosas y los medios de comunicación—son mucho más efectivos cuando se introducen en cada uno de ellos mensajes consistentes que abarca a la comunidad.

12. Cuando las comunidades adoptan programas correspondientes a sus necesidades, regulaciones comunitarias, o diferentes requisitos culturales, deben mantener los elementos básicos originales de la intervención, que incluyen lo siguiente:

- Estructura (cómo está el programa organizado y estructurado). Contenido (información, destrezas y estrategias del programa).
- Entrega (cómo se aplica, se implementa y se evalúa el programa).

13. Los programas de prevención deben ser a largo plazo y con intervenciones repetidas (programas de reforzamiento) para fortalecer los objetivos de prevención original.

14. Los programas de prevención deben incluir el entrenamiento de los profesores y prácticas de manejo efectivo del salón de clase, tales como premiar y reconocer comportamiento. Estas técnicas ayudan a reforzar la conducta positiva, logros, motivación académicas y a identificarse con la escuela. Además, deben incluir respaldo a las relaciones positivas entre compañeros.

15. Los programas de prevención son mucho más efectivos cuando se usan las técnicas interactivas, tales como discusión de grupos y dramatización del rol que desempeñan los padres para de esta manera entender el abuso de las drogas y reforzar destrezas.

16. Los programas de prevención basados en la investigación pueden justificar los gastos. De acuerdo a investigaciones anteriores la investigación actual muestra que por cada dólar invertido en prevención se economizan diez dólares en el tratamiento del alcoholismo y cualquier otra sustancia controlada". (pág. 3833).

Después de haber hecho las investigaciones para este capítulo podemos concluirlo

indicando que tomaremos en consideración las sugerencias ofrecidas por los diferentes

Investigadores cuando iniciemos nuevamente la implementación de estos programas.

A través de los programas elaborados por Strafstrom, Ostergreen, Larson, Lindgreen y Lundborg (2006) en la Comunidad de Trelleborg (Suiza) hemos podido comprobar la eficacia de los programas de prevención del abuso del alcohol en los jóvenes. De acuerdo a estos investigadores los resultados estadísticos obtenidos han sido significativamente exitosos. Hemos observado que estos investigadores en la implementación de sus programas de prevención del abuso del alcohol en jóvenes, tuvieron en consideración las recomendaciones ofrecidas por NIDA, sobretodo responsabilizando y a la vez concientizando a la comunidad en general (universidades, escuelas, iglesias, padres, comerciantes, hospitales etc.) de la importancia de estos programas por el bienestar de todos.

CAPÍTULO VI: DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio utiliza un diseño longitudinal con metodología cuasi-experimental con un grupo control no equivalente, aplicado a estudiantes del cuarto teórico del bachillerato con el propósito de instruirlos acerca del daño que ocasiona el consumo del alcohol en la adolescencia, en la persona, la familia y la sociedad. Consideramos las sugerencias de Hernández Sampieri, Fernández Collado y Batista Lucio (2003) en cuanto a los beneficios de llevar a cabo un estudio longitudinal, ya que nos ofrece la oportunidad de ver si se mantienen o no los cambios en un grupo o subgrupo a lo largo de un determinado plazo establecido.

Para llevar a cabo esta investigación nos basamos en estudios previos que ponen de manifiesto la necesidad de instruir a los jóvenes acerca de cómo prevenirlos a caer en la enfermedad del alcoholismo (Jiménez, 2006). Para ello presentamos cinco talleres que se centraban en explicar los efectos físicos y psicológicos del abuso del alcohol, el alcoholismo y sus efectos en la persona, la sociedad y la familia, los conceptos de la familia disfuncional, la co-dependencia emocional, algunas teorías acerca de posibles roles de conductas que se adoptan en la familia disfuncional y un componente de autoestima para contribuir a mejorar y aumentar éstos a través de los talleres. De forma aleatoria utilizamos tres grupos de estudiantes de tres centros distintos (diferentes localidades pertenecientes al Distrito 07 de Villa Tapia) del nivel secundario. En dos escuelas se aplicaron los talleres y en la tercera escuela solamente se ofrecieron los cuestionarios para que sirviera de grupo control. De acuerdo con Santrock (2006), el grupo control nos sirvió como base para comparar los efectos de las condiciones manipuladas.

6.1. OBJETIVOS GENERALES:

1. Ayudar a prevenir el abuso del alcohol para evitar la enfermedad del alcoholismo.
2. Ayudar a mejorar y aumentar el autoconcepto y la autoestima de los participantes.

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Ayudar a comprender las diferentes fases del alcoholismo.
2. Ayudar a comprender los efectos negativos del alcoholismo.
3. Ofrecer mayor conocimiento de cómo la enfermedad del alco-

holismo afecta no sólo a la persona enferma, sino a la familia y a la sociedad.

4. Mejorar el autoconcepto en sus diferentes dimensiones (emocional, académico, social y físico).

6.3. HIPÓTESIS:

Las hipótesis que presentamos en esta Tesis fueron las siguientes:

1. A partir de los talleres se esperan mejoras significativas de los participantes en la comprensión de las causas y efectos del alcohol en la persona, la familia y la sociedad.

2. Se esperan diferencias significativas según género en los resultados de los cuestionarios con los estudiantes que hicieron los talleres de Prevención del alcoholismo y el grupo control, que no recibió los talleres, entre el pre-test, el post-test y el seguimiento.

3. Se espera que los participantes de estos talleres mejorarán el autoconcepto en sus diferentes dimensiones.

CAPÍTULO VII: MUESTRA, PROCEDIMIENTO, VARIABLES DE ESTUDIO E INSTRUMENTOS.

7.1. MUESTRA

La muestra de este estudio está compuesta por un grupo mixto de 120 estudiantes, del cuarto teórico de edades comprendidas entre los 14 y los 22 años, cuya media fue de 17,68 años, con una desviación del 1,323. El 47,5% eran chicas, mientras que el 52,5% eran chicos. Todos eran estudiantes y estaban solteros. Los estudiantes pertenecían a tres escuelas secundarias (Liceos) del Distrito 07 de Villa Tapia en la República Dominicana. Estos Liceos pertenecen al sector público, amparados directamente por el Ministerio de Educación del país. En dos de las Escuelas o Liceos se impartieron unos Talleres de Prevención del Alcoholismo (Liceos Jaime Molina Mota y Salomé Ureña de Henríquez) a 80 alumnos. En el tercer centro (Liceo Hermanas Mirabal) se escogió un grupo control no equivalente de 40 alumnos donde no se ofrecieron Talleres, pero sí los cuestionarios en el mismo orden y plazos que los otros dos.

En las tablas siguientes se observan algunas de las variables socio demográficas que definen la muestra recogida. Así, la primera tabla responde al número de hermanos de los sujetos de la muestra (Tabla N° 1).

Tabla N° 1: Número de hermanos.

	Frec.	%
0	1	0,8
1	7	5,8
2	26	21,7
3	23	19,2
4	27	22,5
Más de cuatro	36	30
Total	120	100

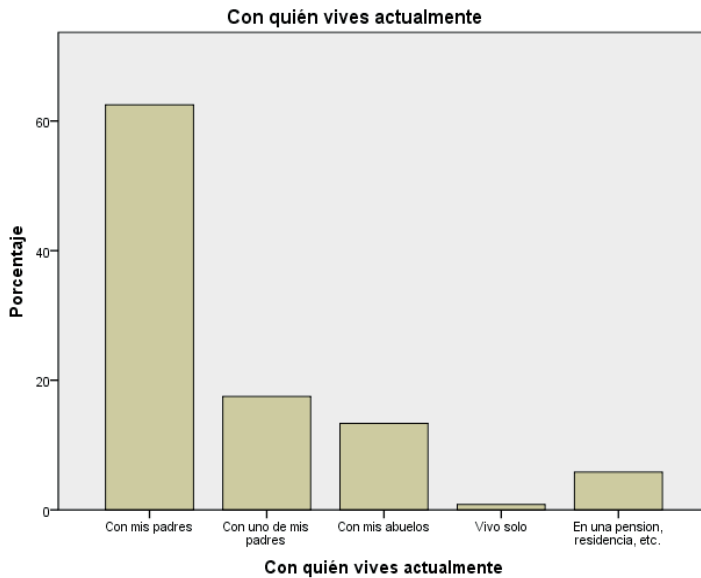
En la tabla N° 1 se observa que casi todos los sujetos de la muestra tienen dos o más hermanos y apenas hay sujetos con uno o ningún hermano. Además, lo más frecuente es tener 4 ó más de 4 hermanos, lo que indica un gran número de familias numerosas.

La siguiente tabla y gráfico muestran el tipo de residencia en que viven de los sujetos de la muestra (Tabla N° 2; Gráfico N° 1).

Tabla N° 2: Con quién vives actualmente.

	Frec.	%
Con mis padres	75	62,5
Con uno de mis padres	21	17,5
Con mis abuelos	16	13,3
Vivo solo	1	,8
En una pensión, residencia, etc.	7	5,8
Total	120	100,0

Gráfico N° 1: Con quién vives actualmente.



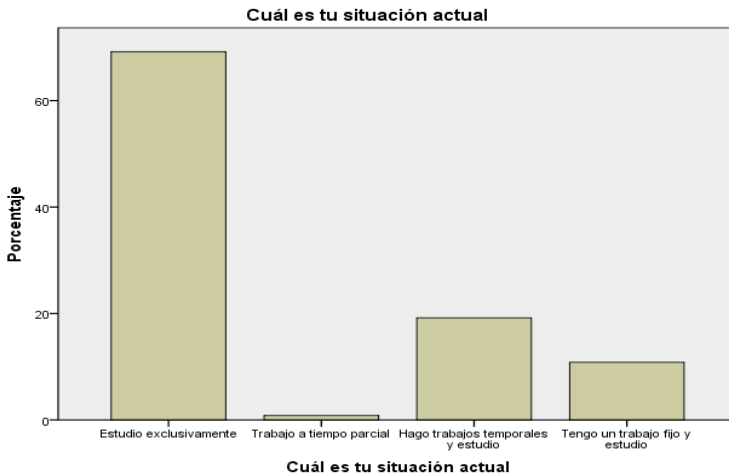
En la tabla N° 2 y en el gráfico N° 1 se observa que la mayoría de los sujetos viven con su padres (62,5%) y que apenas hay sujetos que vivan fuera del ámbito familiar, o solos o en pensiones (6,2%).

Respecto a los estudios en la tabla n° 3 se observan los casos en los que los estudiantes compaginan su trabajo con los estudios.

Tabla N° 3: Situación actual de los sujetos.

	Frec.	%
Estudio exclusivamente	83	69,2
Trabajo a tiempo parcial	1	,8
Hago trabajos temporales y estudio	23	19,2
Tengo un trabajo fijo y estudio	13	10,8
Total	120	100,0

Gráfico N° 2: Situación actual de los sujetos



Respecto a la situación actual de los sujetos de la muestra se observa que prácticamente la mayoría se dedican al estudio de un modo exclusivo y un porcentaje significativo, 19,2%, además de estudiar se dedica a trabajos temporales, posiblemente en vacaciones escolares, y actividades compatibles con los estudios.

Tabla N° 4: Estudios del padre

	Frec.	%
Menos de primarios	6	5,0
Primarios	52	43,3
Medios o comerciales	25	20,8
Técnicos de grado medio	14	11,7
Universitarios (grado superior)	17	14,2
Otros ¿Cuáles?	6	5,0
Total	120	100,0

Respecto a los estudios paternos, lo más frecuente fue encontrar estudios primarios e inferiores a los primarios, 48,3%, que supone casi la mitad de la muestra. El 50% restante se encuentra repartido de un modo más o menos similar entre las restantes distintas categorías.

Tabla N° 5: Profesión del padre

	Frec.	%
Empresario (propietario empresa)	18	15,0
Ejecutivo	3	2,5
Técnico superior	3	2,5
Administrativo	5	4,2
Técnico cualificado de grado medio	9	7,5
Trabajador cualificado	24	20,0
Trabajador no cualificado	11	9,2
Sus labores	39	32,5
Parado	7	5,8
Jubilado, incapacitado o fallecido	1	,8
Total	120	100,0

Respecto a la profesión del padre se observa una amplia variedad de categorías en las cuales se reparte la población. Destaca la ocupación 'sus labores' con una frecuencia del 32,5%, referida a actividades. Podemos observar en esta Tabla No. 5 que el porcentaje es bastante alto en "sus labores". Como indicamos anteriormente, la mayoría de los estudiantes participantes en este estudio provenían de un medio ambiente socioeconómico bajo, por lo tanto no tienen trabajos estables ni destrezas laborales que les permitan mantenerse ni mantener a su familia con lo indispensable.

Tabla N° 6: Estudios de la madre

	Frec.	%
Menos de primarios	6	5,0
Primarios	51	42,5
Medios o comerciales	62	51,7
Otros ¿Cuáles?	1	0,8
Total	120	100,0

En esta tabla N° 6 se observa que sólo el 5% de la muestra tiene estudios primarios, que supone la misma proporción que en los hombres. Y la inmensa mayoría posee estudios primarios o medios, el 95%.

Tabla N° 7: Profesión de la madre

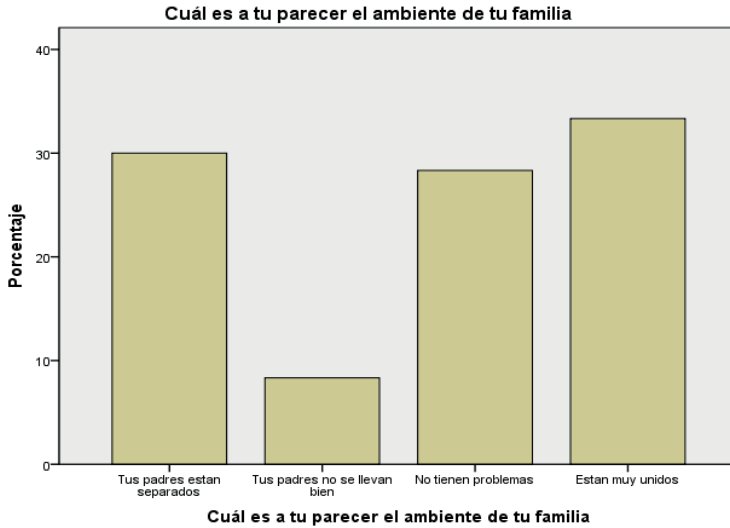
	Frec.	%
Empresaria (propietaria empresa)	17	14,2
Ejecutiva	1	,8
Técnico superior	6	5,0
Administrativa	5	4,2
Técnico cualificado de grado medio	7	5,8
Trabajadora cualificada	13	10,8
Trabajadora no cualificada	5	4,2
Sus labores	58	48,3
Parada	5	4,2
Jubilada, incapacitada o fallecida	3	2,5
Total	120	100,0

Respecto a la profesión de la madre también sobresale la categoría 'sus labores', quizá porque muchas de ellas sean amas de casa o bien por desconocimiento de los sujetos. El resto de categorías se hayan repartidas uniformemente (Tabla N° 7).

Tabla N° 8: Ambiente de la familia

	Frec.	%
Tus padres están separados	36	30,0
Tus padres no se llevan bien	10	8,3
No tienen problemas	34	28,3
Están muy unidos	40	33,3
Total	120	100,0

Gráfico N° 3: Ambiente de la familia

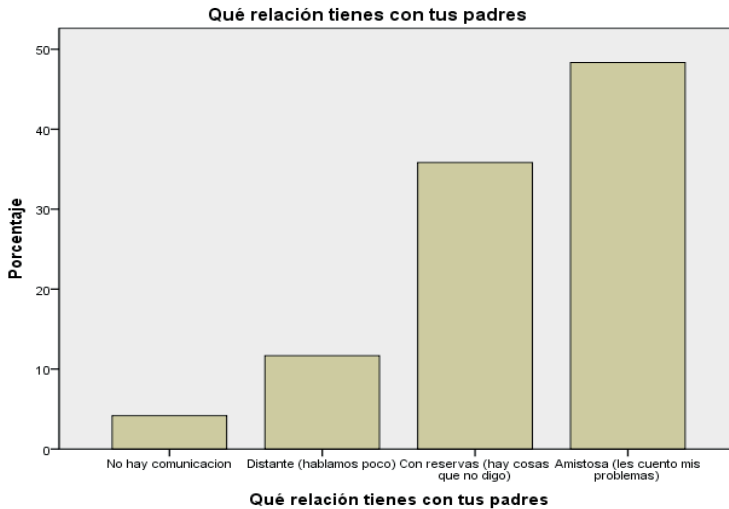


En el ambiente familiar se obtuvo que un 33,3% de la muestra dijeron estar muy unidos o no tener problemas, pero también llama la atención la proporción de padres separados, 30%. Durante nuestras clases pudimos comprobar que la mayoría de los estudiantes que indicaban que sus padres estaban separados, a vez decían "pero se llevan bien". Para estos estudiantes llevarse bien quería decir que se hablaban, que no eran enemigos y hasta salían juntos. Es muy posible que esta pregunta fuera difícil para algunos de ellos debido a la ambivalencia de la misma y la distinción de lo que ellos consideraban estar "unidos".

Tabla N° 9: Relación con los padres

	Frec.	%
No hay comunicación	5	4,2
Distante (hablamos poco)	14	11,7
Con reservas (hay cosas que no digo)	43	35,8
Amistosa (les cuento mis problemas)	58	48,3
Total	120	100,0

Gráfico N° 4: Relación con los padres



Respecto a la relación que se tiene con los padres casi la mitad de la muestra (48,3%) dijeron tener una relación amistosa con ellos, mientras que el 15,9% de los sujetos o no tienen comunicación con sus padres o la relación es distante.

7.2. PROCEDIMIENTO.

Antes de comenzar a ofrecerles los talleres a los estudiantes les informamos sobre sus derechos (American Psychological Association, 2001). Se aclaró que su participación era voluntaria y que ellos tenían el derecho de no participar si así lo deseaban sin recibir ninguna penalización de sus escuelas, tampoco de ningún otro lugar. Considerando que la mayoría de estos estudiantes de este trabajo eran menores de 18 años, antes de comenzar a ofrecerles los talleres de prevención del alcoholismo y mejora de la autoestima y el autoconcepto procedimos a enviarles una carta a los padres (véase en el anexo número 5) informándoles acerca de este proyecto, explicándoles el propósito y a la vez solicitándoles su permiso para que sus hijos pudieran participar en estos talleres. Cuando recibimos los permisos de los padres procedimos a implementar los talleres en las respectivas escuelas. Solamente un estudiante del grupo escogido no pudo participar de estos talleres. Este estudiante muy apenado nos informó que por motivos religiosos sus padres le negaron el permiso. Nosotros procedimos a sustituirlo por otro

para completar la muestra.

Les aclaramos a todos los participantes que los temas que surgieran de rango personal durante las discusiones en la presentación de los talleres por algún participante debían ser considerados confidenciales. Franca (1998) define la confidencialidad como el derecho que tiene todo ser humano a guardar en secreto ciertos datos que conciernen a su persona. Además, les indicamos que el último día de los talleres cada participante recibiría un Certificado de participación con el logo del Distrito Escolar 07 de Villa Tapia (véase en los anexos números 11 y 12). Se les explicó que el requisito para recibirlo sería la participación continua sin interrupción de los cinco talleres.

Considerando que los cuestionarios que usamos fueron elaborados por profesores españoles y usaron términos propios del vernáculo español, antes de repartirles los cuestionarios a los estudiantes aprovechamos para explicarles y escribirles el significado de varias palabras en la pizarra para que no las olvidaran, como parada, parado (que en la R.D. significa de pie) sus labores, etc.

Para implementar este trabajo contamos con un componente extraído del material del Programa W.I.N.G.S. – Historia Real – “Real Story” (anexo número 13 – CD insertado a esta tesis). Este Programa fue usado por la autora de esta tesis por primera vez en el año 1995 en la ciudad de Nueva York con una población de estudiantes bilingües del nivel intermedio (7º y 8º grado). Este Programa fue elaborado en el Distrito 6 de Manhattan, en esta ciudad. Se denominaba “Substance Abuse Prevention Services – W.I.N.G.S. An Afterschool Counseling And Teen Mentor Program” (Programa De Consejería Ofrecido Por Las Tardes Para Prevenir El Abuso De Substancias En Los Jóvenes. La palabra wings significa alas). Usamos la “Historia Real” en este programa como referencia. Antes de utilizar este material en los talleres en la República Dominicana se obtuvo permiso oral y escrito de dicho Distrito (este permiso está en el anexo número 1). En la carta que recibimos del Distrito 06 recibimos permiso para traducirlo al castellano y para adaptarlo modificado a la cultura dominicana (esta parte está contenida en los talleres presentados en el Capítulo VII acápite 7.4.3. En la explicación de los cinco talleres en esta tesis se puede ver el estilo que usamos para enseñarlos. De acuerdo a nuestra investigación en el Distrito Escolar 07 de Villa Tapia, estos Talleres de Prevención del Alcoholismo hechos por la autora de esta tesis han sido los pri-

meros en ofrecerse en la historia de estas escuelas. A través de la Directora del Distrito Escolar solicitamos permisos a los Directores correspondientes de las tres escuelas secundarias donde trabajamos (Ver anexos Números 6,7 y 8).

Siguiendo las sugerencias de García y Musitu (2001) escogimos un local adecuado que reunía las condiciones recomendadas para implementar estos cuestionarios de manera que los estudiantes pudieran trabajar con independencia.

El primer día de clase ofrecimos a todos los estudiantes participantes dos cuestionarios a modo de pre-test: El "Cuestionario Multivariable de la Ingesta de Alcohol en la Adolescencia" de las autoras Elvira Repetto y María P.Senra (1998) y el Cuestionario de "Autoconcepto Forma AF5" de los autores Fernando García y Gonzalo Musitu (2001). Aunque el grupo control no recibiría los talleres, a ellos también se les aplicó el mismo procedimiento en cuanto a los cuestionarios. Les asignamos un número a cada cuestionario que sabía solamente cada participante. Los cuestionarios estaban sobre una mesa con la parte frontal para abajo, marcados del 1 al 120 y separados por escuelas para evitar confusión. Para ayudar a los estudiantes a recordar estos números les sugerimos escribir sus fechas de nacimiento en cada cuestionario y el nombre de su escuela. El número que les tocó debían escribirlo en sus libretas para recordarlo la próxima vez que necesitaran hacer los cuestionarios. Los estudiantes participantes en este estudio se tomaron entre 15 y 20 minutos para terminar de llenar los dos cuestionarios.

A continuación se les presentaron cinco talleres de una duración de dos horas cada uno. Al finalizar los talleres, a modo de post-test se les pasaron de nuevo los cuestionarios tanto a los grupos experimentales como al grupo control. Por último, transcurridos cuatro meses desde la presentación de los talleres, se les pasaron los dos cuestionarios a los tres grupos.

7.3. VARIABLES DE ESTUDIO:

Las variables que utilizamos en esta investigación son las siguientes:

7.3.1. VARIABLES INDEPENDIENTES:

Las variables independientes de este estudio fueron los talleres que se presentaron, edad y sexo de los participantes.

7.3.2. VARIABLES DEPENDIENTES.

Las variables dependientes de los estudiantes fueron los resultados de los cuestionarios en el post-test y el seguimiento acerca de los conocimientos sobre el alcohol y sus efectos, el cambio en sus actitudes acerca del uso del alcohol y los cambios en cada una de las dimensiones del autoconcepto (académico-laboral, social, emocional, familiar y físico).

7.4. INSTRUMENTOS:

Para evaluar la ingesta del alcohol en la adolescencia y el autoconcepto a los sujetos participantes se utilizaron los siguientes instrumentos en este estudio:

1. El Cuestionario Multivariable de la Ingesta del Alcohol en la Adolescencia (ver en el anexo Número 10) elaborado por las autoras Repetto y Senra (1998).
2. La escala de Autoconcepto AF5 (ver en el anexo Número 9) de los autores García y Musitu (2001).

1). CUESTIONARIO MULTIVARIABLE DE LA INGESTA DEL ALCOHOL EN LA ADOLESCENCIA

Escogimos el Cuestionario Multivariable de la Ingesta del Alcohol en la Adolescencia elaborado por las autoras Repetto y Senra (1998) tomando en consideración que nos serviría para identificar tres variables importantes: educativa, social y afectiva. De este test nos centramos en el ítem 14, desglosado en diferentes subítems, ya que nos permitía constatar los efectos de los talleres en aspectos tales como el hábito y nivel de consumo de alcohol de los adolescentes, así como otras variables de tipo educativo y social y afectivo- familiar.

En otro orden, este cuestionario nos permitió discriminar a los adolescentes carentes del conocimiento de los efectos del alcohol, a la vez determinar si en este grupo de participantes existían estudiantes con alto riesgo en el consumo de alcohol.

El Cuestionario Multivariable de la Ingesta del Alcohol en la Adolescencia fue diseñado con la finalidad de recabar datos de diversas variables (educativo, social y afectivo). Para validar este instrumento las autoras utilizaron una muestra de 32 jóvenes de Madrid-España pertenecientes a la asociación de alcohólicos jóvenes y otro grupo control de jóvenes "normales" escogidos al azar de un centro BUP de un colegio. Para aplicarle el instrumento a este grupo con-

rol se constató que no consumían alcohol. Este instrumento está compuesto de 21 preguntas, que corresponden con las siguientes variables:

La variable educativa corresponde a los ítems 8-10-3-2-6 y 7, relacionados con la educación e información sobre el alcohol: lugar donde recibió la información sobre el alcohol, cauce y nivel de dicha información, conocimientos de los efectos del alcohol y tipo de educación recibida.

La variable social corresponde a los ítems 14-13-9 y 12, éstos referidos al entorno social de los adolescentes y cómo es percibido por ellos: amigos que se emborrachan, amigos que beben con frecuencia, motivos por los que no beben otros jóvenes, etc.

La variable afectiva corresponde a los ítems 1-11 y 5, e incluyen todos los aspectos relacionados con el entorno familiar tal como ellos lo perciben: padres separados, no se llevan bien, no tienen problemas de convivencia, etc.

El ítem 4 se refiere al tipo de relación con los padres y a quién recurre para informarse de temas delicados. Se refiere a la persona que le informó sobre el alcohol, sexo, drogas, etc., pero no pudo incluirse en ninguna de las variables anteriores por sus bajas puntuaciones en el análisis factorial.

Los estudiantes participantes en este estudio se tomaron entre 10 y 15 minutos para terminar de llenar este cuestionario.

2) ESCALA DE AUTOCONCEPTO AF5

La escala de Autoconcepto AF5 de los autores García y Musitu (2001) fue diseñada con la finalidad que sirviera para medir la población general. Para validar este instrumento los autores utilizaron una muestra 6,483 sujetos españoles. Estaba compuesta de 2859 varones y 3624 mujeres, entre las edades de 10 a 62 años.

Ha sido elaborada para usarse tanto de forma individual como colectiva. Se espera que este cuestionario se complete en un período de tiempo de aproximadamente 15 minutos, incluyendo la aplicación y corrección.

Este instrumento está compuesto por 30 ítems, estructurados de forma comprensible de manera que facilite su comprensión a los sujetos participantes. La valoración de los ítems va desde el 1 hasta el 99. Queda establecido que si los sujetos responden con una puntuación alta mayor será su autoconcepto en el área correspondiente, excepto en los ítems 4, 14, 12 y 22, que son ítems inversos.

Para llevar a cabo el proceso de corrección García y Musitu (2001) simplificaron el número de ítems de cada uno de los componentes/dimensiones.

Los autores García y Musitu (2001) dividieron este instrumento en cinco subescalas: Autoconcepto Académico-laboral (6 ítems que corresponden al 1-6-11-16-21 y 26), Autoconcepto Social (6 ítems que corresponden al 2- 7 - 12- 17 -22 y 27), Autoconcepto Emocional (6 ítems que corresponden al 3- 8- 13- 18- 23 y 28), Autoconcepto Familiar (6 ítems que corresponden al 4-9-14- 19-24 y 29) Autoconcepto Físico (6 ítems que corresponden al 5-10- 15-20-25 y 30) (Ver estos ítems en el anexo número 9).

Al explicar la dimensión del AF5 del Autoconcepto Académico-laboral García y Musitu (2001) indicaron que el autoconcepto se refiere a la percepción que la persona tiene de la manera como actúa y se desempeña en la vida, ya sea como estudiante y como trabajador. Estos autores explican que esta dimensión gira en torno a dos ejes: El primero se refiere al sentimiento que el estudiante/trabajador tiene del desempeño de su rol a través de sus profesores o superiores (buen estudiante/ buen trabajador...); el segundo se refiere a las cualidades específicas (inteligente, estima, buen trabajador/a). Además, estos autores García y Musitu (2001) informan que esta dimensión correlaciona positivamente con el ajuste psicosocial, el rendimiento académico/laboral, la calidad del cómo se realice el trabajo, la manera como se es aceptado y estimado por los compañeros, el liderazgo y la responsabilidad. En cuanto a la parte negativa, el absentismo académico/laboral y conducta conflictiva. En relación a los niños y adolescentes el autoconcepto académico correlaciona positivamente con los estilos parentales de inducción, afecto y apoyo. En cuanto a la parte correspondiente a los padres, la correlación negativa incluye la coerción, indiferencia y negligencia.

El Autoconcepto Social como lo presentan García y Musitu (2001) se refiere a la percepción que tiene el sujeto en sus relaciones sociales. Su red social y su facilidad o dificultad para mantenerla y ampliarla. Así mismo, sus cualidades en las relaciones interpersonales. En otro orden, el autoconcepto social correlaciona positivamente con el ajuste psicosocial, con el bienestar psicosocial, con el rendimiento académico y laboral y con la aceptación y estima de sus profesores, superiores y compañeros. En relación a la parte negativa, estos autores mencionan los siguientes estilos de conducta

que regularmente se presentan: los comportamientos disruptivos, la agresividad y la sintomatología depresiva. El resto de los comportamientos negativos, estos autores los presentan similares a la del párrafo anterior (del Autoconcepto Social).

El Autoconcepto Emocional presentado por García y Musitu (2001) tiene dos fuentes de significado: la primera hace referencia a la percepción general de su estado emocional (soy nervioso/a, me asusto con facilidad) y la segunda a situaciones más específicas (cuando me preguntan, me hablan, etc.) cuando estas preguntas las hacen personas de rango superior como los profesores, directores, etc.

García y Musitu (2001) indican que si la persona tiene un alto autoconcepto emocional significa que puede controlar las situaciones que se le presenten en la vida y podrá contestar adecuadamente y sin nerviosismo. En cambio, no sucede igual si tiene un autoconcepto bajo.

De acuerdo con García y Musitu (2001) el Autoconcepto Familiar este factor tiene igualmente dos partes muy importantes: el primero se refiere específicamente a los padres en dos dominios importantes en las relaciones familiares: confianza y el afecto. El segundo se refiere a la familia y al hogar con cuatro variables. Dos de éstas se refieren al orden positivo – me siento feliz y mi familia me ayudaría (felicidad y apoyo); las otras dos están formuladas negativamente – mi familia está decepcionada y soy muy criticado/a. Estas últimas dos implican que no están aceptados por la familia.

Según García y Musitu (2001) este factor es uno de los más importantes del autoconcepto, ya que está correlacionado positivamente con el rendimiento escolar y laboral, con el ajuste psicosocial, con el sentimiento del bienestar, con la integración escolar y laboral, con la conducta pro social con valores universalistas y con la percepción de salud física y mental. En cuanto a lo negativo éste correlaciona en la sintomatología depresiva, la ansiedad y el consumo de drogas.

En los niños y adolescentes este autoconcepto familiar se relaciona positivamente con los estilos parentales de afecto, comprensión y apoyo. En lo negativo con la coerción, violencia, indiferencia y negligencia.

El Autoconcepto Físico presentado por García y Musitu (2001) se refiere a la percepción que la persona tiene de su condición y aspecto físico. Este factor se refiere a dos dimensiones que se com-

pletan en su significado: el primero se refiere a la práctica deportiva en su entorno social – me buscan... física y de habilidad – soy bueno/a... El segundo hace referencia al aspecto físico – atracción, gustarse, elegante. Estos autores indican que cuando la persona tiene esta percepción de sí mismo/a se percibe físicamente agradable, se cuida, hace ejercicios y puede practicar algún deporte adecuadamente y con éxito. Este autoconcepto alto y positivo contribuye al bienestar, rendimiento deportivo, motivación de logro y con la integración social y escolar. Contrario a todos estos atributos sucede si la persona tiene un autoconcepto bajo. (págs. 18-20).

3) TALLERES DE PREVENCIÓN DEL ALCOHOLISMO.

Para la presentación de los talleres tuvimos en consideración las sugerencias de varias investigaciones científicas respecto a cómo implementar talleres de prevención. En la Tabla 52.5, capítulo V (acápito 5.1) presentamos lo ofrecido por Bukstein (2009) extraídas del Instituto Nacional sobre el Abuso de las Drogas 2003-2007 ("National Institute on Drug Abuse" NIDA) de los Estados Unidos en la cual nos indica los paradigmas que debemos tener en cuenta al ofrecer programas de prevención del abuso de drogas.

En este orden, de acuerdo a Summerfield (1991), basado en las investigaciones de muchos años en la efectividad de los programas de prevención de drogas, es recomendable considerar antes de comenzar éstos lo siguiente: el conocimiento de los estudiantes acerca de este tema, cambio en la actitud y cambio de conducta saludable. Este autor cree que a través de la implementación de programas de prevención de drogas se puede medir el conocimiento adquirido por los estudiantes de una manera relativamente fácil, del mismo modo indica este autor que cambiar la actitud o tratar de llevar a cabo cambios de conductas en los estudiantes no es tan fácil. Para ello es necesario considerar lo indicado por Goodstadt (1986, citado por Summerfield, 1991) cuando sugiere lo siguiente:

Para que estos programas de prevención sean efectivos es importante empezarlos lo más temprano en la vida y de manera continua.

Para que los programas de prevención de drogas sean éxitos deben ser integrados multigrados en el currículo de salud.

El apoyo comunal, la participación de los padres y de los iguales contribuye a aumentar el éxito de éstos.

El rol que desempeñen los maestros es vital, de la misma manera el entrenamiento de éstos es esencial.

En este mismo orden, estamos de acuerdo con lo indicado por NIDA (2004) acerca de que cuando a los niños y adolescentes comprenden los efectos negativos de las drogas (físicos, psicológicos y sociales) las investigaciones han demostrado que éstos tratan de no comenzar su uso. De la misma manera ocurre cuando ellos perciben que sus padres y amigos no aprueban el uso de drogas.

Considerando que aplicamos el cuestionario de Autoconcepto AF5 incluimos información sobre este concepto, en conjunto con la autoestima.

Las teorías y sugerencias acerca del autoconcepto de Sureda García (2001) y García y Musitu (2001) entre otros autores mencionados anteriormente, fueron de mucha utilidad para guiarnos durante la presentación de los talleres. Del mismo modo, las teorías y sugerencias acerca de la autoestima elaborados por varios autores como Franken (2007), Storm y Storm (1987), Lewis y Sullivan (2005) y Santrock (2008), contribuyeron a enriquecer el material ofrecido a los estudiantes.

A continuación presentamos el programa y la manera como procedimos a implementar los talleres a los sujetos participantes:

Primer Taller: Propósito del Programa y Efectos Físicos y Psicológicos del Abuso del Alcohol.

En este primer taller explicamos el propósito de los talleres a los participantes y les explicamos también que eran parte de un estudio para una tesis doctoral de la autora. Agradecemos su participación y su contribución en este estudio. Les informamos que la duración de estos talleres sería de aproximadamente dos horas cada uno considerando las preguntas y respuestas. Antes de proceder explicándole el contenido del programa de este taller procedimos a darles los cuestionarios.

Cuando todos habían terminado de llenar los dos cuestionarios, los colectamos y los guardamos. Procedimos a escribirle en la pizarra la agenda del próximo día (lo cual hicimos cada día durante los cinco talleres) de esta manera les indicábamos el tema que se ofrecería en cada presentación, el tiempo que tomaría la presentación de cada taller, la hora, lugar y día, etc. Esto nos permitía saber si algún estudiante tenía alguna pregunta o sugerencias. Además, les pedimos a los participantes que explicaran de manera volunta-

ría algún dato importante de su vida que ellos consideraran debía ser conocido en el grupo para crear una atmósfera de confianza y amistad. Luego, presentamos el contenido para este primer día que consistía en explicarles los Efectos Físicos y Psicológicos del Abuso del Alcohol. Usamos el material del Capítulo I y lo adaptamos al nivel de los participantes (véase el 1.4 de este Capítulo).

Segundo Taller: El Alcoholismo y sus Efectos en la Familia: El Autoconcepto y la Autoestima.

Examinamos los efectos del alcoholismo en el clima familiar. Analizamos los sentimientos mixtos que generalmente surgen en los miembros de la familia donde existe una persona alcohólica. En muchos casos estos sentimientos son de vergüenza, culpabilidad, miedo, resentimiento, confusión, suspicacia entre otros. A través de ejemplos y dinámicas de grupos facilitamos la comprensión de estos roles de conducta adquiridos.

Explicamos algunas teorías del autoconcepto y la autoestima, así como la importancia de mantener éstos fortalecidos a través de lecturas y ejercicios de auto ayuda

Ofrecimos actividades escritas para completar durante los talleres. Por ejemplo, escogimos un modelo de trabajo presentado por Machargo Salvador y otros (1996) que consistía en completar preguntas acerca de las cualidades positivas de cada estudiante. Más adelante discutimos en la clase este ejercicio destacando la importancia de enfocarnos en lo positivo en vez de rebuscar en las cualidades negativas. En este segundo día practicamos ejercicios de autoayuda. Hicimos un ejercicio de respiración para practicar relajación. Durante este ejercicio escuchamos música relajante, brevemente hicimos también un ejercicio de visualización. Muchos estudiantes manifestaron su entusiasmo y deseo de aprender más sobre estas técnicas. Aprovechamos este taller para discutir en clase el artículo "Conocimiento y Desarrollo de la Autoestima". Este libro correspondía a una de sus asignaturas en esa ocasión, escrito en el 2004 por la educadora dominicana Altagracia Santana Cordero. En cuanto al autoconcepto nos ocupamos en presentarles las habilidades socio personales que tienen que ver con la conducta. Seguimos lo indicado por Sureda García (2001) para enfatizar en el aspecto verbal, la manera como la persona se expresa y la otra forma lo que indica con el lenguaje del cuerpo. En cuanto a lo cognitivo, explicamos cómo piensan. En cuanto a lo emocional, ex-

plícamos acerca de las emociones (cómo sentimos).

Para ayudar a los estudiantes a comprender estos dos conceptos, el autoestima y el autoconcepto (este último menos usado en las escuelas en República Dominicana; generalmente, se les habla más a los estudiantes de autoestima) también les explicamos lo presentado las teorías del autoconcepto de García y Musitu (2001).

Durante la presentación de los conceptos de autoestima y autoconcepto encontramos que a los estudiantes se les hacía difícil distinguir estos dos conceptos; sobre todo, el de autoconcepto. Como indicamos anteriormente referente a lo sugerido por Gómez, Gaviria y Fernández (2006), encontrar una definición unánime para definir el auto-concepto resulta un poco complejo. En la República Dominicana es más común hablarles a los jóvenes en las escuelas y en sus hogares, entre otros lugares, acerca de la autoestima. Sin embargo, pudimos lograr mayor comprensión de este concepto cuando les presentamos el modelo multidimensional adoptado por los autores García y Musitu 2001 para elaborar el instrumento de autoconcepto AF5. Este modelo multidimensional del autoconcepto se enfoca en cuatro conceptos que la persona tiene de sí mismo: emocional, social, académico y familiar. De esta manera, el alumno como indica Sureda García (2001) entenderá el autoconcepto emocional en relación a su autocontrol (actitudes, valores, rasgos y preferencias personales). Una vez analizados éstos a través de ejemplos, observamos mayor comprensión de este concepto. En relación al concepto social, explicamos que éste está compuesto de los amigos (iguales), padres, profesores, etc. y, por lo tanto, depende del entorno. Así, sufre modificaciones de acuerdo a nuevas experiencias. En cuanto al académico, les explicamos a los estudiantes la responsabilidad que ellos tienen en todo lo relacionado a este campo como es la responsabilidad que ellos depositan en sus estudios y los resultados que desean obtener de los mismos, sus expectativas y metas a corto y largo plazo. En relación a lo familiar, le explicamos las diferencias en las relaciones con sus padres, tíos/as así como otros miembros familiares son generalmente distintas a las ellos tienen con sus iguales. Explicado todo de esta manera, pudimos comprobar que los estudiantes participantes de este estudio tuvieron una comprensión más clara entre los dos conceptos de autoconcepto y autoestima.

Para constatar que los estudiantes tenían claro estos dos conceptos (la autoestima y el autoconcepto) dividimos el grupo de

estudiantes en dos, uno correspondía al grupo "autoconcepto" y el otro "autoestima". Cada grupo hacía preguntas al otro grupo correspondiente a su área. Es importante tener en cuenta lo que nos dice Martínez Otero (2004) sobre que el autoconcepto equivale al conocimiento que la persona tiene sobre sí mismo/a y la autoestima se refiere al valor que la persona se atribuye.

Creemos que a los estudiantes participantes de estos talleres les quedó claro que el autoconcepto es el concepto que el individuo se crea de sí mismo acerca de su físico, su entorno social y espiritual. Es decir el producto de estos sentimientos y estas vivencias.

Tercer Taller: Factores que Contribuyen a Mejorar o Disminuir la Autoestima y el autoconcepto: Introducción del Concepto de la Familia Disfuncional.

Revisamos el taller anterior relativo a mejorar el autoconcepto y la autoestima. Más adelante hablamos de cómo pueden ser éstas afectadas debido a varios factores que explicamos en los talleres y les ofrecimos técnicas y medidas para mantener fortalecida su autoestima y su autoconcepto.

Discutimos lo expuesto por Ribeiro (1997) acerca de la autoestima, cuando nos indica que la persona con una buena autoestima es:

Ambiciosa sin ser codiciosa.

Poderosa sin ser opresora.

Inteligente sin ser pedante.

Humilde sin ser servil.

Comprensiva sin ser idiota.

Basándonos en lo indicado por Ribeiro (1997) tuvimos la oportunidad de analizar las frases de quienes dicen: "pobre de mí" (indicador de baja autoestima) así como, "yo soy el mejor", que también implica baja autoestima. Considerando que en este taller empezamos a presentar los conceptos y comportamientos de la familia disfuncional, aprovechamos para presentar estas frases generalmente escuchadas por los que adoptan el rol de víctima en la familia disfuncional. Con respecto a estas frases en este párrafo, incidimos en que tanto los que se consideren víctimas como los que se creen los mejores tienen en el fondo el mismo problema. Sin complicarle este concepto tratamos de ser lo más concisos para dejarles esta parte clara.

En relación al autoconcepto enfocamos bastante en la pregunta

¿quién soy? ¿Qué poseo que me permite sentirme orgulloso de mi persona? Les enseñamos a los participantes la importancia de auto valorarse y no permitir que nadie le lastime su autoestima ni su autoconcepto.

Ofrecimos suficiente información relacionada con estos dos componentes para contribuir a enriquecer los conocimientos de los participantes con los últimos estudios relacionados a estos temas.

Este mismo día, explicamos las teorías de algunos autores sobre lo que se considera una familia disfuncional. Tratamos de explicarle este tema detenidamente y con muchos ejemplos ya que este concepto es bastante nuevo en el vocabulario dominicano, especialmente para nuestro grupo de estudiantes participantes. Creemos que con ejercicios escritos y discutidos en esta clase al igual que con los ejemplos presentados tanto de nosotros como de parte de los participantes este tema quedó claro y comprensible. Las preguntas elaboradas en el salón de clases que más enfatizamos fueron:

¿Qué es para Uds. una familia disfuncional?

¿Conocen Uds. alguna familia disfuncional?

¿Qué recomiendan los expertos hacer cuando reconocemos que nuestra familia es disfuncional?

son las características en el comportamiento de las personas en esta familia que asumen el rol de víctimas, o héroe, etc.?

¿Creen Uds. que los miembros de esta familia deben buscar ayuda profesional ayuda profesional? ¿Dónde? Etc.

Estas preguntas entre muchas otras surgieron durante esta sesión.

Cuarto Taller: ¿Qué Roles Adoptan los Miembros de la Familia Disfuncional y porqué lo Adoptan?

En la presentación de este taller tratamos de analizar los roles de aquellos miembros en la familia disfuncional que generalmente adoptan el rol del o la Responsable o Héroe o Heroína y de Rebelde/ Defensivo/a y solitario. Usamos las teorías ofrecidas por ACOA (sigla en inglés que quiere decir hijo-as adulto-as de padres alcohólicos). Tratamos de explicarles a los estudiantes participantes que es muy común que en los hogares donde existe un familiar alcohólico o alcohólica estas familias tiendan a convertirse en disfuncionales y desafortunadamente en algunos de los casos muchas veces los hijos e hijas adoptan conductas disfuncionales también como las

ya mencionadas. Como nos dice Wegscheider (1981), la familia se convierte en disfuncional cuando los patrones interactivos en ésta fallan y no se pueden manejar ni organizarse como tal.

Quinto Taller ¿Qué es la Co-Dependencia Emocional?

Presentamos varias teorías ofrecidas por investigadores acerca de la co-dependencia emocional. Cómo evitarla y cómo buscar ayuda profesional en caso de que ya exista. El Programa W.I.N.G.S. explica que la codependencia emocional probablemente ha existido siempre. Otros autores como Beattie (1992) indican que no ha sido hasta los últimos veinte años cuando el alcoholismo se ha identificado y tratado como una enfermedad que necesita ser intervenida por profesionales especializados. Muchas personas sufriendo de co-dependencia emocional desarrollan diferentes desórdenes conductuales como anorexia, bulimia, depresión, no paran de hablar, algunos son extremadamente responsables, psico rígidos en la limpieza y otras cosas, alguno/as son muy pasivos o violentos; en fin, la lista es interminable. La conducta de los co-dependientes puede que contraste dependiendo de la víctima. Después de explicar este contenido, los estudiantes quedaron muy interesados en continuar aprendiendo más acerca de este tema. Aprovechamos el entusiasmo de la mayoría de los estudiantes para sugerirles que continuaran investigando acerca del mismo a través del internet y otras fuentes, como libros, revistas, etc.

Este último día de los talleres continuamos explicando los diferentes roles que generalmente adoptan los hijos que viven en hogares disfuncionales. Presentamos varias teorías ofrecidas por investigadores acerca de la co-dependencia emocional. Cómo evitarla y cómo buscar ayuda profesional en caso de que ya exista.

Al final de la clase procedimos a pasarles a los participantes los mismos cuestionarios que les ofrecimos el primer día para determinar el conocimiento adquirido de los temas ofrecidos.

Antes de despedirnos de los estudiantes participantes de estos talleres y de entregarles los Certificados (con un brindis de refrescos y bocadillos) les recordamos usar el material ofrecido en clases con sus futuros estudiantes. Además, les explicamos cómo adaptarlos a los diferentes niveles. Les sugerimos también usar el Internet del centro de cómputos del Distrito Escolar N° 07 (en caso que en sus casas no tuvieran) para retroalimentar los temas.

CAPÍTULO VIII: ANÁLISIS Y RESULTADOS DE LOS DATOS ESTADÍSTICOS.

8.1. ANÁLISIS

8.1.1. ANÁLISIS DE LA HOMOGENEIDAD DE LA MUESTRA

En un primer momento, nuestro objetivo fue determinar si nuestra muestra era homogénea respecto a las variables principales, edad y sexo, según centros educativos, con el objetivo de determinar si existía algún tipo de dependencia entre las variables demográficas del estudio. De este modo, pretendíamos descartar resultados posiblemente erróneos en nuestros análisis debidos a sesgos en la recogida de la muestra. Para ello realizamos unos contrastes de independencia para ver si entre las variables de interés existía o no dependencia estadística. Concretamente para determinar la homogeneidad de varianza según edad y sexo realizamos un ANOVA de un factor.

Aparte de las variables de edad y sexo tomamos en consideración otras variables socio demográficas para determinar si existían dependencias entre variables.

8.1.2. ANÁLISIS CUESTIONARIO ALCOHOLISMO.

En esta apartado, los análisis se centraron en el cuestionario de alcoholismo. En un primer momento, nos centramos en los ocho ítems del cuestionario centrados en el alcoholismo incluidos en el ítem 14, con el fin de determinar si aparecían diferencias entre el pre-test, el post-test y el seguimiento. Estos ítems tienen dos opciones de respuesta: verdadero o falso. Para dicho análisis, categorizamos los ítems en función del grado de adecuación de la respuesta a la realidad de forma que colocamos un 1 a aquellos ítems respondidos correctamente y un 0 a los respondidos de forma incorrecta siguiendo la siguiente plantilla de corrección:

1. Beber poco nunca hace daño: F
2. Bebiendo poco nunca te habitúas: F
3. Beber es malo para estudiar: V
4. El alcohol hace daño al organismo: V
5. Estimula para divertirse: F
6. Produce daños cerebrales: V
7. Es perjudicial en los jóvenes: V
8. No es aconsejable nunca: V

En segundo lugar, a través de un ANOVA de Medidas Repetidas con el fin de analizar si existían diferencias significativas entre los tres momentos de la evaluación (pre, post y seguimiento), en un primer momento en los tres grupos de los tres centros y, en segundo lugar en los dos grupos de investigación, experimental y control. Para ello, distribuimos los datos seleccionando el grupo experimental con los centros de Jaime Molina y Salomé Ureña como grupo 1 y el grupo control, Hermanas Mirabal, como grupo 2. Asimismo, se realizó la prueba no paramétrica de Wilcoxon para ver si se confirmaban los resultados del ANOVA de Medidas Repetidas.

A continuación, realizamos un MANOVA según sexo y según edad para determinar si existían diferencias significativas a lo largo de los tres momentos de la evaluación.

Por su parte, llevamos a cabo un ANOVA de Medidas Repetidas donde analizamos ítem a ítem los posibles cambios surgidos a partir de la aplicación de los talleres entre el pre-test y el post-test y seguimiento.

Realizamos, a su vez, un ANOVA teniendo en cuenta el número de hermanos para determinar si este hecho tenía alguna relevancia en nuestro estudio.

Por último, analizamos si existían diferencias en los efectos de los talleres dependiendo del número de hermanos de los sujetos de la muestra.

8.1.3. ANÁLISIS DEL CUESTIONARIO "AUTOCONCEPTO FORMA AF5"

Respecto al cuestionario de Autoconcepto Forma AF5 distribuimos las puntuaciones de los sujetos de la muestra según los factores del cuestionario tal y como comentamos en el apartado de instrumentos más arriba y analizamos la consistencia interna de los factores.

A continuación analizamos a través de ANOVAs si existían diferencias ítem a ítem según cada momento de la intervención.

Realizamos asimismo ANOVAs de Medidas Repetidas a partir de un diseño 3x2 donde se contemplan los resultados del pre-tests de los cuestionarios, de los post-tests y del seguimiento en los tres centros educativos distribuidos en dos grupos, experimental y control. Se tomó como variable intra-sujetos el momento de evaluación: pre, post-test y seguimiento. Como variable inter-sujetos se tomó el centro, teniendo en cuenta los dos centros experimentales,

por un lado, y el centro control por otro, para analizar los contrastes entre los dos tipos de situación experimental. Como contraste para analizar las diferencias se tomó la desviación primera para detectar las posibles diferencias entre el centro control y los experimentales y la última para detectar diferencias entre los tres centros. Nuestra hipótesis nula era que el grupo control tendría una media de puntuaciones similar al grupo experimental. Por su parte, nuestra hipótesis contrastante era que la media de puntuaciones del grupo experimental era mayor a la del grupo control en el post-test y seguimiento.

8.2. RESULTADOS

8.2.1. RESULTADOS SOBRE LA HOMOGENEIDAD DE LA MUESTRA

Respecto a la edad, observamos que existe homogeneidad de varianza según edad y centro educativo ($F=6.62_{(2-119)}$, $p=0.288$) por lo que podemos afirmar que estas dos variables son homogéneas. La siguiente tabla nos muestra la distribución por edades

Tabla N° 10: Edad de la muestra

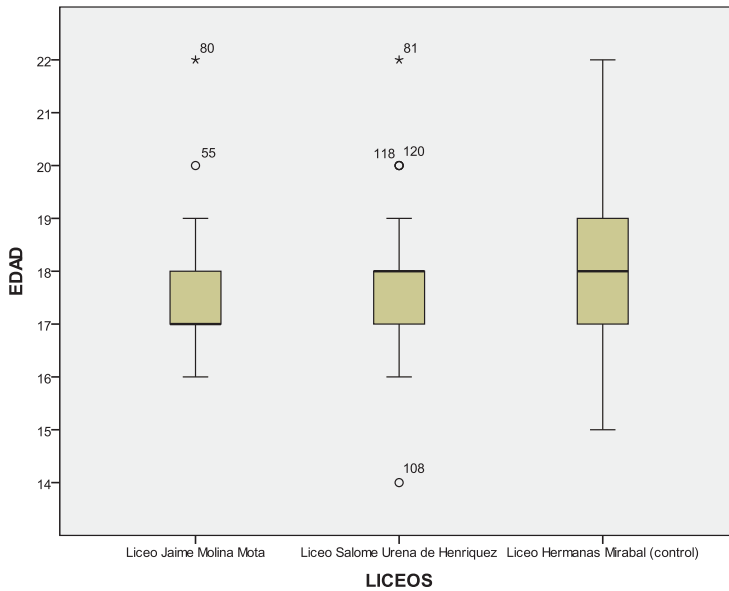
	Frec.	%
14	1	,8
15	1	,8
16	15	12,5
17	44	36,7
18	34	28,3
19	16	13,3
20	5	4,2
21	1	,8
22	3	2,5
Total	120	100,0

Se observó que la mayoría de los alumnos se concentraban entre los 16-19 años, mientras alumnos menores que esa edad formaban el 1,6% y los que estaban por encima de los 19 años eran el 7,5%. La muestra se encuentra muy concentrada en las edades centrales (Gráfico N° 5).

En el gráfico siguiente se muestra la distribución por edades y por centros

Gráfico N° 5: Gráfico de cajas para la edad según centros.

Este gráfico muestra una idea intuitiva de cómo se distribuye



la muestra según los distintos centros. Para el primer centro se observó un sujeto que está por encima en edad respecto de sus compañeros (valor extremo); en el segundo centro ocurre lo mismo, mientras que en el grupo de control no hay ningún sujeto con edad extrema.

En los tres casos ocurre que las líneas inferiores son más cortas que las superiores. Esto pone de manifiesto que las edades de los individuos de la cuarta parte más corta están mucho más centradas que la cuarta parte de los de mayor edad.

Respecto al sexo, los resultados del ANOVA de un factor indican que no existen diferencias significativas ($5.44_{(2-111)}$, $p= 0.1$), lo cual confirma la homogeneidad de la muestra según sexo. Por su parte, las tablas de contingencia confirman la homogeneidad de varianza según sexo γ según centros ($F=3.82_2$, $p= 0.15$).

Respecto al resto de variables, las que resultaron ser dependientes fueron las siguientes:

Tabla N° 11: Entorno demográfico de los sujetos con las variables liceos:

	Gl	X	P-value
Cuántos hermanos tienes	10	39,424	<,0001
Con quién vives actualmente	8	19,221	0,014
Profesión del padre	18	33,069	0,016
Profesión de la madre	18	36,784	0,006
Quién te informó de temas como sexo, alcohol...	6	13,534	0,035

Se observan en la tabla 11 diferencias estadísticamente significativas entre las variables tipo de centro educativo y las variables número de hermanos, profesión del padre y de la madre.

Tabla N° 12: Con la variable sexo			
	gl	X	P-value
Edad	8	17,827	0,023
Situación actual	3	16,281	0,001
Relación con padres	3	12,644	0,005

En esta tabla N° 12 se observan diferencias significativas entre la variable sexo y la edad y relación con los padres. Esto suele ser habitual porque las chicas tienen mayor relación con los padres, habitualmente mayor comunicación y de modo diferenciado. Estos resultados pueden ser comparados con un estudio llevado a cabo recientemente por Senra Varela (2010) donde encontró diferencias significativas ($p < 0,005$) en el grupo de los chicos y chicas (entre 12 y 17 años de edad) en cuanto a la habilidad de las chicas para comunicarse más asertivamente .

Tabla N° 13: Con la variable edad

	gl	X	P-value
Estudios padre	40	70,707	0,002

La variable edad también pareció tener una dependencia muy significativa con la variable estudios del padre, aunque esta dependencia no parece tener una explicación definida.

Tabla N° 14: Con la variable situación actual:

	gl	X	P-value
Estudios padre	15	29,941	0,012

Parece más justificable la dependencia entre las variables situación actual y estudios del padre ya que a mayor tiempo que se le dedica a los hijos hay más probabilidades de que los hijos adquieran mayor atención y mejor cognición. Así lo indica Mogro-Willson (2008) cuando dice que los padres cariñosos contribuyen a desarrollar una personalidad en sus hijos más segura, asertiva y confiable cuando les dedican más calidad de tiempo a sus hijos.

Tabla N° 15: Con la variable con quién vives actualmente:

	gl	X	P-value
Cuál es el ambiente familiar	12	82,234	<0,0001
Qué tipo de educación recibiste de tus padres	12	31,255	0,002

Asimismo parece relevante que el hecho de tomar una decisión sobre con quién vive el adolescente actualmente tenga relación con el ambiente familiar percibido y el tipo de educación recibida ya que en nuestro estudio encontramos una diferencia altamente significativa en la pregunta "Cuál es el ambiente familiar" con una p de <0,0001 y también con la pregunta "Qué tipo de educación recibiste de tus padres" con una p de <,0,002.

Tabla N° 16: Con la variable ambiente familiar:

	gl	X	P-value
Quién te informó de temas como sexo, alcohol...	9	18,546	0,029

También el ambiente familiar influye en el tipo de comunicación que se dé en el hogar, especialmente antes temas como el sexo o las drogodependencias. Senra Varela (2010) nos indica que la pre-

vención acerca del uso de sustancias psicoactivas y los riesgos en el sexo sin protección, es un deber de los padres informándoles a sus hijos adecuadamente acerca de estos temas para que puedan enfrentar esta realidad sin ser afectados en cualquier entorno agresivo que les toque vivir.

Tabla N° 17: Con la variable cuántos hermanos tienes:

	gl	X	P-value
Cuáles son los estudios del padre	25	50,06	0,002
Cuáles son los estudios de la madre	15	36,166	0,002
Profesión de la madre	45	62,455	0,043
Relación con padres	15	26,492	0,033

Una variable interesante que mostró claras dependencias con otras fue la del número de hermanos que parece relacionada con los estudios del padre y la madre ya que a mayor nivel educativo de la madre es menor el número de hijos, tal como lo muestran las encuestas de fecundidad de la República Dominicana - Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) llevada a cabo por Molina, Ramírez, Polanco, Ochoa, Lerebours y García (2002) y Molina, Ramírez, Polanco y Quiterio (2007).

Tabla N° 18: Con la variable estudios del padre:

	gl	X	P-value
Profesión del padre	45	93,045	<0,0001
Estudios de la madre	15	56,236	<0,0001
Profesión de la madre	45	76,75	0,002

Los estudios del padre claramente mostraron dependencia como era esperable con la profesión desempeñada, pero también con los estudios y profesión de la madre, ya que ambas son altamente significativa con una p de <0,0001.

Tabla N° 19: Con la variable profesión del padre:

	gl	X	P-value
Profesión de la madre	81	175,412	<0,0001

Por tanto, esta misma la encontramos en esta tabla nº 19 con la profesión del padre y la de la madre.

Tabla Nº 20: Con la variable relación con los padres:

	gl	X	P-value
Qué tipo de educación recibiste de tus padres	9	25,163	0,003

Parece que la relación entre los padres puede influir en el tipo de educación. De este modo, una mayor coherencia puede depender de la comunicación buscando el consenso en las decisiones que se tomen en cada paso del desarrollo de los hijos.

Tabla Nº 21: Con la variable dónde recibiste la información que tienes sobre el alcohol:

	gl	X	P-value
Por qué razón consumes alcohol	12	25,359	0,013
Quién te informó de temas como sexo, alcohol...	12	22,094	0,036
A quién recurres si tienes dudas	12	21,349	0,045

Resulta obvio a nuestro entender la relación encontrada entre las variables "Dónde recibiste información sobre el alcohol" y las razones por las que el adolescente consume alcohol, o la comunicación con la familia y profesores acerca de temas como el sexo o el alcohol, y la búsqueda de ayuda ante las dudas surgidas. De este modo, Dueñas y Senra (2009) creen que es dentro de la familia donde se van aprendiendo muchos hábitos, valores, actitudes y creencias que en lo adelante serán incorporados en el comportamiento y expuestos en la sociedad.

Tabla Nº 22: Con la variable cuántos de tus amigos beben habitualmente:

	gl	X	P-value
Cuántos de tus amigos se emborrachan	9	65,755	<0,0001
Cuál es la profesión de tu madre	27	46,102	0,012

Se observa dependencia entre el uso y el abuso del alcohol, aunque también con respecto a la profesión de la madre. En esta tabla N° 22 en la pregunta: "Cuántos de tus amigos se emborrachan" se observa un resultado altamente significativo con una $p < 0,0001$. Después de muchas investigaciones con adolescentes, los autores Conrad, Flay y Hill (1992) indican que el factor psicosocial de riesgo más significativa en la experimentación de las drogas es el de la influencia de los iguales.

Tabla N° 23: Con la variable cuántos de tus amigos se emborrachan:

	gl	X	P-value
Profesión del padre	27	45,867	0,013

Asimismo, la profesión del padre parece estar relacionada con el tipo de amistades.

Tabla N° 24: Con la variable quién te informó de temas como sexo, alcohol...

	gl	X	P-value
Has recibido información sobre el alcohol y sus efectos	9	33,018	$< 0,0001$

La relación presentada en la tabla N° 24 resulta lógica, con la variable quién te informó de temas como el alcohol, el sexo y sus efectos, el resultado también es altamente significativo con una $p < 0,0001$.

Tabla N° 25: Con la variable has recibido información sobre el alcohol y sus efectos:

	gl	X	P-value
A quién recurre si tienes dudas	9	24,363	0,004

La importancia de la comunicación parece verse patente en este resultado ya que muestra una dependencia entre la información recibida sobre el alcohol y a quién se plantean las dudas sobre estos temas. Al respecto, estamos de acuerdo por lo indicado por Senra y Manzano (2003) cuando exponen lo comprobado por muchos estudios acerca de la población de los adolescentes con relación a

la conducta policausal que los conduce a la ingesta abusiva del alcohol destacando dos factores de mayor contribución como son: el de carácter social y emocional. Basándonos en estos dos factores, creemos que la presión de los iguales y su estado emocional son determinantes en sus decisiones.

Tabla N° 26: Con la variable por qué crees que otros jóvenes no beben:

	gl	X	P-value
Qué tipo de educación recibiste de tus padres	15	32,706	0,005

Como hemos indicado anteriormente, resulta importante tener en cuenta esta dependencia puesto que parece relacionarse la explicación del uso o no del alcohol y la educación recibida.

Tabla N° 27: Con la variable por qué razón consumes alcohol:

	gl	X	P-value
Cuántos de tus amigos se emborrachan	12	23,324	0,025

Asimismo, parece lógica la dependencia encontrada en la tabla N° 27, ya que los estudios desde la psicología social demuestran la importancia del grupo de iguales en el abuso del alcohol y otras drogas Senra Varela (2010).

8.2.2.- RESULTADOS CUESTIONARIO ALCOHOLISMO

En el ANOVA de Medidas Repetidas realizado con los tres centros obtuvimos diferencias significativas según centro ($F= 4,45_{(2-4)}$, $p= ,002$). Las medias para cada centro se presentan en la tabla siguiente (Tabla n° *).

Tabla N° 28: Medias marginales que el modelo estima para cada nivel del factor centro.

Centros	Pre+	Post	Seg.
Jaime Molina	5,5 (1,55)	6,8 (,79)	5,73 (1,88)
Salomé Ureña	5,6 (1,95)	6,53 (,91)	5,95 (,96)
Hermanas Mirabal	5,45 (1,24)	5,68 (1,24)	5,3 (1,82)

Media (Desviación típica)

En las pruebas Post Hoc se confirman las diferencias entre los

grupos experimentales y el grupo control, tal y como se observa en la tabla siguiente (Tabla 15).

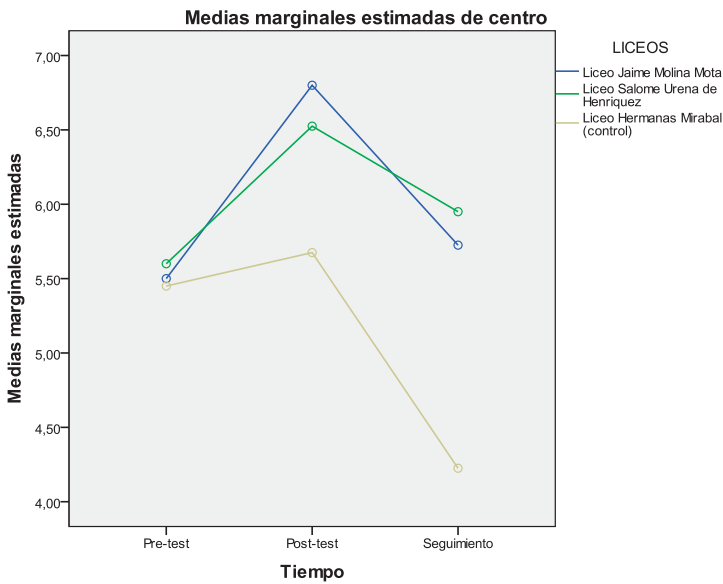
Tabla N° 29: Comparaciones por pares según el factor centro

Centros	P
1-2	0,996
2-3	0
1-3	0

1= Jaime Molina Mota

2= Salomé Ureña

3= Hermanas Mirabal



A continuación se muestra el gráfico que presenta las diferencias entre los centros en cada momento del pase de los cuestionarios (pre, post y seguimiento) (Gráfico n° 6).

Gráfico N° 6: Perfil representando el efecto de la interacción entre los centros y el tiempo.

Observamos en dicho gráfico n° 6 una evidente interacción entre el factor tiempo y el factor liceo. En los tres centros se observa el siguiente comportamiento: Una vez realizado el test por segunda vez, en todos los centros la puntuación en el test fue más alta, y una vez pasó tiempo esta puntuación bajó.

Pero no todos los centros se comportaron con la misma intensi-

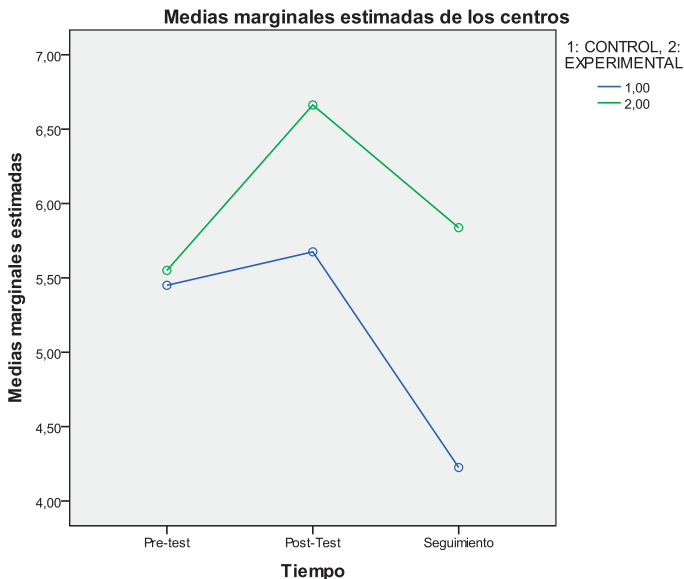
dad. Claramente, en los centros donde se aplicaron los talleres, las puntuaciones han sido mayores. Al realizar el post-test, elevan su puntuación con mucha diferencia respecto al grupo de control, y su descenso a lo largo del tiempo es menos acentuado. Se observa, de este modo, que las puntuaciones obtenidas en el seguimiento en los grupos experimentales siguen siendo superiores al pre-test frente al grupo control, donde descienden considerablemente. Esto demuestra la efectividad de los talleres incluso a largo plazo, una vez pasados cuatro meses.

Quando distribuimos los centros en grupos de investigación, control (Centro de Hermanas Mirabal) y experimental (centros de Jaime Molina y Salomé Ureña), observamos que en el ANOVA de Medidas Repetidas realizado para analizar el hábito de consumir alcohol obtuvimos diferencias significativas según grupo ($F=6,59_{(2-117)}$, $p < ,002$). Las medias para cada grupo se presentan en la tabla siguiente (Tabla N° 16).

Tabla N°.30: Medias marginales que el modelo estima para cada nivel del factor grupo.

Centros	Pre	Post	Seg.
Control	5,45 (1,24)	5,68(1,14)	4,23(1,97)
Experimental	5,55 (1,75)	6,66 (,86)	5,84 (1,49)

Media (Desviación típica)



A continuación se presentan en un gráfico las diferencias entre los grupos (control y experimental) para cada momento del pase de los cuestionarios (pre, post y seguimiento) (Gráfico n° 7).

Gráfico N° 7: Perfil representando el efecto de la interacción ente los grupos y el tiempo.

En este grafico N° 7 se observa una mejora considerable en el momento del post-test, una vez impartidos los talleres de alcoholismo, y dichas mejoras se mantienen en buena medida en el momento del seguimiento, cuatro meses después de la intervención. En el grupo experimental, después de aplicar los talleres, hubo una mejoría en las puntuaciones, pero en el seguimiento, hubo un descenso respecto a esta puntuación, sin embargo desde el pre-test al seguimiento hay una ligera mejoría. Por parte, en el grupo control se observó una pequeña mejoría no significativa en la etapa post-test, pero con el seguimiento sufre una drástica caída en las puntuaciones. Por su parte, la prueba no paramétrica de Wilcoxon confirmó las diferencias significativas encontradas según grupos (control y experimental) con una $p < ,001$.

Como comentamos en el apartado de análisis, realizamos un MANOVA según sexo y edad teniendo en cuenta los tres momentos de la evaluación para determinar hasta qué punto las diferencias encontradas dependían de la edad o el sexo de los sujetos. Respecto al MANOVA según sexo observamos diferencias significativas en el ítem 14, pregunta número 4 ($F=5,219_{(1-118)}$, $p < ,05$), 6 ($F=4,407_{(1-118)}$, $p < ,05$) y 7 en el pre-test. Mientras que en el post-test y el seguimiento no existen diferencias estadísticamente significativas entre sexos.

Como indicamos anteriormente, las medias de las puntuaciones en las chicas son ligeramente superiores a la de los chicos en el pre-test. Del mismo modo en el contraste al factor sexo no podemos rechazar la hipótesis nula de igualdad de medias en las tres etapas y concluir que la calidad de las puntuaciones es la misma en los dos niveles del factor sexo. En cambio, en las etapas de post-test y seguimiento, las puntuaciones de los chicos sufren una ligera mejoría, lo que se traduce en que no haya diferencias entre sexos en estas etapas.

Respecto al MANOVA según edad no encontramos diferencias significativas en ningún ítem para las etapas de pre-test y seguimiento. Sin embargo, en la etapa post-test encontramos diferencias

significativas en el ítem 14 pregunta 6 ($F=15,232_{(8-111)}$, $p < ,0001$). En el contraste referido al factor edad podemos rechazar la hipótesis nula de igualdad de medias en las distintas edades, especialmente en las dos últimas etapas. Por tanto, las puntuaciones fueron distintas según las edades de los sujetos.

Para finalizar, se realizaron ANOVAs de Medidas Repetidas según sexo y edad para determinar si existían diferencias ítem a ítem. Para cada ítem se tuvo en cuenta la clasificación en grupo experimental y grupo control.

Respecto al ANOVA según sexo observamos los contrastes multivariados, que nos permiten contrastar las hipótesis nulas referidas a los efectos en los que se encuentra involucrado el factor intra-sujetos tiempo (pre-test, post-test, seguimiento). Respecto a los ítems 1, 2 5, y 8 los estadísticos señalan que el efecto del factor tiempo interactuando con el grupo es estadísticamente significativo en todos los casos ($F=15,349_{(2-116)}$, $p < ,0001$; $F=3,209_{(2-116)}$, $p < ,05$; $F=4,922_{(2-116)}$, $p < ,01$; $F=5,191_{(2-116)}$, $p < ,01$).

Respecto a los estadísticos univariados referidos a los efectos intra-sujetos, la información relativa al efecto individual del factor tiempo interaccionado con el experimento es consistente con la obtenida con la aproximación multivariada ($F=13,554_{(2-234)}$, $p < ,0001$; $F=3,102_{(2-234)}$, $p < ,05$; $F=5,875_{(2-234)}$, $p < ,01$; $F=5,682_{(2-234)}$, $p < ,01$).

Por su parte, teniendo en cuenta los factores inter-sujetos, sexo y experimento, observamos que el nivel crítico asociado al factor experimento es significativo, lo cual permite rechazar la hipótesis nula y afirmar que el efecto del factor experimento es significativo ($F=18,919_{(1-117)}$, $p < ,0001$; $F=5,105_{(1-117)}$, $p < ,05$; $F=6,152_{(1-117)}$, $p < ,05$; $F=8,271_{(1-117)}$, $p < ,01$).

Respecto a los ítems 3, 6 y 7, en los contrastes multivariados, los estadísticos señalan que el efecto del factor tiempo interactuando con el grupo es estadísticamente significativo ($F=14,638_{(2-116)}$, $p < ,0001$; $F=9,908_{(2-116)}$, $p < ,0001$; $F=7,975_{(2-116)}$, $p < ,001$).

Respecto a los estadísticos univariados referidos a los efectos intra-sujetos, la información relativa al efecto individual del factor tiempo interaccionado con experimento es consistente con la obtenida con la aproximación multivariada ($F=16,689_{(2-234)}$, $p < ,0001$; $F=14,09_{(2-234)}$, $p < ,0001$; $F=9,673_{(2-234)}$, $p < ,0001$).

Respecto a los factores inter-sujetos, sexo y experimento, el nivel crítico asociado al factor experimento es significativo, per-

mite rechazar la hipótesis nula y afirmar que el efecto del factor experimento es significativo ($F=26,429_{(1-117)}$, $p < ,0001$; $F=12,383_{(1-117)}$, $p < ,001$; $F=5,342_{(1-117)}$, $p < ,05$). Además, el factor sexo también resulta significativo, luego el efecto del sexo influye en los ítems ($F=4,009_{(1-117)}$, $p < ,05$; $F=7,171_{(1-117)}$, $p < ,001$; $F=5,526_{(1-117)}$, $p < ,05$).

Respecto al ítem 4 en los contrastes multivariados se obtuvo un efecto del factor tiempo interactuando con el grupo estadísticamente significativo ($F=8,494_{(2-116)}$, $p < ,0001$). Además, el efecto del factor tiempo también resultó significativo ($F=3,154_{(2-116)}$, $p < ,05$).

Respecto a los estadísticos univariados referidos a los efectos intra-sujetos, la información relativa al efecto individual del factor tiempo interaccionado con experimento y al factor tiempo, es consistente con la obtenida con la aproximación multivariada ($F=11,372_{(2-234)}$, $p < ,0001$; $F=4,338_{(2-234)}$, $p < ,05$).

Por lo que se refiere a los factores inter-sujetos, sexo y experimento, el nivel crítico asociado al factor experimento es significativo, permite rechazar la hipótesis nula y afirmar que el efecto del factor experimento es significativo ($F=8,220_{(1-117)}$, $p < ,01$).

Por último, en el ANOVA de Medidas Repetidas según edad observamos los siguientes resultados: para los ítems 1, 3, 4, 5, 6, 7 y 8 en los contrastes multivariados, encontramos un efecto del factor tiempo interactuando con el grupo estadísticamente significativo ($F=15,482_{(2-116)}$, $p < ,0001$; $F=15,109_{(2-116)}$, $p < ,0001$; $F=8,330_{(2-116)}$, $p < ,0001$; $F=4,569_{(2-116)}$, $p < ,05$; $F=10,039_{(2-116)}$, $p < ,0001$; $F=8,088_{(2-116)}$, $p < ,001$; $F=4,907_{(2-116)}$, $p < ,001$).

Respecto a los estadísticos univariados referidos a los efectos intra-sujetos en dichos ítems, la información relativa al efecto individual del factor tiempo interaccionado con experimento es consistente con la obtenida con la aproximación multivariada ($F=13,676_{(2-234)}$, $p < ,0001$; $F=16,967_{(2-234)}$, $p < ,0001$; $F=11,065_{(2-234)}$, $p < ,0001$; $F=5,506_{(2-234)}$, $p < ,01$; $F=14,326_{(2-234)}$, $p < ,0001$; $F=9,655_{(2-234)}$, $p < ,0001$; $F=5,359_{(2-234)}$, $p < ,01$).

Referente a los factores inter-sujetos, edad y experimento, el nivel crítico asociado al factor experimento es significativo, permite rechazar la hipótesis nula y afirmar que el efecto del factor experimento es significativo ($F=19,875_{(1-117)}$, $p < ,0001$; $F=27,345_{(1-117)}$, $p < ,0001$; $F=8,329_{(1-117)}$, $p < ,01$; $F=6,337_{(1-117)}$, $p < ,05$; $F=12,593_{(1-117)}$, $p < ,001$; $F=5,978_{(1-117)}$, $p < ,05$; $F=8,612_{(1-117)}$, $p < ,01$).

Por su parte, para el ítem 2 (con quién vives actualmente) en los contrastes multivariados no se vio nada significativo. Respecto a

los estadísticos univariados referidos a los efectos intra-sujetos, la información relativa al efecto individual de los factores es consistente con lo obtenido en contrastes multivariados. Referente a los factores inter-sujetos, edad y experimento, el nivel crítico asociado al factor experimento es significativo permite rechazar la hipótesis nula y afirmar que el efecto del factor experimento es significativo ($F=5088_{(1-117)}$, $p < ,05$). No obstante, en el factor edad no se observaron diferencias significativas en ningún caso.

En el ANOVA teniendo en cuenta el número de hermanos de los sujetos observamos lo siguiente (Tabla No 31).

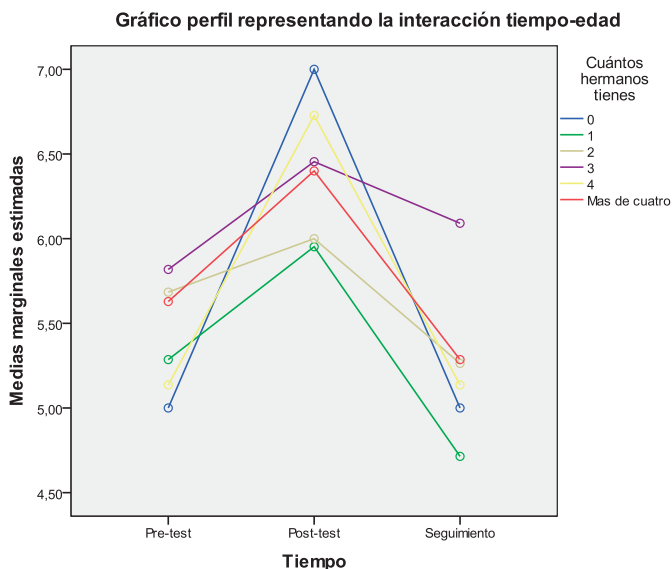
Tabla N° 31: Medias según número de hermanos.

Número de hermanos	Pre	Post	Seg.
0	5 (.)	7 (.)	5 (.)
1	5,28 (1,14)	5,92 (1,11)	4,71 (1,97)
2	5,68 (1,52)	6 (1,10)	5,26 (2,02)
3	5,81 (1,59)	6,45 (1,18)	6,09 (1,30)
4	5,13 (1,88)	6,72 (0,76)	5,16 (1,98)
Más de 4	5,62 (1,59)	6,4 (1,06)	5,28 (1,74)

Media (Desviación típica)

En los estadísticos descriptivos parece que es todas las etapas se obtiene una media y desviación similar, no hay grandes diferencias, lo cual era de esperar puesto que se trata de la misma muestra. En contrastes multivariados, los estadísticos señalan que el efecto del factor tiempo es estadísticamente significativo ($F=8.918_{(2-113)}$, $p < ,0001$). Por su parte, las pruebas de efectos intra-sujetos nos dan información de los estadísticos univariados y muestran que la información relativa al factor tiempo es consistente con la obtenida en los contrastes multivariados ($F=5,899_{(2-228)}$, $p < ,01$). Respecto a los factores intersujetos, el factor edad no es estadísticamente significativo.

Gráfico N° 8: Interacción tiempo-edad.



En el gráfico N° 8 se observa un comportamiento similar en los grupos por hermanos, un crecimiento en la segunda etapa y un decrecimiento en la 3ª etapa, siendo más acusado cuándo hay menos hermanos.

8.2.3. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO "AUTOCONCEPTO FORMA AF5"

A continuación presentamos los resultados encontrados a partir de la distribución según factores del cuestionario de "Autoconcepto Forma AF5" para cada uno de los tres momentos de evaluación (pre-test, post-test y seguimiento) teniendo en cuenta el grupo experimental y el grupo control. En primer lugar, en los análisis de consistencia interna obtuvimos lo siguiente (Tabla 32):

Tabla N° 32: Consistencia interna según factores de los tres momentos de evaluación (pre-test, post-test y seguimiento)

Componente	Total	% de la varianza	% acumulado	Alfa
Académico/ Laboral	5,809	21,516	21,516	0,835
Social	3,478	12,88	34,396	0,332
Emocional	2,172	8,043	42,439	0,782
Familiar	1,961	7,262	49,701	0,329
Físico	1,625	6,019	55,72	0,597
Total		55,72		0,791

La estructura factorial obtenida fue muy clara y confirmó las dimensiones teóricas. Los componentes explican el 55,72% de la varianza total y el coeficiente alfa de consistencia interna es 0.791.

En el análisis por subescalas obtuvimos los siguientes resultados: el factor académico/laboral explica la mayor parte de la varianza (21,516%) y, además, tiene la mayor consistencia interna (0.835). En las otras escalas se obtiene una consistencia interna menor de la que se obtiene en conjunto con los 30 ítems del instrumento. La menor consistencia interna de las 5 subescalas corresponde a la dimensión familiar.

Cuando analizamos si existían diferencias ítem a ítem a través de ANOVAs según cada momento de la intervención observamos que en algunos ítems existían diferencias significativas tal y como aparece en la tabla siguiente (Tabla No 33).

Tabla N° 33: Diferencias significativas en algunos ítems a través de ANOVAs

Ítems	Pre	Post	Seg.	F ₍₂₋₃₅₇₎	P
Acad. Lab.					
1	86,78 (10,86)	90,29 (8,11)	90,15 (7,94)	2,13	,12
6	85,06 (15,39)	87,43 (13,34)	87,94 (10,02)	10,07	,000
11	85,08 (17,06)	87,07 (14,98)	88 (8,91)	7,92	,000
16	83,05 (16,6)	86,77 (12,73)	86,4 (11,98)	12,01	,000
21	87,67 (10,18)	88,5 (11,71)	88,67 (9,57)	6,59	,002
26	83,91 (15,91)	86,88 (12,73)	87,08 (11,17)	14,98	,000

Social					
2	84,58 (15,74)	87,72 (12,82)	88,87 (11,17)	3,87	,022
7	89,46 (12,5)	90,87 (9,39)	90,77 (11,69)	,69	,505
12	37,47 (33,48)	33,51 (33,51)	32,8 (28,02)	2,66	,072
17	89,72 (10,47)	92,17 (8,55)	93,18 (6,96)	,72	,49
22	42,3 (28,89)	49,72 (30,31)	37,88 (24,81)	,88	,414
27	89,09 (14,01)	90,33 (11,92)	90,8 (9,55)	1,05	,351
Emocional					
3	56,78 (29,25)	47,14 (29,61)	43,92 (23,19)	2,19	,114
8	53,74 (27,69)	46,53 (28,67)	39,95 (21,92)	2,92	,055
13	40,93 (31,28)	36,39 (29,3)	33,74 (23,48)	1,45	,236
18	39,78 (29,28)	35,62 (26,09)	30,11 (20,92)	1,19	,306
23	42,33 (31,66)	38,11 (31,13)	29,17 (23,33)	2,96	,053
28	24,87 (26,4)	22,39 (28,05)	22,21 (20,23)	8,29	,000
Familiar					
4	35,07 (31,62)	26,81 (27,02)	22,03 (21,04)	3,12	,045
9	90,7 (15,69)	92,41 (15,16)	93,61 (10,97)	13,18	,000
14	16,5 (27,06)	14,3 (24,38)	19,13 (28,2)	7,09	,001
19	93,11 (13,5)	93,21 (14,28)	94,97 (6,89)	16,34	,000
24	89,16 (17,27)	89,09 (19,05)	92,9 (7,28)	14,21	,000
29	93,52 (15,66)	94,3 (15,14)	96,11 (5,21)	10,59	,000
Físico					
5	89 (16,31)	92,25 (10,96)	92,37 (6,68)	4,02	,019
10	63,97 (30,95)	63,92 (31,42)	74,92 (20,87)	11,26	,000

15	84,67 (17,12)	88,63 (14,92)	91,26 (8,35)	5,44	,005
20	90,79 (10,3)	93,2 (8,37)	92,49 (10,22)	1,02	,362
25	74,93 (25,1)	74,32 (27,11)	80,23 (16,37)	12,07	,000
30	85,94 (13,54)	90,05 (12,61)	90,7 (7,28)	7,23	,001

En la tabla N° 33 podemos observar que en el ANOVA pretest, post y seguimiento hay diferencias significativas entre los grupos experimentales y el grupo control en el factor académico laboral en los ítems 6 ("Mis superiores [profesoras/es] me consideran un buen trabajador/a"), 11 ("Trabajo mucho en clase, [en el trabajo]"); 16 ("Mis superiores profesoras/es me estiman"), 21 ("Soy un buen trabajador/a [estudiante]"), y 26 ("Mis profesores/as [superiores] me consideran inteligente y trabajador/a"). En el factor social en el ítem 2 ("Consigo fácilmente amigos/as") aunque el ítem 12 ("Es difícil para mí hacer amigos") se acerca a la significatividad. En el factor emocional hay diferencias significativas en el ítem 28 ("Me siento nervioso") y se acercan a la significatividad los ítems 8 ("Muchas cosas me ponen nervioso") y 23 ("Me pongo nervioso cuando me pregunta el profesor (superior)"). Mientras que en el factor físico hay diferencias en todos los casos, 5 (p ,019 - Me cuido físicamente), 10 (p ,000 - Me buscan para realizar actividades deportivas), 15 (p ,005 - Me considero elegante), 25 (p ,000 - Soy bueno/a haciendo deporte) y 30 (p ,001 - Soy una persona atractiva) excepto en el ítem 20 ("Me gusta cómo soy físicamente"). Como se puede observar en la Tabla n° 33 algunos ítems como el 17 (Soy un chico/a alegre) podríamos indicar que los talleres no influyeron tanto en su modo de sentir o que como en otras preguntas se confundieron en la respuesta.

Respecto de los análisis de Medidas Repetidas considerando los factores por separado observamos lo siguiente:

Factor académico laboral:

Para el primer factor, académico laboral, encontramos que la probabilidad se acercaba a la significatividad ($F= 2,77_{(1-2)}$, $p= ,065$). Este primer factor se refiere a la percepción que el sujeto tiene de la calidad del desempeño de su rol, como estudiante y como trabajador. La dimensión gira en torno a dos ejes: el primero se refiere al sentimiento que el sujeto tiene del desempeño de su rol a través de sus profesores o superiores y, el segundo, se refiere a cualidades específicas valoradas especialmente en este contexto (Tabla n° 20).

Tabla N° 34: Medias según grupo para el factor académico laboral.

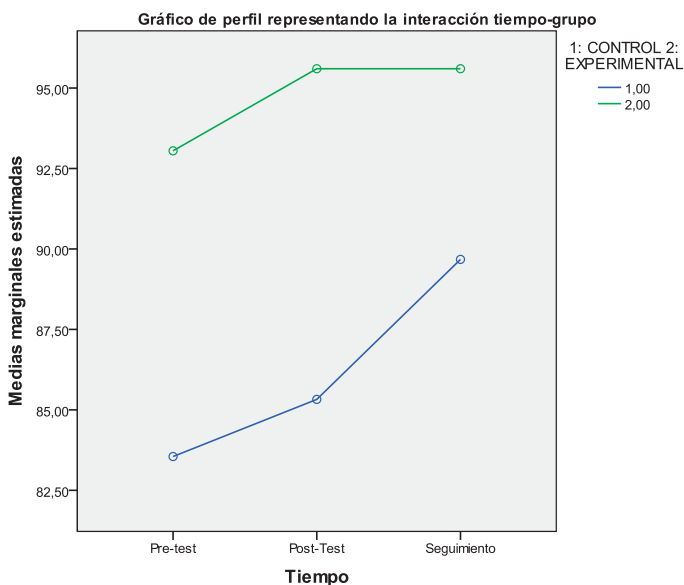
Grupo	Pre	Post	Seg.
Control	83,55 (23,31)	85,32 (19,40)	89,67(14,63)
Experimental	93,05 (7,98)	95,60 (6,53)	95,60 (4.86)

Media (Desviación típica)

En los estadísticos descriptivos se aprecia una mayor puntuación en el grupo donde se aplicaron los talleres, y además éste tiene una dispersión menor. En contrastes multivariados, los estadísticos señalan que el efecto del factor tiempo es estadísticamente significativo ($F= 7,495_{(2-117)}$, $p<,001$). La interacción entre el factor tiempo y grupo se halla muy cerca de la frontera de aceptación pero al nivel 0.05 debemos aceptar su hipótesis ($F= 2,899_{(2-236)}$, $p=.59$). En las pruebas de efectos intra-sujetos la información relativa al factor tiempo es consistente con la obtenida en los contrastes multivariados ($F= 9,679_{(2-117)}$, $p<,0001$).

Respecto a los factores intersujetos, el factor centro es estadísticamente significativo ($F=16,392_{(1-118)}$, $p<,0001$), luego el factor grupo es relevante en el estudio (Gráfico n° 9).

Gráfico N° 9: Resultados del ANOVA de Medidas Repetidas para el factor académico laboral.



En el gráfico No 9 se observan los distintos comportamientos de ambos grupos. El grupo en el que se aplicaron los talleres mejoró su puntuación en el post-test y con el tiempo se mantuvo constante, no disminuyó pese a que habían pasado cuatro meses desde la aplicación de los talleres. Sin embargo, en el grupo control las puntuaciones mejoraron drásticamente a lo largo del tiempo contrariamente a lo esperado.

Factor social:

En el factor social observamos diferencias cercanas a la significatividad según grupo ($F= 2,54_{(2-117)}$, $p=,083$). Este factor se refiere a la percepción que tiene el sujeto de su desempeño en las relaciones sociales. Dos ejes definen esta dimensión: el primero hace referencia a la red social del sujeto y a su facilidad o dificultad para mantenerla y ampliarla; el segundo eje, se refiere a algunas cualidades importantes de las relaciones interpersonales. En la tabla siguiente se observan los resultados del ANOVA de Medidas Repetidas para el factor social (Tabla nº 21).

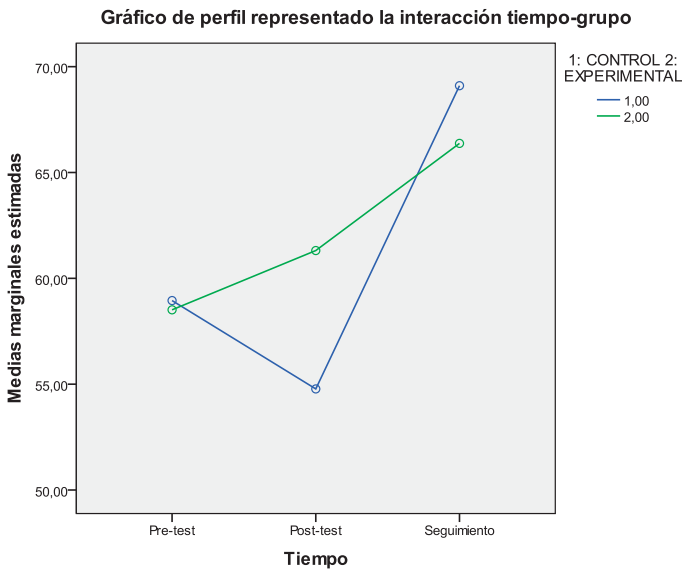
Tabla Nº 35: Medias según grupo para el factor social.

Grupo	Pre	Post	Seg.
Control	58,95 (27,46)	54,78 (23,24)	69,1 (23,97)
Experimental	58,51 (26, 3)	61,31 (24,99)	66,38 (22,07)

Media (Desviación típica)

En estadísticos descriptivos se aprecian unas medias muy similares así como la dispersión. En los contrastes multivariados los estadísticos señalan que el efecto del factor tiempo es estadísticamente significativo ($F= 14,538_{(2-116)}$, $p<,0001$). En las pruebas de efectos intra-sujetos dan información de los estadísticos univariados. La información relativa al factor tiempo es consistente con la obtenida en los contrastes multivariados ($F= 1,493_{(2-234)}$, $p<,0001$). Respecto a los factores intersujetos, el factor centro no es estadísticamente significativo. El factor grupo no es relevante en el estudio.

Gráfico N° 10: Resultados del ANOVA de Medidas Repetidas para el factor social.



En el gráfico N° 10 se observa un comportamiento muy distinto en los dos grupos: en el experimental se aprecia una evolución ascendente en todo el proceso; sin embargo, el grupo control en la primera etapa desciende para en la segunda etapa ir creciendo llamativamente por encima del grupo experimental, cuando los dos grupos partían de una situación inicial similar.

Factor emocional:

Respecto al factor emocional, encontramos diferencias claramente significativas según grupo ($F= 5,19_{(2-117)}$, $p=,007$). Este factor hace referencia a la percepción del sujeto de su estado emocional y de sus respuestas a situaciones específicas, con un cierto grado de compromiso e implicación en su vida cotidiana. Este factor tiene dos fuentes de significado: la primera hace referencia a la percepción general de su estado emocional y la segunda hace referencia a situaciones más específicas.

Tabla No 36: Medias según grupo para el factor emocional.

Grupo	Pre	Post	Seg.
Control	44,2 (32,32)	57,78 (35,96)	68,38 (24,56)
Experimental	63,61 (26,26)	68,68 (27,25)	72,39 (23,36)

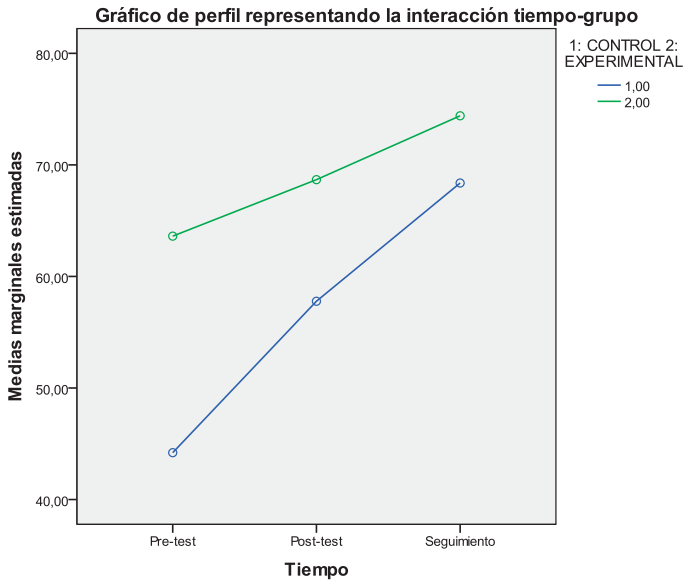
Media (Desviación típica)

En estadísticos descriptivos se aprecia una mayor puntuación en el grupo donde se aplicaron los talleres, la dispersión es similar en ambos grupos. En contrastes multivariados, los estadísticos señalan que el efecto del factor tiempo es estadísticamente significativo ($F= 32,674,19_{(2-117)}, p<,0001$). La interacción entre el factor tiempo y grupo también lo es ($F= 5,186_{(2-117)}, p<,01$), luego es significativa.

En las pruebas de efectos intra-sujetos la información relativa al factor tiempo es consistente con la obtenida en los contrastes multivariados. En ambos tenemos significación menor de 0.05 ($F= 35,323_{(2-236)}, p<,0001$; $F= 5,299_{(2-236)}, p<,01$).

Respecto a los factores intersujetos, el factor centro es estadísticamente significativo ($F= 6,479_{(1-118)}, p<,05$), luego el factor grupo es relevante en el estudio. A continuación presentamos el gráfico n° 11 donde observamos los resultados referidos al factor emocional.

Gráfico N° 11: Resultados del ANOVA de Medidas Repetidas para el factor emocional.



En el gráfico se observa una evolución ascendente en ambos grupos, con la salvedad de que en grupo control es mucho más drástica, aunque las puntuaciones sean menores. Analizando este gráfico en la evolución ascendente en los grupos incluyendo el grupo con-

trol (el cual no lo esperábamos) no nos queda otra alternativa que reconocer el sesgo inesperado en el seguimiento.

Factor familia:

Respecto al factor Familia, observamos que las diferencias se acercan a la significatividad ($F= 3,16_{(2-117)}$, $p=,046$). Este factor se refiere a la percepción que tiene el sujeto de su implicación, participación e integración en el medio familiar. Tiene dos ejes: el primero se refiere específicamente a los padres en dos dominios importantes de las relaciones familiares como son la confianza y el afecto. El segundo eje hace referencia a la familia y el hogar con cuatro variables.

Tabla N° 37: Medias según grupo para el factor familia.

Grupo	Pre	Post	Seg.
Control	49,95 (31,24)	57,35 (31,41)	63,05 (24,29)
Experimental	66,94 (19,43)	74,5 (18,62)	71,38 (19,27)

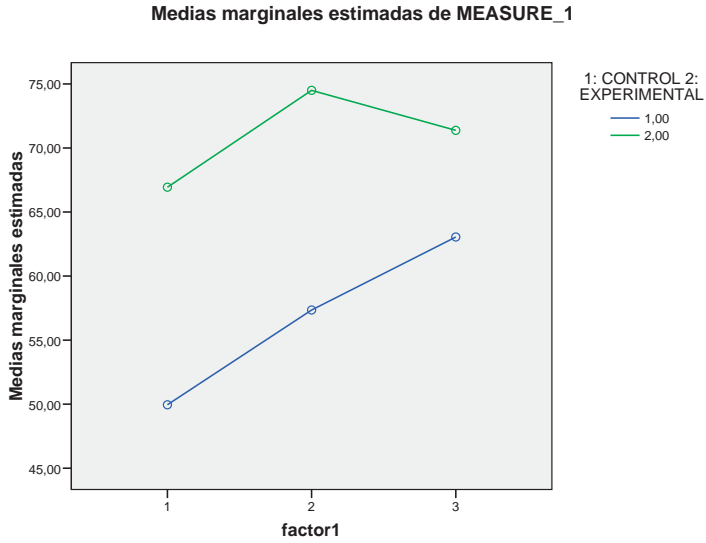
Media (Desviación típica)

En estadísticos descriptivos se aprecia una mayor puntuación en el grupo donde se aplicaron los talleres, la dispersión es mayor en el grupo de control. Los contrastes multivariados señalan que el efecto del factor tiempo es estadísticamente significativo ($F= 14,181_{(2-117)}$, $p<,0001$). La interacción entre el factor tiempo y grupo también lo es ($F= 3,155_{(2-117)}$, $p<,05$), luego es significativa.

Las pruebas de efectos intra-sujetos dan información de los estadísticos univariados. La información relativa al factor tiempo es consistente con la obtenida en los contrastes multivariados. En ambos tenemos significación menor de 0.05 ($F= 13,128_{(2-236)}$, $p<,0001$; $F= 3,732_{(2-236)}$, $p<,05$).

Respecto a los factores intersujetos, el factor centro es estadísticamente significativo ($F= 13,217_{(1-118)}$, $p<,0001$), luego el factor grupo es relevante en el estudio.

Gráfico N° 12: Resultados del ANOVA de Medidas Repetidas para el factor familia.



A continuación se muestra el gráfico que presenta las diferencias entre los grupos en cada momento del pase de los cuestionarios (pre, post y seguimiento) (Gráfico n° 12).

Factor físico:

Por último, en el factor físico encontramos diferencias claramente significativas ($F= 13,12_{(2-117)}$, $p=,000$). Este factor hace referencia a la percepción que tiene el sujeto de su aspecto físico y de su condición física. El factor gira en torno a dos ejes. El primero alude a la práctica deportiva en su vertiente social. El segundo eje hace referencia al aspecto físico.

Tabla N° 38: Medias según grupo para el factor físico.

Grupo	Pre	Post	Seg.
Control	76,63 (26,42)	78,55 (22,72)	91,18 (12,21)
Experimental	91,1 (9,93)	93,71 (8,26)	94,5 (6,27)

Media (Desviación típica)

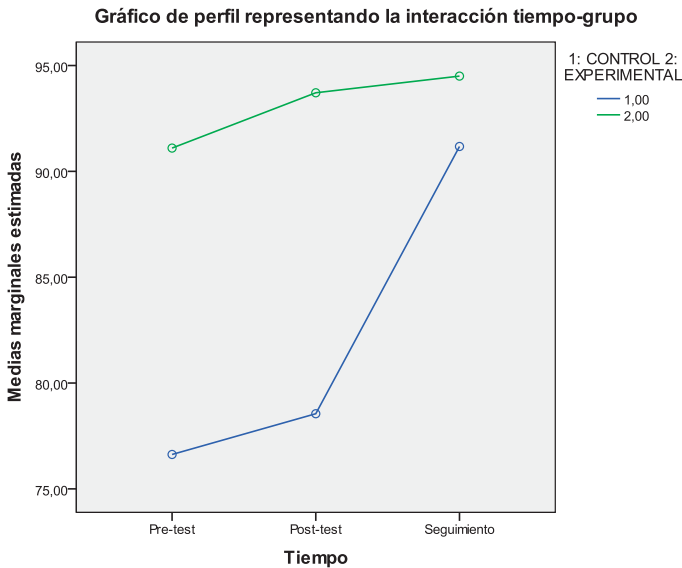
En estadísticos descriptivos se aprecia una mayor puntuación en el grupo donde se aplicaron los talleres. Por su parte, la dispersión es mayor en el grupo de control.

En contrastes multivariados, los estadísticos señalan que el efecto del factor tiempo es estadísticamente significativo ($F= 23,379_{(2-117)}$, $p<,0001$). La interacción entre el factor tiempo y grupo también lo es ($F= 13,123_{(2-117)}$, $p<,0001$), luego es significativa.

En las pruebas de efectos intra-sujetos dan información de los estadísticos univariados. La información relativa al factor tiempo es consistente con la obtenida en los contrastes multivariados ($F= 30,419_{(2-236)}$, $p<,0001$; $F15,418_{(2-236)}$, $p<,0001$).

Respecto a los factores intersujetos, el factor centro es estadísticamente significativo ($F= 22,159_{(1-118)}$, $p<,0001$), luego el factor grupo es relevante en el estudio.

Gráfico N°13: Resultados del ANOVA de Medidas Repetidas para el factor físico.



En el gráfico N° 13 se observa una evolución ascendente en ambos grupos. Aunque esta evolución no se produce con la misma intensidad en el grupo control, en la segunda etapa de observa un crecimiento más llamativo que en el experimental.

CAPÍTULO IX: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

9.1. DISCUSIÓN.

Para interpretar los resultados de este estudio necesitamos remontarnos a un municipio de la Provincia de Salcedo en la República Dominicana de nombre Villa Tapia (ver anexo nº 15). De esta manera podremos entender mejor las características de los sujetos participantes de este estudio. Analizando las variables socio demográficas obtenidas del Cuestionario Ingesta del Alcohol en la Adolescencia, instrumento utilizado con nuestros sujetos en esta Tesis, hemos observado que casi todos los sujetos de nuestra muestra tienen dos o más hermanos, incluso lo más frecuente es tener 4 o más de 4 hermanos. Además, observamos que provienen de familias de bajo nivel cultural, donde en estudios del padre el mayor porcentaje se encuentra en niveles primarios e inferiores a los primarios, un 48,3%, casi la mitad de la muestra. Por otra parte, suelen ser familias donde los padres tienen trabajos temporales, lo cual, generalmente puede implicar menos tiempo cualitativo para dedicárselo a sus hijos, menor comunicación padres-hijos, falta de supervisión parental, por la preocupación que esta situación conlleva, de igual manera puede influir en la estimulación cognitiva que se les ofrezca. Todo ello puede contribuir al uso temprano del abuso del alcohol y sus riesgos y a un bajo autoconcepto, tal y como se observa en nuestros resultados. Consecuentemente, en muchos casos esta situación puede llegar a afectar negativamente a las familias y en muchos casos éstas se convierten en familias disfuncionales.

Por ello aplicamos los talleres de prevención del alcoholismo pretendiendo aportar, en la medida de lo posible, las herramientas necesarias para fortalecer las actitudes hacia el alcohol de estos chicos/as pertenecientes a estos Liceos del Distrito 07 de Villa Tapia. Nuestro primer paso fue asegurarnos que la muestra era homogénea en edad y sexo a pesar de la disparidad de edades que se observan en un mismo nivel académico. Comprobada la homogeneidad, el siguiente paso fue el comprobar si los talleres habían surtido efecto de algún modo en los sujetos de la muestra. En este sentido, encontramos que la implementación de los talleres para prevenir el alcoholismo alcanzó los objetivos planteados en primer lugar en lo referido al cuestionario de alcoholismo. De este modo,

encontramos que las puntuaciones del pre-test son similares en los tres centros en dicho cuestionario mientras que en el post-test se observa una mejora clara en los grupos experimentales pero no en el grupo control, que no habían recibido los talleres. Esto implica una incidencia clara de los talleres en los grupos en los que se intervino, ya que los grupos experimentales mejoran considerablemente. Esto se observó tanto en los casos en los que distribuimos los análisis en los tres centros por separado, como en los casos en los que comparamos el grupo experimental y el grupo control. Es más, en los casos en los que aplicamos pruebas Post Hoc las diferencias eran claramente significativas entre cualquiera de los dos centros experimentales y el centro control, pero no entre los dos centros experimentales. De hecho, en los gráficos se observan perfiles similares entre los centros experimentales y una tendencia bien diferenciada respecto al grupo control. Observamos, asimismo, que los resultados se mantuvieron a lo largo del tiempo pese a que no hubo ninguna sesión posterior a la semana de aplicación de los talleres. Observamos cierto descenso en los resultados pero en ningún caso dicho descenso se acerca al punto inicial, lo cual nos indica que los efectos de los talleres no disminuyen rápidamente y nos anima a plantearnos, eso sí, la posibilidad de aplicar algunos talleres de recuerdo cada cierto intervalo de tiempo.

Así, en nuestro estudio encontramos que las puntuaciones del pre-test son similares en los tres centros en el cuestionario de alcoholismo mientras que en el post-test mejora en los grupos experimentales y no en el grupo control. Aunque comiencen más o menos igual, mejoran considerablemente los grupos experimentales. Eso implica una incidencia clara de los talleres en los grupos en los que se intervino, incluso en el seguimiento donde suelen disminuir claramente los resultados de la intervención ya que es a largo plazo. Aunque, esto no se da tanto cuando se analiza el cuestionario de autoconcepto. Este grupo control no recibió intervención (a través de los talleres) de manera que la probabilidad era que se obtuviera este resultado. En cambio, en el resultado del cuestionario de autoconcepto en el seguimiento (no es un test longitudinal), este grupo control obtuvo un resultado mayor que los demás grupos. Como hemos indicado a través de los resultados nos cuestionamos si esto se debió a un reto de parte de este grupo control para demostrarnos que aunque no se les ofrecieron los talleres ellos podían sacar mejor resultados que los grupos experimentales. ¿Qué méto-

dos usaron para lograr estos resultados? Esta pregunta queda en nuestras mentes sin respuesta, ya que no contamos con pruebas fidedignas que nos aclaren esta incógnita.

De este modo, en general, observamos cómo a partir de nuestros talleres los sujetos contestaron de forma diferente y más adecuada respecto al grupo control a ítems como: 1. Beber poco nunca hace daño; 2. Bebiendo poco nunca te habitúas; 3. Beber es malo para estudiar; 4. El alcohol hace daño al organismo; 5. Estimula para divertirse; 6. Produce daños cerebrales; 7. Es perjudicial en los jóvenes, ó 8. No es aconsejable nunca.

Estos resultados se corroboraron igualmente teniendo en cuenta la edad y el sexo de los sujetos, aunque observamos diferencias dependiendo de los ítems del cuestionario. Así, respecto al sexo, observamos que los talleres influyeron positivamente de forma significativamente diferentes en los chicos en los ítems 4. El alcohol hace daño al organismo, 6. Produce daños cerebrales y 7. Es perjudicial en los jóvenes. De este modo, mientras en el pre-test se observaban diferencias significativas según sexo en dichos ítems, estas diferencias disminuyeron hasta no ser significativas en el post-test y el seguimiento en dichos ítems.

Respecto a las diferencias de género en nuestros resultados, como señalan Johnston, O'Malley y Bachman (2003), Robins y Martin (1993) y Thomas (1996) diversos estudios han encontrado que el consumo de alcohol en los varones es más frecuente y en mayor cantidad que en el grupo femenino. Por su parte, observamos en el Liceo Salomé Ureña identidad de grupos. El grupo de las chicas tenían nombres como "Mariposas", "Madona", entre otros, en cambio en el grupo de los varones se hacían llamar con nombres más masculinos como modelos de atletas del boxeo, como "Rambo", etc. Observamos que la adquisición de esos nombres era única y exclusivamente como una manera de identificarse con el grupo dentro de su entorno escolar. Esto contrasta con lo encontrado por Brown (2004) cuando indica que muchos estudios demuestran que no es hasta el comienzo de la adolescencia que los individuos empiezan a desarrollar este tipo de conducta en sus grupos y forman mini culturas con sus estilos de vestir y de comportarse. Steinberg (2005) cree que estos cambios y maneras de comportarse dentro de los grupos se origina en lo biológico, cognitivo y en la transición social de la adolescencia. Cuando conversamos con los chicos en las tres escuelas respecto a qué tipo de actividades escolares y fuera

de su ámbito escolar ellos compartían encontramos que fuera de su recinto escolar su vida era muy común a las de otros jóvenes de su edad. Por ejemplo, bailar en las discotecas, tomar diferentes tipos de bebidas alcohólicas (de acuerdo al gusto y a su alcance económico) y asistir a otros eventos sociales muy parecidos a los indicados por las chicas. Además, nos informaron que entre ellos no había nada así como pandillas ni reuniones especiales secretas. El grupo femenino se limitaba a lo que su ámbito social les ofrecía que era visitarse en las casas de las amigas, ir al río a bañarse, asistir a los cumpleaños y fiestas de lugar, comunicarse a través de texto en los teléfonos y por el internet (los pocos estudiantes que tenían éstos), visitar a la iglesia de su comunidad, a sus familiares y compartir otras actividades como bailar, etc. Sin embargo, pudimos observar que algunos estudiantes del grupo de los chicos tenían más libertad que el grupo de las chicas para ir de fiestas hasta altas horas de noche, así como salir de parranda sin permiso de los padres y tomar bebidas alcohólicas.

Para interpretar esta conducta en los chicos podemos asociarlo con la teoría de Bronfenbrenner (1979), quien indica que las personas son el producto de su interacción en su medio ambiente compuesto de su familia, comunidad, cultura y estructura social. Corroborando con este autor, esta cultura de ofrecer más libertad a los chicos es muy común en la República Dominicana y más aún en las áreas rurales y de pocos habitantes como eran nuestros sujetos participantes de este estudio.

Por su parte, respecto a la edad, pese a la gran disparidad de edades, no observamos incidencia diferenciadora de los talleres en ningún caso excepto en el ítem 3 en el pre-test y el ítem 6 en el post-test. En el seguimiento no hay diferencias. El ítem 3 pregunta sobre si beber afecta al estudio y se observa una gran variabilidad en las respuestas que posteriormente en el post-test se difumina, alcanzando los diferentes grupos de edad puntuaciones significativamente más elevadas que en el pre-test. Por otro lado, el ítem 6 se refiere a si el alcohol produce daños cerebrales. Se observa una progresión ascendente según se avanza en edad, de forma que parece que la concienciación sobre los daños que puede provocar el alcohol aumenta dependiendo de la edad.

Esta variante de la edad generalmente sucede en la República Dominicana (R.D.) debido a muchos factores. El primer factor es socio-económico. Nuestros participantes eran estudiantes de es-

cuelas públicas. Por lo regular, en R.D. los padres que envían sus hijos a estas escuelas son los padres que no pueden pagar un colegio privado. Es muy raro encontrar estudiantes en estas escuelas pertenecientes a clase media. Encontramos similitud demográfica en nuestro estudio comparado con el estudio llevado a cabo con adolescentes en Brasil por Martínez y García (2007). De acuerdo con estos autores, en Brasil la asistencia de los adolescentes a la escuela privada o pública es un parámetro para determinar el extracto social y económico del cual provienen.

Otro factor pudo haber sido la repetición de grados. Si él o la estudiante no pasa las pruebas nacionales tiene que repetir el año hasta obtener el grado requerido. Ha habido casos de estudiantes que han repetido un grado varias veces. Debido a que algunos de estos estudiantes tienen que trabajar, esto les impide prepararse adecuadamente. En este mismo orden, casi todas las aulas en R.D. de las escuelas y liceos públicos están repletas de alumnos/as y las condiciones climáticas son agobiantes. En R.D. casi nunca hay luz eléctrica a nivel nacional. Esto indica que el grado tan alto en las temperaturas puede afectar la cognición para retener las explicaciones de los maestros. En otro caso, la pobreza. En este estudio encontramos algunos de los sujetos sin lápices, especialmente en el Liceo Jaime Molina Mota. Lo notamos cuando se pasaban éstos (los lápices) prestados de un alumno a otro. A pesar que les ofrecimos éstos a cada uno de los alumnos antes de comenzar a llenar los cuestionarios.

Un resultado interesante en este estudio fue que a menor número de hermanos se obtuvieron mejores resultados de los talleres. Si nos centramos en el autoconcepto, teniendo en cuenta el análisis demográfico, podemos tomar en consideración la repercusión que puede ejercer el tener varios hermanos para una buena parte de la muestra y el provenir de un extracto social pobre. De manera que puede resultar más difícil para una persona ser atendido en casa y, por tanto, forjarse un autoconcepto bien elaborado y positivo si tiene muchos hermanos o los padres tienen que trabajar en diferentes y pesadas tareas y estar mucho tiempo fuera de casa. Esto podría ser uno de los factores que han influido en el resultado encontrado en el seguimiento.

Analizando el cuestionario de autoconcepto, en el grupo control encontramos una diferencia significativa en comparación con los grupos experimentales. Cuando elaboramos las hipótesis de este

estudio, claramente indicamos: "Se esperan diferencias significativas en los resultados de los cuestionarios con los estudiantes que hicieron los talleres de prevención del alcoholismo y el grupo control, que no recibió los talleres, entre el pre-test, el post-test y el seguimiento". Sin embargo, los resultados indicaron lo contrario a lo propuesto en nuestra hipótesis. No contamos con una explicación concisa para determinar el resultado del grupo control en el momento del seguimiento del autoconcepto. No obstante, la mejora en el seguimiento en alguno de los factores del autoconcepto como el factor laboral, factor familia o físico en el grupo control, o el social y emocional en ambos grupos, experimental y control, puede ser una manifestación de la relevancia de los talleres a largo plazo, ya que las características sociodemográficas de la muestra pueden propiciar que cualquier intervención pueda tener mayor incidencia que en otros grupos donde las deficiencias son menores. Así, en el grupo control el efecto rebote parece ser incluso mayor, porque en autoconcepto partían de resultados mucho más bajos.

Los resultados encontrados en la fase de seguimiento nos llaman la atención, ya que se esperaría el mantenimiento de los cambios obtenidos en el post-test o cierto decrecimiento en el grupo experimental. No obstante, observamos cambios significativos en el grupo control. Es difícil explicar estos resultados en este grupo en el Cuestionario de Autoconcepto. Debido a estos resultados procedimos a conversar con algunos de los maestros y la Directora del Liceo Hermanas Mirabal para manifestarles las gracias por su colaboración a la vez para conocer las opiniones de los estudiantes al no recibir los talleres como las otras escuelas. Para nuestra sorpresa, nos enteramos que hubo interacción entre muchos de los estudiantes durante los fines de semana y actividades comunales. No podemos determinar con exactitud si además de interactuar de manera amistosa y de iguales hubo también intercambios de conocimientos adquiridos y material ofrecidos durante los talleres por partes de los grupos intervenidos hacia los no intervenidos (grupo control). Analizando esta situación, nos acordamos que cuando les presentamos a los estudiantes participantes de este estudio por segunda vez los cuestionarios (post test) muchos de ellos nos preguntaban por qué a ellos no se les ofrecían los talleres que estábamos ofreciendo en las otras dos escuelas. Para muchos de ellos se les hacía difícil entender por qué a ellos no se les ofrecían los talleres igual que a los otros grupos. Según sus palabras textuales decían:

"lo que se les oferta a cualquier liceo de Villa Tapia a nosotros nos lo ofrecen también". Pudimos comprobar que entre muchos de los estudiantes de este grupo control se había desarrollado algún tipo de sentimientos mixtos. Ante esta situación, creímos conveniente darle una explicación convincente para que ellos no se sintieran marginados. Les explicamos que en algunos estudios se escogen los grupos de la manera que lo hicimos nosotros para ver cómo resultan los datos después de analizarlos con los participantes que no son intervenidos. Les presentamos ejemplos, de deportistas cuando algunos de éstos reciben un entrenamiento mayor que otros grupos que no lo reciben, las probabilidades de sacar un "rating" más alto son mayores. Tal vez este ejemplo entre otros, contribuyó a crearle un reto a este grupo de estudiantes control para demostrarnos que, aunque ellos no recibieron, talleres, nos probarían que obtendrían un mejor resultado en las pruebas finales.

Por otra parte, si analizamos los resultados encontrados respecto al autoconcepto según factores observamos que en el factor académico laboral se muestran diferencias significativas en los ítems 6 (Mis superiores [profesoras/es] me consideran un buen trabajador/a), 11 (Trabajo mucho en clase (en el trabajo), 16 Mis superiores profesoras/es me estiman), 21 Soy un buen trabajador/a (estudiante) y 26 (Mis profesores/as (superiores) me consideran inteligente y trabajador/a), observándose una mejora en el post-test que en ocasiones se mantiene y en ocasiones incluso aumenta en el seguimiento, probablemente por las características específicas de la muestra que hace que pueda ser más relevante e impactante cualquier intervención. En este factor concretamente, el estudiante puede haber sido más consciente de lo importantes que son para sus profesores ya que han propiciado que se impartieran los talleres sobre alcoholismo.

Por su parte, en el factor social las mejoras han sido claras donde se observa una mejora en el ítem sobre la facilidad de hacer amigos y un lógico empeoramiento a lo largo de los momentos de evaluación en el ítem sobre la dificultad para hacer nuevas amistades.

En el factor emocional sólo los ítems relacionados con la ansiedad muestran una progresión descendente a lo largo del pre, post y seguimiento. En el resto, más relacionados con el miedo, no se observan diferencias significativas. De acuerdo con García y Musitu (2001), este factor tiene dos fuentes de significado: el primero se refiere a la percepción general (soy nervioso, me

asusto con facilidad, etc.) y la segunda fuente está relacionada con situaciones más específicas como el ejemplo de la pregunta (cuando me preguntan, me hablan) en este caso está asociada con personas de una posición superior como los profesores, directores, etc.

Por su parte, en el factor familiar referido a las relaciones familiares parece que mejoran las relaciones positivas y disminuyen las negativas principalmente en el post-test. Parece que los talleres contribuyeron a mejorar las relaciones padres-hijos. Cuando tocamos este tema tuvimos muy en cuenta de explicarles a los estudiantes que hay muchos tipos de familias compuestas por abuelos-hijos, tías-hijos, etc. Esta situación fue observada en algunos participantes que vivían con este tipo de familias. De esta manera, los estudiantes comprendieron que un hogar no se compone únicamente del modelo tradicional padre-madre e hijos. A través de sus respuestas pudimos darnos cuenta que algunos de ellos no lo entendían así. Después de nuestra explicación esta parte quedó bastante clara y comprendida.

En el factor físico parece que la incidencia de los talleres ha sido mayor en los aspectos referidos a la concienciación sobre el cuidado físico más que en la percepción de la propia apariencia física. Para la cultura dominicana, tener buenos músculos desarrollados (en los chicos) practicar deportes y la nueva moda de imitar la "metro sexualidad" (que consiste en sacarse las cejas, usos de aretes, estilos de peinados femeninos, etc.) y en las chicas hablar de las "dietas" que muchas veces no se llevan a cabo, esto es parte de su nuevo estilo de vida.

9.2. CONCLUSIONES:

PROSPECTIVA DE FUTURO:

Nuestro objetivo es elaborar un instrumento de evaluación del alcoholismo que cubra las expectativas de una investigación de estas características, de modo que sea posible ver los efectos de los talleres.

Por otro lado, tal y como comentamos en la justificación, después de haber trabajado con los estudiantes de Villa Tapia en nuestra primera implementación de estos talleres para la presentación de nuestra primera Investigación, impartimos éstos a todos los Directores de Escuelas del Distrito 07. Durante nuestra última implemen-

tación de éstos para el trabajo de esta tesis tuvimos la oportunidad de conversar con la Directora del Distrito 07 (ella también participó en los talleres de los Directores de escuelas) y nos informó muy satisfecha que la mayoría de los Directores de las escuelas del Distrito 07 estaban ofreciendo estos talleres a los maestros bajo su supervisión (usando el material ofrecidos por nosotros) durante los días del año escolar dedicados a educación continúa, mandatorio por el Ministerio de Educación de la República Dominicana.

A pesar de las muchas limitaciones propias de un país en vía de desarrollo como es la República Dominicana, estos talleres se están impartiendo por algunos de los miembros activos de nuestra Fundación Para Prevenir el Alcoholismo y otras Adicciones (FUPRECA) de forma continua en las diferentes comunidades que pertenecen a Villa Tapia. Son muchas las escuelas, iglesias y agencias comunales que nos han solicitado a través de FUPRECA que ofrezcamos estos talleres en sus respectivas localidades. Esperamos que en un futuro no muy lejano estos talleres sean parte del currículo escolar en la República Dominicana, los cuales puedan ser adaptados a todos los niveles y ofrecidos al público en general. Es importante indicar, además, que bajo la supervisión y colaboración de la autora de esta tesis, algunos miembros pertenecientes a la Directiva de FUPRECA están elaborando un Manual para prevenir el alcoholismo, el cual se encuentra en su fase final. Esperamos que la próxima investigación comparativa con estos resultados pueda ser llevada a cabo por nuestra Fundación FUPRECA.

LIMITACIONES:

En este estudio encontramos edades muy dispares en un mismo nivel educativo (en nuestro caso el 4º teórico). Como explicamos anteriormente, había estudiantes desde los 14 años hasta los 22. Creemos que esta diferencia entre las edades podría influir en los resultados encontrados. Así, consideramos que la diferencia de edad en nuestro grupo fue un factor que indiscutiblemente afectó los resultados de este estudio. De igual modo la diferencias en el género.

Por otro lado, es posible que las interacciones entre el grupo experimental y el grupo control durante los días festivos permitieran algún intercambio de información ofrecida al grupo experimental y esto contribuyó a que este grupo control asimilara estas informaciones de manera significativa, especialmente cuando se les ofreció

el cuestionario de autoconcepto AF5 en el período de seguimiento.

Creemos que otra variable que intervino en la aplicación de los talleres fue el tiempo. Debido al calendario escolar que este Distrito 07 tenía que cumplir con exámenes y otras actividades, ofrecimos los talleres en una semana. Para futuras implementaciones de estos talleres, creemos que es recomendable ofrecerlos con más horas de clases (por lo menos ocho ó diez horas) que las que usamos nosotros en este estudio. Además, se debe considerar el calendario escolar para que no haya interferencias ni conflicto que afecte los resultados de los mismos.

Aunque estos estudiantes indiquen en sus respuestas del Cuestionario de Alcoholismo que sus padres son empresarios, pudimos constatar a través de nuestra comunicación con ellos que entendían por este concepto de la palabra "empresario" a los padres que trabajaban independientes como vendedores ambulantes, carpinteros, pintores etc. En un país industrializado estos trabajos se pueden considerar dentro de la categoría de "empresarios". La República Dominicana no cuenta con los parámetros aceptables dentro de esta categoría, y menos en áreas rurales de donde procedían la mayoría de los participantes de este estudio. Generalmente, a los obreros en R.D. se les paga por debajo de lo indicado por la ley, de manera que esta pregunta fue considerada muy abierta y confusa para estos participantes. Del mismo modo, tuvieron dificultad para entender el ítem N° 5, ¿Cuál es la profesión de tu padre? con la respuesta N° 09 (parado) y el ítem N° 7 ¿Cuál es la profesión de tu madre? con la respuesta N° 9 (parada). En la República Dominicana la palabra parado o parada se entiende que la persona está de pies. Creemos que las discrepancias encontradas en las respuestas de estos ítems en los tests post y longitudinal fue producto de la confusión de los estudiantes.

Cuando iniciamos este estudio teníamos la esperanza de presentar los resultados lo más fiables posible sin sesgo que permitieran ninguna duda. No obstante, necesitamos estar de acuerdo con lo indicado por los investigadores Gall_a, Borg y Gall_b (2002) cuando aclaran que es importante tener en cuenta cuando se lleva a cabo un estudio investigativo, que las encuestas, entrevistas y otros métodos de recolectar información no están exentos de problemas. Ponen como ejemplo el caso de las respuestas de algunos individuos al coleccionar datos. Estos responden de acuerdo a lo que se espera de ellos. De igual manera, Polonsky y Waller (2011) indican

que en cualquiera metodología que usemos en una investigación, no estamos exentos de errores potenciales que puedan afectar la calidad de nuestra investigación. En este mismo orden estos autores creen que no importa cuán cuidadoso seamos, siempre habrá algún asunto que afectará los resultados. Lo más importante es ser objetivo en la evaluación del trabajo investigativo llevado a cabo, identificando las limitaciones, las cuales no se deben considerar como deficiencias en una investigación, sino, como una oportunidad para mejorar y considerarlas para trabajos futuros de investigación (Polonsky y Waller, 2011).

BIBLIOGRAFIA:

Ackerman, R. J. (1983). *Children of Alcoholics: A guidebook for Educators, Therapists, and Parents*. Holmes Beach, Florida: Learning Publication.

Ackerman, R. J. (1987). *Children of Alcoholics* (2nd Ed.). New York: Simon & Schuster.

Agrawal, A., Hinricchs, A.L., Dunn, G., Bertelsen, S., Dick, D. M., Saccone, S. F. et. al . (2008). Linkage scan for quantitative traits identifies new regions of interest for substance dependence in the Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism (COGA) sample. *Drug Alcohol Dependence*, 93: 12-20.

Agrawal, A. & Linskey, M.T. (2008). Are there genetic influences on addiction: evidence from family, adoption and twin studies. *Addiction*, 103, 1069-1081.

Ahmann, E. (2002). Promoting positive parenting: An annotated bibliography. *Pediatric Nursing*, 28(4), 382-385.

Ahmed, W. & Bruinsma, M. (2006). A structural model of self-concept, autonomous motivation and academic performance in cross-cultural perspective. *Journal of Research in Educational Psychology*, 10(4), 551-576.

Alfonso-Loeches, S., Pascual-Lucas, M., Blanco, A. M., Sanchez-Vera I. & Guerri, C. Pivotal Role of TLR4 Receptors in Alcohol-Induced Neuroinflammation and Brain Damage. *Neurobiology of Disease. The Journal of Neuroscience*, 30(24), 8225-8295.

Alford, K.M. (1998) Family roles, alcoholism, and family dysfunction. *Journal of Mental Health Counseling*, 20(3), 250-260.

Al-Halabí, S., Errasti, J.M., Fernández-Hermida, J.R., Carballo Crespo, J.L. Secades-Villa, R., Carballo, J.L. y García-Rodríguez, O. (2009). El Colegio y los factores de riesgo familiar en la asistencia a

programas de prevención familiar del consumo. *Revista Adicciones*, 21(1), 39-48.

Alonso-Fernández, F. (1992). *Alcohol dependencia Personalidad Alcohólica*. (3ª. Edición). Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, S.A.

Alvarez-Vega, B. (2005, Agosto 31). "Jóvenes y Alcohol". *Periódico Hoy*, p.14.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (3rd Ed.). Washington: DC.

American Psychological Association. (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association*. (6th Ed.). Washington, D.C.

American Psychological Association. (2001). *Publication Manual of the American Psychological Association*. (5th Ed.). Washington: D.C.

Anderson, S. A. Sabatelli, R. M. & Kosuti, I. (2007). Families, Urban Neighborhood Youth Centers, and Peers as Contexts for Development. *Family Relations*, 56(10), 346-357.

Apter, D. & Hermanson, E. (2002). Update on female pubertal development. *Current Opinions in Obstetrics and Gynecology*, 14: 475-481.

Archibald, A. B., Graber, J.A. & Brooks-Gunn, J. (2003). Pubertal Processes and Physiological Growth in Adolescence. In Adams, G.R. & Berzonsky, M.D. *Blackwell Handbook of Adolescence*. (pp. 24-47), Malden, MA : Blackwell Publishing. Ltd.

Ariza, . & Nebot, M. (2000). Factors associated with problematic alcohol consumption in schoolchildren. *Journal of Adolescent and*

Health, 27(6), 425-433.

Arnett, J.J. (2005). The developmental context of substance use in emerging adulthood. *Journal of Drug issues*, 35: 235-253.

Artieri, G. (1987). *El Efecto del Maltrato Físico y/o Sexual en el Auto-concepto de un grupo de Adolescentes Puertorriqueños Institucionalizados* (Disertación Doctoral no publicada). Centro Caribeño de Estudios Postgraduados.

Babor, T. F. & Caetano, R. (2006). Subtypes of substance dependence and abuse: Implications for diagnostic classification and empirical research. *Addiction*, 101(Suppl. 1), 104-110.

Babor, T.F. y Higgins-Biddle, J.C. (2001). *Screening and brief intervention: for alcohol problems in primary care*. Geneva: World Health Organization Department of Mental Health and Substance Dependence.

Baldwin, S. y Hoffman, J.F. (2002). The dynamics of self-esteem: A growth curve analysis. *Journal of Youth and Adolescence*. 31, 101-113.

Ballester Arnal, R. y Gil Llario, M.D. (2009). Consumo abusivo de alcohol en los fines de semana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(1), 25-35.

Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall.

Bandura, A. (2003). On the Psychosocial Impact and Mechanisms of Spiritual Modeling. *The International Journal For The Psychology of Religion*, 13: 167-173.

Bangert-Drowns, R.L. (1986). The effects of school-based substance abuse education-a meta analysis. *Journal of Drug Education*, 18(3), 242-260.

Baron, R. A. & Byrne, D. (2004). *Social Psychology* (10th Ed.). Boston, U.S.A.: Pearson Education, Inc.

Battaglia, E. (2006). The New Normal Healing from a Dysfunctional Family. Retrieved from [http://www.lifescrypt.com/Soul/Self/Growth/The New Normal Healing from a Dysfunctional Family.aspx?page=3&trans=1](http://www.lifescrypt.com/Soul/Self/Growth/The%20New%20Normal%20Healing%20from%20a%20Dysfunctional%20Family.aspx?page=3&trans=1).

Baumeister, R.F., Campbell, J.D., Kreuger, J.I. & Vohs, K.D. (2005). Exploring the Self - Esteem Myth. *Scientific American Mind*, 16, 50-57.

Baumeister, R.F. Campbell, J.D., Kreuger, J.I. & Vohs, K.D. (2003). Does high self esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), 1-44.

Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75, 43-88.

Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monographs*, 4(1-2).

Beattie, M. (1992). *Codependent No More: How To Stop Controlling Others And Start Caring for Yourself*. Minnesota: Hazelden Foundation.

Becoña Iglesias, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del psicólogo*, 77, 25-32.

Becoña Iglesias, E. y Calafat F. A. (2006). *Los jóvenes y el alcohol*. Madrid: Ediciones Pirámide Grupo Anaya, S.A.

Becoña Iglesias, E. (2007). Bases Psicológicas de prevención de consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 11-20.

Beltrán, J.A. (2001). *Educación familiar e intervención técnica*.

En Familia, juventud y nuestros mayores: la actitud proactiva. Fundación Caixa Galicia.

Bensen, P.L. (1997). *All Kids are our kids: What community must do to raise caring and responsible children and adolescents.* San Francisco: Jossey Bass.

Berger, K.S. (2000). *The Developing Person through Childhood and Adolescence* (5th ed.). New York: Worth Publishers.

Berger, K.S. (2004). *Psicología del Desarrollo Infancia y Adolescencia.* Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.

Berger, K. S (2006). *Psicología del Desarrollo Infancia y Adolescencia.* Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.

Berk, L.E. (2001). *Desarrollo del niño y del adolescente* (4ta. Edición). Madrid: Prentice Hall Iberia.

Berk, L.E. (2003). *Child Development* (6th Ed.). Boston: Person Education, Inc.

Berk, L.E. (2006). *Child Development* (7th Ed.). Boston: Person Education, Inc. (Seventh Edition).

Berndt, T.J. & Keefe, K. (1996). *Friends' influence on school adjustment: A motivational analysis.* New York: Cambridge University Press. En Broderick, P.C, y Blewitt, P. (2006). *The Life Span Human Development for Helping Professionals*, (second edition). Upper Saddle River: Pearson Merrill Prentice Hall.

Blachford, S. L. & Krapp, K. (2003). *Drugs and Controlled Substances: Information for Students.* Farmington Hill: The Gale Group, Inc.

Black, C. (2002). *Eso no me sucederá: Hijos adultos de alcohólicos.* México: Árbol Editorial, S.A. de C.V.

Black, C. (1986). *Children of alcoholics.* Conference on Children

of Alcoholics, Gestalt Institute for Training, Chicago.

Blum, R. (2004). The health of young people in a global context. *Journal Adolescent Health*, 35, 402-18.

Boivin, M., Vitaro, F. & Poulin, F. (2005). Peer relationships and the development of aggressive behavior in early childhood. In R.E. Tremblay (Ed.), *Developmental origins of aggression* (pp. 376-397). New York: Guilford.

Bolaños Gil, H., Falleiros de Mello, D., Carvalho Ferriani, M.D.G. y Iossi Silva, M.A. (2008). Opiniones de los adolescentes escolares sobre consumo de drogas: un estudio de caso en Lima, Perú. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 16No., spe Ribeirao Preto July/Aug. 2008.

Boyd, D. (2000). *Adicciones: Entenderlas y Superarlas*. Madrid: Artes Gráficas COFÁS, S.A.

Braitman, A. L., Kelley, M.L., Ladage, J., Schroeder, V. & Gumienny, L.A. (2009). Alcohol and Drug use among college student adult children of alcoholics. *Journal of alcohol & drug Education*, 53, 69-88.

Branden, N. (1994). *Six Pillars of Self Esteem*. New York: Bantam.

Bratter, T. E. & Forrest, G.G. (1985). *Alcoholism and Substance Abuse*. New York: The Free Press.

Bravo de Medina Hernández, R., Echeburúa Odriozola, E., Aizpiri Díaz, J. (2008). Trastornos de Personalidad y Dependencia de Alcohol. En *Adicciones*, XXXVI Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol. Valencia: Martín Impresores, S.L.

Broderick, P.C, & Blewitt, P. (2006). *The Life Span Human Development for Helping Professionals* (2nd Ed.). Upper Saddle River: Pearson Merrill Prentice Hall.

Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513-531.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development experiments by nature and design*. United States of America: Harvard University Press.

Brown, B. (2004). Adolescents' relationships with peers. In R. Lerner and L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology*. New York: Wiley.

Brown, B. B., & Klute, C. (2003). Friendships, cliques, and crowds. In G.R. Adams & M.D. Berzonsky (Eds.), *Blackwell handbook of adolescence* (pp. 330-345). Oxford, UK: Blackwell.

Bukstein, O. G. (2009) en "National Survey on Drug Use and Health" (NSDUH). Extraído de <http://www.samhsa.gov/SHIM>.

Burke, J., Chandy, J., Dannerbeck, A. & Wilson Watt, J. (1998). The parental environment cluster model of child neglect: An integrative conceptual model. *Child Welfare*, 77(4), 389-405.

Burton, L. (2007). Childhood adultification in economically disadvantaged families: A conceptual model. *Family Relations*, 56, 329-345.

Byrne, B. M. & Shavelson, R.J. (1996). On the structure of social self-concept for pre-early, and late adolescents: A test of the Shavelson, Hubner, and Stanton (1976) model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(3), 599-613.

Calafat, A., Amengual, M., Farrés, C. y Palmer, A. (1986). Tipología de los consumidores y de los no consumidores de alcohol, tabaco y/o drogas ilegales en enseñanza media. *Drogalcohol*, XI, 1, 3-15.

Campbell, D. y Graham, M. (1991). *Drogas y Alcohol. En el ámbito laboral*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Tres Tiempos S.R.L.

Canfield, J. (1990). Improving student's self-esteem. *Educational Leadership*, 48(1), 48-50.

Cardenal, V. y Fierro, A. (2003). Componentes y Correlatos del Autoconcepto en la escala de Piers-Harris. *Estudios de Psicología*, 24, 101-111.

Carroll, S. (1993). Spirituality and purpose in life in alcoholism recovery. *Journal of Studies on Alcohol*, 54(3), 297-301.

Castillo, A. (2008). Detención Precoz de la Dependencia de Alcohol e Intervenciones Breves en Atención Primaria. Experiencia en la República Dominicana. En coordinación con la Secretaría de estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Santo Domingo: SESPAS y la OPS.

Cava, M. J., Arango, C. M. y Musitu, G. (2001). Autoestima, Percepción de estrés y ánimo depresivo en grupos de riesgo. *Cuadernos de Trabajo Social*, 14, 17-28.

Cava, M. J. y Musitu, G. (2001). Autoestima y percepción del clima escolar en niños con problemas de integración social en el aula. *Revista de Psicología general y Aplicada*, 54(2), 297-311.

Cava, M.J., Murgui, S. y Musitu, G. (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema*, 20(3), 389-395.

CELADE/CEPAL Comisión Económica para América Latina (CEPAL). Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) www.cepal.org
Center on Alcohol Marketing and Youth. (2006). *Still growing after all these years: Youth exposure to alcohol advertising on television (2001-2005)*. Washington D.C: Center on Alcohol Marketing and Youth. www.camy.org.

Cerviño, C. (2004). Autoestima y Desarrollo Personal. Código 28057 Material usado en las cátedras del Programa de Doctorado: *Psicología de la Educación y Desarrollo Humano*, en la Universidad

Autónoma de Santo Domingo (UASD), Págs. (1-153).

Chabrol, H., Carlin, E., Michaud, C., Rey, A., Cassan, D., Juillot, M., Rousseau, A. & Callahan, S. (2004). A study of the Rosenberg self-esteem scale in a sample of high-school students. *Neuropsychiatrie del'Enfance et del'Adolescence*, 52(8), 533-536.

Chambers, R.A., Taylor, J.R. & Potenza, M. N. (2003). Development neurocircuitry of motivation in adolescence: A critical period of addition vulnerability. *American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1041-1052.

Chassin, L., Pitts, S. & Prost, J. (2002). Binge drinking trajectories from adolescence to emerging adulthood in a high-risk sample: Predictors and substance abuse outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 67-78.

Chen, S. X., Wu, W. C. H. & Bond, M. H. (2009). Linking family dysfunction to suicidal ideation: Mediating roles of self-views and world-views. *Asian Journal of Social Psychology*, 12, 133-144.

Chopra, D. (2005). *El Perdón*. Bogotá, Colombia: Editorial Norma S.A.

Chung. M. Chen, M.A. Dufour, M.C. Yi, H-Ye. Focus on Young Adult Drinking. *NIAAA National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism of the National Institute of Health*. Vol. 28; No. 4, 2004/2005.

CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y de comportamiento. O.M.S. Meditor. Madrid, 1992.

Claes, M., Lacourse, E, Bouchard, C. & Perucchini, P. (2003). Parental practices in late adolescence, a comparison of three countries: Canada, France and Italy. *Journal of Adolescence*, 26(4), 387-399.

Clark, A., Cledes, H. & Bean, R. (2000). *Cómo Desarrollar La Autoestima en los Adolescentes*. Madrid: Editorial Debate. S.A.

Cleveland, H. & Wiebe, R. (2003). The moderation of adolescent-to-peer similarity in tobacco and alcohol use by school levels of substance use. *Child Development*, 74(1), 279-291.

Coleman, D. (1995). *La Inteligencia Emocional*. México: Servicios Litográficos Ultra sol, S.A. de C.V.

Cloninger, C.R., Sigvardsson, S. & Bodman, M. (1996). Type I and Type II alcoholism: An Update. *Alcohol Health & Research World*, 20(1), 18-23.

Comas, D. (1985). *El uso de drogas en la juventud*. Barcelona: Juventud y Sociedad.

Conrad, K. M., Flay, B. R. & Hill, D. (1992). Why children start smoking cigarettes: Predictors of onset. *British Journal of Adiction*, 87(12), 1711-1724.

Consejo Nacional de Drogas (CND): Comisión Interamericana Sobre Control del Abuso de Drogas. "Encuesta Nacional Sobre Consumo de Drogas A Estudiantes de Enseñanza Media". Con la Asistencia Técnica y Financiera De La Comisión Interamericana Para el Control del Abuso de Drogas (CICAD). Santo Domingo, D.N. Septiembre 2005.

Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA). Extraído de <http://www.conapofa.gov.do/> (809-566-5866)

Consejo Nacional de Drogas (CND): Secretaría de Estado de Educación. Departamento de Orientación y Psicología – Programa de Educación Preventiva Integral (PRODEPI). Guía para la Prevención de Drogas de Estudiante a Estudiante. Santo Domingo, D.N. (Orden Departamental 5'97/Pág. 44, 2003).

Conway, K.P., Swendsen, J.D. & Merikangas, K.R. (2003). Alco-

hol expectancies, alcohol consumption, and problem drinking: The moderating role of family history. *Addictive Behavior*, 28(5), 823-836.

Cotton, N.S. The familial incidence of alcoholism. (1979). *Journal Studies of Alcohol*, 40(1), 89-116.

Cox, W. M. & Klinger, E. (1990). Incentive motivation, affective change, and alcohol use: A model. In W.M. Cox (ed.). *Why people drink? Parameters of alcohol as a reinforcer* (pp.291-3140). New York /Oxford: Gardner Press.

Craighead, W.E., Miklowitz, D.J. & Craighead, L.W. (2008) *Psychopathology History, Diagnosis, and Empirical Foundations*. Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons, Inc.

Crocker, J. & Park, L.E. (2004). The costly pursuit of self-esteem. *Psychological Bulletin*, 130 (3), 392-414.

Crosnoe, R., Muller, C. & Frank, K. (2004). Peer Context and consequences of Adolescent Drinking. *Social Problems*, 51(2), 288-304.

Crews, F.T., & Nixon, K. (2009). Mechanisms of neurodegeneration and regeneration in alcoholism. *Alcohol and Alcoholism*, 44(2), 115-127.

Damasio, A. (1999). *The Feeling of What Happens*. New York: Harcourt Brace.

Darling, C. A. & Turki, K. (2009). Global Family Concerns and the Role of Family Life Education: An Esosystemic Analysis, *Family Relations, Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 58(1), 14-27.

De Bellis, M.D., Clark, D.B., Beers, S.R., Soloff, P.H., Borin, A.M., Hall, J., Kersh, H., & Keshavan, M.S. (2000). Hippocampal volume in adolescent-onset alcohol use disorders. *American journal of Psychiatry*, 157, 737-744.

Debbo, A. (2003). *Alcohol Tough Topics*. Chicago: Heinemann Library.

Del Caño Sánchez, M. y Alonso García, J. (2002). *Autoconcepto, Autoestima y Habilidades Sociales en Niños de Educación Infantil. Las Dificultades De Aprendizaje en Contextos Familia y Educación. Nuevos retos, nuevas respuestas*. Barcelona: Indugrafic Artes Gráficas.

Del Pozo Irribarría, J., Pérez Gómez, L., Ferreras Oleffe, M., Herrera, E., Nuez Vicente, C. y García, A. (2008). Drojnet: Aplicación de las Nuevas tecnologías de la Comunicación a la Prevención de Drogodependencias. *Revista Adiciones. XXXV Jornadas Nacionales de sociodrogalcohol*. Valencia. Martín Impresores, S.L.

El Secretario de Salud Pública pide sanción en caso de bebé. (2005, Diciembre, 28). *Diario Libre*.

Díaz Aguado (1996). *Programas De Prevención Para La Tolerancia y Prevención En Los Jóvenes*. Volumen II, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid: Gráficas JUMA.

Dick, D. M. & Agrawal, A. (2008). *The Genetics of Alcohol and Other Drug Dependence*. Bethesda: Retrieved from <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh312/111-118.pdf>.

Dick, D. M. & Todd, R.D. (2006). Genetic Contributions. In Hersen, M. y Thomas, J.C. (2006). *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology*. (Vol. 3, pp.16-28). Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons, Inc.

Doisenbant, A. R. y Rachetta, S. (2004). *Psiquismo, Alcoholismo y Adicciones*, IV Cátedra de Medicina Interna Hospital de Clínicas José de San Martín. Biblioteca Central – Facultad de Medicina, Buenos Aires, Argentina.

Doménech, R., M. (2004). La crianza de los hijos. *Latinos ¡Hoy!*, 1(6-7), 14-15.

Donovan, J.E. (2009). Estimated Blood Alcohol Concentrations for child and adolescent drinking and their implications for screening instruments. PubMed.gov U.S. National Library of Medicine National Institute of Health. *Pediatrics*, 123(6), e975-e981.

Dougherty, A. M. (2000). Mental health consultation. *Psychological and consultation and Collaboration: In school and community settings*. (3er Ed. pp. 229-267). United States: Brooks/Cole Thompson Learning.

Duan, L., Chou, C-P., Andreeva, V. A. & Penz, M.A. (2009). Trajectories of Peer Social Influences as Long-term Predictors of Drug Use from Early Through Late Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 38(3), 454-465.

Dueñas, M. y Senra, M. (2009). "Habilidades Sociales y Acoso escolar: un estudio en centro de Enseñanzas Secundaria de Madrid", *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 20 (1), 39-49.

Duncan, B. C., Vanyukov, M. & Cornelius, J. (2002). Childhood Antisocial Behavior and

Adolescent Alcohol Use Disorders. *Alcohol Research & Health*, 26(2), 109-115. En López-García, K. S. y Lobo da Costa J^c, M. (2008). Conducta Antisocial y Consumo de alcohol en Adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(2), 299-305.

Durán Gervilla, A., Tébar Perez, M.D.y Korhonen, O. (2002). *Manual Didáctico para la escuela de padres*. Fundación para el Estudio, Prevención y Asistencia a las Drogodependencias. (FEPAD) Ayuntamiento de Valencia. Concejalía de Sanidad y Consumo.

Dweck, C.S. (2000). *Self- theories: Their role in motivation, personality, and development*. Philadelphia: Psychology Press.

Edenberg, H.J. & Foroud, T. (2006). Review: The genetics of alcoholism: identifying specific genes through family studies. *Addiction Biology*, 11(3-4), 386-396.

Edwards, G. & otros. (1995). Alcohol Policy and the Public Good. *Addiction*, 92(s1), s73-s79.

Elkind, D. (1967). Egocentrism in adolescence. *Child Development*, 38, 1025-1034.

Elkind, D. & Bowen, R. (1979). Imaginary audience behavior in children and adolescence. *Developmental Psychology*, 15(1), 38-44.

Elkind, D. (1994). *A sympathetic understanding of the child: Birth to sixteen* (3rd Ed.). Boston: Allyn and Bacon.

El Mundo.es "Campaña de Prevención del consumo de alcohol entre los jóvenes" (13/07/2009).

Ennett, S. T., Faris, R., Foshee, V.A., Bauman, K.E., Hussong, A., Cai, L., McNaughton Reyes, H.L., Hipp, J. & DuRant, R. (2008). The Social Ecology of Adolescent Alcohol Misuse. *Child Development*, 79(6), 1777-1791.

El Pequeño Larousse Ilustrado "Diccionario Enciclopédico". México, D. F.: Greehaven Press, Inc. 2002, Ediciones Larousse, S.S. de C.V.

Epstein, J.A., Botvin, G.J. & Diaz, T. (2000). Alcohol use among Hispanic adolescents: Role of linguistic acculturation gender. *Journal of Alcohol & Drug Education*, 45(3), 18-32.

Epstein, J.A. & Botvin, G.J. (2008). Media resistance skills and drug skill refusal techniques: What is their relationship with alcohol use among inner-city adolescents? *Addictive Behaviors an International Journal*, 33, 528-537.

Erikson, E.H. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton.

Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2nd edition). New York: Norton.

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

Erikson, E. H. (1982). *The life cycle completed*. New York: Norton.

Escotto Morett, J. (1999). *Psiquiatría y el Alcoholismo*. En Escotto Velazquez, J. (1999). *El Alcohol y sus Enfermedades*. Mexico: Edilasher.

Escotto Velazquez, J. (1999). *El alcohol y sus enfermedades*. Mexico: Edilasher.

Espinal Durán. I. E. (2002). *Estudio Comparativo Entre Familias Dominicanas y Españolas Con Hijos en Educación Infantil Basado en las Dimensiones de Estilo Educativo y Competencia*. (Tesis Doctoral no publicada). Universitat De Valencia. Facultad de Psicología. Valencia.

Estruch, R. (1999). Alteraciones Del Sistema Nervioso Asociadas al Alcoholismo Crónico. En Sánchez-Turet, M. (1999). *Enfermedades y Problemas Relacionados con el Alcohol* (pp.135-149). Barcelona: Expaxs, S.A.

Fabiani, C. A. (1991). Conceptos actuales del alcoholismo: Aspectos genéticos, neuroquímicos y diagnósticos asociados. *Avances En Psicología Clínica Latinoamericana*, 9, 13-31.

Faggiano, F., Galanti, M.R., Borhrn, K., Vigna-Taglianti, F., Cuomo, L., Fabiani, Panella, M., Perez, T., Siliquini, R., Van der Kreeft, P., Vasara, M., & Wiborg, G. (2008). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: EU-Dap cluster randomized controlled trial, *Preventive Medicine*, 47(5), 537-543.

Faggiano, F., Richardson, C., Bohrn, K., Galanti, M.R. & EU-Dap Study Group. (2007). A Cluster randomized controlled trial of school-based prevention of tobacco, alcohol and drug use: The EU-Dap design and study population. *Preventive Medicine*, 44(2), 170-173.

Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F.D., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A., & Lemma, P. (2005). P. School-based prevention for illicit

drugs' use. *The Cochrane Database Systematic Reviews*, (2).

Farber, N.B. & Olney, J.W. (2003). Drugs of abuse that cause developing neurons to commit suicide. *Developmental Brain Research*, 147(1-2), 37-45.

Fernández, E. (1969). *Crónicas de Puerto Rico, desde la conquista hasta nuestros días*. San Juan: Editorial U.P.R.

Fisher, G.L. & Roget, N.A. (2009). *Encyclopedia of Substance Abuse Prevention, Treatment & Recovery* (pp. 20-26). SAGE Publications, Inc.

Fisher, G.L. & Harrison, T. C. (2000). *Substance Abuse: Information for Schools Counselors, Social Workers, Therapists, and counselors* (2nd.ed.). Massachusetts: Allyn & Bacon.

Fischhoff, B. (1988). Judgement and decision making. In Sternberg, R. & Smith, E. (Ed.), *The Psychology of Human Thought*, (pp.153-187). New York: Cambridge University Press.

Fouquet, P. Alcoolisme et psychiatrie, "Evol. Psychiat." Fasc. II: 217-246, 1959. En Alonso-Fernández, F. (1992). *Alcohol dependencia Personalidad Alcohólica*. (3^a Edición). Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, S.A.

Franca, O. (1998). *Introducción a la Ética Profesional*. Asunción: Paulinas.

Franken, R. E. (2007). *Human Motivation*. Belmont, CA: Thompson Wadsworth.

Frankenberg, K.D, (2000). Adolescent egocentrism: A comparison among adolescents and adults. *Journal of Adolescence*, 23(3), 343-354.

Franzoi, S., Davis, M. & Vásquez-Suson, K. (1994). Two social worlds: Social correlates and stability of adolescent status groups.

Journal of Personality and Social Psychology, 67(3), 462-473.

Freixas, F. y Sánchez-Turez, M. (1999). Concepto Histórico de la enfermedad alcohólica. En Sánchez-Turez, M. (1999). *Enfermedades y Problemas Relacionados con el Alcohol*. Barcelona Espaxs, S.A. (pp.23-37).

Freeman, D. (1983). *Margaret Mead and Samoa: The Making and unmaking of an anthropological myth*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Fundación de Investigaciones Sociales A.C. FISAC: *Alcohol-Informate*. Extraído de www.alcoholinformate.org.mx (16 de mayo de 2009).

Fundación para el estudio (2008). *Prevención y Asistencia a las drogodependencias (FEPAD)*. Agencia Valenciana de Salud- Programas de Actividades escolares. Extraído de <http://www.fepad.aspx?lang=prevention&tp=prevención/progr...> (17/9/2008).

Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) (1997). *¿Por qué la gente toma drogas?* Madrid: Ancares.

Fustukjian, S.Y. (1990). Drug-free schools: A national challenge. *The ERIC Review*, 1(1), 2-3.

Gall, M. D., Borg, W. R., Gall, J. P. (2002). *Educational Research* (7th ed). Boston: Allyn / Bacon.

Garaigordobil, M. y Durá, A. (2006). Relaciones del Autoconcepto y la Autoestima con la

Socialbilidad, Estabilidad emocional y Responsabilidad en adolescentes de 14 a 17 años. *Análisis y Modificación de Conducta*, 32(141), 37-64.

García, F. & Gracia, E. (2009). Is Always Authoritative the Optimum Parenting Style? Evidence from Spanish Families. *Adoles-*

cence, 44(173), 101-131.

García, F. y Musitu, G., (2001). *Autoconcepto Forma AF5*. Universitat de Valencia. Publicaciones de Psicología Aplicada, Serie Menor, nº 265. Madrid: TEA Ediciones.

García- Rodríguez, J.A. (1991). Modelo de Prevención de drogas en la escuela mediante la aplicación de técnicas conductuales. XIX. *Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol*. Santa Cruz de Tenerife.

Giedd, J.N., Blumenthal, J., Jeffires, N.O., Castellanos, F.X., Liu, H., Zijdenbos, Paus, T., Evans, A.C. & Rapoport, J.L. (1999). Brain development during childhood and adolescence: A longitudinal MRI study. *Nature Neuroscience*, 2(10), 861-863.

Gimeno, A. (1999). *La familia: el desafío de la diversidad*. Barcelona: Editorial Ariel.

Gimeno, A., Cerviño, C., Meléndez, J.C. y Córdoba, A.I. (2002). *Análisis de la Divergencia en la Percepción de la Competencia Familiar en Familias con Hijos Adolescentes*. En Fajardo Caldera, M.I., Ruiz Fernández, M.I., Díaz Díaz, A.V., Vicente Castro, F. y Julve Moreno, J.A. *Psicología de la Infancia y de la Adolescencia. Nuevos retos, nuevas respuestas*. Barcelona: Indugrafic Artes Gráficas.

Gimeno, A., Córdoba, A.I., Meléndez, J.C. y Cerviño, C. (2004). Divergencias en la percepción de la funcionalidad familiar entre padres, madres e hijos adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(3), 459-470.

Goodnow, J. Bowes, J.M. Warton, P.M. Dawes, L.J. & Taylor, A.J. (1991). Would you ask someone else to do this task? Parent's and children's ideas about household work requests. *Developmental Psychology*, 27(5), 817-828.

Goldenberg, I. & Goldenberg, H. (1991). *Family Therapy: an Overview* (3rd Ed.). Los Ángeles: Brooks/Cole Publishing Company.

Gómez, A., Gaviria, E. y Fernández, I. (2006). *Psicología Social*. Madrid: Editorial Sanz y Torres, S. L.

Gómez-Frágüela, J.A., Fernández-Pérez, N.F., Romero Triñames, E. y Luengo Martín, A. (2008). El Botellón y el consumo de alcohol y otras drogas en la juventud. *Psicothema*, 20(2), 211-217.

Goodwin, D. W. 1979. Genetic determinants of alcoholism. In J. H. Mendelson and K. Mellow, (Eds). *The Diagnosis and Treatment of Alcoholism* (59-82). McGraw-Hill Book Co., New York.

González Menéndez, R. (1992). *El Alcoholismo y su Atención Específica*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

González, S. (2005, November 30). Familia Disfuncional. ¿Qué es una Familia Disfuncional? *El Hispano News*. Retrieved from <http://www.elhispanonews.com/noticia/1169/familia-disfuncional>.

Grant, B.F. (2000). Estimates of US children exposed to alcohol abuse and dependence in the family. *American Journal of Public Health*, 90(1), 112-115.

Grunewald, P.J., Johnson, F.W., Light, J.M. & Saltz, R.F. (2003). Drinking to extremes: Theoretical and empirical analyses of peak drinking levels among college students. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 64(6), 112-115.

Guerra, C. (2002). Mechanisms involved in central nervous systems dysfunctions induced by prenatal ethanol exposure. *Neurotoxicity Research*, 4(4), 437-335.

Guerra-Sirera, C. (2008). *Debates en Drogodependencias: El Consumo de Alcohol, Hoy*. Valencia.

Ham, S. L. & Hope, D. A. (2003). College students and problematic drinking: a review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 23(5), 719-759.

Hamburg, B. & Hamburg, D. (2004). Afterword: On the Future Development of Adolescent Psychology. In R. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of Adolescent psychology* (2nd ed. pp.815-821). New York: Wiley.

Harter, S. (1999). *The construction of the self. A developmental perspective*. Nueva York: Guilford Publications.

Herbert, J. (2003). Recovery and rehabilitation process: A personal journey. *Rehabilitation Education*, 17, 125-131.

Herman, J. (1992) *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence from Domestic Abuse to Political Terror*. New York: Basic Books.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2003). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana.

Hesselbrock, M., Easton, C., Bucholz, K.K., Schuckit, M. & Hesselbrock, V. (1999). A validity study of the SSAGA – a comparison with the SCAN. *Addiction*, 94(9), 1361-1370.

Hersen, M. & Thomas, J.C. (2006). *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology*. (Vol 3). Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons, Inc.

Higgins, S. T., Silverman, K. & Heil, S.H. (Eds.). (2008). *Contingency Management in Substance Abuse Treatment*. New York: The Guilford Press.

Hingson, R. Heeren, T. Winter, M. & Wechsler, H. (2005). Magnitude of Alcohol-Related mortality and morbidity among U.S. college students ages 18-24: Changes from 1998 to 2001. *Annual Review of Public Health*, 26, 259-279.

"Hispanic Drug Use in US Culture" Oregon State University, August 13, 2007. (Patrocinado por la Campaña Nacional Anti-Drogas

de los Estados Unidos).

Hoffman, B. R. Sussman, S. Unger, J. B. & Valente, T.W. (2006). Peer influences on adolescent cigarette smoking: A theoretical review of the literature. *Substance Use and Misuse*, 4(1), 103-155.

Jaeger, E., Hahn, N.B. & Weinraub, M. (2000). Attachment in Adult Daughters of Alcoholic Fathers. *Addiction*, 95(2), 267-276.

Jang, K.L. (2005). *The behavioral genetics of Psychopathology: A clinical guide*. Mahwah, N.J.: Erlbaum.

Jellinek, E.M. (1960). *The Disease Concept of Alcoholism*. Connecticut, New Haven, College & University Press.

Jessor, R., Donovan, J.E. & Costa, F.M. (1991). *Beyond Adolescence: Problem Behavior and Young Adult Development*. New York: Cambridge University Press.

Jessor, R. (1993). Successful Adolescent Development among Youth in High-Risk Settings. *American Psychologist*, 48(2), 117-126.

Jessor, R., Costa, F.M., Krueger, P.M. & Turbin, M.S. (2006). A Developmental Study of Heavy Episodic Drinking Among College Students: The Role of Psychosocial and Behavioral Protective and Risk Factors. *Journal of Studies on Alcohol*, 67(1), 86-94.

Jiménez, A.F. (2006). Implementación del Programa de Prevención del Alcoholismo en Estudiantes Pertenecientes al Tercer Año Del Bachillerato en la Escuela Secundaria de Villa Tapia, en la República Dominicana. *Trabajo de Investigación* (no publicado) para llenar los requisitos del DEA para el Doctorado en Psicología Educativa y Desarrollo Humano, de la Universidad de Valencia-España. En conjunto con la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) de la República Dominicana.

Jiménez, T. I., Musitu, G. y Murgui, S. (2008). Funcionamiento

familiar y consumo de sustancias en adolescentes: el rol mediador de la autoestima. *International Journal of Clinic and Health Psychology*, 8(1), 139-151.

Johnston, L. D., O'Malley, P. M., & Bachman, J. G. (2003). Monitoring the Future national survey results on adolescent drug use: Overview of key findings, 2002 (NIH Publication No. 03-5374). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse, pp. 56.

Kalyanam, C.R. Reviewer Info: Department of Psychiatry, Western Psychiatric Institute and Clinic of the University of Pittsburgh Medical Center, Pittsburgh, P.A., U.S.A. (5/4/2004). ([Http: healthline.com-partner-info.com](http://healthline.com-partner-info.com) / Pags. 1-6).

Karrol, B.R. (2002). Women and Alcohol Use Disorders: A review of important knowledge and its implications for social work practitioners. *Journal of Social Work*, 2(3), 337-356.

Kandel, D.B. & Jessor, R. (2002). The gateway hypothesis revisited. In D.B. Kandel (Ed.). *Stages and pathways of drug involvement: Examining the gateway hypothesis* (pp. 365-373). Cambridge: Cambridge University Press.

Kavas, A. B. (2009). Self-Esteem and Health-Risk Behaviors among Turkish Late Adolescents. *Adolescence*, 44(173), 187-198.

Keefe, K. & Newcomb, M.D. (1996). Demographic and Psychosocial Risk for Alcohol Use: Ethnic differences. *Journal of Studies on Alcohol*, 57(5), 521-530.

Khanlou, N. (2004). Influences on adolescent self-esteem in multicultural Canadian Secondary schools. *Public Health Nursing*, 21(5), 404-411.

Kilpatrick, A. C. & Holland, T. P. (2006). *Working with Families: An Integrative Model by Level of Need* (4th Ed.). Boston, MA: Pearson

Education, Inc.

Kimmel, D. y Weiner, I. (1998). *La Adolescencia: una transición del desarrollo*. Barcelona: Ariel.

Kingston, J.F., Beer, J.S. & Klein, S.B. (2003). Self and Identity as memory. In M. R. Leary y J.P. Tangney (Eds.) *Handbook of self and identity* (pp. 68-90) Nueva York: Guilford.

Kling, K.C., Hyde, J.S., Showers, C.J. y Buswell, B.N. (1999). Gender differences in self-esteem: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125, 470-500.

Kreek, M.J., Nielsen D.A., Butelman, E.R. & LaForge, K.S. (2005). Genetic influences on impulsivity, risk taking, stress responsibility and vulnerability to drug abuse and addiction. *Natural Neuroscience*, 8, 1450-1457.

Kroger, J. (2007). *Identity Development: Adolescence through Adulthood* (2nd Ed.). California: Sage Publications, Inc.

Kuczkowski, K.M. (2003). Tobacco Ethanol Use in Pregnancy: Implications for Obstetric an Anesthetic Management. *The female Patient*, 28(4), 16-22.

Kymissis, P. Bevacqua, A. & Morales, N. (1995). Multi-family Group Therapy with Dually Diagnosed Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 5(2), 107-113.

La Biblia Latinoamericana: Edición Pastoral, Navarra-España: Editorial Verbo Divino-Estela, (Génesis, 9:20-21) 46 edición, 2002.

Lafuente B, J. (2005). *Máster en Integración Educativa: Procesos Psicológicos Básicos*. *Psicología del Desarrollo*. Valencia: Alfa Delta S.L.

Lammoglia, E. (2000). *Las Familias Alcohólicas*. México, D.F. Editorial Grijalbo, S.A.

Larimer, M. E. & Crouce, J. M. (2002). Identification, Prevention and Treatment: A Review of Individual-Focused Strategies to Reduce Problematic Alcohol Consumption by College Students. *Journal of Studies on Alcohol*, 14(Suppl), 148-163.

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.

Leary, M. R. & Tangney, J.P. (2003). *Handbook of Self and Identity*. New York: The Guilford Press.

Leary, M. R. & Tangney, J.P. (2003). The self as an organizing construct in the behavioral and social sciences. In Leary, M. R. & Tangney, J.P. (2003). *Handbook of Self and Identity* (pp.3-140). New York: The Guilford Press.

Leonard, K. & Blane, H.T. (1999). *Psychological theories of drinking and alcoholism* (2nd Ed.). New York: Guilford Press.

Lerner, R.M. & Spanier, G. B. (1980). *Adolescent Development: A life-span perspective*. New York: McGraw Hill.

Lewis, J.A., Dana, R.O. & Blevins, G. A. (2002). *Substance Abuse Counseling: An individualized approach*. (3rd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Ley General de Salud de la República Dominicana, Ley 42-01, Capítulo VI "De las Bebidas Alcohólicas, Art. 123. Extraído de: <http://bvs.copresida.gov.do/Docs/Ley%20General%20de%20Salud%2042-01.pdf>.

Lila, M., Buelga, S. y Musitu, G. (2006). *Las Relaciones entre padres e hijos en la adolescencia*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Lindenfield, G. (1998). *Cómo Desarrollar La Autoestima en Niños y Adolescentes*. Madrid: Neo Persons Ediciones.

Lindenfield, G. (1996). *Autoestima*. Barcelona: Plaza & Janés

Editores, S. A.

Ljiljana, M., Wells, S., Graham, K., Tremblay, P.F. & Demers, A. (2009). Situational and respondent-level motives for drinking and alcohol-related aggression: A multilevel analysis of drinking events in a sample of Canadian University students. *Addictive Behaviors*, 34(3), 264-269.

Locker, J. & Copley, M. (2004). Anxiety, depression and self-esteem in secondary school children: an investigation into the impact of standard assessment tests (SATS) and other important school examinations. *School Psychology International*, 25(3), 333-345.

López-García, K. S. y Lobo da Costa Junior, M. (2008). Antisocial behavior and alcohol consumption by school adolescents. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(2), 299-305.

López-Ibor Aliño, J. J. y Valdés Miyar, M. (2003). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, S.A.

López, C. y Freixinos, M.A. (2001). Psicopatología y Consumo de Alcohol en Adolescentes. *Anales de Psicología*, 17(2), 177-188.

López, V., Kattsulis, Y. & Robillard, A. (2009). Drug Use with Parents as a Relational Strategy for Incarcerated Female Adolescents. *Family Relations Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 58(2), 135-147.

Machargo Salvador, J., Alonso García, E., Quintana Domínguez, R., Rojas Martín, M., Santana Santana, A. y Santana Sánchez, M. (1996). *Programa de Actividades para el Desarrollo de la Autoestima*. (P. A. D. A.). Madrid: Gráficas Muriel, S.A.

Mack, A. H., Franklin Jr. J. E. y Frances, R. J. (2003). *Guía Tratamiento del alcoholismo y las adicciones*. Barcelona: Masson, S.A.

Madrid, J. (2002). *Alcohol, Adolescentes y Jóvenes*. XIII Congreso

de la Sociedad Española del Adolescente. Madrid.

Manual de Actividades de Promoción de la Salud en Centros Docentes. (Curso 2007-2008). *Programas de Prevención de Drogas en Ámbito Escolar*. Conselleria D'Educació Conselleria De Sanitat. Valencia. Págs.27-28.

Manteniendo a sus Adolescentes Libres de Drogas - *Una Guía para las Familias Hispanas*. (2008) Págs. 1-7). (www.LaAntiDroga.com)

Marcia, J.E. (1966). Development and validation of ego-identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3(5), 551-558.

Marcia, J.E. (1980). Identity in Adolescence. In J. Adelson (Ed.), *Handbook of Adolescent Psychology* (pp.159-187). New York: Wiley.

Marcia, J.E. (1989). Identity and Intervention. *Journal of Adolescence*, 12(4), 401-410.

Marcia, J.E. (1993). The status of the statuses: Research review. In J.E. Marcia, J.E., Waterman, A.S., Matteson, D.R., Archer, S.L. y Orlofsky, J.L. (Eds.). *Ego Identity: A Handbook for Psychosocial Research* (pp. 273-281). New York: Springer-Verlag.

Marcia, J.E., Waterman, A.S., Matteson, D.R., Archer, S.L. & Orlofsky, J.L. (Eds.). (1993). *Ego Identity: A Handbook for Psychosocial Research*). New York: Springer-Verlag.

Margolis, R.D. & Zweben, J. E. (1998). *Treating Patients with alcohol and other drug problems: An integrated approach*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Marín Sánchez, M., M. Rivero Cuadrado e Infante Rejano, E. (2002). La Edad de Inicio como variable predictora de la trayectoria de consumo de droga. *Necesidades Educativas Especiales. Familia y Educación. Nuevos Retos, Nuevas Perspectivas* Teruel: Indugrafic Artes Gráficas.

Markus, H. & Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41(9), 954-969.

Marlatt, G. A. & VandenBos, G.R. (1997). *Addictive Behaviors: Readings on Etiology, prevention, and Treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.

Marrone, M. (2001). *La Teoría del Apego. Un enfoque actual*. Madrid: Editorial Psimática.

Martin, M. & Martin, D. (2000). Understanding Dysfunctional and Functional Family Behaviors for the At-Risk Adolescent. *Adolescent*, 35(140), 785-792.

Martinez, I. & Garcia, J. F. (2007). Impact of parenting style on adolescents' self-esteem and internalization of values in Spain. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(2), 338-348.

Martínez-Otero, V. (2004). *Teoría y Práctica de la Educación* (2^{da} Ed.). Madrid: Editorial CCS, Alcalá.

Mason, W. & Windle, M. (2002). Reciprocal relations between adolescent substance uses and delinquency: A longitudinal latent variable analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(1), 63-76.

Masters, K. S., Spielmans, G. I. y Goodson, J. T. (2006). Are There Demonstrable Effects

Of Distant Intercessory Prayer? A Meta-Analytic Review. *Annals of Behavioral Medicine*, 32(1), 21-26.

Matsumoto, D. (2000). *Culture and Psychology* (2nd Ed.). California: Wadsworth/Thompson Learning.

Mateos Claros, F., Herrera Clavero, F., Ramírez Salguero, M.I., Ramírez Fernández y S.

Roa Venegas, J.M. (2002). *Las Dificultades De Aprendizaje en Contextos Interculturales. Necesidades Educativas Especiales. Familia y*

Educación. Nuevos retos, nuevas respuestas, Teruel: Indugrafic Artes Gráficas.

Matos, C. (2009, Febrero 5). Hay Escolares de sexto y octavo de primaria que consumen alcohol y drogas. *Hoy*. Extraído de: <http://hoy.com.do/el-pais/2009/2/5/265582/Hay-escolares-de-sexto-y-octavo-de-primaria-que-consumen-alcohol-y-drogas>.

Mayer, J. E. & Filstead, W. J. (1979). The Adolescent Alcohol Involvement Scale: An Instrument for measuring adolescent's use and misuse of *Alcohol*. *Journal of Studies on Alcohol*, 40, 291-300.

Mazlish, B. "What is Psychohistory" in *The Varieties of Psychohistory*, Ed. George Kress and Leon H. Rappoport. Springer (1976) Pag. 26. En Mohl, A. S. The Family, Culture and Psychohistory. *The Journal of Psychohistory*: Spring 2010, 37, 4, ProQuest Psychology Journals. (Pags. 336-348).

McClellan, M. (2004). *The Big Deal about Alcohol: What Teens Need To Know About Drinking*. Berkely Heights, N.J: Enslow Publishers, In.

McKeganey, N., Barnard, M., & McIntosh, J. (2002). Paying the price for their Parents' addiction: Meeting the needs of the children of drug-using parents. *Drug: Education, Prevention, and Policy*, 9(3) 233-246.

Mead, M. (1928). *Coming of age in Samoa*. Ann Arbor, MI: Morrow.

Mead, M. (1934). *Mind Self and Society*. Chicago: Chicago Press.

Mensch, B. & Kandel, D.B. (1988). "Dropping Out of High School and Drug Involvement." *Sociology of Education*, 61, 95-113.

Miller, N. S., Gold, M.S. y Smith, D.E. (1997). *Manual of Therapeutics for Addictions*. New York: Willey-Liss, Inc.

Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S. & Ramnath, R. (2004). *Personality Disorders in Modern Life* (2nd Ed.). Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons, Inc.

Milnes, S. (1998). *Los padres cuentan: consejos prácticos para los padres de familia. Child Care Early Childhood Development*. Pennsylvania: College of Agricultural Sciences.

Ministerio de Sanidad y Consumo: Secretaría General de Sanidad: Plan Nacional sobre drogas. (PNSD). España: Avenida Gráfica. *Una Guía útil sobre drogas*, p.17. (2007).

Mogro-Wilson, C. (2008). The Influence of Parental Warmth and Control on Latino Adolescent Alcohol Use. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 30(1), 89-105.

Mohai, C. E. (1991). Peer leaders in drug abuse prevention. Extraído de: <http://www.ericdigests.org/1992-4/peer.htm>.

Mohl, A. S. (2010). The Family, Culture and Psychohistory. *The Journal of Psychohistory*, 37(4), 336-348.

Molina Achécar, M., Ramírez, N., Polanco, J.J. y Quiterio, G. (2007). Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA, 2007). *Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM)*, República Dominicana: Editorial Gente (págs. 79-80).

Molina, G. (2007). *Centro de Integración Juvenil, A.C. Prevención Universal*. Retrieved from <http://www.cij.gob.mx/Páginas/MenuIzquierdo/InformacionPara/Especialistas/Prevenec>.

Moos, R. H., Moos, B. S. & Trickett, E. J. (1995). *Escalas de Clima Social (FES, WES, CIES, CES)*. Madrid, TEA, Ediciones S.A. En Senra Varela, M. y Manzano Soto, N. (2003). "Atribuciones causales del abuso del alcohol en la adolescencia: Pensamiento constructivo y Clima Social en la familia". Actas del XI Congreso Nacional de Modelos de Investigación Educativa: "Investigación y Sociedad"

Granada, Grupo Editorial Universitario.

Mujica-Silvestriz, J. (2005). *Desarrollo De Un Diseño de Programa de Adiestramiento Psicoeducativo para Adolescentes Dependientes de Alcohol*. (Tesis Doctoral no publicada). Universidad Carlos Albizu, Recinto de San Juan, Puerto Rico).

Mukamal, K. J. & Rimm, E. B. (2001). Alcohol effects on the risk for coronary heart disease. *Alcohol Research and Health*, 25(4), 255-261.

Musitu, G. y García, F. (2001). AF5: Autoconcepto Forma 5. Madrid: TEA Ediciones.

Musitu, G., Román, J.M. y Gutiérrez, M. (1996). *Educación familiar y socialización de los hijos*. Barcelona IDEA Universitaria.

National Institutes of Health. (2007). *Underage Drinking*. Retrieved from <http://www.nih.gov/about/researchresultsforthepublic/UnderageDrinking.pdf>.

National Council on Alcoholism and Drug Dependence (ncadd.org) - U.S. Department of

Health and Human Services, *Publication No. PHD1112S Del NCADI*, (2006).

Neiser, V. (1976). *Cognition and reality. Principles and implications of cognition psychology*. San Francisco: Freeman.

Nielsen, D.M. & Metha, A. (1994). Parental behavior and adolescent self-esteem in clinical and nonclinical samples. *Adolescence*, 29(115), 525-542.

Nelsen, J. (2002). *Disciplina Positiva: Consejos que invitan a la cooperacion entre padres e hijos basados en la dignidad y el respeto*. Barcelona: Ediciones Oniro, S.A.

Nelson, C.A. & Bloom, F.E. (1997). Child Development and neu-

rosience. *Child Development*. 68(5), 970-987.

Nuez Vicente, C., Murillo, M. L. y Musitu Ochoa, G. (2002). Funcionamiento Familiar y Consumo de Sustancias en una muestra de adolescentes Valencianos. *En Necesidades Educativas Especiales. Familia y Educación – Nuevos retos, nuevas respuestas*. Teruel – España: Indugrafic Artes Gráficas. (339-348).

Nurmi, J. (2004). Socialization and self-development: Channeling, selection, adjustment, and reflection. In R. Lerner and L. Steinberg (Eds.), *Handbook of Adolescent Psychology* (85-124) (2nd Ed.). New York: Wiley.

Nurnberger, J.I. & Bierut, L.J. (2007). Seeking the connections: Alcoholism and our genes. *Scientific American*, 296(4), 46-53.

O'Leary, C. M. (2004). Fetal alcohol syndrome: Diagnosis, epidemiology, and developmental outcomes. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 40(1-2), 2-7.

Organización Panamericana de la Salud – Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (2004). *¿Qué es lo que usted saber acerca de la política del alcohol?* Washington, D.C.

Obrador, J.L. (2008, Septiembre 18). Expertos alertan de que la edad de inicio de los niños en el alcohol baja hasta los 11 años. *Diario 20 minutos*. Extraído de: <http://www.20minutos.es/noticia/412638/7/ninos/alcohol/valencia/>.

Palacios, J. y Rodríguez, M.J., (1998). *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza Editorial.

Pancheri, P. (1979). *Manual de Psiquiatría Clínica*. México, Editorial Trillas.

Papalia, D. E., Olds, S. W. & Feldman, R.D. (2010). *Desarrollo Humano*. (10th Ed.). México, D.F: The McGraw-Hill Companies, Inc.

Park, S., Kim, H. & Kim, H. (2009). Relationships between parental alcohol abuse and social support, peer substance abuse risk and social support, and substance abuse risk among South Korean adolescents. *Adolescence*, 44(173), 87-99.

Pearson, R. (1982). Support: Exploration of a Basic Concept in Counseling. *The Personnel and Guidance Journal*, 61, 83-87.

Pedersen, W. (1990). Drinking games adolescents play. *British Journal of Addiction*. 85(11), 1483-1490.

Penz, M. A. & Li, C. (2002). The Gateway theory applied to prevention. In D. B. Kandel (Eds.), *Stages and pathways of drug involvement: Examining the Gateway hypothesis*. New York: Cambridge University Press.

Pérez, P. M. (2008). *Los padres tienen la palabra. Guía para la toma de decisiones responsables ante el consumo de alcohol (padres con hijos de 6 a 13 años)*. Madrid: Cerveceros de España, Gobierno de España y Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino. Depósito Legal: M-41786-2008

Pérez Alonso-Geta, P.M., Moliner Navarro, R., Berenguer Contrí, G., Paredes Sencillo, C. Cámara Estrella, A. M. y Tortajada Matos, T. A. *Infancia y Familias. Valores y estilo de educación (6-14 años)*. Estudio interdisciplinar financiado por la Comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología CICYT y publicado por la Universitat de Valencia, el 28 de junio del 2010.

Peterson, A. (1987) En Garrido, V. y López, M.J. (1995). *La Prevención de la Delincuencia: El Enfoque de la Competencia Social*. Valencia: Tirant lo Blanch.

Petratis, J., Flay, B. R. & Miller, T. Q. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle. *Psychological Bulletin*, 117(1), 67-86.

Piaget, J. (1965). *La construcción de lo real en el niño*. Buenos

Aires: Proteo.

Pickens, R. W., Svikis, D.S., McGue, M., Lykken, D.T., Heston, L.L. & Clayton, P.J. (1991). Heterogeneity in the inheritance of alcoholism. A study of male and female twins. *Archives of General Psychiatry*, 48(1), 19-28.

Pinel, J. P. J. (2009). *Biopsicología*. (6ta. Edición). Madrid: Pearson Educación, S.A.

Pinel, J. P. J. (2009). *Biopsychology (7th Ed.)*. Boston: Pearson Education, Inc.

Polonsky, M.J. & Waller, D.S. (2011). *Designing and Managing a Research Project (2nd edition)*, California: SAGE Publications, Inc.

Póliza Básica de Vehículos de Motor Remolques, Artículo 25, exclusiones generales, Acápito D. (Pág. 5.) Santo Domingo: Gaceta Oficial de la República Dominicana.

Preventing Drug Use among Children and Adolescents: A Research-Base Guide: A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders (2003) (2nd Ed.). Washington, DC: (National Institute on Drug Abuse/National Institutes of Health).

Priester, P.E., Scherer, J., Steinfeldt, J.A. Jana-Masri, A., Jashinsky, T., Jones, J.E. & Vang, C. (2009). The Frequency of Prayer, Meditation and Holistic Interventions in Addictions Treatment: A National Survey. *Pastoral Psychology*, 58(3), 315-322.

Priester, P. E. (2000). Varieties of spiritual experience in support of recovery from cocaine dependence. *Counseling & Values*, 44(2), 107-112.

Pyne, H.H., Claeson, M. & Correia, M. (2002). Dimensiones de Género del Consumo de Alcohol y Problemas Afines en América Latina y el Caribe. Documento para Discusión del Banco Mundial, 435(3), 41.

Quadrel, Fischhoff & Davis (1993). Adolescent (In) vulnerability. *American Psychologist*, 48 (2), 102-116.

Ray, L.A., Hutchison, K.E. & Hauser, M. (2008). *Alcohol Use Disorders: History, Theory, and Diagnosis*. In Craighead, W.E., Miklowitz, D.J. y Craighead, L.W. (2008) *Psychopathology History, Diagnosis, and Empirical Foundations*. Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons, Inc.

Rascovan, S. (2000). *Los Jóvenes y el Futuro*. Buenos Aires, Argentina: Psicoteca Editorial.

Repetto, E. y Senra, M^a P. (1997). "Análisis de algunos factores educativos en el consumo de alcohol en la adolescencia" en *Revista de Investigación Educativa* de la Asociación Interuniversitaria de Investigación Pedagógica. Barcelona: 15(1), 31-42.

Repetto, E. y Senra, M^a P. (1998). Validación de un Cuestionario Multivariable de la Ingesta de Alcohol en la Adolescencia. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*. Asociación Española de Orientación y Psicopedagogía. Madrid: 9(16), 2: 289-297.

Ridenour, T., Cottier, L., Robins, L., Campton, W., Spitznagel, E., & Cunningham-Williams, R. (2002). Test of the Plausibility of adolescent substance use playing a causal role in developing adulthood antisocial behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 111: 144-155.

Rief, S.F. & Heimburge, J. A. (2006). *How to reach and teach all children in the inclusive classroom*. (Second Edition) San Francisco, C.A.: Jossey-Bass A Wiley Imprint.

Ribeiro, L. (1997). *Aumente su autoestima*. Barcelona: Ediciones Urano, S.A.

Roe, A. (1944). The adult adjustment of children of alcoholic parents raised in a foster-home. *Q.Journal Studies on Alcohol*, 5: 378-393.

Robins, C.A. & Martin, S.S. (1993). Gender styles of deviance

and drinking problems. *Journal of Health and Social Behavior*, 34: 302-321.

Rose, J. y Angel, C. (2007). *The Newly Non-Drinking Girl's Guide to Pregnancy*. Naperville: Sourcebooks, Inc.

Rush, B. (1790). Inquiry into the effects of ardent spirits upon the human body and mind. Boston: Thomas & Andrews. En Fabiani, C. A. (1991). Conceptos actuales del alcoholismo: Aspectos genéticos, neuroquímicos y diagnósticos asociados. *Avances En Psicología Clínica Latinoamericana*, 9: 13-31.

Sadock, B.J., Sadock, V. A. & Ruiz, P. (2009). *Comprehensive Textbook of Psychiatry, Vol. 11*, ninth edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Saiz, P.A., Garcia-Portilla, M.P., Florez, G., Corcoran, P., Arango, C., Morales, B., Leza, J.C., Alvarez, S., Diaz, E.M., Alvarez, V., Coto, E., Nogueiras, L. & Bobes, J. (2009).

Polymorphisms of the IL-1 Gene Complex Are Associated With Alcohol Dependence in Spanish Caucasians: Data From an Association Study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 33(12), 2147-2153).

Sánchez-Turet, M. (1999). *Enfermedades y Problemas Relacionados con el Alcohol*. Barcelona: Expaxs, S.A.

Sánchez Pardo, L. (2005). Los jóvenes y las drogas de síntesis. *Guía para la prevención del consumo y los riesgos asociados*. Fundación para el Estudio, Prevención y Asistencia a las Drogodependencias. Generalitat Valenciana Consellería, Conselleria de Sanitat.

Santana Cordero, A. (2004). *Formación Integral Humana y Religiosa, Nivel Medio*. Secretaría de Estado de Educación, Santo Domingo, República Dominicana: Anaya.

Santander, S., Zubarew, G., Santelices, L., Argollo, P., Cerda, J. y

Bórquez, M. (2008). Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos. *Revista Médica, Chile*: 136: 317-324.

Santos Fano, M. (2004). Detención e intervención con jóvenes en riesgo en el ámbito escolar. En González Menéndez, A., Fernández Hermida, J.R., y Secades Villa, R., *Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo*. Gijón-España: Gráficas Apel. pp. 94-98.

Santrock, J.W. (2002). *Life-Span Development*. (Eight Edition). New York: The McGraw-Hill Companies, Inc.

Santrock, J.W. (2003). *Psicología del Desarrollo*. En *La Adolescencia*. ((9^{na}. Edición). Madrid: The McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U.

Santrock, J.W. (2006). *Life-Span Development*. (Tenth Edition). New York: The McGraw-Hill Companies, Inc.

Santrock, J.W. (2008). *Life-Span Development*. (Eleventh Edition). New York: The McGraw-Hill Companies, Inc.

Sarin, K., Duhig, A.M. & Cavallo, D. (2008). En Higgins, S. T., Silverman, K. & Heil, S.H. (2008). *Contingency Management in Substance Abuse Treatment*. New York: The Guilford Press.

Schaefer, D. (2002). *Cuando Un Adolescente Toma Drogas y Alcohol*. México: Panorama Editorial, S.A. de C.V.

Scheier, L.M., Botvin, G.J., Griffin, K.W. & Díaz, T. (2000). Dynamic growth models of self-esteem and adolescent alcohol use. *The Journal of Adolescence*, 20: 178-209.

Schroeder, V.M. & Kelley, M.L. (2008) The Influence of Family Factors on the Executive Functioning of Adult Children of Alcoholics in College. *Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 57(3), 404-413.

Schulenberg, J., Bachman, J.G., O'Malley, P.M. & Johnston, L.D. (1994) "High School Educational Success and Subsequent Substance Use: A Panel Analysis Following Adolescents to Adulthood." *Journal of Health and Social Behavior*, 35:45/62.

Schuckit, M.A. (1990). Two decades of alcoholism genetic research reviewed. *The Psychiatric Times. Medicine and Behavior*, 20 (2), 28.

Schwartz, P. D., Maynard, A. M. & Uzelac, S.M. (2008). Adolescent Egocentrism: A contemporary View. *Adolescence*, 43(10), 171.

Scott, W. A., Scott, R. & McCabe M. (1991). Family relationships and children's personality: A cross cultural, cross-source comparison. *British Journal of Social Psychology*, 30(3), 1-20.

Seale, J.P. (2005). *Taller sobre intervención breve para trastornos relacionados con el consumo y la dependencia del alcohol*. Departamento de Medicina Familiar. Medical Center of Central Georgia y Mercer University School of Medicine. Macon, Georgia. (Taller ofrecido en Santo Domingo, República Dominicana en abril del 2005).

Secades Villa, R. (1996). *Alcoholismo Juvenil: Prevención y Tratamiento*. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A.

Seifert, K. L. & Hoffnung, R.J. (1994). *Child and Adolescent Development*. (Third Edition). Boston: Houghton Mifflin Company.

Senra, M. (2000). La Intervención psicopedagógica para la prevención del alcoholismo juvenil. *Studia Académica*. Studia Académica N° 10, 175-198. Revista del Centro Asociado de la UNED en Cuenca.

Senra Varela, M. (2003). Inteligencia Emocional y consumo de alcohol en la adolescencia. En Gómez, L. (Dir.) *Encuentros en Psicología Social*, Universidad de Málaga, Málaga, 1: 194-198.

Senra, M. y Manzano, N. (2003). "Inteligencia emocional y consumo de alcohol en la adolescencia". *Encuentros en Psicología Social*, 1 (2), 194-198.

Senra, M. (2003). Etiología del consumo de alcohol en la adolescencia. Análisis de diversos enfoques y teorías. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 14(1), 83-99.

Senra Varela, M. (2010). Educar en Habilidades Sociales para Prevenir el Abuso de Alcohol en la Adolescencia. *REOP*, 21(2), 423-433.

Senra Varela, M. y Manzano Soto, N. (2003). "Atribuciones causales del abuso del alcohol en la adolescencia: Pensamiento constructivo y Clima Social en la familia". Actas del XI Congreso Nacional de Modelos de Investigación Educativa: "Investigación y Sociedad" Granada, Grupo Editorial Universitario.

Seura, M. M. N. UNED (2003). En Pérez, P. M. (2008). *Los padres tienen la palabra. Guía para la toma de decisiones responsables ante el consumo de alcohol (padres con hijos de 6 a 13 años)*. Madrid: Cerveceros de España, Gobierno de España y Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino. Depósito Legal: M-41786-2008.

Shaffer, D. R. (2002). *Desarrollo Social y de la Personalidad*. Madrid: Thompson Editores Spain.

Shaffer, D. R. (2002). *Developmental Psychology Childhood and Adolescence*. (Sixth edition). California: Wadsworth Thompson Learning.

Shavelson, J., Hubner, J.J. & Stanton, G.C. (1976). Self-Concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46: 407-411.

Smokowski, P.R., Rose, R.A. & Bacallao, M. (2009). Influence of Risk Factors and Cultural assets on Latino Adolescents' Trajectories of Self-Esteem and Internalizing Symptoms. *Child Psychiatry & Human Development*. (Published on line: 12 August 2009, <http://>

springerlink.com.ezproxy.lib.usf.edu/content/u028117587226k751/fulltext.html

Spear, L.P. (2000). The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24(4), 417-463.

Steinberg, L. D, Elmen, J.D. & Mounts, N.S. (1989). Authoritative parenting psychosocial maturity and academic success among adolescence. *Child Development*, 60, 1424-1426.

Steinberg, L. D. y Sheffield Morris, A. (2001). Adolescent Development. *Annual Review of Psychology*, 52, 83-110. (Downloaded from arjournals. Annualreviews.org by University of South Florida on 08/13/09).

Steinberg, L. (2005). *Adolescence*. (Seventh Edition). New York: The McGraw-Hill Companies, Inc.

Steinberg, L., Dahl, R.E., Keating, D., Kupfer, D. J., Masten, A.S. & Pine, D. (2006). The study of developmental psychopathology in adolescence: Integrating affective neuroscience with the study of context. In D. Cicchetti (Ed.), *Handbook of developmental psychopathology* (pp.1-96). New York: Wiley.

Stiglitz, J. (2007). *Making globalization work*. New York: W.W. Norton.

Storm, C. & Storm, T. (1987). A taxonomic study of the vocabulary of emotions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53: 805-816.

Strafstrom, M., Ostergreen, P.O., Larson, S., Lindgreen, B. & Lundborg, P. (2006). A Community Action Programme for reducing harmful drinking behavior among adolescents: the Trelleborg Project. *Journal of Addiction*, 101: 813-823.

treet, S. & Kromrey, J.D. (1994). Differences in Adjustment Issues

for Male and Female Adolescents. *Special Services in the schools*, 8(2), 143-145.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2005). *Results from the 2004 National Survey on Drug Use and Health: National Findings* (NSDUH) Series H-28, DHHS Publication No. SMA 05-406). Rockville, MD: Office of Applied Studies.

Substance Abuse Prevention Services W.I.N.G.S. (An After School Counseling Teen Mentor Program – Community School District Six). (4360 Broadway, 5th floor, New York, N.Y. 10033).

Strauman, T. J. (1996). Stability within the self. A longitudinal study of the structural

Implications of self-discrepancy theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71: 1142-1153.

Sue, D. W. & Sue, D. (2008) *Counseling the Culturally Diverse-Theory and Practice*. (5th Edition). Hoboken, N.J: John Willey & Sons, Inc.

Summerfield, L. M. (2000). Drug and Alcohol Prevention Education. ERIC Digest. ERIC Identifier: ED330675. Source: ERIC Clearinghouse on Teacher Education Washington DC.

Sureda García, I. (2001). *Cómo Mejorar el Autoconcepto*. Programa de Intervención para la mejora de habilidades socio-personales en alumnos de Secundaria. Madrid: Editorial CCS.

Szaluta, J. (2001). *Psychohistory: Theory and Practice*. New York: American University Studies, pp.203-204.

Tabakoff, B. & Hoffman, P. (1988). Genetics and biological markers of risk for alcoholism. *Public Health Reports*, 103: 690-697.

Tarter, R. (1988). Are there inherited behavioral traits that predispose to substance abuse? *Journal of Consulting and Clinical*

Psychology, 56: 189-196.

Tarter, R. E., Vanyukov, M., Kirisci, L., Reynolds, M. & Clark, D.B. (2006). Predictors of marijuana use in adolescents before and after licit drug use: Examination of the gateway hypothesis. *American Journal of Psychiatry*, 63(12), 2134-2140.

Tesser, A. (2002). Constructing a niche for the self: A biosocial, P.D.L. approach to understanding lives. *Self and Identity*, 1: 185-190.

Thain, M. y Hickman, M. (2000). *The Penguin Dictionary of Biology*. (Tenth Edition). London: Penguin Group

The American Heritage Dictionary of the English Language. (Fourth Edition). Boston: Houghton Mifflin Company. (2000).

The Children's Hospital. *Cambiando la imagen de atención médica, de un niño a la vez*. (2009). (www.texaschildrenshospital.org).

The National Institute on Drug Abuse (NIDA) - National Institute of Health - U.S. Department of Health & Human Services. December 4, 2004.

Thesaurus of Psychological Index Terms. 9th ed. Washington, D.C.: The American Psychological Association. (2001, pág. 46)

Thomas, B.S. (1996). A path analysis of gender differences in adolescent onset of alcohol, tobacco and other drug use (ATOD), reported ATOD use and adverse consequences of ATOD use. *Journal of Addictive Disease*, 15: 33-52.

Thompson, R. (1999). The individual child: Temperament, emotion, self, and personality. En Dacey, J. S. & Travers, J. F. (2006). *Human Development across the Lifespan*. (Sixth Edition). New York: McGraw- Hill Companies, Inc.

Thoresen, C. E. (1998). Spirituality, health and science: The com-

ing revival? In S. R. Roemer, S. R. Kurpius, & C. Carmin (Eds.), *the emerging role of counseling psychology in health care* (pp. 409-431). New York: Norton. En Sue, D. W. y Sue, D. (2008) *Counseling the Culturally Diverse-Theory and Practice*. (5th Edition). Hoboken, N.J: John Willey & Sons, Inc.

Tseng, W.S. (1991). *Handbook of Cultural Psychiatry*. San Diego, California: Academic Press.

Turner, A.P. (2000). Family risk factors for alcohol-related consequences and poor adjustment in fraternity and sorority members: exploring the role of parent-child conflict. *Journal Studies on Alcohol*, 61(6), 618-826.

Urberg, K., Goldstein, M.S. & Toro, P.A. (2005). Supportive relationships as a moderator of the effects of parent and peer drinking on adolescent drinking. *Journal of Research on Adolescence*, 15: 1-19.

U.S. Department of Health and Human Services. The Surgeon General's Call to Action to Prevent and Reduce Underage Drinking: Una Guía de Acción para la Comunidad- *A Guide to Action for Communities*. U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General, 2007.

Van Der Meer Sanchez, Z. & Aparecida Nappo, S. (2007). From the First Drug to Crack:

The Sequence of Drugs Taken in a Group of Users in the City of Sao Paulo. *Substance Use & Misuse*, 42: 177-188.

VandenBos, G. R. (2007). *APA Dictionary of Psychology* (1st Ed.) Washington, D.C.: American Psychological Association.

Véliz Burgos, A. L. (2010). Dimensiones del Autoconcepto en Estudiantes Chilenos: Un Estudio Psicométrico. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad del País Vasco. España: (Tesis no publicada).

Veronie, L. & Fruehstorfer, D. B. (2001). Gender, Birth Order and Family Role Identification among Adult Children of Alcoholics. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social* Spring, 20(1), 53-67.

Von Eye, A., Bogart, G.A. & Rhodes, J.E. (2006). Variable-oriented and person-oriented perspectives of analysis: The example of alcohol consumption in adolescence. *Journal of Adolescence*, 29: 981-1004

Wagner, H.L. (2003). *Alcohol (Drugs, the Straight Facts)* Philadelphia: Chelsea House Publishers.

Walter, H., Gutiérrez, K., Ramskogler, K., Hertling, I., Dvorak, A. y Lesch, O.M. (2003). "Gender-Specific Difference in Alcoholism: Implications for Treatment". *Archives of Women's Mental Health*, 6:253-268.

Washton, A. M. & Zweben, J. E. (2006). *Treating alcohol and Drug Problems in Psychotherapy Practice*. New York: The Guilford Press.

Wegscheider, S. (1981). *Another Chance. Hope and Health for the Alcoholic Family*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.

Wells, S., Mihic, L., Tremblay, P.F., Graham, K. & Demers, A. (2008). Where, with whom, and how much alcohol is consumed on drinking events involving aggression? Event-level associations in a Canadian national survey of university students. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32(3), 1-12.

Welte, J. W., y Barnes, G. M. (1985). Alcohol: The Gateway to other drug use among secondary-school students. *Journal of Youth and Adolescence*, 14, 487-498.

Westreich, L.M. (2009). Biology Psychology in the Treatment of Addiction. *Journal of Primary Psychiatry*, 16(8): 40-46.

Wetherill, L., Schuckit, M. A., Hesselbrock, V., Xuei, X., Liang, T.,

Dick, D. M., Kramer, J., Nurnberger Jr., J.I., Tischfield, J.A., Porjesz, B., Edenberg, H.J. & Foroud, T. (2008). Neuropeptide Y Receptor Genes Are Associated With Alcohol Dependence, Alcohol Withdrawal Phenotypes, and Cocaine Dependence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32(12), 2031-2040.

Wild, L.G., Fisher, A.J., Bhana, A. & Lombard, C. (2004). Associations among adolescents risk behaviors and self-esteem in six domains. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(8), 1454-1467.

William, J. (1890). *The Principles of Psychology*. New York: Holt.

Williams, T.G. (1996). Substance Abuse and Addictive Personality Disorders. En *Handbook of Relational Diagnosis and Dysfunctional Family Patterns*. Canada: John Wiley & Sons, Inc.

Wong, C. J., Silverman, K. y Bigelow, G.E (2004). En Higgins, S. T., Silverman, K. & Heil, S.H. (2008). *Contingency Management in Substance Abuse Treatment*. New York: The Guilford Press.

World Health Organization. (1952). Expert Committee on Mental Health (Alcoholism Subcommittee). In World Health Organization Technical Report Series, 48: 3-39.

Xuei, X, Flury-Wetherill, L., Dick, D., Goate, A., Tischfield, J., Nurnberger, J. Jr., Schuckit, M., Kramer, J., Kuperman, S., Hesselbrock, V., Porjesz, B., Foroud, & Edenberg, HJ. (2010). GABRI and GABRR2, Encoding the GABA- A Receptor

Subunits p1 and p2, Are Associated with Alcohol Dependence. *American Journal of Medical Genetics, Part B* 153B: 418-427.

CONSULTAS DE INTERNET

A Guide Action for Communities (2007). To prevent and reduce underage drinking what is mean to you? Extraído de: <http://www.surgeongeneral.gov/topics/underagedrinking/CommunityGuide.pdf>.

Ayuntamiento de Valencia. *Regidoría de Sanitat I Consum*. Plan Municipal de Drogodependencias (PMD). www.valencia.es/pmd

Center for Science in the Public Interest Alcohol Policies Project Publication. Extraído de: <http://www.cspinet.org/alcohol/>.

Center on Alcohol Marketing and Youth. (2006). *Still growing after all these years: Youth exposure to alcohol advertising on television, 2001-2005*. Washington D.C: Center on Alcohol Marketing and Youth. www.camy.org

CELADE/CEPAL Comisión Económica para América Latina (CEPAL). Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) www.cepal.org

Consejo Nacional de Drogas (CND): Secretaría de Estado de Educación. Departamento de Orientación y Psicología – Programa de Educación Preventiva Integral (PRODEPI).

Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA) <http://www.conapofa.gov.do/> 809-566-5866

Banco Central de la República dominicana www.bancentral.gov.do

Guía para la Prevención de Drogas de Estudiante a Estudiante. Santo Domingo, D.N. (Orden Departamental 5'97/Pág. 44, 2003).

[http://www.medicinet.com/script/main/art?articlekey=35014&page=3\(03-08-2006\)](http://www.medicinet.com/script/main/art?articlekey=35014&page=3(03-08-2006)).

[edicineNet.com](http://www.medicinet.com)

<http://oas.samhsa.gov/a>_____

<http://www.worldlingo.com/ma/enwiki/es/Neuropeptide>

<http://www.babylon.com/definicion/haplotype/Spanish>).

<http://www.vidahumana.org/vidafam/Violence/brevedef-code-pend.html>

<http://www.medicinet.com> [lifescript.com/Soul Self/Grow/ The New Normal](http://lifescript.com/Soul%20Self/Grow/The%20New%20Normal)

[Healingfrom a Dysfunctional Family.aspx?gclid=CMHrn](#), October 16, 2006.

National Institutes of Health (NIH) (2007).

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) (1990, 2005, 2009) <http://www.NIAAA.nih.gov>

National Survey on Drug Use and Health National Survey on Drug and Health (2005).

Nacional Survey on Drug Use and Health (NSDUH) <http://www.Samhsa.gov/> SHIM (2004).

National Survey on Drug Use and Health (2005).

Oficina Nacional de Estadística (ONE) www.one.gob.do/
809-682-7777/investigaciones www.one.gob.do/ 809-
682-7777/proyecciones

Organización Mundial de la Salud, <http://www.who.int/substance-abuse/terminology/who-lexicon/en/>.

Oficina Nacional de Estadística (ONE) www.one.gob.do/
809-682-7777/investigaciones www.one.gob.do/ 809-
682-7777/proyecciones (809) 688-9700

Secretaría de estado de Educación (ahora es Ministerio de Edu-

cación) <http://www.see.gov.do/portalsee/index.htm> (809)
688-9700

<http://www.see.gov.do/portalsee/planificacion/documentos/Nuevos%20Documentos/Secretaria%20de%20Estado%20de%20Educaci%C3%B3n%20Ejecuciones%201970-2009.pdf> (809)
688-9700

www.al-anon.alateen.org/Spanish (2005/2010)

www.Big Brothers" o "Big Sisters.com o bbb.org

www.texaschildrenshospital.org

ANEXO NO. 1

Carta enviada al Distrito Seis solicitando permiso para implementar el Programa W.I.N.G.S. en este trabajo de investigación

December 1, 2005
Community School District 6
4360 Broadway, 5th floor
New York, NY 10033

Attention: Ms. Francesca Peña
Community School Superintendent

Dear Ms. Peña

I am pursuing a Doctoral in Educational Psychology and Human Development at Valencia University (Spain) in conjunction with "La Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD)" of the Dominican Republic. At the present time, I am writing my thesis on the prevention of alcoholism among adolescents.

While I was employed at District Six, I had the opportunity to implement a Substance Abuse Prevention Services W.I.N.G.S. (An after school counseling Teen Mentor Program) in a junior high school of this District while I was conducting research for my Masters in Guidance and Counseling.

I would like to ask your permission to use the above Program in the High School in Villa Tapia, Dominican Republic. Once I obtain your permission, I will translate all the material to Spanish in order to facilitate a better understanding to the students who are going to be participants in this research.

I look forwards to hearing from you.

Very truly yours,

Ana Floripe Jiménez (Tejada Beato)

ANEXO NO. 2

Traducción de esta carta al español por la autora de esta investigación

Diciembre 1, de 2005

Superintendencia Escolar y Comunal del Distrito Seis
4360 Broadway, 5to Piso
New York, N.Y 10033

Atención: Señora Francesca Peña
Superintendente Comunal y Escolar del Distrito Seis.

Apreciada Señora Peña:

Actualmente estoy haciendo un Doctorado en Psicología Educativa y Desarrollo Humano en la Universidad de Valencia (España) en conjunto con La Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) de la República Dominicana.

Durante el tiempo que trabajé en el Distrito Seis, tuve la oportunidad de implementar un programa de Prevención de Abuso de Substancia conocido con el nombre de W.I.N.G.S. (consistía en ofrecer consejería y orientación acerca de este tema a estudiantes por las tardes después de las clases) en una escuela intermedia perteneciente a este Distrito. Este trabajo me sirvió para conducir mi investigación cuando hacia la tesis de mi Maestría en el área de Consejería y Orientación.

Me gustaría obtener su permiso para usar este Programa W.I.N.G.S. en la escuela secundaria de Villa Tapia, en la República Dominicana. Una vez obtenga éste, traduciré al español todo el material para facilitarle una mejor comprensión a los estudiantes que van a participar en esta investigación.

Esperando su pronto respuesta le saluda muy atentamente,

Ana Floripe Jiménez (Tejada Beato)

ANEXO NO. 3

Carta del Distrito 6 aprobando usar el Programa W. I. N. G. S.



THE NEW YORK CITY DEPARTMENT OF EDUCATION

JOEL I. KLEIN, *Chancellor*

Region 10
4360 Broadway
New York, New York 10033
(917) 521 - 3700

Gale Reeves, *Regional Superintendent*

Martha Madeta, *Regional Deputy Superintendent*
Francesca Peña Community School District Six Superintendent/LIS

December 20, 2005

Dear Ms. Jimenez,

I give you permission to use W.I.N.G.S., the substance abuse prevention program, in the High School you would like to target in Villa Tapia, Dominican Republic. Feel free to translate the material into Spanish.

Good luck in the pursuit of your Doctoral Degree. Your work to prevent alcoholism among adolescents is very valuable. Please let me know if there is anything else I can do for you.

Sincerely,

Francesca Peña

Francesca Pena
Superintendent, Community School District 6
4360 Broadway
N.Y, N.Y 10033

ANEXO NO. 4

Traducción de la carta del Distrito Seis autorizando el permiso para usar el Program W.I.N.G.S. en esta investigación
Departamento de Educación de la Ciudad de New York
Joel I. Klein, Secretario de Educación de la Ciudad de New York
(Canciller)
Regional 10
4360 Broadway
Gale Reeves, Superintendente Regional
New York, N.Y 10033
Martha Madera,
Superintendente Regional Por Áreas
(917) 521-3700
Francesca Peña,
Superintendente Comunal del Distrito Escolar #6.

Diciembre 20 del 2005

Apreciada Señora Jiménez:

La autorizo para implementar el Programa de Prevención de Abuso de Sustancia Controladas W.I.N.G.S., en la Escuela Secundaria que usted ha seleccionado en Villa Tapia República Dominicana. También puede traducir este material al español. Buena suerte en su Programa de Doctorado. Su trabajo para prevenir el alcoholismo con los adolescentes es muy valioso. Por favor déjeme saber si hay algo más en lo que yo pueda ayudarle.

Sinceramente,

Francesca Peña.
Superintendente Comunal del Distrito Escolar #6.
4360 Broadway
New York, N.Y 10033

ANEXO NO. 5

Carta de información al Director del Liceo Jaime Molina Mota.



Secretaría de Estado de Educación
DISTRITO EDUCATIVO 07-07
VILLA TAPIA, R.D.

03 noviembre del 2008

Lic. Sandy Goris Solano
Director Liceo Jaime Molina Mota
Su Despacho

Señor Director:

Por este medio le informamos que hemos autorizado a la Lic. Ana Floripe Jiménez (Tejada Beato) a impartir en ese Centro Educativo que usted dirige, una serie de Talleres acerca de la "Prevención del Alcohólicismo", con estudiantes de 4to. de Bachillerato durante el presente mes de noviembre. Además de estos talleres, la Lic. Jiménez aplicará cuestionarios antes de los talleres, al terminar éstos y en marzo del año dos mil nueve (2009).

Este trabajo es realizado por la Lic. Jiménez como parte en la elaboración de su Tesis Doctoral.

Esperamos de usted la mayor cooperación en la realización de la aplicación de estos Talleres.

De usted, muy atentamente,

Lic. Juana Migdalia Vásquez
Directora Distrito Educativo 07-07

ANEXO NO. 6:

Carta de información a la Directora del Liceo Salomé Ureña.



Secretaría de Estado de Educación
DISTRITO EDUCATIVO 07-07
VILLA TAPIA, R.D.

03 noviembre del 2008

Lic. Escolástica M. Cáceres
Directora Liceo "Salomé Ureña" (Las Guázumas)
Su Despacho

Señora Directora:

Por este medio le informamos que hemos autorizado a la Lic. Ana Floripe Jiménez (Tejada Beato) a impartir en ese Centro Educativo que usted dirige, una serie de Talleres acerca de la "Prevención del Alcoholismo", con estudiantes de 4to. de Bachillerato durante el presente mes de noviembre. Además de estos talleres, la Lic. Jiménez aplicará cuestionarios antes de los talleres, al terminar éstos y en marzo del año dos mil nueve (2009).

Este trabajo es realizado por la Lic. Jiménez como parte en la elaboración de su Tesis Doctoral.

Esperamos de usted la mayor cooperación en la realización de la aplicación de estos Talleres.

De usted, muy atentamente,

Lic. Juana Migdalia Vásquez
Directora Distrito Educativo 07-07

ANEXO NO. 7:
Carta de información a la Directora del Liceo Hermanas
Mirabal.



Secretaría de Estado de Educación
DISTRITO EDUCATIVO 07-07
VILLA TAPIA, R.D.

03 noviembre del 2008

Lic. Maris Rita Disla
Directora Liceo "Hermanas Mirabal
Su Despacho

Señora Directora:

Por este medio le informamos que hemos autorizado a la Lic. Ana Floripe Jiménez (Tejada Beato) a aplicar tres Cuestionarios en ese Centro Educativo que usted dirige a los estudiantes de 4to. de Bachillerato durante el mes de noviembre (dos) y el último en marzo del año 2009.

Este trabajo será realizado por la Lic. Jiménez como un complemento de su Tesis Doctoral.

Esperamos de usted la mayor cooperación en la realización de este trabajo que llevará a cabo la Lic. Jiménez.

De usted, muy atentamente,

Lic. Juana Migdalia Vásquez
Directora Distrito Educativo 07-07

ANEXO NO. 8: Cartas enviadas a los padres solicitando permiso para que su hijos-as participaran de manera voluntaria en el programa de prevención del alcoholismo

Fecha_____

Querido Padres o tutores:

Me gustaría informarles que estoy preparado mi Tesis Doctoral en Psicología Educativa y Desarrollo Humano para la Universidad de Valencia España en conjunto La Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD). Como trabajo de esta Tesis deseo implementar un Programa de Prevención Del Alcoholismo. Este Programa se llevará a cabo en la Escuela de su hijo-a.

La implementación de este Programa durará cinco sesiones de aproximadamente dos horas cada sesión. Su hijo/a aprenderá los efectos físicos y psicológicos del alcohol en los individuos al igual que el daño que éste produce a la familia y a la sociedad.

Si usted tiene alguna pregunta en relación a este programa por favor deje su mensaje y su número de teléfono con la Secretaria de la Escuela donde asiste su hijo/a.

Sinceramente,

Ana Floripe Jiménez (Tejada Beato)

Por favor retorne este permiso a la maestra de su hijo/a.

Doy permiso a mi hijo/a

_____ para participar en el Programa de Prevención del Alcoholismo.

No doy permiso a mi hijo/a

_____ para participar en este Programa.

Nombre del Padre o

Tutor _____ Fecha

Firma del Padre ANEXO NO. 9: Instrumento - "Autoconcepto
Forma AF5 de los autores Fernando García y Gonzalo Musitu
(2001).

ANEXO NO. 9:
Instrumento - "Autoconcepto Forma AF5 de los autores
Fernando García y Gonzalo Musitu (2001).



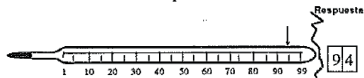
UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

SEXO: ___ (1 = MUJER; 2 = HOMBRE) EDAD: ___ AÑOS CURSO: _____ NOMBRE DEL CENTRO: _____ LUGAR DE RESIDENCIA: _____

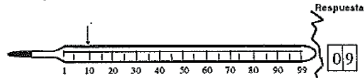
I N S T R U C C I O N E S
G E N E R A L E S

A continuación encontrará una serie de frases. Lea cada una de ellas cuidadosamente y conteste según su criterio seleccionando el lugar correspondiente del termómetro.

Por ejemplo, si una frase dice: "La música ayuda al bienestar humano" y Ud. está **muy de acuerdo**, marcará un nivel alto. En este caso la respuesta está en el nivel 94.



Por el contrario si Ud. está **muy poco de acuerdo** elegirá un nivel bajo, en este caso la respuesta está en el punto 9.



No olvide que en el termómetro existen muchas opciones. Para ser más precisos, Ud. tiene en el termómetro 99 posibilidades de responder. Escoja la que más se ajuste a su criterio.

Recuerde: CONTESTE CON LA MÁXIMA SINCERIDAD.

AF5

Hago bien los trabajos escolares (profesionales)...		1
Hago fácilmente amigos.....		2
Tengo miedo de algunas cosas.....		3
Soy muy criticado en casa.....		4
Me cuido físicamente.....		5
Mis superiores (profesores) me consideran un buen trabajador.....		6
Soy una persona amigable.....		7
Muchas cosas me ponen nervioso.....		8
Me siento feliz en casa.....		9
Me buscan para realizar actividades deportivas.....		10
Trabajo mucho en clase (en el trabajo).....		11
Es difícil para mí hacer amigos.....		12
Me asusto con facilidad.....		13
Mi familia está decepcionada de mí.....		14
Me considero elegante.....		15
Mis superiores (profesores) me estiman.....		16
Soy una persona alegre.....		17
Cuando los mayores me dicen algo me pongo muy nervioso.....		18
Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problemas.....		19
Me gusta como soy físicamente.....		20
Soy un buen trabajador (estudiante).....		21
Me cuesta hablar con desconocidos.....		22
Me pongo nervioso cuando me pregunta el profesor (superior).....		23
Mis padres me dan confianza.....		24
Soy bueno haciendo deporte.....		25
Mis profesores (superiores) me consideran inteligente y trabajador.....		26
Tengo muchos amigos.....		27
Me siento nervioso.....		28
Me siento querido por mis padres.....		29
Soy una persona atractiva.....		30

ANEXO NO. 10:

Instrumento para coleccionar los datos relacionados con la ingesta de alcohol en la adolescencia de las autoras Elvira Repetto y María P. Senra (1998).

CLASE-----SEXO (FEMENINO) O (MASCULINO)
EDAD-----

INSTRUCCIONES: Rodea con un círculo las respuestas adecuadas. Este cuestionario es completamente anónimo.

1. ¿Cuántos hermanos sois?

01 1, 2, 3, 4, más de cuatro.

2. ¿Con quién vives actualmente?

01 Con mis padres

02 Con uno de mis padres

03 Con mis abuelos

04 Vivo sólo

05 En una pensión, residencia, etc.

3. ¿Cuál es tu situación actual?

01 Estudio exclusivamente

02 Trabajo a tiempo parcial

03 Hago trabajos temporales y estudio

04 Tengo un trabajo fijo y estudio

4. ¿Cuáles son los estudios de tu padre?

01 Menos de primarios

02 Primarios

03 Medios o comerciales

04 Técnicos de grado medio

05 Universitarios (grado superior)

06 Otros ¿Cuáles?

5. ¿Cuál es la profesión de tu padre?
- 01 Empresario (propietario empresa)
 - 02 Ejecutivo
 - 03 Técnico superior
 - 04 Administrativo
 - 05 Técnico cualificado de grado medio
 - 06 Trabajador cualificado
 - 07 Trabajador no cualificado
 - 08 Sus labores
 - 09 Parado
 - 10 Jubilado, incapacitado o fallecido
6. ¿Cuáles son los estudios de tu madre?
- 01 Menos de primarios
 - 02 Primarios
 - 03 Medios o comerciales
7. ¿Cuál es la profesión de tu madre?
- 01 Empresaria (propietaria empresa)
 - 02 Ejecutiva
 - 03 Técnico superior
 - 04 Administrativa
 - 05 Técnico cualificado de grado medio
 - 06 Trabajadora cualificada
 - 07 Trabajadora no cualificada
 - 08 Sus labores
 - 09 Parada
 - 10 Jubilada, Incapacitada o fallecida
- 8 ¿Cuál es a tu parecer el ambiente de tu familia?
- 01 Tus padres están separados
 - 02 Tus padres no se llevan bien
 - 03 No tienen problemas
 - 04 Están muy unidos
9. ¿Qué relación tienes con tus padres?
- 01 No hay comunicación
 - 02 Distante (hablamos poco)
 - 03 Con reservas (hay cosas que no digo)
 - 04 Amistosa (les cuento mis problemas)

10. ¿Qué tipo de educación recibiste de tus padres?

- 01 Despreocupada e indiferente
- 02 Disciplinaria y rígida
- 03 Me dieron mucha libertad
- 04 Me han responsabilizado

11. ¿Quién te informó de temas como sexo, alcohol, drogas, etc.

- 01 Algún amigo
- 02 En el colegio
- 03 Una persona informada
- 04 Mis padres

12. Si tienes alguna duda sobre estos temas ¿A quién recurre para aclararla?

- 01 A un amigo
- 02 Busco información en libros o revistas
- 03 A otra persona
- 04 A mis padres

13. ¿Has recibido información sobre alcohol y sus efectos?

- 01 No la he recibido
- 02 La recibí en el colegio
- 03 La recibí en otro lugar
- 04 La recibí de mis padres

14. Di lo que consideras verdadero o falso sobre el hábito de consumir alcohol en los jóvenes:

- 01 Beber poco nunca hace daño
V F
- 02 Bebiendo poco nunca te habitúas
V F
- 03 Beber es malo para estudiar
V F
- 04 El alcohol hace daño al organismo
V F
- 05 Estimula para divertirse
V F

- 06 Produce daños cerebrales
V F
- 07 Es perjudicial en los jóvenes
V F
- 08 No es aconsejable nunca
V F

15. La información que tienes del alcohol ¿Dónde la recibiste?

- 01 En mi grupo de amigos
- 02 En la TV o un periódico
- 03 En un libro o revista especializada
- 04 En una conferencia o seminario
- 05 En otro lugar

16. Con la información que tienes sobre el alcohol crees que:

- 01 Desconozco los efectos del alcohol
- 02 Necesito ampliar mi información
- 03 Tengo algunas dudas
- 04 Es suficiente y completa

17. ¿Cuál consideras el cauce adecuado para recibir este tipo de información?

- 01 No la considero necesaria
- 02. En asociaciones o clubs juveniles
- 03. En el colegio por personal especializado
- 04. Los padres o familiares

18. ¿Por qué razón consumes alcohol?

- 01 Porque se pasa bien
- 02 Para tener amigos
- 03 Porque me satisface beber
- 04 Inducido por otras personas
- 05 Nunca me lo he planteado

19. ¿Por qué crees que otros jóvenes no beben?

- 01 No se lo han planteado
- 02 No se atreven con experiencias nuevas
- 03 En su ambiente no se consume alcohol
- 04 Lo consideran peligroso

- 05 Hay cosas que les interesan más
- 06 Un joven no debe beber alcohol

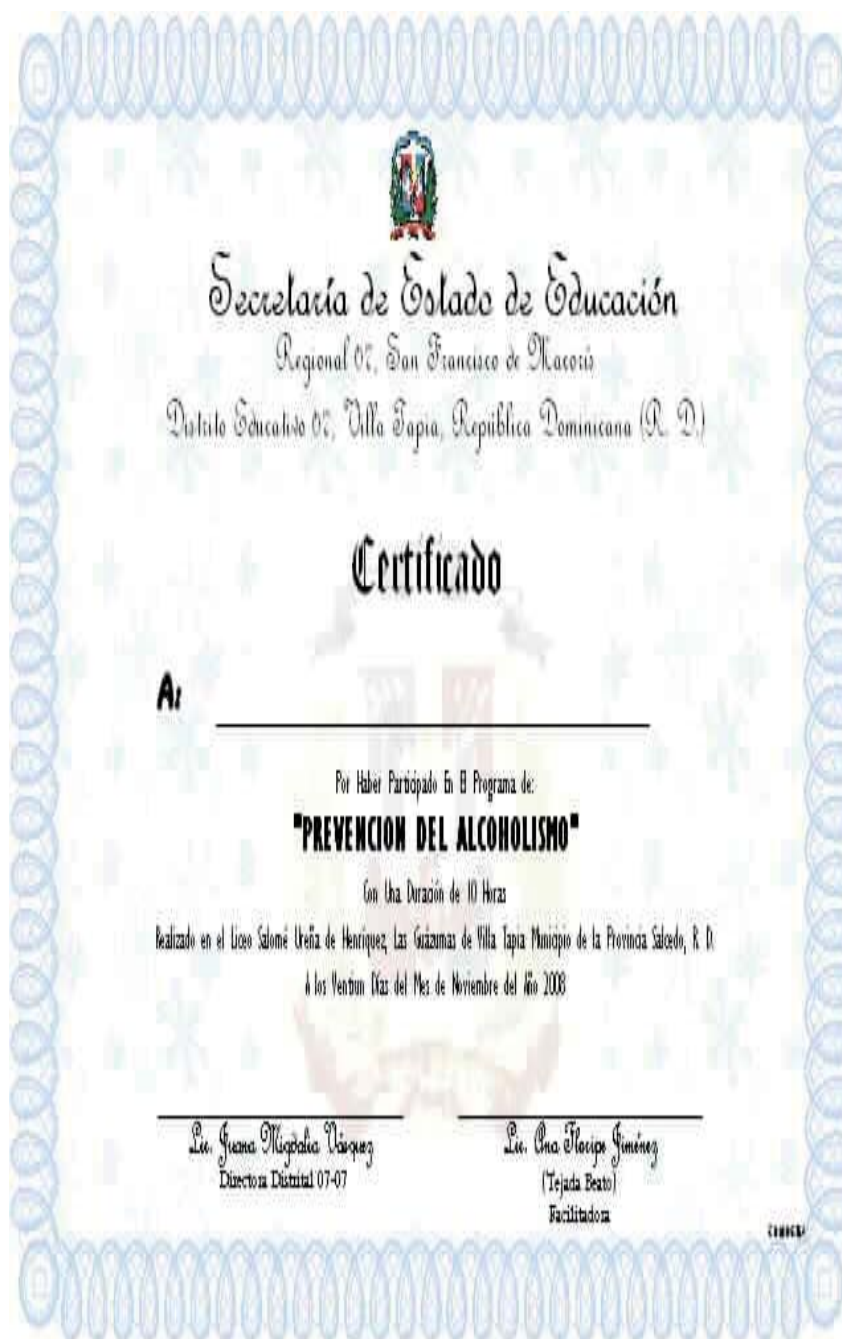
20. ¿Cuántos de tus amigos o compañeros beben habitualmente?

- 01 Todos
- 02 La mayoría
- 03 Algunos
- 04 Ninguno

21. ¿Cuántos de tus amigos se emborrachan el fin de semana?

- 01 Todos
- 02 La mayoría
- 03 Algunos
- 04 Ninguno

ANEXO NO. 11:
 Certificado del Liceo Salomé Ureña de Henríquez.



ANEXO NO. 12:
Certificado del Liceo Jaime Molina Mota.



Anexo # 13:

CD acerca del componente del Programa WINGS – (Historia Real – "Real Story" Véase en el Capítulo VII [acápite7.3]). Esta parte fue traducida y adoptada a los talleres impartidos a los estudiantes participantes de esta Tesis.

Anexo # 14:

Direcciones y Agencias en el Internet para consultas:

Estados Unidos y Canadá

National Institute on Drug Abuse (www.drugabuse.gov)

NIAAA–National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
(www.niaaa.nih.gov)

SAMHSA –Substance Abuse and Mental Health Services
Administration ([hhp:findtreatment.samhsa.gov](http://hhp.findtreatment.samhsa.gov).)

SAMHSA's National Clearinghouse for Alcohol And Drug
Information

American Council for Drug Education (www.Acde.org)

Al–Anon/Alateen (www.Al-anon-alateen.org)

Leadership to Keep Children Alcohol free
(www.Alcoholfreechildren.org/gs/tats/)

Alcoholics Anonymous (www.Alcoholics-anonymous.org)

Children of Alcoholics Foundation (www.Coaf.org)

PREVELINE (www.health.org)

KidsHealth (www.Kidshealth.org)

National Youth Ant–Drug Media Campaign
(www.Mediacampaign.org/kidsteens/)

National Association for Children of Alcoholics
(www.Nacoa.org)

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
(www.niaaa.nih.gov)

National Library of Medicine (www.Nlm.nih.gov)

Alcohol History Database(www.Scc.rutgers.edu/alcohol-history)

Science Daily (www.Sciencedaily-com)

Families Anonymous (www.familiesanonymous.org)

Go Ask Alice (www.goaskalice.columbia.edu)

Alcohol Medical Scholars Program
(www.alcoholmedicalsolars.org)

Brown University Center for Alcohol and addition Studies–
Brown University (www.caas.brown.edu)

<http://www.sa.ua.edu/Counseling/Self-help/dysfunc.htm>

Student against Destructive Decisions (SADD)
(www.saddonline.com)

Anexo # 15: Sinopsis Sociodemográfica de la República Dominicana.

(Este anexo #15 está extraído y copiado exactamente del internet).

Características sociodemográficas

La República Dominicana está ubicada en las Antillas Mayores, ocupa la parte central y oriental de la antigua isla La Española que la comparte con la República de Haití. Su extensión territorial es de 48,442 Km². El país limita al norte con el océano Atlántico, al este con el canal de la Mona (que separa esta isla de la de Puerto Rico), al sur con el Mar Caribe y al oeste con Haití. Cuenta con un Distrito Nacional y 31 provincias.

El español es el idioma oficial del país. La economía de la República Dominicana se basa principalmente en el turismo y las zonas francas. También es importante la agricultura, que engloba a cerca de la mitad de la población activa del país, y el sector minero.

El panorama demográfico de la República Dominicana revela importantes cambios en los últimos años. Según estimaciones realizadas por CELADE, la población de la República Dominicana alcanza la cifra de 9,755,954 habitantes en el 2009 que es casi el doble de la de 1970. Es decir que el país necesitó de 34 años para duplicar su población.

La densidad poblacional, indicador que representa el número habitantes por kilómetros cuadrados varió de 11.5 Hbts/Km² en 1920 a 201.39 para el año 2009.

La tasa de crecimiento poblacional ha experimentado un profundo descenso, pasando de 19.1 por mil habitantes en el período 1990-1995 a 17.04 en el quinquenio 2005-2010 , como consecuencia de cambios en los patrones reproductivos,

caracterizándose por un crecimiento acentuado de la población urbana del país, debido, fundamentalmente, a migraciones internas del campo a las ciudades de mayor desarrollo social y económico, en especial hacia la ciudad de Santo Domingo (Capital de la República) y Santiago de los Caballeros.

Producto de una alta movilidad rural, el porcentaje de personas que residen en ciudades aumentó de manera significativa, pasando de 50%, en 1980, a 65.8% en el 20092, radicándose en la Provincia de Santo Domingo y en el Distrito Nacional alrededor de un tercio de la población.

El hogar dominicano promedio está integrado por algo más de 4 personas (4.2), a diferencia de las casi 6 que tenía en 1984.

Transitamos por una población predominantemente joven, con una reducción en el peso relativo de los menores de edad con respecto a la población total, un aumento significativo en las proporciones de jóvenes y adultos y un porcentaje creciente de las personas de edades avanzadas

Estimaciones demográficas recientes establecen que la estructura de la población dominicana es fundamentalmente joven. El porcentaje de menores de 15 años se redujo sustancialmente pasando de 45.3% en el 1975 a 33.7% en el 20092.

Como efecto de reducciones importantes en la fecundidad y mortalidad infantil, se origina un progresivo aumento de la sobrevivencia de los dominicanos y dominicanas. La proporción de personas que integran la tercera edad (65 años y más) es cada vez mayor, representa el 6.3% por ciento de la población en el año 20092. La Esperanza de vida de los dominicanos y dominicanas se estima en 72.24 años para el período 2005-2010 siendo esta superior en las mujeres (75.45 años) en relación a la expectativa de vida de los hombres (69.12 años)

El Sistema educativo dominicano

La Secretaría de Estado de Educación es el órgano del Poder Ejecutivo en el ámbito de la Educación, es el ente público ejecutivo encargado de orientar y administrar el sistema educativo nacional y de ejecutar todas las disposiciones pertinentes de la Constitución de la República, de la vigente Ley de Educación N°66-77, de las leyes conexas y los correspondientes reglamentos, en lo relativo a los niveles, subsistemas y modalidades Inicial, Básico y Medio.

El sistema educativo dominicano está dividido en tres niveles fundamentales.

El nivel Inicial que está dirigido a la población infantil comprendida hasta los 6 años. De acuerdo a la Ley vigente, el último año será obligatorio y se inicia a los 5 años (Art. 33, Ley No. 66-97).

El Nivel Básico se inicia ordinariamente a los 6 años de edad y tiene una duración de 8 años; es decir, debe atender a la población de 6 a 13 años de edad; el Estado debe ofrecerlo en forma gratuita.

Por su parte, el nivel medio, posterior al nivel básico, está enfocado a la población entre 14 y 18 años. Tiene una duración de 4 años.

Para el año 2007, se estima que el 8% de la demanda educativa es inicial, el 66% básica y el 21% del nivel medio. El 4.2% de la demanda corresponden a los niveles de Educación especial, Técnico Profesional y Adultos Formal.

Con relación a la matrícula escolar en el sector público es de 2,571,419 estudiantes, de los cuales 67.4% son de procedencia urbana y el 32.6% rural (2007).

La educación media es fundamentalmente urbana (86.72%), La matrícula de la zona urbana es superior en todos los niveles a la prevaleciente en la zona rural.

En la zona rural la mayoría de las escuelas solamente ofrecen

el nivel básico. Los estudiantes que terminan este nivel deben acudir a centros fuera de su comunidad si desean proseguir su formación.

En el sector público existen unas 4,978 escuelas de las cuales el 39% ofrecen el séptimo y octavo grado de la educación básica.

Con relación a la preparación del personal docente en el sector público, se destaca que de un total de 72,818 docentes que había en el 2007, un 92% de los docentes de los niveles de la enseñanza básica y media son titulados.

Personal docente y porcentaje de titulación
según niveles, 2005-2006

Niveles	Total	Con títulos	%
Inicial	3,581	3,190	89.1
Básica	52,163	48,358	92.7
Media General	12,392	11,323	91.4
Otros	4,682	4,104	87.7
Total	72,818	66,975	92.0

Fuente: Dominicana en Cifras, 2008. Oficina Nacional de Estadística

Con relación al gasto público en educación, la Ley de Educación establece como referencia que fuera mayor del 4% del PBI o que represente el 16% del gasto público total. El Gasto Público en Educación (En RD\$) para el año 2008 fue de 27,363,018 millones lo que representa sólo el 2.4% del gasto público en educación respecto al PBI por lo que se puede concluir que el Estado ha acumulado una gran deuda con la educación nacional .

Tabla 5 Relación de gasto en educación con respecto al PIB corriente en millones de Pesos Dominicanos corrientes

Periodo	Presupuesto Gobierno Central en RDS Corrientes	Ejecutado Gobierno Central en RDS Corrientes	Presupuesto SEE en RDS Corrientes	Ejecutado SEE en RDS Corrientes	Porcentaje de Ejecución SEE	Porcentaje de Ejecución SEE como Gasto del GC	Ejecución Gasto en Educación en RDS Corrientes	Porcentaje Ejecución SEE como % Gasto de Educación	Porcentaje de Ejecución Gasto en Educación como % del GC	Presupuesto o de la SEE como % del PIB	Gasto de la SEE como Porcentaje del PIB	Gasto en Educación como % del PIB
2000	50,366,390	50,463,664	8,164,464	7,541,514	92.4%	14.94%	8,522,319	88.5%	16.8%	2.5%	2.3%	2.6%
2001	65,176,720	64,312,220	9,856,995	8,472,325	85.9%	13.17%	10,011,729	84.6%	15.5%	2.7%	2.3%	2.7%
2002	73,961,639	73,850,012	10,848,882	9,151,042	84.3%	12.39%	11,772,437	77.7%	15.9%	2.7%	2.3%	2.9%
2003	82,999,715	93,650,189	11,029,170	9,483,637	85.9%	10.13%	10,091,840	93.9%	10.7%	2.2%	1.9%	2.0%
2004	121,097,478	142,062,221	12,770,606	11,724,659	91.8%	8.25%	11,779,904	99.5%	8.2%	1.4%	1.3%	1.3%
2005	206,593,893	188,832,618	17,091,353	15,352,993	89.8%	8.13%	17,197,603	89.2%	9.1%	1.7%	1.5%	1.7%
2006	239,430,457	220,618,316	19,860,245	17,783,387	89.5%	8.05%	21,462,413	82.0%	9.7%	1.7%	1.5%	1.8%
2007	258,478,547	270,893,211	25,511,782	25,371,066	99.4%	9.37%	29,308,923	86.7%	10.8%	1.9%	1.9%	2.1%
2008	300,889,211	300,889,211	29,244,231	27,363,018	93.6%	9.09%	35,242,690	77.6%	11.7%	1.8%	1.7%	2.2%
2009*	328,999,387		33,432,216				40,178,818			2.0%		2.4%

* Datos en función del presupuesto aprobado 2009

Fuentes: Presupuestos & Ejecución: Presupuesto de Ingresos y Ley de Gastos Públicos del Gobierno Central, e Informe de Ejecución Presupuestaria (1970-2009)

Cruz: Fuentes: Secretaría de Estado de Educación & Banco Central de la República Dominicana (1970-2009)

Tabla 2. Indicadores de cobertura y por nivel. Año 2007-2008.

Indicadores	Matrícula	Población *	Valor indicador
Tasa bruta de matrícula – Nivel Inicial	222,241	549,179	40.47%
Tasa neta de matrícula – Nivel Inicial	194,833	549,179	35.48%
Tasa de asistencia escolar de la población de 5 años	142,507	183,208	77.78%
Tasa bruta de matrícula – Educación secundaria	577,752	739,575	78.12%
Tasa Neta de matrícula – Educación secundaria	365,834	739,575	49.47%
Tasa neta de matrícula – Educación Básica	1366,042	1479,927	92.30%
Tasa bruta de matrícula – Educación Básica	1764,062	1479,927	119.20%
Tasa Neta de matrícula – Educación Básica (sin incluir básica especial y adultos)	1362,556	1479,927	92.07%
Tasa bruta de matrícula – Educación Básica (sin incluir básica especial y adultos)	1652,650	1479,927	111.67%

Fuente: Departamento de Estadística. SEE

* CEPAL / CELADE - División de Población. Boletín demográfico No. 66 de julio de 2000.

PROVINCIA SALCEDO

Provincia de Salcedo o Hermanas Mirabal. El nombre de Hermanas Mirabal para esta provincia fue oficializado a partir de la promulgación de la Ley No. 389-07 de fecha 20 de noviembre de 2007. Fue creada el 3 de marzo de 1952, entrando en vigencia el 16 de agosto del mismo año, bajo la denominación de Provincia Salcedo. El nombre de su municipio cabecera, honra al general restaurador José Antonio Salcedo. Limita al Norte y Oeste por la provincia Espaillat, al Este la provincia Duarte y al Sur la provincia La Vega. (Obtenido de "http://wikidominicana.edu.do/wiki/Provincia_Hermanas_Mirabal")

La Provincia Hermanas Mirabal se compone de tres municipios y dos distritos municipales.



Demografía

Población (2009): 110,804 personas: 55,989 hombres y 54,815 mujeres.

Densidad: 207.9 habitantes/km².

Porcentaje de población urbana: 24.4%.

Municipio principales:

Municipio cabecera: Salcedo, con 49,840 habitantes (14753 urbana y 35087 rural);

Otros municipios: Tenares y Villa Tapia.

Distritos Municipales: Jamao Afuera y Blanco.

Población total de la provincia Salcedo por municipios y zona, 1979

Barrios y Secciones	Población Total	%
PROV. HERMANAS MIRABAL	110804	100.0
ZONA URBANA	27030	24.4
ZONA RURAL	83774	75.6
MUN. SALCEDO	49840	100.0
ZONA URBANA	14753	29.6
ZONA RURAL	35087	70.4
JAMAO ADENTRO	1536	
JAMAO AFUERA	3890	
JAYABO AFUERA	18913	
LOS CACAOS	1177	
PALMARITO	9571	
MUN. TENARES	28432	100.0
ZONA URBANA	8558	30.1
ZONA RURAL	19874	69.9
BOBA ARRIBA	3198	
CANETE	1236	
GRAN PARADA	4244	
PASO HONDO	6522	
EL PLACER	4675	
MUN. VILLA TAPIA	26093	100.0
ZONA URBANA	3262	12.5
ZONA RURAL	22831	87.5
LA CEIBA	3818	
LOS LIMONES	2928	
SAN JOSE	8513	
SANTA ANA	7571	
DIST. MUN. BLANCO (D.M.)	6439	100.0
ZONA URBANA	457	7.1
ZONA RURAL	5982	92.9
BLANCO ARRIBA	5982	

Tabla 4. Provincias con mayores índices de analfabetismo

Provincia	% Analfabetismo	Provincia	% Analfabetismo
Elias Piña	36.1	Peravia	17.7
Bahoruco	30.0	María Trinidad Sánchez	17.1
San Juan	27.2	Sánchez Ramírez	16.4
Pedernales	25.7	Samaná	16.1
Azua	25.2	La Vega	15.4
San José de Ocoa	24.1	Puerto Plata	15.3
Independencia	23.5	Salcedo	14.9
El Seybo	22.2	Duarte	14.6
Monte Plata	20.1	Espailat	14.2
Barahona	19.7	La Altagracia	14.2
Santiago Rodríguez	19.4	San Cristóbal	13.1
Montecristi	19.3	Monseñor Noel	12.8
Hato Mayor	18.2	Santiago	11.6
Dajabón	18.1	San Pedro de Macorís	10.4
Valverde	17.8	La Romana	9.7
		Distrito Nacional	7.5