



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**PREVALENCIA DE LOS PROBLEMAS
INTERNALIZANTES Y EXTERNALIZANTES EN
HIJOS DE PACIENTES CON TRASTORNO POR
CONSUMO DE SUSTANCIAS, INTERNADOS EN
EL “CREIAD” DE LA CIUDAD DE CUENCA”**

Trabajo previo a la obtención de título de Psicología clínica

AUTORAS:

**Andrea Catalina Argudo Astudillo
María de la Nube Ávila Mogrovejo**

DIRECTORA:

Mst. María Fernanda Coello Nieto

**CUENCA- ECUADOR
2020**

DEDICATORIA

A mis padres, quienes día a día me han apoyado, me han alentado para nunca rendirme y lograr cada objetivo que me he propuesto en la vida, a pesar de las dificultades y la distancia.

A mis abuelos, quienes con su amor me han hecho sentir que cada paso que he dado a valido la pena, estado a mi lado desde que 2rindán este reto académico.

A toda mi familia, quienes con su cariño y fortaleza me han hecho sentir capaz de llegar lejos, en especial a María Emilia, quien me ha ayudado a lo largo de mi vida a ser una mejor persona, 2rindándome siempre su apoyo incondicional.

Andrea Catalina Argudo Astudillo

DEDICATORIA

Después de Dios mi familia es lo más importante en mi vida por lo tanto este estudio está dedicado primero a mis padres quienes siempre estuvieron apoyándome en cada una de las etapas de mi vida académica y más en esta que es la última por cumplir.

A mi esposo y a mi hija que a pesar de los días de ausencia y de desvelo nunca me dejaron sola y su apoyo fue fundamental para cada una de mis objetivos plateados.

Dedicó también a mis hermanas y a mi abuelita que juntas me sostuvieron en los momentos duros durante mi vida.

María de la Nube Ávila Mogrovejo

AGRADECIMIENTO

En primer lugar queremos agradecer a nuestros padres, quienes han sido pilares fundamentales durante esta etapa académica.

De igual manera a la Universidad y a los profesores, que día a día nos ayudaron para formarnos y poder llegar a cumplir nuestras metas, en especial a Mst. Fernanda Coello quien nos guió durante el transcurso de este objetivotan importante para poder culminar nuestra vida universitaria.

También al Centro de Adicciones y Tratamiento para Adolescentes y Adultos “CREIAD”, por abrirnos sus puertas para poder realizar la presente investigación.

Las Autoras

RESUMEN

En el presente estudio se examinó a veinte padres internos en el Centro de adicciones y tratamiento para adolescentes y adultos “CREIAD”, con el objetivo de evidenciar la predominancia de problemas internalizadores y externalizadores en sus hijos. Se utilizó el test “Child Behavior Check List”. La percepción de los padres en cuanto a los problemas de manera global de sus hijos e hijas, mostro una predominancia minima de problemas externalizantes sobre los internalizantes. En función a los resultados, las personas que consumian cannabis notaban más problemas en sus hijos en cuanto a rompimiento de reglas (externalizante) y sociales.

El número de hijos no presenta una diferencia en la percepción de los padres, ya que todos notaban alguna alteración, existen algunas diferencias con respecto al sexo de los hijos, escolaridad del padre y estado civil.

Palabras claves: Internalizadores, externalizadores, cannabis, percepción, predominancia.

ABSTRACT

This study examined twenty parents admitted to the Centro de Adicciones y Tratamiento para Adolescentes y Adultos "CREIAD" with the objective of demonstrating the predominance of internalizing and externalizing problems in their children. The "Child Behavior Check List" test was used. The parents' overall perception of their children's problems showed a minimal predominance of externalizing problems over internalizing problems. Based on the results, people who used cannabis noticed more problems in their children in terms of breaking rules (externalizers) and social problems. The number of children does not present a difference in the perception of the parents, since all noticed some alteration. There are some differences regarding the sex of the children, education of the father and marital status.

Keywords: Internalizers, externalizers, cannabis, perception, predominance.




Translated by
Ing. Paúl Arpi

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO	4
RESUMEN	5
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	7
ÍNDICE DE TABLAS.....	9
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	10
1.1. Las Adicciones	11
1.1.1. Datos históricos	11
1.1.2. Concepto de adicciones.....	12
1.1.3. Mecanismo de acción de las drogas.	15
1.1.4. Diagnóstico de Trastorno por consumo de sustancias	18
1.1.5. Factores de riesgo.....	20
1.2. Familia	26
1.2.1. Concepto de familia	26
1.2.3. Tipos de familias y funcionamiento familiar.....	29
1.2.4. Padres y consumo de sustancias.	31
1.3. Problemas externalizantes en niños y adolescentes	32
1.3.1. Definición y clasificación de las conductas.....	34
1.3.2. Factores que influyen en la aparición problemas conductuales	35
1.3.3. Abordaje.....	37
1.4. Problemas internalizantes en niños y adolescentes.....	38
1.4.1. Definición y clasificación de las emociones.....	38
1.4.2. Factores que influyen en la aparición de problemas internalizadores	41
1.4.3. Abordaje.....	42
2. METODOLOGÍA.	44
2.1. Tipo de Estudio	44
2.2. Participantes	44
2.3. Instrumentos	45
2.3.1. Child Behavior Checklist 6/18.....	45
2.4. Procedimiento	46
2.5. Análisis de resultados	47
CONCLUSIONES.....	57
RECOMENDACIONES	58

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Característica de los participantes.....	44
Tabla 2. Problemas emocionales y de comportamiento según nivel de instrucción de los padres	50
Tabla 3. Problemas emocionales y de comportamiento según el número de hijos.....	51
Tabla 4. Problemas emocionales y de comportamiento según la convivencia	51
Tabla 5. Problemas emocionales y de comportamiento según el estado civil	52
Tabla 6. Problemas emocionales y de comportamiento según tipo de sustancia consumida ..	53
Tabla 7. Problemas emocionales y de comportamiento según características de los hijos	54

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Figura 1. Factores internalizantes según la percepción de los padres.....	47
Figura 2 Factores externalizantes según la percepción de los padres con respecto a los problemas de conducta.....	48
Figura 3 Otros problemas, que son percibidos por los padres	49
Figura 4 Problemas de comportamiento en general, según la visión de los padres con respecto a sus hijos.....	50

CAPÍTULO I:

1.1. Las Adicciones

1.1.1. Datos históricos

En el presente capítulo se abordará el tema de las adicciones desde su origen, antecedentes y su repercusión en el ser humano. De igual manera se hablarán de los conceptos básicos desde diversas corrientes de la psicología para poder lograr una visión global.

Según Carmen Moya García, Delegada del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas en España (2009), el uso de sustancias psicoactivas se realiza desde tiempos remotos. La mayoría de las culturas han utilizado estas sustancias con diversos fines que van desde los religiosos hasta los curativos.

En el siglo XIX, en las boticas de Occidente, existían 70.000 remedios hecho a base de fórmulas secretas la mayoría de estas poseían drogas psicoactivas. Entre la cuales destacaron dos sustancias como el alcohol y tabaco, siendo las más conocidas en la región su consumo comenzó a provocar problemas en quienes las usaban con frecuencia. (Torres et al., 2008)

La mayoría de estas sustancias tuvieron un inicio en la medicina, en la cual se resaltaban sus valores curativos y se minimizaba sus efectos colaterales. Siendo esta la causa de que se volvieran populares y se llegaran a comercializar en las boticas si controles hasta inicios del siglo XX.

En cuanto al tabaco no existía conciencia de los problemas que podría producir con su consumo, mientras que con las bebidas alcohólicas ocurría lo contrario debido a que quienes consumían estas sustancias empezaron a presentar cuadros nosológicos tanto agudos como crónicos. (Torres et al., 2008)

National Institute on Drug Abuse, conocido como NIDA por sus siglas en inglés (2018) como antecedentes refiere que durante la mayor parte del siglo pasado, los científicos estudiaron el consumo de sustancias en base a conceptos equívocos. En 1930 se estudia el comportamiento adictivo de las personas, llegando a la conclusión que quienes padecían de dicho trastorno carecían de moral y no se reconocía como un problema de salud, por lo que no se realizaba un plan de tratamiento ni de prevención. (National Institute on Drugs Abuse, 2017)

Debido a los avances científicos en la actualidad se ha podido tener un mejor enfoque sobre los trastorno de abuso de sustancias. En donde se ve relacionado el cerebro en la conducta de consumo compulsivo de drogas. (National Institute on Drugs Abuse, 2017)

1.1.2. Concepto de adicciones.

Según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, DSM 5 (2013) por sus siglas en inglés, la palabra adicción no es utilizada para realizar diagnóstico en esta clasificación debido a que puede mostrar cierta percepción negativa sobre quien la padece al igual que de la sociedad, aunque su uso es habitual en diversos países. Se ha decidido usar una expresión neutra como trastorno por consumo de sustancias, que puede ir desde un estado leve a uno grave. (American Psychiatric Association, 2013)

El National Institute on Drug Abuse (2018).

La adicción se define como un trastorno crónico y recurrente caracterizado por la búsqueda y el consumo compulsivos de la droga a pesar de sus consecuencias negativas.[‡] Se la considera un trastorno cerebral porque genera cambios funcionales en los circuitos del cerebro que participan en la recompensa, el estrés y el autocontrol. Esos cambios pueden durar mucho tiempo después de que la persona deja de consumir drogas (National Institute on Drugs Abuse, 2017)

Por otra la Organización Mundial de la Salud (2004) define a la dependencia como “*La dependencia de sustancias es un trastorno crónico, y a menudo recurrente, que con frecuencia concurre con otros trastornos físicos y mentales*”. La dependencia de sustancias es tratable, sostiene un informe de expertos en neurociencias» (Organización Mundial de la Salud, 2014)

Definición y clasificación de la drogas.

Las sustancias psicoactivas puede modificar el equilibrio de los procesos neuroquímicos del cerebro. El consumo durante esta etapa de maduración puede traer consecuencias a largo plazo, ya que también puede verse comprometido el proceso sináptico. Por ello es importante evitar el consumo a edades tempranas. (Organización de los Estados Americanos, 2013)

La cannabis sativa es una de las sustancias psicoactivas con mayor difusión debido a sus usos en la medicina y su reciente despenalización con fines recreativos. (Organización de los Estados Americanos, 2013)

Su uso con fines terapéutico está en desarrollo en países como Estados Unidos y algunos de Europa, los estudios realizados han mostrado diversos resultados. (Organización de los Estados Americanos, 2013)

En Colombia en el año 2017, se realizó un estudio sobre la Regulación del uso de marihuana con fines medicinales. El método usado fue un enfoque cualitativo mediante una entrevista semiestructurada, la cual se aplicó a 15 expertos. En donde se llegó a la conclusión de que se debe debatir más sobre sus pros y contras, ya que su uso a largo plazo puede causar problemas en el sistema nervioso central. (Calderón et al., 2017)

El tetrahidrocannabinol (THC) es el compuesto activo del cannabis sativa, este compuesto afecta a la regulación de emociones, atención, memoria y percepción. El consumo frecuente y recurrente de marihuana eleva las posibilidades de que aparezca sintomatología psicótica, depresiva y en ciertos casos conductas suicidas. (Organización de los Estados Americanos, 2013)

Investigaciones recientes como la realizada en Londres en el año 2005 hasta el 2010 confirman que el consumo de cannabis a edad temprana, más el genotipo AKT1 aumentan el riesgo de que padecer un cuadro psicótico (Di Forti et al., 2012).

La cocaína es un estimulante que tiene una alta capacidad para volverse adictiva, está sustancia psicoactiva es extraída de las hojas de la planta *Erythroxylon coca*. Su uso causa una variedad de efectos peligroso para el ser humano tanto a corto como largo plazo (National Institute on Drug, 2010).

Un ejemplo de lo mencionado anteriormente se encuentra en un estudio realizado en Chile en el año 2018, el cual se realizó con el fin de comparar el rendimiento neuropsicológico de un grupo de personas dependiente a la pasta de base de cocaína, el estudio fue realizado con una muestra de 27 personas, en el grupo experimental y 16 en el grupo control. Se usaron diversos test neurológicos. El resultado arrojado halló que el grupo experimental poseía un rendimiento menor en la curva de aprendizaje y una escala mayor con relación a las subescalas de desinhibición y difusión ejecutiva en la Escala de Comportamiento Frontal. (Vallejo, 2019)

La cocaína es comercializada en la calle en forma de un polvo blanquecino, conocido comúnmente como “coca”, “nieve”, “dama blanca”. Por lo general los traficantes de esta droga suelen mezclarla con otras sustancias, como el azúcar, talco entre otras. Mientas sus

consumidor combinan la cocaína con heroína esta mezcla es conocida como “speedball”. (National Institute on Drug, 2010)

El alcohol es una sustancia que causa aproximadamente 2,5 millones de muertes a nivel mundial. Llega a causar más cincuenta tipos de enfermedades, su consumo en grandes cantidades de manera frecuente y prologada llega a representar un elevado riesgo para la salud. (Organización de los Estados Americanos, 2013)

La evidencia muestra que sus inicios de consumo son a los 15 años aproximadamente, lo cual llega al consumidor a tener mayor probabilidad de llegar a desarrollar dependencia. Ya que su consumo a edad temprana y en cantidades mayores, llega a alterar las estructuras cerebrales y sus funciones. Causando problemas de cognición y aprendizaje. (Organización de los Estados Americanos, 2013)

Un estudio realizado en la Universidad Tecnológica de Pereira, con el fin de conocer la dependencia a bebidas alcohólicas en los estudiantes en el año 2008. Mediante el test CAGE con una muestra de 947 estudiantes. Arrojó que el 16.35% de estudiantes presentaban dependencia mientras que 20.57% tenían riesgo de padecer dependencia. (Betancur et al., 2011)

Alucinógenos son sustancias psicoactivas que generan alucinaciones, es decir, alteran la percepción de la realidad de quien las consume. Por lo que las personas suelen ver imágenes, escuchan sonidos y suelen presentar sensaciones que se pueden considerar reales a pesar de que no existan. Algunos de estos alucinógenos pueden hacer que se presentes fluctuaciones del estado de ánimo. (National Institute on Drug, 2003)

Entre la sintomatología que presenta quien consume de esta droga está, una alteración del estado de ánimo, percepción, hambre, cambios en su temperatura corporal, comportamiento sexual. (National Institute on Drug Abuse, 2003)

La LSD es la droga más conocida dentro del grupo de alucinógenos, de igual manera es la droga más usada. (National Institute on Drug Abuse, 2003)

Opiáceos es una sustancia usada dentro de la medicina con el fin de tratar el dolor siendo este en tipo de analgésico. Están elaborados en base al opio. Este tipo de sustancia puede llegar a causar dependencia, la cual se caracteriza por un deseo persistente e incontrolable por consumir dicha sustancia. Se estima que existen 15 millones de personas en el mundo con dependencia a los opioides según un informe emitido por la OMS. Su uso en dosis elevadas puede llegar a ocasionar depresión y en ciertos casos la muerte. (Organización Mundial de la Salud, 2014)

En Bilbao, España se realizó un estudio con el fin de determinar la efectividad del tratamiento con Buprenorfina como reemplazo de la metadona en pacientes dependientes a los opiáceos, los resultados presentados durante los tres meses de cambio de tratamiento mostraron una disminución significativa en el consumo de opiáceos ilegales. Llegando a la conclusión que el cambio de tratamiento en pacientes adictos a los opiáceos, por buprenorfina ya que se logra la misma adherencia, llegando a mejorar la calidad de vida de los pacientes. (Fuentes et al., 2017)

1.1.3. Mecanismo de acción de las drogas.

En los procesos adictivos el cerebro humano adquiere una neuroadaptación bioquímica y neuronal así como una neuroadaptación funcional, es decir, en la dinámica integradora de las funciones cognitivas y ejecutivas o volitivas. (Conde, Ustárroz, Landa, y López-Goñi, 2005). Las sustancias psicoactivas interfieren con la forma como las neuronas reciben, envían o procesan las señales que transmiten los neurotransmisores. Las drogas tienen la capacidad de activar neuronas porque su estructura química tiene un efecto similar a un neurotransmisor natural del organismo, adhiriéndose a los receptores de las neuronas y activándolas. Sin embargo, las sustancias psicoactivas no activan las neuronas de la misma manera que un neurotransmisor químico pero producen sensaciones placenteras, enviando mensajes anormales a través del impulso nervioso. (Granados, Estrada y Hernández, 2019)

El potencial adictivo de las sustancias psicoactivas, actúa sobre uno de los sistemas del cerebro que intervienen en aspectos de recompensa y motivacionales, este es el sistema

mesolímbico cortical. El neurotransmisor dopamina (DA) media los efectos gratificantes de una sustancia al actuar sobre vías de comunicación del sistema mesolímbico cortical (Gonzalez y Matute, 2013)

Las sustancias psicoactivas afectan diversos sistemas de neurotransmisión, pero particularmente, la funcionalidad del sistema dopaminérgico. Cuando se inicia el consumo de distintas drogas produce un incremento de las concentraciones extracelulares de la dopamina, sin embargo, cuando se convierte en algo crónico, produce un decremento de la funcionalidad de este sistema (SD) que da lugar a cambios neuroadaptativos en las vías mesolímbicas y mesocorticales (Gonzalez y Matute, 2013)

Existen cuatro vías en la transmisión dopaminérgica, cada una con su función: la mesolímbica, que actúa en la conducta motivada y en procesos de aprendizaje; la mesocortical, en funciones cognitivas; la vía nigroestriatal, en procesos de control motor y la hipotálamo-tubero-infundibular. En trastornos conductuales como las adicciones, la vía mesolímbica interviene ya que se vincula con conductas de tipo impulsivo y ante el reforzamiento de ciertas sustancias de abuso. La vía mesocortical se relaciona con la regulación de procesos de información, atención selectiva, memoria de trabajo, planeación y lenguaje (Gonzalez y Matute, 2013).

Las neuronas dopaminérgicas localizadas en el área tegmental ventral se proyectan al núcleo accumbens, en especial a la zona conocida como Shell, y se activan al ingerir drogas al estimular el sistema de recompensa. Las dos regiones que integran el núcleo accumbens (Core y Shell) son sitios primarios en la medicación farmacológica y de estímulos condicionados en el consumo de drogas de abuso (Gonzalez y Matute, 2013).

En un estudio de la Universidad Nacional Autónoma de México del año 2017, se identificó indicadores situacionales neurobiológicos y cognitivos que caracterizan la conducta adictiva, en especial la del alcohol. Se utilizó el Test de Identificación de Trastornos Relacionados con el Uso de Alcohol AUDIT y el Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol ISCA. Con estos, se pudo describir la manifestación de indicadores situacionales ligados al sistema de recompensa, ya que demuestran conductas que resultan gratificantes y

facilitan el aprendizaje de estímulos contextuales relacionados con la sustancia. (Zambrano y Meneses, 2013)

Los resultados fueron los siguientes:

En los resultados para ambos sexos, se encontró que los porcentajes predominantes fueron: momentos agradables con otros (tendencia central 14.9); y Malestar Físico (tendencia central 15.4), particularmente en hombres; mientras que, en mujeres se manifestó con mayor frecuencia la categoría Momentos Agradables con Otros (tendencia central 14.9); y Necesidad Física (tendencia central 3.2). Dichos indicadores se pueden interpretar como un mayor riesgo del consumo de alcohol, el contexto en el que se encuentra la persona, la dependencia física y psicológica, para que el individuo desarrolle una vulnerabilidad encaminada hacia el consumo (Zambrano y Meneses, 2013)

La conducta adictiva tiene diferentes explicaciones, una de ellas se centra en que estos comportamientos son el resultado de un desencaje entre tres sistemas neuronales singulares que interactúan intensamente. (Campos, 2017)

El primer sistema es el impulsivo, cuyas bases biológicas están en el sistema neural dopaminérgico estriado-amigdalino: sistema de recompensas automático, donde interviene la toma de decisiones, ya sea recompensas no naturales o naturales, a través de cambios en las características físicas de la dopamina en la señalización de la recompensa, y la función tónica de los niveles de este neurotransmisor. (Campos, 2017)

Existe un aumento de la actividad de la dopamina mesolímbica, estimulado por las sustancias psicoactivas refuerza la repetición de comportamientos, influye en los procesos de atención, en el aprendizaje, y el fortalecimiento de las asociaciones de los efectos de refuerzo: un condicionamiento que lleva a un cambio en los objetivos, siendo esto uno de los pilares en la llamada conducta compulsiva. (Campos, 2017)

El segundo sistema es de reflexión, que interviene en la corteza prefrontal, el sistema neural encargado para la toma de decisiones y para la anticipación de las consecuencias de una conducta; controla al sistema impulsivo, este permite que los individuos se conduzcan, mediante el control inhibitorio, hacia objetivos de más largo alcance. (Campos, 2017)

La ínsula es el tercer sistema neural, redes que intensifican la motivación y debilitan el control de la conducta. Esta corteza es primordial para la formación de representaciones interoceptivas, esenciales en los seres humanos para los sentimientos emocionales subjetivos. Esto contribuye que la corteza insular se relaciona tanto en el inicio como el mantenimiento de

la adicción; “al traducir señales interoceptivas de lo uno experimenta subjetivamente como un sentimiento de deseo, anticipación o impulso. (Campos, 2017)

Un estudio publicado en la revista *Brain*, revista científica de Neurología, en el año 2011, comparó datos de un autoinforme y resonancia magnética de comportamiento y estructural, en una muestra de 60 personas. Se comparó las relaciones entre la variación del volumen de la materia gris, la duración del consumo de cocaína y las medidas de impulsividad y compulsividad en el grupo dependiente de la cocaína. Se pudo constatar que estos individuos tenían una estructura anormal de los sistemas corticostriatales y la variabilidad en la extensión de los cambios anatómicos en las estructuras orbitofrontal, insular y estriatal se relacionó con las diferencias individuales en la duración de la dependencia, la falta de atención y la compulsividad del consumo de cocaína. (Ersche et al., 2011)

1.1.4. Diagnóstico de Trastorno por consumo de sustancias

La característica esencial del trastorno por consumo de sustancias es la agrupación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo a pesar de todos los problemas que conlleva la sustancia (American Psychiatric Association, 2013).

Según la Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos DSM5 (APA, 2014), los trastornos relacionados con sustancias abarcan diez clases de drogas distintas: cafeína, alcohol, alucinógenos, cannabis, opiáceos, inhalantes, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes, tabaco y otras sustancias; estas sustancias no son radicalmente distintas entre sí. Cualquier sustancia psicoactiva consumida en exceso provoca una activación del sistema de recompensa del cerebro que se relaciona en el refuerzo de los comportamientos y en la producción de recuerdos (American Psychiatric Association, 2013).

El trastorno por consumo de sustancias se caracteriza por la existencia de un cambio subyacente en los circuitos cerebrales que persiste tras la desintoxicación. Las consecuencias comportamentales de estos cambios cerebrales se pueden evidenciar en las recaídas repetidas y en el deseo intenso del consumo cuando la persona se expone a estímulos relacionados con la sustancia. (American Psychiatric Association, 2013)

Para el diagnóstico se engloban los criterios en el control deficitario, deterioro social, consumo de riesgo y a los fármacos:

El control deficitario compone el primer grupo de criterios (Criterios 1-4):

La persona consume grandes cantidades de sustancia o lo hace durante un tiempo más prolongado del previsto (C1); expresando deseos insistentes de dejar, disminuir o abandonar el consumo y relata múltiples esfuerzos fallidos (C2). La persona invierte una gran parte de su tiempo intentando conseguir la sustancia, consumiéndola o recuperándose de sus efectos, sus actividades diarias giran alrededor de esto (C3); y también existe un deseo intenso de consumo manifestando ansias en cualquier momento, más probable en ambientes consumidos anteriormente (C4). (American Psychiatric Association, 2013)

El deterioro social constituye el segundo grupo de criterios (Criterios 5-7):

El consumo recurrente de sustancias puede conllevar el incumplimiento de los deberes fundamentales en los ámbitos académico, laboral o doméstico (C5), esta situación continua a pesar de problemas en la esfera social o interpersonal. (C6). Se reducen o abandonan importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al consumo de sustancias (C7). (American Psychiatric Association, 2013)

El tercer grupo de criterios se refiere al consumo de riesgo de la sustancia (Criterios 8 y 9):

Puede producirse un consumo recurrente de la sustancia incluso en aquellas situaciones en las que ésta provoca un riesgo físico (C8), consume conociendo su padecimiento físico o psicológico que se originar o exacerbar por esto (C9). El punto clave a la hora de valorar este criterio no es tanto la existencia del problema como el fracaso de la persona en evitar el consumo a pesar de las complicaciones que le provoca (American Psychiatric Association, 2013).

Los criterios farmacológicos conforman el último grupo (Criterios 10 y 11).

La tolerancia se define como el aumento significativo de las dosis de la sustancia para conseguir los efectos deseados, o como una reducción del efecto cuando se consume la dosis habitual. (C10). La abstinencia (C11) es un síndrome que ocurre cuando disminuye la cantidad de la sustancia en una persona que consume de manera prolongada, es probable que consuma tan solo para aliviar los síntomas que produce la abstinencia (C11) (American Psychiatric Association, 2013)

Según la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE 10 (OMS, 1995), la intoxicación aguda es un estado posterior a la administración de una sustancia psicoactiva, que da lugar a modificaciones a nivel de conciencia, de la percepción, cognitivo, afectividad, de comportamiento y en funciones a nivel psicofisiológico. Estas modificaciones se dan por los efectos farmacológicos de la sustancia, que se resuelven con el

tiempo, a no ser que se ha producido daños tisulares u otras complicaciones (World Health Organization, 1995).

El CIE 10 (OMS, 1995), el uso nocivo se define como un patrón de consumo de una sustancia psicoactiva que produce daño a la salud, tanto físico o mental. El síndrome de dependencia, es el conjunto de fenómenos de comportamiento, cognitivos y fisiológicos, que se desarrollan a partir del consumo repetido de una sustancia. (World Health Organization, 1995)

Como diagnóstico diferencial entre dependencia y abuso del consumo de sustancias, los criterios para este último no incluyen la tolerancia, abstinencia, ni el patrón de uso compulsivo, por el contrario, solo se citan las consecuencias dañinas del consumo repetido. (Bilbad, 2014)

1.1.5. Factores de riesgo

Los factores de riesgo se vinculan con el concepto de vulnerabilidad, “definida como la probabilidad que tiene un sujeto para desarrollar un padecimiento, siempre y cuando haya condiciones de riesgo” (Marcos, 2014)

También se dice que un factor de riesgo es “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)”. (Clayton, 1992)

Los resultados de estudios epidemiológicos, sociales, experimentos en neurociencias y diseños experimentales han permitido identificar factores cuyo control o cambio favorecen a una disminución significativa de los problemas vinculados con las sustancias psicoactivas y, por tanto, a elaborar un modelo de análisis y de intervención centrado en los factores de riesgo.

Según el Manual de Drogas y Factores de Riesgo Droyfar (Marcos, 2014), los factores de riesgo son elementos de la vida de una población que se relaciona con las sustancias psicoactivas. (Marcos, 2014). Los factores de riesgo pueden ser:

- **Familiares:** algunos de ellos pueden ser una crianza inconsistente o extremadamente severa; ausencia de relaciones de cariño; conflictos intrafamiliares; aceptación del uso de drogas o alcohol dentro de la familia; consumo de algún tipo de sustancia por parte de los padres; historia familiar de consumo; limitaciones en las funciones de maternidad o paternidad; presencia de psicopatología entre los miembros de la familia;

actividades sexuales precoces y antecedentes de abuso infantil de tipo sexual, físico o psicológico. (Marcos, 2014)

- **Escolares:** Un ambiente hostil, negativo, agresivo y hasta delictivo; falta de normas y de reglas ante el uso de alcohol, tabaco o drogas ilícitas dentro de la institución, comercialización de sustancias psicoactivas; dificultades escolares como desatención, reprobación, inasistencias; fallas en la interpretación de lo que la institución considera como alumnos de alto riesgo.(Marcos, 2014)

Se describen algunos de los factores personales que han sido relacionados con una mayor probabilidad de incidir o no en los consumos problemáticos.

Factores personales relacionados con la incidencia en los problemas o no de consumo

Factores personales

Factores de riesgo

Factores de protección

Elevada búsqueda de sensaciones

Expectativas positivas de sus propias metas

Baja asertividad

Percepción de autoeficacia

Bajo autoestima

Autovaloración positiva

Locus de control externo

Locus de control interno

Elevada necesidad de aprobación social

Autonomía

Baja conformidad a las normas sociales

Interiorización de las normas

Escasa tolerancia a la frustración

habilidades sociales (Comunicación, empatía)

Fuente: (FAD Y PMCD, 2000)

Un estudio realizado en la Universidad Javeriana Colombia, se centró en explicar el efecto de los factores de riesgo personal con el consumo de alcohol. La población con la que se realizó el estudio fue mujeres mayores de edad, de estrato económico medio bajo. Los

resultados muestran que existe una relación entre la autoestima y el alcohol, entre menos autoestima más consumo; también un

La relación entre el alcohol y los eventos estresantes, a mayor presencia de eventos estresantes mayor será el consumo (Castillo et al., 2009)

Consecuencias.

El efecto del alcohol sobre el sistema nervioso central, se debe a su fácil solubilidad en el torrente sanguíneo, y su amplia distribución en todas las estructuras del cerebro. Las consecuencias del consumo crónico del alcohol van desde cambios en las estructuras del cerebro hasta cambios en las sinapsis de la corteza prefrontal (Felman, Meyer, Y Quenzer, 1997) la cual participa en la inhibición de impulsos instintivos como el sexo, el apetito y la ingestión comida, además de modular funciones como la toma de decisiones, el control de impulsos, el seguimiento de normas y reglas, la memoria de trabajo, la atención y razonamiento abstracto y el área tegmental ventral causando daños en los procesos cognitivos y ejecutivos. (González Y Matute, 2013)

Se han realizado estudios por medio de electroencefalogramas en el cual se ha podido observar como el consumo crónico del alcohol ha causado alteraciones en los patrones temporales del sueño, siendo este uno de los síntomas más frecuentes de las personas con dependencia y sobre todo en periodos de abstinencia. Se ha mostrado, que los alcohólicos en comparación a los bebedores ocasionales tiene menos materia gris (Fein et al., 2002) y blanca (Hommer et al., 2001)

El efecto del Cannabis comienza a los pocos minutos de inhalar el humo, ya que el ritmo cardiaco se acelera llegando de 70 a 80 palpitations en un minuto, los vasos sanguíneos que se encuentran en los ojo se comienzan a expandir. (National Institute on Drug Abuse, 2015)

Los resultados de diversos estudios científicos, ha arrojado datos en los que se puede evidenciar que existen riesgos de padecer ataques al corazón en el lapso de la primera hora de haber consumido esta sustancia lo cual incrementa 5 veces más. (Mittleman et al., 2001). Esto se puede explicar ya que el cannabis tiende a elevar la presión arterial en algunos casos y

aumenta el ritmo cardiaco y disminuye la capacidad de la sangre para el transporte de oxígeno. (Thomas et al., 2014). El consumo de cannabis puede llegar a causar hipotensión ortostática, aumentando la probabilidad de desmayarse o caerse. Las personas que consumen de manera regular esta sustancia psicoactiva tiende a desarrollar tolerancia hacia algunos de los efectos cardiovasculares mencionados anteriormente. (Reese, 2014)

El humo del cannabis como del cigarillo, pueden causar irritación en la garganta y pulmones produciendo ataques de tos cuando se usa. El humo contiene sustancias tóxicas que pueden llegar a dañar los pulmones, las personas que fuman de manera frecuente han mostrado mayor cantidad de síntomas de bronquitis crónica a diferencia de las personas que no fuman. (Tashkin, 2013)

Estudios realizados en base a comparación de imágenes en adolescentes que consumen de manera frecuente y lo que no, revelan que quienes son consumidores poseen sinapsis atrofiadas en ciertas áreas del cerebro en especial las que están involucradas con las funciones ejecutivas como son la memoria, aprendizaje y el auto control. (Batalla et al., 2013)

Un estudio longitudinal realizado en Nueva Zelandia, mostro que quienes consumen de manera frecuente y en dosis altas marihuana, con un inicio de consumo en la adolescencia, llevaban a perder hasta 8 puntos de coeficiente intelectual, en su edad adulta. El mismo estudio también muestra que está pérdida del coeficiente intelectual no se puede recuperar por más que la persona haya dejado de consumir en su edad adulta. De igual manera se demostró que quienes comenzaron el consumo de marihuana en la edad adulta no perdieron ningún punto de C.I. (Meier et al., 2012)

Tratar de conocer el impacto real del consumo de marihuana a largo plazo es complicado ya que la mayoría de personas por lo general tiende a consumir más de una sustancia. (National Institute on Drug Abuse, 2015)

Los efectos de consumo de la cocaína se manifiestan de manera inmediata, y desaparecen en tan solo minutos o alrededor de una hora. Las personas que consumen esta sustancia psicoactiva en pequeñas cantidades por lo general tienden a sentirse eufóricos, con

energía, hipervigilantes. La cocaína puede llegar a limitar la cantidad de ingesta de alimentos produciendo mal nutrición y disminuir la necesidad de dormir. Algunos consumidores recurren a su uso con el fin de realizar las tareas simples de manera más rápida. (National Institute on Drug Abuse, 2010)

Desacuerdo a la forma en la que la persona consuma va a depender el tiempo de duración la euforia. Mientras más rápido sea absorbida la sustancia en el cuerpo, más intenso será el “high”, pero por otro lado la duración de la misma será menor. La euforia que se producen cuando una persona inhala cocaína llega a durar entre 15 a 30 minutos en ciertos casos puede llegar a ocasionar hemorragias nasales, ronquera, irritación del tabique, entre otros síntomas fisiológicos a largo plazo. A comparación de cuando se fuma ya que el efecto suele durar alrededor de 5 a 10 minutos. (National Institute on Drug Abuse, 2010)

Por otra parte el consumo de cocaína también se manifiesta con efectos fisiológicos los cuales van desde la contracción de los vasos sanguíneos, pupilas dilatadas, se eleva la frecuencia cardiaca, presión arterial y la temperatura del cuerpo. Cuando se usa en cantidades mayores el nivel de euforia puede llegar a ser mayor, lo cual puede causar comportamientos violentos a causa de la paranoia. Cuando se consume en abuso puede llegar a causar problemas cardiacos y efectos neurológicos graves. En ciertos puede ocasionar la muerte por un paro cardiorrespiratorio o convulsiones. (National Institute on Drug Abuse, 2010)

El cerebro al ser expuesto de manera reiterada a esta sustancia psicoactiva empieza a adaptarse, haciendo que el consumidor cree tolerancia, como consecuencia consume en mayores dosis y mayor frecuencia con el fin de obtener el mismo placer que en sus inicios. Su uso en dosis elevadas puede causar que muchos lleguen a perder el apetito. (National Institute on Drug Abuse, 2010)

El uso de alucinógenos trae consigo varias consecuencias tanto fisiológicas como sociales y física, dentro de las consecuencias físicas está relacionado con contagiarse de hepatitis B y C y VIH, ya que la mayoría de personas consume esta sustancia por vía intravenosa suele compartir su jeringa sin medir el peligro que esto representa para su salud. (National Institute on Drug, 2017)

Los efectos a corto y largo plazo los consumidores de esta sustancia presentan pérdida en la orientación y en el tiempo, pérdida de motricidad en el cuerpo, fluctuaciones del estado de ánimo, al igual que alteraciones psicóticas presentando episodios delirantes, al igual que agresividad e intentos homicidio o suicidio y crisis de pánico. (National Institute on Drug, 2017)

Como consecuencia a largo plazo del consumo de alucinógenos, las personas pueden llegar a presentar “flash-backs”, en donde pueden creer que están viviendo alguna experiencia pasada, esto es parte de los efectos que esta sustancia psicoactiva y se pueden presentar luego de días, meses o años, como respuesta a cualquier otra droga que se consuma, un cuadro de estrés o fatiga, ocasionando a quien consume sensaciones agradables o cuadros de ansiedad. (National Institute on Drug, 2017)

Diferentes investigaciones realizadas mencionan que el uso de alucinógenos interrumpe la comunicación entre varios sistemas químicos del cerebro y de la medula espinal. Cuando se ve involucrado el 5-HT se ve alterado el estado de ánimo, la percepción, sueño, hambre, temperatura corporal, conducta sexual. Mientras algunos alucinógenos interactúan con el glutamato el cual es el encargado de la percepción de dolor, reacción a los estímulos ambientales, emociones y aprendizaje y memoria. (National Institute on Drug, 2017)

Los efectos a corto plazo se empiezan a presentar después de 20 a 90 minutos de consumir y pueden llegar a durar hasta 12 horas. En los cuales se destacan aumento del ritmo cardíaco, náuseas, experiencias sensoriales, pérdida de apetito, boca seca, pánico, trastornos del sueño, psicosis, ansiedad, pérdida de peso (National Institute on Drug, 2017).

Los opiáceos tienden a volverse adictivos debido a su efecto analgésico, además de esta función suelen presentar efectos sobre el organismo, que va desde la euforia, ansiedad, náuseas, sudoración, fatiga, entre otros. Cuando se usa en dosis elevadas, se desencadenan efectos secundarios que pueden ser graves para la salud ya que en ciertos casos deprimen el centro respiratorio del cerebro llegando a ocasionar la muerte por un paro respiratorio. Esta sustancia psicoactiva es altamente adictiva, ya que cuando causa abstinencia presenta diversos síntomas como: náusea, vómito, ataque de pánico, insomnio y fiebre. (Huerta, 2016)

1.2. Familia

1.2.1. Concepto de familia

En este capítulo vamos a abordar el tema de la familia tanto su concepto como los tipos y otros temas importantes, comenzaremos explicando lo que significa la familia para diversos autores.

La familia es considerada dentro de una categoría evolutiva, ya que pasa por diferentes etapas de evolución en las cuales se cumplen con diferentes tareas. (Herrera, 2012)

Este tipo de evolución es conocido como ciclo vital de la familia, las etapas por las cuales transitan las familias son: La etapa de formación en la cual se encuentra la pareja en formación y de da hasta el nacimiento del primer hijo. La etapa de extensión en la cual la pareja se centra en el crecimiento y desarrollo de sus primogénitos. Otra de las etapas es la de contracción en esta etapa de da un reencuentro entre los progenitores todo esto luego de que sus hijos se hayan independizado, viviendo situaciones propias de la tercera edad como la jubilación hasta la viudez. (Herrera, 2012)

Durante su paso por este ciclo la familia tiene que vivir varios acontecimientos denominados transitorios, lo cual hace que el desarrollo de la familia varíe entre períodos de estabilidad y otros de cambio, los cuales son indispensables para poder llegar al desarrollo. En este ciclo también se dan acontecimientos conocidos como paranormativos, estos no tiene relación directa con las etapas de este ciclo, por lo general son los accidentes y pueden llegar a generar crisis. (Herrera, 2012)

Para Carbonell (2012), la familia es un conjunto de personas que participan y negocian los riesgos que pueden traer consigo el pertenecer a la sociedad. (Gómez & Guardiola, 2014)

Por otra parte De Pina (2005), la familia está conformado por un grupo de personas que comparte un parentesco de consanguinidad.

Mientras tanto Rousseau (2008) afirma, “La sociedad más antigua de todas, y la única natural, es la de una familia; y aún en esta sociedad los hijos solo permanecen unidos a su padre todo el tiempo que le necesitan para su conversación. Desde el momento en que cesa esta necesidad, el vínculo natural se disuelve”

Según la psicología y Malde (2012) se puede definir a la familia, “como la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común que se supone duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, en el cual existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia.” (Malde, 2019)

1.2.2. Concepto de Crianza

Para comprender los procesos de socialización y desarrollo infantil las investigaciones sobre la crianza han sido una parte fundamental, se ha enfocado en las relaciones de un niño o de una niña con el sujeto encargado de su cuidado, que puede ser su madre biológica o adoptiva, padre, abuela o abuelo u otro cuidador primario con el cual se relacione de manera consistente. (Martínez y García, 2012)

En el artículo, *Padres y Desarrollo de los Hijos: Prácticas de crianza* (2005) se menciona:

Cuando se relacionan con los hijos y realizan sus funciones, los padres ponen en práctica unas tácticas llamadas estilos educativos, prácticas de crianza o estrategias de socialización, con la finalidad de influir, educar y orientar a los hijos para su integración social. Las prácticas de crianza difieren de unos padres a otros y sus efectos en los hijos también son diferentes. (Ramírez, 2005)

Las prácticas educativas de los padres están determinados por distintos factores que se dividen en tres grupos. El primer grupo está relacionado con el niño: orden de nacimiento, edad, sexo y su personalidad. El segundo grupo comprende características de los padres: experiencia previa como hijos y como padres, sexo, nivel educativo, personalidad, ideas acerca del proceso evolutivo, expectativas de logro que tienen puestos en los hijos. El último grupo está relacionado con la situación en la que se lleva a cabo la interacción: características físicas de la vivienda y contexto histórico. (Ramírez, 2005)

Varios investigadores han identificado tres estilos de educación: a) Padres autoritarios: lo que esperan es obediencia e imponen normas y reglas. b) Padres permisivos: se someten a los deseos de sus hijos, es raro que recurran al castigo y les exigen poco. c) Padres democráticos: son a la vez exigentes y cariñosos. Controlan a sus hijos no solo con normas y órdenes, sino también explicando las razones, les motivan a discutir abiertamente y permitiendo excepciones a las normas. (Myers, 2006)

El concepto de crianza y de influencias parentales en la actualidad implica una concepción más compleja que el propuesto por los primeros modelos, la cual partía de la creencia de que los progenitores moldean niños para funcionar adecuadamente en la sociedad. (Martínez & García, 2012). Se resaltaba el papel de los padres en la formación de los hijos, caracterizado por el poder, afecto y la influencia. Su función era de cuidado y orientación, o

como se pensaba en otras épocas, para civilizar, domesticar y domar desde la visión de autonomía y represión. (Acosta, 2007)

Esta visión se ha ido modificando, y la evidencia contemporánea indica múltiples papeles de los padres que no implican el efecto determinante que los primeros modelos. (Martínez y García, 2012)

En el libro, Manual del Psicólogo de Familia (2014), se habla sobre:

La crianza de los hijos incluye también aspectos tan relevantes como educar en un clima de afecto, apoyo y respeto que facilite el desarrollo de relaciones de apego seguras, el establecimiento de normas y disciplina, enseñar hábitos y estilos de vida saludables, la transmisión de valores o la toma de decisiones importantes. (Carrillo, Uribebarrea, 2014)

También lo que se ha ido modificando al transcurrir el tiempo es el énfasis puesto solo en la madre, ya que existe muchos estudios que refieren que la relación marital influye en el desarrollo de un niño, de igual manera la importancia de la implicación paterna. (Martínez, García, 2012)

En 1930, el amor materno es entendido como “aptitud natural”, siendo el factor primordial para el desarrollo del niño. Es vital que la madre tenga una estabilidad psíquica para prevenir una amplia variedad de miedos y ansiedades infantiles. La era permisiva se centró en la necesidad absoluta de la atención materna junto con el temor a la indulgencia y de sobreprotección de la madre. (Cuesta, 2008)

Las prácticas de la crianza infantil son distintas de acuerdo a las culturas y a un determinado tiempo. En la actualidad, la cultura occidental prefiere la independencia, las familias y las escuelas plantean pensamientos como “son responsables de ustedes mismos, sigan su conciencia”; “sean fieles a sí mismos, descubran sus dones.” Sin embargo, hace 50 años, ponían el acento en la obediencia, respeto y la sensibilidad respecto al otro. Lo que se proponía era la lealtad hacia la herencia y hacia su país, respeto hacia sus padres y a sus superiores. (Myers, 2006)

Asiáticos y africanos valoran la cercanía emocional, fomentan un fuerte sentimiento de pertenencia familiar, si cometen algo vergonzoso avergüenzan a su familia pero si llegan a tener éxito provocan honor en la familia y honor en el sentimiento de sí mismo. La cultura inglesa, por su parte, contratan niñeras para que eduquen a sus niños y luego los envían a escuelas donde a los 10 años los internaban. (Myers, 2006)

1.2.3. Tipos de familias y funcionamiento familiar.

Las familias se pueden clasificar según diversas perspectivas, entre ellas está la clasificación según los límites y jerarquía. (Barbado Alonso, y otros, 2004)

Dentro de esta clasificación podemos encontrar a la familia aglutinada, esta familia se caracteriza por tener límites difusos entre los miembros, están desconectados del exterior lo cual puede llegar a provocar la pérdida de capacidad ante situaciones de estrés. (Barbado et al., 2004)

Por otra parte la familia desligada es la que está formada a base de límites rígidos lo cual hace que la comunicación de sus miembros sea complicada. Este tipo de familia cada miembro goza de autonomía. (Barbado et al., 2004)

Otra clasificación conocida está dada en base a los miembros que constituyen la familia, entre esta encontramos la familia extensa la cual está constituida por miembros de diversas generaciones. Está estructurada en base al legado siendo esta la clave para mantener la familia unida. Por otra parte la familia nuclear está constituida por esposo, esposa y los hijos es decir es una familia más reducida, cuando los hijos crecen se independizan y la familia queda más reducida quedando solo la pareja que se formó al inicio. (Martínez et al., 2013)

En la siguiente tabla se mostraran los tipos de familias actuales.

Tipos de familias	
Familias nucleares	Están compuestas por los dos cónyuges unidos en matrimonio y sus hijos
Familias nucleares simples	Formada por una pareja sin hijos.
Familias en cohabitación	Convivencia de una pareja unida por lazos afectivos, pero sin el vínculo legal del matrimonio.
Hogares unipersonales	Formadas por una sola persona, mujer o varón, ya sea joven, adulta o anciana.

Familias monoparentales	Están constituidas por una madre o padre que no vive en pareja y vive al menos con un hijo menor de dieciocho años.
Familias reconstituidas	Se trata de la unión familiar que, después de una separación, divorcio o muerte del cónguye, se rehace con el padre o la madre que tiene a su cargo los hijos y el cónguye
Familias con hijos adoptivos	Son familias, con hijos naturales o sin ellos, que han adoptado uno o más hijos.
Familias homoparentales	Están constituidas por parejas del mismo sexo: dos hombres o dos mujeres.
Familias polinucleares	Pedres o madres de familia que deben atender económicamente, además de su actual hogar, algún hogar monoparental dejando tras el divorcio.
Familias extensas	Son las familias que abarcan tres o más generaciones y están formadas por los abuelos, los tíos y los primos.
Familias extensas amplias	Están integradas por una pareja o uno de los miembros de éstas, con uno o más hijos, y por otros miembros parientes y no parientes.

Fuente: (Martínez et al., 2013)

Un estudio realizado en México, en el cual participaron 192 adultos se encontró solo 12 de las 16 familias propuestas por Oslon, el 29% de los que participaron en este estudio presentaron un tipo de funcionamiento familiar conectado-caótico, un 20% por su parte presentó un funcionamiento familiar aglutinado-caótico y el 19% conectado-flexible, y el 32% restante fue ubicado en diversos tipos de funcionamiento familiar. (Medellín et al., 2012)

Cuando hablamos de funcionamiento familiar, nos adentramos en la psicología sistémica, abordando las relaciones internas que se dan en la familia en cada etapa del ciclo de vida, para que una familia sea funcional debe lograr satisfacer las necesidades de cada miembro, al igual que los problemas sin ocasionar malestar que pueda alterar el ciclo vital familiar. (Castellón, 2012)

1.2.4. Padres y consumo de sustancias.

Los cambios en las interacciones de las familias y en las pautas de crianza afectan los estilos parentales y el desarrollo socio afectivo en la infancia. Una red familiar y sus relaciones se redefinen permanentemente; las interacciones negativas en las familias pueden ocasionar desajustes psicológicos en los hijos, lo cual dependerá del grado de satisfacción que se tenga por ser padre. De igual forma, los conflictos que viven los padres diariamente debido a funciones relacionadas con la crianza, pueden influir sobre las características de los hijos y su ajuste emocional. (Cuervo, 2010)

Los bebés necesitan formar lazos con otras personas así como también que satisfagan sus necesidades básicas de supervivencia. Aquellos que sufren de negligencia durante su desarrollo padecen de una incapacidad no orgánica para desarrollarse y deficiencias en el funcionamiento emocional. El riesgo aumenta para los niños cuya madre o cuidador principal sufre de depresión, abuso de alcohol o de otras drogas, está bajo gran estrés o no le muestra calidez o afecto. (Papalia y Martorell, 2016)

El consumo de drogas está involucrado por lo menos en una tercera parte de los casos de negligencia y abuso; el abuso sexual está relacionado con otras dificultades familiares como el maltrato emocional, abuso físico, consumo de drogas y violencia familiar. (Papalia y Martorell, 2016)

Se realizó un estudio en el año 2011 en Madrid en la Universidad de Zaragoza, cuyo objetivo fue analizar las relaciones entre la calidad del clima familiar, la autoestima y el consumo de drogas en los adolescentes. La muestra estuvo constituida por 414 adolescentes entre 12 y 17 años, estudiantes en centros educativos de secundaria. Los resultados muestran un papel mediador de la autoestima en la relación entre el consumo de sustancias y el clima familiar del adolescente; pues un clima familiar positivo o negativo potencian o inhiben las autoevaluaciones positivas del joven en los distintos dominios de su vida, las mismas que son variables predictores del consumo de sustancias. (Jiménez, 2011)

Por otra parte, el crecimiento de una persona dentro de un núcleo familiar resulta uno de los fenómenos más complejos de la vida. Cada uno de los factores familiares interactúan de diversas maneras, factores como la relación entre padres, estilos, creencias conflictos, entre otros; resulta en la formación de un estilo particular de interpretar la vida, definirse y la relación con las otras personas. Durante la niñez y la adolescencia los padres juegan un papel primordial en el desarrollo de valores sociales, adoptar actitudes prosociales y respuestas empáticas. (Fantin y García, 2011)

En el siguiente estudio se muestra la existencia de múltiples factores que se presentan en un ambiente de un progenitor con diagnóstico de consumo de sustancias:

Destacan factores vinculados a la unión familiar (aislamiento del adolescente de la familia, falta de relaciones estrechas con sus padres, necesidad no satisfecha de reconocimiento, confianza y amor, rechazo de los padres, vínculos de dependencia, padre no implicado en la familia); conflicto (matrimonial, irresponsabilidad, hogar infeliz, esposa infeliz, discordia familiar, hijos implicados en conflicto matrimonial, alto grado de estrés, trauma); divorcio y ruptura familiar (hogar roto, padres ausentes, hogar de un solo progenitor); disciplina (autocrática o “laissez-faire”, falta de reglas claras o límites, excesivo uso del castigo); moralidad hipócrita (doble ética, negación de los problemas personales de los padres); vacío de comunicación (falta de habilidades de comunicación del adolescente, poca comunicación de los padres con el adolescente).(Fantin & García, 2011)

1.3. Problemas externalizantes en niños y adolescentes

En 1983, Achenbach clasificó las conductas en internalizantes y externalizantes, definiéndolas como características o manifestaciones detectables de una u otra forma en el niño que son riesgosas a distintos trastornos, psicopatologías o conductas anormales, que se producen por una falta de organización de los factores integradores. (Cuervo, 2010)

Cuando hablamos de conductas desviadas del niño, en términos de Achenbach, nos referimos a variaciones cuantitativas normales en determinados periodos evolutivos. En 1978, junto a Edelbrock propusieron el Modelo Multiaxial Basado Empíricamente, que mantienen

diferencias con otras instancias como la OMS y APA, y cuyas taxonomías se basan en hallazgos empíricos y cuyo análisis determina a la contribución de varios factores en un simple resultado. (America, Emperatriz; Villega Benites, 2017). Mientras que el DSM o el CIE se centra en categorías diagnosticas las taxonomías de base matemática permiten organizar los trastornos de una manera jerárquica más simple y al mismo tiempo, se basan en las correlaciones o las covarianzas de síntomas o conductas. (Zambrano y Meneses, 2013)

Achenbach, Edelbrock y Howell señalan dos grupos de problemas: primero las conductas internalizantes, las cuales hacen referencia a las manifestaciones de comportamientos depresivos, ansiosos y problemas somáticos; segundo las conductas externalizantes incluyen problemas relacionados con la falta de atención, agresividad, desobediencia y conducta delictiva. (Alarcón y Bárrig J6, 2015)

El niño o el adolescente manifiesta ciertos patrones de conducta hacia su entorno, es decir, sus padres, maestros y compañeros (Benites, 2017). Achenbach enfatiza la necesidad de obtener opiniones de su funcionamiento desde múltiples fuentes, puesto que, el comportamiento de un adolescente o niño es probable que pueda variar, depende el contexto en el que se manifieste, en este caso el hogar o la escuela. Dicho comportamiento puede ser observado por distintos informantes y su percepción pueda variar, así como la sensibilidad desde la que juzga e informa lo que observan. (Medina et al., 2007)

Por otro lado, una de las conductas externalizantes frecuentes es la agresividad, que en el año 2001 Achenbach y Rescola manifiestan que “una conducta externalizante agresiva consiste en una acción negativa que se produce cuando alguien, de manera intencionada, causa un daño o hiere a otra persona”. (García et al., 2012). Dicho comportamiento inicia en la niñez y puede desarrollar en la edad adulta a formas severas como la conducta antisocial. (García et al., 2012)

Estas conductas se pueden expresar en tres distintas maneras: agresión física, verbal e indirecta, social o relacional, manifestada en acciones como la exclusión, manejo de rumores y el aislamiento social. (García et al., 2012)

También la presencia de problemas de conducta se relaciona con impedimentos en el desarrollo y la adquisición de nuevos comportamientos relevantes para el aprendizaje. (Bolsoni-Silva et al., 2019)

Esto se puede constatar en la investigación realizada en la Universidad Complutense de Madrid, en el año 2012, la cual pretendía determinar si existe relación entre el rendimiento

académico con la presencia de sintomatología externalizante. Como instrumentos se utilizó el test de Matrices Progresivas de Raven, el Autoinforme del Comportamiento de Jóvenes (Youth Self Report for ages 11-18) y el rendimiento académico se evaluó a partir de calificaciones obtenidas en el curso anterior a la evaluación. La muestra estuvo conformada por 153 niños con rendimiento académico alto, medio y bajo, 29 niños exactamente en cada grupo. Existieron correlaciones negativas que muestran que un rendimiento más bajo está relacionado con mayor número de síntomas externalizantes y viceversa. También se demostró que a sintomatología delictiva y la agresiva se correlacionan entre sí. (Navarro & García, 2012)

1.3.1. Definición y clasificación de las conductas

Etimológicamente, conducta es una palabra latina que significa conducida o guiada, es decir, todas las manifestaciones que se comprenden dentro de sí suponen que son conducidas por algo, ya sea interno o externo. (Bleger, José, 2001) El término es utilizado por la mayoría de los sistemas psicológicos, a pesar de que cada uno le otorga su propio significado según la teoría que lo rige. En la actualidad, la Psicología estudia la conducta humana, desde un sentido más completo, no solo la conducta observable. Utiliza métodos científicos con el objetivo de comprender los comportamientos de las personas (Orsini & Bosellini, 2011).

En el libro Psicología (2011), se menciona lo siguiente:

Conducta es todo lo que hace, piensa y siente una persona. Esto es considerar a la conducta como un proceso dinámico (siempre en movimiento, no estático) que surge en una personalidad (forma de ser de alguien) y que está determinada por su medio ambiente (espacio, tiempo, costumbres, etc.) (Orsini y Bosellini, 2011)

“Una de las definiciones de conducta más aceptada es la elaborada por Daniel Lagache, médico psicoanalista francés: Conducta es el conjunto de operaciones (fisiológicas, motrices, verbales y mentales) por las cuales un organismo en situación reduce las tensiones que lo motivan y realiza sus posibilidades” (Orsini y Bosellini, 2011)

El conjunto de operaciones puede ser fisiológicas como transpirar o enrojecer; motrices como saludar, guiñar el ojo; verbales: saludar, gritar; y mentales como recordar o pensar. Organismo en situación es entendido como la persona en su totalidad, en sus aspectos físicos o psíquicos y todas sus situaciones, es decir, sus relaciones con el medio ambiente. El autor con reducción de las tensiones que motivan al hombre y realiza sus posibilidades se refiere que la conducta tiene un carácter adaptativo: frente a las distintas situaciones vividas cada uno responde adecuadamente. (Orsini y Bosellini, 2011)

Según la motivación la conducta puede ser neutra o dirigida a un fin, como las acciones instintivas, experienciales o inteligentes. Según el grado de voluntad, la conducta puede ser impulsiva o voluntaria.

Conducta sin finalidad o neutra: Está constituida por afectos y emociones, implica el componente emocional-comportamiento-virtual contenido en los afectos. Solo sirve de expresión no se orienta a un fin.(Unai, 2009)

Conducta instintiva: acción predeterminada en la constitución hereditaria de la persona, se ejecuta de manera inmediata sin necesidad de experiencia previa ni habituación.

Conducta experiencial: la forma de acción que se basa en la adaptación, en el aprendizaje, en la experiencia. La mayor parte de los comportamientos que sirven para la adaptación humana, se basa en acciones experienciales. (Unai, 2009)

Conducta inteligente: Cuando la adaptación se aplica a la situación dada, la acción se basa en una conducta inteligente. (Unai, 2009)

Conducta impulsiva: Es aquella acción constituida por la realización de un impulso, sin la valoración de las consecuencias, están provocados por impulsos emocionales con ausencia de voluntad consciente y en ciertos casos puede ser complicados.(Unai, 2009)

Conducta voluntaria: Acción en cuya estructura interna interviene la voluntad determinado por “impulsos a la acción, contenidos las tendencias y sentimientos, cómo y en qué medida han de actuar” y puestas en marcha en posibles resistencias. (Unai, 2009)

1.3.2. Factores que influyen en la aparición problemas conductuales

La conducta se describe como inadaptada cuando existe un problema, los motivos varían desde temores crónicos que ocasionan dificultades pero no representan un impedimento hacia la persona hasta la distorsión severa de la realidad que no permite un funcionamiento de manera independiente. Una persona puede presentar cierta vulnerabilidad e incapacidad de afrontamiento ante situaciones estresantes y además de ello, esto representan un motivo de preocupación para el individuo, familia, amigos o la sociedad. (Sarason, 2006)

“Los factores de riesgo son aquellas características, variables o peligros que, en caso de estar presentes en una persona en particular, la hacen más propenso con respecto al resto de la población en general a desarrollar un padecimiento.”(Sarason, 2006)

Estos se pueden presentar en relación a una nueva circunstancia estresante en la vida o una fase de desarrollo de la persona, y pueden residir dentro de una familia, comunidad, institución o individuo. La investigación actual se centra en la interacción entre los factores de

riesgo biológico y de riesgo psicológico, y la forma en que esta relación puede modificarse. (Sarason, 2006)

Tal es el caso de los modelos evolutivos de la psicopatología infantil, los cuales se centran en la compleja interacción de características del niño y el ambiente social, identificando mecanismos de vulnerabilidad y de protección implicados en cada trastorno. De acuerdo a la práctica y a las observaciones clínicas se tiene que tener presente la comorbilidad de síndromes clínicos en el mismo individuo o la concurrencia de síntomas pertenecientes a diferentes entidades clínicas, a partir de ello, se supone que comparten mecanismos biológicos o genéticos de vulnerabilidad en la dimensión externalizante, provocando una deficiencia en la autorregulación de las conductas. (Lemos, 2003)

En las dimensiones psicopatológicas internalizante y externalizante, estudiadas en esta investigación, se menciona que tienen su origen en predisposiciones biológicas específicas hacia determinados trastornos, es decir, existe una predisposición temperamental hacia un espectro psicopatológico. Sin embargo el ambiente siempre será un factor influyente en la psicopatología, por tal motivo Varias investigaciones han indagado en las relaciones causales entre entornos socio-familiares, estilos de crianza o experiencias tempranas con trastornos psicológicos. (Lemos, 2003)

A pesar de ello, esta relación no siempre se llega a cumplir y los resultados no son los esperados, puesto que cualquiera de dichos contextos ambientales concretos muchas veces dan lugar a diferentes patrones disfuncionales, por el contrario, un trastorno psicológico específico parece tener relación funcional con antecedentes ambientales notablemente diferentes.

Por lo tanto se puede concluir gracias a investigaciones y a la observación clínica que el ambiente tiene un rol importante en la evolución y no en el origen de la psicopatología. Ambientes específicos aumentan, mantienen o disminuyen diagnósticos, comportamientos o patrones de síntomas una vez ya manifestados. Todo esto se da por procesos de reforzamiento, de modo que la repetición de determinadas conductas o de síntomas permite su consolidación posterior (Lemos, 2003).

El género es uno de los factores que influyen en la presencia de la psicopatología y los estudios establecen diferencias entre niños y niñas, y en su mayoría, asocian la sintomatología internalizante con la inadaptabilidad temperamental de las niñas, mientras que las conductas externalizantes se relaciona a la resistencia temperamental al control, al castigo parental brusco a los niños. (Navarro y García, 2012)

En la Universidad de San Martín de Porres, en Perú se realizó una investigación con una muestra de 298 estudiantes entre 12 a 18 años, la mayoría cursando el cuarto año de

secundaria y vivían con sus padres y sus hermanos. El objetivo del estudio fue conocer las conductas externalizantes e internalizantes de los adolescentes mediante el autoreporte de jóvenes (Young Self Report). Los resultados muestran que las mujeres puntuaron más alto que los hombres en ansiedad-depresión, problemas de atención, quejas somáticas, problemas de conductas internalizantes, mientras que los hombres puntuaron más alto en romper reglas y conductas externalizantes. (Alarcón y Bárrig Jó, 2015)

La dinámica familiar también es fundamental para el desarrollo evolutivo y biopsicosocial de una persona y por tanto influyente en la aparición de la psicopatología infantil. De ahí la importancia que tienen los padres y sus diversas manifestaciones a través de cumplir roles, actividades, practicas disciplinarias, muestras de cariño, entre otras. Todo ello, va construyendo la salud mental del niño o a la presencia de comportamientos psicopatológicos. (Benites, 2017)

Las percepciones que los padres tienen de sus hijos influyen en su interacción y cuando presentan percepciones negativas los niños pueden desarrollar problemas de ajuste social. También factores como estrés, hostilidad, temperamento negativo, poca cercanía en sus vínculos o inmadurez desarrollan comportamientos agresivos en niños o adolescentes. (García et al., 2012)

Una investigación realizada en la Universidad Javeriana de Colombia en el año 2010, examinó el aporte de tres practicas parentales (estrés parental, trato rudo y el monitoreo) en la explicación de la conducta agresiva en sus hijos. La muestra estuvo conformada por 256 parejas con hijos adolescentes entre 13 y 18 años, que residían en Bogotá y su situación económica era: 32% bajo, 35% medio y un 29% alto. La agresión se evaluó con el Child Behavior Checklist. Los resultados fueron que las actividades de crianza que conllevan estrés se asocia directamente con las conductas agresivas, al mismo tiempo, el trato rudo se correlaciona directamente con dichas conductas. Sin embargo, el trato rudo se asoció de manera inversa con el monitoreo, es decir, cuando los padres están al tanto de las actividades de sus hijos tienden a tratarlos con menor rudeza. El monitoreo por su parte, se relaciona de manera inversa y significativa con la aparición de conductas agresivas en los hijos. (García et al., 2012)

1.3.3. Abordaje

La efectividad del abordaje va a depender la edad del niño o adolescente en el caso de niños pequeños, los programas enfocados hacia la psicoeducación de los padres mientras que para niños de edad escolar en adelante se debería usar técnicas cognitivo-conductuales las

cuales abordan el “equipamiento ejecutivo” como son la memoria de trabajo, la regulación de emociones, resolución de problemas, entre otras.

Otros estudios demuestran que para los niños de edad temprana se puede realizar mediante un Grupo Terapéutico Precoz (GTP), el cual es un programa de intervención en grupo, donde se abordan temas como comportamientos disruptivos, déficit de habilidades sociales, resolución de conflictos sociales, al igual que comportamientos que pueden ser problemáticos en la aula de clases y en la vida diaria del niño. (M. J. Gonzalez, 2018)

Este programa se realiza una vez por semana, con una estructura similar a la que se realiza en las escuelas pero además de esto se ha incorporado el trabajo en habilidades socioemocionales. Con la finalidad de lograr que el niño adquiera conductas adecuadas en el salón de clases y su vida diaria tales como: mantenerse sentado durante las clases, una escucha activa de instrucciones, respetar su turno cuando tiene que participar en clases, poder ser tolerante a la frustración, seguir reglas, solución de conflictos y compartir de forma adecuada con sus pares. (M. J. Gonzalez, 2018)

1.4. Problemas internalizantes en niños y adolescentes

1.4.1. Definición y clasificación de las emociones

Achenbach y Edelbrock (1981) proponen una clasificación de los problemas presentados por niños en base a su sintomatología, entre las cuales se presentan los problemas internalizados que vendrían a ser: angustia, depresión, alteraciones del estado de ánimo, entre otras. (Ocampo y Palos, 2008)

Los problemas internalizadores están determinados por comportamientos y alteraciones a nivel emocional, las cuales están dirigidas hacia el interior, causando daño al propio individuo. (Godínez, 2015)

Betancourt (2007) indicó que los problemas internalizadores son difíciles de detectar a comparación de los problemas externalizados, puesto que sus cambios a nivel emocional no afectan de manera directa a su ámbito social, por lo que no se presta mucha importancia a la gravedad de dichos problemas. (Mazadiego-Infante et al., 2011) Además han sido poco estudiados a comparación de los problemas conductuales en cuanto a los niños. Por lo que no

existen muchas evidencias para poder diagnosticar trastornos emocionales en niños entre 0 a 5 años. (Contreras, 2015)

Los problemas internalizadores pueden llegar a causar malestar a nivel de adaptación y pueden ser perturbadores para quienes lo padecen. Para poder conocer la prevalencia de este tipo de trastornos internalizados depende de varios factores como; la población, el criterio con el que se diagnostica, y el instrumento usado. Los estudios realizados coinciden que las niñas son las que más presentan este tipo de problemas. Los niños con problemas internalizantes son pocas veces referidos a un psicólogo desde el medio escolar, ya que son menos observable sus conductas problemáticas. Pero debido al malestar que esto genera los niños comienzan a bajar sus rendimientos académicos, presentan poca concentración y dificultades en su memoria. (Contreras, 2015)

Los problemas internalizantes están estrechamente relacionados con la adaptación del niño. Por lo que a niveles altos de ansiedad, se relaciona con sus problemas de desadaptación, como son las conductas evitativas. A su mismo a niveles elevados de depresión se asocia con problemas psicosociales como son; dificultades para relacionarse con sus pares, pensamientos y conductas autolesivas, al igual que pensamientos de consumo de drogas. La evidencia nos muestra que los trastornos internalizantes tienen alta comorbilidad con otros trastornos. (Contreras, 2015)

Como es de esperar estos trastornos internalizados incluyen conductas como, ansiedad, depresión, rigidez en las rutinas, al igual que cognitivas con pensamientos obsesivos, perfeccionismo. Achenbach y sus colaboradores clasificaron en tres grupos: Depresión/retraimiento, depresión/ansiedad, quejas somáticas. (Contreras, 2015)

Cuando se trató de hacer concordar la clasificación de los criterios diagnósticos del DSM con el test CBCL, se llegó a reconocer tres síndromes en niños, tales como: Problemas afectivos, problemas somáticos y problemas de ansiedad. (Contreras, 2015)

A continuación se describirán las 4 dimensiones de los problemas internalizadores en niños, descrita por Achenbach.

La primera es retraimiento/depresión, la cual anteriormente era conocida en la literatura como inhibición conductual, problemas interpersonales, retraimiento y timidez. La inhibición hace referencia a ser prudente ante situaciones desconocidas. Los problemas interpersonales

pueden proceder del rechazo de sus iguales. Por otra parte la timidez predecesoras de un sobrecontrol en la conducta; mientras tanto, el retraimiento serian conductas solitarias ante lo personas conocidas como desconocidas. En conclusión se diria que el retraimiento es cuando el niño mismo decide aislarse ante personas familiares, mientras los problemas interpersonales hacen referencia al aislamiento debido a que sus pares lo rechazan. (Contreras, 2015)

Cuando este tipo de retraimiento se produce en la infancia temprana, se pueden diferenciar las siguientes: solitario pasivo, solitario activo y conductas reticentes. Estas conductas tienen algo en general y es que ocurren cuando el niño está en contacto con sus pares. La conducta solitaria pasiva es la exploración de objetos pero aislado de los otros niños o evitandolos, la conducta solitaria activa, implica acciones motrices, con o sin objetos, al igual que dramatizaciones cuando está solo. Esta conducta esta relacionada con la impulsividad. La conducta reticente es asociada a problemas de ansiedad, escasa actividad dentro de grupos y poca destreza para la regulación de emociones negativas. (Contreras, 2015)

En segundo lugar está la ansiedad/depresión, la ansiedad es parte natural del desarrollo en los niños, pero cuando esta se vuelve intensa e incontrolable se relaciona con un elevado nivel de activación a nivel fisiológico. Tanto la angustia como la ansiedad se produce en niños como una reacción ante situaciones de peligro o riesgo, me modo de mecanismo de defensa, por esta razón es importante diferenciar entre lo normal y lo patológico. (Contreras, 2015)

En cuanto a la ansiedad de carácter patológico consiste que un estímulo que es percibido como de amenaza, producta una sensación intensa de malestar, la cual va acompañada de sentimientos de presión en el pecho, temor a volverse loco, que la situación sea incontrolable, hasta la muerte. (Contreras, 2015)

En tercer lugar y no menos importante, están las quejas somáticas, las cuales aparecen, se mantienen o se agravan según factores a nivel psicológico, este tipo de sintomatología no tiene sustento médico por el cual se explique. Estas quejas con síntomas desagradables sentidas en el cuerpo de manera subjetiva (Contreras, 2015)

Por último, se encuentra la reactivación emocional, comprende a niños que se alteran por los cambios, comportamientos de pánico, fluctuaciones del estado de ánimo, tics y tienen de manera frecuente preocupaciones. (Contreras, 2015)

1.4.2. Factores que influyen en la aparición de problemas internalizadores

Según estudios se ha dado a conocer que el factor genético tiene que ver con los comportamientos internalizadores, pero conocer cuanto de este factor contribuye al apareamiento de esta conducta es algo difícil. Sin embargo, hay datos que nos muestra que posiblemente existen algunos factores genético involucrados en la vulnerabilidad para que los niños de ambos sexos lleguen a experimentar sintomatología ansiosa o depresiva. (Contreras, 2015)

Por otra parte la teoría aminobiogénica determina que la depresión esta relacionada a una alteración en los neurotransmisores, motivo por el cual se ha probado la mejoría de los síntomas por medio de antidepressivos tricíclicos. (Contreras, 2015)

La influencia de los factores tanto genéticos y biológicos en cuanto a la conducta internalizada se puede manifestar por medio de la influencia de esta en la personalidad. Entre más retraído y tímido sea el niño en sus primeros años de vida, presentarán síntomas ansiosos en años posteriores. (Contreras, 2015)

Otros factores de riesgo involucrados para la presencia de conductas internalizadas en niños, es el contexto en el que se desarrollan. En cuanto a la parte psicosocial, se han realizado estudios con gemelos dando como resultado que el 70% propensión a presentar ansiedad está dada por factores ambientales, entre los que están hitos importantes como la pérdida de un familiar, abuso, y estilo de crianza en las cuales se limita la independencia del niño. (Contreras, 2015)

También se ha podido observar que los estilos de crianza están asociados con los síntomas internalizantes en niños, como ejemplo podemos notar que los niños que sufren de ansiedad han sido criados por padres excesivamente sobreprotectores, a diferencia de los padres que son cariñosos y que saben como disciplinar a sus hijos de manera adecuada, lo cual reduce la sintomatología ansiosa. Mientras que los niños que son criados por padres autoritarios desarrollan síntomas ansiosos y presentan miedo, tienden a ser más aislados socialmente y vulnerables ante situaciones de estrés ambiental. (Contreras, 2015)

Las situaciones vitales como cambios de Unidad Educativa, deceso de un ser querido, o mudanza, entre otras, actúan como factores precipitantes y mantenedores de la sintomatología ansiosa. (Contreras, 2015)

Los elementos psicosociales relacionados con la depresión en niños, enfatizan que los ambientes familiares donde ellos son víctima de maltrato y abuso pueden producir síntomas depresivos. Otro factor también estudiado es la asociación entre la depresión del niño y la de su madre, siendo esto un factor de riesgo durante la infancia. (Contreras, 2015)

1.4.3. Abordaje

La intervención en caso de problemas internalizadores se basa en varias técnicas que se pueden utilizar desde edades tempranas hasta la adultez.

La correcta educación emocional en los niños, es una de los temas importantes hoy en día en cuanto al desarrollo psicológico. Ya que desde los 5 años de edad, se puede llegar a producir problemas de tipo emocional y al no ser abordados de manera correcta pueden llegar a causar problemas de comportamiento significativos, en donde se llegan a cumplir con los criterios de algunos diagnósticos establecidos por el DSM- IV (2003). (Guevara, 2013)

Una de las técnicas utilizadas para tratar los problemas internalizadores es la Educación Emocional, la cual trata de que la persona sea consciente de sus emociones y saberlas usar de una manera asertiva, para poder sobrellevar los problemas que se presentan durante el ciclo vital y tener una estabilidad a nivel emocional, que le sirva de beneficio para sí mismo y los demás. Esta técnica promueve: la autonomía, la identidad, la autoconfianza; los cuales son los componentes principales para alcanzar un correcto autoconcepto. (Guevara, 2013)

De esta manera, las emociones poseen tres funciones: función adaptativa, en donde la persona busca satisfacer las exigencias propias del ambiente; función social, donde el ser humano expresa sus emociones y entiende el porqué de las conductas de los demás; funciones motivacionales, donde el ser humano encuentra la energía requerida para comenzar a desarrollar actividades por su cuenta. (Guevara, 2013)

Otro modelo de abordaje es la terapia socio-emocional, donde el niño debe aprender a reconocer sus emociones, ya sean positivas o negativas. La primera parte de esta terapia se basa en hacer que la persona este consciente de que padece un problema, por el cual actúa de esa manera, ya que están bajo la influencia de emociones tanto positivas como negativas. Esta técnica nos lleva también por el enfoque de la sistémica-familiar ya que por lo general el malestar está en simultáneo o es originado en la familia. (Guevara, 2013)

La importancia de la regulación de las emociones radica en no dejarse llevar por impulsos y evitar consecuencias a nivel personal como social. Además su importancia también está en la prevención de varias enfermedades puesto que emociones como la ira, estrés,

depresión tienen un efecto directo sobre la salud. En los niños es un proceso continuo y gradual de aprendizaje que va desde emociones simples a complejas, ellos entre más comprenden las causas de las emociones mejor es su manejo y las estrategias de enfrentar las experiencias. Se presenta en edades muy tempranas y se desarrollan con el poder de la imaginación, experimentando estados emocionales ficticios. (Dueñas, 2002)

CAPÍTULO II:

2. METODOLOGÍA.

Prosiguiendo con el estudio, se puntualizará el procedimiento que se llevo a cabo, además se examinará la metodología utilizada para identificar los problemas planteados a priori como son los problemas externalizados e internalizados en hijos de pacientes con trastorno de consumo de sustancias de Centro de Adicciones y Tratamiento para Adolescentes y Adultos (CREIAD). Se realizará una evaluación de la percepción que tienen los padres sobre sus hijos, además se utilizará una herramienta; Child Behavior Checklist (CBCL 6-18). Posteriormente se realizará el análisis de los datos obtenidos el cual nos ayudara a evidenciar predominio de problemas internalizadores y externalizadores en niños de pacientes con trastorno de consumo de sustancia del Centro mencionado anteriormente.

2.1. Tipo de Estudio

El siguiente estudio es de enfoque cuantitativa. El diseño de investigación es relacional, de corte transversal, ya que nos permite medir la predominancia de los problemas internalizadores y externalizadores en hijos de pacientes con trastorno por consumo de sustancias en el Centro de Adicciones y Tratamiento para Adolescentes y Adultos (CREIAD).

2.2. Participantes

En el estudio participaron 20 padres, pacientes del Centro de Adicciones y Tratamiento para Adolescentes y Adultos de la ciudad de Cuenca (CREIAD), en su mayoría casados de edades comprendidas entre los 24 y 53 años con una edad media de 38.1 años (DE=9.0) y con un máximo de 5 internamientos, fueron 11 pacientes uniconsumidores y 9 con un consumo de hasta dos sustancias de forma simultánea, siendo el alcohol el mayormente consumido, seguida por el cannabis y la cocaína; en la tabla 1 se puede observar también que el grado de instrucción de más de la mitad de participantes era el primario, que tenían entre 1 y 7 hijos y las dos terceras partes vivían con ellos; además todos los pacientes mencionaron que sus hijos eran consanguíneos. Los padres analizaron el comportamiento de sus hijos (n=30), 15 hombres y 15 mujeres de entre 6 y 18 años (M=10.9 años; DE=4.5), siendo los 3/5 de hijos en etapa de desarrollo de infancia (De 6 a 11 años)

Tabla 1. Característica de los participantes

Característica de los padres N=20			Características de los hijos n		
Estado civil	Soltero	4	Sexo niño	Hombres	15
	Casado	13		Mujeres	15
	Divorciado	3	Grado instrucción en curso	Primaria (De primero a séptimo de básica)	19
Número internamientos	Uno	12		12	
	Dos o más	8		Secundaria (De octavo de básica a tercero de bachillerato)	
Tipo de sustancia consumida	Cannabis	5			
	Cocaína	5			
	Alcohol	17			
	Otros	2			
Grado instrucción	Primaria	15			
	Secundaria	3			
	Superior	1			
	No contesta	1			
Número hijos	Uno	6			
	Dos	6			
	Tres	7			
	Siete	1			
Convive con sus hijos	No	8			
	Si	12			

Elaborado por: María de la Nube Ávila y Andrea Argudo

2.3. Instrumentos

Los datos para la realización de este estudio fueron recolectados a través de una ficha sociodemográfica en las que se indago: estado civil, número de internamiento, tipo de sustancia consumida, grado de instrucción, número de hijos, sexo de los hijos, grado de instrucción de los hijos, consanguinidad, acompañado de la aplicación del siguiente instrumento: Child Behavior Checklist 6/18.

2.3.1. Child Behavior Checklist 6/18

Para la recolección de datos sobre los hijos de los pacientes se usará el Child Behavior Checklist(CBCL 6/18) de Achenbach (1991) el cual es un instrumento estandarizado para registrar los problemas de comportamiento y competencias sociales de niños entre 6 a 18 años de edad por medio de información que será proporcionada por los padres de los mismo. (Achenbach, 1991, Sardinero, Pedreira, y Muñoz, 1997).

Los puntos fuertes de este test son su sencilla aplicación y fácil comprensión para los padres, al igual que su sencilla corrección para los profesionales de la salud mental, ya que cuenta con un programa que no permite generar puntuaciones en las diversas escalas.

El test consiste en 118 ítems los cuales son puntuados por los padres de los niños y adolescentes en el cual se describen problemas emocionales y el comportamiento específico. También cuenta con dos ítems abiertos los cuales se utilizan con el fin de describir problemas adicionales.

Un estudio de Rescorla, Achenbach, IvanovaDumenci, Almqvist, Bilenberg examinaron la consistencia interna del test, se realizó en cada una de las escalas en 31 sociedades y se observó los efectos de género, sociedad y edad en la versión 2001 que consta de 11 escalas. Otro estudio de Ivanova, Achenbach, Dumenci, Rescorla, Almqvist y Weintraub probaron la estructura de los ocho síndromes del test en 30 sociedades, no incluyeron a Estados Unidos. A pesar de que la estructura se ajusta a todas las sociedades cuando se prueban de manera separada, esto no significa una universalidad de la psicopatología del niño y se sugiere que se puede incrementar reactivos que manifiesten síndromes particulares de una o varias sociedades. (Andrade, Betancour, Y Alma, 2010)

2.4. Procedimiento

Después de obtener el permiso pertinente y realizar las gestiones correspondientes, se dio a conocer el motivo por el cual se llevará a cabo la investigación sobre prevalencia de los problemas externalizadores e internalizadores en los hijos de los pacientes con trastorno por consumo de sustancias del Centro de Adicciones y Tratamiento para Adolescentes y Adultos, para así obtener la ayuda participación y la aplicación de los reactivos al igual que ejecución del estudio.

1. Con la ayuda de los Psicólogos encargados, se elige la muestra acorde a los criterios pautados anteriormente, durante los meses de Mayo a Agosto del presente año.
2. Se dará a cada participante un consentimiento informado, para lograr la aprobación del mismo. De la misma manera se llenara en conjunto con ellos la ficha sociodemográfica.
3. De manera individual se dará paso a la aplicación del cuestionario CBCL 6/18, el mismo que requiere de un tiempo aproximado 30 minutos, con el fin de evaluar cuales son los problemas conductuales y emocionales que presentan los hijos de los participante.

4. Análisis de la información mediante el programa SPSS Statistics, para obtener la relación entre las variables.
5. Relacionar los resultados con las variables sociodemográficas.

2.5. Análisis de resultados

Problemas internalizantes.

Los factores internalizantes medidos en puntaje T (Escala 50 – 100) se muestran en la figura 1, en ella se puede observar una débil presencia de problemas emocionales y una baja dispersión de datos, lo que implica un comportamiento similar de todos los niños desde la perspectiva de los padres; el factor ansioso/depresivo osciló entre 50 y 85 (M=54.41; DE=7.49); el segundo correspondiente retraído/deprimido obtuvo valoraciones entre 50 y 72 (M=54.67; DE=6.08) siendo el predominante en el grupo de estudio y quejas somáticas entre 50 y 74 (M=53.70 DE=5.71); Se encontró también a un caso atípico con posibles problemas clínicos (Puntuaciones superiores a PT=70) en los tres factores y 3 casos en el límite en los factores ansioso/deprimido y retraído/ deprimido.

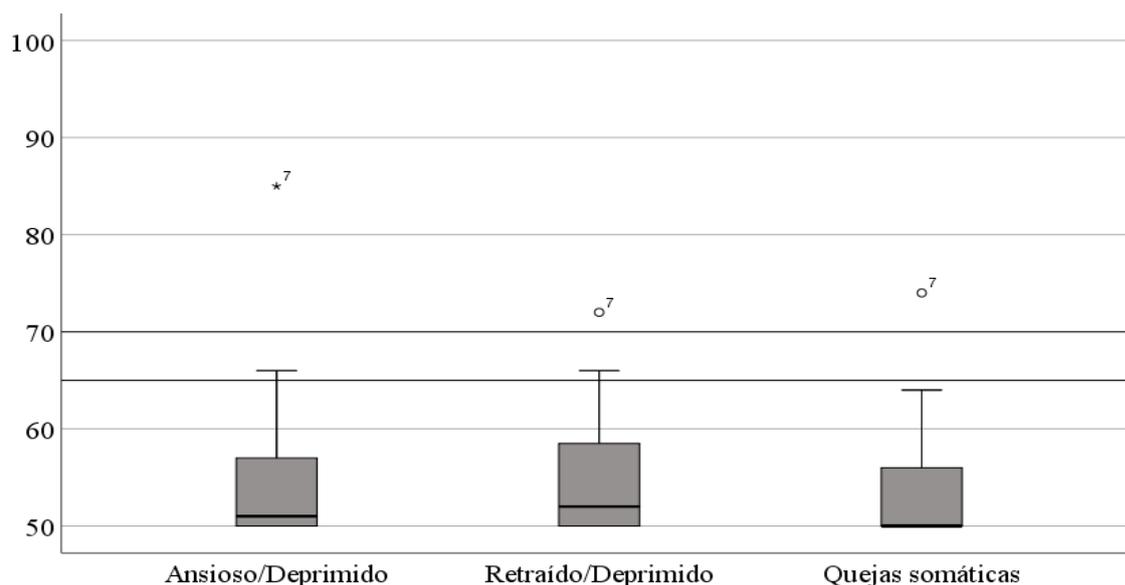


Figura 1. Factores internalizantes según la percepción de los padres

Elaborado por: María de la Nube Ávila y Andrea Argudo

Problemas externalizantes.

Los factores externalizantes medidos en puntaje T (Escala 50 – 100) se muestran en la figura 2, se puede observar en general una débil presencia de problemas conductuales con una ligera tendencia hacia el límite clínico (65-70) y una baja dispersión de datos; el factor referente

a comportamiento de romper reglas se presentó entre 50 y 73 con una media de 56.96 (DE=7.40) representando al factor externalizante predominante; en este factor se encontraron a 2 casos con posibles problemas clínicos de comportamiento de romper reglas y 4 casos en el límite; en el comportamiento agresivo se reportaron valores entre 50 y 79 con una media de 55.40 (DE=8.25), en este caso se encontraron 3 casos con posibles problemas clínicos y 3 casos en el límite.

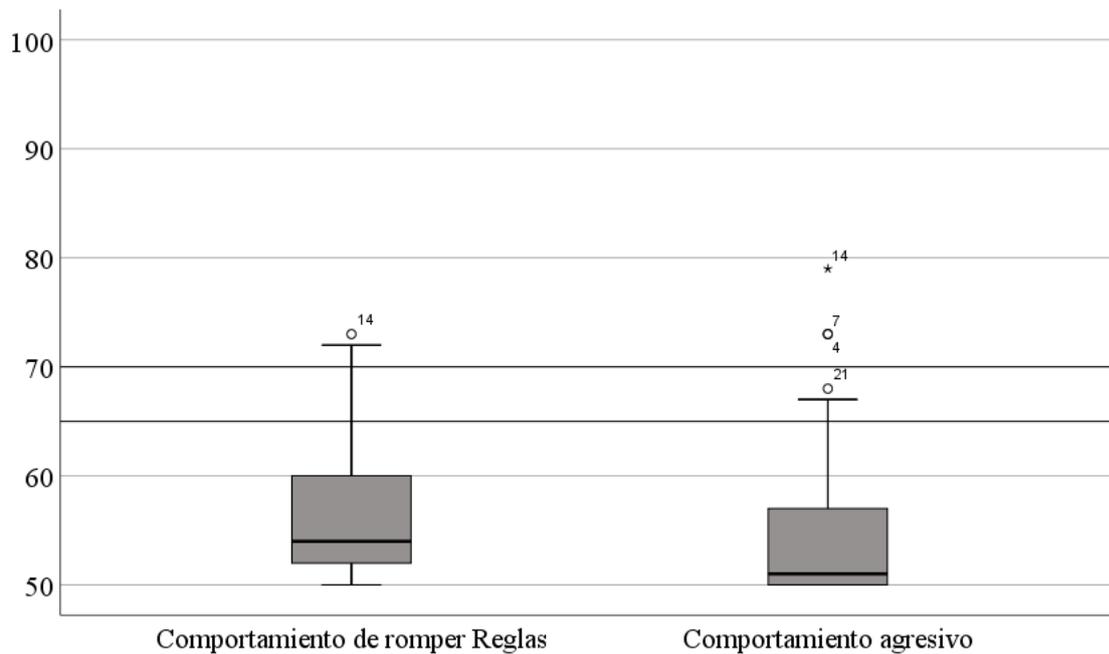


Figura 2 Factores externalizantes según la percepción de los padres con respecto a los problemas de conducta

Elaborado por: María de la Nube Ávila y Andrea Argudo

Otros problemas:

Los problemas sociales presentes en los estudiantes también reflejaron un comportamiento homogéneo de datos; los problemas sociales obtuvieron valoraciones entre 50 y 81 con una media de 57.31 (DE=7.91) siendo en principal dentro de este grupo de factores de comportamiento y registrándose a 2 hijos con posibles problemas clínicos y 3 en el límite; los problemas de pensamiento se presentaron en un intervalo de 50 a 68 con una media de 53.10 (DE =5.33) y con tres casos atípicos con posibles problemas clínicos; finalmente los problemas de atención entre 50 y 73 con una media de 56.86 y 2 casos dentro del límite clínico siendo casos atípicos. Ver figura 3.

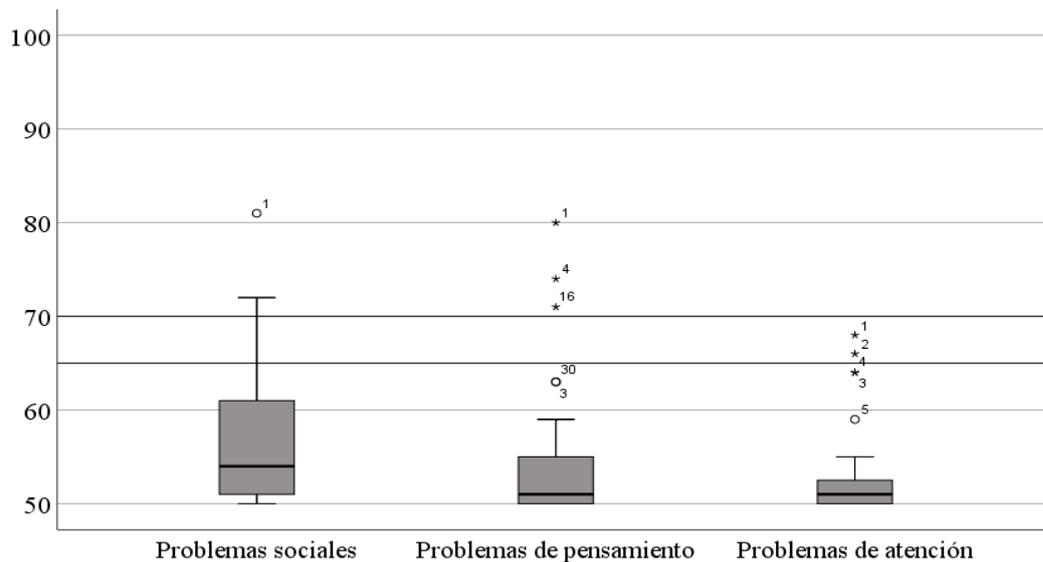


Figura 3 Otros problemas, que son percibidos por los padres

Elaborado por: María de la Nube Ávila y Andrea Argudo

Problemas de comportamiento (Perfil general)

El perfil general de comportamiento medido en puntaje T (Escala 24-100) se muestra en la figura 4, en ella se puede observar que los problemas internalizantes oscilaban entre 34 y 84 con una media de 50.22 (DE=10.54); mientras que los externalizantes oscilaban entre 10 y 76 con una media de 51.39 (DE=13.64) representando a los problemas predominantes y los problemas existentes generales se mostraron entre 34 y 78 con una media de 51.10 (DE=5.33). Considerando los límites clínicos estipulados por la escala se encontraron a 2 casos en el límite clínico y 3 casos con posibles problemas clínicos generales internalizantes; en las manifestaciones externalizantes y totales se encontraron 5 casos con posibles problemas.

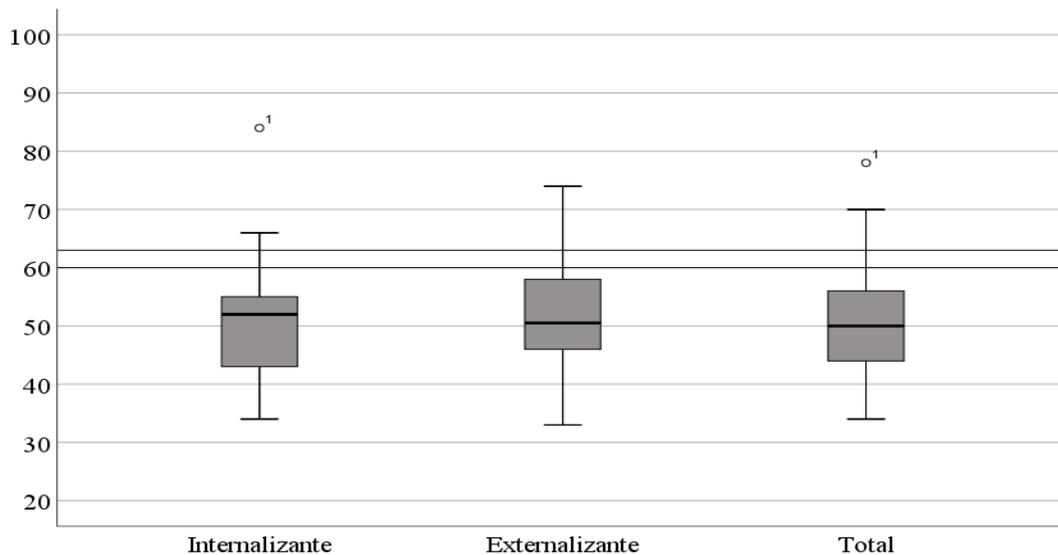


Figura 4 Problemas de comportamiento en general, según la visión de los padres con respecto a sus hijos

Elaborado por: María de la Nube Ávila y Andrea Argudo

Según variables de los padres.

Los resultados revelaron que aquellos padres con educación secundaria notaban en sus hijos mayores problemas emocionales y de comportamiento en comparación a los padres con instrucción primaria y superior; no fue posible realizar pruebas estadísticas debido a que la diferencia de tamaño entre grupos era muy grande; el coeficiente de correlación rho de Spearman no reveló una relación existente entre las variables ($p > .05$). Detalles en la tabla 1.

Tabla 2. Problemas emocionales y de comportamiento según nivel de instrucción de los padres

Factor/Problemas	Primaria n=15		Secundaria n=3		Superior n=1	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Ansioso/Deprimido	54.9	9.1	58.3	8.5	50.0	-
Retraído/Deprimido	54.7	6.4	60.0	10.0	53.0	-
Quejas somáticas	53.6	6.5	54.5	6.4	50.0	-
Problemas sociales	56.7	8.6	61.3	10.5	50.0	-
Problemas de pensamiento	54.5	8.0	58.0	13.9	50.0	-
Problemas de atención	52.4	4.9	60.0	8.7	50.0	-
Comportamiento de romper Reglas	54.9	6.3	63.7	12.1	57.0	-
Comportamiento agresivo	54.3	6.3	65.7	14.6	50.0	-
Internalizante	51.1	11.6	51.5	14.8	45.0	-
Externalizante	47.9	14.5	59.3	23.1	50.0	-
Total	51.0	10.3	50.5	23.3	44.0	-

Fuente: María de la Nube Ávila y Andrea Argudo

Los resultados revelaron una ausencia de relación entre el número de hijos de los participantes y su perspectiva de comportamiento ($p > .05$), esto a pesar de que aquellas personas con dos hijos consideraban que los problemas sociales, problemas de atención, comportamiento de romper reglas y comportamiento agresivo eran superiores en comparación a los padres con uno y tres hijos.

Tabla 3. Problemas emocionales y de comportamiento según el número de hijos

Factor/Problemas	Uno		Dos		Tres		Siete		P
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	
Ansioso/Deprimido	57.7	13.7	57.4	6.0	52.1	2.9	50.0	-	0.226
Retraído/Deprimido	54.8	8.6	56.0	8.0	55.4	5.0	50.0	-	0.653
Quejas somáticas	54.0	9.8	55.3	3.8	52.9	3.2	50.0	-	0.284
Problemas sociales	57.7	12.1	58.5	8.6	54.3	3.6	-	-	0.695
Problemas de pensamiento	57.8	12.0	54.3	9.6	52.6	3.4	50.0	-	0.862
Problemas de atención	53.2	7.3	55.5	7.5	52.0	3.2	50.0	-	0.736
Comportamiento de romper Reglas	56.0	8.6	60.2	9.9	55.0	4.7	-	-	0.566
Comportamiento agresivo	54.0	9.3	59.0	12.0	54.9	3.9	50.0	-	0.415
Internalizante	51.7	16.7	53.5	5.7	51.1	5.6	34.0	-	0.538
Externalizante	47.3	15.4	57.8	12.3	46.3	16.9	-	-	0.319
Total	48.3	16.3	52.0	10.2	51.5	3.9	-	-	0.457

Fuente: María de la Nube Ávila y Andrea Argudo

Aquellos padres no vivían con sus hijos revelaron que sus hijos principalmente tenían problemas emocionales (PT=61.1; DE=10.0) mientras que quienes si vivían con ellos tenían como predominio un comportamiento agresivo (PT=54.9; DE=8.5); se encontraron además diferencias significativas en los factores: “Ansioso/deprimido”; “Problemas sociales” y los problemas internalizantes generales; aquellos padres que no vivían con sus hijos percibían estas emociones y comportamientos en una medida significativamente mayor ($p < .05$), detalles en la tabla 4.

Tabla 4. Problemas emocionales y de comportamiento según la convivencia

Factor/Problemas	No viven		Si viven		P
	Media	DE	Media	DE	
Ansioso/Deprimido	59.6	11.5	52.6	5.0	,013*
Retraído/Deprimido	56.9	7.8	54.0	6.1	,473
Quejas somáticas	55.9	8.7	52.2	3.2	,375
Problemas sociales	61.1	10.0	54.1	6.5	,044*
Problemas de pensamiento	56.5	10.4	53.3	7.1	,343
Problemas de atención	54.8	7.6	52.3	4.5	,571

Comportamiento de romper Reglas	58.9	8.5	55.5	7.3	,310
Comportamiento agresivo	56.6	8.9	54.9	8.5	,473
Internalizante	58.1	12.2	46.3	7.0	,015*
Externalizante	55.4	11.4	46.5	17.0	,310
Total	57.7	12.2	46.1	7.6	,042*

Elaborado por: María de la Nube Ávila y Andrea Argudo

Los padres solteros mencionaron que sus hijos presentaban principalmente problemas de “*Ansioso/Deprimido*”, los casados “*Comportamiento de romper reglas*” y los divorciados “*Problemas sociales*”; no fue posible realizar pruebas estadísticas debido a que la diferencia de tamaños entre grupos era muy grande; sin embargo se pudo observar que aquellos padres solteros veían problemas más graves en sus hijos en comparación con los casados y divorciados, a excepción del comportamiento de romper reglas; en el que los divorciados percibían este problema en mayor medida. Tabla 5.

Tabla 5. Problemas emocionales y de comportamiento según el estado civil

Factor/Problemas	Soltero		Casado		Divorciado	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Ansioso/Deprimido	64.3	18.1	52.7	4.8	56.7	2.3
Retraído/Deprimido	61.3	8.1	53.7	5.9	53.3	5.8
Quejas somáticas	58.0	13.9	52.5	3.2	53.7	4.7
Problemas sociales	63.5	12.8	53.9	6.2	61.0	0.0
Problemas de pensamiento	62.0	13.0	53.0	6.8	51.3	2.3
Problemas de atención	55.3	8.6	52.2	4.3	55.7	9.0
Comportamiento de romper reglas	56.5	10.4	56.4	7.6	59.7	7.4
Comportamiento agresivo	58.3	10.1	54.6	8.2	56.3	10.1
Internalizante	64.3	17.0	46.8	6.9	54.0	7.5
Externalizante	55.3	14.0	47.3	16.4	55.3	12.7
Total	58.7	16.9	46.5	7.3	60.0	9.9

Elaborado por: María de la Nube Ávila y Andrea Argudo

Los resultados revelaron que aquellas personas que consumían Cannabis percibían que sus hijos tenían principalmente problemas sociales, los pacientes que consumían cocaína observaron que los problemas de pensamiento eran los predominantes en sus hijos, sin diferencias considerables con aquellos padres que no la consumían; en el caso de padres que consumían alcohol se encontró que el comportamiento de romper reglas era el problema primordial; además estas personas tenían valoraciones inferiores que quienes no consumían alcohol. Finalmente, las personas que consumían otro tipo de sustancia revelaron que sus hijos tenían principalmente problemas de rompimiento de reglas y problemas sociales. Tabla 6.

Tabla 6. Problemas emocionales y de comportamiento según tipo de sustancia consumida

	Cannabis				Cocaína				Alcohol				Otros			
	No		Si		No		Si		No		Si		No		Si	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
Ansioso/Deprimido	53.2	3.2	60.6	15.4	55.2	9.1	55.0	7.3	58.0	8.5	54.6	8.6	55.1	8.9	56.0	2.8
Retraído/Deprimido	53.8	4.6	59.2	10.8	54.3	6.2	57.6	8.6	58.0	10.6	54.6	6.2	55.2	6.9	55.0	7.1
Quejas somáticas	52.5	3.4	57.5	11.4	54.6	6.5	50.0	0.0	50.0	0.0	54.1	6.2	53.5	6.2	54.5	6.4
Problemas sociales	54.7	4.8	64.3	14.7	57.0	8.6	56.4	9.3	58.0	12.1	56.6	8.2	56.3	8.9	61.0	0.0
Problemas de pensamiento	52.5	3.9	60.8	14.9	53.3	7.8	58.2	10.3	62.3	12.0	53.2	7.3	54.8	8.9	52.0	2.8
Problemas de atención	52.1	4.5	56.8	8.6	53.5	6.0	52.8	6.3	54.7	8.1	53.1	5.7	52.7	5.3	58.5	10.6
Comportamiento de romper Reglas	55.3	6.1	63.0	11.3	56.7	7.2	57.6	10.2	57.7	13.3	56.8	7.0	56.3	7.7	62.5	7.8
Comportamiento agresivo	53.6	5.3	61.6	13.5	54.9	7.3	57.8	12.1	59.7	16.7	54.9	6.8	55.2	8.3	59.5	12.0
Internalizante	50.2	6.6	53.3	21.6	51.9	11.5	47.3	8.4	47.5	9.2	51.3	11.2	50.4	11.1	54.5	10.6
Externalizante	46.8	14.0	63.3	13.6	53.1	10.2	42.4	24.4	49.7	23.1	50.4	14.4	49.0	15.4	61.0	11.3
Total	48.8	8.8	57.3	18.1	52.4	11.3	44.5	7.3	40.5	9.2	51.9	10.6	49.1	10.6	60.0	9.9

Elaborado por: María de la Nube Ávila y Andrea Argudo

Según variables de los hijos.

Los resultados revelaron que en general las mujeres presentaban problemas internalizantes y externalizantes ligeramente superiores que los hombres; siendo en ambos casos los problemas sociales los predominantes según el sexo de los estudiantes; con respecto al grado de instrucción que se encontraban en curso no se encontraron diferencias significativas a pesar de que los pacientes con hijos con instrucción primaria en curso revelaron una presencia de problemas internalizantes y externalizantes específicos menores que quienes tenían hijos en secundaria. En los estudiantes de secundaria se encontraron problemas generales ligeramente superiores ($p < .05$). Detalles en la tabla 7

Tabla 7. Problemas emocionales y de comportamiento según características de los hijos

	Sexo del hijo					Grado de instrucción en curso				
	Hombre		Mujer		P	Primaria		Secundaria		P
	M	DE	M	DE		M	DE	M	DE	
Ansioso/Deprimido	52.1	3.1	57.5	9.8	,661	56.2	9.4	52.8	3.1	,983
Retraído/Deprimido	53.5	4.4	56.4	7.6	,660	54.8	6.9	55.3	5.6	,857
Quejas somáticas	52.6	3.7	55.2	7.2	,661	54.6	6.6	52.5	3.4	,611
Problemas sociales	54.3	5.1	60.1	9.1	,267	58.3	9.4	55.7	4.6	,642
Problemas de pensamiento	52.6	3.9	56.1	10.1	1,000	55.5	9.7	52.8	2.9	,646
Problemas de atención	51.0	2.4	54.9	6.5	,808	53.2	5.7	53.0	4.9	,787
Comportamiento de romper Reglas	54.1	4.8	59.4	8.4	,733	57.7	8.5	55.5	4.8	,808
Comportamiento agresivo	53.1	5.1	58.2	10.0	,961	56.9	9.6	53.8	5.7	,734
Internalizante	48.3	8.0	53.6	13.1	,743	50.4	13.1	51.5	6.2	,329
Externalizante	49.9	8.5	53.5	17.1	,462	51.0	16.5	53.0	7.1	,707
Total	48.1	7.8	54.2	13.2	,949	50.7	12.7	51.3	7.5	,421

Elaborado por: María de la Nube Ávila y Andrea Argudo

DISCUSIÓN.

El estudio tuvo como objetivo el predominio de los problemas internalizadores y externalizadores en los hijos de los pacientes con trastorno de consumo de sustancias en el Centro de Adicciones y Tratamiento para Adolescentes y Adultos “CREIAD” de la ciudad de Cuenca y a vez relacionar los resultados obtenidos con las variables: nivel de instrucción de los padres, sexo del hijo, estado civil y sustancia consumida, número de hijos

Los participantes fueron hombres mayores de 18 años con trastorno de consumo de sustancias, a su vez padres de familia. Como se puede observar en el análisis de resultados, los problemas externalizantes, sociales e internalizantes obtuvieron puntuaciones muy similares, lo cual concuerda con un estudio realizado en Estados Unidos. El propósito del mismo fue comparar el comportamiento de niños que viven con padres con abuso de drogas, que consumen alcohol o padres que no consumen sustancias. Los niños con padres que abusan de las drogas experimentaron más síntomas de internalización y externalización que los niños con padres alcohólicos o los que no consumen sustancias. (Fals-Stewart, Kelley, Fincham, Golden, Y Logsdon, 2004).

Pero siendo los problemas externalizados (romper regla, comportamiento agresivo), los que más puntuaron en el presente estudio lo cual es congruente con estudios realizados en Estados Unidos (Marmorstein, Iacono, Y McGue, 2009), (Lander, Howsare, Y Byrne, 2013) y en la India (Raman, Prasad, Y Appaya, 2010), como menciona Contreras, 2015, la conductas internalizadoras son menos observables para los padres, ya que estas suelen mostrarse más en el ámbito académico por lo que su puntuación es menor.

En relación a la variable de estado civil los padres solteros de estos niños mostraron mayor ansiedad y depresión lo cual concuerda con los hallazgos de (Pelham, Lang, Y Atkeson, 1997) en Estados Unidos. Según (Martínez & García, 2012) Los hijos criados por un padre suelen presentar más problemas, muchos estudios ponen énfasis en la importancia de que el padre este presente durante el desarrollo del niño y que exista una relación marital estable.

Los padres que consumían cannabis llegaron a percibir más problemas en sus hijos a comparación de los que consumían alcohol u otra sustancia. En especial en cuanto a problemas sociales y rompimiento de reglas (externalizante). Esto concuerda con el estudio longitudinal

realizado en Holanda (Marroun, y otros, 2019) donde la muestra estuvo conformada por padres consumidores de Cannabis. Tuviendo como resultado que los niños con padres consumidores de esta sustancia presentaban problemas externalizantes más no internalizadores.

La variable del nivel de instrucción de los padres lo relacionamos con las condiciones sociodemográficas que implican esta como son: pobreza. El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2001) en México registro 163,995 menores arrestados por actos antisociales. En este estudio (Garbarino, 2001), comenta que los efectos de factores de riesgo como la integración de un padre adicto o la marginalidad social, durante la infancia o la adolescencia, hacen que estas personas sean más susceptibles de cometer homicidios o actos antisociales. Con referente a este estudio la falta de educación de los padres posiblemente sea una variable que impida percibir de mejor manera los problemas que presentan sus hijos, una cuestión importante que se debería analizar.

La variable número de hijos no ha mostrado una relación significativa. Por lo que en la revisión literaria podemos constatar que las personas con trastorno de consumo de sustancias, sin importar el número de hijos estos tienden a sufrir frecuentemente de problemas en su pensamiento abstracto, memoria, aprendizaje y resolución de problemas A su vez estos tienden a tener llamados de atención de manera regular, debido a sus problemas de comportamiento y dificultad para relacionarse con sus pares (Johnon, 2017)

En relacion a la variable del sexo de los hijos se pudo constatar que las mujeres tenían un puntaje ligeramente mayor en problemas internalizantes que los varones. Esto se puede relacionar con el estudio de (Navarro, Inmaculada; García Domingo 2012), que asocian una inadaptabilidad temperamental en las niñas.

CONCLUSIONES

Los pacientes internos en el Centro de Adicciones y Tratamiento para Adolescentes y Adultos “CREIAD”, perciben que existe una predominancia tanto de factores externalizantes e internalizantes en sus hijos, sin embargo en mayor grado están presentes los externalizantes 55.40M (DE=8.25), ya que se encontraron tres casos de hijos de estos paciente con posibles problemas clínicos, al igual que tres que bordean el límite clínico.

Los padres jóvenes son los que más problemas de dependencia a las sustancias presentaban, la mayoría de estos pacientes consumían hasta 2 sustancias, aún que en mayor grado el alcohol. Los hijos de padres solteros presentaban más problemas internalizantes (ansioso/deprimido). Esto se puede deber a que la mayoría de estos padres tenían problemas con la madre de su hijo.

El número de hijos no influencio en las perspectiva de los padres con respecto a los problemas internalizantes y externalizantes, ya que todos llegaron a presentar alguna dificultad en las escalas, a pesar de ello los padres con dos hijos consideraban que sus hijos presentaban más problemas en estas dos áreas.

Los progenitores dependientes al Cannabis fueron los que observaron más cambios en la conducta de sus primogénitos, tanto en el ámbito social como en la conducta (externalizantes) a comparación de los padres que consumían otra sustancia. En especial de los que consumían alcohol, ya que estos tendían a minimizar los problemas que presentaban sus hijos.

En cuanto a las variables de los hijos podemos observar que las niñas fueron las que más problemas presentaron en ambas áreas a comparación del otro sexo. En cuanto a la escolaridad los que cursaban la secundaria fueron los que puntuaron ligeramente más alto, lo cual también se puede deber a que están en una etapa de transición en su ciclo vital.

LIMITACIONES

Este estudio obtuvo diversas limitaciones. Una de ellas radica en que las esposas o convivientes de los pacientes no asistían a las terapias familiares debido que no vivían en la ciudad de Cuenca, dichas terapias tenían un largo tiempo de programación (cada mes) o varios pacientes no tenían contacto con la madre de sus hijos; por lo que no se pudo obtener datos para poder correlacionar la percepción de los problemas de sus hijos.

RECOMENDACIONES

Es importante que durante el tratamiento de hospitalización de los padres en los centros de adicciones también se realicen terapias psicológicas con los hijos de los mismo, ya que estas crisis en sus ciclo vital, llegan a causar problemas a nivel de conducta y emociones, como son, rompimiento de reglas, comportamiento agresivo, ansiedad, depresión, quejas somáticas, las cuales al ser evadidas y no abordadas con anterioridad pueden afectar en un futuro a los niños.

Se debe ayudar a la familia mediante psicoeducación con la finalidad de que los padres entiendan que un trastorno de consumo de sustancias afecta no solo a la vida de quien lo padece sino también de quien vive en ese entorno y la importancia de asistir donde un especialista, con la finalidad de saber como sobrellevar el problema de su progenitor y como evitar que esta conducta se repita en los hijos.

Realizar un estudio longitudinal con la finalidad de conocer a fondo cuales son los verdaderos problemas internalizadores y externalizadores de los hijos de pacientes con trastorno de dependencia a sustancias en el transcurso del tiempo, de igual manera pedir mayor involucramiento en las esposas o convivientes de estos pacientes para conocer su perspectiva sobre como les afecta a sus hijos este problema. De igual manera seria útil realizar un estudio comparando poblaciones como padres dependientes a las sustancias y padres que no consumen.

El test Child Behavior Check List nos da la oportunidad de conocer diferentes percepciones de los problemas de los niños y adolescentes, se recomienda investigar opiniones entre padres y maestros.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, E. M. B. (2007). Las prácticas de crianza entre la Colonia y la Independencia de Colombia: los discursos que las enuncian y las hacen visibles. 22.
- Alarcón, D., & Bárrig JÓ, P. (2015). Conductas internalizantes y externalizantes en adolescentes. *Liberabit*, 21(2), 253-259.
- American Psychiatric Association (Ed.). (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. American Psychiatric Publishing.
- APA. (2014). Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5.
<https://www.medicapanamericana.com/Libros/Libro/4950/DSM5-Guia-de-Consulta-de-los-Criterios-Diagnosticos-del-DSM5.html>
- Barbado, A., Aizpiri, D., Cañones, G., Fernández, C., Gonçalves, E., Rodríguez, S., & Solla, C. (2004). Individuo y Familia. https://nanopdf.com/download/individuo-y-familia-y-ii-revista-medicina-general-y-de-familia_pdf
- Batalla, A., Bhattacharyya, S., Yücel, M., Fusar-Poli, P., Crippa, J. A., Nogué, S., Torrens, M., Pujol, J., Farré, M., & Martin-Santos, R. (2013). Structural and Functional Imaging Studies in Chronic Cannabis Users: A Systematic Review of Adolescent and Adult Findings. *PLOS ONE*, 8(2), e55821. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055821>
- Benites, E. (2017). Prácticas disciplinarias y conductas externalizantes e internalizantes en niños de nivel inicial.

http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2642/1/BENITES_VE.pdf

Betancur, C., Gutiérrez, J., Agreda, J., Bentacourth, A., Bertieri, H. C., Chaves, Y., Morales, C., & Solarte, M. (2011). Dependencia al alcohol en estudiantes de la Universidad Tecnológica de Pereira. *Revista Médica de Risaralda*, 17(1), 43-44.
<https://doi.org/10.22517/25395203.1591>

Bilbad, Fernando. (2014). *Manual De Drogas Y Factores De Riesgo Droyfar*. Palibrio.
<https://es.scribd.com/book/387801470/Manual-De-Drogas-Y-Factores-De-Riesgo-Droyfar>

Bleger, José. (2001). *Psicología de la Conducta*. Buenos Aires, Paidós.

Bolsoni-Silva, A. T., Loureiro, S. R., Bolsoni-Silva, A. T., & Loureiro, S. R. (2019). Boys with Internalizing and Externalizing Behavior Problems: A Case Control Study. *Trends in Psychology*, 27(1), 39-52. <https://doi.org/10.9788/tp2019.1-04>

Calderón, G., Lina, P., Caicedo, C., & Chica, R. (2017). REGULACIÓN DEL USO DE MARIHUANA EN COLOMBIA CON FINES MEDICINALES. *Hacia la Promoción de la Salud*, 1, 13.

Campos, M. (2017). *Adicciones* [Text]. <https://biblioteca.uazuay.edu.ec/buscar/item/83097>

Carrillo, F. X. M., & Uribe Larrea, L. M. L. (2014). *Manual del psicólogo de familia*. Ediciones Pirámide.

Castellón, S. (2012). EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA SOCIALIZACIÓN INFANTIL. <http://www.eumed.net/rev/cccss/21/ccla.html>

Castillo, A., Álvarez, J., López, K., & Rodríguez, L. (2009). Factores de riesgo personales, psicosociales y consumo de alcohol en mujeres adultas. 11, 19.

- Clayton, R. R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En Vulnerability to drug abuse (pp. 15-51). American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/10107-001>
- Cuervo, A. (2010). Parenting styles and socioaffective development in childhood. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 6(1), 111-121.
- Cuesta, L. S. (2008). PROPUESTAS TEÓRICAS FEMINISTAS EN RELACIÓN AL CONCEPTO DE MATERNIDAD. 169-183.
- Di Forti, M., Iyegbe, C., Sallis, H., Kolliakou, A., Falcone, M. A., Paparelli, A., Sirianni, M., La Cascia, C., Stilo, S. A., Marques, T. R., Handley, R., Mondelli, V., Dazzan, P., Pariante, C., David, A. S., Morgan, C., Powell, J., & Murray, R. M. (2012). Confirmation that the AKT1 (rs2494732) genotype influences the risk of psychosis in cannabis users. *Biological Psychiatry*, 72(10), 811-816. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.06.020>
- Dueñas, M. (2002). Importancia de la Inteligencia Emocional: Un nuevo reto para la integración educativa. 77-96.
- Ersche, K. D., Barnes, A., Jones, P. S., Morein-Zamir, S., Robbins, T. W., & Bullmore, E. T. (2011). Abnormal structure of frontostriatal brain systems is associated with aspects of impulsivity and compulsivity in cocaine dependence. *Brain*, 134(7), 2013-2024.
<https://doi.org/10.1093/brain/awr138>
- FAD Y PMCD. (2000). Prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar. Manual de prevención.
- Fantin, M. B., & García, H. D. (2011). Factores familiares, su influencia en el consumo de sustancias adictivas. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS*, 9(2), 193-214.

- Fein, G., Di, S., Cardenas, V., Goldmann, H., Tolou-Shams, M., & Meyerhoff, D. J. (2002). Cortical gray matter loss in treatment-naïve alcohol dependent individuals. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 26(4), 558-564.
- Fuentes, J., Vargas, O., Fuentes, Y., & Morales, M. (2017). Efectividad del cambio de tratamiento desde Metadona a Buprenorfina/Naloxona en dependientes a opiáceos, Bilbao - España. *Gaceta Médica Boliviana*, 40(1), 35-40.
- García, V. E. C., Bernal, M. R. G., & Marín, I. P. G. (2012). Parental stress, harsh treatment and parental monitoring as factors associated with aggressive behavior. *Universitas Psychologica*, 11(1), 15.
- Godínez, E. R. (2015). LOS PROBLEMAS INTERNALIZADOS Y EXTERNALIZADOS EN LA COMPETENCIA ACADÉMICA DE ESCOLARES. 10.
<https://doi.org/10.14718/ACP.2015.18.2.6>
- Gómez, E., & Guardiola, V. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris*, 10, 10.
- Gonzalez, A., & Matute, E. (2013). *Cerebro y Drogas (Primera)*. El Manual Moderno.
- Gonzalez, M. J. (2018, octubre 19). Problemas de Conducta en Niños y Aulas ¿Cómo Tratarlos? Liferder. <https://www.liferder.com/problemas-de-conducta-en-ninos/>
- Granados, M. O. M., Estrada, F. J. D., & Hernández, J. A. S. (2019). Salud mental y drogas. *TEPEXI Boletín Científico de la Escuela Superior Tepeji del Río*, 6(12), 48-53.
<https://doi.org/10.29057/estr.v6i12.4307>
- Herrera, P. (2012). Factores de riesgo para la salud familiar: acontecimientos significativos. 8.

- Hommer, D., Momenan, R., Kaiser, E., & Rawlings, R. (2001). Evidence for a gender-related effect of alcoholism on brain volumes. *The American Journal of Psychiatry*, 158(2), 198-204. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.2.198>
- Huerta, E. (2016). El poder adictivo de los opiáceos. AARP. <http://www.aarp.org/espanol/salud/expertos/elmer-huerta/info-2016/adiccion-opiaceos-efectos-secundarios.html>
- Iñaki, L., Tirapu, J., Landa, N., & Lopez, J. (2005). Deshabituación de drogas y funcionamiento cerebral: una visión integradora. *Adicciones*, 17(2), 121-129. <https://doi.org/10.20882/adicciones.377>
- Jiménez, T. (2011). Autoestima de riesgo y protección: una mediación entre el clima familiar y el consumo de sustancias en adolescentes. *Psychosocial Intervention*, 20(1), 53-61. <https://doi.org/10.5093/in2011v20n1a5>
- Lemos, S. (2003). La Psicopatología de la Infancia y la Adolescencia: Consideraciones básicas para su estudio. 24, 19-28.
- Malde, I. (2019). La familia: el divorcio y los hijos. *psicologia-online.com*. <https://www.psicologia-online.com/la-familia-el-divorcio-y-los-hijos-2996.html>
- Marcos, F. B. (2014). *Manual De Drogas Y Factores De Riesgo Droyfar*. Palibrio.
- Martinez, M., Estévez, E., & Inglés, C. (2013). Diversidad familiar y ajuste psicosocial en la sociedad actual. 22.
- Martínez, M., & García, M. (2012). La crianza como objeto de estudio actual desde el modelo transaccional. 11.
- Mazadiago-Infante, T. de J., Vera-Pedroza, A., & Ruiz-Carús, S. (2011). Problemas internalizados y externalizados en una muestra de niños de educación básica. *Journal of*

behavior, health & social issues (México), 3(1), 17-23.

<https://doi.org/10.5460/jbhsi.v3.1.27680>

Medellín, M., Rivera, M., López, J., Kanán, G., & Rodríguez, A. (2012). Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. *Salud mental*, 35(2), 147-154.

Medina, C., Navarro, J. B., Martinena, P., Baños, I., Vicens-Vilanova, J., Barrantes-Vidal, N., Subirá, S., & Obiols, J. E. (2007). Evaluación de la conducta adolescente con las escalas de Achenbach: ¿Existe concordancia entre diferentes informantes. ? *Salud Mental*, 30(5), 7.

Meier, M., Caspi, A., Ambler, A., Harrington, H., Houts, R., Keefe, R., McDonald, K., Ward, A., Poulton, R., & Moffitt, T. (2012). Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 109(40), E2657-2664.

<https://doi.org/10.1073/pnas.1206820109>

Mittleman, M., Lewis, R., Maclure, M., Sherwood, J., & Muller, J. (2001). Triggering myocardial infarction by marijuana. *Circulation*, 103(23), 2805-2809.

<https://doi.org/10.1161/01.cir.103.23.2805>

Myers, D. G. (2006). *Psicología*. Ed. Médica Panamericana.

National Institute on Drug. (2003). *Alucinógenos y drogas disociativas*.

<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/alucinogenos-y-drogas-disociativas/que-son-los-alucinogenos>

National Institute on Drug. (2010). Cocaína: abuso y adicción.

<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/cocaina-abuso-y-adiccion/que-es-la-cocaina>

National Institute on Drug. (2017). Los alucinógenos.

<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/los-alucinogenos>

National Institute on Drugs Abuse. (2017). La ciencia de la adicción.

<https://www.drugabuse.gov/es/en-espanol>

Navarro, I., & García, D. (2012). Sintomatología externalizante y rendimiento académico. 1, 657-665.

Ocampo, D. B., & Palos, P. A. (2008). La influencia del temperamento en problemas internalizados y externalizados en niños. 21.

OMS | La dependencia de sustancias es tratable, sostiene un informe de expertos en neurociencias. (2013). WHO.

Organización de los Estados Americanos. (2013). El Problema de Drogas en las Americas.

http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drugsPublicHealth_ESP.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2014). Manejo del abuso de sustancias. WHO.

https://www.who.int/substance_abuse/information-sheet/es/

Orsini, A., & Bosellini, L. (2011). Psicología (Tercera). AZ.

<https://es.scribd.com/document/360004532/Psicologia-Orsini-Bosenilli-pdf>

Papalia, D., & Martorell, G. (2016). Desarrollo Humano (Decimotercera). MCGRAW-HILL.

- Ramírez, M. A. (2005). PADRES Y DESARROLLO DE LOS HIJOS: PRACTICAS DE CRIANZA. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, 31(2). <https://doi.org/10.4067/S0718-07052005000200011>
- Reese, J. (2014). Cardiovascular System Effects of Marijuana. *Journal of clinical pharmacology*, 42, 58S-63S. <https://doi.org/10.1002/j.1552-4604.2002.tb06004.x>
- Sarason, Irwin. (2006). *Psicopatología*. Scribd. <https://es.scribd.com/document/338159519/Sarason-Irwin-G-Psicopatologia-Psicologia-Anormal-El-Problema-de-La-Conducta-Inadaptada-11-Ed>
- Tashkin, D. (2013). Effects of marijuana smoking on the lung. *Annals of the American Thoracic Society*, 10(3), 239-247. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201212-127FR>
- Thomas, G., Kloner, R., & Rezkalla, S. (2014). Adverse cardiovascular, cerebrovascular, and peripheral vascular effects of marijuana inhalation: what cardiologists need to know. *The American Journal of Cardiology*, 113(1), 187-190. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2013.09.042>
- Torres, M., Santodomingo, J., Pascual, F., Freixa, F., & Alvarez, C. (2008). Historia de las adicciones en la España contemporánea. *Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías*.
- Unai, B. (2009, julio 12). *Motivación y conducta | Motivación | Autosuperación*. Scribd. <https://es.scribd.com/doc/17294942/Motivacion-y-conducta>
- Vallejo, F. (2019). Evaluación de la Función Ejecutiva en Usuarios con Dependencia de Pasta Base de Cocaína Mediante una Batería Neuropsicológica. *Psykhe*, 28(1). <https://doi.org/10.7764/psykhe.28.1.1111>

World Health Organization (Ed.). (1995). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (Décima revisión). OPS, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.

Zambrano, S., & Meneses, A. (2013). Evaluación psicométrica de la lista de comportamiento de Achenbach y Edelbrock en pre-escolares de 4.0 - 5.5 años de nivel socioeconómico bajo. Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología, 13(2), 5-24.

ANEXOS