

# Abuso de alcohol y funcionamiento familiar en el modelo transteórico y la entrevista motivacional

Iván López Beltrán<sup>1</sup>, Francisco Javier Pedroza-Cabrera<sup>1</sup>, Kalina Isela Martínez Martínez<sup>1</sup> y José María De la Roca Chiapas<sup>2</sup>

## Resumen

En este artículo se hace una revisión de tratamientos para el abuso en el consumo de alcohol que emplean el modelo transteórico y la entrevista motivacional como base para un modelo de intervención que propone integrar a miembros de la familia junto con el usuario a fin de reducir el consumo de alcohol y mejorar el funcionamiento familiar. Se destaca la importancia que tiene la familia como un agente activo. Se observa que

---

1 Universidad Autónoma de Aguascalientes,  
[ilopezbeltran58@gmail.com](mailto:ilopezbeltran58@gmail.com)

2 Universidad de Guanajuato

el abuso de alcohol va más allá de la visión de una 'responsabilidad exclusiva' del usuario y que el funcionamiento familiar puede ser un factor de protección o un factor riesgo. Al final se presenta un esbozo de la propuesta basada en esta integración de la familia con el usuario en un modelo de intervención breve.

**Palabras clave:** *consumo de alcohol; familia; modelo transteórico; entrevista motivacional; tratamiento de adicciones.*

## **Abstract**

This article reviews treatments for alcohol abuse that use the transtheoretical model and the motivational interview as the basis for an intervention model that proposes integrating family members together with the user in order to reduce the alcohol consumption and improve family functioning. The importance of the family as an active agent is highlighted. It is observed that alcohol abuse goes beyond the vision of an 'exclusive responsibility' of the user and that family functioning can be a protective factor or a risk factor. As a conclusion, an outline of a proposal based on the integration of the family with the user is presented in a brief intervention model.

**Keywords:** *alcohol consumption; family; transtheoretical model; motivational interview; addiction treatment.*

El modelo transteórico (Prochanska y DiClemente, 1982) y la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 2009), son estrategias fuertes que impulsan los cambios de comportamiento (Rivera, Villouta e Ilabaca, 2008). Por un lado, el modelo transteórico se considera uno de los más importantes para describir procesos de cambio en el campo de la promoción de la salud (Samuelson, 1997). Por otro lado, la entrevista motivacional se ha convertido en uno de los métodos más populares y efectivos en el manejo de las adicciones, sustentado por numerosas investigaciones (Torres, 2010).

Respecto a la modificación en el consumo de alcohol, ambos modelos se han empleado para promover mejorías ya sea manera particular o combinada (Florez-Alarcón, 2005; Florez-Alarcon y Gantiva, 2009; Florez, 2015; González-Ramírez *et al.*, 2017; Londoño-Pérez, Forero, Laverde y Mosquera, 2012; Salazar, Martínez y Barrientos, 2009). No obstante, en muchos de estos se observa un enfoque individual, bajo la realidad de que las toxicomanías, habían sido consideradas un problema reducido que afectaba principalmente a personas y, por ende, sus tratamientos ponían énfasis en que todos los problemas de comportamiento eran manifestaciones de trastornos individuales, que requerían una terapia centrada en el individuo (Marcos y Garrido, 2009).

Al paso del tiempo se reconoció la relación que tiene la variable familia como una de las más relevantes en el origen y mantenimiento del consumo (Iraurgi, Sanz y Martínez-Pampliega, 2004). Así también, se ha reconocido el efecto favorecedor en los tratamientos de consumo de sustancias cuando se involucra la familia con el usuario (O' Farrell y Fals-Stewart, 2001). A pesar de que han existido tratamientos basados en la familia que trabajan con el problema del alcohol (Berg y Miller, 2009; Cancrini, 1982; Steinglass, Bennet, Wolin y Reiss 1989; Cirilo, 1999) no existen estudios de investigación que incluyan al sistema familiar con el modelo transteórico y la entrevista motivacional de manera conjunta. Por ejemplo, Sampl y Kadden (2004) con su programa TEM/TCC5, compararon la intervención individual frente a intervención de tipo familiar y otros modelos motivacionales, pero se dirigió a adolescentes consumidores de marihuana y con sesiones separadas familia y usuario. De manera similar hay trabajos en México que abordan el binomio familia-consumo de alcohol, pero se evocan en trabajar con los familiares sin inmiscuir al usuario en las intervenciones (Natera, Aguilar, Pérez, Juárez y Tiburcio, 2011; Tiburcio y Natera, 2003). Con mayor precisión, Rojas, Real, García-Silberman y Medina-Mora (2011) en una revisión sistemática entre 1980-2010 sobre las adicciones y consumos de sustancias en México, solo encontraron un estudio de intervención donde se introdujo a la familia en sus estrategias. También Pérez,

Mejía y Becoña (2015) reportaron 14 modelos en México que han sido probados en la prevención del alcohol de los cuales solo 3 citan a la familia como contexto no exclusivo, sino combinado con otros contextos. Fuera de México, es quizá Steinglass (2009) quién a través de la terapia sistémica motivacional interviene bajo estos principios con la familia, no obstante, su estilo está dirigido al abuso de sustancias en general y su fundamento centrado en un modelo sistémico.

### **Alcohol y abuso**

La bebida alcohólica es aquella que contenga alcohol etílico en una proporción de 2% y hasta 55% en volumen (SSA-CONADIC, 2009). De acuerdo con la SSA-CONADIC (2018a; 2019b), el ingrediente activo de las bebidas alcohólicas es el etanol y es una sustancia derivada de la descomposición de carbohidratos vegetales y tiene cualidades físicas y biológicas, señala que, el alcohol:

- a) Es absolutamente miscible en agua, lo que le permite llegar a cualquier célula del organismo.
- b) Por encima de determinadas concentraciones, que se alcanzan consumiendo cantidades consideradas normales, es directamente tóxico.
- c) Es un producto energético. Cada gramo de etanol genera, a través de su metabolismo oxidativo, 7.2 Kcal.

Ahora, no todo consumo de alcohol se convierte en un abuso. El abuso de alcohol como tal, es un patrón de beber demasiado con demasiada frecuencia, que interfiere con la vida diaria. Se considera abuso de alcohol, a un patrón de consumo de más de cuatro copas por ocasión, más de tres veces por semana, en el hombre, y tres por ocasión en la mujer (SSA-CONADIC, 2018). Se señala igualmente que el abuso se identifica como el consumo de 5 o más copas estándar por ocasión y la presentación de consecuencias negativas (Martínez, Ayala, Salazar, Ruiz y Barrientos, 2004). De manera importante, habrá que diferenciar el abuso de alcohol de la dependencia o alcoholismo. Babor, Higgins-Biddle, Saunders y Monteiro (2001) describen al alcoholismo como un síndrome de dependencia o adicción al alcohol y estas a su vez, como un conjunto de fenómenos del comportamiento, cognoscitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de una sustancia psicoactiva.

La Organización Mundial de la Salud-OMS- (1994) ha equiparado al abuso con las expresiones “consumo perjudicial” y “consumo de riesgo”, ya que todos son consumos excesivos, persistentes o esporádicos que no es consecuente ni está relacionado con una práctica médica aceptable.

### *Antecedentes del abuso de alcohol*

El consumo de alcohol no fue considerado un problema en la antigüedad, se sabe que el linaje de primates del que descienden los humanos ingirieron alcohol hace unos 10 millones de años (BBC, 2014). Rosenstingl (1978) señaló que la fabricación y consumo de bebidas alcohólicas se remonta a las primeras etapas de la humanidad. Así, la fermentación natural de azúcares condujo a los procesos fermentativos artificiales. Bacon sería uno de los pioneros en admitir que el vino podría ayudar, pero reconocía que su exceso ocasionaría un gran daño (Mundasad, 2014). En 1725, se mostró la primera petición documentada del Colegio Real de Médicos expresando su preocupación sobre el creciente y pernicioso uso de licores espirituosos. Sin embargo, no fue sino hasta el siglo XIX que el alcohol fue visto como un problema consistente. Desde entonces el concepto de enfermedad acerca del alcohol aparece insinuado en algunas citas antiguas y cuando llegó el siglo XX el fenómeno alcohólico ha sido estudiado en forma sistemática, descrito con rigor clínico, difundido, aplicado como fundamento en programas de tratamiento y ampliado a través del trabajo terapéutico y de la investigación neuroquímica, genética y neurofisiológica (Sánchez-Mejorada, 2007).

En Estados Unidos se aprobó en 1920 una ley (ley seca) que prohibía la fabricación, venta, importación y exportación de alcohol por la Enmienda XVIII a

la Constitución de los Estados Unidos (EE. UU.), originada por el Movimiento de la Templanza en que tuvo auge en Inglaterra, EE. UU., Australia, Canadá, Irlanda y Nueva Zelanda. Estuvo vigente hasta el 06 diciembre de 1933. En tanto que “La psiquiatría empezó a tomarse el asunto con cierto interés científico a partir de la última década del s. VIII. Pero no fue hasta 1940 cuando la consideración de enfermedad y por lo tanto de respuesta médica alcanzó el rigor terapéutico propio a cualquier patología, definiéndose al alcoholismo como el síndrome de dependencia al alcohol” (Pascual, 2014, p.13).

En las Clasificación Internacionales de Enfermedades-CIE (antes causas de muertes) no aparece el problema del alcohol en las primeras tres ediciones (1900-1930), aunque aparece la cirrosis hepática como algo asociado. A partir de la 4ª edición (1930-1940) se le signa como Alcoholismo. A partir de ahí sigue apareciendo en las CIE, hasta que hoy se denominan trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas.

En cambio, en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM), aparece la Adicción al Alcohol o Alcoholismo como desorden de personalidad desde la primera edición (American Psychiatric Association, 1952). El más reciente DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) sitúa este problema como un Trastorno por Uso de Alcohol, el cual provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo en al



menos 12 meses y catalogado por un número determinado de síntomas en un nivel leve (2-3), moderado (4-5) y grave (6 o más), entre los que se encuentran: consumo superior, deseo o esfuerzo por abandonarlo, ansias de consumo, consumo continuado, recurrente aun cuando le traiga problemas sociales, familiares, de riesgo etc.

En mayo del 2010, la OMS respaldó la Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol (OPS-OMS, 2011). Catalogada también como un grave problema de salud pública (OMS, 2011). Ahora se sabe que hay 2300 millones de bebedores y más de la mitad de la población de tres regiones de la OMS (Américas, Europa y el Pacífico Occidental) consume alcohol (UNAM, 2018).

### *Consecuencias del abuso de alcohol*

El consumo nocivo de alcohol se asocia con una serie de consecuencias sanitarias y sociales, incluyendo las lesiones, las diversas formas de cáncer, la enfermedad crónica del hígado, enfermedades del corazón, la dependencia del alcohol y la violencia doméstica (OPS-OMS; 2019)

Se estima que en el mundo hay 237 millones de hombres y 46 millones de mujeres que padecen trastornos por consumo de alcohol. Según el informe publicado el 21 de septiembre de 2018 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2016

murieron más de 3 millones de personas a consecuencia del consumo nocivo de alcohol, lo que representa 1 de cada 20 muertes. En general, el consumo nocivo de alcohol causa más del 5% de la carga mundial de morbilidad (UNAM, 2018)

El alcohol afecta específica y selectivamente la función de ciertas proteínas de membrana, entre las que se encuentran los canales de iones dependientes de receptor (GABA- y NMDA son los más sensibles a la acción del etanol). Cuando el consumo de alcohol es crónico, el organismo se adapta disminuyendo la actividad GABA-érgica y aumentando la del sistema glutamatérgico. Tras la ingesta de alcohol, la liberación de dopamina está aumentada en algunas zonas del Sistema Nervioso Central (SNC). El consumo de alcohol estimula los receptores opioides (especialmente el receptor  $\delta$ ) y aumenta la liberación de endorfinas, desencadenando una sensación de bienestar y un reforzamiento positivo que estimula al paciente a seguir bebiendo. Está clasificado por su acción farmacológica dentro de los depresores del SNC (SSA-CONADIC, 2019).

Martínez, Salazar, Ruíz, Barrientos y Ayala (2009), señalan que entre las consecuencias del abuso se encuentran las peleas, problemas de relaciones sexuales, problemas escolares o laborales, cruda, problemas con la ley, problemas familiares, accidentes

Entre efectos a corto plazo y largo plazo, señala la *Foudation for a Drug-Free World* (2009), que dependen

de la cantidad que se ingiera y la condición física del individuo, pero el alcohol puede causar (Tabla 1):

**Tabla 1**

*Efectos a corto y largo plazo*

---

Corto plazo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lenguaje mal articulado.</li> <li>Somnolencia.</li> <li>Vómito.</li> <li>Diarrea.</li> <li>Malestar estomacal.</li> <li>Dolores de cabeza.</li> <li>Distorsiones visuales y auditivas.</li> <li>Alteraciones en la capacidad de actuar.</li> <li>Disminuye percepción y coordinación.</li> <li>Inconsciencia.</li> <li>Perdida de memoria.</li> <li>Anemia.</li> <li>Dificultades respiratorias.</li> <li>Coma.</li> </ul>
Largo plazo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lesiones no intencionales (accidentes, choques, quemaduras, ahogamientos).</li> <li>Lesiones intencionales (heridas por arma, agresiones sexuales y violencia doméstica).</li> <li>Incremento de lesiones laborales y baja productividad.</li> <li>Incremento de problemas familiares y relaciones fallidas.</li> <li>Envenenamiento.</li> <li>Presión alta, derrames cerebrales y otros males cardíacos.</li> <li>Enfermedades hepáticas.</li> <li>Daños al sistema nervioso.</li> <li>Problemas de tipo sexual.</li> <li>Daño cerebral permanente.</li> <li>Deficiencia de vitamina B que genera apatía, amnesia y desorientación.</li> <li>Úlceras y gastritis.</li> <li>Cáncer en boca y garganta.</li> <li>Desnutrición.</li> </ul>

---

Nota: elaboración propia basado en Foudation for a Drug-Free World (2009).

Existen otras consecuencias psicológicas, sociales y personales tales como: pérdida de control, síndrome de abstinencia, abandono de hogar, escuela y trabajo, descuido de obligaciones (Martínez, Salazar, Ruíz, Barrientos y Ayala, 2009).

En cuanto a la morbilidad atribuible al alcohol, el 28% es por lesiones (accidentes, violencia y autolesiones), 21% a trastornos digestivos, el 19% a enfermedades cardiovasculares, el resto a enfermedades infecciosas, cancerígenas, trastornos mentales entre otras (OMS, 2018 en UNAM, 2018).

### **Funcionamiento familiar y consumo de alcohol**

En el enfoque familiar, las personas son observadas desde un punto de vista relacional, donde los síntomas son el producto de una secuencia circular (no lineal) de intercambios disfuncionales. Desde esta perspectiva, por ejemplo, el alcoholismo es considerado como una disfunción o problema familiar que desencadena un equilibrio en su funcionamiento y este a su vez, provoca desequilibrio en la familia. Por otra parte, la familia con un miembro alcohólico es disfuncional porque cada uno desempeña un papel en la disfunción o mantenimiento del alcoholismo y éste se convierte en una función homeostática que impide cambiar la situación familiar (Brik y Cuellar, 2016).

Se ha encontrado influencia inmediata entre el consumo de alcohol o sustancias y las disfunciones familiares como factor de riesgo (Alonso-Castillo, Yáñez-Lozano y Armendáriz-García, 2017; Dorius, Bahr, Hoffman y Lovelady, 2004; Figueroa-Varela, Lira-Rentería y González-Betanzos, 2019; Thompson, 2005).

### **Intervención con familia en el abuso de alcohol**

El problema del alcohol, desde el modelo familiar de Berg y Miller (2009), tiene algunos de los siguientes principios: énfasis en la salud mental; utilización (recursos, habilidades, conocimientos); visión atea, no normativa; parquedad o simplificación; inevitabilidad del cambio; orientación al presente y futuro; cooperación y filosofía central de funcionalidad.

Se ha estudiado que uno de los principales núcleos de afectación del consumo es la familia, y ésta, como elemento natural y fundamental de la sociedad tiene derecho a la protección de la propia sociedad y del Estado, de acuerdo con la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948). Igualmente, la OMS (2015) reconoce que el consumo nocivo de alcohol perjudica a la familia. Sobre todo, el alcohol daña fundamentalmente la funcionalidad familiar, ya que es la capacidad del sistema para enfrentar y superar las crisis por las que esta atraviesa la familia (Espejel, 1997). Aunque también, se ha reconocido que es la

propia familia una de las variables más relevantes en el origen y mantenimiento del consumo (Girón, s/f; Iraurgi, Sanz y Martínez-Pampliega, 2004).

De acuerdo con la Secretaría de Salud son evidentes los efectos dañinos por la ingesta de alcohol en los planos individual, familiar, y social, tanto por los costos, como por los efectos en los individuos y en las familias (Gutiérrez, 2014).

El tratamiento con familia de personas que abusan del alcohol cuenta con modelos y libros sobre su modo de trabajo (Berg y Miller, 2009; Cancrini, 1982; Cirilo, 1999; Steinglas, Bennet, Wolin y Reiss 1989). Aun así, no hay demasiada literatura científica orientada a evaluar la eficacia clínica de las intervenciones con la familia y el bebedor. Quizá porque una de las principales dificultades que tienen los estudios realizados para evaluar la eficacia de la terapia familiar son las limitaciones que presentan este tipo de investigaciones a nivel metodológico (Marcos y Garrido, 2009).

Ahora, respecto a las intervenciones familiares practicadas en el campo del alcoholismo se agrupan en tres tipos de orientación: a) Trabajo con los miembros de la familia para promover la incorporación del paciente y su compromiso con el tratamiento; b) trabajo con toda la familia para tratar la dependencia y c) Intervenciones terapéuticas dirigidas a las necesidades de los otros miembros de la familia. Debe abordarse considerando el ciclo vital por el que atraviesa la familia al momento de presentar una crisis, la cual no debe conside-

rarse como algo negativo sino positivo o adaptativo (Girón, s/f).

En este sentido, la evaluación familiar ha sido relacionada con muchos temas y un tema de éstos es el funcionamiento familiar frente al consumo de alcohol de algún miembro, porque estudios revelan la relación entre la severidad de la adicción y el funcionamiento familiar (Iraurgi, Sanz y Martínez, 2004) incluso con conductas criminales (Ruíz, Hernández, Mayrén y Vargas, 2014). También se sabe que el alcoholismo está relacionado significativamente con las familias y la percepción disfuncional de la misma (Coaquira y Arroyo, 2017; Trujillo-Guerrero, Vázquez-Cruz y Córdova-Soriano, 2016; Zambrano, Martínez, Alonso y Álvarez, 2016). La familia del paciente alcohólico quien ha permitido que esta enfermedad afecte en su funcionamiento al sistema familiar (Quiroz, 2005).

A pesar de que hay pocos trabajos con familia, algunos han mostrado que los abordajes familiares consiguen aumentar el compromiso de los pacientes y sus familias con los programas de tratamiento, aumentar la adherencia al tratamiento, disminuir el uso de sustancias postratamiento y mejorar el funcionamiento familiar y la normalización de los pacientes en cuanto a su incorporación social (Girón et al., 2002, en Marcos y Garrido, 2009)

En la investigación comparativa con modelos tratamiento desde los motivacionales, pasando por los familiares, psicoeducativos y comunitarios de Sampl y

Kadden (2004) los resultados en cuanto a reducción de la frecuencia e intensidad del consumo o la obtención de la abstinencia fueron solamente los de la intervención familiar, quienes superaron a los que observaron en otras modalidades individuales o incluso sociales. Estos autores suponen que tiene que ver con el hecho de que la implicación familiar proporciona al trabajo terapéutico una resonancia mayor en el entorno natural del sujeto, favoreciendo que las instrucciones terapéuticas y los compromisos adquiridos en los espacios terapéuticos sean compartidos por los familiares y reproducidos en el marco de la vida cotidiana. Por otra parte, señalan que, el hecho de que el sujeto no se vea a sí mismo como “el problema”, sino como “parte del problema” permite abordar en mejores condiciones toda la complejidad asociada al abuso de la sustancia.

En este mismo sentido Pedroza, Cervantes, Aguilera y Martínez (2012), reportaron en sus investigaciones que las interacciones de los hijos consumidores y los padres tales como las relaciones conflictivas, la falta de habilidades de negociación y la falta del control de la conducta son un factor de riesgo que eleva el consumo de alcohol.

## **Entrevista motivacional y modelo transteórico del cambio**



En los años 80's que Prochanska y DiClemente elaboraron un modelo útil para comprender cómo se produce el cambio, lo llamarón Modelo Transteórico del Cambio. Mientras que la Entrevista Motivacional fue creada por los psicólogos Miller y Rollnick como intervención breve para tratar problemas de alcohol (Piñeiro, Miguez y Be-coña, 2010). Señala Pacheco (2017) que fue el mismo Congreso —en 1984— en que Prochanska y DiClemente presentaron en 'sociedad' su enfoque transteórico del cambio William Miller presentó un enfoque novedoso para fomentar la motivación para el tratamiento en los bebedores problema.

### *Modelo transteórico del cambio*

De acuerdo con el modelo transteórico las personas atraviesan por una serie de etapas cuando deciden llegar a cabo un cambio de conducta en alguna área de su vida. Se articula tridimensionalmente integrando estadios, procesos y niveles de cambio (Ortiz y Hernández, 2013). Se han identificado diez procesos de cambio para producir progresos junto con el equilibrio decisional, la autoeficacia y las tentaciones (Prochanska y Velicer, 1997).

Las etapas representan un período de tiempo, así como también un conjunto de tareas necesarias para pasar al siguiente escenario (Norcross, Kreebs y Prochanska, 2011). Estas se describen a continuación (Tabla 2).

Tabla 2.  
*Etapas del modelo transteórico del cambio*

Etapa	Descripción
1. Precontemplación	Es la etapa en la que no hay intención de cambiar el comportamiento en el futuro previsible. La mayoría de los pacientes en esta etapa desconocen sus problemas.
2. La contemplación	Es la etapa en la cual los pacientes son conscientes de que existe un problema y están pensando seriamente en superarlo, pero aún no se han comprometido a tomar medidas. Los contempladores luchan con sus evaluaciones positivas de su comportamiento disfuncional y la cantidad de esfuerzo, energía y pérdida que costará superarlo.
3. La preparación	Es la etapa en la que las personas tienen la intención de actuar en el próximo mes y están informando algunos pequeños cambios de comportamiento ("pasos de bebé"). Aunque han hecho algunas reducciones en sus comportamientos problemáticos, los pacientes en la etapa de preparación aún no llegan a la acción efectiva.
4. La acción	Es la etapa en la que los individuos modifican su comportamiento, experiencias y/o ambiente para superar sus problemas. La acción implica los cambios de comportamiento más evidentes y requiere un compromiso considerable de tiempo y energía. Los individuos se clasifican en la etapa de acción si han cambiado con éxito el comportamiento disfuncional durante un período hasta 6 meses.
5. Mantenimiento	Es la etapa en la cual las personas trabajan para prevenir una recaída y consolidar los resultados obtenidos durante la acción, se extiende de seis meses a un período indeterminado posterior a la acción inicial puede ser considerado para toda la vida.
6. Finalización	Los individuos experimentan 0 tentación y 100% de autoeficacia. Tienen confianza de que no retornarán a sus antiguas pautas ni saludables de afrontamiento. Es como si nunca hubieran adquirido tales pautas. Es mantenimiento de por vida

Nota: Elaboración propia basado en Norcross, Krebs y Prochanska (2011)

Los procesos de cambio son actividades abiertas y encubiertas en las que los individuos se involucran

cuando intentar modificar los comportamientos problemáticos. Implican cómo las personas cambian (Norcross, Krebs y Prochanska, 2011). Los procesos se describen a continuación.

Procesos experienciales:

*Aumento de conciencia.* Implica intensificar el procesamiento de la información respecto a la problemática asociada con la conducta adictiva.

*Autorreevaluación.* Valoración afectiva y cognitiva del sujeto respecto las formas en que la conducta de adicción afecta los propios valores y su manera de comportarse.

*Reevaluación ambiental.* Consiste en valorar el impacto que tiene la conducta adictiva hacia sus relaciones interpersonales y reconocer las consecuencias positivas que llevaría a su entorno modificar el hábito tóxico.

*Relieve dramático.* Experimentación y expresión de las reacciones emocionales del sujeto, generadas a partir de la observación de los aspectos negativos de la conducta adictiva.

*Autoliberación.* Representa el compromiso personal y el aumento de la capacidad para decidir y elegir del individuo.

*Liberación social.* Capacidad del sujeto para decidir y elegir. Está favorecida por la toma de conciencia de lo que representa, en el ámbito social, la conducta de adicción.

Procesos conductuales:

*Manejo de contingencias.* Significa la aplicación de refuerzos (autoaplicado/heteroaplicado) a una conducta concreta.

*Relaciones de ayuda.* Refiere el apoyo social como elemento facilitador del proceso de cambio.

*Contracondicionamiento.* Se trata de modificar la respuesta cognitiva, motora y fisiológica provocada por los estímulos condicionados por el consumo, al generar otras conductas alternativas.

*Control de estímulos.* Es evitar la exposición a situaciones de riesgo que pueden provocar una recaída en el consumo.

Los niveles de cambios consisten en el modo de ordenar los problemas psicológicos susceptibles de ser tratados, de acuerdo al grado de contemporaneidad con el problema actual de la persona, en este caso la conducta adictiva y el grado de conciencia que posee el usuario (CONACE, s/f).

De acuerdo con DiClemente y Prochanska (1982) son: cogniciones desadaptativas, síntoma/situacional, conflictos interpersonales actuales, conflictos familiares y conflictos intrapersonales

### *Entrevista motivacional*

Por su parte, la Entrevista Motivacional (entrevista motivacional), se define como un estilo de asistencia directa, centrada en el cliente para provocar un cambio en el comportamiento, ayudando a los clientes a

explorar y resolver ambivalencias (Miller y Rollnick, 1996). La entrevista motivacional intenta ayudar a resolver la ambivalencia y hacer que una persona progrese a lo largo del camino del cambio [...] el objetivo global consiste en aumentar la motivación intrínseca del paciente, de manera que el cambio surja de dentro más que se imponga desde fuera (Miller y Rollnick, 2009).

La entrevista motivacional funciona desde los siguientes principios básicos:

- Comprender los sentimientos y perspectivas de los pacientes sin juzgar, criticar o culpabilizar.
- Crear y potenciar, en la mente del paciente, una discrepancia entre la conducta actual y unos objetivos más amplios, hasta que supere el apego a la conducta.
- Evitar confrontaciones y convencer al paciente de que necesita cambiar. Eliminar las etiquetas.
- Aprovechar el momento actual sin imponer o sugerir cambios. Invitar al paciente a considerar nueva información.
- Confiar en que la personas tiene las habilidades para llevar al cabo con éxito una tarea.

A su vez, la entrevista motivacional tiene elementos clave (Bobes, Bascarán, Díaz, Sáiz y García-Portilla, s/f), que se describen de la siguiente manera:

*Aceptación* (acceptance): no juzgar. Implica afirmar, mostrar empatía, apoyar la autonomía del

cliente y valorarle auténticamente. No quiere decir aprobar las acciones que hace o ser aquiescente.

*Evocación* (evocation): no aconsejar. Desde este enfoque no se presupone que el terapeuta ha de enseñar algo al cliente porque le faltan recursos, sino que se parte de la premisa de que ya cuenta con muchas habilidades y fortalezas que hay que evocar y potenciar.

*Colaboración* (partnership): no confrontar. La entrevista motivacional se ha diseñado por y para el cliente, y por tanto se trata de una colaboración activa entre dos expertos, puesto que se asume que nadie se conoce mejor que uno mismo.

*Compasión* (compassion): no significa mostrarse indiferente, ni identificarse con el cliente o tener lástima. Se refiere a promover de forma activa el bienestar del otro, de dar prioridad a sus necesidades.

Por último, de acuerdo con Miller y Rollnick (1996, 2009), las estrategias básicas de la entrevista motivacional son las siguientes:

- Preguntar al paciente de tal manera que estimule el habla, sobre todo en la primera fase. Es mejor hacer preguntas que no se puedan contestar con respuestas cortas. De este modo, el paciente comienza a analizar sus propios problemas.
- Franquear los obstáculos que bloquean, paran, desvían o cambian la dirección de la escucha. Lo importante es que en una respuesta uno in-

tente deducir qué es lo que realmente quiere decir la persona. Para esto, es importante entrenarse en pensamiento reflexivo.

- Apoyar al paciente mediante comentarios positivos y frases de aprecio y comprensión.
- Hacer comentarios que sintetizen lo que se ha podido abordar. Esto refuerza lo que se ha dicho y confirma que se ha escuchado con atención. Se prepara al paciente para seguir progresando.
- Reconocer el problema, expresar preocupación, expresar la intención de cambiar —implícita o explícitamente— y expresar optimismo sobre el cambio.

### *Programa de intervención*

A partir del análisis de varios modelos de intervención breve en el abuso de alcohol y sustancias, se diseñó un programa que considera el abordaje del usuario con la participación de sus familiares dentro del mismo proceso terapéutico. El diseño considera al Modelo Transteórico del Cambio y la Entrevista Motivacional como bases, añadiendo elementos de interacción familiar que fortalezcan los objetivos del cambio.

El programa inicia con el tamizaje, que considera algunos criterios de inclusión entre los que se destaca que el usuario no sea dependiente al alcohol, como tampoco sea un bebedor ocasional, sino que, acorde a los niveles de consumo se encuentre en un nivel de

riesgo moderado o de abuso de alcohol (Humeniuk, Henry-Edwards, Ali, Poznyak y Monteiro, 2011) porque se ha demostrado que los modelos breves funcionan con el abuso (Echevarría, 2019).

Una vez que se tiene este proceso de admisión, se evalúa la línea base de los usuarios a partir de instrumentos sobre el consumo de alcohol y el funcionamiento familiar (González-Ramírez, De la Roca-Chiapas, Colunga-Rodríguez, Preciado-Serrano, Daneri-Navarro, Pedroza-Cabrera y Martínez-Arriaga, 2017; Olson, 1986; Smilkstein, 1998; Sobell y Sobell, 1993). Después de la evaluación previa, se tratan las cuatro sesiones de intervención y posteriormente los seguimientos. En todas las sesiones de intervención se trabaja con el usuario y otros con los familiares, en momentos de manera separada y en otros de manera conjunta.

La primera sesión de intervención se denomina motivación al cambio. Aquí se inicia con la realimentación de la evaluación, la revisión del autorregistro de consumo (misma acción que se hace al inicio de cada sesión) y el encuadre con el familiar, ya que es la primera sesión a la que se presenta. Después se desarrollan elementos de motivación para el cambio de consumo considerando la meta de consumo, se ahonda en los factores de riesgo y protección, y las expectativas que los familiares tiene sobre el proceso. Cabe decir que se deja una primera tarea. Esta actividad se dejan en todas las sesiones.



La segunda sesión se denomina análisis funcional de la conducta de consumo. En este caso, los familiares participan: se introduce el concepto de análisis funcional de la conducta familiar y se revisan los elementos disparadores del consumo, la conducta y consecuencias de este. En este sentido, se observa el rol que la familia tiene para contener o precipitar mayor consumo.

En la tercera sesión, llamada prevención de riesgos, se indaga en las situaciones que pueden llevar a recaídas. La participación del familiar también permite observar los planes de acción que pueden hacer para reducir el abuso, aunque se presenta una estrategia que permite que el usuario tenga una mayor concientización, una autoreevaluación y una reevaluación ambiental con mayor claridad respecto a los efectos que tiene su conducta en quienes lo rodean.

Finalmente, la cuarta sesión, llamada proyecto de vida, tiene como finalidad que el usuario emplee sus energías en algo que lo lleve a consolidar los cambios escribiendo un proyecto de vida a corto o mediano plazo, se utiliza una herramienta donde firma compromisos terapéuticos, al mismo tiempo que los familiares hacen los suyos.

En la sesión de postevaluación solamente se cita al usuario para contrastar los cambios replicando los instrumentos de la línea base. Finalmente, en la fase de seguimiento se vuelve a citar a los familiares para observar los avances o posibles retrocesos. Sobre este

último aspecto, cabe la posibilidad de que el proceso tenga sesiones extraordinarias si se presentan recaídas antes del tiempo de seguimiento planteado, el cual puede ser al primer mes, al tercero o al sexto.

Este diseño de intervención breve ha sido descrito en un manual para el terapeuta donde se escriben todos los pasos de manera clara y concreta.

## **Conclusiones**

Se esperaría que un modelo combinado entre el modelo transteórico y la entrevista motivacional que además incluye incluya a la familia, tuviera resultados más robustos. Esto debido a que considera a la familia como un potenciador de efectos para los procesos de cambio en los usuarios que abusan de alcohol.

Los cambios son posibles tanto en los niveles cognitivos y situacionales, como en los interpersonales y familiares. Cuando los familiares son partícipes de este proceso, no solo hay mayor efectividad en la etapa de cambio de conducta y en el logro de metas de consumo promedio de bebidas estándar; también mejoran los indicadores del funcionamiento familiar, ya que aumentan la comprensión, el afecto, el crecimiento, la toma de decisiones entre otros.

Involucrar a la familia no significa asumir un modelo de trabajo sistémico, en el cual el síntoma o problemática del consumo se desplace a todos los miembros que se encuentren en el proceso. Involucrar

a la familia permite generar una responsabilidad compartida de conductas que pueda coadyuvar la mejora, pero, en todo momento, el usuario es el responsable de su avance o recaída en el consumo. Este y otros puntos similares son establecidos en el encuadre inicial del proceso y se sostienen a lo largo del mismo.

Este modelo de intervención breve sería igual o más eficiente que el trabajo con el usuario solo. La oportunidad de aplicarlo y someterlo a prueba ya está en marcha. Queda pendiente su evaluación frente a los procesos ya establecidos con enfoques de trabajo diferentes.

## Referencias

- Alonso-Castillo, M., Yañez-Lozano, Á. y Armendáriz-García, N. (2017). Funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria. *Salud y Drogas*, 17(1), 87–96.
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostical and Stadistical Manual, DSM-1*.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-5* (5ª ed.). Médica Panamericana.
- Babor, T. F, Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B. y Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT, Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol: Pautas para su utilización*

en Atención Primaria. Organización Mundial de la Salud.

BBC. (2014, 2 de diciembre). El consumo de alcohol se inició hace 10 millones de años. *BBC News*.

[https://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/12/141202\\_consumo\\_alcohol\\_ancestros\\_encima\\_lp](https://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/12/141202_consumo_alcohol_ancestros_encima_lp)

Berg, I. K. y Miller, S. D. (2009). *Trabajando con el problema del alcohol: orientaciones y sugerencias para la terapia breve de familia*. Gedisa.

Bobes, M. T., Bascarán, M. T., Díaz, E. M., Sáiz, P. A. y García-Portilla, P. (s/f). Proceso de Cambio y Entrevista Motivacional. En *Evidencia y herramientas para abordar al paciente con trastornos relacionados con el alcohol* [curso online]. SOCIDROGALCOHOL. Recuperado el 12 de febrero de 2021 de

[https://www.sergas.es/gal/DocumentacionTecnica/docs/SaudePublica/adicciones/Curso\\_Alcohol/archivos/pdf/tema\\_7.pdf](https://www.sergas.es/gal/DocumentacionTecnica/docs/SaudePublica/adicciones/Curso_Alcohol/archivos/pdf/tema_7.pdf)

Brik, E. y Cuellar, B. (2016, 11 de octubre). El alcoholismo desde la terapia familiar sistémica. *Instituto de Formación, Tratamiento en Terapia Familiar Sistémica y Adicciones* [Blog].

<https://itadsistemica.com/tratamiento/alcoholismo-terapia-familiar-sistemica/>

Cancrini, L. (1982). *Los temerarios en las máquinas voladoras. Estudio sobre las terapias de los toxicómanos*. Nueva Visión.

- Coaquira, E., y Arroyo, J. (2017). *Funcionamiento familiar y consumo de alcohol relacionado al inicio sexual en estudiantes mujeres del 3ro, 4to y 5to de secundaria de un colegio nacional en el departamento de Junín, 2016-2017* [Tesis de pregrado]. Universidad Peruana Unión.
- Cirilo, S. (1999). *La familia del toxicodependiente*. Paidós.
- CONACE, (s/f). *Modelo transteórico del tratamiento de las conductas adictivas (Prochaska y DiClemente)*. Recuperado el 12 de febrero de 2021 de <http://josemiguelgutipeque.blogs.uva.es/files/2019/12/Modelo-Transte%C3%B3rico-del-Tratamiento-de-las-Conductas-Adict%E2%80%A6.pdf>
- Declaración Universal de los Derechos humanos:  
Adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General 217 A (III) del 10 de diciembre de 1948.
- DiClemente C.C. y Prochaska J.O. (1982). Self change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addict Behavior*. 7(2), 133–142.
- Dorius, C., Bahr, S., Hoffman, J., y Lovelady, E. (2004). Parenting practices as moderators of the relationship between peers and marijuana use. *Journal of Marriage and Family*, 66, 163–178.

- Espejel, E. (1997). *Manual para la Escala de Funcionamiento Familiar*. Instituto de la Familia A.C.; Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Figueroa-Varela, M. R., Lira-Rentería, S. G. y González-Betanzos, F. (2019). Factores de riesgo para el consumo de alcohol y drogas en estudiantes de bachillerato en Nayarit, México. *Health and addictions: salud y drogas*, 19(2), 130–138.
- Flórez-Alarcón, L. (2015). Análisis del consumo de alcohol, con fundamento en el modelo transteórico, en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 4, 79–98.
- Flórez-Alarcón, L. y Gantiva D. C. (2015). Terapias motivacionales breves: diferencias entre la aplicación individual y grupal para la moderación del consumo de alcohol y de las variables psicológicas asociadas al cambio. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(1), 13–26.
- Florez-Alarcon, L. (2005). Evaluación de los procesos de cambio propuestos por el modelo transteórico, en estudiantes de secundaria y universitarios consumidores de alcohol. *Acta Colombiana de Psicología*, 8(1), 47–78.
- Foundation for a Drug-Free World. (2009). *La verdad sobre el alcohol* [folletín informativo]. <https://www.vidasindrogas.org/FUURL/data/www.drugfreeworld.org/files/truth-about-alcohol-booklet-es.pdf>

- Gonzalez-Ramirez, L. P., De la Roca-Chiapas, J. M., Colunga-Rodriguez, C., Preciado-Serrano, M. de L., Daneri-Navarro, A., Pedroza-Cabrera, F. J., y Martinez-Arriaga, R. J. (2017). Validation of Health Behavior and Stages of Change Questionnaire. *Breast Cancer: Targets and Therapy*, 9, 199–205. <http://doi.org/10.2147/bctt.s129855>
- Girón, S. (s/f). *La terapia familiar en el alcoholismo*. Recuperado el 12 de febrero de 2021 de <https://medfamcom.files.wordpress.com/2010/08/familia-alcoholica.pdf>
- Gutiérrez P., Á. (2014). La religiosidad de Alcohólicos Anónimos. *Temas Antropológicos*, 36(2), 73–96.
- Humeniuk, R. E., Henry-Edwards, S., Ali, R. L., Poznyak, V. y Monteiro, M. (2011). *Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias: Manual para uso en la atención primaria*. Organización Mundial de la Salud.
- Iraurgui, I, Sanz, M., y Martínez-Pampliega., A. (2004), funcionamiento familiar y severidad de los problemas asociados a la adicción a drogas en personas que solicitan tratamiento, adicciones, *revista de SOCIDROGALCOHOL*, 16(3), 185–196. <http://doi.org/10.1037/h0088437>
- Londoño, C., Forero, P., Laverde, M. y Mosquera, A. (2012). Construcción de un modelo cognitivo-social integrado por etapas para la prevención del

- abuso en el consumo de alcohol en universitarios bogotanos. *Psicología y Salud*, 22(2), 235–245.
- Marcos, S. J. y Garrido, F. M. (2009). La Terapia Familiar en el tratamiento de las adicciones, *Apuntes de Psicología*, 27(2-3), 339–362.
- Martínez, K. I., Ayala, V. H., Salazar, G. M. L., Ruiz, T. G. M y Barrientos, C. V. (2004). *Programa de Intervención Breve para adolescentes que inician el consumo de Alcohol y otras Drogas. Manual del Terapeuta*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1996) ¿Qué es la entrevista motivacional? *Revista de Toxicomanías*. 6, 3–7.
- Miller, W. R y Rollnick, S. (2009). *La Entrevista Motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas*. Paidós.
- Mundasad, S. (2014, 15 de Enero). Alcohol therapy: medicinal drinking through the ages. *BBC News*. <https://www.bbc.com/news/health-25712005>
- Natera, R. G., Aguilar, P., Pérez, F. C., Juárez, F. y Tiburcio, M. (2011). Efectos de una intervención a familiares de consumidores de alcohol en una región indígena en México. *Salud Mental*, 34(3), 195–201.
- Norcross, J. C., Krebs, P. y Prochaska J. O. (2011). Stages of Changes. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 143–154.



- Olson, D. H. (1986). Circumplex model VII: validation studies and FACES III. *Family Process Journal*, 25, 337–351.
- OMS. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno de España.  
[https://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)
- OMS. (2011). *¿Constituye el uso nocivo del alcohol un problema de salud pública?*  
<https://www.who.int/features/qa/66/es/>
- OPS-OMS. (2019). *Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol*.
- O'Farrell, T.J. y Fals-Stewart W. (2002) Family-Involved Alcoholism Treatment An Update. En *Alcoholism. Recent Developments in Alcoholism, Vol 15*. Springer. [https://doi.org/10.1007/978-0-306-47193-3\\_19](https://doi.org/10.1007/978-0-306-47193-3_19)
- Ortiz, V. y Hernández, M. (2013). *La entrevista motivacional: Elementos para su aplicación*. Centros de Integración Juvenil.
- Pascual, F. (2014). *Historia del Tratamiento del Alcoholismo*. Socidrogalcohol.
- Pacheco, M. (2017). *Entrevista Motivacional de William Miller y Stephen Rollnick*. Recuperado el 12 de febrero de 2021 de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Entrevista%20Motivacional.pdf>

- Pedroza, F. J., Cervantes, A., Aguilera, S. J y Martínez, K. I. (2012). Interacciones sociales de adolescentes consumidores y no consumidores de sustancias adictivas. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 38(2), 126–150.
- Pérez, A., Mejía, J. y Becoña, B. (Eds.) (2015). *De la prevención y otras historias: historia y evolución de la prevención del consumo de alcohol y drogas en América Latina y en Europa*. California Editorial.
- Piñeiro, B., Miguez, M.C. y Becoña, E. (2010). La entrevista motivacional en el tratamiento del tabaquismo: una revisión, *Adicciones*, 22, 353–364.
- Prochaska J. O. y DiClemente, C. (1982) Trans-Theoretical Therapy - Toward A More Integrative Model of Change. *Psychotherapy Theory Research y Practice*, 19(3), 276–288.  
<https://doi.org/10.1037/h0088437>
- Prochaska, J. O., y Velicer, W. F. (1997). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38–48. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>
- Quiroz, J. R. (2005) La familia alcohólica. *Atención Familiar*, 12(2), 28-31.
- Rivera, S., Villouta, M.F y Ilabaca, A. (2008). Entrevista motivacional: ¿cuál es su efectividad en

- problemas prevalentes de la atención primaria?. *Atención Primaria*, 40(5), 257–261.
- Rojas, E., Real, T., García-Silberman, S., Medina-Mora, M.E. (2011). Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud Mental*. 34, 351–365.
- Rosenstingl, R. (1978). El alcoholismo en la prehistoria. En M. Gassull (Ed.), *La enfermedad alcohólica*. Químicos Unidos S.A.
- Ruíz, A. O., Hernández, M. I., Mayrén, P. y Vargas, M. (2014). Family functioning of consumers of addictive substances with and without criminal behavior. *Liberabit*, 20(1), 109–117. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-48272014000100010&lng=es&tlng=en](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272014000100010&lng=es&tlng=en)
- Salazar, M. L., Martínez, K. I. y Barrientos, V. (2009). Evaluación de un componente de inducción al tratamiento con adolescentes usuarios de alcohol del Distrito Federal. *Salud Mental*, 32(6), 469–477.
- Sampl, S. y Kadden, R. (2004). *Terapia de estimulación motivacional y cognitivo-conductual para adolescentes adictos a marihuana*. Barcelona: Ars Medica.
- Samuelson, M. (1997). Cambiar el estilo de vida poco saludable: ¿quién está listo ... quién no?: un argumento en apoyo de las etapas del componente de cambio del modelo transteórico.

*Revista Americana de Promoción de la Salud*,  
12(1), 13–14.

- Sánchez-Mejorada, J. (2007). Concepto del alcoholismo como enfermedad: historia y actualización. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 7(1).  
[https://www.uv.mx/rm/num\\_anteriores/revmedica\\_vol7\\_num1/articulos/concepto.htm](https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol7_num1/articulos/concepto.htm)
- Smilkstein G.(1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6(6), 1231–1239.
- Sobell, M.& Sobell L. (1993). Treatment for problem drinkers: A public health priority. En J., Baer, G. Marlatt y R. McMahon (Eds), *Addictive Behaviors Across the Life Span: Prevention, Treatment and Policy Issues*.(pp. 138–157). Sage Publications.
- SSA-CONADIC. (2009). Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.
- SSA-CONADIC (2018). *Análisis del Consumo de Sustancias en México: Informe Ejecutivo*.  
[http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/informe\\_alcohol.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/informe_alcohol.pdf)
- SSA-CONADIC. (2019). *Alcohol: prevención de adicciones*.  
<http://conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/guiaalc.pdf>

- Steinglass, P. (2009). Systemic-motivational therapy for substance abuse disorder: an integrative model. *Journal of family therapy*, 31(2), 155–174.
- Steinglass, P., Bennet, L. A., Wolin, S. J. y Reiss, D. (1989). *La Familia Alcohólica*, Barcelona: Gedisa.
- Thompson, S. (2005). Family-based treatment models targeting substance use and high-risk behaviors among adolescents. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 2, 207–233.
- Tiburcio, M. y Natera, R.G. (2003) Evaluación de un modelo de intervención breve para familiares de usuarios de alcohol y drogas. Un estudio piloto. *Salud Mental*, 26(5), 33–42.
- Torres, C. G. (2010). La entrevista motivacional en adicciones. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 39, 171–182.
- Trujillo-Guerrero, T. J., Vázquez-Cruz, E. y Córdova-Soriano J. A. (2016). Percepción de la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol en adolescentes, *Atención Familiar*, 23(3), 100–103.
- UNAM. (2018). *Consumo de alcohol: un problema de salud pública*. Recuperado el 12 de febrero de 2021 de <http://blogs.ciencia.unam.mx/cienciamundo/2018/09/29/consumo-de-alcohol-un-problema-de-salud-publica/>
- Zambrano, F. X., Martínez, M., Alonso, M. E. y Álvarez, A. L. (2016). Relación entre alcoholismo, el funcionamiento familiar y otras afecciones

psicológicas, *Revista de Ciencias Médicas*, 23(2), 112–123.



Esta obra está bajo una  
**Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-  
CompartirIgual 4.0 Internacional**

Usted es libre de compartir o adaptar el material en cualquier medio o formato bajo las condiciones siguientes: (a) debe reconocer adecuadamente la autoría, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se han realizado cambios; (b) no puede utilizar el material para una finalidad comercial y (c) si remezcla, transforma o crea a partir del material, deberá difundir sus contribuciones bajo la misma licencia que el original.

Resumen de la licencia

[https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es\\_ES](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es_ES)

Texto completo de la licencia

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/legalcode>

