



Universidad Católica  
**San Pablo**

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICO EMPRESARIALES Y  
HUMANAS**

**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**RELACIÓN ENTRE LA INVOLUCRACIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR, Y LA  
PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA DE PERSONAS CONSUMIDORAS DE  
ALCOHOL EN TRATAMIENTO**

Tesis presentada por la Bachiller:

**DIANA VICTORIA REYNALTE  
CHARELLA**

Para optar por el Título Profesional de

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

Asesora: Dra. María Lorena Diez Canseco

Briceno

**AREQUIPA-PERÚ, 2022**

# RELACIÓN ENTRE LA INVOLUCRACIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR, Y LA PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA DE PERSONAS CONSUMIDORAS DE ALCOHOL EN TRATAMIENTO

## INFORME DE ORIGINALIDAD



## FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>repositorio.ucv.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1</b> %
<b>2</b>	<b>repositorio.autonoma.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1</b> %
<b>3</b>	<b>eprints.uanl.mx</b> Fuente de Internet	<b>1</b> %
<b>4</b>	<b>repositorio.upch.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1</b> %
<b>5</b>	<b>repositorio.unap.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1</b> %
<b>6</b>	<b>www.cneip.org</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1</b> %
<b>7</b>	<b>archive.org</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1</b> %
<b>8</b>	<b>repositorio.upagu.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1</b> %

RELACIÓN ENTRE LA INVOLUCRACIÓN Y  
FUNCIONALIDAD FAMILIAR, Y LA PERCEPCIÓN DE  
AUTOEFICACIA DE PERSONAS CONSUMIDORAS DE  
ALCOHOL EN TRATAMIENTO

## Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo investigar si la funcionalidad e involucramiento familiar tienen relación con la percepción de autoeficacia en personas consumidoras de alcohol que se encuentran recibiendo tratamiento, sea de forma ambulatoria o internamiento. Para responder a la pregunta de investigación se utilizó una muestra de 34 personas que reciben tratamiento en el Centro de Salud Mental y Adicciones Moisés Heresi y participan en grupos de Alcohólicos Anónimos; dicha muestra fue seleccionada por un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se midió la autoeficacia con la Escala de Autoeficacia General, la funcionalidad familiar con la Escala FACES IV y la involucración familiar por medio de un cuestionario elaborado por la autora. Se identificó la normalidad de las variables para luego elegir el modelo de correlación que sea pertinente considerando como variables independientes “funcionalidad familiar” e “involucración familiar”, y como variable dependiente a la “autoeficacia”. Finalmente se obtuvo que no existen correlaciones significativas entre funcionalidad familiar e involucración familiar, y los niveles de autoeficacia en personas consumidoras de alcohol en tratamiento. Estos resultados evidencian la necesidad de seguir profundizando en la relación de las variables, se establecen recomendaciones para futuros estudios.

*Palabras clave:* autoeficacia, involucración, familia, alcohol, funcionalidad, modelo circunplejo

## **Abstract**

The objective of this work is to investigate whether family functionality and involvement are related to the perception of self-efficacy in alcohol consumers who are receiving treatment, whether on an outpatient or hospital basis. To answer the research question, a sample of 34 people who receive treatment at the Moises Heresi Center for Mental Health and Addictions and participate in Alcoholics Anonymous groups was used; Said sample was selected by a non-probabilistic convenience sampling. Self-efficacy was measured with the General Self-Efficacy Scale, family functionality with the FACES IV Scale, and family involvement through a questionnaire prepared by the author. The normality of the variables was identified to then choose the relevant correlation model considering "family functionality" and "family involvement" as independent variables, and "self-efficacy" as the dependent variable. Finally, it was found that there are no significant correlations between family functionality and family involvement, and levels of self-efficacy in people who consume alcohol in treatment. These results show the need to continue deepening the relationship of the variables, establishing recommendations for future studies.

*Keywords:* self-efficacy, involvement, family, alcohol, functionality, circumplex model

## Capítulo I: Planteamiento del Problema

### Justificación

En 7 de cada 10 personas se presenta el consumo de dicha sustancia en algún momento de su vida. Y respecto a otras sustancias, la predominancia del alcohol asciende a 54.7%. El mayor índice de ingesta del alcohol se presenta entre los 19 y 35 años en donde el intervalo entre 26 y 35 años presenta una incidencia más elevada (DEVIDA, 2018).

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2015), el 91.5% de las personas de 15 y más años de edad manifestaron haber consumido alcohol en algún momento de su vida. El mayor puntaje se presenta en los varones con un 94.8% respecto a las mujeres las cuales presentan un 88.3%. Si nos referimos a la ingesta de dicha sustancia en un periodo de 12 meses y considerando el mismo rango de edad, se identificó que, a nivel de departamentos, existe mayor consumo en Arequipa (75.5%), en la Provincia Constitucional del Callao (74.8%), Lambayeque (74.6%), Tumbes (74.5%), Lima (74.1%), Ica (73.6%) y Piura (70.9%).

Debido a que el consumo de alcohol es una problemática que, con el pasar del tiempo, se va extendiendo con mayor rapidez y que genera graves consecuencias a nivel físico, psicológico, laboral, familiar, etc., es importante seguir profundizando e ideando mecanismos innovadores de afrontamiento (Becoña & Cortés, 2011). En ese sentido, un camino para la adecuada comprensión e intervención implica identificar las variables que acompañan la conducta de consumo; por un lado, variables individuales en la persona

consumidora como por ejemplo variables biológicas, psicológicas, etc., así como también las variables familiares y comunitarias.

Una de estas variables, durante la intervención por consumo, es la “autoeficacia” (Becoña & Cortés, 2011). Esta última es entendida como la convicción que tiene una persona, de tener ciertas habilidades para realizar actos que le ayuden a alcanzar los resultados esperados de tal manera que influye significativamente en cómo se desarrolla en el entorno, en cómo siente y piensa (Olivari & Urra, 2007). En este sentido, la autoeficacia de uno mismo influye, junto con las situaciones circundantes y los resultados que esta le brinda, en la motivación y conducta de la persona. Por lo tanto, se puede deducir que la autoeficacia va a intervenir en el desarrollo y generación de conductas motivadoras para la superación del problema de consumo (Becoña & Cortés, 2011).

Otro factor influyente es la familia ya que es la primera experiencia de soporte que tiene un niño al nacer y en donde construye las bases de su estructura psíquica, aquello que aprenda dentro del entorno familiar será significativo y en algunos casos determinante, para su desarrollo (Gormaz, 2015; Mendoza, 2017). Por lo tanto, se puede afirmar que una estructura y dinámica familiar sólidas son un factor protector frente a cualquier cuadro patológico que se pueda generar a futuro, como, por ejemplo, conductas de consumo excesivo de sustancias (Gormaz, 2015).

La familia ayudará al individuo a reconocer sus limitaciones, pero también, aquellas habilidades que le permitan enfrentar toda clase de obstáculos. Este soporte, si bien se presenta con mayor intensidad en la infancia, permanece a lo largo de toda la vida, especialmente en aquellas circunstancias más adversas (Mendoza, 2017; Silva, 2019). Sabiendo de la relevancia de la familia y su papel en la consolidación del individuo, se puede

deducir que esta influirá significativamente en la formación y consolidación de la autoeficacia en la persona y hará que el sujeto sea capaz de emprender todo tipo de tareas complejas para alcanzar su recuperación y estabilidad (Grembowski et al., 1993).

Entonces, considerando que el consumo excesivo de alcohol sigue siendo una problemática actual, la urgencia del tratamiento y el papel de la familia durante el proceso y en relación al paciente; para fines de la presente investigación, se tomará en cuenta dos aspectos del ámbito familiar, su funcionalidad e involucración durante el tratamiento, en relación al desarrollo de la autoeficacia del paciente frente a su problemática de consumo.

La funcionalidad familiar consiste en el despliegue de conductas y/o estrategias, de parte de todos los miembros de la familia, orientados a alcanzar los objetivos que esta se plantea. Dichas conductas requieren la interacción y participación activa de todos con la intención de conservar la estructura familiar a pesar de las dificultades o adversidades (González & Mera, 2020).

Respecto a la involucración familiar, se debe tener en cuenta que esta influye, en primer lugar, en la prevención del consumo, así como en la obediencia de parámetros y reglas respecto a la ingesta. En segundo lugar, respecto a personas que cuenta con un diagnóstico por consumo de alcohol, el papel de la familia en el proceso terapéutico contribuye ampliamente en aquellas dimensiones en donde el paciente necesita especial ayuda; es importante que los familiares se involucren en este proceso incluso cuando el paciente se opone a hacerlo manifestando que tienen una actitud hostil hacia él o hacia su entorno (Gormaz, 2015).



Por lo tanto, la relación planteada entre las variables, en primer lugar, ayudará a reconocer la importancia de la autoeficacia en las personas consumidoras, de tal manera que el paciente logre identificar, en sí mismo, aquellas habilidades para enfrentar su situación. Esto, a su vez, contribuirá a que la persona involucrada, asuma los retos del proceso y despliegue todos los esfuerzos necesarios para su recuperación, reconociéndose sostenido y animado por su familia.

En segundo lugar, la investigación permitirá revalorar y potenciar el papel de la familia ante el diagnóstico por consumo de alcohol y así gestionar una serie de conductas en beneficio de la misma y del paciente consumidor. Además, reconocer la influencia ejercida por la familia, ayudará a fomentar más estrategias que las involucren activamente; las medidas, que se puedan desplegar a partir de este reconocimiento, ayudarán a brindar herramientas eficaces para afrontar las exigencias del tratamiento e incrementar aquellos lazos afectivos que beneficien al familiar involucrado.

### **Pregunta de investigación**

¿La funcionalidad e involucración familiar se relacionan con la percepción de autoeficacia de personas consumidoras de alcohol que reciben tratamiento?

### **Objetivos de la investigación**

- **Objetivo general:** Identificar la relación entre la funcionalidad e involucración familiar, y la percepción de autoeficacia en personas consumidoras de alcohol que reciben tratamiento
- **Objetivos específicos**
  - Identificar la historia de consumo de los participantes de la investigación

- Establecer el nivel de autoeficacia en personas consumidoras de alcohol que reciben tratamiento
- Reconocer la funcionalidad familiar en personas consumidoras de alcohol en tratamiento
- Precisar la involucración familiar durante el tratamiento de personas consumidoras de alcohol

## Capítulo II: Marco Teórico

### Autoeficacia según Albert Bandura

El concepto de autoeficacia es propuesto por Albert Bandura (1977), específicamente, a partir del año 1969, para explicar cómo se realizan los cambios en la conducta y dentro de su teoría del aprendizaje social en donde incluye el aprendizaje social, vicario, junto al modelado, que brinda categorías respecto al ámbito conductual de la persona. Este constructo es definido como “la creencia en las propias capacidades para organizar y ejecutar las acciones necesarias en busca de determinados logros” (Bandura, 1977, p.11), “es la confianza de las personas en su capacidad para ejercer un cierto control sobre su funcionamiento y sobre lo que sucede en el entorno” (Bandura, 1977).

Bandura (1977) renombró la Teoría del Aprendizaje Social como Teoría Cognitiva Social, en donde resalta una dinámica de interacción que se sostiene en la reciprocidad entre conductas, factores cognitivos y personales, e influencias ambientales; se presentan varios factores que son indispensables para que sucedan otros. Dentro de este proceso de “influencias” es que surge la Teoría de la Autoeficacia, en donde señala que los cambios conductuales parten de un sustrato cognitivo en relación a la expectativa de eficacia que el sujeto tiene de sí. Es decir, la persona genera canales de acción, basándose en sus expectativas y que se ajusten a sus propósitos, generando era movimientos neurofisiológicos que contribuyen al esfuerzo (Bandura, 1977).

Para Bandura, la autoeficacia es un elemento unificador que explica la relación entre adquisición, mantenimiento y modificación de conducta. En este sentido la autoeficacia no es una respuesta “instintiva” frente a estímulos, sino que surge como respuesta a objetivos

específicos que se quieren alcanzar. En la medida que la persona va consolidando su autoeficacia es que podrá dirigir, de la mejor manera sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y acciones (Bandura, 1977; Melo & Castanheira, 2010).

Respecto a los pensamientos y acciones, la autoeficacia influye en la creencia de la propia eficacia generando optimismo o pesimismo frente a las acciones que deba elegir y realizar, de tal manera que éstas “apunten” hacia metas objetivas que han sido planteadas anteriormente por el sujeto, no se realizarán acciones automáticas, sino que existirá un real compromiso con cada una de ellas. En este sentido es que la autoeficacia modifica los sentimientos de las personas haciendo que se desarrollen experiencias de seguridad y motivación, permitiendo que esta pueda realizar tareas más exigentes, que demanden más de sí con metas cada vez más altas, invertirá mayor esfuerzo, será más insistente y con un compromiso sostenido frente a los obstáculos; pero en caso haya una pobre autoeficacia, los sentimientos tendrán matices de depresión, ansiedad y desamparo (Olivari & Urra, 2007). Si una persona es consciente de la habilidad que posee para resolver y enfrentar las dificultades de su vida crecerá la seguridad al momento en que deba emprender una determinada tarea, se sentirá impulsado a realizarlo lo mejor posible optando por aquellas medidas que sean pertinentes para alcanzar lo prometido (Bandura 1977; Melo & Castanheira, 2010).

Para Baessler y Schwarzer (1996), la autoeficacia es indispensable para enfrentar cualquier situación, en este proceso, la persona califica sus pensamientos, sentimientos y acciones para identificar en ellas, capacidades que le permitan un mejor desempeño. Estos autores plantean que una elevada autoeficacia en el sujeto, lo lleva a insistir y desarrollar esfuerzos para alcanzar sus objetivos de tal manera que sean persistentes a pesar de las dificultades que aparezcan en el camino. Por todo lo antes mencionado, la persona con una

elevada autoeficacia puede ser identificada como resiliente ya que es capaz de afrontar obstáculos, no se resiste a los retos y busca la solución a los problemas (Muñoz, 2019).

Respecto a la aplicación de este constructo en la práctica profesional, se entiende que la autoeficacia es primordial para determinar si el sujeto podrá iniciar una serie de conductas como medida de afrontamiento ante una problemática determinada, también cuánto empeño pondrá en la ejecución y por cuánto tiempo será capaz de sostener el esfuerzo, es decir, que tan persistente será (Bandura 1977; Roca, 2002), todo ello en vistas a un adecuado desarrollo de la psicoterapia y por ende en la aplicación de técnicas que busquen alcanzar los objetivos.

La autoeficacia incide en los procesos terapéuticos, sobre todo a nivel cognitivo. La seguridad que la persona experimente acerca de su desempeño incidirá en sus conductas, objetivos y en la manera en cómo resuelve las dificultades. El sujeto aprenderá las distintas formas de enfrentamiento del problema, cómo estas pueden disponerlo a nuevas experiencias, a sentimientos novedosos y a una adecuada respuesta emocional (Pereyra et al., 2018).

La autoeficacia ayudará en la predicción de la respuesta del paciente hacia la posibilidad de cambio de conducta para afrontar eventos y sobre todo para el mantenimiento de una respuesta eficaz. Una persona con baja autoeficacia desiste rápidamente de situaciones complejas, en cambio aquellas personas que presentan un nivel elevado, persisten ante las dificultades, aunque esto signifique un cambio sustancial en sus vidas con tal de alcanzar las metas establecidas en la terapia (Pereyra et al., 2018).

Respecto a cómo la autoeficacia contribuye en procesos de prevención, los sujetos que la perciben en niveles altos, son aquellos que suelen buscar ayuda médica prontamente,

implementar cuidados preventivos y, por lo general, tienen mejor actitud respecto a su eficiencia en procesos clínicos. Las investigaciones demuestran que aquellos individuos que identifican una buena autoeficacia en sí mismos, se recuperan prontamente y en mejores condiciones que aquellos que tienen un menor nivel de autoeficacia. En general este constructo también se presenta como un factor protector ante enfermedades y cuadros depresivos permitiendo una mejor aproximación a la salud (Grembowski et al., 1993)

Para el desarrollo de la autoeficacia hay que considerar algunos factores que incidirán en su crecimiento o reducción, estos son (Feist et al., 2014):

- Experiencias propias: hace referencia al desempeño pasado del sujeto, en la medida que este sea positivo, aumentan las expectativas de eficiencia; en cambio, si existen experiencias de fracaso, esto se reduce. Hay que tomar en cuenta algunos elementos como que los resultados están relacionados con la complejidad del acto, que es diferente realizar una tarea de manera exitosa estando solo que haberlo hecho acompañado, que ante un fracaso luego de mucho empeño y sacrificio, disminuye significativamente la percepción de autoeficacia; que cuando se presenta un mayor componente emocional, no hay tanto deterioro como si la actividad fuera hecha en condiciones adecuadas; que ante sentimientos de control de la actividad, el fracaso es mayor; y por último que cuando la actividad es realizada en privado y se fracasa perjudica más la percepción de autoeficacia en el sujeto.
- Modelos sociales: son aquellas situaciones que provienen de otras personas. La autoeficacia se incrementa cuando se observan los aciertos de sujetos que tienen las mismas condiciones que uno mismo, pero decrece cuando la persona es cercana o se lo considera como un compañero. El criterio general es que en la medida que se

experimente mayor identificación con la otra persona, habrá un aumento o disminución de la autoeficacia. Este factor no es tan relevante como el anterior.

- Persuasión social: la influencia de este factor es menor que las experiencias propias y los modelos sociales, pero si se consideran ciertas condiciones, puede repercutir en la autoeficacia de manera significativa. Una primera consideración es que tanto se cree en el agente persuasor, si este es confiable y tiene autoridad respecto al tema, influirá más; también hay que tener en cuenta que este efecto solo será posible en la medida que las actividades implicadas sean de interés.
- Estados físicos y emocionales: cuando están presentes emociones intensas se reduce el desempeño, es decir, si una persona experimenta una ansiedad intensa su percepción de autoeficacia es menor. Una primera consideración es la dimensión de la actividad, en la medida que sea mayor, es más complejo mantener una autoeficacia elevada; y en segundo lugar está el grado de realismo de la acción percibida, si se está convencido de que el daño es real, la eficacia puede incrementarse.

Respecto a la evaluación de la autoeficacia (Telch et al., 1982) planteó una metodología llamada “microanalítica” y que, posteriormente, acompañado de otros investigadores, evidenciaron que era adecuada para evaluar dicho constructo debido a que la demanda social relacionada a este microanálisis de las aspiraciones de eficacia, no aumentaba la coherencia entre las apreciaciones y ejecución. Por medio de este proceso, se le presenta al sujeto una cantidad de tareas ordenadas según su dificultad, complejidad y capacidad de generar estrés. En cada ítem, el sujeto debe contestar a si se experimenta con la capacidad para ejecutar la acción planteada, en caso la respuesta sea afirmativa, debe señalar el grado de convicción en dicha afirmación, para lo cual se cuenta con una escala que va de 10 a 100

con intervalos de 10 en 10. La autoeficacia captada se refleja en la cantidad de acciones que el sujeto se siente capaz de ejecutar y la intensidad de las expectativas de autoeficacia, por medio del grado de convicción que señale. Posteriormente se le indica, a la persona, que pueda realizar cada una de las tareas analizando el grado de coherencia entre lo que ha percibido y la acción en sí misma (Vásquez, 2009).

A pesar de esta propuesta, con el paso del tiempo se han desarrollado medidas estandarizadas para evaluar este constructo, como la Escala de Autoeficacia General (EAG; Baessler & Schwarzer, 1996) y la Escala de Autoeficacia (EAE; Sherer & Adams, 1983) así como autoeficacia específica en función a otros cuadros psicológicos (Vásquez, 2009).

### **Autoeficacia en personas consumidoras de alcohol**

El concepto de autoeficacia es parte de la Teoría de Aprendizaje Social, esta plantea que en el comportamiento adictivo podemos identificar procesos cognitivos compuestos por expectativas, las cuales son entendidas como aquellas certezas respecto a las consecuencias de la conducta de consumo ocasionando la dirección al consumo o a su evitación (Caycho, 2017; Gómez, 2017).

La persona inicia el consumo en función de las experiencias pasadas que posea respecto a procesos de aprendizaje social. Para la Teoría del Aprendizaje Social, los aspectos cognitivos son los encargados de regular todas las interacciones que el sujeto tiene con su entorno. En este sentido, la decisión de consumir alcohol o no, se relaciona con las habilidades interpersonales del sujeto y con la manera en la que la persona cree poder resistir al consumo a pesar de sentir molestia, aburrimiento o presión de parte de sus amigos. Por lo



tanto, la certeza en la propia habilidad para controlar el consumo de sustancias se vincula al inicio de consumo y al tratamiento para este (Bandura, 1977; Caycho, 2017; Gómez, 2017).

Se puede entender la autoeficacia a partir del contexto negativo que esté relacionado al consumo, este influye en el inicio del mismo y, por ende, en el proceso de tratamiento. La expectativa de eficiencia en los sujetos estaría relacionada a situaciones concretas de consumo, se afirma que en aquellas situaciones que impliquen un riesgo mayor, las posibilidades de consumo son mucho mayores (Fathiandastgerdi et al., 2015). En caso de que la persona ya esté internada como parte de un proceso terapéutico, la autoeficacia se presenta diferente ya que el sujeto no está expuesto a una serie de estímulos que influyen en el consumo. En muchos casos, respecto a consumidores de sustancias ilegales, está la creencia de que su consumo se relaciona a un contexto hostil, tanto a nivel biológico como personal o familiar; afirman que esta conducta es el resultado de un entorno agresivo en comparación al contexto de consumidores de sustancias legales, el cual no necesariamente es tan extremo e incluso con conductas socialmente aceptadas (Caycho, 2017).

La teoría de la autoeficacia se ha desarrollado significativamente en el uso y abuso de alcohol, dando categorías que explican dicha conducta, así como en los tratamientos. La acción de consumir alcohol descontroladamente guarda relación con procesos de aprendizaje, cognición y reforzamiento. Aquellas personas que consumen alcohol encuentran, a través de procesos de reforzamiento y modelado, esta actividad como respuesta de dominio ante situaciones agresivas u hostiles. Pero también, la teoría del aprendizaje social afirma que una aproximación adecuada al alcohol está regulada por factores cognitivos dentro de un contexto perjudicial (Gómez, 2017).

Aquellos individuos que identifican bajos niveles de autoeficacia en sí mismos tienen menos recursos para desarrollar conductas contrarias al consumo del alcohol y a otras sustancias, así como mayor cantidad de días en los que tienen dificultades relacionadas a este comportamiento (López-Torrecillas et al., 2015). Estas personas pueden incluso, resignarse a su situación y no hacer nada al respecto (Bandura, 1977).

En la medida que la persona crea que puede superar el deseo de consumir, influirá en la eficacia de los tratamientos ya que ayuda a que el sujeto se involucre con todo el proceso, enfrente correctamente su situación, se esfuerce e insista a pesar de las dificultades; contrariamente, estar convencido que no se puede superar el deseo de consumo, desmotiva en los intentos para rechazar dichas conductas desencadenando una actitud pasiva o incluso el abandono ante la primera dificultad (Bandura, 1977; López-Torrecillas et al., 2015).

Hendershot et al. (2011), en sus estudios durante el 2011 sobre prevención de recaídas, plantean que el proceso terapéutico debería enfocarse en mejorar los niveles de autoeficacia en consumidores de sustancias psicoactivas. El trabajo en la autoeficacia permitirá la elaboración de una nueva forma de vida adaptativa, fomentar una actitud positiva frente al sentido de la misma, manejar los factores sociales e interpersonales estresantes sin recurrir al consumo de alcohol, así como también resistir a la presión social por beber (Bandura, 1977). La autoeficacia se considera causa directa de la magnitud del empeño que un sujeto aplica ante dificultades, pero hay que considerar que esta relación está mediada por diferentes variables (López-Torrecillas et al., 2015).

Como se ha mencionado anteriormente, el concepto de autoeficacia ha servido para explicar las conductas de consumo considerando diferentes variables, por un lado, como constructo que predice la conducta de riesgo, la gravedad del consumo, respecto a las

situaciones y el contexto de riesgo, y como parte del tratamiento contribuyendo, así, a la abstinencia (López-Torrecillas et al., 2015). Por todos estos motivos, vale la pena seguir ahondando en la relación de dicho constructo respecto al consumo y adicción a sustancias psicoactivas.

Autores como Diclemente et al. (1995), ya señalaban el lugar que tiene la autoeficacia respecto a las conductas adictivas y exponen cinco tipos:

- Autoeficacia de manejo: seguridad en las propias capacidades para saber llevar eventos puntuales como poder resistir a la tensión del entorno que induce al consumo.
- Autoeficacia frente al tratamiento: realización de labores que generen un cambio en sí mismo.
- Autoeficacia de recuperación: habilidad para sobreponerse a la incidencia en el consumo.
- Autoeficacia de control: criterios sobre la habilidad para dominar la conducta adictiva.
- Autoeficacia de abstinencia: habilidad para privarse de la ingesta de drogas.

Hay que tener en cuenta que, otro factor importante es la recaída. En el proceso de deshabitación del consumo de sustancias es muy frecuente que los pacientes presenten esta conducta; investigadores como Grau-Lopez, Roncero, Daigre, Gonzalvo, Bachiller, Rodríguez-Cintas, Egido y Casas (2012) conceptualizan dicha conducta como un regreso a la ingesta de aquella sustancia que dio inicio al proceso de tratamiento anteriormente. Otros autores también citados por Muñoz (2019) explican este concepto como una situación que se

manifiesta de forma reservada y progresiva que conduce al consumo generando la urgencia por reiniciar el proceso terapéutico.

Hay dos factores importantes para explicar la conducta de recaída. Por un lado, es el “factor interpersonal” el cual se refiere a las percepciones y capacidades referentes a la autoeficacia en el sujeto que lo lleva a poder enfrentar experiencias afectivas negativas como la soledad, la tristeza, etc. Y por otro lado está el “factor intrapersonal” en el cual se congregan las dificultades referentes a entornos de apoyo, el trabajo y la tensión social, elementos que influyen en la ingesta de sustancias psicoactivas (Muñoz, 2019).

En este mismo sentido, también se plantea que un medio para contrarrestar estas conductas implicaría centrarse en mejorar el nivel de autoeficacia en los consumidores de tal manera que puedan ir generando una aproximación y valoración positiva hacia su vida (Muñoz, 2019).

### **Funcionalidad familiar, Modelo Circumplejo de Olson y Escala FACES**

La funcionalidad familiar hace referencia a la capacidad que posee la familia para alcanzar ciertos objetivos y funciones que le son propios, es decir, mantenerse como tal a pesar de las dificultades por las que atraviesen, tanto uno como todos sus miembros; puede entenderse también como aquella capacidad que posee la familia, para responder a situaciones adversas (Arévalo et al., 2019).

Olson et al. (1988) identificaron que la funcionalidad familiar puede entenderse desde los conceptos de cohesión, adaptabilidad y comunicación. Según el autor, la funcionalidad familiar consiste en la relación mutua e interactiva que tengan los miembros como preámbulo

para la satisfacción y ejecución de funciones familiares. En este sentido, el progreso y funcionamiento de la familia estará, en primer lugar, sostenido por la afectividad de sus miembros entre sí, además del fomento de seguridad, apoyo, adecuada crianza y la satisfacción de las necesidades primordiales, todo con miras a facilitar el desarrollo familiar (González & Mera, 2020).

Las tres dimensiones planteadas por David H. Olson en compañía de Candyce S. Russell y Douglas H. Sprenkle, se sintetizan en un “modelo circumplejo” que permite determinar diferentes tipos de familia, así como unir aspectos teóricos, investigaciones y psicoterapia familiar (Olson et al., 1988; Polaino-Lorente & Martínez, 2003). Dicho modelo es considerado de gran utilidad al momento de realizar un diagnóstico relacional y ante la creciente importancia de la familia respecto a la conducta de las personas (Olson et al., 1988).

El Modelo Circumplejo de Olson asienta sus bases en la Teoría Familiar Sistémica y la que posteriormente será una de sus orientaciones, la Escuela Estructural liderada por Salvador Minuchin. La Terapia Familiar Sistémica es un enfoque terapéutico que entiende a la familia como una entidad compuesta por diferentes “partes” las cuales se relacionan entre sí, constantemente; estas relaciones serían determinantes al momento de identificar conflictos, buscar soluciones y generar cambios. Posteriormente, el enfoque sistémico tendrá nuevas orientaciones para el abordaje familiar, uno de ellos es la escuela estructural. La teoría estructural enfatiza también la relación que existe entre los miembros de una familia, pero no considera a cada persona como una parte más del sistema sino como un subsistema que posee sus propias características psicológicas y que, a partir de ellas, se relaciona con los demás (Tercero, 1994).

Para Minuchin, la familia funciona por medio de pautas transaccionales orientadas a las expectativas de sus miembros. Es necesario incluir el contexto y a los miembros de la familia en su relación con la aparición de síntomas, la intención es comprender cómo los síntomas actúan ante el esfuerzo de la familia por conservar su estabilidad. Los objetivos de la teoría desarrollada por Minuchin se orientan, por un lado, a que la familia estimule a sus miembros para que respondan de determinada manera al exterior por medio de conductas de protección psico-social; y que, por otro, respondan ante los cambios culturales y sociales del entorno acomodándose a ella o transformándola (Minuchin, 1977)

Según el Modelo Circumplejo de Olson, la familia es un todo; para el autor, la familia podrá alcanzar un mejor grado de funcionalidad a partir de su cohesión y adaptabilidad (Olson, 1988). Este modelo ayudará a esquematizar el funcionamiento familiar por medio de la escala denominada FACES (Arévalo et al., 2019)

La cohesión familiar hace referencia a la relación entre los miembros de la familia, la adaptabilidad se refiere a la capacidad que posee la familia para introducir cambios de todo tipo dentro de su dinámica; y la comunicación como el diálogo entre los miembros de la familia lo cual genera intimidad y una adecuada adaptabilidad. Tanto la cohesión como la adaptabilidad presentan niveles que, al relacionarse, constituyen 16 tipos de familias, categorización que se genera a partir de tres consideraciones iniciales (Olson, 1999):

- tipos extremos: son aquellas familias que poseen relaciones disfuncionales.
- tipo de rangos medios: la dinámica familiar presenta problemas debido a eventos estresantes, pero con alta posibilidad de recuperarse.

- tipo balanceado: las familias poseen alta funcionalidad, tiene la habilidad para alcanzar un adecuado equilibrio entre independencia y dependencia familiar; libertad en sus relaciones mutuas y en la orientación que sea necesario.

Olson et al. (2007) afirman que es posible hallar dos potencias opuestas que son denominadas como centrípeta y centrífuga, respecto a la primera, esta correspondería al concepto de cohesión la cual se encargaría de mantener y robustecer los vínculos entre los miembros generando una mayor unión; respecto a la segunda puede ser entendida como la energía que incentiva a los miembros de la familia a conseguir habilidades suficientes que les permitan acoplarse a los cambios de los tiempos, por lo cual se denominaría adaptabilidad. De alcanzar la armonía entre estas potencias se podría calificar a la familia como sana (Cueva, 2016).

El Modelo Circumplejo cataloga a las familias en cuatro tipos a partir de las variables de “adaptabilidad” y “cohesión” (Arévalo et al., 2019), las cuales son:

Según su adaptabilidad:

- Caótica: falta de liderazgo, inestabilidad en roles, falta de disciplina o muy inestable
- Flexible: disciplina democrática, roles y liderazgo equitativo
- Estructurada: se comparten los roles y el liderazgo, cierto nivel de disciplina democrática y mayor apertura a los cambios
- Rígida: liderazgo autoritario, roles y disciplina rígidos, obstinación al cambio

Según su cohesión:

- Desligada: límites rígidos, individualismo, falta de comunicación y espacios en común
- Separada: límites parcialmente abiertos, diferencias generacionales, actitudes individualistas, pero, de ser necesario, apertura para toma de decisiones en común
- Unida: límites intergeneracionales claros, cada miembro tiene espacio para su crecimiento personal
- Enredada: límites confusos lo cual impide un reconocimiento adecuado de los roles

Dentro del Modelo Circumplejo, también se encuentran diferentes estilos de crianza en donde se entiende que la actitud de los padres es expresión de apoyo y control hacia los hijos, cuidarlos, quererlos y mantener relaciones estrechas expresan el soporte y plasticidad en la aplicación de normas disciplinarias. Se plantean cinco estilos (Cueva, 2016):

- Padres democráticos: mantienen una crianza tolerante con un adecuado diálogo entre sus miembros, reglas explícitas enfatizando la autoridad y el entendimiento. Esto permite hijos independientes y capaces de hallar solución a problemas de la vida cotidiana.
- Padres autoritarios: son aquellos que fijan normas las cuales deben ser acatadas de forma rígida exigiendo plena obediencia de parte de los menores. Por lo general ocasionan hijos altamente sensibles, irritados y con poca habilidad para enfrentar ocasiones problemáticas, en el futuro suelen sublevarse.
- Padres permisivos: consienten que los hijos manipulen el entorno familiar y que impongan sus intereses, las normas no son exigidas, los menores pueden llegar a



generar conductas agresivas y en el futuro convertirse en personas dominantes e impulsivas.

- Padres que rechazan a sus hijos: son aquellos que no atienden las necesidades de la familia, hay carencias en la crianza generando que los hijos sean inmaduros con énfasis en conductas que llamen la atención con ausencia de independencia y determinación.
- Padres no involucrados: toleran que los intereses de los hijos se impongan en cuanto les convenga, no se interesan por ellos generando carencias afectivas, reglas congruentes por una actitud desinteresada. En el futuro, los hijos serán personas solitarias con problemas en las relaciones interpersonales.

### ***Cohesión familiar***

El concepto de cohesión familiar se enfoca en la dinámica de la misma y hace referencia a la relación afectiva entre los integrantes de la familia, y el grado de autonomía personal que se percibe al interior (Olson, 1999). En este sentido, la cohesión familiar debe estar conforme con la individualización e independencia de sus miembros. Esta debe entenderse como el nivel de importancia que cada miembro de la familia le asigna a involucrarse con ella colaborando en un ambiente de ayuda mutua (Arévalo et al., 2019). Olson (2000) explica este concepto como las relaciones afectivas que ligan en sí a todos los miembros de la familia (Cueva, 2016; Plasencia, 2021).

Según estos criterios se establecen los tipos de cohesión teniendo en los extremos a las familias enredadas y por el otro lado a las familias desligadas (Polaino-Lorente & Martínez, 2003). Respecto a las familias enredadas se puede afirmar que existe un

sobreinvolucramiento entre sus miembros generando una escasa independencia; se observan lazos afectivos altamente estrechos, dependencia mutua, falta de privacidad, pocos límites entre generaciones, pocas amistades personales y decisiones en función a los intereses de todo el grupo. En el caso de las familias desligadas se observan pocos vínculos, exceso de autonomía, desvinculación afectiva, falta de lealtad, de involucración, diálogo, inclinación por distancias físicas, falta de espacios y momentos comunes. Dentro de estos extremos se encuentran las familias unidas y separadas que evidencian dinámicas equilibradas e independientes, pero a la vez cuidando los vínculos mutuos (Polaino-Lorente & Martínez, 2003).

Esta denominación ha sido empleada bajo diferentes disciplinas evidenciando, así, su importancia para el análisis familiar. Aquellas familias que presentan altos niveles de esta variable son de gran atención en el ámbito clínico por lo cual, urge fomentar la autonomía e individuación de cada integrante. Una familia demasiado unida desarrolla una dinámica compleja entre los miembros debido a las interferencias en el trato interpersonal; en este mismo sentido, un primer signo de inmadurez interna es la falta de distancia entre las personas a diferencia de la verdadera madurez que se caracterizará por el respeto de la individualidad y un ambiente de mucho diálogo (Polaino-Lorente & Martínez, 2003).

### ***Adaptabilidad familiar***

El concepto de adaptabilidad familiar hace referencia a la capacidad que posee la estructura familiar para cambiar en función del poder, roles y reglas que median las relaciones respecto a la tensión por un evento concreto o por el natural avance de la familia (Olson, 1999). Aquí se debe considerar aspectos como el poder familiar, los estilos de negociación,

la relación entre roles y reglas de relación, y la retroalimentación (Polaino-Lorente & Martínez, 2003). Por medio de este concepto las familias evidencian su capacidad de organización y liderazgo siendo capaces de introducir cambios cada vez que sea necesario para contribuir a su adecuado funcionamiento y armonía (Cueva, 2016).

Se pueden identificar grados en esta variable, la adaptabilidad máxima se le denomina como caótica, la mínima como rígida, y los grados medios se denominan como estructurada y flexible. El tipo caótico hace referencia a la ausencia de un sujeto que asuma el papel de líder, es decir, poco control de parte de los padres, ausencia de disciplina sin efectos, impulsividad en las decisiones, no se reflexiona ante las dificultades, etc. Aquellas que son rígidas presentan un liderazgo imponente, padres controladores, decisiones rígidas, escasa reflexión, roles muy estáticos y normas inamovibles (Polaino-Lorente & Martínez, 2003). Los niveles medios manifiestan un liderazgo compartido, con apertura al diálogo, tareas adecuadamente distribuidas y permanentes, pero con apertura al cambio en caso la situación lo amerite (Polaino-Lorente & Martínez, 2003).

Para comprender más a fondo esta variable es necesario remitirse al concepto de retroalimentación o feedback que genera en la familia comportamientos constructivos y reforzadores permitiendo el crecimiento, innovación y cambio (Polaino-Lorente & Martínez, 2003). En diferentes investigaciones se observó que aquellas familias que manifiestan una dinámica rígida pretendiendo mantener el equilibrio interno, se inclinan a presentar un mayor índice de incidencia psicopatológica. Estas y otras teorías llevaron a Olson et al. (1979) a afirmar que aquellas familias en donde se presenta equilibrio entre su morfogénesis (cambio) y morfostasis (estabilidad) generan una estructura familiar más factible. En este sentido se afirma que una familia debe poder acoplarse a los cambios de su tiempo como por ejemplo

asumir la crianza de los hijos, iniciar su etapa escolar, aceptar su autonomía, etc. (Polaino-Lorente & Martínez, 2003).

### ***Comunicación familiar***

Otra variable a considerar es la comunicación familiar. Esta dimensión es cambiante ya que dependerá de la cohesión y adaptabilidad de la familia, de tal manera que “ayude” al cambio. La comunicación familiar es la capacidad para el diálogo que esta posea de tal manera que ayude a una mejor expresión mutua, a los cambios o intereses, a cómo se relacionan los cónyuges y toda la estructura familiar (Olson, 1999). Si no existen estas capacidades disminuyen la posibilidad de expresar y compartir lo que sienten limitando las transiciones entre cohesión y adaptabilidad (Polaino-Lorente & Martínez, 2003). La comunicación familiar promueve el adecuado movimiento de las otras dos variables ya que ve a la familia como un grupo en función de sus capacidades de escucha, expresión verbal, auto-revelación, claridad, seguimiento de la continuidad y el respeto y la consideración (González & Cardona, 2015).

### **Funcionalidad familiar y Modelo Circumplejo de Olson en consumidores de alcohol**

En el inicio del consumo de alcohol se debe tener en cuenta tres tipos de injerencias directas relevantes: la ejercida por la familia y los iguales, la de los modelos y la de aquellas vivencias relacionadas con el alcohol. (Gómez, 2017; Arbildo & Cerquin, 2020). Otro factor a considerar durante el desarrollo del consumo y el tratamiento del mismo, son los episodios de consumo excesivo denominados “atracones” los cuales son muy frecuentes, especialmente, en la adolescencia, esta conducta marcará las técnicas de intervención, así como aquellos factores en los que aún hay que trabajar (Ohannessian et al., 2016).

Pons y Berjano (1997) afirman que la estructura familiar influye significativamente en el origen de conductas desadaptativas en los hijos. La familia educa en cómo desempeñarse en la sociedad brindando restricciones y permisiones, generando el control por medio de recompensas o contingencias en función de los actos realizados y según cómo se adapten a los criterios establecidos por el entorno y la misma familia. En este sentido, la funcionalidad familiar es un factor relevante en el inicio del consumo de alcohol a edad temprana (Arbildo & Cerquin, 2020).

### ***Disfuncionalidad familiar y consumo de alcohol***

Por lo general, es en la vida familiar en donde los niños inician en el consumo además de que dentro de este contexto es donde se establecen los parámetros de cuándo y cómo debe ser sancionada la ingesta de alcohol (Becoña, 2002). Algunos de estos elementos son los que desencadenarán en una conducta excesiva en la bebida a futuro (Gómez, 2017).

Cuando hay disfuncionalidad familiar son frecuentes las separaciones, la anulación de rituales familiar, diferencias, distanciamientos, hospitalizaciones o muertes, maltrato psicológico y/o físico, abusos sexuales y problemas económicos. Por estas razones, los hijos con padres alcohólicos, son mucho más vulnerables a los riesgos del entorno sociocultural especialmente si este, les induce al consumo (Arbildo & Cerquin, 2020).

Por un lado, la relación entre padres e hijos influye en la ingesta de alcohol y particularmente en las relaciones conflictivas, especialmente cuando la conducta de los padres está involucrada con el consumo de alcohol. Cuando dentro de la familia se ven implicados sentimientos negativos, este entorno puede llegar a convertirse en un patrón de

consumo ya que los hijos ingieren en función a la percepción que los padres u otros adultos tienen de dicha sustancia (Cicua et al., 2008).

Cuando una familia es disfuncional, la convivencia se caracteriza por una situación de estrés y crisis continuo; los padres posiblemente han crecido en un entorno de mucha flexibilidad que genera, en los hijos, una experiencia de pérdida, falta de comunicación, de apoyo, cariño, límites, reglas, protección paterna, seguridad, etc. Por este motivo, los hijos con padres alcohólicos, así como los hijos de familias disfuncionales, presentarán las mismas dificultades respecto al consumo de alcohol (Arbildo & Cerquin, 2020). La ingesta de alcohol, entonces, debe ser abordada desde dos puntos de vista. Por un lado, el consumo de los padres que influye en el consumo de los hijos; y, por otro lado, un contexto familiar hostil que generará un incremento en el consumo de alcohol (González & Cardona, 2015).

Respecto a las variables de cohesión y adaptabilidad, investigaciones han identificado que aquellas familias con cohesión y adaptabilidad baja o muy baja, y con comunicación desfavorable entre padres e hijos, se convierte en un riesgo para la aparición de comportamientos problemáticos y desadaptados como vagancia, fugas, acciones delictivas, consumo de sustancias, etc. (Terrones & Villanueva, 2016).

La falta de cohesión familiar puede deberse a los precarios vínculos afectivos entre los miembros de la familia, límites generacionales significativos y un entorno en donde las decisiones son tomadas por intereses personales más que familiares. La falta de vinculación familiar puede explicarse por la escasez de tiempo que los padres determinan para sus hijos, por no establecer adecuadamente los límites de cada uno, deseos de una mayor autonomía, diferencia de intereses entre otras manifestaciones. Si no hay una adecuada cohesión familiar podría verse perjudicada la capacidad para tomar decisiones ya que los adolescentes

empiezan a asumir una mayor responsabilidad acompañado de un sistema cognitivo aún en desarrollo que los lleva a decidir en función de sus emociones y fuera del entorno familiar (Terrones y Villanueva, 2016). Otras consecuencias de una cohesión precaria son los sentimientos de inseguridad, desconfianza, frustración y baja autoestima que generan mayor vulnerabilidad para el consumo de sustancias por parte de los adolescentes (Quispe, 2018).

Respecto a la comunicación, se ha encontrado que en aquellas familias que poseen una comunicación agresiva existe coacción por medio de amenazas, gritos, insultos y otras agresiones. Estas acciones se ejercen con la intención de imponer autoridad y controlar excesivamente a los hijos resaltando sólo el punto de vista de los padres antes que el de los hijos y sin que estos sean parte de la dinámica familiar. Todo esto acentúa la falta de confianza para manifestar necesidades, sentimientos y emociones (Quispe, 2018).

Dichas actitudes generan una actitud de rechazo por parte de los hijos, expresados en conductas de ansiedad, venganza, enfado y rebeldía. Se va generando un mayor aislamiento del entorno familiar, así como profundas crisis emocionales por encontrarse dentro de un entorno complejo, es aquí en donde el consumo de sustancias aparece como un medio de huida y olvido de dichos problemas (violencia, conflictos conyugales, traumas y agresiones) buscando recuperar una aparente sensación de estabilidad (Quispe, 2018).

Otra influencia significativa respecto al inicio del consumo de alcohol es la establecida por los medios de comunicación y/o el grupo de iguales. Pero definitivamente, en la medida que los hijos más jóvenes perciban un entorno familiar deteriorado, la repercusión de los medios será mayor y, por ende, mayor su inclinación hacia un consumo temprano y riesgoso (González & Cardona, 2015).

### ***Funcionalidad familiar y consumo de alcohol***

Respecto a la influencia positiva de la familia en personas consumidoras de alcohol, el apoyo familiar se presenta como un elemento muy relevante ante el riesgo por consumo, la capacidad que tenga la familia para relacionarse con la realidad asumiendo decisiones para la solución de problemas, irán otorgando experiencia ante situaciones de crisis como lo es el consumo patológico de sustancias. En este sentido, la enfermedad o adicción será asumida y enfrentada por la familia como un todo, como un sistema y no como un problema individual. Por estas razones es que, en la mayoría de casos, es la familia la que participa del tratamiento o asiste a las consultas a diferencia del paciente que rechaza el diagnóstico o no persevera en el tratamiento (Parra, 2020).

Se considera una urgencia el papel de los padres como una medida de protección. Algunas investigaciones identificaron que una mayor participación parental influenciaba en un menor nivel de afectación de los pares respecto al consumo de alcohol y conductas problemáticas generando, también, conductas resilientes. Respecto al estilo de crianza que más contribuye como factor protector, se encontró que el estilo autoritario genera mayor prevención ya que los padres se muestran altamente involucrados en el desarrollo y establecimiento de límites (Khouri & Cramer, 2019).

Por un lado, el grado de cohesión familiar es determinante en el desarrollo de sus miembros ya que permite la individualización y autonomía de cada uno. Esta dinámica se ve expresada en relaciones cercanas, lazos afectivos explícitos como el amor y cariño entre otros, también se observó que la toma de decisiones se realiza en consideración con los intereses y necesidades de los hijos. Una familia con estas características permite que los



hijos no sean influenciados por amistades negativas riesgosas que los lleven al consumo de sustancias (Quispe, 2018).

Respecto a la comunicación familiar, se ha encontrado que aquellas personas que poseen una comunicación asertiva dentro de su estructura familiar, caracterizada por la confianza, comprensión, atención y aceptación, experimentan una mayor unión (Quispe, 2018). Este tipo de comunicación permitirá el equilibrio dentro de la familia y por ende una mayor eficacia al momento de enfrentar situaciones adversas. También, una adecuada comunicación será propicia para desarrollar la cohesión familiar adecuada (Córdova, 2020).

Un ambiente altamente comunicativo posibilita la apertura y adaptación de sus miembros, esto fomenta la seguridad y satisfacción personal; además, el intercambio de información será claro de tal manera que la familia perciba responsabilidad envés de obligaciones (Córdova, 2020).

En un entorno familiar en donde existe buena comunicación, sus miembros se sentirán amados y seguros, esto se convertirá en un factor protector frente a la influencia de agentes externos relacionados al consumo de sustancias. Los adolescentes que crecen en una dinámica como esta, poseen una autoestima adecuada y seguridad en sí mismos debido a la comprensión que recibieron y el consumo de sustancias, se presentará a manera de experimentación, es decir, por curiosidad y por influencia del entorno (Quispe, 2018).

Por todo lo antes mencionado se concluye que las relaciones familiares adecuadas, una elevada cohesión familiar, la involucración en las actividades ordinarias y la cercanía entre los miembros de la familia; son valores que actúan como protectores frente a situaciones adversas (Guillén et al., 2015).

## **Involucración familiar y tratamiento por consumo de alcohol**

A lo largo del tratamiento se debe tener en cuenta que el paciente deberá adoptar conductas que le permitan alcanzar la independencia respecto a la sustancia de consumo. Dichas conductas, por la exigencia que demandan, requieren de una estructura de apoyo hacia el paciente, que fomente el equilibrio emocional y afectivo, así como la disposición para abandonar el consumo, en otras palabras, es necesario contar con una estructura social que intervenga a manera de soporte y con perspectivas a futuro (Zapata, 2009).

En este sentido, cabe mencionar que es la familia la instancia privilegiada para brindar el soporte emocional necesario durante el tratamiento por dependencia alcohólica. Es dentro de la familia en donde se establecen vínculos afectivos determinantes para toda la vida, así como también es una instancia en donde se aprende el sentido de pertenencia de cada uno de sus integrantes, la oportunidad para una involucración mutua, vivir alegrías y tristezas, compartir sueños y proyecto en función de las características únicas de cada familia (Aguirre, 2015).

Por eso, cuando se habla de involucración familiar se hace referencia a la participación activa de la familia durante el proceso terapéutico. Dicha participación implica acciones en beneficio de la familia y en relación al consumo excesivo, y también en beneficio del paciente. En este sentido, la involucración familiar representa la principal red de apoyo para el paciente; esta se ve reflejada en actitudes como una mayor comprensión del problema, realizando el debido acompañamiento, estando atentos a los controles o citas médicas, reconociendo a qué nivel debe participar, cada miembro de la familia, durante el tratamiento, etc. (Martín et al., 2017).

La involucración familiar no necesariamente implica a todos los miembros de la familia; el apoyo puede venir solo de parte de la madre, padre, hijos, pareja, abuelos, tíos, etc. incluso también se considera a cualquier persona sin parentesco como amigos y/o vecinos. En este sentido, lo que se evalúa es la magnitud con la que la persona se involucre; según el grado de involucración, esta se puede clasificar en (Aguirre, 2015):

- Alto: caracterizado por la constancia y compromiso de la familia durante el tratamiento
- Intermedio: compromiso intermitente de la familia, incluso hasta el abandono
- Bajo: participación familiar no favorable
- Ausente: cuando no existe una estructura familiar de apoyo

También hay que considerar que la intervención y tratamiento por consumo de alcohol, exige paciencia ya que es un proceso de varias etapas, por este motivo, la familia puede y debe involucrarse activamente en cada una de ellas (Aguirre, 2015):

- Etapa de acogida: aquí es necesario informar a la familia y al usuario sobre el proceso de intervención terapéutica. En esta etapa es necesario identificar aquello que motiva a la familia y al usuario, a buscar ayuda; identificar cómo la sustancia de consumo ha afectado la vida del usuario y de su entorno, así como las expectativas a futuro.
- Etapa de desintoxicación: el familiar que esté más involucrado con el proceso, deberá colaborar en la administración y control de la medicación indicada, también se informará sobre aquellos efectos o síntomas de esta etapa.
- Etapa de deshabitación: identificar con el usuario y su familia, aquellas medidas que permitirán un desempeño saludable de la persona; estas medidas se relacionan con la

identificación de riesgos y posibles recaídas, así como también el fortalecimiento de habilidades sociales.

Lograr la participación activa de la familia siempre traerá retos, por este motivo, es recomendable que solo uno o dos familiares sean los encargados directos del acompañamiento. Con el paso del tiempo, toda la familia podrá tener la información necesaria para conocer el problema del consumo y así detectar situaciones de riesgo. También, a futuro, la familia podrá canalizar toda esta experiencia para buscar nuevas soluciones incrementando así la toma de conciencia respecto a la importancia de su involucración activa a lo largo de todo el tratamiento (Aguirre, 2015).

Por otro lado, también hay que considerar que la familia no siempre actúa de la mejor manera frente a un cuadro patológico de consumo. Se debe considerar que la familia ha tenido que adquirir un nuevo funcionamiento debido a la persona enferma, ocasionando un proceso de acomodación frente al problema (Chise, 2016).

Estas experiencias de cambio obligan a la familia a adoptar una serie de conductas de afrontamiento pero que, al mismo tiempo, generan una experiencia de insatisfacción. La familia siente que no tienen las herramientas suficientes para ayudar, existe la intención de cooperar, pero no se sabe cómo ni por dónde iniciar. Todos estos cambios y experiencias emocionales a veces desembocan en conductas disfuncionales frente al problema, conductas que, en vez de enfrentar la enfermedad, la perpetúan (Chise, 2016).

Algunas actitudes disfuncionales implican asumir el papel de salvadores o rescatadores en donde un miembro de la familia empieza a adoptar todas aquellas responsabilidades que la persona consumidora va dejando, esto decanta en una sobrecarga de

funciones y, a su vez, potencia la dependencia e inmadurez; el papel de perseguidores, en donde todo el tiempo se regaña o culpabiliza a la persona consumidora en vista de que los cambios tardan en llegar o nunca lo hacen; y también un papel de autocomplacencia que impide enfocarse en soluciones eficaces para hallar una solución (Chise, 2016).

Se ha observado también que, ante un caso de alcoholismo, la comunicación al interior de la familia es afectada. Esto se debe, entre otros motivos, a la irresponsabilidad de la persona consumidora, así como a los problemas económicos que poco a poco se van agudizando; esto dificulta el equilibrio y crecimiento de la familia. Por lo tanto, cuando se potencian canales de diálogo, se incrementa la motivación y esperanza para reivindicar el consumo, existe la oportunidad para desahogarse y enfrentar la problemática (Chise, 2016).

Otra de las conductas que desarrolla la familia es la codependencia (Gormaz, 2015). Esta se define como la actitud de aquella persona que se mantiene muy cercana al consumidor cuidándolo y corrigiéndolo, sufre y se frustra ante las recaídas hasta el punto de llegar a realizar acciones tan perjudiciales como la del mismo consumidor (descuido de otras labores de casa, desatención de otros miembros de la familia, alejarse de amistades, etc.).

Para poder identificar esta conducta es necesario que se cumplan alguno de estos criterios: la persona posee una autoestima debilitada y que, por ende, se orienta al control de los demás; adquiere las responsabilidades que le corresponden a otros en perjuicio propio; presenta ansiedad y desviaciones respecto a las relaciones de intimidad o separación; muestra sobre involucración con la persona consumidora; y conductas como la negación de la enfermedad, contención de emociones, depresión y/o hipervigilancia, compulsión, ser víctima de abuso constante, entre otras (Chise, 2016). La codependencia puede presentarse

en todo el grupo familiar, por lo cual será necesario que se elaboren mecanismos internos, se intercambien roles para que, poco a poco, se vayan generando conductas saludables (Gormaz, 2015).

El cuadro más crítico y doloroso es el desinterés absoluto de la familia respecto al tratamiento. Como lo menciona Chise (2016), se ha observado que existe un gran número de familias con pacientes alcohólicos que no participan en el tratamiento y que llegan al abandono total. Esta situación genera, en los pacientes, resentimientos que obstaculizan todo el proceso de intervención. Muchos de los pacientes perciben una falta de ayuda de parte de su familia, no reciben elogios y no experimentan afecto ni consejos. Estos factores son los que determinarían la lentitud de la rehabilitación, así como una escasa motivación en el paciente. Por todo lo tanto, es importante que la persona experimente la cercanía de su familia ya que, debido al consumo, de alguna forma ha sido excluido de la sociedad por lo cual, el apoyo moral y paternal es fundamental para fortalecer su estado de ánimo (Chise, 2016).

### **Antecedentes de Investigación**

#### ***Locales***

Flores (2019) realizó una investigación para determinar si existe relación entre el clima social familiar y la autoeficacia en una muestra de 87 estudiantes de un instituto de educación superior. Los resultados indicaron que existe una relación moderada, directa y significativa entre las variables por lo cual se concluye que un adecuado clima familiar fomenta el desarrollo de la autoeficacia.

Turpo y Vásquez (2018) relacionaron el funcionamiento familiar y el consumo de alcohol encontrando que existe relación entre ambas variables. Por un lado, se observó que

la muestra seleccionada presentaba una cohesión, permeabilidad y afectividad familiar en un grado regular con un funcionamiento general moderadamente funcional; y por otro, el nivel de consumo era de riesgo con un pequeño porcentaje de nivel perjudicial.

### *Nacionales*

Mendoza (2017) realizó una investigación en donde se buscó identificar la relación entre el funcionamiento familiar y autoeficacia en adolescentes. Los resultados indicaron que sí existe una relación positiva y significativa entre autoeficacia y cohesión; en la medida que la estructura familiar sea más unida, leal, fiel y dependiente de las decisiones tomadas en conjunto, existirá mayor nivel de autoeficacia. Respecto a la autoeficacia y adaptabilidad, se presentó una relación positiva y altamente significativa; también se encontró que aquellos jóvenes que poseen familias desligadas tienen un menor nivel de autoeficacia, pero aquellos con familias amalgamadas tienen un nivel mayor de autoeficacia. Se observó que una familia rígida genera una autoeficacia promedio y que las familias caóticas un nivel alto ya que en estas hay un constante cambio en el papel del líder con mayores posibilidades de negociación generando una mayor confianza en uno mismo.

Silva (2019) realizó un estudio de diseño correlacional para determinar la relación entre el funcionamiento familiar, el bienestar psicológico y la autoeficacia en una muestra de estudiantes universitarios en Cajamarca. Los resultados indicaron que existe una baja relación entre el funcionamiento familiar y el bienestar psicológico sin la mediación de la autoeficacia. También se identificó que la autoeficacia actúa mejor como mediadora entre la cohesión familiar y el bienestar psicológico.

De la Rosa et al. (2019) realizaron un estudio descriptivo transversal en adolescentes para analizar el consumo de alcohol y su relación con la autoeficacia y la funcionalidad familiar. La muestra estuvo compuesta por 214 estudiantes escogidos por muestreo aleatorio. Los resultados indicaron que existe una relación significativa entre el consumo de alcohol y la autoeficacia, y que no existe relación entre la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol.

Munive (2019) llevó a cabo un estudio que tuvo como objetivo identificar la relación entre el consumo de alcohol y la autoeficacia en una muestra de 429 estudiantes de quinto año de secundaria de una institución educativa pública. Los resultados indicaron que no existe relación entre el consumo de alcohol y la autoeficacia debido a que predominó un nivel alto de autoeficacia en la muestra evaluada, adicionalmente se encontró que el 50% de la muestra no consume alcohol y que, aquellos que sí lo hacen, presentan un consumo moderado. Estos datos explicarían la relación entre las variables.

Valles (2016) relaciona la autoeficacia y el riesgo de recaída en adictos residentes hallando que se presenta una relación negativa entre autoeficacia y riesgo de recaída. Si la persona tiene una alta percepción de autoeficacia el tiempo de abstinencia es más prolongado ya que hay una mayor confianza en los recursos personales para enfrentar situaciones de riesgo en el consumo.

Huaycani (2020) realizó un estudio que tenía como objetivo identificar la relación entre el funcionamiento familiar y el consumo de alcohol en un grupo de adolescentes. La muestra estuvo compuesta por 248 adolescentes pertenecientes a una institución educativa secundaria. Se obtuvo como resultados, una correlación indirecta entre las variables. El autor



concluyó que existe una relación indirecta entre la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol en la muestra seleccionada.

Se encontró la investigación de Ruiz et al. (2017) que buscó determinar si existía relación entre el funcionamiento familiar y los factores de riesgo de consumo de drogas obteniendo como resultados que a mayor funcionamiento familiar menor riesgo para el consumo, así como a mayores índices de desunión y caos familiar, mayores son los riesgos de dicha conducta. Se concluyó que la familia actúa como un elemento protector ante el consumo de sustancias permitiendo que, en la medida que haya una mejor percepción de la estructura familiar y de su funcionalidad, se generan mayores pensamientos positivos como éxito, agrado y confianza en sí mismos.

La investigación realizada por Robles (2017) tuvo como objetivo establecer la relación entre el funcionamiento familiar y su influencia en el consumo de alcohol en estudiantes de enfermería. La muestra estuvo compuesta por 204 estudiantes entre 16 y 30 años de edad. Los resultados concluyeron que sí hay una relación significativa entre ambas variables.

Barrantes y Vásques (2016) investigaron sobre el funcionamiento familiar y el consumo de alcohol en universitarios para identificar si existe correlación entre dichas variables. La muestra estuvo compuesta por 98 estudiantes y obtuvo como resultado que no existe una correlación significativa entre el funcionamiento familiar y el consumo de alcohol.

Cárdenas (2016) buscó identificar si el funcionamiento familiar, el soporte familiar y la autoeficacia para enfrentar el estrés, son factores relacionados al bienestar psicológico. Se encontró que la manera en la que interactúan los miembros de una familia influye

positivamente en el bienestar psicológico, y por otro lado también se encontró que aquellas personas que tienen un elevado nivel de autoeficacia son aquellas que logran experimentar un mayor bienestar psicológico.

### ***Internacionales***

Rodríguez et al. (2018) realizaron una investigación para identificar los niveles de autoeficacia emocional y funcionamiento familiar en una muestra de estudiantes de nivel medio superior, así como también la correlación entre dichas variables. Los resultados demuestran que sí existe una asociación lineal positiva y una relación baja entre los puntajes de funcionalidad familiar y la autoeficacia emocional.

Quiroz y Bolaños (2019) investigaron sobre de la relación entre el funcionamiento familiar, según el Modelo Circumplejo de Olson, y el consumo de alcohol en adolescentes. La muestra estuvo compuesta por 60 estudiantes entre 12 y 19 años. Los resultados evidenciaron que la cohesión y comunicación entre padres e hijos, son los factores protectores más sobresalientes ante el consumo de alcohol.

La investigación de Paqui (2017) que investiga sobre la posible relación entre la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol en adolescentes. Dio como resultados que no existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol. Por lo tanto, no es correcto admitir que una estructura familiar disfuncional sea la única explicación o causa respecto al inicio de la ingesta de alcohol, por este motivo es necesario considerar otros datos como variables sociodemográficas.

Almanza y Gómez (2020) realizaron un estudio que tuvo como objetivo identificar las narrativas que generan las familias de personas consumidoras de sustancias, relacionado

con el padecimiento, proceso de recuperación y aquellas condiciones que contribuyen o lo dificultan; se entrevistaron con orientación narrativa a siete familias. Los resultados evidenciaron narrativas progresistas, estables y regresivas; estas manifestaron el malestar y dificultades para el tratamiento, así como para asistir a los servicios de atención, por parte de los familiares involucrados. Se concluyó que la familia es un recurso valioso para la recuperación de la persona consumidora y que, por lo tanto, deben ser incluidas en el tratamiento.

Cerutti et al. (2019) publicaron un artículo que tuvo como objetivo analizar los resultados de la aplicación de una Terapia Breve para adolescentes con abuso de drogas con sesiones orientadas a los padres. Se tomó el caso de un adolescente varón de 16 años y posteriormente, se realizó la terapia breve a lo largo de cuatro sesiones, trabajando con el adolescente y sus padres. Los resultados demostraron que la involucración de los padres fue muy significativa respecto a la motivación de los adolescentes por aplicar cambios en su conducta y en su consumo de alcohol.

MarCady et al. (2018) publicaron una investigación que tuvo como objetivo recoger las percepciones de un grupo de personas consumidoras de alcohol respecto a su tratamiento y a la involucración de su familia en este. Se realizaron cuatro grupos focales para obtener la retroalimentación necesaria, siendo un total de 25 personas. Los resultados señalaron que efectivamente el consumo de alcohol daña las interacciones familiares, la familia genera actitudes de defensa o barreras debido al problema de consumo (cambio de criterios, no acceso a ayuda profesional y ambivalencia en la relación con el familiar-paciente) y también, la importancia del involucramiento familiar por medio de interacciones positivas al interior

de la familia, el fomento de actitudes positivas respecto a su participación activa y que el personal médico a cargo fomente dicha involucración familiar.

Reis et al. (2019) realizaron un estudio para analizar la relevancia del entrenamiento de la autoeficacia a lo largo del tratamiento por dependencia alcohólica; la muestra estuvo compuesta por personas con dependencia alcohólica en el inicio del tratamiento. La investigación se enfocó en la autoeficacia relacionada al mantenimiento durante el tratamiento y la calidad de vida. Se concluyó que la autoeficacia es un factor predictor respecto al éxito del tratamiento y a un aumento de la calidad de vida.

Frayre et al. (2018) buscaron identificar la posible relación entre la autoeficacia y el consumo de alcohol en mujeres adolescentes; la muestra estuvo compuesta por 276 mujeres adolescentes de preparatoria. Los resultados resaltaron los beneficios de la autoeficacia respecto al consumo de alcohol ya que, según las evaluadas, esta les permitía resolver problemas complejos en la medida de su esfuerzo y persistencia. Se evidenció que, si la autoeficacia se incrementaba, se reduciría el consumo de alcohol en las participantes del estudio.

Caligiore e Ison (2018) realizaron un trabajo que tuvo como objetivo hacer una revisión teórica sobre la involucración de los padres respecto a la autoeficacia de los hijos y el control ejecutivo de los mismos. Se concluyó que, debido a que no existe suficiente evidencia para determinar las características de la involucración parental, es difícil identificar qué aspectos son los que ejercen mayor influencia en el desarrollo de los hijos. Pero si se logró reconocer el papel significativo que tienen los padres a lo largo de su desarrollo y crecimiento.

Parra (2018) estudia la influencia de la autoeficacia y el apoyo social sobre el consumo de alcohol identificando que la ingesta de dicha sustancia no está relacionada con el apoyo social y que poseía una relación positiva con la autoeficacia. Se identificó también que la autoeficacia actúa positivamente respecto a la disminución en el consumo de alcohol, es decir, una mayor autoeficacia reduciría las probabilidades de consumo más no la convertiría en un factor protector.

Riquelme et al. (2012) respecto a la relación entre trabajo-familia, apoyo familiar y autoeficacia en una muestra de 181 adultos. Se encontró una relación estadística significativa entre apoyo familiar y autoeficacia, también entre apoyo familiar y funcionamiento familiar, y entre autoeficacia y funcionamiento familiar.

Morales y Aguirre (2018) realizaron una investigación respecto al involucramiento parental y el desempeño académico de los adolescentes. Dicho trabajo se realizó por medio de una revisión sistemática de estudios con resultados empíricos. Se concluyó que efectivamente, es de gran relevancia el involucramiento parental respecto al desempeño académico, con énfasis en la motivación y autoeficacia de los adolescentes sobre el logro académico.

Se halló la publicación de Agudelo (2017) que buscó establecer la relación entre prácticas de crianza, autoeficacia de adolescentes y logro académico. Se encontró que la autoeficacia aumenta el efecto de las prácticas de crianza respecto al logro del individuo siendo un factor predictor ante comportamientos, afectos y experiencias de afrontamiento.

## **Hipótesis**

Existe relación entre la funcionalidad e involucramiento familiar, y la percepción de autoeficacia en personas consumidoras de alcohol en tratamiento.

**Hipótesis nula**

No existe relación entre la funcionalidad e involucramiento familiar, y la percepción de autoeficacia en personas consumidoras de alcohol en tratamiento.

## Capítulo III: Método

### Diseño de Investigación

Se realizó un estudio de estrategia asociativa (no experimental) de tipo transeccional o transversal, esta metodología se focaliza en describir cómo las variables se relacionan entre sí en un momento determinado. Debido a que dicha metodología también puede incluir relaciones causales, en la presente investigación se describirá, exclusivamente, la relación entre variables sin indicar causalidad (Hernández et al., 2014).

### Participantes

Se evaluó a 34 personas, seleccionadas por un muestreo no probabilístico por conveniencia (Battaglia como se citó en Hernández et al., 2014). La muestra estuvo constituida por hombres (91.18%) y mujeres (8.82%), de edades entre los 22 hasta los 50 años ( $M = 38.12$  años;  $DE = 8.66$  años). La estructura familiar estuvo constituida como familia de origen (padres y/o hermanos) y/o familia propia (pareja y/o hijos). Los individuos fueron pacientes ambulatorios y/o en estado de internamiento del Centro de Salud Mental y Adicciones Moisés Heresi y de diferentes grupos de Alcohólicos Anónimos. En la Tabla 1 se muestra la descripción de los participantes.

**Tabla 1**

*Descripción de los participantes*

Variable	$f(M)$	% ( $DE$ )
Sexo		
Femenino	3	8.82%

Masculino	31	91.18%
Edad	38.12	8.66
Estructura familiar		
Familia de origen	23	67.64%
Familia propia	8	23.53%
Familia propia y de origen	3	8.82%
Lugar de tratamiento		
Alcohólicos Anónimos	19	55.88%
Centro de Salud Mental	15	44.12%

---

Se consideraron como criterios de inclusión y exclusión:

- Criterios de inclusión
  - Personas entre los 18 y 50 años
  - Personas con diagnóstico psicológico de adicción por consumo de alcohol
  - Personas con un rango mínimo de 2 a 5 años de consumo
  - Personas en proceso de rehabilitación, de forma ambulatoria o internamiento
- Criterios de exclusión
  - Personas que presentan consumo recurrente pero aún sin diagnóstico
  - Personas que no participaban, de forma regular, en un programa de intervención por consumo excesivo

### **Instrumentos**

Los instrumentos de medida empleados en la investigación son los siguientes:



### ***Escala de Autoeficacia General***

Creada por Jerusalem y Schwarzer (1981), validada al español en Costa Rica en 1998, en una muestra de universitarios y posteriormente validada en el Perú por Alcalde (1998) utilizando también una muestra conformada por universitarios; dichas adaptaciones están fundamentadas en el concepto de autoeficacia dado por Albert Bandura. Está compuesta por 28 ítems, 10 ítems respecto a la autoeficacia y 18 ítems distractores, con posibilidades de respuesta del tipo Likert en donde 1 es incorrecto; 2, apenas cierto; 3, más bien cierto y 4, cierto. El evaluado debe marcar con una X en cada ítem en donde considere se refleje mejor su situación y según su criterio (Romero, 2007).

La validación peruana hecha por Alcalde (1998) se realizó por medio de la correlación ítem-test arrojando una puntuación de 0.2 como criterio de aceptación y un índice Alpha de Cronbach de 0.8 señalando confiabilidad.

Posteriormente, dicha validación fue aplicada en una muestra conformada por varones entre 18 y 50 años, para lo cual se obtuvo un índice de confiabilidad de 0.6 considerado como un coeficiente de confiabilidad modesto (Aiken, 2003). Y también debido a que se obtuvo la opinión favorable del autor (Schwarzer, comunicación personal) respecto a su aplicación para la muestra seleccionada (Romero, 2007).

### ***Escala FACES IV***

Creada por Olson, D. con la colaboración de Gorall y Tiesel (2007), adaptada y baremada por Goicochea y Narváez, al español (2011); así como también por Rubina y Villalobos (2011). Dicho instrumento evalúa la cohesión y adaptabilidad familiar en función a seis escalas (cohesión balanceada, flexibilidad balanceada, enmarañada, desligada, rígida

y caótica) así como también considera la Comunicación Familiar y la Escala de Satisfacción Familiar. Consta de 62 ítems y su formato de respuesta es en escala Likert que consta de cinco opciones en donde 1 significa “el menor” y 5 “el mayor” (Cueva, 2016).

Respecto a la confiabilidad de la prueba, se utilizó el estadístico del Alfa de Cronbach el cual determinó lo siguiente: familia enredada (.77), familia desligada (.87), cohesión balanceada (.89), familia caótica (.86), familia rígida (.82) y adaptabilidad balanceada (.84); respecto a la escala de satisfacción familiar se utilizó el coeficiente Alpha que dio como resultado .93 y, en la escala de comunicación familiar, .88. Por lo cual se puede observar que la escala es válida para la presente evaluación y que brinda datos certeros respecto a la variable que mide (Jaime, 2015).

### ***Cuestionario sobre involucración familiar***

Creado por la autora de la investigación, los ítems están organizados en tres bloques de preguntas y recogen algunos datos de filiación, sobre la constitución familiar, la historia del consumo y conductas que reflejan la participación familiar durante el tratamiento. Las preguntas son de respuesta directa, opción múltiple y en escala de Likert en donde el/la evaluado (a) deberá marcar aquella alternativa que mejor represente su situación.

La validez de contenido se realizó por juicio de expertos quienes evaluaron la coherencia, relevancia y claridad de los ítems.; así como también por medio del estadístico V de Aiken obteniéndose un valor mayor a .89 (IC 95%: .56 – 1.00), lo que significa que el contenido del instrumento presenta evidencia de validez. Respecto a la validez de constructo no fue posible evaluarla debido al tamaño de la muestra (n=34), por este motivo se realizó una correlación entre ítems y el total para evidenciar la estructura unidimensional del

instrumento. Las correlaciones obtenidas entre los ítems oscilaron entre .43 hasta .85; y las correlaciones entre el puntaje total y los ítems se encontraron en el rango de .77 a .91 lo cual evidencia que los ítems están midiendo lo mismo que el total.

La confiabilidad del instrumento se obtuvo por medio del coeficiente alfa =.96 (IC 95%: 0.93 - 0.98). Y para establecer los baremos se utilizan los puntajes de la media (M=20.74) y la desviación típica (DE=10.82). Los casos con una desviación típica por encima de la media se consideran como altos, aquellos casos con una desviación típica por debajo de la media se consideran como bajos, y los puntajes del medio se considera como nivel medio (nivel alto: 31.56 a más; nivel medio: 9.93 – 31.55; nivel bajo: 9.92 a menos).

### **Procedimiento**

Se elaboró la solicitud, a nombre de la Universidad Católica San Pablo, para el ingreso y levantamiento de información en las instituciones indicadas. Posteriormente se realizaron entrevistas con las personas encargadas para brindar mayores alcances de la investigación; luego, con el responsable inmediato, se identificó a aquellas personas que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Se estableció un horario de visitas para el rapport inicial, la firma del consentimiento informado, la aplicación de la Escala de Autoeficacia, la Escala FACES IV y el cuestionario sobre involucración familiar con cada una de las personas que fueron parte de la muestra. Luego del levantamiento de información se analizaron las respuestas obtenidas buscando establecer la relación entre las variables seleccionadas. Posteriormente se interpretaron los datos y, finalmente, se redactaron los resultados además de la elaboración de las conclusiones.

## **Análisis de datos**

Los datos se digitalizaron en un archivo de Microsoft Excel (extensión .xlsx) y luego se importaron al software estadístico R y su entorno de programación RStudio. Se utilizó la estadística descriptiva e inferencial para analizar las variables autoeficacia, funcionalidad familiar e involucración familiar. En las variables categóricas se emplearon frecuencias y porcentajes, y para las variables numéricas se utilizaron los estadísticos descriptivos (media y desviación estándar).

Se analizó la normalidad de las variables por medio de la prueba Shapiro-Wilk, encontrando que la mayoría no cumplía con el supuesto de la distribución normal y, considerando que se trata de una muestra relativamente pequeña ( $n = 34$ ), se decide aplicar las pruebas no paramétricas. Para estudiar las correlaciones, se consideró la naturaleza de la variable y se eligió el modelo de correlación pertinente, estos tienen como finalidad conocer el grado de asociación entre variables, permiten hacer predicciones y cuantificar la relación entre variables (Hernández et al., 2014), de tal manera que se responda al objetivo general de la investigación. Debido a que ambas variables eran numéricas se empleó la rho de Spearman.

Se consideró como variables independientes funcionalidad familiar e involucración familiar y como variable dependiente a la autoeficacia. Finalmente se prepararon los resultados para ser presentados por medio de tablas y cuadros.

## Capítulo IV: Resultados

A continuación, se presentan los resultados en el siguiente orden: en primer lugar, los datos respecto a la historia de consumo de los participantes; en segundo lugar, se presentan los niveles de autoeficacia en los participantes; en tercer lugar, se presentan los niveles de las dimensiones de funcionalidad familiar; en cuarto lugar, se presentan los niveles de involucración familiar; y finalmente se presenta la relación entre la autoeficacia, funcionalidad e involucración familiar en los participantes.

### Historia de consumo

En la Tabla 2 se presentan los datos respecto a la historia de consumo de los participantes del estudio. La edad promedio para el inicio del consumo es de 16.03 años, la mayoría inició su consumo dentro de un grupo de amigos (76.47%). Desde hace 6.20 años aproximadamente, el promedio de individuos participa en el tratamiento actual; la mayoría (70.59%) ha participado de algún tratamiento en el pasado y el 58.82% inicio tratamiento de forma voluntaria. También, la edad promedio en la que los participantes empezaron a recibir algún tratamiento respecto a su consumo de alcohol, fue de 26.65 años.

**Tabla 2**

*Datos sobre la historia de consumo*

Variable	<i>f</i> ( <i>M</i> )	% ( <i>DE</i> )
¿A qué edad, aproximadamente, inició el consumo de alcohol?	16.03	3.79
Inició con ...		
Amigos	26	76.47

Familia	2	5.88
Ambos	6	17.65
¿Desde hace cuánto tiempo (años) participa en el tratamiento que recibe actualmente?	6.20	8.25
¿Ha recibido otros tratamientos anteriormente?		
No	10	29.41
Si	24	70.59
¿A qué edad recibió el primer tratamiento?	26.65	9.63
Voluntariedad para recibir terapia		
No	14	41.18
Si	20	58.82

### **Nivel de autoeficacia**

En la Tabla 3 se presentan los niveles de autoeficacia de los participantes en el estudio. Se observa que el mayor porcentaje (47.06%) se concentra en el nivel medio de autoeficacia, seguido por el nivel alto (38.24%) y finalmente el nivel bajo (14.71%).

### **Tabla 3**

#### *Niveles de la autoeficacia de los participantes*

Niveles	<i>f</i>	%
Alta	13	38.24
Media	16	47.06
Baja	5	14.71

## Niveles de las dimensiones para funcionalidad Familiar

En la Tabla 4 se muestran los niveles de las dimensiones de cohesión y flexibilidad familiar en sus dos escalas balanceadas, que llevan el mismo nombre. Se observa que la mayor parte de evaluados refiere encontrarse en el nivel conectado (38.24%) y nivel muy flexible (47.06%).

**Tabla 4**

*Niveles de cohesión y flexibilidad de la variable funcionalidad familiar*

Dimensiones	<i>f</i>	%
Cohesión		
Muy conectado	12	35.29
Conectado	13	38.24
Algo conectado	9	26.47
Flexibilidad		
Muy flexible	16	47.06
Flexible	13	38.24
Algo flexible	5	14.71

En la Tabla 5, se muestran los niveles de las dimensiones de cohesión y flexibilidad familiar en sus cuatro escalas no balanceadas, desacoplado, enredado, rígido, caótico, comunicación y satisfacción de la variable funcionalidad familiar. Se observa que, cerca de la mitad de los evaluados, refiere encontrarse en los niveles moderado y bajo para la escala de desacoplado (35.29%) y enredado (41.18%) respectivamente. A su vez, refieren

encontrarse entre el nivel moderado (26.47%), bajo (23.53%) y muy bajo (20.59%) para la escala de rigidez; y de igual manera para la escala caótico, nivel moderado (29.41%), nivel bajo (26.47%) y nivel muy bajo (29.41%)

**Tabla 5**

*Niveles de desacoplado, enredado, rígido y caótico de la variable funcionalidad familiar*

Niveles	Desacoplado	Enredado	Rígido	Caótico
Muy alto	1 (2.94%)	1 (2.94%)	4 (11.76%)	0 (0.00%)
Alto	7 (20.59%)	4 (11.76%)	6 (17.65%)	5 (14.71%)
Moderado	12 (35.29%)	13 (38.24%)	9 (26.47%)	10 (29.41%)
Bajo	11 (32.35%)	14 (41.18%)	8 (23.53%)	9 (26.47%)
Muy bajo	3 (8.82%)	2 (5.88%)	7 (20.59%)	10 (29.41%)

En la Tabla 6 se muestran los niveles para la comunicación y satisfacción familiar. Se observa que el 32.35% de los evaluados presentan un nivel alto y muy bajo de comunicación familiar; y el 26.47% un nivel alto y muy bajo de satisfacción familiar.



**Tabla 6***Niveles de comunicación y satisfacción Familiar*

Niveles	Comunicación	Satisfacción
Muy alto	3 (8.82%)	4 (11.76%)
Alto	11 (32.35%)	9 (26.47%)
Moderado	4 (11.76%)	5 (14.71%)
Bajo	5 (14.71%)	7 (20.59%)
Muy bajo	11 (32.35%)	9 (26.47%)

**Niveles de Involucración Familiar**

En la Tabla 7 se presentan los niveles de la variable involucración familiar de los participantes. Se observa que la mitad de los evaluados refiere tener una involucración familiar alta, mientras que un cuarto de los evaluados refiere tener una involucración familiar baja, al igual que aquellos ubicados en el nivel medio de involucración familiar.

**Tabla 7***Niveles de involucración familiar de los participantes*

Niveles	<i>f</i>	%
Alta	7	20.59
Media	21	61.76
Baja	6	17.65

## Relación entre autoeficacia, funcionalidad e involucración familiar

En la Tabla 8 se muestran los estadísticos descriptivos y los resultados de la evaluación de la distribución normal de la autoeficacia, de las dimensiones de la funcionalidad familiar y el puntaje de involucración familiar. Se observa que la mayoría de las variables (6 de 10) no siguen distribuciones normales. Considerando que la muestra es relativamente pequeña, se decide aplicar pruebas no paramétricas de correlación (*rho* de Spearman).

**Tabla 8**

*Estadísticos descriptivos y prueba de normalidad Shapiro-Wilk de las variables autoeficacia, de las dimensiones de la funcionalidad familiar e involucración familiar*

Variable	<i>M</i>	<i>DE</i>	Estadístico	<i>p</i>
Autoeficacia	32.12	5.81	0.89	<.001***
Cohesión	61.79	27.07	0.93	.04*
Flexibilidad	39.5	18.36	0.93	.03*
Desacoplado	46	14.61	0.95	.09
Enredado	48.65	20.85	0.95	.15
Rígido	46.12	30.91	0.96	.19
Caótico	51	28.88	0.95	.12
Comunicación	48.71	17.02	0.89	<.001***

Satisfacción	46	30.59	0.89	<.001***
Involucración familiar	20.65	10.75	0.9	<.001***

Nota: \*:  $p < .05$ ; \*\*:  $p < .01$ ; \*\*\*:  $p < .001$

En la Tabla 9 se presenta la matriz de correlaciones entre la autoeficacia, las dimensiones de funcionalidad familiar e involucración familiar. No se hallaron correlaciones estadísticamente significativas entre las variables autoeficacia y las dimensiones de funcionalidad familiar y el involucramiento familiar. Sin embargo, se hallaron relaciones estadísticamente significativas entre la involucración familiar y las dimensiones cohesión, flexibilidad, comunicación y satisfacción. Las relaciones halladas fueron de dirección positiva (a mayor involucramiento familiar mayor puntaje en las dimensiones mencionadas).

### Tabla 9

*Correlaciones entre la autoeficacia, las dimensiones de funcionalidad familiar e involucración familiar*

	Autoeficacia		Involucración familiar	
	<i>rho</i>	<i>p</i>	<i>rho</i>	<i>p</i>
Cohesión	.13	.46	.38	.02*
Flexibilidad	-.11	.53	.42	.01*
Desacoplado	.16	.36	-.20	.26
Enredado	-.11	.53	.05	.77
Rígido	-.13	.46	.28	.12

---

Caótico	-.12	.51	-.24	.16
Comunicación	.14	.42	.49	<.01
Satisfacción	.08	.64	.42	.01*
Autoeficacia	-	-	.14	.44
Involucramiento familiar	.14	.42	-	-

---

*Nota:* \*:  $p < .05$ ; \*\*:  $p < .01$ ; \*\*\*:  $p < .001$

## Capítulo V: Discusión

Los resultados obtenidos, respecto a la hipótesis planteada en la investigación, señalan que no existen correlaciones significativas entre funcionalidad familiar e involucración familiar, y los niveles de autoeficacia en personas consumidoras de alcohol en tratamiento. Uno de los motivos que explicaría dicho resultado es lo planteado por la teoría de Bandura (1995), en ella se plantea que las fuentes principales para niveles altos de autoeficacia radican en cuatro aspectos, las ejecuciones de logro, el aprendizaje vicario, la persuasión social a través de persuasión verbal, y el estado fisiológico o activación emocional (aprensión y ansiedad ante situaciones adversas). Las ejecuciones de logro son consideradas los reguladores más potentes para la autoeficacia y se refieren al éxito o fracaso de una persona, por lo tanto, los éxitos personales fortalecerán las ideas de eficacia personal y así planificar adecuadamente los esfuerzos para situaciones futuras. Las otras tres fuentes, influyen, pero en menor medida (Bandura, 1995; Sollod et al., 2009).

Si bien una de las fuentes que genera autoeficacia es el aprendizaje por observación de otras personas o por aprendizaje vicario, la teoría no menciona específicamente a la familia o alguna variable relacionada, como influencia directa y potente para el desarrollo de la autoeficacia. El aprendizaje vicario implica tener a otras personas como punto de comparación para el cálculo de las propias habilidades, de esto se deduce que los referentes también tienen que tener una adecuada autoeficacia, esta información no ha sido objeto de la presente investigación además de no haber tenido acceso directo a la evaluación de las familias y así recabar estos datos; el criterio para determinar el grado de influencia está en relación a las experiencias de acierto o fracaso independientemente si estas provienen del ámbito familiar, social, laboral u otro (Sollod et al., 2009).

Además, Bandura (1995) afirma que, la investigación respecto a la relación entre familia y autoeficacia, es escasa. La explicación que se presenta es, en mayor medida, respecto a la influencia de los padres en hijos de edad infantil y no de edad adulta, y relacionado a la presencia parental, los estilos de crianza, el entorno familiar, etc. Sí influirían en el desarrollo de autoeficacia a temprana edad más no necesariamente a futuro. Por otro lado, la misma teoría de Bandura (1995) no presenta un mayor desarrollo respecto a la influencia de otras estructuras familiares (familia sin hijos, familia extendida, familia monoparental, etc.) respecto al desarrollo de la autoeficacia en la edad adulta.

Los resultados obtenidos son contrarios a lo planteado en otras investigaciones halladas sobre el tema (Mendoza, 2017; Riquelme et al., 2012), donde los autores encontraron relación entre las variables. Sin embargo, estos estudios han considerado como muestra, en su mayoría, a personas en edad adolescente o jóvenes adultos, y tomando en cuenta su desempeño en el ámbito académico.

A pesar de esto se hallaron investigaciones que obtuvieron resultados similares a los de este estudio. Silva (2019) identificó que, al parecer, la flexibilidad familiar (reglas y límites del hogar, y predisposición para adaptarse a los cambios) no influye significativamente en la formación de creencias de eficacia personal. Rodríguez et al. (2018) encontraron que la direccionalidad entre funcionalidad familiar y autoeficacia, es positiva, pero con una relación débil, es decir, no necesariamente el funcionamiento de la familia está relacionado con la autoeficacia y viceversa. Y por último López-Torrecillas et al. (2005) tampoco encontraron diferencias significativas entre implicación familiar y autoeficacia afirmando que hay la necesidad de una mayor investigación relacionada al papel de la familia y el ámbito de las drogodependencias.

Respecto a la historia de consumo, los resultados obtenidos indican que el inicio del consumo de los participantes es de 16.03 años en promedio (INEI, 2015), dicho inicio fue, en su mayoría, por influencia de los amigos (76.47%). También se identificó que los participantes se encuentran en el tratamiento o programa actual desde hace 6.2 años aproximadamente y manifiestan haber recibido otros tratamientos anteriormente (Carlos et al., 2021; Maximiliano-Colqui et al., 2015).

La edad promedio en la que iniciaron algún tipo de tratamiento o intervención por el consumo excesivo de alcohol es de 26.65 años; esto lleva a deducir que, después de 10 años del inicio del consumo aproximadamente, se tomó la decisión de recibir algún tipo de ayuda frente al consumo excesivo; dicha decisión, en la mayoría de casos (58.82%), fue de forma voluntaria (Martínez et al., 2018; Santos et al., 2020).

Respecto a los niveles de autoeficacia para la investigación, se obtuvo que el 47.06% de los evaluados presentan un nivel moderado seguido de un 38.24% que presenta un nivel alto, y un 14.71%, nivel bajo (García & Rivera, 2020; Munive, 2019). Según Bandura (1995), las personas que tienen un nivel medio de autoeficacia sí poseen creencias respecto a sus propias capacidades para organizar y poner en acción sus recursos, pero no todos los procesos que se activan por la eficacia se presentan ampliamente, aún hay algunos limitantes en los procesos cognitivos (pensamiento anticipador y planificador), motivacionales, afectivos (poca confianza) y de selección (escasa involucración). Para aquellos que presentan un nivel alto, hay adecuados procesos cognitivos, motivacionales, afectivos y de selección, que generan un alto grado de confianza en sus conocimientos y habilidades respecto al desarrollo de una tarea de forma exitosa, generando así, no solo actitudes positivas en la actualidad, sino también hacia el futuro (Bandura, 1995).

Para los resultados antes mencionados vale la pena considerar también la posible relación con el tiempo de tratamiento (M = 6.2 años) en el que se encuentran los participantes de la investigación. Según Bandura (1995), la autoeficacia se puede encontrar tanto al inicio de la toma de decisión para iniciar un tratamiento, así como también a lo largo del mismo. El nivel de autoeficacia aumenta con el paso del tiempo permitiendo mejores resultados en el tratamiento y/o intervención, aparentemente se puede llegar hasta la reducción o eliminación de la conducta adictiva (abstinencia). Adicionalmente, Bandura (1995) plantea que la autoeficacia de acción se encuentra de forma predominante en aquellas personas que participan de algún grupo de ayuda, así como en aquellas que solicitan algún tipo de tratamiento.

Adicionalmente, hay un mejor manejo de las recaídas que la teoría denomina como autoeficacia de manejo (Bandura, 1995), esta se presenta como el esfuerzo por mantenerse sin consumo con el paso del tiempo generando una abstinencia más prolongada, la persona crece en confianza respecto a sus recursos personales para enfrentar situaciones de riesgo de consumo (Valles, 2016). El esfuerzo aplicado por el sujeto, requiere un adecuado manejo conductual y cognitivo, ya que, las personas con predisposición al consumo, están más expuestas a estados de ánimo disruptivos, conflictos en las relaciones interpersonales, presiones sociales, etc. Los niveles de autoeficacia también se explican en la mejor y más pronta recuperación ante las recaídas.

Respecto a las dimensiones que componen la variable de funcionalidad familiar se obtuvo que la dimensión de cohesión familiar está, en primer lugar, en nivel medio (conectado - 38.24%), luego en nivel alto (muy conectado – 35.29%) y finalmente, en nivel bajo (algo conectado – 26.47%). Esta dimensión hace referencia los lazos emocionales dentro



de la estructura familiar y el grado de autonomía que una persona experimenta dentro de su familia (Olson, 1999). Por lo tanto, los resultados obtenidos demuestran que, en su mayoría, los participantes perciben a sus familias como familias unidas, experimentan una considerable unión afectiva, hay fidelidad e interdependencia, aunque con tendencias a la dependencia (Terrones & Villanueva, 2016). Cabe señalar que, algunos participantes también evidenciaron tener familias muy conectadas, esto denota familias enredadas en donde hay una máxima unión afectiva, se exigen lazos de fidelidad y lealtad con alto grado de dependencia (Polaino-Lorente & Martínez, 2003; Quispe, 2018).

Respecto a la dimensión de flexibilidad familiar, se obtuvo un nivel alto (muy flexible – 47.06%), seguido de un nivel medio (flexible – 38.24%) y finalmente, un nivel bajo (algo flexible – 14.71%). Esta dimensión hace referencia a las habilidades que presenta la familia para cambiar su estructura de autoridad, el manejo de roles y reglas ante situaciones de estrés o como mecanismo de adaptación (Olson, 1999). Por lo tanto, los resultados obtenidos demuestran que, la mayoría de los participantes, experimentan falta de liderazgo al interior de sus familias, los roles cambian de forma aleatoria, la disciplina es irregular y se realizan cambios en la organización familiar de forma frecuente y hasta sin motivos significativos. Cabe señalar que, algunos participantes también evidenciaron tener familias flexibles en donde el liderazgo y los roles son compartidos, existe una disciplina democrática y se realizan cambios en la organización familiar cuando son necesarios (Parra, 2020; Polaino-Lorente & Martínez, 2003; Quispe, 2018).

Respecto a las escalas no balanceadas de cohesión y flexibilidad se encontró que las dimensiones desacoplado (cohesión) y rígido (flexibilidad) presentaban un nivel moderado (35.29% y 26.47% respectivamente) con tendencia a un nivel bajo. Por un lado, esto hace

referencia a que existen algunos vínculos escasos en determinados miembros de la familia; hay involucramiento y lealtad regular entre los integrantes, y las decisiones se toman, en pocas ocasiones, de forma independiente y autónoma. Presentan algunos rasgos de liderazgo autoritario, es complejo el cambio de roles y la disciplina, en ocasiones, es un poco rígida con dificultad para adoptar cambios (Orrego, 2020; Polaino-Lorente & Martínez, 2003).

La dimensión enredada (cohesión), principalmente, presentó un nivel bajo (41.18%) con tendencia a un nivel moderado esto, al parecer, significa que prevalecen relaciones emocionales adecuadas, hay un adecuado equilibrio entre familia y amigos, pero siempre enfatizando en la lealtad familiar; por lo general, se respetan los límites personales y la privacidad permitiendo el desarrollo de la autonomía (Orrego, 2020; Polaino-Lorente & Martínez, 2003).

La dimensión caótico (flexibilidad) se encontró, principalmente, en nivel moderado y muy bajo (29.41% respectivamente), esto hace referencia a que existe mayor claridad respecto a quién y cómo se ejerce el liderazgo, la disciplina se aplica adecuadamente en la mayoría de casos por lo tanto, los roles se tienen más claros y estables, hay un mayor conocimiento de las tareas a realizar; y por lo general, las reglas se establecen y se cumplen correctamente (Orrego, 2020; Polaino-Lorente & Martínez, 2003).

Para los resultados de comunicación y satisfacción familiar, la mayoría de los participantes presentaron puntuaciones a nivel muy bajo y alto, comunicación familiar nivel alto y muy baja (32.35% respectivamente), satisfacción familiar nivel alto y muy bajo (26.47% respectivamente). Estos resultados confirman las puntuaciones respecto a las demás dimensiones de funcionalidad familiar. Por un lado, los estilos y estrategias de comunicación se relacionan con la cohesión y flexibilidad familiar, la relación es directamente proporcional,

a mejor comunicación, la vinculación y flexibilidad familiar también lo será. Por los resultados obtenidos se podría deducir que un porcentaje de los evaluados, al presentar un nivel alto de comunicación, tienen actitudes de empatía, escucha reflexiva, palabras de apoyo, etc.; y respecto al nivel muy bajo, las actitudes serían completamente opuestas.

Respecto a los resultados sobre satisfacción familiar se identificó que un porcentaje de los evaluados considera que su familia es estable, que sabe asumir y pactar acuerdos, y que toman en cuenta los sentimientos positivos del resto de la familia (Oneto, 2019).

Para la involucración familiar se obtuvo que un 61.76% de los evaluados considera que dicha variable está en nivel medio, esto quiere decir que la familia (conformada por uno o más miembros) presenta interés por el avance del tratamiento, pero este no es constante, el compromiso es intermitente con episodios de ausencia (Chise, 2016). La familia aparentemente no siempre asiste a las consultas con los especialistas, no se adhieren las orientaciones dadas durante el tratamiento; el interés por los avances del familiar en tratamiento no es constante, pueden estar presentes pero indiferentes; no hay suficiente soporte emocional (brindar ánimo y soporte emocional) ni en asuntos prácticos (ayuda económica, gestionar trámites, etc.); manifiestan desconfianza, rechazo o entorpecen el tratamiento; falta de interés por comprender la problemática de consumo y de poca iniciativa ante episodios de recaída (Aguirre, 2015).

Cabe mencionar que, si bien no es objetivo de la investigación, se obtuvo que sí existen relaciones estadísticamente significativas entre la involucración familiar y cohesión, flexibilidad, comunicación y satisfacción familiar (dimensiones de la funcionalidad familiar), es decir, a mayor involucración de la familia, incrementan las dimensiones antes mencionadas. Zapata (2009) afirma que la participación de la familia en el proceso

terapéutico fortalezca las relaciones internas de la misma. La familia, en la medida que se involucra más en el tratamiento, podrá adquirir las herramientas que sean necesarias para la implementación de cambios en la interacción de sus miembros, habrá mayor solidaridad y adecuadas manifestaciones de afecto, las normas serán claras así como sanciones proporcionales a ellas en caso no se cumplan, la autoridad y los roles serán adecuadamente ejercidos, la involucración generará una mejor expresión de las emociones, temores y/o expectativas, facilitará la educación de la familia respecto al consumo excesivo y le permitirá actuar con prontitud ante situaciones de conflicto. Todas estas conductas aparentemente reflejan, por lo tanto, una mejor cohesión, flexibilidad, comunicación y satisfacción familiar (Zapata, 2009).

En este mismo sentido, Marcos y Garrido (2009) también afirman que, al hacer un adecuado abordaje familiar durante el tratamiento por adicciones, la familia se involucrará más con dicho proceso y expresará una actitud comprometida con el mismo, esto, a su vez, aumentará la adherencia del paciente, habrá una disminución en el consumo y mejorará el funcionamiento familiar (comunicación, flexibilidad, cohesión, disminución de conflictos, etc.)

En cuanto a las limitaciones encontradas durante la investigación, en primer lugar, respecto al acceso a la muestra, no se tuvo acceso a la evaluación de pacientes pertenecientes a dos hospitales públicos, esto debido al proceso administrativo y opinión de las personas encargadas de brindar la autorización. Dicha situación ocasionó un menor número de participantes para la investigación y, por ende, una muestra pequeña, sin embargo, fue la necesaria para desarrollar el estudio y cumplir con los objetivos planteados. En segundo lugar, el acceso a la muestra perteneciente a un centro de salud mental y a grupos de

Alcohólicos Anónimos, fue positiva a diferencia del espacio físico y el tiempo con el que se contó para la aplicación de los instrumentos; no había la suficiente privacidad para responder a las evaluaciones y hubo distracciones (música, personas, otras actividades en paralelo, etc.). En algunos casos los pacientes interrumpían las actividades programadas por el centro de salud mental lo que generaba que respondieran con prontitud; y en otros casos los participantes contaban con poco tiempo debido a que tenían que trasladarse a sus hogares en horario nocturno o a otros asuntos personales. En tercer lugar, otra limitación fue la actitud de los evaluados. A pesar de haberse explicado con detenimiento los detalles de la investigación, muchos presentaron una aparente actitud desconfiada, desinteresada y/o temerosa; en pocos casos se observó una actitud pretenciosa afirmando que tenían conocimiento previo de los instrumentos y proceso, así como también de los resultados. En cuarto lugar, respecto a las limitaciones metodológicas, hubo dificultad para generalizar los resultados, debido al tamaño de la muestra, así como también, posiblemente por la manera en la que se contactó con los participantes. En este mismo sentido, el uso de escalas de autorreporte generó posibles sesgos en las respuestas, los evaluados aparentemente intentaron controlar la impresión que se tenía de ellos mismo de tal manera que no reflejaron, objetivamente, su situación personal ni familiar.

Las sugerencias para futuras investigaciones serían, en primer lugar, que las instituciones de salud pública cuenten con un procedimiento más claro y estandarizado para el acceso de alumnos de pregrado con motivos de investigación. La formalización de los procesos permitirá agilizar las solicitudes de ingreso, así como brindar información clara a los estudiantes respecto a las consideraciones para la investigación. En segundo lugar, debido a que la muestra fue de acceso complejo, se sugiere evaluar la idoneidad de los instrumentos

de tal manera que faciliten la aplicación y obtención de datos; en este mismo se sugiere incluir en la evaluación, a otro miembro de la familia que pueda brindar mayor información respecto a la funcionalidad familiar. En tercer lugar, relacionado a la disposición de los participantes, se sugiere establecer un contacto previo de tal manera que se genere un ambiente de confianza beneficiando la investigación, especialmente con los grupos Alcohólicos Anónimos. Y, finalmente, se sugiere continuar investigando estas variables ya que permitirá identificar el impacto de la influencia y funcionalidad familiar en pacientes alcohólicos en tratamiento, con el objetivo de involucrarlos adecuadamente en el proceso psicoterapéutico e incrementar la consciencia del rol que tienen respecto a la recuperación o rehabilitación de su familiar.

## **Conclusiones**

La primera conclusión a la que se llegó está referida al objetivo general e hipótesis planteada, no existe correlación entre las variables, es decir, la involucración y funcionalidad familiar no guardan correspondencia con el nivel de autoeficacia de personas consumidoras de alcohol en tratamiento. No obstante, se encontró relación entre involucración familiar y funcionalidad familiar, a mayor involucración, la cohesión, flexibilidad, comunicación y satisfacción se incrementa.

La segunda conclusión a la que se llegó está referida a la historia de consumo de los participantes. Se identificó que la edad promedio del inicio de consumo fue de 16.03 años, y, en su mayoría, en el círculo de amigos. Los evaluados manifestaron haber iniciado algún tratamiento por alcoholismo con una edad de 26.65 años en promedio; el inicio, en su mayoría, fue hecho de forma voluntaria y desde hace 6.20 años aproximadamente; la mayoría ha recibido otros tratamientos previos al actual.

La tercera conclusión está referida a la autoeficacia. Se identificó que cerca de la mitad de los participantes poseía una autoeficacia en nivel medio seguido de un nivel alto.

La cuarta conclusión considera a la funcionalidad familiar. Los participantes presentaron niveles medio y alto para las dimensiones de cohesión y flexibilidad. Así mismo se identificó un nivel moderado para las dimensiones desacoplado y rígido; un nivel bajo para la dimensión enredado y un nivel moderado-muy bajo para la dimensión caótico. Respecto a la comunicación y satisfacción familiar, se identificaron niveles alto y muy bajo respectivamente.

La quinta conclusión está referida a la involucración familiar. Se identificó que la mitad de los participantes perciben que la involucración de sus familias es alta.

## Referencias

- Aguilar, A. (2017). *Efectos del programa “Yo creo en mí” sobre la percepción de autoeficacia general en madres de niños diagnosticados con trastorno de la actividad y de la atención en una clínica de Lima Metropolitana en el año 2016*. [Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/815/Efectos\\_Aguilar\\_Salcedo\\_Brigitte.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/815/Efectos_Aguilar_Salcedo_Brigitte.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- Aguirre, T. (2015). *El apoyo familiar en el tratamiento de las personas drogodependientes* [Tesis de Grado, Universidad de la Laguna]. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/1091/El+apoyo+familiar+en+el+tratamiento+de+personas+alcoholdependientes.pdf?sequence=1>
- Agudelo, L. (2017). *Relación entre prácticas de crianza, autoeficacia de adolescentes y logro académico en los grados octavo, noveno y décimo de un colegio público de Bogotá, D. C.* [Tesis para optar por el título de Magíster en Psicología denominada, Universidad Nacional de Colombia]. <http://bdigital.unal.edu.co/56982/1/52499798.217.pdf.pdf>
- Aiken, L. (2003). *Test psicológicos y evaluación, undécima edición*. Pearson Educación. [http://biblio3.url.edu.gt/Libros/tests\\_p/1.pdf](http://biblio3.url.edu.gt/Libros/tests_p/1.pdf)
- Alcalde, M. (1998). *Nivel de autoeficacia percibida y estilos de afrontamiento en estudiantes universitarios de Lima* [Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú]



- Almanza, A., & Gómez A. (2020). Narrativas sobre el proceso de recuperación ante la adicción: la perspectiva de familiares que asisten a servicios de atención. *Revista Salud Colectiva*, 16. 1-17. <https://www.scielosp.org/article/scol/2020.v16/e2523/>
- Arbildo, M. & Cerquin, G. (2020). *Funcionalidad familiar y consumo de alcohol en estudiantes de educación secundaria de Cajamarca*. [Tesis para obtener el grado de Licenciatura en Psicología, Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo]. <http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/1540>
- Arévalo, V. Mejía, P. y Pacheco, L. (2019). Funcionalidad Familiar en padres de adolescentes tardíos según Modelo Circumplejo de Olson. *RECS*, 38(4), 1-21. <http://www.rces.uh.cu/index.php/RCES/article/view/323>
- Bandura, A. (1977). *Self-efficacy, the exercise of control*. W.H. Freeman and Company.
- Bandura, R. (Ed.) (1995). *Autoeficacia: cómo enfrentamos los cambios de la sociedad*. Biblioteca de Psicología Desclée De Brouwer.
- Barrantes, M. & Vásquez, C. (2016). *Funcionamiento familiar y consumo de alcohol en estudiantes universitarios de la carrera de Ingeniería Civil de una universidad pública*. [Tesis para obtener el grado de licenciatura, Universidad Privada del Norte]. <https://hdl.handle.net/11537/10758>
- Becoña, E & Cortés, M. (2011). *Manual de Adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Socidrogalcohol
- Caligiore, M. & Ison, M. (2018). Participación de los padres en la educación: su influencia en autoeficacia y control ejecutivo de sus hijos. Una revisión teórica. *Revista Contextos de Educación*, 20(25).

[https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/92394/CONICET\\_Digital\\_Nro.909dbc85-2b30-417e-bd7b-da8ff1b10aba\\_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/92394/CONICET_Digital_Nro.909dbc85-2b30-417e-bd7b-da8ff1b10aba_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

Cárdenas, M. (2016). Funcionamiento familiar, soporte social percibido y autoeficacia para el afrontamiento del estrés como factores asociados al bienestar psicológico en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo-La Libertad. *Revista de Psicología*, 18(1), 72-85.

[http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/R\\_PSI/article/view/937/725](http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/R_PSI/article/view/937/725)

Carlos, H., Navarro, B., Palacios, N. y Carlos, T. (2021). Caracterización del consumo de alcohol en estudiantes de una Institución Privada en una región de Perú. *Revista Enfermería a la Vanguardia*, 9(2), 28-36.

<https://revistas.unica.edu.pe/index.php/vanguardia/article/view/438/645>

Caycho, A. (2017). Autoeficacia en pacientes dependientes de drogas de una comunidad terapéutica del cono sur. *Cátedra Villarreal, UNFV*, 5(1), 35-44.

<http://revistas.unfv.edu.pe/index.php/RCV/article/view/185/180>

Cerutti, F., Salvador, J., da Rocha, B. y de Lima Argimon, I. (2019). Terapia Breve Para Adolescentes con Trastorno de abuso de drogas y la participación de los padres en el tratamiento: estudio De Caso. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(5), 832-841.

[https://www.researchgate.net/profile/Fernanda-Cerutti/publication/334712821\\_Terapia\\_Breve\\_para\\_adolescentes\\_que\\_consumen\\_drogas\\_y\\_la\\_participacion\\_de\\_los\\_padres\\_en\\_el\\_tratamiento\\_Estudio\\_de\\_caso/link/s/5f0d23cd299bf1074456df8b/Terapia-Breve-para-adolescentes-que-consumen-drogas-y-la-participacion-de-los-padres-en-el-tratamiento-Estudio-de-caso.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Fernanda-Cerutti/publication/334712821_Terapia_Breve_para_adolescentes_que_consumen_drogas_y_la_participacion_de_los_padres_en_el_tratamiento_Estudio_de_caso/link/s/5f0d23cd299bf1074456df8b/Terapia-Breve-para-adolescentes-que-consumen-drogas-y-la-participacion-de-los-padres-en-el-tratamiento-Estudio-de-caso.pdf)

- Chise, V. (2016). *Participación familiar en la rehabilitación de pacientes alcohólicos internos del centro de rehabilitación “Una Nueva Luz”* [Tesis de Grado, Universidad Católica Santa María] <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/5230/A5.1311.MG.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cicua, D., Méndez, M., y Muñoz, L. (2008). Factores en el consumo de alcohol en adolescentes. *Pensamiento psicológico*, 4(11), 115-134. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3091227>
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas - DEVIDA (2018). *Programa Presupuestal de Prevención y Tratamiento del Consumo de Drogas 2019* [Archivo PDF]. <https://www.devida.gob.pe/documents/20182/343542/PTCD+2019.pdf>
- Córdova, E. (2020). *Comunicación familiar y consumo de alcohol en estudiantes de una institución educativa pública*. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en psicología, Universidad Católica Los Ángeles]. [http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/18259/COMUNICACION\\_FAMILIAR\\_CONSUMO\\_DE\\_ALCOHOL\\_Y\\_ESTUDIANTES\\_CORDOVA\\_VILA\\_EDELSA\\_LIZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/18259/COMUNICACION_FAMILIAR_CONSUMO_DE_ALCOHOL_Y_ESTUDIANTES_CORDOVA_VILA_EDELSA_LIZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Cueva, C. (2016). *Propiedades Psicométricas De La Escala De Cohesión Y Adaptabilidad Familiar FACES - IV En Estudiantes De Secundaria De Florencia De Mora* [Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología, Universidad César Vallejo]. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/281>

De la Rosa Diaz, B. Cortaza, L., Villanay, I. y Lopeza, R. (2019). Consumo de alcohol, autoeficacia y funcionalidad familiar en adolescentes de bachillerato. *Revista de Técnicas de la Enfermería y Salud*, 3(10), 16-22.  
[https://www.ecorfan.org/republicofperu/research\\_journals/Revista de Tecnicas de la Enfermeria/vol3num10/Revista Tecnicas de la Enfermeria y Salud V3 N10\\_3.pdf](https://www.ecorfan.org/republicofperu/research_journals/Revista_de_Tecnicas_de_la_Enfermeria/vol3num10/Revista_Tecnicas_de_la_Enfermeria_y_Salud_V3_N10_3.pdf)

DiClemente, C., Fairhurst, S. y Piotrowski, N. (1995). Self-efficacy and addictive behaviors. En Maddux, J.E. (ed.), *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research, and application* (pp. 109-141). Nueva York: Plenum Press.  
[https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4419-6868-5\\_2](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4419-6868-5_2)

Fathiandastgerdil, Z., Eslami, A., Ghofranipour, F., Mostafavi, F. y Ebrahimi, A. (2015). The relationship between self-efficacy, coping skill and substance use in adolescent: based on structural equation modeling. *Journal of Substance Use*, 21(3), 287–293.  
<https://doi.org/10.3109/14659891.2015.1018973>

Feist, J. Feist, G. y Roberts, T. (2014). *Teorías de la personalidad*. McGraw-Hill

Flores, V. (2019). *Clima social familiar y su relación con la autoeficacia en estudiantes del I semestre del Instituto de Educación Superior Tecnológico Fausto Franco, Camaná*. [Tesis para optar el grado académico de maestra en educación, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa].  
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/10353/EDMflcavm.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Frayre, A., Jordán, M., López, A. y Telumbre, J. (2018). Autoeficacia y consumo de alcohol en mujeres adolescentes. *NURE Investigación: Revista Científica de enfermería*, 15(95), 1-9. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6612345>
- García, R. & Rivera, A. (2020). Autoeficacia en la vida académica y rasgos psicopatológicos. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 12(3), 41-58. <http://www.scielo.org.ar/pdf/radcc/v12n3/1852-4206-radcc-12-03-00058.pdf>
- Goicochea & Narváez. (2011). *Propiedades Psicométricas de la Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar en estudiantes de la Institución Educativa Javier Heraud en la ciudad de Trujillo* [Tesis de licenciatura, Universidad Cesar Vallejo]
- Gómez, R. (2017). Teorías psicológicas de las drogodependencias y las adicciones. Los aportes de la psicología cognitiva. En Gómez, R. *Psicología de las Drogodependencias y las Adicciones* (pp. 39-78). Editorial Brujas
- González, J. & Cardona, C. (2015). *Funcionamiento Familiar y Consumo de Alcohol en Adolescentes*. [Trabajo de Grado para optar al Título de Psicología, Universidad de Antioquia]. [http://200.24.17.74:8080/jspui/bitstream/fcsh/177/1/CardonaClaudia\\_funcionamiento\\_familiar\\_consumo\\_alcohol\\_adolescentes.pdf](http://200.24.17.74:8080/jspui/bitstream/fcsh/177/1/CardonaClaudia_funcionamiento_familiar_consumo_alcohol_adolescentes.pdf)
- González, K & Mera, E. (2020). *Análisis Documental de la Funcionalidad en familias con hijos adolescentes, desde la perspectiva del Modelo Circumplejo de Olson*. [Tesis para obtener el grado de Licenciatura en Ciencias de la Educación con mención en Psicología Educativa, Universidad Centra del Ecuador]. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/21834>

- Gormaz, P. (2015). *Incorporación de la familia en el tratamiento del alcoholismo* [Tesis de Grado, Universidad Academia de Humanismo Cristiano].  
<http://bibliotecadigital.academia.cl/handle/123456789/3476>
- Grau-López, L., Roncero, C., Daigre, C., Gonzalvo, B., Bachiller, D., Rodríguez-Cintas, L., Egido, A. y Casas, M. (2012). Factores de riesgo de recaída en pacientes drogodependientes tras desintoxicación hospitalaria. *Adicciones*, 24(2), 115-122.  
<https://www.redalyc.org/pdf/2891/289122912004.pdf>
- Grembowski, D., Patrick, D., Diehr, P., Durham, M., Beresford, S., Kay, E., y Hecht, J. (1993). Self-efficacy and health behavior among older adults. *Journal of health and social behavior*, 89-104. <https://www.jstor.org/stable/2137237>
- Guillén, N., Roth, E., Alfaro, A., y Fernández, E. (2015). Youth alcohol drinking behavior: Associated risk and protective factors. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 6(2), 53-63. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2171206915000022>
- Hendershot, C., Witkiewitz, K., George, H., y Marlatt, A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 6(1), 1-17.  
<https://link.springer.com/article/10.1186/1747-597X-6-17>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*, 6ta edición. McGRAW-HILL.  
[https://periodicooficial.jalisco.gob.mx/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia\\_de\\_la\\_investigacion\\_-\\_roberto\\_hernandez\\_sampieri.pdf](https://periodicooficial.jalisco.gob.mx/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf)
- Huaycani, Y. (2020). *Funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Industrial*. [Tesis para obtener el grado de

Licenciatura en Psicología, Universidad Nacional del Altiplano].

<http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/13677>

IBM Corp. Released (2017). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0*. NY: IBM Corp.

Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. (2016). *Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles*.

[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1357/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1357/libro.pdf)

Instituciones Educativas Estatales, Distrito de Ventanilla. *Revista de Enfermería Herediana*, 8(2), 3-10.

[https://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavol8/julio/prevalencia\\_consumo.pdf](https://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavol8/julio/prevalencia_consumo.pdf)

Jaime, B. N. (2015). *Propiedades Psicométricas de la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar en adolescentes*. [Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Psicología, Universidad Cesar Vallejo].

[http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/320/jaime\\_rh.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/320/jaime_rh.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Khouri, M. & Cramer, K. (2019). The Role of Perceived Parental Involvement in Alcohol Consumption and Tobacco Use in Youth. *Journal of Interpersonal Relations, Intergroup Relations and Identity. University of Windsor*, 12, 24-32.

[https://jiriri.ca/wp-content/uploads/2019/04/V12\\_ONLINE.pdf#page=24](https://jiriri.ca/wp-content/uploads/2019/04/V12_ONLINE.pdf#page=24)

- López-Torrecillas, F., Salazar, I., García-Retamero, R. y Martínez (2015). Autoeficacia de personas drogodependientes en tratamiento. *Psicología Conductual*, 23(2), 325-343. [https://www.researchgate.net/profile/Francisca\\_Lopez-Torrecillas/publication/288222939\\_Self-efficacy\\_among\\_outpatient\\_drug\\_abusers\\_in\\_treatment/links/5901da8e4585156502a28b13/Self-efficacy-among-outpatient-drug-abusers-in-treatment.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Francisca_Lopez-Torrecillas/publication/288222939_Self-efficacy_among_outpatient_drug_abusers_in_treatment/links/5901da8e4585156502a28b13/Self-efficacy-among-outpatient-drug-abusers-in-treatment.pdf)
- Marcos, J. & Garrido, M. (2009). La Terapia Familiar en el tratamiento de las adicciones. *Apuntes de psicología*, 27(2-3), 339-362. <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/151/153>
- MarCradly, B., Wilson, A., Fink, B., Borders, A., Muñoz, R. y Fokas, K. (2018). A consumer's eye view of family-involved alcohol treatment. *Alcoholism treatment quarterly*, 37(1), 43-59. <https://doi.org/10.1080/07347324.2018.1482245>
- Martín, E., Obando, D. y Sarmiento, P. (2017). La adherencia familiar en el trastorno mental leve. *Elsevier*, 50 (9), 519-526. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-adherencia-familiar-el-trastorno-S0212656717303451>
- Martínez, J., Vilar, R. y Verdejo, A. (2018). Efectividad a Largo Plazo de la Terapia de Grupo Cognitivo-conductual del Alcoholismo: Impacto de la Patología Dual en el Resultado del Tratamiento. *Clínica y Salud*, 29(1), 1-8. <https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v29n1/2174-0550-clinsa-29-01-1.pdf>
- Maximiliano, L., Ortega, A., Salas, M. y Vaiz, R. (2015). Prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes de las



- Mendoza, E. (2017). *Funcionamiento familiar y autoeficacia en estudiantes de secundaria de instituciones educativas estatales de Villa El Salvador* [Tesis para obtener el Título de Licenciada en Psicología, Universidad Autónoma del Perú]. <http://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/AUTONOMA/415>
- Melo, D. & Castanheira, L. (2010). Autoeficacia y actitud hacia el consumo de drogas en la infancia: explorando los conceptos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, (18), 655-662. Universidade de São, Brasil. <https://www.redalyc.org/pdf/2814/281421939024.pdf>
- Minuchin, S. (1977). *Familias y terapia familiar*. Gedisa.
- Morales, M. & Aguirre, E. (2018). Involucramiento parental basado en el hogar y desempeño académico en la adolescencia. *Revista Colombiana de Psicología*, 27, 137-160. <https://doi.org/10.15446/rcp.v27n2.66212>
- Munive, K. (2019). *Autoeficacia y consumo de alcohol en estudiantes de quinto año de secundaria de instituciones educativas de Villa María del Triunfo*. [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma del Perú]. [https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/AUTO\\_dbd781f6f7044a4570da8d8c46973f04/Description#tabnav](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/AUTO_dbd781f6f7044a4570da8d8c46973f04/Description#tabnav)
- Muñoz, D. (2019). *Nivel de autoeficacia en pacientes drogodependientes reingresados y en proceso de seguimiento en Quito*. [Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos para optar por el título de Psicóloga mención clínica, Universidad de las Américas]. <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/10936>

- Ohannessian, C., Flannery, K., Simpson, E., y Russell, B. (2016). Family functioning and adolescent alcohol use: A moderated mediation analysis. *Journal of Adolescence*, 49, 19–27. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.02.009>
- Olson, D., Gorall, D. y Tiesel, J. (2007). *FACES IV y el Modelo Circumplejo: Estudio de validación*. Life Innovations.
- Olson, D., Russell, C. y Sprenke, D. (1988). Circumplex Model: Systemic Assessment and Treatment of Families. *Journal of Psychotherapy & the Family*, 4 (1-2). [https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=xDP0h7\\_JunQC&oi=fnd&pg=PA1&dq=david+h.+olson+circumplex+model:+systemic+assessment+and+treatment+of+families+descargar&ots=LuapLxX99n&sig=0WVrB0BEFlw\\_WHSAOuJLpCg0-14#v=onepage&q&f=true](https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=xDP0h7_JunQC&oi=fnd&pg=PA1&dq=david+h.+olson+circumplex+model:+systemic+assessment+and+treatment+of+families+descargar&ots=LuapLxX99n&sig=0WVrB0BEFlw_WHSAOuJLpCg0-14#v=onepage&q&f=true)
- Olson, D. (1999). *Circumplex Model of Marital & Family Systems*. Minnesota, United States. Live Innovations
- Olivari, C. & Urra, E. (2007) Autoeficacia y Conductas de Salud. *Ciencia y Enfermería*, 13(1): 9-15. [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532007000100002](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000100002)
- Oneto, L. (2019). *Satisfacción familiar, estado afectivo y consumo problemático de alcohol en jóvenes universitarios de Lima Metropolitana*. [Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Psicología, Universidad de Lima]. <https://repositorio.ulima.edu.pe/handle/20.500.12724/10630>

Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/alcohol-Informe-salud-americas-2015.pdf>

Orrego, J. (2020). *Funcionalidad familiar e inteligencia emocional en estudiantes de quinto grado de secundaria de la I.E. Abel Carbajal Pérez. Chota, 2019*. [Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Psicología, Universidad Católica Los Ángeles], [http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13032/16305/FAMILIA\\_I NTELIGENCIA EMOCIONAL ORREGO ZAPO JULISSA DEL CARMEN.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13032/16305/FAMILIA_I NTELIGENCIA EMOCIONAL ORREGO ZAPO JULISSA DEL CARMEN.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Parra, F. (2018). *Influencia de la autoeficacia y el apoyo social sobre el consumo de alcohol en estudiantes universitarios*. [Tesis para obtener el grado de Magíster en Psicología, Universidad de Concepción, Chile]. [http://repositorio.udec.cl/bitstream/handle/11594/3259/Tesis\\_Influencia\\_de\\_la\\_autoeficacia.Image.Marked.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.udec.cl/bitstream/handle/11594/3259/Tesis_Influencia_de_la_autoeficacia.Image.Marked.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Parra, G. (2020). *La funcionalidad familiar y el consumo de alcohol, análisis de un caso*. [Tesis para obtener el grado de licenciado en Psicología clínica, Universidad Técnica] <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/15227/1/ECFCS-2020-PSC-DE00003.pdf>

Paqui, P. (2017). *Funcionalidad familiar y su relación con el consumo de alcohol en adolescentes de bachillerato de la Zona 7*. [Tesis para la obtención del título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Universidad Nacional de Loja]

<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18273/3/TESIS%20PARA%20BIBLIOTECA%20PAOLA.pdf>

Pereyra, G., Ronchieri, C., Rivas, A., Trueba, D., Mur, J. y Páez, N. (2018). Autoeficacia: una revisión aplicada a diversas áreas de la psicología. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP*, 16(2), 299-325.

[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-21612018000200004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-21612018000200004&script=sci_abstract&tlng=pt)

Plasencia, N. (2021). *Importancia de la dinámica familiar en el consumo de alcohol en los usuarios adultos institucionalizados en el CETAD KAIRÓS* [Tesis para la obtención del título de Magíster en Psicología, Universidad Politécnica Salesiana].

<https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/20670/1/UPS-CT009219.pdf>

Polaino-Lorente, A., & Martínez, P. (2003). *Evaluación Psicológica y Psicopatológica de la Familia*. Ediciones Rialp, S. A. Obtenido de

[https://www.amazon.es/Evaluaci%C3%B3n-psicol%C3%B3gica-psicopatol%C3%B3gica-Instituto-Ciencias/dp/8432131911/ref=sr\\_1\\_1?keywords=9788432131912&qid=1574669202&sr=8-1](https://www.amazon.es/Evaluaci%C3%B3n-psicol%C3%B3gica-psicopatol%C3%B3gica-Instituto-Ciencias/dp/8432131911/ref=sr_1_1?keywords=9788432131912&qid=1574669202&sr=8-1)

Pons, J. & Berjano, E. (1997). Análisis de los estilos parentales de socialización asociados al abuso de alcohol en adolescentes. *Psicothema*, 9(3), 609-617.

<https://www.redalyc.org/pdf/727/72709314.pdf>

- Quiroz, S. & Bolaños, M. (2019). Modelo Circumplejo de Olson y la relación con el consumo de alcohol en adolescentes. *Criterios* 26(2), 177-189.  
<http://editorial.umariana.edu.co/revistas/index.php/Criterios/article/view/2164/2385>
- Quispe, G. (2018). *Dinámica familiar y su influencia en el consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes del centro de atención residencial Hogar Santo Domingo Savio*. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Trabajo Social, Universidad Nacional del Altiplano].  
<http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/10184>
- Reis, S., Sánchez, S. y Vicente, F. (2019). Calidad de Vida y alcoholismo. *INFAD Revista Psicológica*, 1(4), 69-82.  
<https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/1640/1376>
- Riquelme, E., Rojas, A. y Jiménez, A. (2012). Equilibrio trabajo-familia, apoyo familiar, autoeficacia parental y funcionamiento familiar percibidos por funcionarios públicos de Chile. *Trabajo y sociedad*, 18. 203-215.  
<http://www.scielo.org.ar/pdf/tys/n18/n18a13.pdf>
- Robles, J. (2017). *Funcionamiento familiar y su influencia en el consumo de alcohol de estudiantes de enfermería de la Universidad de Huánuco*. [Tesis para obtener el grado de licenciada en enfermería, Universidad de Huánuco].  
<http://repositorio.udh.edu.pe/handle/123456789/456;jsessionid=44B3E66D3254B4BAD4747817DD824822>

Roca, M. (2002). Autoeficacia: su valor para la psicoterapia cognitivo conductual. *Revista Cubana de Psicología*, 19 (3). La Habana.  
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v19n3/01.pdf>

Rodríguez, A., Hazel, M. y Muñoz, M. (2018). Indicadores de autoeficacia emocional y funcionamiento familiar en el contexto de educación media superior. En Hernández, L., Morán, G. y Mejía, M. *Psicología Educativa, factores de influencia en los estudiantes* (pp.39-62). ReDIE. [https://www.researchgate.net/profile/Manuel-Mejia-Carrillo/publication/342164952\\_Psicologia\\_Educativa\\_Factores\\_de\\_influencia\\_en\\_los\\_estudiantes/links/5ee6700892851ce9e7e3a884/Psicologia-Educativa-Factores-de-influencia-en-los-estudiantes.pdf#page=39](https://www.researchgate.net/profile/Manuel-Mejia-Carrillo/publication/342164952_Psicologia_Educativa_Factores_de_influencia_en_los_estudiantes/links/5ee6700892851ce9e7e3a884/Psicologia-Educativa-Factores-de-influencia-en-los-estudiantes.pdf#page=39)

Rojas, M. (2014). *Nivel de Autoeficacia de los Empleados de la Confederación Deportiva Autónoma de Guatemala*. [Tesis de Grado, Universidad Rafael Landívar].  
<http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/43/Rojas-Manuel.pdf>

Romero, M. (2007). *Percepción de autoeficacia en un grupo de varones dependientes principalmente de Pasta Básica de Cocaína*. [Tesis para optar por el grado de Licenciada en Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú].  
<https://core.ac.uk/download/pdf/196542895.pdf>

Rubina, K. & Villalobos, G. (2011). *Relación entre funcionamiento familiar y rasgos de los trastornos de conducta alimentaria en adolescentes*. [Tesis de Licenciatura, Universidad César Vallejo]

Ruiz, L., Gayoso, M. y Prada, R. (2017). Funcionamiento familiar y factores de riesgo de consumo de drogas en adolescentes de un Centro Juvenil Penitenciario. *Revista*

[http://revistas.uss.edu.pe/index.php/PAIAN/article/download/732/642/.](http://revistas.uss.edu.pe/index.php/PAIAN/article/download/732/642/)

Santos, A., Saura, P. y López, C. (2020). Salud mental en personas con trastorno por consumo de sustancias: aspectos diferenciales entre hombres y mujeres. *Anales de psicología*, 36(3), 443-450. [https://scielo.isciii.es/pdf/ap/v36n3/es\\_1695-2294-ap-36-03-443.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/ap/v36n3/es_1695-2294-ap-36-03-443.pdf)

Schmidt, V., Barreyro, J. y Maglio, A. (2010). Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? *Escritos de Psicología (Internet)*, 3(2), 30-36.

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1989-38092010000100004&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092010000100004&lng=es&tlng=es)

Silva, R. (2019). *Funcionamiento familiar, bienestar psicológico y autoeficacia en estudiantes de segundo ciclo de dos universidades de la ciudad de Cajamarca, 2018*; [Tesis para optar por el grado de Maestro en Psicología Clínica, Universidad Cayetano Heredia].

[https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/7099/Funcionamiento\\_SilvaGuzman\\_Ricardo.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/7099/Funcionamiento_SilvaGuzman_Ricardo.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Sollod, R. Wilson, J. y Monte, C. (2009). Albert Bandura, Teoría cognitivo-social. En Sollod, R. Wilson, J. & Monte, C. (Eds.). *Teorías de la Personalidad, debajo de la máscara* (pp. 335-352). McGraw.Hill. <https://es.scribd.com/document/570169737/Teoria-Cognitiva-Social-de-A-Bandura>

Telch, J., Bandura, A., Vinciguerra, P., Agras, A., y Stout, A. (1982). Social demand for consistency and congruence between self-efficacy and performance. *Behavior*

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005789482800257>

Tercero, R. (1994). Revisión histórica de la terapia familiar. *Revista psicopatología*, 1.

<https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/06/Revisi%C3%B3n-Hist%C3%B3rica-de-la-TF.-Roberto-Pereira-2014.pdf>

Terrones, I. & Villanueva, J. (2016). *Relación entre la Dinámica Familiar y el Consumo de Bebidas Alcohólicas en Adolescentes de nivel secundario*. [Tesis para optar el título

de Licenciada en Enfermería, Universidad Peruana Cayetano Heredia].

<http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/558/Relaci%C3%B3n+entre+la+din%C3%A1mica+familiar+y+el+consumo+de+bebidas+alcoh%C3%B3licas+en+adolescentes+de+nivel+secundaria.pdf?sequence=1>

Turpo, L. & Vásquez, A. (2018). *Funcionamiento Familiar y Consumo de Alcohol en estudiantes de secundaria, Institución Educativa Inmaculada Concepción. Arequipa*

2017. [Tesis para obtener el título Profesional de Enfermera, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa].

<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5160/ENTupilm.pdf?sequence=1>

Valles, J. (2016). Autoeficacia y riesgo de recaída en adictos residentes en comunidades terapéuticas. *Acta Psicológica Peruana*, 1, 67-82.

<http://revistas.autonoma.edu.pe/index.php/ACPP/article/view/46/34>

Vásquez, M. (2009). *Eficacia de un Programa de Entrenamiento en Autoeficacia Específica para el Afrontamiento del Estrés en Pacientes Psicóticos*. [Tesis Doctoral,



Universidad de Granada]

<https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/2390/18139784.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Zapata, M. (2009). La Familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. *CES Psicología*, 2(2). 86-94. <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423539413007.pdf>



## Anexo 2

### *V de Aiken para cuestionario de involucración familiar*

Ítem	Coherencia	Relevancia	Claridad
1	1.00 (.70 – 1.00)	1.00 (.70 – 1.00)	1.00 (.70 – 1.00)
2	1.00 (.70 – 1.00)	.89 (.56 – .98)	1.00 (.70 – 1.00)
3	1.00 (.70 – 1.00)	.89 (.56 – .98)	1.00 (.70 – 1.00)
4	1.00 (.70 – 1.00)	1.00 (.70 – 1.00)	1.00 (.70 – 1.00)
5	1.00 (.70 – 1.00)	1.00 (.70 – 1.00)	1.00 (.70 – 1.00)
6	1.00 (.70 – 1.00)	1.00 (.70 – 1.00)	1.00 (.70 – 1.00)
7	1.00 (.70 – 1.00)	1.00 (.70 – 1.00)	1.00 (.70 – 1.00)
8	1.00 (.70 – 1.00)	.89 (.56 – .98)	.89 (.56 – .98)
9	1.00 (.70 – 1.00)	1.00 (.70 – 1.00)	1.00 (.70 – 1.00)
10	1.00 (.70 – 1.00)	1.00 (.70 – 1.00)	1.00 (.70 – 1.00)
11	1.00 (.70 – 1.00)	1.00 (.70 – 1.00)	1.00 (.70 – 1.00)

### **Anexo 3**

#### **FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Estimado participante, mi nombre es Diana Reynalte Charella y soy bachiller de la carrera profesional de Psicología, perteneciente a la Facultad de Ciencias Económico Empresariales y Humanas de la Universidad Católica San Pablo. Actualmente estoy llevando a cabo una investigación que tiene como finalidad valorar la percepción de autoeficacia en relación a la funcionalidad e involucramiento familiar durante el tratamiento, en personas consumidoras de alcohol que participan de un programa de atención psicológica, mediante la “Escala de Autoeficacia General”, la “Escala FACES IV” y un cuestionario sobre involucración familiar diseñado por mi persona.

Usted ha sido invitado a participar de este estudio por lo cual se entrega la información pertinente:

- Si usted accede a estar en este estudio, su participación consistirá en responder a los inventarios antes mencionados y a un cuestionario. Responder a estos cuestionarios le tomará aproximadamente entre 30 y 45 minutos.
- Al ser parte de este estudio usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: dificultad para identificar algunas características psicológicas en sí mismo e incomodidad al contestar preguntas sensibles.
- Aunque usted acepte participar en este estudio, usted tiene derecho a abandonar su participación en cualquier momento, sin temor a ser penalizado de alguna manera.
- Usted podrá beneficiarse directamente por participar en este estudio. Tendrá la oportunidad de profundizar en el conocimiento de sí mismo y de su entorno familiar.
- La participación en este estudio no conlleva costo para usted, y tampoco será compensado económicamente.
- Los cuestionarios se responden de forma anónima. La información recopilada se tratará en forma confidencial y los datos recolectados se usarán para fines del estudio y sin ningún otro propósito.

Se agradece su colaboración.

Yo ACEPTO VOLUNTARIA Y ANÓNIMAMENTE participar en la investigación conducida por Diana Reynalte Charella, bachiller de la carrera profesional de Psicología, perteneciente a la Facultad de Ciencias Económico Empresariales y Humanas de la Universidad Católica San Pablo.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio, de la participación voluntaria y anónima, de los beneficios y riesgos, y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Firma: \_\_\_\_\_

## Anexo 4

### CUESTIONARIO SOBRE INVOLUCRACIÓN FAMILIAR

#### DATOS PERSONALES

Edad:

Sexo:            F            M

#### CONSTITUCION FAMILIAR

*Indicaciones: para este apartado deberá considerar la familia con la que vive actualmente o con la que ha vivido previo al internamiento.*

*Señalar quienes conforman su núcleo familiar, ejemplo: mamá, abuelo, esposo(a), tía y hermano :*

--

#### HISTORIA DE CONSUMO

¿A qué edad, aproximadamente, inició en el consumo de alcohol?	
¿Con quiénes inicio el consumo? Marca la alternativa según su caso	<input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Ambos
¿Desde hace cuánto tiempo participa en el tratamiento que recibe actualmente?	
¿Ha recibido otros tratamientos anteriormente?	
¿A partir de qué edad inicio su primer tratamiento?	
¿Su participación, en tratamientos anteriores, ha sido voluntaria o no?	
¿Ha presentado episodios de recaída? (indicar cantidad y con qué frecuencia aprox.)	

#### INVOLUCRACIÓN FAMILIAR

*Consideración: "familia" hace referencia a todos, algunos o solo un miembro de la familia que participa en el tratamiento.*

Marque con una "X" según su situación

	Siempre	A veces	Muy poco	Nunca
Tu familia asiste a todas las consultas con los especialistas (psicólogo, psiquiatra, etc.)				
Tu familia te anima a perseverar en el tratamiento, <i>ejem: con palabras de ánimo, mostrando confianza en ti, etc.</i>				
Tu familia te ayuda a cumplir con el tratamiento psicoterapéutico y farmacológico, <i>ejem: dando soporte económico para las medicinas, facilitando tu traslado a las sesiones del tratamiento, etc.</i>				
Tu familia muestra interés y tiene una actitud de apertura ante las indicaciones de los especialistas				
Tu familia brinda soporte económico para todo el tratamiento, según sus posibilidades				
Tu familia se encarga de los trámites que surjan durante el tratamiento (compra de medicamentos, programación de citas, trámites legales, etc.)				
Tu familia te visita (en caso estar internado) y/o participa de las actividades que la institución (en la que recibe el tratamiento) propone				
Tu familia conoce o muestra interés en conocer más sobre su diagnóstico				
Tu familia muestra una comunicación constante con los profesionales, respecto a tu avance o dificultades, durante el tratamiento				
Tu familia te ayuda respecto a otros malestares físicos y/o psicológicos				
Ante episodios de recaída, tu familia ha recurrido inmediatamente a un especialista y/o institución				

