



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO
DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LA
PARROQUIA CUMBE 2015.**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DE TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**AUTORA: DRA. MARILUPE JOSEFINA MOGROVEJO GUZMÁN.
0103802872**

**DIRECTOR: DR. HECTOR FABIÁN SIGUENCIA ASTUDILLO.
0103931234**

Cuenca 2017.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre funcionalidad familiar y factores asociados al consumo de alcohol en adolescentes escolarizados de la Parroquia Cumbe 2015.

Metodología: El estudio fue analítico transversal sobre el consumo de alcohol en 170 adolescentes escolarizados en etapa media y tardía, se valoró variables demográficas y factores asociados mediante formularios validados, funcionalidad familiar con la escala de funcionamiento familiar y consumo de alcohol con el Test de identificación de trastornos debidos al consumo de alcohol. Estos resultados se tabularon y analizaron en SPSS versión 20, variables cualitativas (frecuencias y porcentajes); variables cuantitativas (mediana, rango intercuartilar) y asociación estadística (razón de prevalencia, intervalo de confianza del 95% y valor de $p < 0,05$).

Resultados: De los encuestados corresponden 53,5% al sexo femenino con su mediana de 16 años; 57,5% a adolescencia media; 55,3% a familias desestructurada; 69,4% disfuncionales, 58,2% tienen autoestima elevada y 68,2% presentan influencia de amigos. La prevalencia fue 37,6 %, mayor en el sexo masculino. Los factores de riesgo fueron sexo masculino (R.P 3,19; IC 1,671-6,09 $p < 0,05$), adolescencia tardía (R.P 4,31; IC 2,229-8,346 $p < 0,05$), disfuncional familiar (R.P 3,03; IC 1,424-6,485, $p < 0,05$) e influencia social de amigos (R.P 2,96; IC 2,385-3,681, $p < 0,05$); factores sin asociación estadística fueron estructura familiar (RP1,06; IC 0,570-1,987, $p > 0,05$) y autoestima baja (RP 0,836; IC 0,44-1,573; $p > 0,05$).

Conclusiones: Los factores de riesgo estadísticamente significativos para el consumo de alcohol en adolescentes escolarizados fueron sexo masculino, adolescencia tardía, familias disfuncionales e influencia social de amigos.

Palabras claves: ALCOHOL, ADOLESCENCIA, FAMILIA, AUTOESTIMA, SOCIEDAD.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between family functionality and factors associated with alcohol consumption among teenagers enrolled in the Cumbe Parish 2015.

Methodology: It was a cross-sectional analytical study on alcohol consumption on 170 teenagers enrolled in the middle and high school. Demographic variables and associated factors were evaluated by validated forms based on family functionality with the family functioning scale and alcohol consumption by the Identification Test based on disorders due to alcohol consumption. These results were tabulated and analyzed in SPSS version 20, qualitative variables (frequencies and percentages); quantitative variables (median, interquartile range) and statistical association (prevalence ratio, 95% confidence interval and p value <0.05).

Results: 53.5% of respondents were female, with a median of 16 years; 57.5% to average adolescence; 55.3% to unstructured families; 69.4% dysfunctional, 58.2 % have high self-esteem and 68.2% have friends' influence. The prevalence was 37.6%, higher in males. The risk factors were male gender (RP 3.19, CI 1.671-6.09 p <0.05), late adolescence (RP 4.31, CI 2.229-8.346 p <0.05), family dysfunction (RP 3.03, CI 1.424-6.485, p <0.05) and social influence of friends (RP 2.96, CI 2.385-3.681, p <0.05); The factors without statistical association were family structure (RP 1.06, CI 0.570-1.987, p > 0.05) and low self-esteem (RP 0.836; CI 0.44-1.573; p > 0.05).

Conclusions: The statistically significant risk factors for alcohol consumption in school-aged adolescents were male sex, late adolescence, dysfunctional families and social influence of friends.

Keywords: ALCOHOL, ADOLESCENCE, FAMILY, SELF-ESTEEM, SOCIETY.



ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
ÍNDICE	3
PROPIEDAD INTELECTUAL.....	5
DERECHOS DEL AUTOR	6
AGRADECIMIENTO	7
DEDICATORIA	8
CAPÍTULO I	9
1.1 INTRODUCCIÓN.....	9
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
1.3 JUSTIFICACIÓN	12
CAPÍTULO II	14
2.1 FUNDAMENTO TEORICO.....	14
2.1.1 Definición sistémica de familia	14
2.1.2 Estructura de familiar.....	14
2.1.3 Propiedades de la estructura familiar.....	15
2.1.4 Tipos de familias según su estructura.....	15
2.1.5 Funcionalidad familiar.....	15
2.1.6 Tipos de familias según funcionalidad	16
2.1.7 Adolescencia	16
2.1.8 Autoestima.....	17
2.1.9 Influencia social.....	17
2.1.10 Consumo de alcohol.....	17
2.1.11 Sexo, edad de inicio y consumo de alcohol	18
2.1.12 Funcionalidad familiar y consumo de alcohol.....	19
2.1.13 Tipo de familia y consumo de alcohol.....	19
2.1.14 Autoestima y consumo de alcohol.....	20
2.1.15 Influencia social y consumo de alcohol.....	20
CAPÍTULO III	21
3.1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	21
3.1.1 Objetivo general.....	21
3.1.2 Objetivos específicos.....	21
3.2 Hipótesis.....	21



CAPÍTULO IV	22
4.1. DISEÑO METODOLÓGICO	22
4.1.1 Tipo de estudio.....	22
4.1.2 Área de Estudio	22
4.1.3 Universo y muestra	22
4.1.3.1 Universo del estudio	22
4.1.3.2 Muestra del estudio	22
4.1.4 Criterios de inclusión y exclusión	22
4.1.4.1 Criterios de inclusión.....	22
4.1.4.2 Criterios de exclusión	23
4.1.5 Procedimientos, técnicas e instrumentos para la recolección de datos.	23
4.1.5.1 Procedimientos	23
4.1.5.2 Técnicas de procedimientos para el análisis.....	23
4.1.5.3 Instrumentos.....	23
4.1.6 Plan de procesamiento y análisis de datos	25
4.1.6.1 Manejo de datos	25
4.1.7 Relación de variables	25
4.1.8 Operacionalización de variables	26
4.1.9 Procedimientos para garantizar aspectos éticos	26
CAPÍTULO V	28
5.1 RESULTADOS	28
5.1.1 Características generales de la población estudiada	28
5.1.2 Características del consumo de alcohol en adolescentes escolarizados.	29
5.1.3 Factores asociados y consumo de alcohol en adolescentes escolarizados	30
5.1.3 Contraste de la hipótesis.....	31
CAPÍTULO VI	32
6. 1 DISCUSIÓN.....	32
CAPÍTULO VII	35
7.1 CONCLUSIONES.....	35
CAPÍTULO VIII	36
8.1 RECOMENDACIONES.....	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37
ANEXOS	44



PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Dra. Marilupe Josefina Mogrovejo Guzmán, autora de la tesis **“Funcionalidad familiar y factores asociados al consumo de alcohol en adolescentes escolarizados de la parroquia Cumbe 2015”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 29 de marzo 2017.

Dra. Marilupe Josefina Mogrovejo Guzmán

C.I. 0103802872

DERECHOS DEL AUTOR

Yo, Dra. Marilupe Josefina Mogrovejo Guzmán, autora de la tesis **“Funcionalidad familiar y factores asociados al consumo de alcohol en adolescentes escolarizados de la parroquia Cumbe 2015”**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este, requisito para la obtención de mi título de Médico Familiar. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 29 de marzo del 2017.



Dra. Marilupe Josefina Mogrovejo Guzmán

C.I. 0103802872



AGRADECIMIENTO

A mi esposo, mis hijas que me apoyaron con su amor, comprensión y paciencia para seguir adelante cada día.

A mis padres y mis hermanos un pilar fundamental para la culminación de una de mis metas propuestas.

A los Dres. Ulises Freire, Mg. Fabián Siguencia y Dr. Jaime Morales quienes aportaron con sus importantes conocimientos para el desarrollo del presente trabajo de investigación.

Marilupe



DEDICATORIA

A mi esposo y mis hijas que con su cariño y afecto han sido los estimulantes de cada día para realizar y concluir con éxito este proyecto de tesis.

Marilupe

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol es considerado un problema de salud pública a nivel mundial; según la O.M.S, la edad promedio de inicio de consumo es 11.7 años, existiendo variedad de inicio en los países, por ejemplo en Canadá 12 años, Inglaterra 13 años, Suiza y Ecuador 12 años, Colombia y Estados Unidos 17 años (1,2).

La prevalencia de consumo en el Ecuador es del 62.5 % en las edades de 15 a 19 años, siendo las drogas más consumidas el alcohol, tabaco, mariguana y pasta de base de cocaína. En estudios realizados localmente la prevalencia de consumo es del 47 % y la prevalencia de consumo en los Colegios de Azogues es de 32.58 % (1, 3,4).

A nivel nacional en los hogares los factores desencadenantes del consumo de alcohol son disfuncionalidad familiar, pérdida o ausencia de la comunicación, afecto, apoyo, adaptación, autonomía, roles y reglas muy rígidas o flexibles entre sus integrantes, a mayor disfuncionalidad mayor consumo (5).

Estudios realizados en España, México y Colombia señalan que los factores asociados son antecedentes de consumo de padres y hermanos, maltrato, violencia, disfuncionalidad familiar, ausencia de comunicación y cercanía de padres a hijos, ausencia de apoyo familiar y estilos de crianza, presión de los pares y grupo, dificultades académicas (6).

La presente investigación estudia el consumo de alcohol en adolescentes escolarizados enfocado con el sexo, etapa de la adolescencia, función familiar, estructura familiar, autoestima e influencia social; con el estudio de estos indicadores se abordara de manera más integral a los adolescentes.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial el perfil epidemiológico de la morbilidad y mortalidad de los adolescentes ha ido cambiando en muchos países y en las últimas décadas se reportan como consecuencias de las conductas de riesgos que desarrollaron como son el inicio de vida sexual temprana, consumo de sustancias legales e ilegales y malos estilos de vida (1).

En la actualidad las familias modernas sufren cambios por las circunstancias que se encuentran en la sociedad necesitando mantener el equilibrio con características de ser dinámicas, evolutivas y cumplir con las funciones universales y básicas de la familia de reproducción, protección, afectiva, socializadora, comunicación, apoyo, adaptabilidad, autonomía, reglas y roles de acuerdo al ciclo familiar en que se encuentre (2).

Durante la adolescencia se desarrollan cambios a nivel físico, psicológico y social permitiéndole al adolescente a construir su identidad y realizar su proyecto de vida de acuerdo a las necesidades vitales y psicológicas, dentro de un sistema familiar y subsistemas con funciones básicas que le permitirá adaptarse a los cambios generados por los ajustes biológicos y sociales (3). Dentro de las conductas de riesgo que los adolescentes se encuentran inmersos es el consumo de alcohol que es considerado como uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial donde intervienen diversos aspectos como la familia, la sociedad, la cultura y el estado psicológico de la persona (4).

Según el informe emitido por la Asamblea General de las Naciones Unidas 2011, indica que el consumo de alcohol es uno de los cuatro factores de riesgo que contribuyen a la epidemia de las enfermedades crónicas no transmisibles (5). Según el informe 2014 de la O.M.S. a nivel mundial Europa es el país que más se consume alcohol en adolescentes de 15 a 19 años en 70 % y en las Américas el 53% , y dentro de los países que consumen más alcohol es encuentran Chile, Argentina y Venezuela encontrándose el Ecuador en el noveno puesto, en el 2010 14.000 adolescentes a nivel

mundial fallecieron por casusa atribuidas al consumo de alcohol (O.M.S. 2014) (6).

Según la dirección Nacional de Salud Mental del M.S.P. el consumo de alcohol representa en el 2006 el 23.5%, a nivel regional en primer lugar se encuentra la amazonia con el 36%, la Sierra 33.5 % y la costa el 13.7%; las provincias con mayor número de casos de alcoholismo son Pichincha, Manabí, Azuay, Guayas, El Oro, Morona. Y menor incidencia de casos Tungurahua, Zamora Chinchipe, Los Ríos, Sucumbíos, Napo, Esmeraldas, Cotopaxi, Carchi, Bolívar, Galápagos y Orellana (7).

Es muy importante considerar que el consumo de alcohol está relacionado con las relaciones familiares, con los pares, con la cultura y las actividades de ocio que realicen en familia, festividades cívicas y religiosas de la comunidad, reuniones familiares y con amigos. Otros estudios determinan como factores asociados el sexo, edad, funcionalidad familiar, estructura familiar, autoestima e influencia social (8).

Estudios realizados en México (2010) en adolescentes escolarizados indican que existe una correlación positiva entre el sexo y la funcionalidad familiar con el consumo de alcohol, según Pérez (2011) en España la disfuncionalidad familiar se relaciona el 27 % con el consumo de alcohol en adolescentes (9,10).

En el Ecuador según el CONSEP el 62,5 % consumen alcohol los adolescentes de 15 a 19 años y el 38 % se relacionan con problemas de colegio y disfuncionalidad familiar, y la edad de inicio es a los 11,5 años, según la O.P.S. 10,4 hombres consumen por cada 4 mujeres, el promedio de inicio de consumo es al os 11 años.(6,11). Estudios realizados a nivel local sobre el consumo indican que el 75% corresponde a hombres y el 55 % a mujeres, indicando además la influencia los amigos el 56% y algún familiar un 66 %; de acuerdo al autoestima se observó que los adolescentes con baja autoestima consumían un 40 %(12).

En México según Álvarez en la investigación realizada sobre el consumo de alcohol y autoestima observo que los jóvenes con autoestima alta presentan bajo riesgo de consumo (13). Se observó que en estudios realizados en España la eficacia que tienen los programas de prevención de consumo de alcohol han sido limitados hasta la actualidad, observándose consumos mayores al 50 % en los adolescentes durante el último mes e incremento de los porcentajes de intoxicación en adolescentes consumidores que adquieren fácilmente el alcohol (14).

Con estos antecedentes se plantea las siguientes preguntas para desarrollar la investigación.

¿Cuál es la prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes escolarizados en la Parroquia Cumbe?

¿Existe relación entre funcionalidad familiar y factores asociados con el consumo de alcohol?

1.3 JUSTIFICACIÓN

A nivel nacional se elabora el plan nacional de prevención integral de drogas (2012-2013) enmarcado en el Plan Nacional del Buen Vivir 2009 20-13 cuyo objetivo está encaminado a educar a las personas para que sean capaces de tomar decisiones responsables con las drogas, evitar el acceso y retardar la edad de inicio, cambiar las condiciones del entorno sociocultural y estimular a desarrollar alternativas de vida saludable, fortalecer los factores de protección y reducir los de riesgo; el consumo de alcohol constituye un problema de origen multifactorial con impacto social y sanitario con repercusiones legales, educativas y políticas (15).

De acuerdo a la Constitución del Ecuador el estado “ garantiza a los niños, niñas y adolescentes en la prevención contra el uso de estupefacientes o psicotrópicos y el consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias nocivas para la salud y desarrollo “ y según el CONSEP el 62,5 % de adolescentes consumen alcohol a nivel nacional (15), por lo que es

necesario investigar qué factores influyen en este valor a pesar de las campañas de prevención y difusión de información acerca de los riesgos asociados al consumo de alcohol .

La Organización Mundial de Salud según estudios realizados expresa que además del impacto de difusión se encuentran otros factores relacionados dentro del ámbito individual, familiar y comunitario, en el 2010 la O.M.S. desarrolla la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol en adolescentes cuyo objetivo es mejorar la salud y calidad de vida para disminuir la morbilidad ocasionada por el alcohol sin lograr disminuir las tasas de consumo.

Por ello y dada la importancia de la situación nos planteamos como objetivo determinar la relación entre funcionalidad familiar y factores asociados al consumo de alcohol en adolescentes escolarizados de la Parroquia Cumbe así como las características que definen a esta población.

El presente trabajo se encuentra enmarcado dentro de las líneas de investigación de la Universidad de Cuenca así como de las áreas de salud local donde se definió con carácter los aspectos relacionados con el consumo de alcohol en adolescentes.

Finalmente, los resultados obtenidos por la presente investigación serán difundidos mediante los medios informativos de la Universidad de Cuenca tales como plataforma virtual DSPACE para los trabajos de titulación, la Revista Científica de la Facultad de Ciencias Médicas y los medios informativos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

CAPÍTULO II

2.1 FUNDAMENTO TEORICO.

2.1.1 Definición sistémica de familia

La Organización Mundial de la Salud define a la familia como “el grupo de personas unidas por vínculos de parentesco ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un periodo indefinido de tiempo, estableciendo como la unidad básica de la sociedad” (16). Para Minuchin la familia es un sistema formado de elementos externos que modifican la dinámica interna que se cumplen funciones y necesidades elementales de sus integrantes, inculcando valores éticos- culturales, preparándoles para su integración en la sociedad (17–19).

2.1.2 Estructura de familiar

Para Minuchin (1979) la estructura familiar está compuesta por la relación entre los miembros de la familia, el equilibrio frente a las influencias inter y extrasistémicas para evitar los desajustes en la estructura (20). Para Esteinou (2004) la estructura se expresa bajo tres situaciones: disposición familiar, relaciones familiares y relaciones con la comunidad.

La disposición familiar se refiere al grupo de individuos que viven bajo el mismo techo, al número de integrantes y a las reglas rigen en la familia; las relaciones familiares se refieren a la interacción, afecto, emociones y sentimientos entre sus miembros y las relaciones con la comunidad entre los distintos grupos que mantienen vínculos para obtener estrategias para la solución de problemas (21,22).

Umbarger(1983), Minuchin y Hoffman señalan que cuando existe una alteración en la estructura se expresa en algún miembro de la familia y está determinada por la presencia de límites difusos y/o rígidos al interior y/o exterior del sistema (23).

2.1.3 Propiedades de la estructura familiar

Los límites son la identidad de la familia y les otorga a sus miembros un sentido de pertenencia, totalidad, equifinalidad, calibración, adaptación y jerarquía. La jerarquía en las familias con hijos adolescentes es realizada por la madre, creando una jerarquía disfuncional, que ocasiona desgaste en los padres, especialmente en la madre (23,24).

2.1.4 Tipos de familias según su estructura

La clasificación se basa en los procesos de reestructuración causados por la separación conyugal u otros eventos dando lugar a nuevos tipos de familia como es estructurada y desestructurada, Estructurada.- Se refiere a que ambos conyugues viven en la misma casa y cumplen sus funciones y en la desestructurada los conyugues se encuentran separadas, según la sociedad (25).

Las familias estructuradas se clasifican en familia nuclear y está formada por padres e hijos dentro y se sub clasifican en familia monoparental materna y paterna. Dentro de las familias desestructuradas se encuentran la familia extensa conformada por más de dos generaciones; familia extendida formada por abuelos-as con sus hijos-as casados junto a su pareja, abuelos-as con sus hijos-as casados-as junto a su pareja y sus hijos, abuelos y nietos (26).

2.1.5 Funcionalidad familiar

Está definida como “el conjunto de procesos en la crianza o interacción de un grupo de personas, que forman una familia que se orientan al crecimiento físico y emocional de los miembros “ , para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, el estacionamiento en alguna fase de ciclo vital puede ocasionar disfuncionalidad familiar con manifestaciones representativas (27–29).

2.1.6 Tipos de familias según funcionalidad

Familias funcionales cumplen con las funciones básicas y universales con sus miembros y son aptos de equilibrar la autonomía individual y familiar y cuando estos lineamientos se encuentran alterados en el sistema familiar se producen las familias disfuncionales (30).

Las familias se desarrolla dentro de varias etapas y son: a) Familia en formación; b) familia con hijos pequeños; c) familia con hijos en edad escolar; d) familia con hijos adolescentes; e) familia en plataforma de lanzamiento; f) familia en nido vacío; g) familia anciana y de acuerdo al ciclo individual según Erickson se clasifican en confianza (hasta el primer año de vida), autonomía-vergüenza y duda (primera infancia), iniciativa-culpa (preescolar), laboriosidad-inferioridad (edad escolar), identidad-confusión de rol o identidad (adolescencia), intimidad-aislamiento (adulto joven), generatividad-estancamiento (adulto) e integridad-deseesperanza (adulto mayor) (31).

2.1.7 Adolescencia

Según la O.M.S. y la U.N.I.C.E.F, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, clasificándose según el ciclo individual del ser humano en tres etapas: adolescencia temprana (10 a 13 años), adolescencia media (14 a 16 años) y adolescencia tardía (17 a 19 años) (32). Durante este proceso de transición de la adolescencia se producen cambios biológicos influenciados por los ejes hormonales: hipotálamo-hipófisis-gónada, hipotálamo-hipófisis-adrenal y el eje ligado a la hormona de crecimiento con la aparición de los caracteres sexuales y maduración sexual (33,34).

Durante las etapas del desarrollo individual según Erikson se encuentra según la edad cronológica de la adolescencia la etapa de identidad vs dispersión de la identidad lográndose desarrollar la virtud de la lealtad, es una etapa de ajustes biológicos y sociales para moldear la identidad que

depende del equipamiento, ambiente social y cultural con la orientación y los recursos que brindan la familia e instituciones educativas(35–37).

2.1.8 Autoestima

El autoestima es un aspecto o dimensión del autoconcepto como un modo de orientación hacia sí mismo, haciendo referencia a través de él, al valor que el individuo atribuye a la descripción y la confianza de sí mismo (Gazquez, 2006). Durante la adolescencia se producen cambios psicológicos que destaca la reafirmación del yo, el individuo toma conciencia de sí mismo y adquiere mayor control emocional, desarrollando la necesidad de tomar decisiones sobre la familia, la profesión, las relaciones sociales y el amor, en ocasiones se pueden presentar crisis de identidad como la confusión bisexual (18).

2.1.9 Influencia social

La teoría del aprendizaje social se basa en dos parámetros: la historia del aprendizaje social de la persona y los factores caracterizados en el aprendizaje observacional, que están determinados por el consumo de sustancias de los padres, hermanos y familiares, la segunda instancia es el ambiente social los grupos de pares o iguales. Se debe tener en cuenta la influencia de los sitios de reunión, fiestas sociales y familiares que son escenarios para el inicio de consumo (37).

2.1.10 Consumo de alcohol

Para Luis Berruecos el consumo de alcohol está condicionado por la cultura, estudios antropológicos, sociológicos y psicológicos han demostrado que hay reglas que regulan el consumo de alcohol. En las comunidades Judías se sancionan los excesos de consumo, y en otras comunidades están prohibidas por la religión (musulmanes). Existiendo además sociedades permisivas donde las reglas para el consumo de alcohol no están claras como son en la mayoría de países occidentales (34,38).

Durante la adolescencia se producen a nivel del organismo cambios importantes en periodos cortos que alteran el desarrollo y consolidación. Los cambios encierran la pubertad, afianzamiento y la consolidación de las relaciones sociales con sus semejantes o la lucha por obtener independencia de sus padres o tutores. Durante esta etapa en el cerebro se desarrolla la remodelación y consolidación de los circuitos neuronales en lugares claves de la corteza prefrontal y de otras áreas corticales y subcorticales, esenciales en las funciones del cerebro, provocando perturbación en el comportamiento en los individuos (39–41).

Etapas del consumo de alcohol.- Consumo de riesgo se determina la ingesta con mayor frecuencia y en más cantidad que las normas establecidas socialmente; consumo perjudicial de alcohol se refiere a aquel estado en que el individuo comienza a presentar daños o afectaciones físicas, psíquicas o sociales; dependencia alcohólica es estado de cambio en el comportamiento de un individuo, incremento de consumo de bebidas alcohólicas, y consecuencias directas enfermedades físicas, rechazo de la familia, perjuicios económicos y sanciones penales (42–44).

Alcohol.- El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida a nivel mundial por los adolescentes conjuntamente con el tabaco, la acción del etanol es estas proteínas es detectable a concentraciones a partir de 46mg/L. En la adolescencia los efectos placenteros del alcohol aparecen a dosis muy bajas, mientras que los efectos desagradables, ligados a la intoxicación, emergen a dosis más elevadas. Este fenómeno, relacionado con la sensibilidad del individuo a los efectos del etanol, estimula y refuerza la conducta bebedora en los adolescentes, se ha demostrado una clara correlación entre la edad en la que se comienza a consumir alcohol y el riesgo de ser alcohólico en la edad adulta. Cuando antes se comienza a beber, el riesgo es mayor (45–48).

2.1.11 Sexo, edad de inicio y consumo de alcohol

En Colombia la edad de inicio es a los 14 años según Castaño (2014), según Rueda(2012) estudio realizado en adolescentes escolarizados de Colombia

observa los factores asociados fueron: edad (OR = 1,15, IC95% 1,04-1,27), tener un hermano consumidor (OR = 1,48, IC95% 1,01-1,17), comportamiento antisocial (OR = 3,03, IC95% 2,12-4,32), mejor amigo que consume sustancias ilícitas (OR = 1,71, IC95% 1,06-2,76), mejor amigo que fuma o consume alcohol (OR = 2,01, IC95% 1,40-2,88), en el Ecuador según el CONSEP la edad de inicio de consumo es a los 12 años (11) (11,34,49).

Las diferencias del consumo de alcohol en adolescentes a nivel urbano y rural, según (Pérez Milena et al, S.M.F.y C. de Andalucía 2008) indica que es mayor el consumo en zonas rurales debido a que es aceptado socialmente, en edades comprendidas entre 14 a 16 años (I.C. 95 %) (50,51). Similar al estudio realizado en adolescentes escolarizados rurales por (Salazar Martha - Redalyc.org 2011) quien concluyó que existe mayor consumo de alcohol en adolescentes no escolarizados en el 58,3 % en hombres a diferencia del resultado obtenido en el mismo estudio en relación a los adolescentes escolarizados rurales representando el 51,9 % a los hombres ($p < 0.05$). (23,24).

En la investigación realizada por (Silvia López 2010) observó que en la adolescencia tardía se presentan mayores factores de riesgo y menos factores de protección, produciendo grupos vulnerables al consumo de sustancias, lo que no ocurre en la adolescencia media ($p < 0,001$) (52).

2.1.12 Funcionalidad familiar y consumo de alcohol

El consumo de alcohol y la influencia familiar se relacionan con pautas estructurales de consumo en la familia y alteraciones en la funcionalidad familiar de la cohesión y adaptabilidad de sus miembros. Según estudio realizado en España la relación entre la disfunción familiar y consumo de alcohol es del 82 % con $p < 0.01$ (36). Pérez (2007). La disfunción familiar grave se relaciona con mayor consumo de alcohol en la adolescencia (37).

2.1.13 Tipo de familia y consumo de alcohol

El consumo de alcohol se relaciona con la estructura familiar en estudios realizados en México sobre el consumo de alcohol y tipo de familia, reportan

que existe menor consumo de alcohol en familias extensas 28.45 %, extendidas 33.3 % y mayor consumo en familias monoparentales masculinas 57.1% y monoparentales femeninas 49.3 % (25,53)

2.1.14 Autoestima y consumo de alcohol

Según (Aguirre Alicia 2010) en México, reporta que el poseer una autoestima elevada no presentan riesgo de consumo de alcohol (81%), el autoestima medio empieza a tener riesgo (14%) y el autoestima baja presenta un riesgo elevado de consumo de alcohol (5%), En muchos trabajos el autoestima se ha considerado como factor protector para el consumo de sustancias y en otros no se han encontrado relaciones significativas entre las variables (Jessor et al) (54–56).

2.1.15 Influencia social y consumo de alcohol

En estudios locales la relación entre consumo de alcohol e influencia familiar es del 7.6 %. Una de las causas para el consumo en adolescentes, según estudios el 60 % se relacionan cuando el mejor amigo consume alcohol; 19.6 % es por influencia grupal; 7.1% por influencia del compañero de estudio; 5% por influencia de la pareja (57,58).

CAPÍTULO III

3.1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1 Objetivo general

Determinar la relación entre funcionalidad familiar y factores asociados al consumo de alcohol en adolescentes escolarizados de la Parroquia Cumbe 2015.

3.1.2 Objetivos específicos

- Describir las características de la población en estudio: edad, sexo, edad de inicio de consumo, etapa de la adolescencia.
- Establecer la prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes escolarizados.
- Analizar la relación entre funcionalidad familiar y factores asociados sexo, etapa de la adolescencia, estructura familiar, autoestima, influencia social con consumo de alcohol en adolescentes escolarizados.

3.2 Hipótesis.

Existe relación entre el consumo de alcohol en adolescentes escolarizados de la Parroquia Cumbe y la funcionalidad familiar y factores asociados: funcionalidad familiar, tipo de familia según estructura familiar, autoestima, influencia social.

CAPÍTULO IV

4.1. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1.1 Tipo de estudio

Cuantitativo, analítico tipo observacional.

4.1.2 Área de Estudio

El estudio se realizó en base a la información obtenida de los adolescentes escolarizados en adolescencia media y tardía de la Parroquia Cumbe, 2015.

4.1.3 Universo y muestra

4.1.3.1 Universo del estudio

Finito, heterogéneo, conformado por 488 adolescentes escolarizados de la Parroquia Cumbe, durante el periodo 2015.

4.1.3.2 Muestra del estudio

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizaron los siguientes criterios: proporción esperada 5 %, nivel de confianza 95 %, margen de error 1 %. Se obtuvo la muestra mediante EPI-INFO de 143 adolescentes en adolescencia media y tardía. Se añadió el 15 % de pérdidas y se obtuvieron un total de 170 adolescentes.

Se realizó una base de datos con todos los adolescentes del universo, con esto se sorteó con el software EPI-DATE 3.1; se ingresaron, tabularon y analizaron mediante el statcalc population survey.

4.1.4 Criterios de inclusión y exclusión

4.1.4.1 Criterios de inclusión

Adolescentes escolarizados que se encuentre en adolescencia media y tardía de la parroquia Cumbe.

Consentimiento informado por parte de sus tutores (Anexo 1).

Asentimiento informado de los participantes (Anexo 2).

4.1.4.2 Criterios de exclusión

Adolescentes escolarizados que no deseen participar.

Adolescentes que presenten crisis paranormativas.

Adolescentes con discapacidad mental.

4.1.5 Procedimientos, técnicas e instrumentos para la recolección de datos.

4.1.5.1 Procedimientos

Se seleccionó la población de adolescentes escolarizados de la Parroquia Cumbe y se realizó la reunión con los adolescentes y sus representantes para socializar la investigación, sus objetivos, procedimientos y alcances a lograr. Se solicitó la colaboración voluntaria de los alumnos, garantizándoles la confidencialidad y el anonimato de las respuestas, con la posibilidad de renunciar a la investigación si no estaban de acuerdo. No hubo ningún alumno que se rehusara a participar.

4.1.5.2 Técnicas de procedimientos para el análisis

Para evaluar e interpretar los resultados obtenidos durante la investigación se utilizó la aplicación de instrumentos, recolección de datos, elaboración de cuadros estadísticos, análisis e interpretación de resultados.

4.1.5.3 Instrumentos

Se utilizó 4 instrumentos de medición.

- Para conocer las características de la población en estudio se utilizó una encuesta previamente diseñada y probada con datos de filiación, consumo

de alcohol, etapas de la adolescencia, estructura familiar e influencia social (Anexo 3).

- Para conocer la prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes se aplicó el test de identificación de trastornos debidos al consumo de alcohol (Test de AUDIT). El cuestionario consta de 10 preguntas: Las 3 primeras hacen referencia a la cuantificación del consumo de alcohol (cantidad, frecuencia), la 4, la 5 y la 6 contienen los síntomas de dependencia del alcohol, la 7 y la 8 miden las consecuencias adversas y las dos últimas consideran los problemas relacionados con el consumo de alcohol.

El cuestionario se remite a los hechos durante el último año. Las ocho preguntas tienen 5 respuestas posibles y su puntuación va de 0 a 4. Las preguntas 8 y 9 tienen respuestas posibles y su puntuación es de 0-2-4. El rango de la calificación global va de 0 a 40. De 0 a 7 se considera sin riesgo, de 8 a 15 ya hay riesgo de consumo de alcohol, de 16 a 19 hay consumo de alcohol, 20 y más ya existe dependencia de alcohol (Anexo 4).

- Para determinar la funcionalidad familiar se aplicó al adolescente la escala de evaluación de funcionamiento familiar (FF-SIL).

La escala valora cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, roles y permeabilidad. La técnica consiste en la aplicar la escala que contiene 14 ítems y le da la posibilidad de responder con opciones de casi nunca, pocas veces, a veces, muchas veces y casi siempre. Se clasifica a las familias de acuerdo a su puntuación en familia funcional dentro del rango de 43 a 70, disfuncional 14 a 42 puntos (Anexo 5).

-En el análisis de la autoestima se aplicó la escala de autoestima de ROSEMBERG.

Dentro de esta escala se evalúan los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. En la técnica se aplica el test que consta de 10 ítems y con las siguientes opciones A: muy de acuerdo, B: de acuerdo, C: en desacuerdo y D: muy en desacuerdo. La autoestima elevada tiene un

puntaje de 26 a 40, misma que es considerada como normal y menos de 25 puntos es considera como baja (Anexo 6).

4.1.6 Plan de procesamiento y análisis de datos

4.1.6.1 Manejo de datos

Tabulación y análisis en SPSS vs 20. Con las variables cuantitativas continuas se empleó en el análisis medidas de tendencia central, medidas de dispersión. En las variables cualitativas se realizó un análisis descriptivo con frecuencias y porcentajes.

El análisis de asociación se utilizó el test del chi cuadrado, considerando una significancia del 5 % ($p < 0,05$).

En la cuantificación de la intensidad de la asociación se utilizó razón de prevalencia e intervalo de confianza 95 %.

4.1.7 Relación de variables

Variable dependiente: Consumo de alcohol

Variables Independientes: Funcionalidad familiar, tipo de familia según la estructura familiar, autoestima, influencia social

Variables modificadoras: Edad de inicio, sexo, edad actual, etapa de la adolescencia.

4.1.8 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Edad actual	Tiempo en años desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista	Tiempo de vida	Edad en años cumplidos.	14-16 años adolescencia media 17-19 años Adolescencia Tardía.
Sexo	Conjunto de caracteres biológicos con los que nacen los seres humanos	Biológico	Fenotipo.	0 Masculino. 1 Femenino.
Edad de inicio	Tiempo en años desde el nacimiento hasta el inicio de consumo de alcohol.	Biológico	Edad en años cumplidos.	6-10 años Escolar. 11-13 años Adolescencia temprana 14-16 años Adolescencia media 17-19 años Adolescencia Tardía
Consumo de alcohol	Ingesta de cualquier bebida que contenga alcohol.	Psicológico	Test de AUDIT	0-7 Sin riesgo de consumo 8-15 Riesgo de consumo 16-19 Consume alcohol 20 y más. Dependencia de alcohol
Funcionalidad familiar	La valoración cuantitativa de las relaciones.	Cohesión, armonía, comunicación, roles adaptabilidad, afectividad, permeabilidad	Cuestionario de Funcionamiento familiar FF-SIL.	43 a 70 Funcional. 14 a 42 Disfuncional
Familia	Es una organización interdependiente en que cada elemento sufre influencia de cada sistema y subsistema.	Estructura	Tipo de familia	Estructurada: padre, madre e hijos. Desestructurada: Ausencia del padre madre o los dos con hijos
Autoestima	Es la capacidad para asumir y respetar las reglas de la familia	Satisfacción que tiene la persona de sí misma.	Escala de ROSEMBERG	26-40 Autoestima elevada. < 25 Autoestima baja.
Influencia social para el consumo.	Es una forma de interacción entre el ser vivo y el medio, es el agente, condición o energía capaz de provocar una respuesta en el organismo	Efecto o consecuencia.	Tipo de influencia	0 Familiares 1 Amigos

4.1.9 Procedimientos para garantizar aspectos éticos



Para el estudio se solicitó el consentimiento informado (Anexo 1) al representante legal y el asentimiento respectivo (Anexo 2). La información recolectada fue manejada respetando la integridad de las personas, guardando respeto, confidencialidad y sobre todo los datos fueron utilizados únicamente para el estudio, con fines académicos y de investigación.

CAPÍTULO V

5.1 RESULTADOS

Se recogieron un total de 170 encuestas, cuya distribución aparecen reflejadas en las siguientes tablas:

5.1.1 Características generales de la población estudiada

Tabla No 1.

Distribución de los adolescentes escolarizados, según características de estudio. Cumbe 2015.

Variables	Mediana N=170	Rango IQ Q1-Q3
Edad del adolescente	16 años	15-17
Variables	Frecuencia (n=170)	Porcentaje (100 %)
Edad actual		
14-16 (Adolescencia media)	98	57,6
17-19 (Adolescencia tardía)	72	42,4
Sexo		
Femenino	91	53,5
Masculino	79	46,5
Estructura familiar		
Desestructurada	94	55,3
Estructurada	76	44,7
Funcionalidad familiar		
Disfuncional	118	69,4
Funcional	52	30,6
Autoestima		
Elevada	99	58,2
Baja	71	41,8
Influencia social		
Amigos	116	68,2
Familia	54	31,8

Fuente: Formularios de Investigación
Elaborado por: Marilupe Mogrovejo

En la encuesta se destacó que la mediana del grupo investigado fue 16 años, con predominio en adolescentes en edades de 14-16 años, en relación al sexo se observó el mayor porcentaje de participación estudiantes de sexo femenino. De acuerdo al tipo de familia según la estructura y funcionalidad familiar el mayor número de población en estudio procedía de familias desestructuradas y disfuncionales. Según la autoestima se determinó que los adolescentes participantes presentaron autoestima elevada en mayor cantidad. Y según la influencia social el mayor porcentaje de los estudiantes tuvieron influencia social de los amigos.

5.1.2 Características del consumo de alcohol en adolescentes escolarizados.

Tabla No 2

Distribución de los adolescentes escolarizados según el consumo de alcohol y edad de inicio. Cumbe 2015.

Variable	Mediana N=170	Rango IQ Q1-Q3
Edad de inicio de consumo	15 años	14-16
Variable	No	%
Consumo de alcohol		
Si	64	37,6
No	106	62,4
Edad de inicio de consumo		
6-10 años (Escolar)	2	1,2
11-13 años (Adolescencia temprana)	13	7,6
14-16 años (Adolescencia media)	40	23,5
17-19 años (Adolescencia tardía)	115	67,6

Fuente: Formularios de Investigación
Elaborado por: Marilupe Mogrovejo

Como resultado de las encuestas aplicadas se evidenció que más de la mitad de los adolescentes escolarizados consumían alcohol, la mediana de inicio de consumo fue 15 años, y la mayoría iniciaron cuando se encontraban en su adolescencia tardía.

5.1.3 Factores asociados y consumo de alcohol en adolescentes escolarizados

Tabla No 5

Distribución de los adolescentes escolarizados, según el sexo, etapa de la adolescencia, funcionalidad, estructura, autoestima e influencia social. Cumbe 2015.

Factores asociados	Consumo de alcohol				RP (IC95%)	p valor(<0,05)
	Si (n= 64)	%	No (n=106)	%		
Sexo						
Masculino	41	24,1	38	22,4	3,19(1,671-6,09)	*0,000
Femenino	23	13,5	68	40		
Adolescencia						
Tardía	41	24,1	31	18,2	4,31(2,229-8,346)	*0,000
Media	23	13,5	75	44,1		
Funcionalidad familiar						
Disfuncional	53	31,2	65	38,2	3,03(1,424-6,485)	*0,003
Funcional	11	6,5	41	24,1		
Estructura familia						
Desestructurada	36	21,2	58	34,1	1,06(0,570-1,987)	0,846
Estructurada	28	16,5	48	28,2		
Autoestima						
Baja	25	14,7	46	27,1	0,836(0,44-1,573)	0,579
Alta	39	22,9	60	35,3		
Influencia Social						
Amigos	54	31,8	106	62,4	2,96(2,385-3,681)	*0,000
Familiar	10	5,6	0	0		

*Estadísticamente significativo

Fuente: Formularios de Investigación

Elaborado por: Marilupe Mogrovejo

Los adolescentes escolarizados de sexo masculino presentaron mayor consumo de alcohol en comparación con las adolescentes, estableciéndose una relación de riesgo entre estas variables (R.P 3,19; I.C 1,617-6,09), con diferencia estadísticamente significativa ($p<0,05$).

De acuerdo a la etapa del ciclo individual de los adolescentes, la frecuencia de consumo es mayor en la adolescencia tardía en contraste con los adolescentes en adolescencia media donde el consumo es menor,

generando relación de riesgo entre la etapa de la adolescencia tardía y consumo de alcohol (R.P 4,31; I.C 2,229-8,346), con diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Cuando el adolescente pertenece a una familia con disfuncionalidad familiar hay mayor consumo de alcohol, en comparación con los adolescentes que se desenvuelven dentro de un sistema familiar funcional. En el estudio se estableció asociación de riesgo entre la disfuncionalidad familiar y el consumo de alcohol en el grupo investigado (RP 3,03; I.C 1,424-6,485), con diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

De acuerdo al tipo de familia según su estructura, los adolescentes que se desarrollan dentro de una familia desestructurada (monoparental materna, paterna, extensa), el consumo de alcohol es mayor, en comparación con los adolescentes que poseen familias estructuradas. La relación de esta asociación fue incierta (RP 1,06; IC 0,570-1,987), sin diferencia estadísticamente significativo ($p > 0,05$).

En los adolescentes escolarizados el consumo de alcohol se observó en mayor porcentaje en los adolescentes que tienen autoestima elevada en comparación en aquellos que tienen autoestima baja. La relación fue incierta entre estas variables (RP 0,836; IC 0,44-1,573), sin diferencia estadísticamente significativa ($p > 0,05$).

La influencia social de los amigos para el consumo de alcohol fue mayor en comparación con la influencia social por algún familiar, determinándose como riesgo la influencia social de los amigos (RP 2,96; IC 2,385-3,681;), el riesgo de consumo es del 2,96 a 1 cuando existe influencia de los amigos. La probabilidad de asociación es estadísticamente significativa ($p < 0,05$),

5.1.3 Contraste de la hipótesis

Se acepta la hipótesis de consumo de alcohol en adolescentes escolarizados solamente con las variables: sexo, etapa de la adolescencia, funcionalidad familiar e influencia social. Los otros factores planteados en la hipótesis no pudieron ser demostrados en la investigación.

CAPÍTULO VI

6. 1 DISCUSIÓN

En el ciclo familiar la adolescencia, es considerada como una etapa importante en el desarrollo del individuo, que se encuentra influenciada por factores biosicosociales volviéndole vulnerable en su desarrollo. Durante esta etapa existen conductas de riesgo que determinarán el futuro individual, familiar y social, considerándose el consumo de alcohol como una conducta de riesgo, un problema multifactorial que trasciende negativamente en el desarrollo del adolescente. La vulnerabilidad para su diagnóstico, hace necesario un tamizaje adecuado y temprano en los niveles de atención en salud y educación.

Durante la investigación se concluye que la prevalencia de consumo de alcohol en los adolescentes escolarizados de la parroquia Cumbe es 37,6 %; valor superior al 20,56 % encontrado a nivel Nacional y nivel de Cuenca 24,50 %, según el Consejo Nacional de Control de Substancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP) en la Cuarta Encuesta Nacional 2012 (59), similar al estudio realizado en el Colegio Daniel Córdova Toral-Cuenca la prevalencia de consumo es del 42,2 % (60).

A nivel nacional el consumo de alcohol según el sexo corresponde el 60 % al sexo masculino y 28,5% sexo femenino (Consejo Nacional de Control de Substancias Estupefacientes y Psicotrópicas) (11). Los resultados de la investigación demuestran que tener sexo masculino es un factor de riesgo, valor que coincide con el estudio realizado en adolescentes escolarizados rurales por Martha Salazar y colaboradores en México (51); igualmente a los datos obtenidos en la investigación realizada por Nuria Obradors y colaboradores en Cataluña, el consumo en el sexo masculino es mayor (OR= 1,4) (61) y según la O.M.S. la prevalencia de consumo en hombres es 3 a 4 veces más que en las mujeres.

La adolescencia tardía es un factor de riesgo, 24,2 % para el consumo de alcohol, dato que coincide con la investigación de Silvia López (2010), y el

estudio realizado en Cuba 2011 que emite un reporte donde 66 % de los adolescentes consumen alcohol en adolescencia tardía (11,62).

La edad de inicio de consumo de alcohol en el Ecuador según el CONSEP es a los 11,5 años (11); en la presente investigación es a los 15 años, similar al estudio realizado en los Colegios de Checa y Chiquintad la edad de inicio es a los 13 y 14 años (63); según Laura Debro en Argentina (2011) la edad de inicio de consumo es a los 15,5 años (64), análogo a estudios realizados por Pérez en Chile que indica que la edad de inicio es a los 14,4 años (38) y en Andalucía a los 14 a 16 años. La consecuencia del inicio de consumo a edades tempranas provoca cambios indeseables en el sistema familiar y macrosistema social.

Según el CONSEP la disfuncionalidad familiar es un factor de riesgo para el consumo de alcohol en un 8 % (10), en el estudio realizado el 31,2% de los adolescente consumidores de alcohol pertenecen a familias disfuncionales, resultado que coincide con el estudio realizado en Cuenca por Sicha et al, quienes refieren que un adolescente con familia disfuncional incrementa el consumo en un 77,8 % (63); similar al estudio realizado en España que indica que existe relación entre disfuncionalidad familiar y consumo de alcohol ($p < 0.01$) (65), igualmente expresa Pérez la relación entre estas 2 variables (9), corroborando que el consumo de alcohol se debe a alteraciones en la funcionalidad familiar. El funcionamiento familiar es un factor protector frente al consumo de alcohol en los adolescentes (Angélica Mosqueda Díaz 2011), una adecuada comunicación entre los padres e hijos, generan un ambiente de cohesión y estabilidad (33).

Encontramos que el consumo de alcohol es más frecuente en familias desestructuradas, 21,2 % sin asociación estadísticamente significativa. En un estudio realizado en Madrid (Jiménez 2012), menciona que no hay asociación entre el patrón de consumo de alcohol y estructura familiar (66), resultado similar se evidenció en el estudio realizado en México que reportan que existe mayor consumo en familias desestructuradas (monoparentales

masculinas el 57.1% , monoparentales femeninas el 49.3 %, extendidas en un 33.3 % y familias extensas el 28.45 %) con asociación incierta (41,42).

En el presente estudio se pudo evidenciar que el 14,7 % de los casos tienen autoestima baja, sin relación estadística, según Álvarez menciona en un estudio comparativo que no existe relación entre autoestima y consumo de alcohol y propone que la estabilidad de la autoestima del adolescente a corto plazo es estable (13), Nayade estima una autoestima baja en el 10 % de los casos, e incluso propone que no existe diferencia en la prevalencia de consumo de sustancias adictivas (67).

La influencia de los amigos se asocia estadísticamente con el consumo de alcohol en el 31,8 %. En México el 60 % se relaciona cuando el mejor amigo consume alcohol, 19.6 % es por influencia grupal; 7.1% por influencia del compañero de estudio; 5 % por influencia de la pareja (61) , Hernández y Villarroel en el estudio comparativo realizado en Colombia indica la asociación estadística entre las variables ($p=0,001$) (68), Campo et al aporta indicando que la influencia se relaciona con la identidad dentro del grupo de pares(69).

CAPÍTULO VII

7.1 CONCLUSIONES

Luego del análisis y discusión del estudio, a continuación las conclusiones a las que se llegaron:

La muestra en su mayoría fueron adolescentes de sexo femenino (53,5 %), la mediana de la edad del grupo en estudio fue 16 años; de acuerdo al ciclo individual de los investigados el 57,6 % se encuentran en adolescencia media y el 42,4 % en adolescencia tardía. Los adolescentes estudiados provienen de familias desestructuradas (55,3%) y disfuncionales (69,4%); más de la mitad de los adolescentes tienen el autoestima elevado (58,2 %), y la mayoría tiene influencia social por los amigos (68.2%).

La prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes escolarizados de la Parroquia Cumbe es de 37,6 % similar a los estudios realizados a nivel local, la mediana de la edad de inicio de consumo fue a los 15 años y el 67,6 % inició el consumo durante la adolescencia tardía.

Según la relación entre funcionalidad familiar y factores asociados con el consumo de alcohol se encontró que ser de sexo masculino, encontrarse en adolescencia tardía, pertenecer a una familia disfuncional y presentar influencia social de los amigos son factores de riesgo para el consumo de alcohol, con asociación estadísticamente significativa. Por el contrario no se logró establecer riesgo entre consumo de alcohol con tipo de familia según estructura y autoestima.

CAPÍTULO VIII

8.1 RECOMENDACIONES

Incentivar a las autoridades para el cumplimiento de la ley relacionada con la prohibición de venta de alcohol a menores de 18 años y consumo de alcohol en las fiestas de la Parroquia.

Elaborar programas de prevención y promoción sobre el consumo de alcohol, logrando el involucramiento de adolescentes, padres de familia, autoridades locales y representantes de Instituciones públicas y privadas del sector.

Motivar al personal del centro de salud de Cumbe para realizar un diagnóstico temprano de consumo de alcohol en los adolescentes.

Coordinar con los responsables de diferentes Ministerios e Instituciones para formar redes de apoyo enfocados a la salud mental de este grupo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Ruiz-Risueño Abad J, Ruiz-Juan F, Rivera Z, Isabel J. Alcohol and tobacco consumption in Spanish and Mexican adolescents and its relation to physical and sports-related activity and to the family. *Rev Panam Salud Pública*. Marzo de 2012; 31 (3):211-20.
2. Jiménez T-I, Musitu G, Murgui S. Funcionamiento y comunicación familiar y consumo de sustancias en la adolescencia: el rol mediador del apoyo social. *Rev Psicol Soc*. 2006; 21 (1):21–34.
3. Heras, N. CV, Ortiz Elizalde CG, others. *Desestructuración familiar y su influencia en las conductas de riesgo en adolescentes*. [Cuenca]: Cuenca; 2010.
4. Suárez C, Del Moral G, Martínez B, John B, Musitu G. Adult pattern of alcohol use as perceived by adolescents. *Gac Sanit SESPAS*. Febrero de 2016; 30 (1):11-7.
5. World Health Organization., Management of Substance Abuse Team. *Global status report on alcohol and health, 2014*. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1
6. Maricel. A. Informe mundial de la Organización Mundial de Salud destaca los impactos negativos del alcohol en la salud. 2014. Disponible en: http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1317:informe-mundial-de-la-oms-destaca-los-impactos-negativos-del-alcohol-en-la-salud-&Itemid=226
7. López, S. *El consumo de alcohol de los padres y su influencia en el desarrollo integral de los niños de la Parroquia de Tocachi Cantón Pedro Moncayo, provincia de Pichincha, 2012* [Internet]. [Quito]: Central; 2013 Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1724/1/T-UCE-0013-TS14.pdf>
8. Fundación de Investigaciones Sociales A.C. FISAC Algunos factores relacionados al consumo de alcohol en los adolescentes 2011 Disponible: <http://www.alcoholinformato.org.mx/investigaciones.cfm?investigacion=78>
9. Pérez, A. et all. Family structure and function during adolescence: relationship with social support, tobacco, alcohol and drugs consumption, and psychic discomfort. - PubMed - NCBI [Internet]. [Citado 18 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17306165>

10. Villarreal-González ME, Sánchez-Sosa JC, Musitu G, Varela R. El Consumo de Alcohol en Adolescentes Escolarizados: Propuesta de un Modelo Sociocomunitario. *Psychosoc Interv.* 2010; 19 (3):253-64.
11. Consejo Nacional de Control de sustancias estupefacientes y psicotrópicas- CONSEP. Informe del estudio Nacional a Hogares sobre consumo de drogas [Internet]. Ecuador: C.O.N.S.E.P.; 2007 p. 146. Disponible en: www.consep.gob.ec/...ond.../2007-3ra-encuesta-poblacion-general.pdf
12. Cobos, R, Figueroa, J., Gualpa, A. Factores de riesgo para el inicio del consumo de alcohol en los adolescentes del ciclo básico del Colegio «Fray Vicente Solano», Cuenca 2012 [citado 28 de junio de 2016]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3672>
13. Álvarez, A. Alonso, M. Guidorizzi, A. Consumo de alcohol y autoestima en adolescentes. *Rev Lat-Am Enferm.* Junio de 2010;(18):634-40.
14. Martínez-Sabater A, Llorca-Tauste J, Blasco-Roque M, Escrivá-Aznar G, Martínez-Puig C, Marzá Gascó A. Estudio descriptivo del consumo de alcohol en los adolescentes de Gandía. *SEMERGEN - Med Fam.* : 12-7.
15. Consejo Nacional de Control de sustancias estupefacientes y psicotrópicas- CONSEP. Plan de prevención integral de drogas 2012-2013. 2012-2013: 93.
16. Ramírez Castañeda S, Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades. Teoría general de sistemas de Ludwig von Bertalanffy. México: UNAM, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades;
17. Oliva, E. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. UNAM. Junio de 2014; 10 (1):11-20.
18. Solórzano, M. Toro, C. Estudio integral del Ser Humano y su Familia. Venezuela.
19. Gallego, A. Critical Recovery of the Concepts of Family, Familiar Dynamics and their Features [Internet]. [Citado 15 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1942/194224362017.pdf>
20. Jiménez, Ch. Trabajo con una familia, un aporte desde la orientación familiar. *Act.inv.en edu.* Abril de 2015; 15 (1):1-27.
21. Montalvo, J. Espinosa, M. Pérez, A. Análisis del ciclo vital de la estructura familiar y sus principales problemas en algunas familias mexicanas. 2013 [Internet]. [Citado 17 de junio de 2016]; 17 (28). Disponible en:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2013000100007

22. Armas, N. D. Entre voces y silencios: Las Familias por dentro. America.
23. Chinchilla.R. Work with a family, contribute from the family guidance [Internet]. [Citado 15 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/aie/v15n1/a39v15n1.pdf>
24. Pizarro, W. C. Notas acerca de los límites a la pretensión de cumplimiento del contrato. Rev Derecho Coquimbo. 2014; 21 (1):203-19.
25. Torres de Galvis Y, Agudelo Bedoya ME, Posada Correa FA, Montoya Vélez LP, others. Tipología y dinámica familiar y su asociación con prevalencia de sustancias psicoactivas de niños y adolescentes del municipio de Medellín. Resultados de la investigación en escolares de Medellín y Región Metropolitana. 2013 [citado 4 de febrero de 2015]; Disponible:<http://repository.upbbga.edu.co:8080/jspui/handle/123456789/1328>
26. Vargas, H. Tipo de familia y ansiedad y depresión. [Citado 17 de junio de 2016]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2014000200001&script=sci_arttext
27. Gómez-Bustamante EM, Castillo-Ávila I, Cogollo Z. Predictors of family dysfunction among adolescent students. Rev Colomb Psiquiatr. Enero de 2013; 42(1):72-80.
28. Gómez, E. Castillo, I. Predictores de disfuncion familiar en adoelscentes escolarizados [Internet]. [Citado 17 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v42n1/v42n1a07>
29. Fuentes, C. Romero, A. Relación de tipo y ciclo vital familiar con la presencia de problemas psicosomáticos en un consultorio docente de medicina familiar. 2014. 2014; 25 (2):68-72.
30. Medellín, M. Rivera, M. Family functioning and their relationship with social support networks in a sample of families in the city of Morelia, Mexico [Internet]. [Citado 16 de junio de 2016]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000200008
31. Stefani D, Tartaglini MF, Feldberg C, Clemente MA, Hermida PD, Girardi P, et al. Values and the Meaning of Existence. An Observational Study of Family Caregivers of Neurological Patients. Rev Colomb Psicol. Diciembre de 2013; 22(2):293-306.
32. Organizacion Mundial de Salud. OMS | Salud de los adolescentes [Internet]. [Citado 11 de enero de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/facts/es/

33. Iglesias, D. Desarrollo del adolescente, aspectos físicos, psicológicos y sociales [Internet]. [Citado 3 de mayo de 2016]. Disponible en: <https://scp.com.co/descargasmedicinaadolescentes/Desarrollo%20del%20adolescente,%20aspectos%20f%C3%ADsicos,%20psicol%C3%B3gicos%20y%20sociales.pdf>
34. Castaño, G. García, J. Alcohol consumption and intervening factors observed in university students. 2014 [citado 13 de junio de 2016]; Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol40_1_14/spu06114.htm
35. Bordignon, N. El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto [Internet]. [Citado 19 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf>
36. García, R. Consumo de alcohol en la adolescencia. Consideraciones médicas y orientaciones educativas. Redalyc. Mayo de 2014; 37 (3):255-60.
37. Veloza Gómez M, Simich L, Strike C, Brands B, Giesbrecht N, Khenti A. Social environment and simultaneous use of alcohol and tobacco among undergraduate students in health sciences programs from one university, Cundinamarca - Colombia. Texto Amp Contexto - Enferm. 2012; 21(SPE):41-8.
38. Alonso, G. García, J. Consumo de alcohol y factores intervinientes en estudiantes universitarios [Internet]. [Citado 13 de junio de 2016]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol40_1_14/spu06114.htm
39. Villegas-Pantoja MÁ, Alonso-Castillo MM, Benavides-Torres RA, Guzmán-Facundo FR. Alcohol Consumption and Executive Functions in Adolescents: A Systematic Review. Aquichán. Agosto de 2013; 13 (2):234-46.
40. Giedd, JN. G. The teen brain: insights from neuroimaging. - PubMed - NCBI. 2008. 42(4):335-43.
41. Silveri MM. Adolescent Brain Development and Underage Drinking in the United States: Identifying Risks of Alcohol Use in College Populations. Harv Rev Psychiatry. Agosto de 2012; 20 (4):189.
42. López MA, Pérez Hoz G, García Hernández I. Previniendo el alcoholismo. Rev Cuba Salud Pública. Septiembre de 2008; 34 (3):0-0.
43. World Health Organization. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence E.E.U.U.; [citado 30 de junio de 2016]. 286 p. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience
44. Ochoa Mangado E, Madoz-Gúrpide A, Vicente Muelas N. Diagnóstico y tratamiento de la dependencia de alcohol. Med Segur Trab. Marzo de 2009; 55 (214):26-40.

45. Peoples RW, et. Lipid vs protein theories of alcohol action in the nervous system. *AnnuRevPharmacol.* 36:185-201.
46. Heilig M, Thorsell A, Sommer WH, Hansson AC, Ramchandani VA, George DT, et al. Translating the neuroscience of alcoholism into clinical treatments: from blocking the buzz to curing the blues. *Neurosci Biobehav Rev.* Noviembre de 2010; 35 (2):334-44.
47. Spear LP. Adolescent neurobehavioral characteristics, alcohol sensitivities, and intake: Setting the stage for alcohol use disorders? *Child Dev Perspect.* 1 de diciembre de 2011; 5 (4):231.
48. Grant BF, Stinson FS, Harford TC. Grant BF, Stinson FS, Harford TC. Age at onset of alcohol use and DSM-IV alcohol abuse and dependence: a 12-year follow-up. *J Subst Abuse* 13: 493-504. *J Subst Abuse.* 1 de febrero de 2001; 13 (4):493-504.
49. Rueda, J. Pinto, G. Abuso de alcohol en niños y adolescentes escolarizados y factores asociados 2012 [citado 25 de abril de 2015]; 41. Disponible: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=11&sid=46c ede24-f6d4-44b7-a245-a3aae68bd521%40sessionmgr110&hid=121&bdata=Jmxhbm c9ZXMmc 2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#db=edsgao&AN=edsgcl.305082229>
50. Perez. M, Ramirez. M, Jiménez. I, Leal. H, Martinez. M, Perez, R. Diferencias en el consumo urbano y rural de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes [Internet]. [Citado 18 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v9n1/03>
51. Salazar, M. Valdez, J. Martínez, K. et al. Intervenciones breves con adolescentes estudiantes rurales que consumen alcohol en exceso. 2011. 10(3):803-15.
52. López, S. Rodríguez, L. Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. 2010. 22(4):566-73.
53. Chavez, A. et al. Consumo de Drogas en Estudiantes del Nivel Medio Superior de la Universidad de Guanajuato. 2005; 9.
54. Armendáriz, N. Rodríguez, L Guzmán, F. Efecto de la autoestima sobre el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes del área rural de Nuevo León, México. *SMAD* [Internet]. [Citado 19 de febrero de 2016]; 4 (1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/803/80340105.pdf>
55. Jiménez TI. Autoestima de Riesgo y Protección: Una Mediación entre el Clima Familiar y el Consumo de Sustancias en Adolescentes. *Psychosoc Interv.* 1 de abril de 2011; 20 (1):53-61.
56. Aguirre, AA. Castillo, A. Zanetti, A. et. Alcohol consumption and self esteem in adolescents Junio de 2010 [citado 27 de junio de 2016]; 18

- (1). Disponible:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000700021
57. Avellaneda AS, Pérez MEG, Font-Mayolas S. Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. *Psicothema*. 2010; 22 (2):189–195.
58. Moral M de la V, Rodríguez FJ, Ovejero A. Correlatos psicosociales del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes españoles. *Salud Pública México*. 2010; 52 (5):406–415.
59. Consejo Nacional de Control de sustancias estupefacientes y psicotrópicas - CONSEP Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años. [Citado 30 de diciembre de 2016]. Disponible:http://www.prevenciondrogas.gob.ec/descargas/publicaciones_ond/investigacionesond/resumen_ejecutivo_4ta_encuesta_a_estudiantes_2012
60. Romero, M. Determinantes sociales del consumo de alcohol en adolescentes de bachillerato del Colegio Daniel Córdova Toral, Cuenca-Ecuador 2016 Cuenca; 2016 [citado 30 de diciembre de 2016]. Disponible en:<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/26209/1/TESIS>
61. Obradors-Rial N, Ariza C, Muntaner C. Consumo de riesgo de alcohol y factores asociados en adolescentes de 15 a 16 años de la Cataluña Central: diferencias entre ámbito rural y urbano. *Gac Sanit*. 1 de septiembre de 2014; 28 (5):381-5.
62. Murillo, S. Alcohol y marihuana, drogas más consumidas. [Citado 11 de enero de 2015]. Disponible: <http://www.consep.gob.ec/2013/05/alcohol-y-marihuana-drogas-mas-consumidas/>
63. Sicha, A. Sotamba, L. Valdivieso, M. Prevalencia del consumo de sustancias adictivas y factores de riesgo asociados, en los estudiantes de los colegios de Checa y Chiquintad, Cuenca 2010 [Internet]. Cuenca; 2010 [citado 30 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4028/1/MED45.pdf>
64. Acosta, L. Factores asociados para el uso en adolescentes y jóvenes argentinos. [Internet]. 2011 [citado 20 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19nspe/15.pdf>
65. Díez, J. Berjano. E. Análisis de los estilos parentales de socialización asociados al abuso de alcohol en adolescentes. *Psicothema*. 2011; 9 (3):609-17.
66. Jiménez, I. Evolución del consumo de tabaco, alcohol y drogas entre adolescentes en la última década y relación con el apoyo familiar [Internet]. [Madrid]: Jaén; 2012 [citado 30 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.samfyc.es/pdf/GdTAdol/2012003.pdf>



67. Natera Rey G, Medina Aguilar PS, Callejas Perez F, Juarez F, Tiburcio M. Effects of intervention on relatives of alcohol consumers in an indigenous community in Mexico. *Salud Ment.* 2011;34 (3):195–201.
68. Hernández, R. Villarreal, M. Consumo de alcohol en estudiantes en relación con el consumo familiar y de los amigos. *Psicología y Salud - consum-alcohol* 2007. 2007. 17:8.
69. Campo T del, Durán BJG, García MP, Santos MC. Relación entre consumo de alcohol y autoestima en adolescentes. *Rev Galego-Port Psicol E Educ Rev Estud E Investig En Psicol Educ.* 2000;(6):966.

ANEXOS

ANEXO 1



UNIVERSIDAD DE CUENCA.
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.
ESCUELA DE MEDICINA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS REPRESENTANTES.

Yo, Marilupe Mogrovejo Guzmán, estudiante de la Universidad de Cuenca de la Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina, Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, estoy realizando el proyecto **“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LA PARROQUIA CUMBE 2015**, solicito a usted su colaboración en el desarrollo de la presente investigación. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

El objetivo de esta investigación es conocer los principales factores asociados al consumo de alcohol en adolescentes que ocasionan alteraciones a nivel individual familiar y comunitario. Se realizará un sorteo para determinar las personas que participarán en la investigación, siendo necesarias 170 participantes, el tiempo de llenado de formularios con respuestas claras y verdaderas será de 30 minutos.

Su participación es libre y voluntaria, tiene derecho a responder las preguntas que desee, si por alguna razón usted decide no participar de este estudio o no responder algunas de las preguntas que se le realiza, no será obligado a cumplirlas, es libre de retirarse del estudio cuando lo considere oportuno.

Participar en el estudio no involucra ningún riesgo físico para usted. La información que usted me proporcione es absolutamente confidencial, asumo el compromiso, de interpretar todos los recaudos, mediante codificación de registros y su mantenimiento en un lugar seguro, no se incluirá ninguna información que pueda hacer posible su identificación en publicaciones o reportes posteriores. No hay costos para usted por formar parte de la investigación, ni tampoco se le pagará algún dinero.

Por favor, tómese su tiempo para decidir y pedir explicaciones sobre cualquier palabra o información que no entienda. Usted recibirá una copia de este consentimiento.



Yo,, con número de Cédula de Identidad....., he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado/a y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Acepto la participación en este estudio de investigación.

..... Fecha:.../.../...

Firma del Representante.

.....

Firma del Responsable de la investigación.



ANEXO 2



UNIVERSIDAD DE CUENCA.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

ESCUELA DE MEDICINA.

ASENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS ADOLESCENTES.

Yo, Marilupe Mogrovejo Guzmán, estudiante de la Universidad de Cuenca de la Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina, Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, estoy realizando el proyecto **“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LA PARROQUIA CUMBE 2015**, solicito a usted su colaboración en el desarrollo de la presente investigación. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. El objetivo de esta investigación es conocer los principales factores asociados al consumo de alcohol en adolescentes que ocasionan alteraciones a nivel individual familiar y comunitario. Se realizará un sorteo para determinar las personas que participarán en la investigación, siendo necesarias 170 participantes, el tiempo de llenado de formularios con respuestas claras y verdaderas será de 30 minutos.

Su participación es libre y voluntaria, tiene derecho a responder las preguntas que desee, si por alguna razón usted decide no participar de este estudio o no responder algunas de las preguntas que se le realiza, no será obligado a cumplirlas, es libre de retirarse del estudio cuando lo considere oportuno.

Participar en el estudio no involucra ningún riesgo físico para usted. La información que usted me proporcione es absolutamente confidencial, asumo el compromiso, de interpretar todos los recaudos, mediante codificación de registros y su mantenimiento en un lugar seguro, no se incluirá ninguna información que pueda hacer posible su identificación en publicaciones o reportes posteriores. No hay costos para usted por formar parte de la investigación, ni tampoco se le pagará algún dinero.

Por favor, tómese su tiempo para decidir y pedir explicaciones sobre cualquier palabra o información que no entienda. Usted recibirá una copia de este asentimiento.



Yo,, con número de Cédula de Identidad....., he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado/a y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Acepto la participación en este estudio de investigación.

..... Fecha:../../...

Firma del Adolescente.

.....

Firma del Responsable de la investigación.



ANEXO 3

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.
CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION EN ESTUDIO.

El formulario deberá ser contestado con toda la sinceridad marcando una x en las opciones que usted considere ciertas:

C.I:

Fecha:

Edad :
Año escolar:
Sexo: Masculino () Femenino ()
Consume alcohol: Si () No ()
Desde que edad consume alcohol: Cual fue la influencia para iniciar el consumo de alcohol: Su Padre consume alcohol () Su Madre consume alcohol () Sus Hermanos () Algún Familiar () Amigos () Compañeros de colegio ()
Con quien vive Usted: Su Padre () Su Madre () Ambos () Solo () Otros familiares () Quienes..... Otros (). Si usted no vive con su Padre o Madre marque la causa: Padre migro () Falleció () Separados () Divorciados () No conoce a su padre () Abandono () Madre migro () Falleció () Separados () Divorciados () Abandono ()

ANEXO 4**TEST DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL****(TEST DE AUDIT).****C.I.:****Fecha:**

1	¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	☐ Nunca. ☐ Una o menos veces al mes. ☐ De 2 a 4 veces al mes. ☐ De 2 a 3 más veces a la semana. ☐ 4 o más veces a la semana.
2	¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	☐ Nunca. ☐ Una o menos veces al mes. ☐ De 2 a 4 veces al mes. ☐ De 2 a 3 más veces a la semana. ☐ 4 o más veces a la semana.
3	¿Con qué frecuencia toma 5 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	☐ Nunca. ☐ Una o menos veces al mes. ☐ De 2 a 4 veces al mes. ☐ De 2 a 3 más veces a la semana. ☐ 4 o más veces a la semana.
4	¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que ha empezado?	☐ Nunca. ☐ Una o menos veces al mes. ☐ De 2 a 4 veces al mes. ☐ De 2 a 3 más veces a la semana. ☐ 4 o más veces a la semana.
5	¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	☐ Nunca. ☐ Una o menos veces al mes.



		() De 2 a 4 veces al mes. () De 2 a 3 más veces a la semana. () 4 o más veces a la semana.
6	¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	() Nunca. () Una o menos veces al mes. () De 2 a 4 veces al mes. () De 2 a 3 más veces a la semana. () 4 o más veces a la semana.
7	¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	() Nunca. () Una o menos veces al mes. () De 2 a 4 veces al mes. () De 2 a 3 más veces a la semana. () 4 o más veces a la semana.
8	¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	() Nunca. () Una o menos veces al mes. () De 2 a 4 veces al mes. () De 2 a 3 más veces a la semana. () 4 o más veces a la semana.
9	¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	() Nunca. () Una o menos veces al mes. () De 2 a 4 veces al mes. () De 2 a 3 más veces a la semana. () 4 o más veces a la semana.
10	¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	() Nunca. () Una o menos veces al mes. () De 2 a 4 veces al mes.



		() De 2 a 3 más veces a la semana. () 4 o más veces a la semana.
--	--	--



ANEXO 5

CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FF-SIL.

Después de haber leído cada frase, coloque una X, en el casillero que mejor describa cómo es su familia ahora. Es muy importante que responda a todas las frases con sinceridad.

FUNCIÓN		CASI NUNCA	POCAS VECES	A VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE	PUNTAJE
1	Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia.						
2	En mi casa predomina la armonía.						
3	En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.						
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana						
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa						
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.						
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.						
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.						
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.						
10	Las costumbres familiares						



	pueden modificarse ante determinadas situaciones.						
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.						
12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.						
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.						
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.						



ANEXO 6

C.I.:

Fecha:

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG.

Después de haber leído cada frase, coloque una X, en el casillero que mejor describa cómo es su familia ahora. Es muy importante que responda a todas las frases con sinceridad.

A. Muy de acuerdo.

B. De acuerdo.

C. En desacuerdo.

D. Muy en desacuerdo.

FUNCION		A	B	C	D	PUNTAJE
1	Siento que soy una persona digna, al menos tanto como las demás.					
2	Estoy convencido de que tengo buenas cualidades.					
3	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de gente.					
4	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.					
5	En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a					
6	Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.					
7	En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a					
8	Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.					
9	Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.					
10	A menudo creo que no soy una buena persona.					

