



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**TEMA:**

**RELACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS INTERNOS  
DE MEDICINA Y SUS RELACIONES INTRAFAMILIARES LOJA**

**TESIS PREVIO A LA  
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
MÉDICO GENERAL**

**AUTORA**

Elizabeth Gabriela Noblecilla Árevalo

**DIRECTOR**

Dr. Patricio Aguirre

**LOJA – ECUADOR**

**2014**



## CERTIFICACIÓN

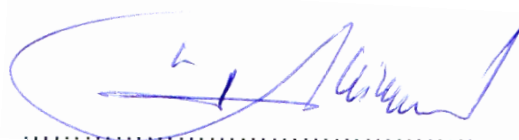
**Dr. Patricio Aguirre**

**DOCENTE DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

### **CERTIFICA:**

Que la tesis de grado titulada: “**RELACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS INTERNOS DE MEDICINA Y SUS RELACIONES INTRAFAMILIARES LOJA**”, de autoría de la Srta. Elizabeth Gabriela Noblecilla Arévalo, estudiante de la Carrera de Medicina Humana, previo a la obtención del título de Médico General ha sido dirigida y revisada en su integridad, cumpliendo con los requerimientos académicos estipulados para su aprobación; por lo que se autoriza su presentación ante el tribunal respectivo.

Loja, Octubre 2014



**Dr. Patricio Aguirre**  
**DIRECTOR DE TESIS**




## AUTORÍA

Yo, ELIZABETH GABRIELA NOBLECILLA ARÉVALO declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

**Autor:** ELIZABETH GABRIELA NOBLECILLA ARÉVALO

**Firma:** 

**Cédula:** 1104660681

**Fecha:** Octubre de 2014.



**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.**

Yo, ELIZABETH GABRIELA NOBLECILLA ARÉVALO declaro ser autor de la tesis titulada: "RELACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS INTERNOS DE MEDICINA Y SUS RELACIONES INTRAFAMILIARES LOJA", como requisito para optar al grado de MÉDICO GENERAL, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDL, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la Ciudad de Loja, en el mes de Octubre del dos mil catorce, firma el autor.

Firma: 

Autor: ELIZABETH GABRIELA NOBLECILLA ARÉVALO

Cédula: 1104660681

Dirección: Av. Orillas del Zamora 0501

Correo electrónico: gabuxa1991@gmail.com    Teléfono:0983574234

**DATOS COMPLEMENTARIOS**

Director de Tesis: Dr. Patricio Aguirre

Tribunal de Grado: Dra. Margarita Sotomayor (Presidenta del Tribunal)

Dr. Ángel Ordóñez (Miembro del Tribunal)

Dra. Mercy Vallejo (Miembro del Tribunal)

## DEDICATORIA

A Dios, quién cuida y bendice mis pasos.

A mis padres y hermanos, por su ejemplo de constancia y esfuerzo, por todo el amor que me brindan y a quiénes les debo todo lo que soy.

A mis familiares y amigos que nunca me negaron su apoyo y cariño.

**Elizabeth Gabriela Noblecilla Arévalo**



## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, quién me lleva de la mano por este complejo camino y quién me ha permitido lograr mis anhelos.

A mis padres y hermanos que me brindan siempre su apoyo incondicional y me acompañan en todos los momentos importantes de mi vida.

A mis amigos y familiares que me han apoyado durante mi carrera y me han brindado su cariño sincero.

A los internos de la carrera de Medicina Humana, quiénes me permitieron realizar la presente investigación mediante su participación directa.

A las autoridades y docentes de la Carrera de Medicina del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, que en el transcurso de estos años me brindaron desinteresadamente sus conocimientos, en especial al Dr. Patricio Aguirre por sus consecuentes y acertados aportes intelectuales y la asesoría brindada para culminar con éxito la presente investigación.

**Elizabeth Gabriela Noblecilla Arévalo**

**1. TITULO**  
**“RELACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS**  
**INTERNOS DE MEDICINA Y SUS RELACIONES**  
**INTRAFAMILIARES LOJA”**

## 2. RESUMEN

Esta investigación tiene como objetivo principal indagar la problemática del consumo de alcohol en los estudiantes de Medicina y sus relaciones intrafamiliares mediante la interpretación de los resultados obtenidos de dos cuestionarios que miden los grados de consumo de alcohol y de relaciones intrafamiliares. Se trata de un estudio cuantitativo, analítico y transversal aplicado a 50 estudiantes internos de la carrera de medicina humana de la Universidad Nacional de Loja. Se aplicaron dos cuestionarios que permitieron evaluar el grado de consumo de alcohol (Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol AUDIT) diseñado por la OMS, y el grado de relaciones intrafamiliares (Escala de Evaluación de Relaciones Intrafamiliares ERI). Mediante el análisis de los cuestionarios aplicados, se determinó como resultado principal que todos los grupos de consumo de alcohol en los que se clasificaron a los estudiantes se encuentran en mayor relación con un grado medio de relación intrafamiliar. Este resultado se estableció mediante la interpretación de los resultados obtenidos entre cada grupo de consumo de alcohol y las relaciones intrafamiliares de los estudiantes: en aquellos que se determinó un consumo de alcohol sin riesgo y aquellos clasificados con consumo de riesgo presentaron en su mayoría un grado medio de relación intrafamiliar y la minoría restante presentó un grado alto de relación intrafamiliar; los estudiantes que fueron clasificados con consumo perjudicial presentaron en su totalidad un grado medio de relación intrafamiliar, y finalmente no se encontraron estudiantes que presenten un bajo grado de relación intrafamiliar.

Este estudio tiene contribuciones para el planteamiento de programas preventivos en relación al consumo de bebidas alcohólicas para ser aplicados en el ámbito universitario, principalmente basados en mejorar el grado de relaciones intrafamiliares.

**Palabras clave:** estudiantes, alcohol, relaciones intrafamiliares.



### 2.1. SUMMARY

This research's main objective is to investigate the problems of alcohol consumption in medical students and their family relationships by interpreting the results of two questionnaires that measure the degree of alcohol consumption and family relationships. This is a quantitative, analytical and cross-sectional study applied to 50 internal students of human medicine at the National University of Loja. Two questionnaires allowed evaluating the degree of alcohol (Questionnaire Identification Disorders due to Alcohol) designed by the WHO, and the degree of family relationships (Relationship Assessment Scale Family). By analyzing the questionnaires, it was determined as the main result that in all alcohol groups in which students were classified are in more relation with an average degree of family relationship. This result was established by interpreting the results from each group of alcohol and family relations of students: those who alcohol consumption was safely and those classified as hazardous drinking had mostly an average degree of family relationship and the remaining minority had a high level of family relationship; students who were classified as having harmful use presented in its entirety an average degree of family relationship, and finally were not found students with a low degree of family relationship.

The present study could contribute to the approach of preventive programs in relation to consumption of alcohol to be applied in the university environment, mainly based on improving the degree of family relations.

**Keywords:** students, alcohol, family relations.

### 3. INTRODUCCIÓN

El uso, abuso y la dependencia del alcohol constituyen el problema de mayor prevalencia en las encuestas epidemiológicas llevadas a cabo en diversos países. El Ecuador no escapa a esta realidad. Ecuador es el segundo país en América Latina con mayor consumo de alcohol, según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicados en agosto del 2011(1).

El consumo excesivo de alcohol causa enfermedad y sufrimiento en el bebedor, su familia y amigos. Es una de las causas principales de ruptura de las relaciones de pareja, de accidentes, hospitalización, incapacidad prolongada y muerte prematura. Los problemas relacionados con el alcohol representan una inmensa pérdida económica para muchas comunidades en todo el mundo(2).

La familia, como unidad social intermedia entre el individuo y la comunidad, se convierte en un medio que puede incidir favorable o desfavorablemente en el proceso salud enfermedad. El crecimiento, desarrollo y constitución de una persona dentro de un núcleo familiar resulta uno de los fenómenos más complejos de la vida. Cada factor del ambiente familiar puede interactuar de múltiples maneras, lo cual resulta en la formación de un estilo particular de interpretar la realidad, definir quiénes somos y cómo nos relacionamos con los demás. Muchos autores argumentan que los problemas en el sistema familiar (incomunicación, disciplina rígida, separación de los padres, entre otros) son factores de riesgo que predisponen al consumo de alcohol. (3)

Para determinar la influencia de las relaciones intrafamiliares frente al consumo de alcohol en los internos de medicina de la Universidad Nacional de Loja, he planteado el siguiente objetivo general: establecer la relación entre el consumo de alcohol y las relaciones intrafamiliares de los internos de medicina; del cual derivan los siguientes objetivos específicos: interpretar el puntaje obtenido en el Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol; determinar el puntaje total las dimensiones que comprende la Escala

de las Relaciones Intrafamiliares en cada interno; y relacionar los resultados del Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol y los puntajes obtenidos en la Escala de las Relaciones Intrafamiliares.

El presente estudio cuantitativo, analítico y transversal fue realizado con 50 estudiantes internos de la carrera de medicina humana de la Universidad Nacional de Loja. Se utilizó dos cuestionarios diseñados para evaluar el grado de consumo de alcohol (Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol AUDIT) diseñado por la OMS(2) que consta en el ANEXO 2; y el grado de relaciones intrafamiliares (Escala de Evaluación de Relaciones Intrafamiliares ERI) diseñado por la psicóloga María Elena Rivera Heredia(4) que consta en el ANEXO 3.

Dentro de los resultados se determinó que todos los grupos de consumo de alcohol en los que se clasificaron a los estudiantes se encuentran en mayor relación con un grado medio de relación intrafamiliar. Del total de la población que presenta un consumo de alcohol sin riesgo que es el 60% de la población total se determinó que el 80% de ellos presenta un grado medio de relación intrafamiliar, mientras que el 20% restante presenta un grado alto de relación intrafamiliar.

Del total de la población que presenta un consumo de alcohol con riesgo que es el 34% de la población total se demostró que el 82,35% de ellos presenta un grado medio de relación intrafamiliar, mientras que el 17,65% restante presenta un grado alto de relación intrafamiliar. Y finalmente, del total de la población que presenta un consumo perjudicial de alcohol que es el 6% de la población total se determinó que el 100% de ellos presenta un grado medio de relación intrafamiliar.

De acuerdo a los resultados encontrados en este estudio he creído conveniente recomendar la búsqueda de las causas principales que no

permiten alcanzar un alto grado de relación intrafamiliar en los jóvenes para desarrollar programas encaminados a resolver estos problemas. Y de acuerdo a los grados de consumo de alcohol presentes en los estudiantes recomiendo la aplicación de las terapias propuestas por la OMS para cada grupo de consumo.

## 4. REVISIÓN LITERARIA

### 4.1. FAMILIA Y RELACIONES INTRAFAMILIARES

#### 4.1.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE FAMILIA

Los distintos conceptos que de “la familia” se han elaborado han sido fuente de controversia y de redefinición, viéndose influidos por las características sociales predominantes en cada momento histórico. Así, la conceptualización de la familia es una “labor compleja y difícil, principalmente si consideramos las variaciones históricas y culturales en formas y funciones, diferencias existentes incluso en grupos y colectivos de una misma cultura”<sup>1</sup>.

No obstante, y a pesar de estas dificultades, la OMS ha logrado establecer una definición de familia en la que establece que la familia son “los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial”.

#### 4.1.2. LA FAMILIA COMO CONTEXTO DE DESARROLLO

En la familia es donde el individuo comienza su vida, sus primeras experiencias y sus primeras relaciones, que al mismo tiempo están conectadas a una sociedad. De ahí que en ella se construya la identidad individual y social de las personas, aspectos importantes para la organización social y para la psicología de los individuos. Por ello, “la familia ha sido y continúa siendo objeto de análisis desde diferentes disciplinas (sociología, antropología, economía, psicología social, clínica, medicina, entre otras), además de existir una enorme cantidad de aspectos

---

<sup>1</sup> OPS-OMS. La familia y la salud. Consejo directivo. Sesión del comité nacional. Washington, D.C., EUA, 22 al 26 de septiembre de 2003. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd44-10-s.pdf>

relevantes que la constituyen y que están presentes en su constante transformación”<sup>2</sup>.

#### 4.1.3. LA FAMILIA Y LA ADOLESCENCIA

“La familia es un sistema dinámico sometido a procesos de transformación, que en algunos momentos serán más acusados como consecuencia de los cambios que tienen lugar en algunos de sus componentes. Así, la interacción entre padres e hijos deberá acomodarse a las importantes transformaciones que experimentan los adolescentes, y pasará de la marcada jerarquización propia de la niñez a la mayor igualdad y equilibrio de poder que caracterizan las relaciones parentofiliales durante la adolescencia tardía y la adultez emergente”<sup>3</sup>.

Como han señalado algunos autores que han aplicado los principios de la Dinámica de Sistemas al análisis de los cambios en la familia (Granic, Dishion y Hollenstein, 2003), durante la infancia, las interacciones sostenidas entre padres e hijos alrededor de las tareas de socialización habrían servido para construir un estilo interactivo en cada díada (padre-hijo/a, madre-hijo/a). Pero, a partir de la pubertad, los cambios intrapersonales en padres e hijos van a representar una perturbación del sistema familiar, que se tornará más inestable y propiciará un aumento de la variedad de patrones de interacción diádicos posibles, de forma que las discusiones y enfrentamientos convivirán con momentos de armonía y expresión de afectos positivos. Así, incluso en las familias en las que las relaciones se caracterizaron por la comunicación, el apoyo y el afecto mutuo, comenzarán a aparecer situaciones de hostilidad o conflicto.

Tras esos momentos de desequilibrio inicial el sistema se irá estabilizando progresivamente, dando lugar a un nuevo patrón relacional que gozará de cierta

---

<sup>2</sup> OLIVA DELGADO, A. Relaciones intrafamiliares y desarrollo adolescente. Anuario de Psicología 2006, vol. 37, nº 3, 209, Facultat de Psicologia Universitat de Barcelona.

<sup>3</sup> OLIVA DELGADO, A. Relaciones intrafamiliares y desarrollo adolescente. Anuario de Psicología 2006, vol. 37, nº 3, 209, Facultat de Psicologia Universitat de Barcelona.

estabilidad, y que en gran parte estará condicionado por el clima existente antes del comienzo de las perturbaciones. De hecho, se puede afirmar que desde la “infancia hasta el final de la adolescencia existe una considerable continuidad en las relaciones entre padres e hijos”<sup>4</sup>.

#### 4.1.4. FUNCIONES FAMILIARES Y JUVENTUD

A pesar de que muchas de las funciones familiares han ido evolucionando a lo largo del tiempo, posiblemente, las funciones que más fuerza tienen en el mundo de hoy son la económica, la afectiva, de apoyo y para algunos la sexual.

Es indudable que la familia conserva hoy sus funciones económicas. De hecho, el hogar familiar sigue siendo una unidad económica, no por sus funciones de producción, sino por sus funciones de consumo. La importancia cada vez mayor del consumo en nuestra sociedad incrementa este aspecto de identificación y de posicionamiento social que tiene la familia como unidad de consumo. Debemos tener presente que la familia se caracteriza, entre otras cosas, por poner sus recursos en común. También, y además de su capacidad de ahorro, consumo e inversión es, en el momento actual, la institución que está permitiendo soportar el coste social del desempleo de jóvenes y adultos.

Una característica de la familia, de incorporación reciente pero profundamente enraizada en la idea de familia que mantenemos actualmente y que ha sido frecuentemente relacionada con el bienestar y el desarrollo posterior de los hijos, es su “capacidad para generar una arquitectura de relaciones basadas en el afecto y la expresión libre de los sentimientos”. Esta idea de un grupo familiar empático se ha acompañado de un incremento de la necesidad de privacidad de la

---

<sup>4</sup> HERRERA-VAZQUEZ M, WAGNER FA, VELASCO-MONDRAGON E, BORGES G, LASCANO-PONCE E. Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en adolescentes de Morelos, México. Salud Publica México. 2004;46(2):132-40.

familia frente a la comunidad e, incluso, de un aumento de la potestad de los progenitores y cuidadores sobre los hijos/as<sup>5</sup>.

Numerosos estudiosos relacionados con el desarrollo evolutivo han vinculado esta función del grupo familiar con el desarrollo de la personalidad, la confianza en las figuras de apego o el ajuste psicosocial a través de la potenciación de recursos como el apoyo social. Esta orientación teórica ha atraído el interés de un nutrido grupo de científicos que han analizado cómo el grupo familiar proporciona recursos a sus miembros, con los que vive la etapa adulta en una sociedad determinada. En este sentido, el apoyo social -y en concreto las relaciones que suponen comunicación del afecto- se ha convertido en uno de los conceptos claves con los que se interpreta la complicada partitura de la evolución del ser humano en sociedad.

La tesis que subyace en estos trabajos refleja la convicción de que las relaciones familiares determinan la posterior orientación social de sus miembros. En el caso de que esta orientación sea negativa -por ejemplo, rechazo hacia la sociedad o sentimientos de marginación- se reduce la capacidad del individuo para hacer frente a las distintas experiencias vitales por las que atraviesa, promoviendo su vulnerabilidad ante los estresores e incrementando la posibilidad de una dependencia de sustancias nocivas como drogas o alcohol. Alternativamente, una "orientación social positiva -por ejemplo, implicación en el contexto social- proporciona la posibilidad de un acceso enriquecedor a los recursos sociales y, por tanto, disminuye la vulnerabilidad y favorece el bienestar bio-psico-social"<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> DOMÍNGUEZ GARCÍA L. Psicología del desarrollo adolescencia y juventud. La Habana: Ciencias Médicas; 2006.

<sup>6</sup> PONS, J. Y BUELGA, S. Familia y conductas desviadas: El consumo de alcohol. En: G. Musitu y P. Allat (Eds.) *Psicosociología de la familia*. 1994 Valencia: Albatros.



La transición hacia el mundo adulto conlleva el aprendizaje de nuevas tareas y roles. Durante esta etapa de la vida las personas eligen sus carreras profesionales, deciden sobre sus estilos de vida, establecen redes de amigos y se implican voluntariamente en actividades cívicas y comunitarias. En el terreno personal, el inicio de una relación íntima y estable exige la aceptación de las diferencias personales o de las diferentes expectativas adscritas al género del otro miembro de la pareja; además, se aprende a negociar en los planes sobre un futuro común: convivencia, descendencia, hogar, etc. “Un nuevo estatus que implica la creación de nuevas relaciones más allá de la propia pareja y, a menudo, nuevos contactos dentro de la propia comunidad”<sup>7</sup>.

Más tarde, se produce una reevaluación sobre uno mismo y la propia vida, valorando el pasado y revisando los planes futuros. Comienza también durante esta etapa la preocupación por las generaciones futuras a la vez que se experimenta cierta estabilidad en el propio desarrollo profesional. En el terreno familiar, durante esta etapa los hijos comienzan a cambiar rápidamente, produciendo reajustes y procesos adaptativos en la familia. “Penetrar en la vida adulta es enfrentarse a una serie de situaciones vitales potencialmente estresantes que le exigirán nuevas responsabilidades y compromisos”<sup>8</sup>.

Muchos de esos sucesos vitales son de carácter normativo tanto en el sentido estadístico como temporal -ingreso en el mundo laboral o matrimonio- y por tanto es previsible que la persona haya ido adquiriendo recursos de afrontamiento a lo largo de su socialización: aprendizaje de un oficio, por ejemplo.

---

<sup>7</sup> PEINADO, A. El alcohol entre los adolescentes y jóvenes: Síntoma de un deterioro social. En: *Alcohol y adolescencia. Hacia una educación preventiva*. 1994 Madrid: CCS.

<sup>8</sup> DOMÍNGUEZ GARCÍA L. *Psicología del desarrollo adolescencia y juventud*. La Habana: Ciencias Médicas; 2006.

#### 4.1.5. RELACIONES INTRAFAMILIARES

Las “relaciones intrafamiliares” son las interconexiones que se dan entre los integrantes de cada familia. Incluye la percepción que se tiene del grado de unión familiar, del estilo de la familia para afrontar problemas, para expresar emociones, manejar las reglas de convivencia y adaptarse a las situaciones de cambio. Este término está cercanamente asociado al de “ambiente familiar” y al de “recursos familiares”<sup>9</sup>.

En el campo del análisis de los procesos de salud y enfermedad relacionados con el ambiente familiar, las dimensiones evaluadas con mayor frecuencia son: cohesión, cercanía, comunicación, poder, coaliciones, expresión de afecto, empatía, independencia, diferenciación, manejo de conflicto, control de conducta, resolución de problemas, estilos de afrontamiento, apoyo social y niveles de estrés familiar.

Las dimensiones más importantes a tomar en cuenta en la presente tesis son las de unión y apoyo, dificultades y expresión. “La dimensión de UNIÓN Y APOYO mide la tendencia de la familia de realizar actividades en conjunto, de convivir y de apoyarse mutuamente. Se asocia con un sentido de solidaridad y de pertenencia con el sistema familiar. Por su parte, la dimensión de DIFICULTADES se refiere a los aspectos de la relaciones intrafamiliares considerados ya sea por el individuo, o por la sociedad como indeseables, negativos, problemáticos o difíciles. De ahí que esta dimensión también pueda identificar el grado de percepción de “conflicto” dentro de una familia. Finalmente, la dimensión de EXPRESIÓN mide la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de respeto”<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> OLIVA DELGADO, A. Relaciones intrafamiliares y desarrollo adolescente. Anuario de Psicología 2006, vol. 37, nº 3, 209, Facultat de Psicologia Universitat de Barcelona.

<sup>10</sup> RIVERA María, ANDRADE Patricia. Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I.). Revista de Psicología, 14, 12-29 (2010) ISSN: 1870-2104.

## 4.2. LAS BEBIDAS ALCOHOLICAS

### 4.2.1. ACCIÓN DEL ALCOHOL EN EL ORGANISMO HUMANO

El alcohol etílico es un depresor del Sistema Nervioso Central que es ingerido por vía oral, a través de determinadas bebidas que lo contienen en unos porcentajes variables. Desde su ingreso en el organismo, se puede ir describiendo los efectos de su acción sobre las distintas partes del mismo. Inmediatamente que penetra en el organismo, el alcohol produce una dilatación de los vasos sanguíneos periféricos y, consiguientemente, al refrigerarse la sangre, un descenso de la temperatura. Si la ingestión es pequeña, aumentará la secreción gástrica, pero si es elevada, la secreción gástrica se inhibe y la mucosa estomacal sufre una fuerte irritación, pudiendo dar lugar a gastritis, vómitos, diarreas, etc.

Cuando el estómago está vacío, el alcohol lo atraviesa muy rápidamente y pasa al intestino delgado, donde es absorbido, distribuyéndose en el torrente circulatorio en poco tiempo. Si, por el contrario, el estómago está lleno, el alcohol se difunde a la sangre lentamente, a medida que va pasando al intestino delgado.

El alcohol no es transformado por los jugos digestivos del estómago o del intestino, como los alimentos, sino que pasa directa y muy rápidamente, sobre todo en ayunas, a la sangre, desde donde se difunde a los diferentes tejidos del organismo. De todos los órganos y tejidos es únicamente en el hígado donde el alcohol es quemado, es decir, metabolizado.

El hecho de considerar el alcohol como un alimento o energizante alimentario no tiene un fundamento lógico. El alcohol se transforma normalmente en el hígado gracias a una enzima llamada alcohol-deshidrogenasa. Mientras el alcohol es transformado se liberan unas siete calorías por gramo, pero si bien es cierto que el alcohol podría cubrir un máximo de 400 a 600 calorías de las 1600 que necesitamos diariamente, el organismo tendría que destruir su propia glucosa y con ello sus reservas alimenticias.

Lo que caracteriza a las bebidas alcohólicas entre sus componentes es sobre todo el alcohol y el agua. Como fuente de vitaminas y minerales son de poco interés, porque tienen muy poca cantidad. Algunas bebidas alcohólicas tienen cantidades importantes de hidratos de carbono. Por poner el ejemplo de las bebidas alcohólicas más utilizadas en nuestra sociedad, veremos que el vino tiene cierta cantidad de glúcidos, mayor en los vinos dulces y escasa cantidad de sales diversas, mientras que la cerveza tiene mayor cantidad de glúcidos, algunas sales minerales y cierta cantidad de vitaminas B1, B2 y niacina. En cualquier caso, esta escasa aportación vitamínica no puede justificar la consideración de las bebidas alcohólicas como un nutriente sano y beneficioso.

El organismo no puede almacenar alcohol ni tampoco eliminarlo por la orina, el sudor o la respiración; sólo elimina por este medio un pequeño porcentaje, del 1% al 5%. Así pues, al menos un 95% del alcohol ingerido deberá ser metabolizado a nivel hepático, transformarlo totalmente en otros cuerpos más simples que se pueden eliminar. Como sólo puede ser oxidado a una cierta velocidad en el hígado, el alcohol permanece en la sangre y en los tejidos, mientras termina de ser quemado. El alcohol es metabolizado o quemado en el hígado, produciéndose al final de ese proceso de transformación en anhídrido carbónico y agua.

El alcohol quemado en el organismo ocupa el lugar de otros combustibles, sobre todo de las grasas, a las cuales ahorra así la combustión y quedan almacenadas. El exceso de calorías hace engordar.

Cuando se bebe más alcohol del que puede oxidar el hígado por las vías metabólicas normales, deben funcionar vías de suplencia. Estas vías son peligrosas porque no oxidan el alcohol en exceso más que destruyendo la célula. Se queman ácidos nucleicos y aminoácidos de la propia célula. Estas oxidaciones engendran malnutriciones, por lo que es peligroso beber en exceso si se come mal o con pocas proteínas.

Es falso pensar que las calorías del alcohol son equivalentes a las calorías que producen las sustancias nutritivas. El alcohol no es una sustancia nutritiva, plástica o reguladora indispensable como las proteínas o las vitaminas. El alcohol es un producto energético, dadas las calorías que produce, pero esta energía sólo puede ser utilizada para una parte de las necesidades calóricas de base del organismo, es decir, para los intercambios celulares básicos en condiciones de reposo. No sirve para el trabajo físico, ni para combatir el frío.

Las calorías producidas por el alcohol no pueden ser utilizadas más que para la respiración elemental de la célula, y sólo puede cubrir una parte de la energía necesaria para esas oxidaciones. Esto ocurre puesto que el alcohol ingerido es oxidado, desplazando a los metabolitos que estaban sufriendo este proceso de oxidación, especialmente a las grasas y azúcares que sí producen energía útil para el trabajo muscular, el esfuerzo y la lucha contra el frío.

El alcohol no se elimina del organismo más rápidamente con el trabajo muscular intenso, como generalmente se cree. El músculo no utiliza nunca el alcohol para su trabajo. Lo que hace creer que da fuerzas es una sensación subjetiva, ya que su acción sobre el Sistema Nervioso puede impedir al bebedor sentir momentáneamente la fatiga.

Además de no proporcionar energía útil para el trabajo muscular, el alcohol reduce la capacidad para el esfuerzo intenso o sostenido, por la congestión vascular que provoca, la relentización de los reflejos y la fatiga acumulada y subjetivamente no sentida. Las bebidas alcohólicas por otra parte, no compensan con su aportación de agua, las pérdidas que se producen por el sudor en el trabajo físico intenso o en el deporte, porque el alcohol aumenta la producción de orina y por consiguiente la sed<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup>SÁNCHEZ-TURET, M. El alcohol como tóxico y como droga. En: M. Sánchez- Turet (Ed.), *Uso, abuso y dependencia del alcohol en adolescentes y jóvenes*. 1993 Barcelona: PPU.

### La alcoholemia

Los niveles de alcohol en la sangre se denominan alcoholemia. La alcoholemia es pues, un indicativo del grado de impregnación alcohólica que presenta el Sistema Nervioso, por lo que podemos pensar que a medida que aumenta dicha alcoholemia, mayor será la disfunción del Sistema Nervioso y mayores las repercusiones a nivel conductual<sup>12</sup>.

Obviamente, la alcoholemia se incrementa en función de la cantidad de alcohol ingerido, a cual dependerá a su vez de la graduación alcohólica de cada bebida. “El grado real de alcoholemia medido en gramos de alcohol por litro de sangre se obtiene directamente a través de un análisis de sangre o indirectamente mediante el aire espirado”<sup>13</sup>.

#### 4.2.1.1. CONSUMO, ABUSO Y DEPENDENCIA

En primer lugar habría que decir que se entiende por consumo la utilización que se hace de una sustancia en un determinado momento, y como consecuencia del cual se experimentan unos efectos determinados. Está claro que consumo de alcohol realiza tanto el alcohólico, como el bebedor habitual, sea éste moderado o abusivo, como el bebedor esporádico, como quien lo hiciera por primera vez. Dicho de otra manera, el término consumo de alcohol, en un sentido estricto, contempla únicamente la ingesta actual, aislada de otras ingestas pasadas o futuras.

Para mejor comprensión de estos términos, se citarán algunas tipologías de consumidores realizadas por diferentes autores.

---

<sup>12</sup> Cruz Roja Española. Toxicomanía, conceptos y sustancias adicionales. Madrid: Salvat; 2003

<sup>13</sup> GONZÁLEZ-MENÉNDEZ, R. Cómo liberarse de los hábitos tóxicos: Guía para conocer y vencer los hábitos provocados por el alcohol. *Revista Española de Drogodependencias* 1994, 19 (2), 149-162.

Alfonso e Ibáñez (1992) recogen diferentes tipologías a partir de un rastreo realizado sobre el tema:

- Abstemios. No beben nunca o lo hacen infrecuentemente, sólo por especiales compromisos y circunstancias sociales.
- Bebedores moderados. Consumen alcohol habitualmente, pero no pasan de unas determinadas cantidades de alcohol (cantidades variables, según autores) por unidad de tiempo.
- Bebedores excesivos. Son también consumidores habituales, pero superan las cantidades de los moderados, y realizan un promedio anual de borracheras elevado.
- Bebedores patológicos. Son enfermos con síndrome de dependencia física.

Morales, Camarena y Torres (1992), recogen una tipología de consumo, bastante similar a las anteriores, pero con referencias más cercanas a nuestro ámbito cultural:

- Uso de alcohol. Se considera como uso de alcohol las pautas adaptadas de consumo de bebidas alcohólicas.
- Abuso de alcohol. Puede considerarse como la utilización de bebidas alcohólicas de forma desviada respecto de su uso habitual, es decir, de aquella utilidad que el grupo sociocultural de referencia le ha atribuido originariamente, pudiendo ser esta desviación cualitativa (uso asociado a situaciones en que dicha utilización puede resultar peligrosa; ej.: conducir o realizar trabajos peligrosos) o cuantitativa (consumir grandes cantidades de forma habitual).
- Dependencia del alcohol. El Síndrome de Dependencia Alcohólica (S.D.A.) está sometido a unos determinados criterios diagnósticos que requieren de atención clínica y/o ambulatoria inmediata<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> SÁNCHEZ-TURET, M. El alcohol como tóxico y como droga. En: M. Sánchez- Turet (Ed.), *Uso, abuso y dependencia del alcohol en adolescentes y jóvenes*. 1993 Barcelona: PPU.

#### 4.2.1.2. TOLERANCIA Y DEPENDENCIA

Toda droga tiene una acción sobre el organismo, existiendo una cantidad de la misma, por debajo de la cual su consumo no produce ninguna modificación orgánica, y otra, por encima de la cual puede incluso provocar la muerte. Entre ambas acciones existe, para toda sustancia, una cantidad, por decirlo de alguna manera, óptima que sería suficiente para lograr los efectos deseados, los cuales estarían además, en función del metabolismo de cada individuo y no sólo de la propia sustancia que se consume.

La tolerancia, sería el proceso por el cual el organismo se habitúa al uso continuado de una sustancia, de tal manera que para conseguir los mismos efectos a nivel orgánico o psicológico que se obtenían anteriormente con una dosis menor, se precisa ahora de una dosis más elevada. La tolerancia es en definitiva, el proceso que facilita el que un organismo admita cada vez una mayor cantidad de alcohol. Sin embargo, la instauración de este proceso no evita los efectos destructivos del alcohol sobre los diferentes tejidos y sistemas del organismo humano. Únicamente reduce la expresión de la intoxicación aguda, es decir, de la embriaguez. Es por ello, que en estas condiciones existan pocos “borrachos” y muchos pacientes alcohólicos.

Al aumentar paulatinamente la dosis, como consecuencia del fenómeno de la tolerancia, puede suceder que el individuo se vea abocado necesariamente a consumir alcohol de forma continuada en diversas circunstancias, con la finalidad de experimentar determinados efectos. En este momento se instaura el proceso que conocemos como adicción o dependencia, y el sujeto, a partir de ese momento es considerado como un alcoholdependiente o adicto al alcohol, ya que la no administración de una nueva dosis puede producir en su organismo una serie de trastornos físicos y mentales.

El término dependencia es definido por Kramer y Cameron (1975), en el manual de la O.M.S., como un estado psíquico y a veces físico causado por la acción



recíproca entre un organismo vivo y un fármaco, que se caracteriza por modificaciones en el comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma continuada o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces por evitar el malestar producido por la privación.

#### **4.2.1.3. PROBLEMAS DE SALUD ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL**

##### **4.2.1.3.1. PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA**

Puesto que es el hígado el órgano donde principalmente se realiza la metabolización del alcohol, éste puede verse afectado por el consumo continuado de la sustancia y así puede presentarse hepatitis alcohólica, esteatosis hepática y cirrosis hepática. “Se calcula que en más de la mitad de las muertes por cirrosis hepática, interviene el alcohol como factor desencadenante de la enfermedad, aunque no todos los consumidores abusivos de alcohol acaben padeciendo necesariamente este síndrome”.<sup>15</sup>

Se pueden detectar también, asociadas a un consumo habitual, alteraciones en diversos órganos del aparato digestivo, tales como grietas en las porciones inferiores del esófago, gastritis o alteraciones en el tránsito intestinal, todo ello acompañado de los desequilibrios nutritivos que aparecen como consecuencia de las citadas afecciones. Por otra parte, el riesgo de padecer cáncer de esófago y de estómago es mayor entre las personas bebedoras habituales.

Un consumo continuado, aunque en cantidades socialmente aceptadas, también puede afectar al páncreas y dar lugar a la pancreatitis, y que se caracteriza por intensos dolores abdominales, vómitos y alteraciones metabólicas y enzimáticas, que en ocasiones requieren resecciones parciales del páncreas afectado.

---

<sup>15</sup> SÁNCHEZ-TURET, M. El alcohol como tóxico y como droga. En: M. Sánchez- Turet (Ed.), *Uso, abuso y dependencia del alcohol en adolescentes y jóvenes*. 1993 Barcelona: PPU.

Se ha difundido la idea de que el alcohol es beneficioso para el funcionamiento del corazón, como vasodilatador. Sin embargo, no existe en la literatura científica ninguna evidencia razonable del efecto beneficioso del alcohol sobre la circulación coronaria y, por el contrario, existen pruebas de que altera la función energética del corazón, produciendo lesiones en el músculo cardíaco y los vasos sanguíneos y generando importantes procesos patológicos, que pueden afectar también al aparato ocular, produciendo en ocasiones trastornos que pueden acabar en ceguera.

En un uso habitual durante al menos 8-10 años, el alcohol afecta a los nervios periféricos dando lugar a un proceso que se denomina polineuritis alcohólica caracterizado por alteraciones en las extremidades inferiores, tales como fatiga al andar, calambres, dolores nocturnos, anulación de reflejos y parálisis muscular, pudiendo estos síntomas extenderse a las extremidades superiores.

Hay que desterrar, por otra parte, la idea de que el alcohol es una sustancia apropiada para combatir el frío. Ya se ha explicado que las calorías que aporta no son útiles a este efecto. Por otra parte, la persona que ha bebido alcohol tiene una vasodilatación periférica aumentada, es decir, los vasos sanguíneos de la piel y de las mucosas y otros órganos están dilatados y con mayor cantidad de sangre. Esta es la causa del enrojecimiento de la piel en la persona que ha bebido. Al contener más sangre, la piel se calienta, entonces a través de la piel se produce una pérdida de calor, lo cual disminuye la temperatura interior del cuerpo. En conclusión, el alcohol refrigera. Son pues, muy frecuentes determinadas infecciones víricas en las personas consumidoras.

Finalmente, se ha asociado el consumo abusivo de bebidas alcohólicas a “alteraciones hormonales que pueden ser causantes de esterilidad, anorgasmia femenina e impotencia masculina, entre otros trastornos con base física”<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> SÁNCHEZ-TURET, M. El alcohol como tóxico y como droga. En: M. Sánchez- Turet (Ed.), *Uso, abuso y dependencia del alcohol en adolescentes y jóvenes*. 1993 Barcelona: PPU.

#### 4.2.1.3.2. PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

El consumo continuado de bebidas alcohólicas puede provocar importantes alteraciones en el Sistema Nervioso Central (S.N.C.).

El alcohol, por su acción alterante sobre el S.N.C., produce una serie de trastornos mentales, que con toda propiedad pueden denominarse psicosis alcohólicas (Santo Domingo, 1990). La psicosis alcohólica aguda o *delirium tremens* ocurre como consecuencia de la privación, es decir, del síndrome de abstinencia.

La alucinosis alcohólica se caracteriza por la existencia de alucinaciones auditivas, en las que el enfermo oye que voces habitualmente reconocibles, le insultan o le increpan, ante lo cual puede reaccionar de manera agresiva (Santo Domingo, 1990). Se ha señalado que en la etiología de este síndrome juega un papel tan importante como la acción tóxica directa del alcohol y los déficits nutritivos asociados al consumo excesivo (Alfonso e Ibáñez, 1992). Igualmente, determinadas psicosis paranoides pueden ser causadas por el alcohol, concretamente la llamada celotipia crónica o delirios de celos, está altamente asociada al alcoholismo, aunque cabe señalar que en la etiología de este tipo de paranoias, la personalidad previa del alcohólico será un factor importante, mientras que en otro tipo de trastornos, como el *delirium tremens*, no aparece una influencia tan decisiva de la personalidad previa (González-Pinto y González-Pinto, 1984).

Otro tipo de alteraciones mentales relacionadas con el abuso de alcohol son las llamadas encefalopatías alcohólicas. Todas ellas presentan en común la existencia de lesiones neuronales y focos de necrosis -muerte neuronal-.

El síndrome de Korsakoff es provocado por lesiones en el lóbulo frontal a causa del alcohol y la desnutrición, y caracterizado por alteraciones en la memoria, tanto a corto como a largo plazo y, en ocasiones, episodios de fabulación, pudiendo

venir asociado a una polineuritis de las extremidades inferiores (Perpiñá, Bellver y Baños, 1987).

Otro síndrome conocido causado por el excesivo consumo de alcohol es la llamada Encefalopatía de Gayet-Wernicke, debida a una carencia de vitamina B1, frecuente entre los consumidores abusivos. El cuadro se caracteriza por delirio con agitación, y alucinaciones sensoriales acompañadas de desorientación y confusión (Alfonso e Ibáñez 1992).

También es frecuente la llamada degeneración cerebelosa alcohólica, caracterizada por una degeneración del córtex cerebeloso, y cuya sintomatología se corresponde con ataxia del tronco y las extremidades inferiores, nistagmus – movimiento oscilante, corto y rápido, del globo ocular- y disartria (Sánchez-Turet, 1993).

Las alteraciones cerebrales de los alcohólicos evolucionan en muchas ocasiones a la pérdida irreversible de las facultades intelectuales. Son auténticas demencias que determinan comportamientos muy alterados y regresivos, donde predomina la labilidad emocional y los estados depresivos, todo lo cual impide que la persona afectada pueda hacerse cargo de su propia vida.

Finalmente, apuntar que el uso de bebidas con contenido alcohólico por parte de la mujer embarazada, puede desencadenar el llamado síndrome alcohólico fetal, responsable de posteriores déficits de atención, deficiencias en el aprendizaje, hiperactividad y problemas comportamentales en los hijos (Miranda y Santamaría, 1986).

### **Toxicidad por privación: el síndrome de abstinencia**

El alcohol, al establecer una fuerte tolerancia y una importante dependencia de tipo físico y psicológico, puede provocar un síndrome de abstinencia característico, cuando se suprime su ingesta en un sujeto dependiente sin un tratamiento médico

adecuado. El trastorno más leve, denominado síndrome de alarma, se caracteriza por temblor matutino en la lengua, labios y dedos de las manos, náuseas, secreción de bilis, ansiedad, depresión leve y cansancio. Los síntomas mejoran con la toma matutina de pequeñas cantidades de bebidas alcohólicas.

Cuando el síndrome está muy avanzado, la privación brusca del alcohol produce además de los síntomas anteriores, un cuadro conocido como *delirium tremens*, caracterizado por una serie de manifestaciones alucinatorias en las que la persona cree ver imágenes aterradoras, generalmente de animales fantásticos, trastornos profundos de la conciencia, agitación psicomotora, trastornos del pensamiento, errores en el reconocimiento del entorno, distractibilidad y desorientación. Este síndrome suele venir acompañado de ansiedad, temblores y fiebre, pudiendo desembocar en un estado de coma o muerte por neumonía (inflamación microbiana pulmonar), por descompensación de las sales del organismo u, ocasionalmente, por congestión cerebral.

#### **4.2.1.3.3. PROBLEMAS CONDUCTUALES Y PSICOLÓGICOS**

El alcohol que llega a los tejidos del organismo produce efectos importantes, sobre todo en el Sistema Nervioso Central, en el que actúa como anestésico, ya que es un agente depresor. Los efectos del alcohol sobre la conducta van a ser diferentes y más o menos intensos en función de una serie de variables: con la misma cantidad de alcohol, se embriagarán más rápidamente las personas más delgadas, los jóvenes menores de 17 años y las mujeres; igualmente, favorece la intoxicación la ingesta nocturna y la realizada con el estómago vacío o en un estado de cansancio corporal.

La intoxicación alcohólica aguda (borrachera o embriaguez) es un estado desadaptativo caracterizado por la existencia de alteraciones conductuales objetivas y subjetivas que interfieren con el adecuado funcionamiento social, físico y psíquico. A grandes rasgos podemos observar como consecuencia de la "intoxicación alcohólica, alteraciones conductuales tales como disartrias,

descoordinación, labilidad emocional, irritabilidad, locuacidad, alteraciones de la atención, etc”<sup>17</sup>.

Por otra parte, los efectos iniciales del alcohol sobre la conducta varían ostensiblemente en función de la personalidad del sujeto y del medio que lo circunda. Por ejemplo, es probable que el alcohol induzca a sueño al sujeto que lo ingiere encontrándose solo, mientras que si está en compañía experimentará desinhibición, verborrea y pérdida del control emocional.

Aunque ya hemos señalado que la incidencia inmediata del alcohol sobre la conducta es sumamente variable en función de determinadas características, incluida la tolerancia, es posible distinguir, a grandes rasgos, cuatro niveles de intoxicación, en función del grado de alcoholemia. Siguiendo a Brunt (1982) detallaremos las características de cada fase de la intoxicación alcohólica.

Primera fase. Con dosis inferiores a 0.5 grs. de alcohol por litro de sangre, puede aparecer un cierto estado de bienestar y calor en el rostro, inducido por la vasodilatación periférica que ocasiona el alcohol.

Segunda fase. Con cantidades de entre 0.5 a 0.8 grs. de alcohol por litro de sangre, coincidiendo con el comienzo de la intoxicación alcohólica aguda en un individuo adulto de unos 70-75 Kgs. de peso, el sujeto puede experimentar euforia, fases de locuacidad y de depresión, comenzando a perder los reflejos más sencillos. La exactitud de algunos movimientos automáticos como andar, mecanografiar, etc. disminuyen.

A partir de los 0.5 grs./l. el estado de ánimo comienza también a exaltarse y la persona se siente fuerte y segura de sí misma, sus reflejos le parecen más activos

---

<sup>17</sup> PONS Javier, BEJARANO Enrique. Consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social. Plan Nacional sobre drogas. Madrid.

que nunca, pero en realidad, el tiempo de reacción se alarga y disminuye la coordinación mano-ojo.

Tercera fase. Coincide con la segunda fase de intoxicación aguda (0.8-1.5 grs./l.) los reflejos se alteran todavía más, los movimientos se hacen aún más lentos, la locuacidad se torna en incoherencia verbal, y la persona comienza a discutir, pelear o tomar iniciativas impulsivas sin ningún control.

Cuarta fase. Si la embriaguez progresa, el individuo entrará en una nueva fase de intoxicación (1.5-4 grs./l.), y como consecuencia, se produce una pérdida del equilibrio, se instaura una doble visión, y sigue alterándose la conducta hasta transformarse en comportamiento de tipo psicótico-incoherente.

Existiría todavía una quinta fase caracterizada por una concentración alcohólica superior a 4 grs. de alcohol por litro sangre. Aquí, el sujeto entra en un estado de sueño profundo de tipo comatoso pudiendo llegar incluso al fallecimiento por depresión bulbar del Sistema Nervioso.

Como consecuencia de la intoxicación aguda destaca, fundamentalmente, la gran cantidad de accidentes de tráfico que nuestra sociedad padece.

Se ha considerado la incidencia del consumo de alcohol sobre los suicidios, destacándose que aproximadamente entre un 35% y un 45% de los intentos de suicidio en los varones y entre un 15% y un 20% en las mujeres, son realizados por personas con síntomas de alcoholismo. Por otra parte, se ha puesto de manifiesto que “aproximadamente la mitad de los intentos de suicidio en las mujeres, y las dos terceras partes en los varones se producen bajo los efectos del alcohol así como que, al menos en una cuarta parte de los suicidios consumados aparecen indicios de haber ingerido bebidas alcohólicas inmediatamente antes de

realizar el acto”<sup>18</sup>. Hay que resaltar a este respecto, la enorme cantidad de personas que han utilizado conjuntamente alcohol y barbitúricos para conseguir estos fines.

“Las conductas agresivas y violentas relacionadas con el consumo de alcohol en todo el mundo serían por otra parte una de las consecuencias sociales más directamente relacionadas con el consumo.”<sup>19</sup>

#### **4.2.1.4. PROBLEMAS SOCIALES: ACCIDENTES Y DESAJUSTES FAMILIARES**

El presente apartado, debe ser dividido en dos partes. Pese a que ambas aluden a la dimensión social de esta problemática sanitaria, cada una de ellas hará referencia a un diferente problema social. Por un lado, el referido a los accidentes, especialmente de tráfico, relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas, y por otro lado, los desajustes que aparecen en el sistema familiar como consecuencia de la aparición de la dependencia alcohólica en uno de sus miembros. Nótese que mientras en el primer caso estamos contemplando un problema derivado de un consumo cualitativamente excesivo, en el segundo, se alude a la problemática familiar derivada de la dependencia alcohólica<sup>20</sup>.

##### **4.2.1.4.1. Incidencia del consumo de alcohol sobre los accidentes**

Los accidentes de tráfico ligados al consumo de alcohol suponen actualmente un riesgo de pérdida de vidas humanas mucho mayor al causado por la intoxicación con drogas no institucionalizadas y el SIDA juntos. Y es que, pese a la

---

<sup>18</sup> RODRÍGUEZ SANTOS O, BALDO SORIA R, CARDOSO CRISTIÁ S. Consumo de alcohol: alcoholismo y rasgos psicológicos de la personalidad. Rev Cubana Med Gen Integr (periódica en línea). 2000; 16(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421252000000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252000000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es). Acceso:20 de mayo 2013.

<sup>19</sup> ARDILA M., HERRÁN O. Expectativas en el consumo de alcohol en Bucaramanga, Colombia. Revista Médica Chile. 2008;136:73-82.

<sup>20</sup> BOLET-ASTOVIZAY M. SOCARRÁS-SUÁREZ M. El alcoholismo, consecuencias y Prevención. Revista Cubana. Invest Biomed. 2003;22(1):25-31.



multiplicidad de causas que pueden confluír para provocar un accidente de tráfico, diversos estudios han coincidido en estimar que “el alcohol está implicado en entre un 30% y un 50% de los accidentes de circulación”<sup>21</sup>.

#### **4.2.1.4.2. Desajustes familiares asociados a la dependencia alcohólica**

La dependencia alcohólica de un miembro de la familia es un estresor que debilita la resistencia familiar en muchos aspectos y la hace insuficiente o incluso perturbadora en alguna de sus funciones esenciales. A grandes rasgos, introduciremos algunas alteraciones específicas, características de las familias con algún progenitor alcohólico:

- Alteraciones de la dinámica familiar. Las relaciones intrafamiliares se perturban, repercutiendo igualmente sobre las relaciones extrafamiliares.
- Ruptura de la estructura familiar. Aumenta la probabilidad de abandono familiar de menores, o de su ingreso en centros de tutela.
- Degradación laboral. La posible pérdida del puesto de trabajo o la disminución de la categoría laboral, afecta emocionalmente a toda la familia.
- Alteración del presupuesto familiar. Es la principal consecuencia material de la degradación laboral.
- Pérdida de estatus. Se producen variaciones en el hábitat en que se inició el problema, tendiendo hacia zonas más deprivadas socialmente.
- Conducta agresiva. Son frecuentes los casos de malos tratos y abusos sexuales con los hijos o el cónyuge, especialmente en el caso del alcoholismo masculino.
- Degradación personal. Toda la familia va perdiendo paulatinamente sus relaciones sociales extrafamiliares y sus fuentes de apoyo social.
- Alteraciones psicológicas y psiquiátricas. Aparecen en distintos miembros de la familia, como consecuencia de las anteriores alteraciones.

---

<sup>21</sup> GONZÁLEZ-MENÉNDEZ, R. Las motivaciones para beber: Estudios en alcohólicos y bebedores sociales. *Revista Española de Drogodependencias* 1993, 18 (2), 85-92.

A partir de la mayor o menor incidencia de cada uno de los anteriores factores o alteraciones específicas, la familia experimentará diferentes situaciones patológicas.

Estas situaciones pueden describirse de la siguiente manera:

— Desajuste familiar. Existen tensiones y disfunciones provocadas tanto por la conducta del alcohol dependiente como por las respuestas de los familiares a ésta. Este estado de tensión supone un serio impedimento para el desarrollo normal de las relaciones afectivas de toda la familia y la madurez de los miembros más jóvenes. El desajuste será mayor cuanto más alterada sea la conducta del alcohólico.

— Degradación familiar. Define la situación en la que se asiste a una trayectoria negativa y en declive de la familia, que llega incluso a ínfimos niveles económicos, culturales y éticos.

— Disgregación familiar. Es una situación dramática en la cual la familia estalla, con consecuencias imprevisibles y generalmente muy negativas sobre los hijos. Está en la base de muchas conductas antisociales (delincuencia, prostitución, adicción a sustancias,...) de jóvenes hijos de alcohólicos.

— Separación conyugal. Con mucho es la situación menos indeseable, sin embargo, además de ser el inicio de la marginación social del alcohólico, una separación traumática puede afectar negativamente la salud psíquica de los hijos.

Todos los problemas existentes en la familia se reflejan fundamentalmente en los hijos. El desajuste emocional característico aparece de una manera u otra en ellos. A este respecto, Giglio y Kaufman (1990) recogen una revisión de trabajos sobre esta cuestión, concluyendo que el impacto del alcoholismo paterno sobre los hijos/as, tiene lugar en seis áreas:

- 1) Dificultades en el desarrollo de la autoidentidad y la autonomía, y sentimientos de miedo e inseguridad
- 2) Inadecuado desarrollo de los estadios de desarrollo psicosocial esperables
- 3) Trastornos de ansiedad y síntomas de depresión

- 4) Trastornos afectivos diversos
- 5) Hiperactividad
- 6) Trastornos de personalidad, especialmente, compulsividad, rasgos pasivo-agresivos de dependencia y evasividad, y rasgos antisociales.

Por otra parte, se ha sugerido que en las familias con algún miembro alcohólico, esta sustancia puede llegar a convertirse en el elemento o eje alrededor del cual se desarrolle toda la vida familiar<sup>22</sup>. En relación con esto, Steinglass *et al.* (1987), partiendo de los principios de la Teoría General de Sistemas (T.G.S.) aplicada al contexto familiar, sugieren que aunque un solo integrante de la familia pueda ser diagnosticado como alcohólico, las conductas relacionadas con la adicción a esta droga llegan a representar un papel protagonista dentro de los mecanismos morfogenéticos -relativos al crecimiento, el cambio, el desarrollo, etc.- y morfoestáticos -relativos a la regulación interna, al equilibrio y la homeostasis del sistema familiar. Tanto las fuerzas morfogenéticas como las morfoestáticas, tenderán a organizarse en torno y en función de la presencia de la dependencia alcohólica, es decir, la familia se convierte en un sistema alcohólico.

La familia alcohólica pondrá su énfasis en la estabilidad a corto plazo, interpretando los desafíos a esta estabilidad -cambios reclamados por alguna nueva etapa en el desarrollo familiar- como una amenaza al *statu quo*. No interesan las posibilidades de crecimiento a largo plazo inherentes al desafío que significan tales cambios y por tanto se interrumpirá el movimiento hacia una transición de desarrollo. La familia aparece como congelada en el tiempo. Las únicas posibilidades de transición en las familias alcohólicas ocurren cuando debe enfrentarse a extraordinarias amenazas y tensiones.

---

<sup>22</sup> MARÍN, M. Y CANTILLO, J.A. Variables psicosociales asociadas a la adquisición y hábito del alcoholismo. En: F. Loscertales y M. Marín (Eds.), *Dimensiones psicosociales de la educación y de la comunicación 1993*. Madrid: Eudema.

“Los problemas internos característicos de la familia alcohólica dan lugar a intentos de solución más o menos organizados o individuales, que pueden incluir o provocar el momentáneo abandono de la bebida, del cual se suele seguir una recaída. En estos casos se hace necesaria la intervención profesional para lograr, en primer lugar, el abandono de la adicción y, posteriormente, el equilibrio emocional y funcional del sistema familiar”<sup>23</sup>.

#### **4.2.2. CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS**

“El adolescente o adulto joven está expuesto a una diversidad de situaciones que le presentan la educación superior y la experiencia de la vida universitaria. Por esto, el ingreso y permanencia en la universidad se convierte en una etapa de búsqueda intelectual y crecimiento personal, que ofrece la posibilidad de moldear su identidad. Así entonces, aunque generalmente docentes e instituciones fomentan un desarrollo saludable, los universitarios pueden presentar una crisis de identidad que probablemente le origine serios problemas (desórdenes del comportamiento, rebeldía, lucha intergeneracional, consumo o abuso de alcohol y drogas, entre otros)”<sup>24,25</sup>.

“Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el uso nocivo del alcohol ocupa el octavo lugar entre los principales factores de riesgo de muerte a nivel mundial, siendo responsable cada año de 2,5 millones de muertes, incluidos 320.000 jóvenes de 15 a 29 años. En 2004 el uso nocivo del alcohol ocasionó casi el 4% de las defunciones en todo el mundo”<sup>26</sup>.

---

<sup>23</sup> MEDINA M. NATERA G. BORGES G. Del siglo XX al tercer milenio. Las Adicciones y la Salud Pública: Drogas, Alcohol y Sociedad. Revista Salud Mental. 2001;24(4):3-19.

<sup>24</sup> CAMACHO Acero I. Consumo de alcohol en universitarios: relación funcional con los factores sociodemográficos, las expectativas y la ansiedad social. Acta Colombiana de Psicología. 2005;(13): 91-119.

<sup>25</sup> GANTIVA CA, BELLO J, VANEGAS E, SASTOQUE Y. Relación entre el consumo excesivo de alcohol y esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes universitarios. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2010; 39: 362-374.

<sup>26</sup> CHÁVEZ LMC, ANDRADE D. La escuela básica en la prevención del consumo de alcohol y tabaco: retrato de una realidad. Rev Lat Am 2005; 13: 784-789

### 4.2.3. CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL (AUDIT)

Para poder identificar el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol se han desarrollado distintos instrumentos, entre ellos se encuentra el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT), diseñado, a pedido de la OMS, por Saunders y colaboradores, contiene 10 preguntas que indagan acerca del consumo reciente de alcohol, con escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos, y con un puntaje total máximo de 40. Esta herramienta es consistente con las definiciones de dependencia y consumo perjudicial de alcohol de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y de dependencia y abuso de alcohol del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

En este sentido, mediante el uso de un instrumento de tamizaje breve, rápido y flexible se pretende determinar el nivel de riesgo de consumo de alcohol en estudiantes universitarios y su relación con características personales y factores de contexto.

#### 4.2.3.1. AUDIT: Screening del consumo de alcohol

Hay muchas formas de consumo excesivo de alcohol que suponen un riesgo o un daño importante para el individuo. Entre ellas se incluyen el consumo diario elevado, los episodios repetidos de beber hasta la intoxicación, consumos de alcohol que están causando daño físico o mental y el consumo cuyo resultado es el desarrollo de dependencia o adicción. “El consumo excesivo causa enfermedad y sufrimiento en el bebedor, su familia y amigos. Es una de las causas principales de ruptura de las relaciones de pareja, de accidentes, hospitalización, incapacidad prolongada y muerte prematura. Los problemas relacionados con el alcohol representan una inmensa pérdida económica para muchas comunidades en todo el mundo”<sup>27</sup>.

---

<sup>27</sup> BISCARRA MA, LICHTENBERGER A. Análisis dimensional del test de identificación de trastorno por uso de alcohol AUDIT en estudiantes universitarios de la UNMDP.

El AUDIT fue desarrollado para detectar el consumo excesivo de alcohol y en particular para ayudar a los clínicos a identificar a aquellas personas que podrían beneficiarse de la reducción o abandono del consumo. La mayoría de bebedores excesivos no están diagnosticados. A menudo, éstos presentan síntomas o problemas que normalmente no se relacionan con su consumo de alcohol. El AUDIT ayudará al clínico a identificar si la persona presenta un consumo de riesgo, consumo perjudicial o dependencia de alcohol.

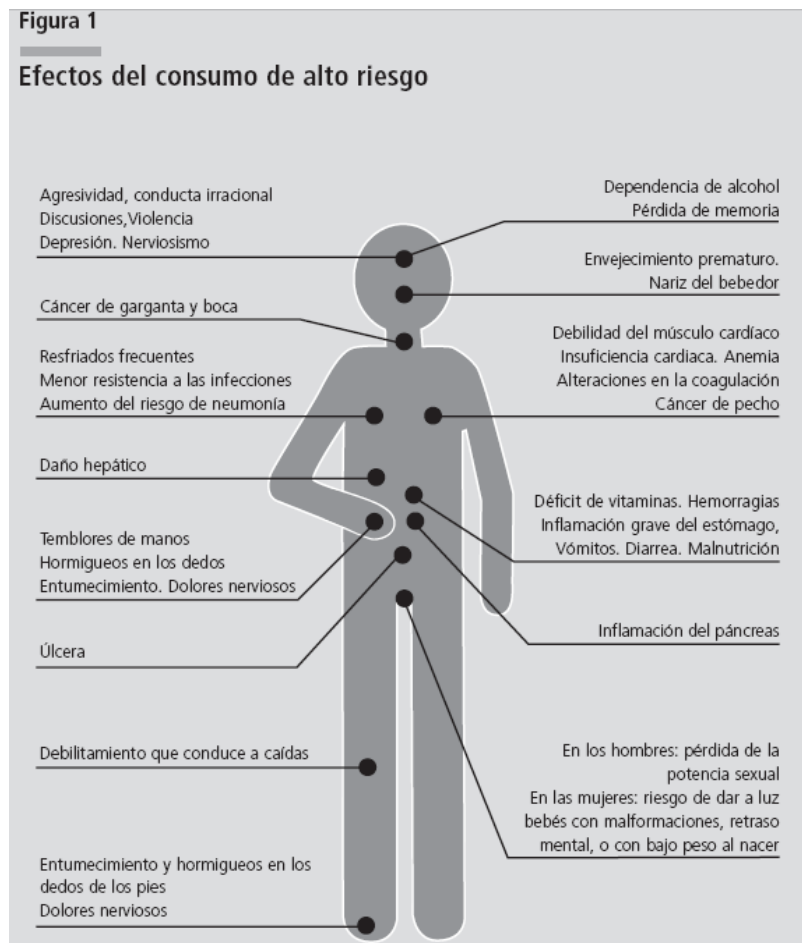
El *consumo de riesgo* es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. Los patrones de consumo de riesgo son importantes para la salud pública a pesar de que el individuo aún no haya experimentado ningún trastorno. El *consumo perjudicial* se refiere a aquel que conlleva consecuencias para la salud física y mental, aunque algunos también incluyen las consecuencias sociales entre los daños causados por el alcohol. La *dependencia* es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol. Estos fenómenos típicamente incluyen deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe.

El alcohol está implicado en una amplia variedad de enfermedades, trastornos y lesiones, así como en múltiples problemas sociales y legales. Es una de las causas principales del cáncer de boca, esófago y laringe. La cirrosis hepática y la pancreatitis a menudo se producen como consecuencia del consumo excesivo durante largos períodos de tiempo. El alcohol causa daños al feto en mujeres embarazadas. Así mismo, problemas médicos mucho más frecuentes, como la hipertensión, la gastritis, la diabetes y algunas formas de infarto cerebral pueden agravarse incluso por el consumo ocasional y de breve duración, tal como también ocurre con trastornos mentales como la depresión. Las lesiones por accidentes de

tráfico y de peatones, las caídas y los problemas laborales, a menudo se producen como consecuencia del consumo excesivo de alcohol. Los riesgos se asocian con el patrón de bebida y con la cantidad de alcohol consumida.

Destacar que si bien las personas con dependencia de alcohol son más propensas a desarrollar más niveles de daño, la mayor parte de los daños asociados con el alcohol aparecen entre las personas que no son dependientes, aunque sólo sea porque hay muchos más de éstos últimos. Por ello, la identificación de bebedores según diversos tipos y grados de consumo de riesgo puede ser de gran importancia para reducir todos los daños asociados.

La figura 1 ilustra la diversidad de problemas de salud asociados con el consumo de alcohol.



A pesar de que las consecuencias médicas tienden a estar concentradas en personas con una dependencia grave, incluso el consumo en el margen de 20-40 gramos al día de alcohol puro es un factor de riesgo para los accidentes, las lesiones y múltiples problemas sociales.

Son muchos los factores que contribuyen al desarrollo de problemas relacionados con el alcohol. La ignorancia de los límites del consumo y de los riesgos asociados con el consumo excesivo son factores importantes. También representan un papel destacable las influencias sociales y ambientales, tales como las costumbres y actitudes que favorecen el consumo elevado.

De particular importancia en el screening es, sin embargo, el hecho que las personas que *no* son dependientes de alcohol pueden parar o reducir su consumo con la asistencia y el esfuerzo adecuado. Una vez que se ha desarrollado la dependencia, el abandono del consumo de alcohol es más difícil y a menudo requiere tratamiento especializado.

El screening del consumo de alcohol desde la atención primaria lleva consigo muchos beneficios potenciales. Proporciona una oportunidad para educar a los pacientes sobre el consumo dentro de los niveles de bajo riesgo y los riesgos que supone el consumo. La información sobre la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol puede ayudar a establecer el diagnóstico del estado actual del paciente, así como también puede alertar a los clínicos sobre la necesidad de advertir a los pacientes cuyo consumo podría afectar adversamente a su medicación y a otros aspectos de su tratamiento. El screening también ofrece a los clínicos la oportunidad de adoptar medidas preventivas que han demostrado su efectividad en reducir los riesgos relacionados con el alcohol<sup>28</sup>.

---

<sup>28</sup> BABOR Thomas, C. HIGGINS-BIDDLE John, SAUNDERS John, MONTEIRO Maristela. OMS, Departamento de salud mental y dependencia de sustancias. AUDIT: Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Editorial Generalitat Valencia. 2001.



## 5. MATERIALES Y MÉTODOS

### a. TIPO DE ESTUDIO

- Cuantitativo
- Analítico
- Transversal

### b. ÁREA DE ESTUDIO

Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

### c. UNIVERSO Y MUESTRA

UNIVERSO: estudiantes del Internado Rotativo de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja.

MUESTRA: Internos rotativos de la carrera de Medicina Humana que se encuentren rotando en el Hospital Isidro Ayora en el tiempo de estudio, y que estén de acuerdo con la aplicación del estudio.

Tipo de muestreo: no probabilístico por conveniencia.

### d. FUENTES DE INFORMACIÓN

Se recolectó información mediante cuestionarios (primaria) y datos concernientes al tema de investigación planteado de libros actualizados y documentos electrónicos confiables.

### e. METODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### ➤ MÉTODO

Aplicación de cuestionarios

➤ **INSTRUMENTO**

Se utilizaron dos tipos de cuestionarios: La Evaluación de Relaciones Intrafamiliares (ERI) que consta en el ANEXO 3, cuya autoría pertenece a la psicóloga María Rivera Heredia; y el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) que consta en el ANEXO 2, desarrollado por la OMS.

- ✓ **Escala de la Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (ERI):** Incluye la percepción que se tiene del grado de unión familiar, del estilo de la familia para afrontar problemas, para expresar emociones, manejar las reglas de convivencia y adaptarse a las situaciones de cambio. Este término está cercanamente asociado al de “ambiente familiar” y al de “recursos familiares”. La dimensión de UNIÓN Y APOYO mide la tendencia de la familia de realizar actividades en conjunto, de convivir y de apoyarse mutuamente. Se asocia con un sentido de solidaridad y de pertenencia con el sistema familiar. Por su parte, la dimensión de DIFICULTADES se refiere a los aspectos de la relaciones intrafamiliares considerados ya sea por el individuo, o por la sociedad como indeseables, negativos, problemáticos o difíciles. De ahí que esta dimensión también pueda identificar el grado de percepción de “conflicto” dentro de una familia. Finalmente, la dimensión de EXPRESIÓN mide la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de respeto.
- ✓ **Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT):** Esta prueba contiene 10 preguntas que identifican el uso de alcohol en los últimos 12 meses. Las preguntas de 4 a 6 examinan síntomas de la dependencia del alcohol, mientras que las preguntas 7 a 10 exploran las consecuencias negativas asociadas a su consumo. Cada pregunta del AUDIT tiene de tres a cinco posibles respuestas que suman al final un máximo posible de 40 puntos. Puntuación entre 0 a 7 es indicador de abstemios o bajo riesgo, de 8 a 12 uso de riesgo o abuso y de 13 a 40 indica probable dependencia.

**f. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

- **Autorización:**

La autorización fue concedida por los internos de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja a quienes se realizó la presente investigación.

- **Proceso**

- **Recolección de la información:**

- De los cuestionarios que se aplicaron a la población en estudio.

**g. PRESENTACION DE RESULTADOS:**

Se utilizó tablas y gráficos, para las características de la población en estudio y su análisis.

6. RESULTADOS

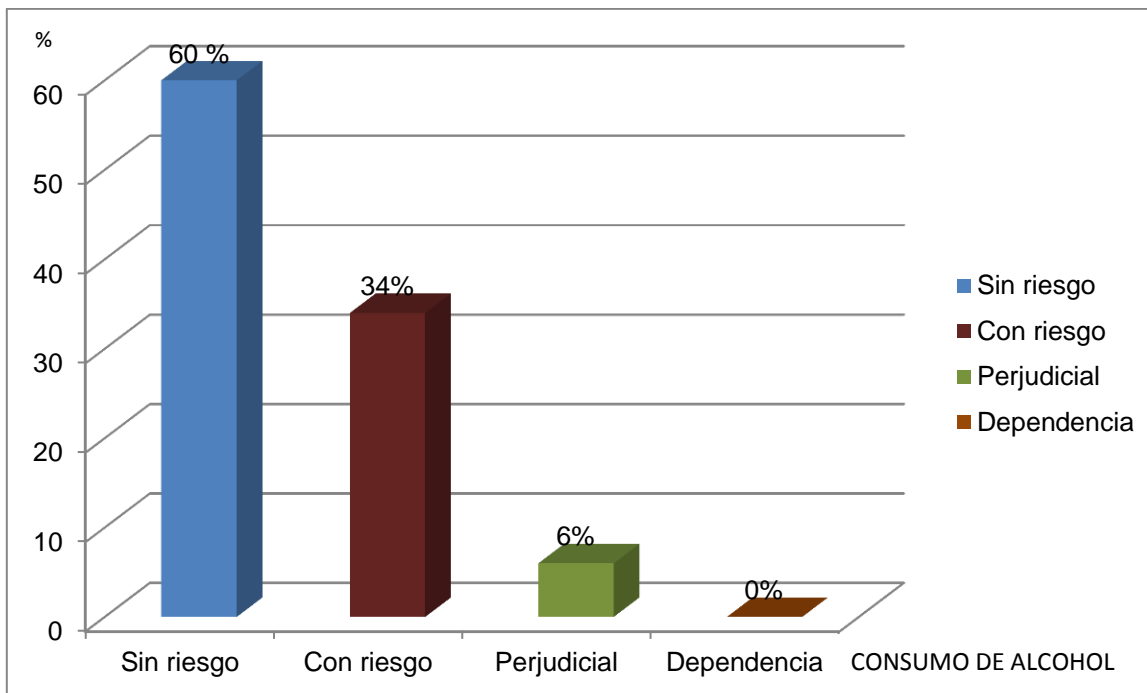
CLASIFICACIÓN DE LOS INTERNOS ROTATIVOS DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DE ACUERDO AL CONSUMO DE ALCOHOL

TABLA N°1

CONSUMO DE ALCOHOL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin riesgo	30	60%
Con riesgo	17	34%
Perjudicial	3	6%
Dependencia	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Fuente: cuestionario AUDIT aplicado a los internos de la carrera de Medicina Humana  
 Elaborado por: Elizabeth Noblecilla

GRÁFICO N° 1



Fuente: cuestionario AUDIT aplicado a los internos de la carrera de Medicina Humana  
 Elaborado por: Elizabeth Noblecilla

**INTERPRETACIÓN:**

Del total de la población en estudio que son 50 personas, podemos observar que 30 se encuentran dentro del grupo de personas que no consumen alcohol o que su consumo no genera riesgos para el desarrollo de trastornos, este grupo representa el 60%. El grupo de personas que tienen riesgo de presentar trastornos por consumo de alcohol está conformado por 17 jóvenes que representan el 34% de la población total en estudio. El grupo de personas que presentan un consumo perjudicial de alcohol lo conforman 3 jóvenes que representan el 6%. Y finalmente se señala que ninguna de las personas en estudio presenta dependencia al consumo de alcohol.

**CLASIFICACIÓN DE LOS INTERNOS ROTATIVOS DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DE ACUERDO AL GRADO DE RELACIÓN INTRAFAMILIAR**

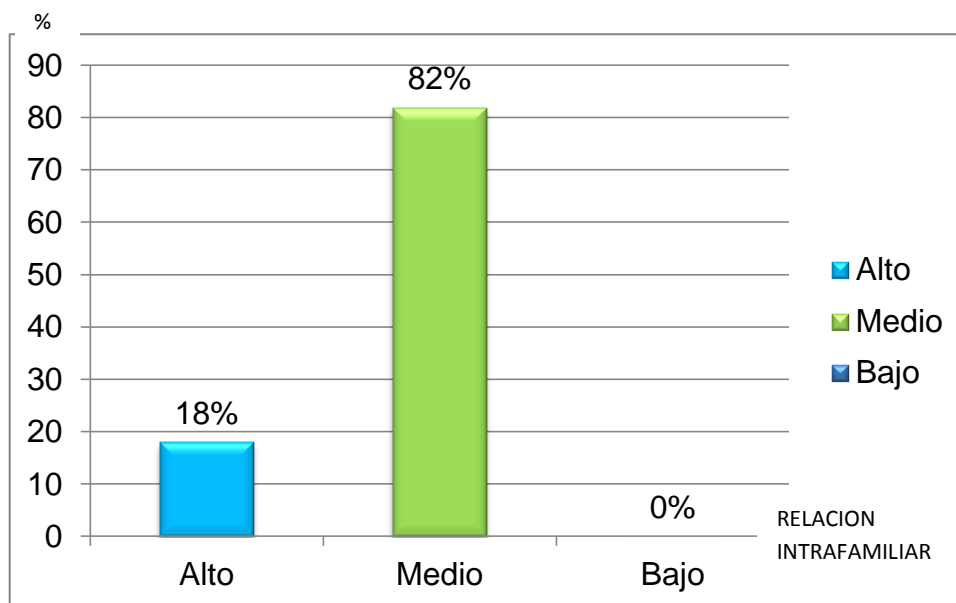
**TABLA N°2**

GRADO DE R. I.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	9	18%
Medio	41	82%
Bajo	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** cuestionario ERI aplicado a los internos de la carrera de Medicina Humana

**Elaborado por:** Elizabeth Noblecilla

**GRÁFICO N° 2**



**Fuente:** cuestionario ERI aplicado a los internos de la carrera de Medicina Humana

**Elaborado por:** Elizabeth Noblecilla

**INTERPRETACIÓN:**

Del total de la población en estudio que son 50 personas, 41 personas presentan un grado medio de relación intrafamiliar y representan el 81%. Se observa que sólo 9 personas presentan un alto grado de relación intrafamiliar, este grupo representa el restante 18%. Y de acuerdo a los resultados obtenidos en la entrevista realizada ninguna de las personas en estudio presenta un grado bajo de relación intrafamiliar.

**CLASIFICACIÓN DE LOS INTERNOS ROTATIVOS DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA CON CONSUMO DE ALCOHOL SIN RIESGO DE ACUERDO AL GRADO DE RELACIÓN INTRAFAMILIAR**

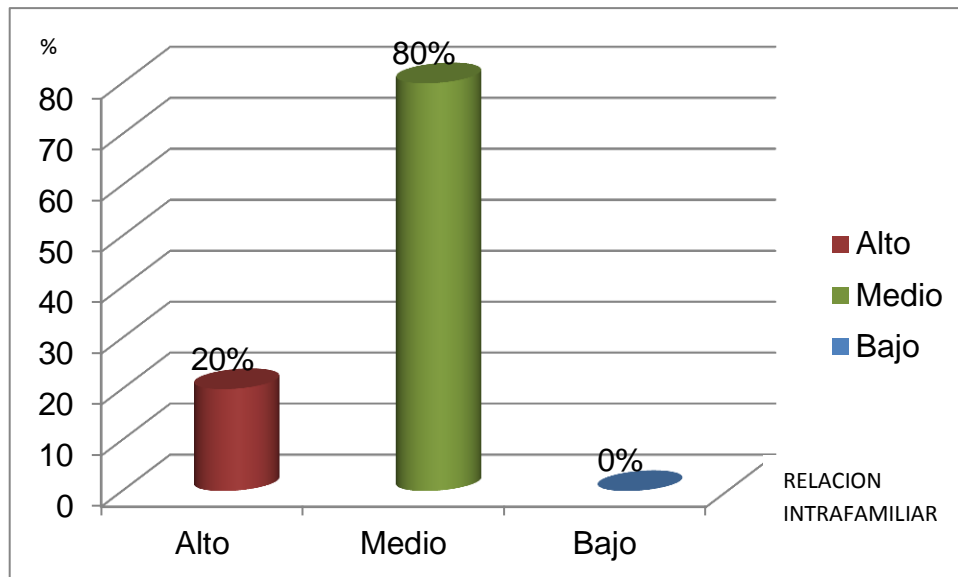
**TABLA N° 3**

GRADO DE R. I.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	6	20%
Medio	24	80%
Bajo	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Cuestionario AUDIT. Cuestionario ERI aplicado a los internos de la carrera de Medicina Humana

**Elaborado por:** Elizabeth Noblecilla

**GRÁFICO N° 3**



**Fuente:** Cuestionario AUDIT. Cuestionario ERI aplicado a los internos de la carrera de Medicina Humana

**Elaborado por:** Elizabeth Noblecilla



**INTERPRETACIÓN:**

Del total de la población que no presenta riesgo en el consumo de alcohol que representan 30 personas, 24 presentan un grado medio de relación intrafamiliar y representan el 80%. Mientras que 6 personas presentan un alto grado de relación intrafamiliar, este grupo representa el restante 20%. De acuerdo a los resultados anteriores ninguna de las personas en estudio presenta un grado bajo de relación intrafamiliar.

**CLASIFICACIÓN DE LOS INTERNOS ROTATIVOS DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA CON CONSUMO DE ALCOHOL CON RIESGO DE ACUERDO AL GRADO DE RELACIÓN INTRAFAMILIAR**

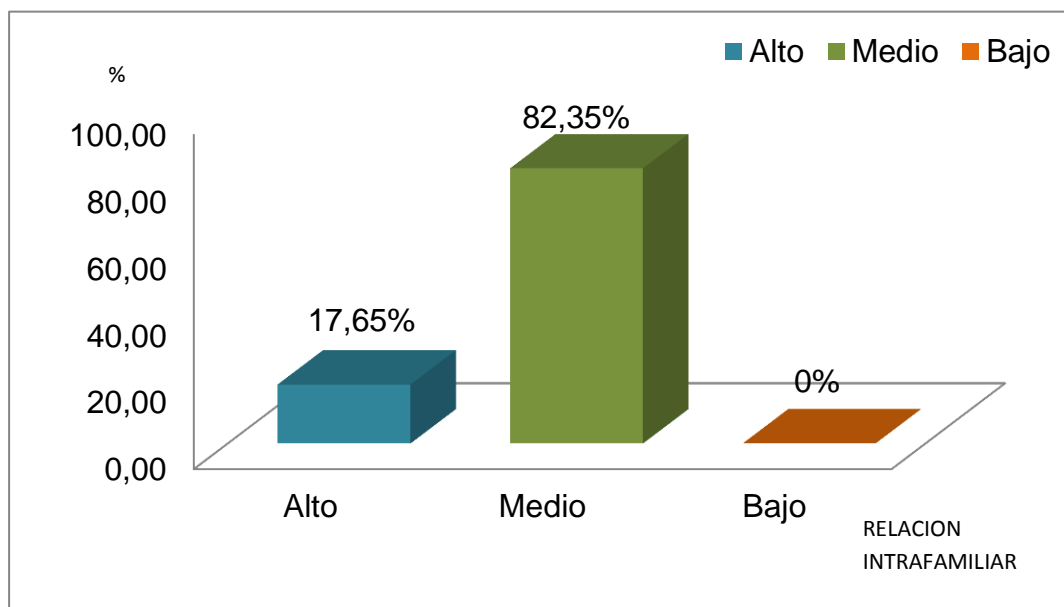
**TABLA N°4**

GRADO DE R. I.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	3	17.65
Medio	14	82.35
Bajo	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Cuestionario AUDIT. Cuestionario ERI aplicado a los internos de la carrera de Medicina Humana

**Elaborado por:** Elizabeth Noblecilla

**GRÁFICO N° 4**



**Fuente:** Cuestionario AUDIT. Cuestionario ERI aplicado a los internos de la carrera de Medicina Humana

**Elaborado por:** Elizabeth Noblecilla

**INTERPRETACIÓN:**

Del total de la población que presenta riesgo en el consumo de alcohol conformado por 17 personas, 14 presentan un grado medio de relación intrafamiliar y representan el 82,35%. Mientras que 3 personas presentan un alto grado de relación intrafamiliar, representado por el 17,65%. De acuerdo a los resultados anteriores ninguna de las personas en estudio presenta un grado bajo de relación intrafamiliar.

**CLASIFICACIÓN DE LOS INTERNOS ROTATIVOS DE LA CARRERA DE  
MEDICINA HUMANA CON CONSUMO DE ALCOHOL PERJUDICIAL DE  
ACUERDO AL GRADO DE RELACIÓN INTRAFAMILIAR**

**TABLA N°5**

<b>GRADO DE R.I.</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Alto	0	0
Medio	3	100
Bajo	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Cuestionario AUDIT. Cuestionario ERI aplicado a los internos de la carrera de Medicina Humana

**Elaborado por:** Elizabeth Noblecilla

**INTERPRETACIÓN:**

Del total de la población que presenta consumo perjudicial de alcohol representado por 3 personas, se observa que el total de ellas presentan un grado medio de relación intrafamiliar y representan el 100%.

## 7. DISCUSIÓN

En la presente investigación la mayoría de los internos rotativos en estudio presentaron un consumo de alcohol sin riesgo que representa el 60%, estos resultados tienen una relación muy similar a los datos obtenidos de una investigación de consumo de alcohol realizada a los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales en el año 2002 donde se encontró que la mayoría de la población en estudio señala un consumo de alcohol ocasional relacionado con un consumo sin riesgo y le siguen aquellos que tienen un consumo frecuente relacionado con el consumo de riesgo en el presente estudio (25).

En un estudio realizado en el año 2005 en 5 universidades de Colombia (Santo Tomas, Nacional de Colombia, Católica de Colombia y en la Pedagógica Nacional) en 450 estudiantes, se pudo apreciar que el 13,3% de la muestra eran no consumidores, el 50% consumidores moderados, el 27,8% con consumo abusivo y el 8,9% dependientes. Los datos de este estudio no se relacionan de manera proporcional con los datos obtenidos en la presente investigación, ya que la mayoría de la población se encuentra dentro del grupo que representaría el consumo con riesgo, seguido de aquellos que presentarían un consumo perjudicial, luego de los que presentan un consumo sin riesgo y finalmente aquellos que presentan dependencia que sería el único relacionado con el actual estudio donde ninguno de los estudiantes presenta dependencia al alcohol (26).

Otro estudio realizado en el 2008 en la ciudad de Bogotá en 255 estudiantes escogidos a conveniencia de dos universidades privadas reportó que 91,4% de los estudiantes consumían alcohol, entre los cuales el 22% se encontraron en un nivel de consumo riesgoso o de dependencia, el 38,8% en consumo moderado y el 30,6% en consumo esporádico. Los datos de consumo moderado y esporádico no presentan una relación similar a la del actual estudio en donde se observa que lo

que correspondería al consumo moderado es menor que lo que correspondería al consumo esporádico (27).

Los resultados de un estudio realizado a estudiantes de Medicina en España en el 2011 también son proporcionales al presente estudio donde se demostró que el 65,5% de los estudiantes encuestados presentó nivel de riesgo de consumo de alcohol en la zona I, es decir, consumo de bajo riesgo o abstinencia, el 28,2% se ubicó en la zona II, es decir, consumo de alcohol con riesgo, el 5% de los estudiantes presenta un consumo de alcohol en la zona III, es decir consumo perjudicial y el 1,5% presenta una dependencia al consumo (28).

En la presente investigación se analiza la distribución de la población de acuerdo al grado de relación intrafamiliar y se determina que el 81% presenta un grado medio de relación intrafamiliar, el 18% presentan un alto grado de relación intrafamiliar. Y de acuerdo a los resultados obtenidos en la entrevista realizada ninguna de las personas en estudio presenta un grado bajo de relación intrafamiliar. Algunas evidencias demuestran que la familia es el círculo social en que ocurren todas las relaciones afectivas y el principal contexto de aprendizaje de un individuo, de modo que una persona depende en gran medida del buen funcionamiento de la situación familiar (6)(29), estas evidencias se relacionan en gran medida con los resultados de la presente tesis.

En base a los datos anteriores podremos reconocer como se distribuyen los grados de relación intrafamiliar de los estudiantes en cada grupo de acuerdo al consumo de alcohol.

De acuerdo a la clasificación que se establece por el tipo de consumo de alcohol en la presente investigación se encuentran resultados muy similares con respecto a la relación que existe entre los estudiantes que presentan un consumo de alcohol sin riesgo y sus relaciones intrafamiliares, con aquellos que presentan un

consumo de alcohol con riesgo, evidenciándose que tanto el grupo de consumo sin riesgo como el de consumo con riesgo presentan en su mayoría un grado medio de relación intrafamiliar y los restantes presentan un alto grado de relación intrafamiliar. En un estudio realizado en Madrid se demuestra que aquellos estudiantes con factores que influyen en una relación intrafamiliar de grado medio a alto presentan una relación directamente proporcional con un consumo mínimo y moderado. Estos datos no se relacionan del todo con los del presente estudio pero demuestran que los resultados son muy similares. Por otra parte se observa en el mismo estudio que, un ambiente familiar de comprensión y afecto, donde se facilite la comunicación entre sus miembros, aparece como relativamente más característico de aquellos adolescentes abstemios o consumidores moderados, lo que pone de manifiesto la importancia de un clima familiar positivo en la prevención de conductas desajustadas por parte de los jóvenes (14).

Existe una similitud con los resultados observados en un estudio realizado en Argentina en el 2011 donde se demostró que los jóvenes que no han probado sustancias nocivas como el alcohol tienden a establecer una relación con ambos progenitores más cercana y afectuosa (3).

Finalmente se observa en el presente estudio, que el 100% de los estudiantes que presentan un consumo perjudicial de alcohol tiene un grado medio de relación intrafamiliar. Este resultado es similar al del estudio realizado en Madrid donde se observa que los consumidores excesivos presentan las puntuaciones más altas en los factores Castigo, Presión hacia el Logro y Rechazo, lo que demostraría que las relaciones intrafamiliares en las que influyen estos factores tienen una alta relación con un consumo perjudicial del alcohol (14).

También se observa que conforme aumenta la cantidad de alcohol consumida por el estudiante, se incrementa la cantidad consumida por sus familiares. Estos resultados sugieren la fuerte influencia que el consumo de alcohol en los grupos

de referencia (familia y amigos) tiene en el consumo que lleva a cabo el propio joven, y, especialmente en el caso de la familia (30).

El estudio realizado en España en el 2011 demuestra que, por cada persona que consume alcohol en el hogar, se tiene casi dos veces más riesgo de desarrollar un consumo de alto riesgo (28).

Este estudio también coincide con el estudio realizado en México donde se observa que los hijos que evalúan la relación entre sus padres como mala (muy conflictiva) presentan un mayor consumo de alcohol, tienen una peor calidad de relación con ambos padres y una percepción más negativa de las características de sus padres que aquellos que perciben una buena relación entre sus progenitores. Todos estos datos nos llevan a la conclusión de que mientras más difíciles sean las relaciones intrafamiliares, los jóvenes tendrán mayor riesgo de aumentar su consumo de alcohol, sin descartar que aquellos que poseen un grado medio de relación intrafamiliar también corren el mismo riesgo (31).



## 8. CONCLUSIONES

El consumo de alcohol en los jóvenes es frecuente e importante. Esta investigación se propuso indagar la problemática del consumo de alcohol en los estudiantes de Medicina que se encuentran realizando el internado rotativo en el Hospital Isidro Ayora y sus relaciones intrafamiliares como factor relacionado con esta problemática.

1. La mayoría de la población en estudio son aquellos que no consumen alcohol o que no presentan riesgo en el consumo de alcohol representando el 60%; aquellos que presentan un consumo de alcohol con riesgo representan el 34%; los que presentan un consumo perjudicial representan el 6%; y finalmente ninguno de los estudiantes de la presente investigación presenta una dependencia al alcohol.
2. La mayoría de los estudiantes presenta un grado medio de relación intrafamiliar representando el 81% del total de la población en estudio; aquellos que presentan un alto grado de relación intrafamiliar se encuentran representados por el 18% restante; mientras que ninguno de los estudiantes presenta un bajo grado de relación intrafamiliar en el presente estudio.
3. Del total de la población que presenta un consumo de alcohol sin riesgo, se determinó que la mayoría presenta un grado medio de relación intrafamiliar representado por el 80%, mientras que el 20% restante presenta un grado alto de relación intrafamiliar. Del total de la población que presenta un consumo de alcohol con riesgo, se demostró que la mayoría de ellos presenta un grado medio de relación intrafamiliar que es el 82,35%, mientras que el 17,65% restante presenta un grado alto de relación

intrafamiliar. Finalmente, del total de la población que presenta un consumo perjudicial de alcohol se determinó que todos presenta un grado medio de relación intrafamiliar.

4. Todos los grupos de consumo de alcohol en los que se clasificaron a los estudiantes se encuentran en mayor relación con un grado medio de relación intrafamiliar.

## 9. RECOMENDACIONES

1. Para lograr un mejor grado relaciones intrafamiliares se recomienda a los estudiantes de las carreras de salud y médicos familiares realizar estudios destinados a establecer las causas más relevantes que generan algún nivel de disfunción familiar para poder ser tratadas por profesionales especializados.
2. Se debe recordar a los médicos y equipos de salud que cada tipo de consumo de alcohol requiere un tratamiento específico y se recomienda utilizar las terapias diseñadas por la OMS para cada grupo:
  - Los jóvenes que presentan un grado de consumo sin riesgo o los abstemios deben recibir una educación sobre los riesgos que supone el consumo y un consejo sobre las circunstancias en las que es completamente contraindicado el consumo como el manejo un vehículo o maquinaria; si están embarazadas o crean que pueden estarlo; si existe una contraindicación médica actual; después de tomar ciertos medicamentos, como es el caso de sedantes, analgésicos, y ciertos antihipertensivos.
  - Los jóvenes que presentan un consumo de alcohol por encima de las recomendaciones de bajo riesgo pueden requerir un consejo enfocado en la reducción del consumo de riesgo o un consejo y materiales educativos.
  - El consumo perjudicial puede ser abordado mediante una combinación de consejo simple, terapia breve y monitorización continuada, estando indicada una mayor evaluación diagnóstica si el paciente no responde o se sospecha una posible dependencia de alcohol.
3. Se recomienda a los estudiantes de medicina humana realizar estudios similares en otros grupos de jóvenes para determinar si la problemática es generalizada y requiere una mayor preocupación por parte de las autoridades para tratar las familias y jóvenes de nuestra localidad.

**10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. OMS. CONTEXTO SOCIOECONÓMICO DEL ECUADOR 2011: CONSUMO DE ALCOHOL. Disponible en: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/profiles/ecu.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/ecu.pdf). [revisado el 06-04-2013]
2. BABOR Thomas, C. HIGGINS-BIDDLE John, SAUNDERS John, MONTEIRO Maristela. OMS, Departamento de salud mental y dependencia de sustancias. AUDIT: Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Editorial Generalitat Valencia. 2001.
3. FANTIN Marina, GARCÍA Horacio. Factores familiares, su influencia en el consumo de sustancias adictivas. Argentina. Agosto 2011, ISSN 2077-2161.
4. RIVERA María, ANDRADE Patricia. Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I.). Revista de Psicología, 14, 12-29 (2010) ISSN: 1870-2104.
5. OPS-OMS. La familia y la salud. Consejo directivo. Sesión del comité nacional. Washington, D.C., EUA, 22 al 26 de septiembre de 2003. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd44-10-s.pdf>.
6. OLIVA DELGADO, A. Relaciones intrafamiliares y desarrollo adolescente. Anuario de Psicología 2006, vol. 37, nº 3, 209, Facultat de Psicologia Universitat de Barcelona.
7. HERRERA-VAZQUEZ M, WAGNER FA, VELASCO-MONDRAGON E, BORGES G, LASCANO-PONCE E. Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en adolescentes de Morelos, México. Salud Publica México. 2004;46(2):132-40.
8. DOMÍNGUEZ GARCÍA L. Psicología del desarrollo adolescencia y juventud. La Habana: Ciencias Médicas; 2006.
9. PONS, J. Y BUELGA, S. Familia y conductas desviadas: El consumo de alcohol. En: G. Musitu y P. Allat (Eds.) *Psicosociología de la familia*. 1994 Valencia: Albatros.

10. PEINADO, A. El alcohol entre los adolescentes y jóvenes: Síntoma de un deterioro social. En: *Alcohol y adolescencia. Hacia una educación preventiva*. 1994 Madrid: CCS.
11. SÁNCHEZ-TURET, M. El alcohol como tóxico y como droga. En: M. Sánchez- Turet (Ed.), *Uso, abuso y dependencia del alcohol en adolescentes y jóvenes*. 1993 Barcelona: PPU.
12. Cruz Roja Española. Toxicomanía, conceptos y sustancias adicionales. Madrid: Salvat; 2003.
13. GONZÁLEZ-MENÉNDEZ, R. Cómo liberarse de los hábitos tóxicos: Guía para conocer y vencer los hábitos provocados por el alcohol. *Revista Española de Drogodependencias* 1994, 19 (2), 149-162.
14. PONS Javier, BEJARANO Enrique. Consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social. Plan Nacional sobre drogas. Madrid.
15. RODRÍGUEZ SANTOS O, BALDO SORIA R, CARDOSO CRISTIÁ S. Consumo de alcohol: alcoholismo y rasgos psicológicos de la personalidad. *Rev Cubana Med Gen Integr* (periódica en línea). 2000; 1 6(3). Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421252000000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252000000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es). Acceso:20 de mayo 2013.
16. ARDILA M., HERRÁN O. Expectativas en el consumo de alcohol en Bucaramanga, Colombia. *Revista Médica Chile*. 2008;136:73-82.
17. BOLET-ASTOVIZAY M. SOCARRÁS-SUÁREZ M. El alcoholismo, consecuencias y Prevención. *Revista Cubana. Invest Biomed*. 2003;22(1):25-31.
18. GONZÁLEZ-MENÉNDEZ, R. Las motivaciones para beber: Estudios en alcohólicos y bebedores sociales. *Revista Española de Drogodependencias* 1993, 18 (2), 85-92.
19. MARÍN, M. Y CANTILLO, J.A. Variables psicosociales asociadas a la adquisición y hábito del alcoholismo. En: F. Loscertales y M. Marín (Eds.),

*Dimensiones psicosociales de la educación y de la comunicación 1993.*  
Madrid: Eudema.

20. MEDINA M. NATERA G. BORGES G. Del siglo XX al tercer milenio. Las Adicciones y la Salud Pública: Drogas, Alcohol y Sociedad. Revista Salud Mental. 2001;24(4):3-19.
21. CAMACHO Acero I. Consumo de alcohol en universitarios: relación funcional con los factores sociodemográficos, las expectativas y la ansiedad social. Acta Colombiana de Psicología. 2005;(13): 91-119.
22. GANTIVA CA, BELLO J, VANEGAS E, SASTOQUE Y. Relación entre el consumo excesivo de alcohol y esquemas mal adaptativos tempranos en estudiantes universitarios. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2010; 39: 362-374.
23. CHÁVEZ LMC, ANDRADE D. La escuela básica en la prevención del consumo de alcohol y tabaco: retrato de una realidad. Rev Lat Am 2005; 13: 784-789
24. BISCARRA MA, LICHTENBERGER A. Análisis dimensional del test de identificación de trastorno por uso de alcohol AUDIT en estudiantes universitarios de la UNMDP. Disponible en: [http://www.seadpsi.com.ar/congresos/cong\\_marplatense/iv/trabajos/trabajo\\_35\\_653.pdf](http://www.seadpsi.com.ar/congresos/cong_marplatense/iv/trabajos/trabajo_35_653.pdf). revisado: mayo 14, 2013.
25. SALAZAR, O. VALENCIA, J. Factores de riesgo y tipos de consumo de Alcohol de los estudiantes de la facultad de medicina de la universidad de Manizales. Universidad de Manizales, Facultad de medicina. Colombia. 2003.
26. DÍAZ A., DÍAZ LR., HERNÁNDEZ C. et al. Prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol y factores de riesgo en estudiantes universitarios de primer ingreso. Salud Mental. Colombia 2008; 31(4):271–282.
27. LONDOÑO C., VALENCIA C. Asertividad, resistencia a la presión de grupo y consumo de alcohol en universitarios. Acta Colombiana de Psicología 2008; 11: 155-162.

28. RESTREPO Lucas, AGUDELO Alejandra. Factores de contexto asociados al consumo de alcohol en estudiantes universitarios. Revista CES Salud Pública ISSN 2145-9932 Volumen 2, Número 2, Julio-Diciembre 2011, pág. 136-147
29. CALDERÓN OCAMPO, Jorge Hernán; Una Mirada a la Dinámica Del Proceso Salud – Enfermedad. Ministerio de Salud, Dirección de Salud de Caldas. Sección Salud Mental y enfermedades psicosociales.
30. SALAZAR ML, AVILA OP, PÉREZ JL, MARTÍNEZ. KI. Detección temprana de jóvenes universitarios en riesgo por su consumo de alcohol. Investigación y Ciencia 2010; 50: 40-46.
31. ZAMBOANGA B. Alcohol expectancies and drinking behaviors in Mexican American college students. Addictive Beh. 2005;30:673-84.

## 11. ANEXOS



**ANEXO 1**

**AUTORIZACIÓN**

Solicitud de autorización a los internos de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Loja, 10 de Marzo de 2013

Sr (srta). INTERNO(A) DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

De mi especial consideración:

Mediante la presente le hago conocer que previo a la obtención de mi título de Médico es imprescindible presentar una investigación científica, la misma que deseo realizar con su apoyo.

Para el efecto he escogido como tema de tesis, “La relación del consumo de alcohol y las relaciones intrafamiliares de los estudiantes internos de la carrera de medicina de Loja en el periodo enero-julio 2013”, motivo por el cual ruego a usted me permita aplicarle los cuestionarios pertinentes para el desarrollo de mi investigación.

Por la atención y apoyo que se digne dar a la presente le anticipo mi agradecimiento.

Atentamente,

Elizabeth Noblecilla Arévalo

Estudiante de Medicina Humana

**ANEXO 2**

**TEST DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL**

<b>PREGUNTAS</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una vez al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	De 4 a más veces a la semana
2. ¿Cuántas veces suele realizar el consumo de bebidas alcohólicas en un día?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que ha empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que esperaba porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
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	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna persona ha resultado herido porque usted ha bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, en el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, en el último año

TOTAL: .....

**ANEXO 3**

**TEST DE RELACIONES INTRAFAMILIARES**

Género: F – M

Edad:.....

La información que proporcionas será estrictamente confidencial. Recuerda que lo importante es conocer TU punto de vista. Trata de ser lo más sincero y espontáneo posible. Gracias por tu colaboración.

A continuación se presentan una serie de frases que se refieren a aspectos relacionados con tu familia. Indica cruzando con una X (equis) el número que mejor se adecue a la forma de actuar de tu familia, basándote en la siguiente escala:

- TA = 5 = TOTALMENTE DE ACUERDO
- A = 4 = DE ACUERDO
- N = 3 = NEUTRAL (NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO)
- D = 2 = EN DESACUERDO
- TD = 1 = TOTALMENTE EN DESACUERDO

<b>EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES</b> (12 reactivos)		<b>TA</b>	<b>A</b>	<b>N</b>	<b>D</b>	<b>TD</b>
<b>1</b>	Los miembros de la familia acostumbran hacer cosas juntos.	5	4	3	2	1
<b>2</b>	Mis padres me animan a expresar abiertamente mis puntos de vista.	5	4	3	2	1
<b>3</b>	En mi familia, nadie se preocupa por los sentimientos de los demás.	5	4	3	2	1
<b>4</b>	Mi familia es cálida y nos brinda apoyo.	5	4	3	2	1
<b>5</b>	En nuestra familia es importante para todos expresar nuestras opiniones.	5	4	3	2	1
<b>6</b>	La atmósfera de mi familia usualmente es desagradable.	5	4	3	2	1
<b>7</b>	Nuestra familia acostumbra hacer actividades en conjunto.	5	4	3	2	1
<b>8</b>	Mi familia me escucha.	5	4	3	2	1
<b>9</b>	Cuando tengo algún problema no se lo platico a mi familia.	5	4	3	2	1
<b>10</b>	Los miembros de la familia de verdad nos ayudamos y apoyamos unos a otros.	5	4	3	2	1
<b>11</b>	En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño.	5	4	3	2	1
<b>12</b>	Los conflictos en mi familia nunca se resuelven.	5	4	3	2	1

ANEXO 4





## 12. INDICE

CARÁTULA .....	I
CERTIFICACIÓN .....	II
AUTORÍA .....	III
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO. ....	IV
DEDICATORIA .....	V
AGRADECIMIENTO .....	VI
1. TITULO .....	1
2. RESUMEN .....	2
2.1. SUMMARY .....	3
3. INTRODUCCIÓN .....	4
4. REVISIÓN LITERARIA .....	7
4.1. FAMILIA Y RELACIONES INTRAFAMILIARES .....	7
4.1.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE FAMILIA .....	7
4.1.2. LA FAMILIA COMO CONTEXTO DE DESARROLLO .....	7
4.1.3. LA FAMILIA Y LA ADOLESCENCIA .....	8
4.1.4. FUNCIONES FAMILIARES Y JUVENTUD .....	9
4.1.5. RELACIONES INTRAFAMILIARES .....	12
4.2. LAS BEBIDAS ALCOHOLICAS .....	13
4.2.1. ACCIÓN DEL ALCOHOL EN EL ORGANISMO HUMANO .....	13
4.2.3. CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS TRANSTORNOS DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL (AUDIT) .....	31

5.	MATERIALES Y MÉTODOS.....	35
6.	RESULTADOS.....	38
7.	DISCUSIÓN .....	47
8.	CONCLUSIONES .....	51
9.	RECOMENDACIONES .....	53
10.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	54
11.	ANEXOS.....	58
12.	INDICE.....	64