UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

TÍTULO

"Consumo de alcohol y tabaco y relación con la estructura y funcionalidad familiar en estudiantes del bachillerato del Instituto Tecnológico Nuestra Señora Del Rosario De Catamayo"

Tesis previa a la obtención del
título de Médico General

AUTOR: Luis Eduardo Armijos Ordóñez

DIRECTOR: Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

LOJA - ECUADOR

2017

CERTIFICACIÓN

Loja, 16 de octubre del 2017

Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.
Director de Tesis

CERTIFICA:

Que he revisado y orientado todo el proceso de la elaboración de la tesis de grado titulada: **"CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO Y RELACIÓN CON LA ESTRUCTURA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ESTUDIANTES DEL BACHILLERATO DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO DE CATAMAYO EN EL PERÍODO 2016 – 2017".** De autoría del estudiante **Luis Eduardo Armijos Ordóñez,** previa a la obtención del título de Médico General. Por lo que una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja para el efecto; autorizo la presentación del mismo para la respectiva sustentación y defensa ante el tribunal correspondiente.

Atentamente,

Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes. Mg. Hebeatría.
DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo **Luis Eduardo Armijos Ordóñez**, declaro ser autor del presente trabajo de Tesis por lo que los criterios, opiniones e ideas vertidas en esta investigación son de mi exclusiva responsabilidad, de tal manera se prohíbe la reproducción total o parcial del presente trabajo, sin previa autorización 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: Luis Eduardo Armijos Ordóñez

Firma:

.....

C.I. 0704849538

Fecha: 16 de octubre del 2017

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Luis Eduardo Armijos Ordóñez, declaro ser autor de la tesis titulada **"CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO Y RELACIÓN CON LA ESTRUCTURA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ESTUDIANTES DEL BACHILLERATO DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO DE CATAMAYO EN EL PERÍODO 2016 - 2017"**, como requisito previo a la obtención del título 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 RDI, 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, firma el autor, en la ciudad de Loja, a dieciséis días del mes de octubre del dos mil diecisiete.

Firma: .....

Autor: Luis Eduardo Armijos Ordóñez

Cédula: 07048495383 E-mail: luis_1992_16@hotmail.com

Celular: 0985676290

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

Tribunal de grado:

Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán, Mg, Sc. **(PRESINDENTE DEL TRIBUNAL)**

Dra. Alba Beatriz Pesantez González, Mg. Sc. **(MIEMBRO DEL TRIBUNAL)**

Dr. Richard Orlando Jiménez, Mg. Sc. **(MIEMBRO DEL TRIBUNAL)**

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios Todopoderoso, por ser mi luz y mi camino que me inspira a seguir su sendero brindándome la fortaleza necesaria para no desistir en ningún momento. A mis padres porque con su sacrificio, dedicación, inagotable esfuerzo y sobre todo su amor incondicional me han enseñado el valor del estudio y lo importante que es poder alcanzar los logros soñados. A toda mi familia por el apoyo y cariño constante que me brindan.

Exteriorizo mi agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja institución que ha permitido formarme como profesional en la noble carrera de Medicina Humana y sobre todo formarme con humanismo para servir a la sociedad con humildad y sencillez, así mismo quiero dejar expresa gratitud a los señores docentes, empleados y trabajadores de la Facultad de la Salud Humana que de una u otra forma colaboraron con mi formación. De igual manera quiero agradecer al Doctor Germán Alejandro Vélez Reyes quien como docente y director de este trabajo de tesis supo encaminarme con sus sabios y acertados conocimientos para la culminación con éxitos de mis estudios y de mí trabajo investigativo.

Mi sincero agradecimiento a todos mis compañeros de aula con quienes compartimos momentos gratos en el transcurso de nuestra vida estudiantil y que hoy vemos con satisfacción el logro alcanzado.

El Autor

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo con todo el amor a Dios que me ha permitido culminarlo, dedico también con todo cariño a mis padres Luis y Miriam que han estado siempre a mi lado apoyándome, a mis hermanos Ronald y Annie; a todos mis familiares que han sido un gran apoyo para mi formación al igual que mis amigos.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA……i

CERTIFICACIÓN.....ii

AUTORÍA iii

CARTA DE AUTORIZACIÓN iv

AGRADECIMIENTO iv

DEDICATORIA.....vi

ÍNDICE DE CONTENIDOS.....vii

1. TÍTULO.....1

2. RESUMEN 2

SUMMARY.....3

3. INTRODUCCIÓN.....4

4. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....7

4.1. FAMILIA.....7

4.1.1. Concepto:.....7

4.1.2. Antecedentes históricos: 8

4.1.3. Importancia de la familia:.....11

4.1.4. Caracterización familiar (tipos de familia):.....12

4.1.5. Psicodinamia de la vida familiar 15

4.1.6. Solución de conflictos o respuesta ante los problemas: 17

4.1.7. Ambiente emocional:.....18

4.2. DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR 20

4.2.1. Introducción:.....20

4.2.2. Familia disfuncional en la adolescencia: 21

4.2.3. Desestructuración familiar:.....25

4.2.4. Causas de la desestructuración familiar: 26

4.2.5. Efectos de la desestructuración familiar:.....28

4.2.6. Consecuencias en los hijos que pertenecen a una familia desestructurada: 28

4.3. CONSUMO DE ALCOHOL.....29

4.3.1 Alcoholismo: 29

4.3.2 Causas.....30

4.3.3 Intoxicación 31

4.3.4 Consumo perjudicial.....32

4.3.5 Síndrome de dependencia.....32

4.3.6 Síndrome de abstinencia.....33

4.3.7 Trastornos inducidos por alcohol 34

4.3.8. Tipos de alcohólicos:.....38

4.3.9. Tipos de alcoholismo:.....40

4.3.10. Problemática del consumo del alcohol en la adolescencia 40

4.3.11. Alcoholismo y adolescencia 41

4.3.12. Factores que causan consumo de bebidas alcohólicas por parte de los adolescentes....44

4.3.13. Consecuencias del consumo de Alcohol en los adolescentes.....45

4.3.14. Acción del alcohol en el organismo humano.....46

4.4. CONSUMO DE TABACO 49

4.4.1. Tabaquismo 49

4.4.2. Clasificación.....51

4.4.3. Factores de riesgo 52

4.4.4. Efectos a corto y largo plazo 52

4.4.5. Factores protectores.....54

4.4.6. Formas de consumo.....55

4.4.7. Usos del tabaco.....55

4.4.8. Prevención 58

4.4.9. El tabaco y la salud.....61

4.4.10. Tabaco y cáncer.....62

4.4.11. Tabaco y patología cardiovascular 64

4.4.12. Tabaco y enfermedad respiratoria no tumoral.....65

4.4.13. Tabaco y patología dermatológica.....67

5. MATERIALES Y MÉTODOS:.....68

5.1. Tipo de estudio 68

5.2. Área de estudio.....68

5.3. Universo.....68

5.4. Población en estudio.....68

5.5. Muestra 68

5.6. Criterios de inclusión 69

5.7. Criterios de exclusión 69

5.8. Procedimientos 70

5.9. Técnica de investigación 71

5.10. Técnicas o Instrumentos 71

5.11. Análisis Estadístico 72

6. RESULTADOS 73

7. DISCUSIÓN 91

8. CONCLUSIONES 95

9. RECOMENDACIONES 97

10. BIBLIOGRAFÍA 98

11. ANEXOS 102

Anexo 1: Aprobación del Tema de Investigación 102

Anexo 2: Pertinencia 103

Anexo 3: Asignación del Director de Tesis 105

Anexo 4: Permiso en la Institución 106

Anexo 5: Certificado de Traducción al Inglés del Resumen de Tesis 107

Anexo 6: Test de Recolección de Datos 108

Anexo 7: Resultados del Test Apgar Familiar 120

Anexo 8: Consentimiento Informado 121

Anexo 9: Procedimientos 124

1. TÍTULO

“Consumo de alcohol y tabaco y relación con la estructura y funcionalidad familiar en estudiantes del bachillerato del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo en el periodo Abril – Agosto 2016”

2. RESUMEN

La familia es el núcleo compuesto por personas unidas por parentescos de consanguinidad, afinidad, adopción, o relaciones de parentesco afectivas. La disfuncionalidad familiar se genera cuando las relaciones intrafamiliares son afectadas, lo que inclina al joven adolescente hacia grupos pares lo que puede atraer hábitos perjudiciales que conllevan riesgos para la salud, desintegración familiar y su disfuncionalidad. Por ende el presente estudio determinó el consumo de alcohol y tabaco y relación con la estructura y funcionalidad familiar en estudiantes del bachillerato del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo, para conocer la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol y tabaco, evaluar su consumo según sexo y edad, identificar la estructura y funcionalidad familiar, analizar la influencia del alcohol y tabaco en las relaciones familiares y reconocer los factores que influyeron en su consumo. Se realizó un estudio descriptivo transversal, cuya población fue 544 adolescentes del bachillerato, la muestra 225 estudiantes, con el 30% que consumen tabaco, de los cuales 82% son de sexo masculino; 87% de los estudiantes consumen alcohol, de los cuales 56% son de sexo masculino; los estudiantes que consumen alcohol y tabaco el 72% posee problemas emocionales intrafamiliares, de los cuales el 38% reciben maltrato psicológico y el 29% maltrato físico; se concluye que en el 41% de los estudiantes que consumen alcohol y el 43% de los que consumen tabaco presentan disfunción familiar leve; los principales factores que influyen al consumo de estas sustancias son los problemas familiares, con un 22,5% en consumidores de alcohol y 24% en consumidores de tabaco.

Palabras Claves: Familia, alcoholismo, tabaquismo, disfuncionalidad familiar, adolescente

SUMMARY

The family is the nucleus composed for people united by kin of consanguinity, affinity, adoption, or affective kinship relations. The family dysfunction is generated when intra-family relationships are affected, which inclines the young adolescent to peer groups, which can attract harmful habits that carry risks to health, family disintegration and dysfunctionality.

Therefore, the present study determined the consumption of alcohol and cigarette and relation with the family structure and functionality in high school students of the Technological Institute Nuestra Señora del Rosario of Catamayo. To know the frequency and quantity of alcohol and cigarette consumption, to evaluate their consumption according sex and age, to identify family structure and functionality, to analyze the influence of alcohol and cigarette on family relationships and to recognize the factors that influenced their consumption.

A cross-sectional descriptive study was carried out, with a population of 544 adolescents from the high school: the sample of 225 students, with 30% consume cigarette, 82% are male; 87% of students consume Alcohol, 56% are Male; students who consume alcohol and cigarette with 72% have intra-family emotional problems, 38% receive psychological abuse and 29% physical abuse; it is concluded that 41% of students who consume alcohol and 43% of those who consume tobacco have mild family dysfunction; the main factors that influence the consumption of these substances are family problems, with 22.5% in alcohol users and 24% in tobacco users.

Keywords: Family, Alcoholism, Smoking, Family dysfunction, Teenager

3. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (2015) el consumo de bebidas alcohólicas en las reuniones sociales es frecuente en muchos lugares del mundo, pero puede tener consecuencias sanitarias y sociales negativas relacionadas con sus propiedades tóxicas y la dependencia que puede producir.

En todo el mundo 3,3 millones de personas murieron en 2012 debido al uso nocivo del alcohol, según un nuevo informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El consumo de alcohol puede no sólo conducir a la dependencia, sino que también aumenta el riesgo de las personas de desarrollar más de 200 enfermedades, incluyendo la cirrosis hepática y algunos tipos de cáncer.

Según el informe publicado por la OMS, el país del mundo donde más alcohol se bebe es Moldavia, una antigua república soviética localizada en el sureste europeo donde el consumo per cápita es de 18,22 litros por persona al año, sobre todo en forma de vino y de bebidas alcohólicas como el vodka y los licores. La cifra triplica a la media mundial, que es de 6,1 litros.

El 22% de los bebedores en las Américas tiene consumos episódicos fuertes de alcohol (por ejemplo, consumiendo seis bebidas estándar en una sola ocasión, una vez por mes o más). En promedio, en el mundo un 16% de los bebedores consumen alcohol de esta manera. También tienen la porción más baja (18,9%) de abstemios de por vida, o de personas que nunca han consumido alcohol. Globalmente, el 48% de las personas son abstemios de por vida. (OMS, 2015)

En la provincia de Loja los niveles de consumo de alcohol son elevados, de 42.864 casos observados, el 88% pertenece al sexo masculino y el 12% a las mujeres debido a su fácil acceso, además es bien visto por la sociedad el consumo de esta debido a que pertenece al ritual social de la vida adulta. La edad de 20 a 24 años es la de mayor consumo en Loja, que se ubica en el primer lugar en este rango, con el 19,6%, seguida por Azuay con el 19%. (Diario La Hora, 2011).

Según la OMS se denominan productos del tabaco los que están hechos total o parcialmente con tabaco, sean para fumar, chupar, masticar o esnifar. Todos contienen nicotina, un ingrediente psicoactivo muy adictivo.

El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares. A pesar de ello, su consumo está muy extendido en todo el mundo. Varios países disponen de leyes que restringen la publicidad del tabaco, regulan quién puede comprar y consumir productos del tabaco, y dónde se puede fumar.

El tabaco mata cada año a casi 6 millones de personas, de las que más de 5 millones son consumidores del producto y más de 600 000 son no fumadores expuestos al humo de tabaco ajeno. Casi el 80% de los mil millones de fumadores que hay en el mundo viven en países de ingresos bajos o medios. (OMS, 2017)

Según el MSP la edad de inicio en el consumo del tabaco en Ecuador está alrededor de los 11 años y siete meses. El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) reveló que el 14.5 % de los adolescentes entre 10 y 19 años ha fumado alguna vez, mientras el 55.1 % de los adultos entre 20 y 50 años ha fumado. En el Ecuador, según dicho estudio, se comienza muy temprano a fumar el 4.6 % entre 4 y 6 años, el 1.7 % entre 7 y 9 años. La prevalencia de consumo de tabaco en adolescentes varones es del 23%, igual que en los adultos. Pero las adolescentes consumen más que sus pares adultas. El consumo de las jóvenes es del 18,1%, mayor al 5,8% de mujeres adultas, una relación de tres a uno, anota el informe elaborado por la Fundación Mundial del Pulmón y la Sociedad Americana contra el Cáncer. Además, los adolescentes fuman más que en el pasado.

En el 2005 en la provincia de Loja el 18,4% de la población fumaba, pero en el 2007 el porcentaje incrementó hasta casi el 40% a nivel nacional.

En la ciudad de Loja, el 43.6% de los habitantes fuma. Además, el 30% de los adolescentes son fumadores activos y el 50% pasivos. (Ecuadorinmediato, 2011)

Tanto el consumo de alcohol y de tabaco en adolescente es un problema de salud ya que con lleva a un número considerable de enfermedades, que afecta a la salud a corto como a largo plazo, además el rol que juega la familia en la influencia de estas sustancias.

“Una familia disfuncional es aquella que a pesar de estar formada con lazos afectivos en común, conviven con conflictos, mal comportamiento y frecuentes abusos por parte de cada miembro de la familia, los cuales hacen sufrir a otros de la misma. Los niños criados en este tipo de ambientes crecen pensando en este tipo de comportamiento puede ser normal. Este tipo de familias son básicamente el resultado de gente co-dependiente y que podrían estar

afectados por el abuso de sustancias nocivas (alcohol, drogas), se puede decir que una familia disfuncional es aquella en la que puede haber golpes (violencia) física o verbal. Violación, abuso, drogas, etc.” (Garza, 2002)

La realización de esta investigación contribuyó a determinar el consumo de estas sustancias y su influencia sobre las relaciones familiares, además, de dar un criterio más específico, con la finalidad de conocer los factores que influyen en el consumo de cigarrillo y alcohol en los adolescentes así como los conflictos familiares que estos los conllevan. Y así proporcionar una información clara, sobre este problema que es parte de una terrible realidad y que contribuye como aporte muy importante en el conocimiento pragmático en los estudiantes. Así mismo es importante prevenir el consumo de cigarrillo y bebidas alcohólicas en los adolescentes, porque de este modo prevenimos las enfermedades y accidentes. Cabe recalcar que toda la información recabada se dio a conocer a la institución en la cual se realizó la investigación.

El Objetivo General de esta investigación fue: determinar el consumo de alcohol y tabaco y relación con la estructura y funcionalidad familiar en estudiantes del bachillerato del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo en el periodo abril – agosto del 2016. Junto con los específicos: conocer la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol y tabaco; evaluar el consumo de alcohol y tabaco según sexo y edad; identificar la estructura y funcionalidad familiar; analizar la influencia del alcohol y tabaco en las relaciones familiares y reconocer los factores que influyen a los estudiantes al consumo de alcohol y tabaco.

El Tabaquismo y el Alcoholismo desencadenan grandes conflictos intra familiares, que conllevan a la desintegración familiar, lo que a su vez puede acarrear en aquellos que no recurrían a estos hábitos a iniciarlos, debido al descuido de la familia y la falta de preocupación de la misma por sus integrantes, como de las influencias de otras familias o miembros disfuncionales a los que recurren en busca de afecto.

4. REVISIÓN DE LA LITERATURA

4.1. FAMILIA

4.1.1. Concepto:

Es un núcleo que se encuentra compuesto por personas unidas por parentescos de consanguinidad o por afinidad y hasta por adopción, pero fundamentalmente la organización familiar se conforma por relaciones de parentesco afectivas. (Jiménez, 1998)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la familia como: "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 como precisión en escala mundial" (OMS, 2012)

En Medicina Familiar se refiere al grupo social primario formado por individuos con lazos sanguíneos, de afinidad o matrimonio, que interactúan y conviven en forma más o menos permanente y que comparten factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden afectar la salud individual y familiar de sus miembros.

Los sociólogos por su parte la consideran como el núcleo fundamental de la sociedad, se construye por vínculos naturales o jurídicos, por decisión libre de contraer matrimonio, o por voluntad responsable de conformarla.

La familia es sin duda la más antigua y a la vez la más vigente de todas las instituciones sociales y muy probablemente, la más universal de todas, la mayoría de los seres humanos crecemos en una familia y por supuesto, eventualmente, formamos la nuestra. La familia es la base del progreso individual de cada individuo, al formarlo y darle las pautas básicas de desarrollo intelectual, físico y psicológico. Sus funciones más importantes son la multiplicación, el brindar seguridad afectiva y económica a sus miembros, y enseñar respuestas adaptativas a los mismos para la interacción social.

En el Grupo Familiar, los valores se transmiten de la sociedad en la que se desenvuelven o conviven y por tanto es reproductora del sistema social hegemónico de una época y sociedad determinada.

Pero no ha sido en todos los tiempos idénticos el concepto de la familia.

4.1.2. Antecedentes históricos:

La familia no es un elemento estático sino que ha evolucionado en el tiempo en consonancia con las transformaciones de la sociedad. La familia es un grupo en permanente evolución relacionada con los factores políticos, sociales, económicos y culturales.

Durante la historia y debido a hechos marcados la familia ha cambiado su estructura e incluso sus funciones. Así los avances científicos y médicos han supuesto una disminución de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida adulta o la industrialización que sin duda ha cambiado la estructuración de la familia y sus funciones incorporando a la mujer al trabajo productivo dejando de lado el papel que se le otorgaba a la mujer.

A partir de que el hombre aparece en la tierra y luego de la etapa de la promiscuidad están las siguientes etapas en la historia de la familia:

Etapa de la comunidad primitiva: Aparece cuando el hombre como tal surge en el planeta y se va a desarrollar según diversas formas de organización social.

Etapa de la horda: Fue una forma simple de organización social, se caracterizaba por ser un grupo reducido, no había distinción de paternidad y eran nómadas.

Etapa del clan: Obedecían a un jefe y estaban conformados por un grupo o una comunidad de personas que tenían una audiencia común. En este tipo de familia tenían gran importancia los lazos familiares.

Luego de estas etapas en la historia de la familia surgieron nuevas etapas de organización familiar que ya tienen una documentación histórica más precisa y cronológica:

Etapa de la familia consanguínea: Es considerada la primera fase de la familia. Se clasifican los grupos conyugales por generaciones.

Etapa de la familia Punalúa: Se considera un tipo de organización familiar en el que hay un progreso.

Etapa de la familia Sindiásmica: En la historia de la familia aparece este tipo que está entre el salvajismo y la barbarie.

Etapa de la familia Monogámica: Surge en la historia de la familia durante la transición entre el estado medio y superior de la barbarie. Es un signo de lo que luego fue la civilización.

Etapa de la familia poligámica: En este tipo de organización familiar había una pluralidad de conyugues y tres tipos de poligamia: matrimonio grupal, poliandria, poliginia.

Etapa del Matriarcado: Se conformaba con la madre y sus hijos.

Etapa de la familia patriarcal: Se trasmite de forma patrilineal el parentesco y así se establece el tipo de familia patriarcal. La autoridad máxima es el padre o el varón ascendiente de más edad.

Alguna vez se entendió por tal el conjunto de individuos (mujeres, Niños hombres esclavos) sometidos al poder arbitrario y absoluto de un jefe o Patriarca. Se pretende de ahí que la palabra Familia proviene de la voz osca "famel" (esclavo). En Roma en los orígenes de la Institución 10 testamentaria, se conoció una forma de testar que se realizaba por una venta simulada del patrimonio familiar, la "mancipatio familiae" a un falso o simulado comprador: "familia empor" la voz familia pues servía también para designar un conjunto de bienes.

Desde el punto de vista de la estructura del grupo societario, la familia es la "célula Social" con lo que formaba entre los que sustentaban la tesis de una reunión de familias engendro la sociedad. La tesis más moderna considera que la familia (grupo homogéneo de parientes) no existió en el seno de las sociedades más salvajes y primitivas, lo que indudablemente no hubiera por ejemplo satisfecho a Aristóteles, que opino que la familia era una comunidad según natura constituida para toda la vida.

El problema del origen de la familia ha dado lugar a varias escuelas. La patriarcal fue la primera, fundada en la tradición de las gentes y en los relatos bíblicos. Cedió el campo a la matriarcal, en el siglo pasado, que se funda en los datos de la etnografía comparada y la

mitología que permiten penetrar con más o menos autoridad en la oscura selva de la prehistoria.

La familia antigua tenia, si no mayor complejidad, mayor amplitud que la moderna: comprendía, no solo a los propiamente parientes, sino también a los esclavos y clientes.

Hoy la familia es un grupo reducido y homogéneo. Podría creerse a causa de una reducción de esfera, en una concentración y fortificación del vínculo familiar. Lo inverso, sin embargo se observa la familia antigua, con más o menos exageración, era la recia y rígida estructura, tal vez por responder a preocupaciones religiosas. La moderna, en cuyo seno se agita el fermento disociador de la lucha económica, aparece débil y no raramente contrahecha. No debe sorprender, por eso, que en nuestros días se hable de una "crisis de la disolución de la familia".

Según Sigmud Freud inicio su estudio en la familia basado en datos acerca de los aborígenes australianos, quienes organizados en clanes totémicos, tienen prohibido comer a su animal tótem que representa el antepasado primordial y a su vez no pueden consumar uniones sexuales dentro del mismo clan sino deben emparentar con mujeres pertenecientes a otros clanes. Freud relaciona el tabú del incesto con el crimen del padre primitivo, devorado por sus descendientes y comparte así la hipótesis de Morgan acerca de la existencia del matrimonio por grupos, previo a la 12 monogamia. El animal totémico es el animal temido en las zoofobias infantiles, el cual se considera un representante simbólico del padre.

Freud explica el origen de la familia en función de la desaparición del periodo de celo y la instalación biológica de la posibilidad de apareamiento sexual en cualquier época del año, lo cual determino que los machos desearen retener junto a si a la hembra objeto de su deseo, mientras que ella se habría quedado al lado del macho tan solo por necesitar su protección y por amor a sus crías.

La teoría materialista, el móvil esencial y decisivo al cual obedece la humanidad en la historia es la producción y reproducción de la vida inmediata, por dos motivos: uno de ellos es el alimento, vestido y domicilio y por otro lado la producción del hombre y la propagación de la especie. (Jiménez, 2013)

Claude Levi- Strauss, en su artículo La Familia, refuto el criterio del evolucionismo biológico, recordándonos que la familia monogamica nuclear se encuentra tanto en sociedades del nivel cultural más simple como en la sociedad actual, el autor considero que existen consenso en lo siguiente: la familia está constituida por una unión más o menos duradera y socialmente aprobada de un hombre, una mujer y los hijos de ambos, es un fenómeno natural, universal que se halla presente en todos y cada uno 13 de los tipos de sociedad, y en consecuencia construyo un modelo de la familia, lo considero basado en las siguientes características:

Tienen su origen en el matrimonio

Está formada por el marido, la esposa y los hijos nacidos del matrimonio al que otros parientes puedan incluirse

Existen entre los miembros de la familia, lazos legales, derechos y obligaciones económicas, religiosas y de otro tipo, una red precisa de derechos y prohibiciones sexuales a las que se suman aspectos psicológicos.

4.1.3. Importancia de la familia:

La familia podría decir que siempre ha sido y es el principal pilar de la sociedad. Es el lugar donde los miembros nacen, aprenden, se educan y desarrollan, debe ser el refugio, orgullo y alegría de todos sus miembros. Cuando la familia tiene problemas alegrías o tristezas internas, repercuten en todos los familiares sufriéndolos o disfrutándolos debido a su total interrelación.

La familia está constituida por el matrimonio, que es una condición de unión estable y monogamica, por el amor del hombre y de la mujer, para complementarse mutuamente y para trasmitir la vida y la educación de los hijos. Es decir es mucho más que una unidad legal, social o 14 económica. Es una comunidad de amor y solidaridad, para transmitir e instalar en las mentes virtudes y valores humanos, culturales, éticos, sociales, espirituales y religiosos, así como los principios de convivencia tanto internos como externos, son esenciales para el desarrollo y el bienestar de sus miembros y de la sociedad en general.

La educación y los conocimientos que se adquieren en la familia, perduran para siempre.

La educación impartida por los padres cumple una función fundamental ya que estimula el crecimiento físico, intelectual y moral de sus hijos de acuerdo con los valores en los que hayan sido criados, serán seres útiles y responsables que en su momento se integran a la sociedad o bien interiorizan las pautas y las actitudes negativas que los lleven a cometer actos ilícitos e ilegales, pudiendo llegar a formar parte del amplio espectro de la marginalidad. (Bahamonde, 2015).

Al nacer y desarrollarse un grupo social determinado, el ser humano internaliza las ideas, los usos y las costumbres del entorno a que se pertenecen, es decir se apropia de juicios de valor sociales que se expresan tanto a través del lenguaje verbal como del no verbal.

4.1.4. Caracterización familiar (tipos de familia):

Existen varias formas de clasificación u organización familiar, ello dado los procesos de organización y conformación propios de cada grupo, se pueden citar así los siguientes:

4.1.4.1 En base a su estructura:

Cada familia tiene una estructura específica que sustenta las funciones básicas que deben tener y recibir sus miembros para su adecuado desarrollo individual y colectivo. “La estructura familiar se define típicamente por quienes son los miembros de la familia y la relación entre ellos”. También podría decirse que “la estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos que interactúan los miembros de una familia. Se conocen las siguientes formas y expresiones de familias:

De acuerdo a señala:

Familia Nuclear.- Está conformada por dos generaciones padres e hijos. Unidos por lazos de consanguinidad convienen bajo su misma casa y por consiguiente desarrollan sentimientos más profundos de afecto, intimidación e identificación.

Familia Extensa o Conjunta.- Está integrada por una pareja con o sin hijos y por otros miembros como sus parientes consanguíneos ascendientes, descendientes y/o colaterales recoge varias generaciones que comparten habitación y funciones.

Familia Ampliada.- Permite la presencia de miembros no consanguíneos convivientes afines, tales como vecinos, colegas, paisanos, compadres, ahijados. Comparten vivienda y eventualmente otras funciones en forma temporal o definitiva.

Familia Simultánea.- Está integrada por una pareja donde uno de ellos o ambos, vienen de tener otras parejas y de haber disuelto su vínculo marital. En la nueva familia es frecuente que los hijos sean el número de hijos que las formas nucleares o monoparental.

Familia Padrastral o Madrastral.- Dependiendo de si es el hombre o la mujer quien entra a cumplir funciones parentales con los hijos de la nueva pareja.

Familia Monoparental.- Esto se da cuando existen casos de separación, abandono, divorcio, muerte, ausencia por motivos forzosos (trabajo, cárcel, secuestro,) de uno de los padres, el otro se hace cargo de los hijos y conviven, la relación de pareja que esto supone, varía desde la cohabitación en fluctuaciones temporales hasta vínculos volátiles.

Familia Homosexual.- Supone una relación estable entre dos personas del mismo sexo, los hijos llegan por intercambio sexual de uno o ambos miembros de la pareja por adopción y/o procreación asistida. (UNICEF, 2003)

4.1.4.2 En base a su desarrollo:

Familias Primitivas.- Cuando la organización familiar corresponde al clan o a la organización tribal. Es decir está constituida por varias generaciones en línea directa (tres o cuatro) y se trata, de hecho de varias familias emparentadas entre sí, compartiendo el mismo terreno y bajo la jerarquía del patriarca.

Familia Tradicional.- Cuando los roles familiares están perfectamente caracterizados dentro del patrón tradicional de organización familiar: el padre como autoridad máxima y como proveedor de bienes; la madre encargada de las labores domésticas, la maternidad y la que proporciona afecto y cuidados; los hijos supeditados a la autoridad paterna y cuidados maternos.

Familia Moderna.- Cuando ambos padres comparten derechos y obligaciones en el sostenimiento familiar y en la crianza de los hijos. La autoridad es también compartida y los

patrones no son tan rígidos. Los hijos participan en la organización familiar y en la toma de decisiones.

4.1.4.3 En base a su integración:

Familia Integrada.- Cuando los cónyuges viven juntos y cumplen además adecuadamente sus funciones (socialización, cuidado, afecto, reproducción, estatus)

Familia Semi-integrada.- Cuando los cónyuges viven juntos pero no cumplen las funciones propias de la familia.

Familia Desintegrada.- Es aquella en la cual falta alguno de los cónyuges por muerte, divorcio, separación o abandono.

4.1.4.4 En base a su demografía:

Familia Urbana.- Con las características socioeconómicas y culturales de una ciudad pequeña, mediana o grande y los servicios urbanos y domésticos que esto implica: energía eléctrica, agua potable, drenaje, transporte, escuelas, diversiones etc.

Familia Rural.- Con las características socioeconómicas y culturales de las comunidades rurales: dedicadas a la agricultura y la ganadería como medio principal de subsistencia; pocos recursos económicos, educacionales y tecnológicos, acceso limitado a los grandes centros urbanos, patrones tradicionales o primitivos de organización tradicional.

Familia Suburbana.- Con las características del medio rural en cuanto a su organización y sus costumbres domésticas pero injertados en el medio urbano, generalmente en colonias periféricas y con carencia de servicios públicos, compuestas en su mayoría por familias que emigran del campo a la ciudad y que paulatinamente van cambiando sus patrones culturales, sobre todo en las generaciones jóvenes.

4.1.4.5 En base a su ocupación:

Familia Campesina

Familia Obrera

Familia Profesional

Familia Comerciante

Familia Empleada

Esta clasificación depende de la ocupación de quien mantenga económicamente a la familia.

4.1.5. Psicodinamia de la vida familiar

4.1.5.1. Organización y estructura familiar

Está constituida por las interacciones que se establecen entre los integrantes de la familia, quienes organizan sus relaciones dentro del sistema en una forma altamente recíproca y reiterativa.

Jerarquía: Se refiere a los diferentes niveles de autoridad de los individuos y subsistemas dentro del grupo familiar, el buen funcionamiento se da cuando los padres los que ostentan la mayor jerarquía tomando en consideración las opiniones de los otros hijos o familiares.

Una de las causas del surgimiento de síntomas psicopatológicos es el desarreglo de los niveles de autoridad dentro de la familia. Esto ocurre, por ejemplo cuando los progenitores no ejercen sus funciones de autoridad frente a un hijo que asume un poder excesivo porque lo tratan con demasiada indulgencia, sin corregirlo cuando deberían hacerlo.

Alianzas: Son asociaciones abiertas o encubiertas entre dos o más familiares. Las alianzas funcionales son las que se establecen entre padre y madre o entre las personas mayores del hogar para el buen funcionamiento de la convivencia mientras que las alianzas disfuncionales son en cambio las que tienen por objeto perjudicar a un tercero.

La alianza fundamental que constituye la base del buen funcionamiento de grupo es el que se establece entre el padre y la madre, sobre todo a los que se refiere en las reglas de convivencia y la educación de los hijos. Si esta alianza no existe debido a la discordia conyugal es posible que los hijos resientan los efectos, especialmente si uno o ambos progenitores buscan apoyarse en ellos para obtener ventajas en la lucha contra la pareja. En ocasiones, los padres desvían los problemas conyugales a la relación con el hijo, ya sea acercándose a él en el exceso y sobreprotegiéndolo, o agradeciéndolo motivados por sus frustraciones afectivas. La alianza que tiene por objeto perjudicar un tercero se llama coalición o triangulo perverso y puede manifestarse de diversas formas como la de la madre y el hijo en contra del padre; la del padre y la abuela en contra de la madre etc.

Fronteras y Límites: Son aspectos de cercanía y distanciamiento entre personas o subsistemas. Se trata de membranas imaginarias que regulan el contacto con los demás en términos de permisividad, dependencia emocional, derecho autonomía, etc.

Su función cosiste en marcar las diferencias entre los subsistemas, y su claridad es necesaria para el buen funcionamiento de la familia. Los límites firmes determinan cierta separación y promueven la autonomía relativa. Sin embargo, los limites funcionan también conservan cierta permeabilidad para permitir acercamientos, expresiones de afecto, etc. Existen buenos límites generacionales cuando los padres se comportan como padres y los hijos como hijos. Los límites entre la madre y el hijo se violan cuando aquella es extremadamente cariñosa con este y mantiene con él un exagerado contacto físico en busca del afecto que no recibe de su pareja.

Los limites funcionales son cuando hay flexibilidad es decir no hay tanta cercanía ni tanta indiferencia, los limites disfuncionales son las relaciones amalgamadas en las que no se respeta para nada la privacidad de los miembros de la familia o también hay las relaciones de indiferencia en la que los miembros son demasiado distantes.

Funciones o Roles: Son conductas repetitivas que implican la existencia de actividades reciprocas entre los familiares, lo deseable es que los papeles desempeñados facilitan el mantenimiento de la familia como grupo y que al mismo tiempo promuevan el desarrollo individual de cada uno de sus integrantes, también es deseable que haya flexibilidad en la asignación de funciones.

El desempeño funcional de los pápeles de requisito indispensable para la realización de las tareas que hace posible la vida de la familia. Los papeles reciben gran influencia del ambiente socio cultural donde se desarrolla la familia, de manera que habrá que mostrarse muy respetuoso a juzgar su funcionalidad cuando se pertenece a un medio diferente. La funcionalidad de los papeles en general depende de su consistencia interna, la cual existe en cada familia se ve a sí mismo como lo ven los demás y hay acuerdo sobre los que se espera de

él. También se requiere que los papeles sean suficientemente complementarios para que funcione bien el sistema familiar.

Control de Comportamiento: Es una dimensión necesaria para que los papeles y las tareas de la vida diaria se desempeñen satisfactoriamente. Un control flexible es lo más funcional, en el que se combinan lo predecible con lo constructivo. Su consistencia, basada en la claridad de las reglas, permite a los familiares saber que esperar los unos de los otros sin sacrifico de la individualidad y espontaneidad. El control funcional es benévolo, pero también afectivo; descansa o se apoya en el consenso con el hijo cuando esto es posible, pero también refuerza los límites si es necesario. En relación con la crianza de los hijos, las formas no funcionales de control incluyen la sobreprotección parental, la supervisión inadecuada o negligencia, la privación experiencial y otras presiones parentales desviadas.

Hay dos tipos de control: prevención de conducta independientemente en la que se da una restricción drástica de actividades recreativas o prohibitivas si no están con sus padres y la otra es la infantilización cuando sobreprotege y no se deja que se hagan actividades que por sí mismo se las pudiera hacer.

4.1.6. Solución de conflictos o respuesta ante los problemas:

Para la solución de conflictos es necesario que la familia tenga la habilidad para comunicarse, negociar las diferencias y adaptarse al estrés. Esta habilidad se pone a prueba en momentos de crisis ante las cuales la familia puede actuar con flexibilidad o rigidez.

Los especialistas en psicología dividen las familias en dos grandes grupos, las funcionales, que son aquellas en las que sus miembros se muestran seguros a cerca de quienes son, es decir tienen un auto imagen positiva y se comunican libremente. Una familia funcional deja de pasar desacuerdos menores para evitar fricciones.

Por ejemplo ante cierto problema los integrantes de una pareja funcional trata de enfocar al asunto sin emplear amenazas o calificativos de rogatorios entre ellos, expresan su enojo

libremente pero sin utilizar tácticas de lucha injustificada o sucia, y se acerca uno al otro cuando el conflicto ha terminado.

Las familiares disfuncionales se componen de personas habitualmente auto limitadas cuyas personalidades parecen inhibidas empequeñecidas o subdesarrolladas en estas familias, la comunicación suele ser deficiente inexistente o se expresa mediante comportamientos destructivos o incluso violentos. Este tipo de familia por lo general por más mínimo que el desacuerdo lo hace parecer un gran problema

Cabe añadir que una familia que funciona bien no se diferencia de otra disfuncional por existencia o ausencia de conflictos, sino por modo de resolver las diferencias inevitables en toda convivencia humana.

4.1.7. Ambiente emocional:

Depende del tipo de expresión de los sentimientos, del interés mutuo y de la calidad de vida sexual. En una familia funcional se puede expresar sentimientos positivos y negativos sin correr el riesgo de perder el cariño pues se tiene la confianza básica para hacer aceptados, mientras que en las disfuncionales solo se expresan sentimientos negativos o bien estos no se pueden decir porque no hay la suficiente confianza y la madurez de los miembros.

El ambiente de la familia también dependerá del grado de funcionalidad de las familias, este ambiente debe estar caracterizado por la resolución de los conflictos mediante la comunicación y negociación, existe acuerdo respecto a las funciones o tareas.

El ambiente emocional saludable debe de estar caracterizado por una jerarquía a cargo del sistema parental, los límites claros y flexibles, las alianzas deben perseguir fines comunes, los papeles ejercidos por todos los miembros la comunicación clara y directa actitud de apertura y flexibilidad para garantizar autonomía a sus miembros.

En una familia se considera funcional la expresión de 32 sentimientos tales como ambivalencia, rechazo, tristeza, y angustia, que son normales en cualquier relación humana,

sin sentir que se corre el riesgo de perder el cariño, pues se tiene la confianza básica de ser aceptado.

Existe cinco clases de interés afectivo: Indiferente, interesado sin sentimientos, narcisista, fusionado y empático.

En las familias con interés de tipo diferente, el grado y la calidad de la afectividad son bajos, lo cual genera frustración en sus miembros y alienta la separación emocional prematura y la falsa independencia. No se tolera la intimidad y se favorece la inseguridad y la escasa autoestima.

En las familias con interés vacío de sentimientos se observa una relación interpersonal en la cual la intensidad y la calidad del interés afectivo son solo ligeramente mayores que el tipo anterior. En estas familias el envolvimiento interpersonal parece derivar más de un sentido del deber que de una empatía genuina. Si bien se puede generar un sentido de pertenencia entre sus integrantes, la ausencia de empatía verdadera generalmente da lugar a frustración, inseguridad y dudas sobre la identidad y autoestima.

En la familia narcisista el envolvimiento afectivo tiende a ser la calidad destructiva y de alto grado, pues existe solo para satisfacer ciertas necesidades individuales sin un interés real en los demás. Este tipo de relación es el que se mantiene cuando solo se trata de satisfacer ciertas necesidades sociales de apariencia.

En la familia amalgamada o fusionada se establecen relaciones simbióticas, con fronteras difusas, en las cuales las relaciones interpersonales son muy cercanas, pero interfieren con la maduración y el desarrollo de la autonomía. Generalmente implican la existencia de tolerancia y colusión de parte de los integrantes de la familia. Las relaciones fusionadas indican la existencia de patología seria en la interface entre el mundo intrapsíquico y el sistema familiar, pues refleja una necesidad exagerada de interdependencia.

En la familia empática se mantiene un alto grado de envolvimiento afectivo mientras simultáneamente se acepta y apoya la autonomía de los integrantes del grupo. Estos

experimentan la seguridad de ser queridos por sí mismos y así pueden desarrollar un sentido de autonomía y autoestima adecuado. La familia de tipo empático mantiene el equilibrio entre las necesidades autónomas de los individuos que la componen con la cohesión necesaria para poder funcionar efectivamente como una unidad solidaria.

4.2. DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR

4.2.1. Introducción:

Se genera cuando las relaciones intrafamiliares son afectadas por una comunicación incoherente, confusa e indirecta, debido a que el sistema familiar se enferma progresivamente. Esta disfunción se convierte en el estilo de vida familiar y produce en muchos casos, el aislamiento de la familia de los contactos sociales cotidianos.

Son todos aquellos estilos de relación y funcionamiento familiar que pueden llegar a causar en alguno o todos los miembros algún tipo de síntoma o malestar psicológico asociado al modo en que el grupo o sistema familiar interactúa. Es decir por diversas causas uno o varios de sus miembros pueden llegar a presentar dificultades de diversa índole y que pueden extenderse a otras áreas de sus vidas (escolar, laboral, social. etc.). (Bahamonde, 2015)

Una familia disfuncional es aquella que a pesar de estar formada con lazos afectivos en común, conviven con conflictos, mal comportamiento y frecuentes abusos por parte de cada miembro de la familia, los cuales hacen sufrir a otros de la misma. Los niños criados en este tipo de ambientes crecen pensando en este tipo de comportamiento puede ser normal. Este tipo de familias son básicamente el resultado de gente codependiente y que podrían estar afectados por el abuso de sustancias nocivas (alcohol, drogas), se puede decir que una familia disfuncional es aquella en la que puede haber golpes (violencia) física o verbal. Violación, abuso, drogas, etc. (Garza, 2012)

Es común encontrar que las personas escapen o huyan de casa como resultado de la presión y control ejercido en ellos.

Éstos hijos generalmente pueden mostrar sus frustraciones al no poder hacer nada mostrando comportamientos agresivos como gritos, enojos, odio hasta llegar a enfermar, etc.

Son personas que fácilmente se sienten lastimadas y víctimas.

En estas familias uno de los padres es el autoritario y el otro es un sumiso al igual que los hijos. Las personas que viven ambientes de familias disfuncionales generalmente son personas disfuncionales.

A partir de esa idea se han explicado muchos fenómenos sociales: alcoholismo, drogadicción, violencia, agresividad o delincuencia, de modo que un juicio superficial podría señalar a este tipo de familias como el origen y única responsable de los males comunitarios, pero no es así.

4.2.2. Familia disfuncional en la adolescencia:

Las demandas y necesidades que la familia soporta en los momentos de su desarrollo vital pueden no ser enfrentadas adecuadamente. Se alteran, por ende, el equilibrio entre estabilidad y cambio, produciendo rigideces y desajustes adaptativos. Frente a la disfuncionalidad aparecen síntomas en uno o más miembros.

De acuerdo con los patrones de interacción característicos de cada familia van a propiciar la aparición de diferentes formas de disfunción:

Triangulación: inclusión de una tercera persona en un conflicto diádico a la que se presiona para que se adhiera a lealtades contradictorias y queda así expuesta a desarrollar síntomas y/o a transformarse en un chivo emisario. También resulta una forma de sostener situaciones difíciles. Los temas en conflicto incluyen actitudes, tabúes, expectativas, mitos, secretos, mandatos.

Flexibilidad en las relaciones (problemas de límites): La disfuncionalidad abarca desde las relaciones aglutinadas, a las distantes e inhibidoras de una buena comunicación. Se trata también de patrones transaccionales o reglas no escritas que, cuando no están claros, interfieren en el espacio relacional de las personas. Cuando las relaciones son poco flexibles, querer modificar un límite, cambiar la distancia en las relaciones interpersonales es vivido como una traición y castigado con la expulsión. No se toleran términos medios.

Problemas de poder: que alteran la jerarquía generacional entre los miembros, por ejemplo, “quién toma las decisiones”. En las empresas familiares la competencia entre el padre y las generaciones más jóvenes puede llegar a ser encarnizada.

En el caso por ejemplo, de las familias nucleares, monoparentales o reconstituidas, con un hijo adolescente drogadicto:

En las diferentes configuraciones familiares, límites difusos, progenitores inhábiles para mantener acuerdos y reglas claras en cuanto a la convivencia y educación de los hijos, reglas inequitativas e inconstantes, fuerte descontrol por parte de los hijos al tener que lidiar con dos autoridades diferentes. En las familias monoparentales se ha encontrado que las mamás no mantienen las mismas reglas, lo cual causaba muchos conflictos familiares. En las familias reconstituidas hubo trato diferencial hacia hijos e hijastros.

Con lo anterior podemos darnos cuenta de que en las familias con un adolescente “problema” los límites empiezan a tornarse frágiles, disfuncionales, y el mismo síntoma demanda la urgencia de los cambios que permitan la estabilidad familiar; de lo contrario, puede suceder que se den patrones de interacción que promuevan la presencia de hijos parentales, miembros periféricos, coaliciones, centralidades negativas y jerarquía mal distribuida, lo cual pone de manifiesto la disfuncionalidad en la familia.

Las adicciones al tabaco, al alcohol o a algún tipo de droga generalmente se presentan como un síntoma, entre otros, o producto de una convivencia familiar que no ofrece mejores alternativas pues se caracteriza por violencia en los diversos subsistemas, alteraciones en la conducta y/o dificultades escolares de los hijos, comportamiento antisocial de los hijos adolescentes, embarazos precoces, abuso del alcohol principalmente del padre, desempleo o subempleo de ambos o algún padre. Así gran parte de las crisis que giran alrededor del adicto son un desvío para no enfrentar otros problemas familiares habitualmente relacionados con los padres.

Los conflictos de los padres y sus jóvenes regularmente giran en torno al desacuerdo e inconformidad con las labores domésticas, la hora y frecuencia de salidas o llegadas al hogar,

el rendimiento escolar, la vida social con los amigos, la expresión de la sexualidad, el uso del tiempo libre, el uso de sustancias tóxicas, o con su arreglo personal: aseo y vestimenta.

La adolescencia es una etapa durante la que los jóvenes tratan de averiguar quiénes son, cuáles son sus intereses, independientemente de lo que los demás les digan; les surgen nuevas inquietudes, comienzan a asumir una manera de concebir el mundo y trabajan en el diseño de proyectos, vocación y plan de existencia desarrollando un estilo de pensamiento y acción que muchas veces es contrario al de los adultos; situación que puede confrontar los modos de pensar de la familia y de la sociedad.

Además piden apoyo por conflictos parentales principalmente con su padre de quien perciben un ejercicio exagerado de la autoridad, principalmente las jóvenes hacen referencia a las constantes prohibiciones de sus padres para salir de casa, negación de permisos para tener novio o amigos, asistir a fiestas, trabajar o estudiar, indiferencia de parte de sus padres, así como presiones y amenazas para abandonar la escuela o terminar una relación de noviazgo.

Los motivos de consulta con respecto al área familiar por parte de los jóvenes reflejan la afectación que ellos sufren por las discusiones que sostienen sus padres, sus separaciones o el divorcio, sus segundos matrimonios, así como también las enfermedades o estado de ánimo de algún miembro de la familia.

En ocasiones buscan apoyo para saber cómo ayudar a su familia, principalmente a su madre, con respecto de las agresiones sufridas por su padre que recurre con mayor frecuencia a actos violentos como, golpes, limitación del gasto, amenazas, agresión verbal, gritos, insultos, burlas, comparaciones, groserías, encierro doméstico, prohibiciones, ejercicio de la fuerza en las relaciones sexuales, llegando incluso en casos extremos a las amenazas de muerte y a los homicidios. Incluso ellos mismos refieren agresiones verbales y/o físicas, tales como, empujones, golpes con las manos y las piernas, o agresiones sexuales; así como falta de apoyo para continuar sus estudios o exigencias constantes de contribución al ingreso familiar.

Las experiencias de violencia pueden tener repercusiones en el estado emocional, ello generalmente provoca pérdida de la autoestima, sentimientos de soledad y abandono, miedo, depresión, enojo u otros trastornos.

Como podemos darnos cuenta los jóvenes son protagonistas de las historias cotidianas de violencia, principalmente como receptores aunque sea indirectos, de la misma.

La violencia familiar es un problema que debilita los valores de la convivencia, propicia la desunión, la falta de respeto entre la pareja y los hijos y una baja autoestima en la víctima; además, repercute en otros ámbitos de la sociedad, como la escuela y el trabajo donde se manifiesta en el bajo rendimiento o el abandono escolar y en el tiempo de trabajo perdido. El estado emocional de las personas está asociado a situaciones de conflicto cotidianas en el entorno social, incluyendo el ámbito familiar. (Bahamonde, 2015).

Sí bien es cierto que el ejercicio de la violencia puede ocurrir en el contexto de cualquier relación interpersonal, cuando se encuentra incorporado en la vida cotidiana de las personas, ya sea de forma sutil o de manera evidente, se producen daños emocionales graves en quien la sufre: reduce el nivel de autoestima, altera su sentido de seguridad personal y disminuye su confianza en el entorno.

Bajo el enfoque sistémico otros factores, se han relacionado con el inicio al consumo de alcohol, tal es el caso de la dinámica familiar, con respecto a ella se ha encontrado que una severa disfunción familiar puede ser un factor de riesgo o bien un elemento que mantenga este comportamiento. Paradójicamente la familia puede ser un factor protector ante el impacto del contexto social y las características propias de cada estudiante.

Así mismo señala: Las familias disfuncionales con hijos que presentan consumo de alcohol, se caracterizan por evitación del conflicto, rigidez, incapacidad para resolver problemas y la participación de los hijos en el conflicto de los padres. (Bahamonde, 2015).

Con respecto a este último punto se señala que ante los problemas del subsistema conyugal, un hijo es involucrado en la díada para mediar su comunicación si este mecanismo de

triangulación persiste a lo largo del tiempo el desenlace puede ser un síntoma tal como el consumo de alcohol u otra sustancias adictivas, que adquiere una función específica, comunicativa y relacional en el interior de la familia. La repetición de estas pautas transaccionales en un sistema familiar estimula la transformación de los conflictos emocionales en síntomas.

Cabe precisar que desde el enfoque sistémico la presencia del consumo de alcohol u otras sustancias puede deberse a la disfunción familiar así como también ésta puede ser una consecuencia del síntoma.

Los resultados de intervenciones realizadas muestran que los adolescentes que se inician en el consumo de alcohol y sustancias adictivas tienen más baja autoestima y un funcionamiento más patológico en su sistema familiar, específicamente en el nulo involucramiento afectivo, inhabilidad en cuanto a la resolución de problemas, roles, respuesta afectiva y control de conducta, demasiada comunicación agresiva secreta, es decir, mensajes contradictorios de afecto y negación de las necesidades, mínima inclinación hacia la planeación, organización y éxito en las actividades escolares; así mismo perciben menos cohesión, expresividad, autonomía, actividades sociales y culturales y señalan más conflicto.

A partir de la literatura revisada podemos darnos cuenta de que se ha investigado la relación que existe entre la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol y sustancias ilícitas, la experiencia indica que el consumo de alcohol, puede ser una concomitante del proceso y estilo de vida que el alumno tiene en su medio ambiente social, en el que el entorno familiar participa de manera significativa.

4.2.3. Desestructuración familiar:

La desintegración o desestructuración familiar es la ausencia de uno de los miembros de la familia, ya sea el esposo, esposa o hijos, causados por la emigración, por violencia intrafamiliar, desacuerdos, divorcio, etc., que tiene repercusiones en el desarrollo integral de los hijos.

Grupo familiar en el que falta el padre, la madre o ambos. Generalmente a este tipo de hogares suele llamárselos hogares desintegrados, cuya ruptura puede ser debida a la muerte de uno de los cónyuges, la separación intencional de uno de ellos por abandono o divorcio o, por la imposibilidad de construir la familia por situación de adulterio, etc.

Al referirnos a la desestructuración familiar se lo hace a todo tipo de separación de una pareja que haya formalizado cualquier tipo de convivencia o unión marital; sean el abandono del hogar, sea el divorcio, sea incluso la separación afectiva o separación emocional que es el desacuerdo entre esposo - esposa y los hijos que presencian altercados y a veces inclusive, la violencia física. Y aun cuando los padres no discuten si se pelean, los hijos tienen conciencia de los silencios y las cortesías vacías con las que se encubre la desilusión y el odio.

4.2.4. Causas de la desestructuración familiar:

4.2.4.1. Violencia

La violencia doméstica, que viene a ser el maltrato tanto físico, como psicológico y moral de alguno de los miembros de la familia.

Este tipo de violencia se puede presentar en agresiones físicas mediante golpes, manoseo dañinos o actos sexuales indeseados; agresiones verbales como ofensas, insultos, gritos, amenazas o humillaciones; no brindando los cuidados requeridos por cada integrante de la familia de acuerdo a su edad, sexo estado de salud o psicológico y 36 cualquier otra conducta que cause algún daño físico o emocional en la persona.

4.2.4.2. Alcoholismo

Alcoholismo, que es una enfermedad de dependencia a las bebidas embriagantes, la cual afecta a toda la familia cuando alguno de sus elementos la padece, principalmente cuando dicho elemento es alguno de los padres de familia, ya que genera continuas problemáticas, dejando al niño en cierto abandono, falta de atención, de afecto, de seguridad y apoyo. A pesar de todo, también debemos tener presente que un familiar inmerso en el alcoholismo requiere del apoyo de sus familiares para poder salir de eso, haciéndole ver sus características y

conductas bajo los efectos del alcohol, canalizándolo a un tratamiento adecuado para su dependencia.

Sin embargo rara vez tomamos esta actitud, normalmente se tiende a reprender, reprochar y rechazar sus acciones, dejándolo hundir más y más en su vicio.

4.2.4.3. Situación económica

La situación económica, sobretodo en el caso de pobreza, ya que es una de las principales causas de la desorganización familiar, al ser la 37 responsable del bajo nivel educativo de sus integrantes, trayendo como consecuencia el mantenerse en el mismo nivel, al no estar preparado para superarse.

El abandono, en muchas ocasiones es provocado por el nivel económico bajo, así como la injusticia social, la falta de empleos, la falta de medios para desplazarse, los centros de vicio, las carencias en las instituciones educativas y de salud, etc. (Chávez M., 2011).

Aunque no solamente la escasez afecta, también la abundancia; la escasez provoca que los padres de familia salgan a buscar trabajo o a trabajar dejando a su suerte a los hijos descuidándolos en todos los aspecto. Por otra parte, el hecho de contar con todos los recursos necesarios, provoca también el descuido de los hijos, debido a la necesidad de atender los múltiples compromisos laborales que se tienen.

4.2.4.4. Divorcio

El divorcio, que viene a representar en todo su esplendor la desintegración familiar, al ser la separación legal y definitiva de los cónyuges donde normalmente se separa también a los hijos, dependiendo de cada caso. (Garza, 2012)

Por ello la necesidad de que los hijos conozcan su situación familiar y las causas que provocaron tal ruptura para evitar sentimientos innecesarios como la culpabilidad. En este tipo de casos, no es conveniente engañar a los hijos dándoles esperanzas de una reconciliación, o de una pantalla familiar que no durará mucho tiempo, pues tarde o temprano, se darán cuenta

de la verdad, y al descubrirse engañados, su reacción puede ser aún peor, recibiendo un daño más severo.

4.2.5. Efectos de la desestructuración familiar:

Citamos algunos efectos que la desintegración familiar puede ejercer en los hogares:

ASPECTO FAMILIAR:

- Cambios frecuentes de comportamiento
- Sensación de angustia y tristeza
- Falta de confianza en sí mismos
- Descuido en la presentación personal
- Cambio de hábitos en la alimentación

ASPECTO SOCIAL:

- Tendencia a aislarse
- Deficiente comunicación con su familia
- Discusiones frecuentes
- No respeta las normas establecidas

Otras razones para que aparezcan y se incrementen familias desestructuradas; es cuando no hay fortaleza en los esposos para enfrentar las dificultades; no existen valores que ayuden a luchar contra la infidelidad, el alcoholismo y la droga, las mujeres que abandonan la familia, generalmente lo hacen por ser víctimas de maltrato físico y/o por infidelidad. Todo lo cual por falta de una escala de valores en donde prime la dignidad y el respeto humano, fundamentalmente en la educación y la cultura.

Por tanto La familia es la primera educadora de la personalidad de los individuos. Si ella falla, tendrá muchas dificultades para rehabilitarse y corregir errores cometidos por otros

4.2.6. Consecuencias en los hijos que pertenecen a una familia desestructurada:

Retraso en el lenguaje

Retrasos intelectuales

Anomalías en la personalidad: falta de confianza en si mismo y en los demás.

Bajo auto concepto, problemas de apego

Fallas en el sentido de pertenencia

Dependencia de grupo

Labilidad afectiva

Inestabilidad emocional

Trastornos físicos, psíquicos, afectivos, cognitivo, sociales de conducta.

Depresión constante.

4.3. CONSUMO DE ALCOHOL

4.3.1 Alcoholismo:

La Organización Mundial de la Salud define al alcoholismo como: trastorno crónico de la conducta caracterizado por la dependencia hacia el alcohol, expresado a través de dos síntomas fundamentales: la incapacidad de detenerse en la ingestión de alcohol y la imposibilidad de abstenerse de alcohol.

"El alcoholismo consiste en un consumo excesivo de alcohol de forma prolongada con dependencia del mismo. Es una enfermedad crónica producida por el consumo incontrolado de bebidas alcohólicas, lo cual interfiere en la salud física, mental, social y/o familiar así como en las responsabilidades laborales."

La OMS define más precisamente al alcoholismo como: La ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre. También se puede considerar como la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos, caracterizada por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol que produce un daño cerebral progresivo y en la mayoría de casos la muerte. (OMS, 2014).

El alcoholismo es considerado como síndrome de dependencia caracterizado por el deseo insaciable de beber alcohol, convirtiéndose en una droga para el que consume, generando varios problemas tanto físico, psíquicos y sociales.

El alcoholismo es considerado como una droga socialmente aceptada que lleva a la dependencia, y el consumo excesivo puede producir efectos importantes como la depresión, gastritis, cirrosis, llegando a producir hasta la muerte, afectando así el bienestar físico, psicológico y social, considerado como aquel que cura todo, ayudando a huir de los problemas, siendo los adolescentes los más propensos al consumo desmedido de esta sustancias.

4.3.2 Causas

4.3.2.1 Herencia

Parece ser que existe una cierta predisposición genética a caer en la bebida. Esto no justifica todos los casos, además hay grandes bebedores cuyos progenitores han sido abstinentes o viceversa.

4.3.2.2 Educación

La educación parece desempeñar una importancia mayor que la herencia en el desarrollo del alcoholismo, la falta de unos patrones adecuados en el hogar puede conducir al mal uso del alcohol; es normal que una persona desarrolle inclinación a la bebida, cuando de joven ve que las personas que lo rodean lo hacen habitualmente.

4.3.2.3 Identificación con el grupo

Muchas drogas favorecen la relación social. Es bien conocida la hora inglesa de la hora del té, como una excusa para desarrollar la tertulia entre la familia y los amigos. Cada día son más abundantes las ocasiones donde tomar una copa o una cerveza es una forma de intimidar.

Las drogas cumplen una función social al conseguir que las personas pierdan la inseguridad personal y puedan estar más confiados con su interlocutor. No debemos olvidar aquí que muchos jóvenes entran en el mundo de las drogas precisamente para no sentirse diferentes que los demás, es una manera de decir que al grupo al que ellos se acercan les acepta.

El alcohol constituye la droga social más utilizada y su uso se fomenta en la sociedad continuamente, por lo general lo relacionan como una forma de vida más libre y feliz. Es habitual tomar alcohol en los momentos importantes de la vida, durante las celebraciones más destacadas del año etc. Es muy difícil y requiere un esfuerzo personal, no beber cuando la mayoría de las personas lo hacen y además es paradójico como una de las peores drogas que existen está tan valorada socialmente.

4.3.2.4 Resolución de problemas personales:

Algunas personas beben para superar la tristeza, la depresión o la falta de felicidad personal. El alcohol o los narcóticos pueden constituir una puerta de escape hacia la infelicidad. (Botanical, 2013)

4.3.3 Intoxicación

Se trata de un estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación del alcohol, el cual produce alteraciones a nivel de la conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas y psicológicas. Este es el diagnostico principal solo en los casos en que la intoxicación se presenta en ausencia de problemas más graves o persistentes relacionados con el alcohol. La intoxicación suele tener una relación estrecha con la dosis de la sustancia que se ingiere aunque hay excepciones con individuos con cierta patología orgánica subyacente como una insuficiencia renal o hepática, en los que dosis relativamente pequeñas pueden dar lugar a una intoxicación grave.

La intoxicación es un fenómeno transitorio, la intensidad de la desintoxicación disminuye con el tiempo, y sus efectos desaparecen si no repiten el consumo de la sustancia. Muchas sustancias psicotrópicas pueden producir efectos de diferentes tipos de función de dosis, por ejemplo el alcohol que ha dosis bajas puede tener efectos estimulantes del comportamiento, produce agitación y agresividad al aumentar la dosis y a niveles muy elevados da lugar a una clara sedación.

4.3.4 Consumo perjudicial

Se trata de una forma de consumo que está afectando ya a la salud física (como en los casos de hepatitis, por administración de sustancias psicotrópicas por vía parenteral) o mental, como por ejemplo, los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol.

El diagnostico requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia. Las formas perjudiciales de consumo son a menudo criticadas por terceros y suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos. El hecho de que una forma de consumo inadecuado de una sustancia en particular sea reprobado por terceros, no es de por sí mismo indicativo de un consumo perjudicial, como tampoco lo es el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa como detención o ruptura matrimonial. El consumo perjudicial no debe ser diagnosticado si está presente el síndrome de dependencia.

4.3.5 Síndrome de dependencia

Se trata de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas, en el cual el consumo del alcohol adquiere la máxima prioridad para el individuo, incluso que otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir alcohol, aun cuando el medico lo haya prohibido. La recaída en el consumo de una sustancia después de un periodo de abstinencia lleva a la restauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes. El diagnóstico de la dependencia solo debe hacerse si durante en un momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los siguientes síntomas:

Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir la sustancia.

Disminución de la capacidad para controlar el consumo de alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo, y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.

Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia, cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia, para aliviar los síntomas de la abstinencia.

Tolerancia de tal manera que se requiere un aumento progresivo de las dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas.

Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir alcohol o para recuperarse de sus efectos.

Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos, por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos, a periodo de consumo elevado de sustancia.

También se han descrito como una característica esencial la reducción progresiva de las distintas formas de consumo de alcohol, (por ejemplo tendencia a ingerir bebidas alcohólicas entre semana y los fines de semana al margen de las normas sociales aceptadas para el consumo adecuado de alcohol.

Una característica principal del síndrome de dependencia, es que deben estar presentes el consumo de la sustancia y el deseo de consumirla. La conciencia subjetiva de la compulsión al consumo suele presentarse cuando se intenta frenar o controlar el consumo de la sustancias.

4.3.6 Síndrome de abstinencia

Se trata de un conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y están relacionados con el tipo de sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de abstinencia puede complicarse con convulsiones.

El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores de la presencia del síndrome de dependencia por lo cual este diagnóstico también debe ser tomado en consideración.

El diagnóstico del síndrome de abstinencia debe tener prioridad si es el motivo de la consulta y si tiene una gravedad suficiente como para requerir por sí mismo atención médica.

Los síntomas somáticos van a variar según la sustancia consumida. Los trastornos psicológicos (por ejemplo ansiedad, depresión o trastornos del sueño) son también rasgos frecuentes en la abstinencia. Es característico que los enfermos cuenten que los síntomas de síndrome de abstinencia desaparecen cuando vuelven a consumir la sustancia.

Es necesario recordar que los síntomas del síndrome de abstinencia, pueden inducirse por estímulos condicionados o aprendidos, aun en la ausencia de un uso previo inmediato de la sustancia. En estos casos el diagnóstico del síndrome de abstinencia solo se lo hará si lo requiere su gravedad. (CIE-10, 2003)

4.3.7 Trastornos inducidos por alcohol

4.3.7.1 Delirium por intoxicación por alcohol

Este delirium no solo puede presentarse por el consumo de alcohol, sino también por otras sustancias como anfetaminas y alucinógenos, y se va a caracterizar por la alteración de la conciencia, con reducción de la capacidad para centrar, o mantener el foco atencional. Este trastorno puede presentar cambios en las funciones cognoscitivas como deterioro de la memoria, desorientación alteración del lenguaje, o puede presentar alteración en la percepción que no se explica por una demencia previa al desarrollo. Esta alteración puede durar horas o incluso días y puede fluctuar con el transcurso del día.

4.3.7.2 Delirium por abstinencia de alcohol.

Este delirium se puede dar por el consumo no solo de alcohol, sino también de sustancias como sedantes, hipnóticas y ansiolíticas y se va a caracterizar por la alteración de la conciencia como por ejemplo la disminución de la capacidad de prestar atención en el entorno, también presentar cambios en las funciones cognoscitivas como deterioro de la memoria, desorientación, alteración del lenguaje, y principalmente puede presentar alteración en las percepciones, la cual no se explica por demencia previa. Esta alteración se puede presentar por un corto tiempo y puede fluctuar con el trascurso del día.

4.3.7.3 Trastorno amnésico inducido por alcohol.

El trastorno amnésico inducido por alcohol, se relaciona con el consumo de grandes cantidades de la sustancia. Entre los síntomas asociados se encuentran alteraciones neurológicas como neuropatía periférica, ataxia cerebelosa y miopatía. El trastorno amnésico inducido por alcohol debido a la deficiencia de tiamina, es con frecuencia continuación de un episodio agudo de encefalopatía de Wernicke, enfermedad que se caracteriza por confusión, ataxia, anomalías del movimiento de los ojos y otros signos neurológicos. Estos pacientes se van a caracterizar por el deterioro de la memoria, el cual se manifiesta por un déficit de capacidad para aprender información nueva, o incapacidad para recordar información aprendida previamente; también esta alteración de la memoria provoca un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representa una merma importante del nivel previo de actividad.

La alteración de la memoria no solo aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium o una demencia, y se mantiene más allá de la duración habitual de la intoxicación o abstinencia de sustancias.

4.3.7.4 Trastorno psicótico inducido por alcohol.

La característica principal de este trastorno, es que van a predominar las alucinaciones, que se consideran efectos fisiológicos de una sustancia. Los trastornos psicóticos inducidos por alcohol solo se producen en asociación con estados de intoxicación, abuso o abstinencia, y una vez iniciados los síntomas psicóticos pueden continuar mientras continúe el consumo de la sustancia. No se establece el diagnostico si los síntomas psicóticos solo aparecen en el trascurso de un delirium.

4.3.7.5 Trastorno del estado de ánimo inducido por alcohol.

La característica principal del trastorno del estado de ánimo inducido por alcohol, es de que existe una notable y persistente alteración del estado de ánimo, que se considera provocada por los efectos fisiológicos de la sustancia, en este caso alcohol; el contexto en que aparecen los síntomas (por ejemplo, durante la intoxicación o la abstinencia), la alteración

suele suponer que el estado de ánimo sea depresivo, o con una notable perdida de el interés por el placer, o que sea un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable.

El tipo de síntoma predominante, puede indicarse utilizando uno de los subtipos siguientes: con síntomas depresivos, con síntomas maniacos, con síntoma mixtos. Estos síntomas deben provocar malestar clínico significativo, y deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Hay que tener en cuenta también pueden existir subtipos y especificaciones, para poder indicar el síntoma predominante en el cuadro. Por ejemplo: con síntomas depresivos (donde el estado de ánimo predominante es el depresivo), con síntomas maníacos, (si el estado de ánimo predominante es elevado, 24 eufórico o irritable), y con síntomas mixtos (si hay tanto síntomas de manía como de depresión sin que ninguno de ellos predomine.

4.3.7.6 Trastorno de ansiedad inducido por alcohol.

La característica esencial de este trastorno es la existencia de síntomas predominantes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una sustancia. Dependiendo de la naturaleza de la sustancia y del contexto en que aparecen los síntomas por ejemplo durante la intoxicación o abstinencia, el trastorno puede incluir ansiedad predominante en crisis de angustia, fobias y obsesiones y compulsiones. No se debe realizar el diagnóstico del trastorno de ansiedad inducido por alcohol si los síntomas de la ansiedad aparecen exclusivamente con el delirium. Los síntomas producen malestar altamente significativo, deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Pueden emplearse las siguientes especificaciones para especificar el cuadro sintomático predominante. Con ansiedad generalizada (Esta especificación puede utilizarse cuando predomina una ansiedad o preocupación excesivas centradas en múltiples acontecimientos o actividades. Con crisis de angustia (esta especificación puede utilizarse cuando predominan las crisis de angustia), con síntomas obsesivos compulsivos (Esta especificación puede utilizarse cuando predominan las obsesiones o las compasiones) y con síntomas fóbicos.

4.3.7.7 Trastorno sexual inducido por alcohol.

La característica esencial del trastorno sexual inducido por alcohol, consiste en una alteración sexual clínicamente significativa que provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales. La sustancia tiene mucho que ver, ya que el trastorno puede alterar el deseo y la excitación sexual, así como 25 el orgasmo, o producir dolor. Las disfunciones sexuales pueden aparecer asociadas a la intoxicación por alcohol y otras como anfetaminas y sustancias de acción similar como: cocaína, opiáceos, sedantes hipnóticos y ansiolíticos. La intoxicación aguda por sustancias de abuso, así como el abuso crónico, o dependencia de estas, disminuye el interés por el sexo y provoca trastornos de la excitación en ambos sexos.

4.3.7.8 Trastorno del sueño inducido por alcohol.

La característica esencial de este trastorno es la presencia de alteraciones prominentes del sueño de suficiente gravedad como para merecer una alteración clínica, independiente, y que se consideran debidas a los efectos fisiológicos directos de una sustancia en este caso especificaremos la sustancia, el alcohol. El trastorno del sueño inducido por alcohol, solo puede aparecer coincidiendo con estados de intoxicación o abstinencia, y puede durar incluso un corto periodo después de abandonar el consumo de la sustancia. El nombre de trastorno del sueño inducido por alcohol.

El trastorno del sueño inducido por alcohol toma característicamente la forma del tipo insomnio. Durante la intoxicación aguda, el alcohol produce de forma típica un efecto sedante inmediato, es decir aumento de la somnolencia y disminución de la vigilia que puede cifrarse en 3-4 horas. A estos fenómenos suelen añadirse un aumento de las faces 3 y 4 NREM del sueño y una disminución del sueño REM. Después te este efecto sedante inicial, el individuo muestra un aumento de vigilia, un sueño no reparador y, a menudo, actividad onírica de carácter vivido y ansioso durante el resto del sueño.

Durante la abstinencia el sueño muestra una clara desestructuración, así el individuo presenta típicamente una alteración de la continuidad del sueño, a lo cual se añade un aumento de la cantidad y calidad del sueño REM. (DSM 5, 2014)

4.3.8. Tipos de alcohólicos:

Según la existen cuatro tipos de consumidores:

El probador: se dice de aquella persona que consume ocasionalmente sin llegar al hábito.

El Buscador: Consume droga esporádicamente, es aquel que probó y le gustó.

El Adicto Funcional: Es aquel que ya depende física y psicológicamente del alcohol consume de manera sistemática va en aumento; sin embargo trabajo, estudia y puede realizar sus actividades.

El adicto Disfuncional: Es aquella persona que se dedica única y exclusivamente a buscar la forma de obtener que consumir a la ingesta de alcohol. (OMS, 2014)

Así mismo señala:

Abstemios. Quienes o bien no disfrutan o muestran un desagrado activo al gusto y a los efectos del alcohol y en consecuencia, no tiene interés en repetir la experiencia. No bebedores preocupados, que no solamente se abstienen si no que buscan el persuadir ocasionar a otros que comparten su abstención.

Bebedores sociales. Beben con sus amigos. El alcohol es parte de su proceso de socialización, pero no es esencial, y no toleran un estado embriaguez mayor, la cual puede ocurrir sólo durante una actividad de grupo, tal como una boda, una fiesta, etc., momento en que se permite bebida en exceso.

Alcohólicos Sociales. Bebedores que se intoxican con frecuencia, pero mantienen ciertos controles de su conducta. Un alcohólico social encontrará tiempo para una copa por lo menos, antes de la cena. Es probable que poco después de ésta se quede dormido.

Alcohólicos. Se identifica por su gran dependencia o adicción de alcohol y una forma acumulativa de conductas asociadas con la bebida.

Lo característico en las diferentes tipologías es que el alcohol causa daños física y psicológicamente siendo un trastorno progresivo, con aparición sucesiva de distintos síntomas,

manifestaciones y complicaciones a medida que la ingesta excesiva de alcohol aumenta; reflejando así un deterioro progresivo en el individuo.

Existen 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 bebedores que han desarrollado un síndrome de dependencia física y psicológica al alcohol.

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.

4.3.9. Tipos de alcoholismo:

Existen dos formas de alcoholismo: el alcoholismo agudo y el alcoholismo crónico

Alcoholismo crónico: Se produce por el consumo habitual de moderadas dosis de alcohol. El alcohólico presenta trastorno del carácter (desconfianza, irritabilidad, con periodos depresivos que pueden llevarlo al suicidio en algunos casos extremos). Todos los órganos resultan afectados, sobre todo el sistema nervioso. Temblor en las manos, alteraciones digestivas que puede derivar al cáncer, etc. Puede llegar al delirium tremens que lo conduce a la muerte, aunque no sea muy habitual.

Alcoholismo agudo: Llamado también embriaguez o ebriedad, es transitorio. Consiste en una crisis pasajera que va desde la euforia (bebida alegre) a la tristeza (bebida triste) hasta la pérdida de la razón, marcha titubeante, mareos, náusea y vómitos.

4.3.10. Problemática del consumo del alcohol en la adolescencia

El alcohol es una de las drogas que por su fácil acceso y poderosa propaganda que recibe, se ha convertido en un verdadero problema social en casi todos los países y en todas las edades a partir de la adolescencia.

Las principales razones que impulsan a los adolescentes a beber o a mantener conductos de no consumo son de muy diversa índole, una de las principales razones moduladora de semejantes usos es la propia vinculación grupal así como el intento de utilizar la experimentación como medio para evadir la rutina o sentir euforia e incluso para olvidar.

La falta de control sobre la venta de licores, los medios publicitarios, la desestructuración de las familias a causa de varios factores, la ausencia de los padres de familia dentro del hogar quienes se dedican demasiado a su trabajo o emigran, impide mantener una relación cercana con sus hijos y el problema cultural que evidencia la permeabilización de estilos y modelos de vida, son los causantes de que el adolescentes se vea vinculado con el consumo de alcohol.

El consumo de drogas lícitas o ilícitas en el país creció en los últimos años, de acuerdo a una encuesta realizada entre jóvenes de 14 a 18 años, se determinó además que el consumo de alcohol registró un incremento del 62.5% en el 2007 al 70% en el 2010. (CONSEP, 2012)

Durante los fines de semana el consumo del alcohol en los adolescentes se ha convertido en un grave problema de salud pública.

Según los estudios del CONSEP, aplicados a estudiantes de secundaria de Cuenca, el incremento en el consumo de alcohol en 2005 fue del 53,9 por ciento, pasó al 61,6 por ciento en 2005 y al 79,4 por ciento en 2008. (CONSEP, 2012)

4.3.11. Alcoholismo y adolescencia

En la actualidad el consumo de alcohol es un hábito, forma parte de los llamados estilos de vida, estando ampliamente extendido y culturalmente aceptado en la mayoría de los países occidentales. Por tanto, no es solo un comportamiento individual, sino que se encuentra fuertemente influenciado por normas sociales y por el contexto socioeconómico y cultural en el que vivimos. Cambios en estos contextos se acompañan de cambios en el uso/abuso de alcohol.

Uno de esos cambios está siendo la incorporación generalizada de los adolescentes y jóvenes al consumo de alcohol. El consumo por parte del adolescente del alcohol presenta hoy unas características propias que han generado una “cultura del consumo de alcohol” diferenciada del consumo tradicional.

Progresivamente se va consolidando un patrón juvenil de consumo de alcohol, caracterizado por ser en el fin de semana y por su papel fundamental como articulador del ocio y de las relaciones sociales de los adolescentes y jóvenes.

El problema, por tanto, no es que beban sino que sus formas de beber están más lejos del modelo tradicional y tienen que ver con sus estilos de vida y su manera de divertirse, con su manera de estar y de proyectarse en el mundo. Para analizar esta situación debemos hacerlo desde una triple dimensión: desde el adolescente, desde la sustancia, en este caso el alcohol, y desde el contexto actual: los valores de nuestra sociedad, el sistema productivo, la publicidad, el papel de la familia, de la escuela, de los grupos de iguales, etc.

¿Por qué beben los adolescentes, y algunos de ellos/as excesivamente, si saben las consecuencias negativas que se desprenden del consumo abusivo de alcohol? Algún/a adolescente bien podría contestar que beber un poco hasta coger el punto es divertido y no es peligroso, y que los adultos exageramos enseguida las cosas. Cierto es que hay mucha información respecto al alcohol que tiende a exagerarse, pero también al adolescente le falta mucha información realista sobre el alcohol; por ejemplo, que está comprobado que el alcohol es más perjudicial antes de la edad adulta y que la percepción del peligro que se tiene durante la adolescencia no es tan clara como la que tendrán cuando sean adultos.

En ambos casos, cuando era pequeño/a y ahora que es grande, la curiosidad le lleva a desear experimentar; por ello, los adultos, padres y madres, educadores, médicos y psicólogos deben estar presentes para acompañarles con la escucha, el diálogo, la información, el apoyo y el cariño en el apasionante camino de la experimentación.

Y es que la adolescencia es el periodo del desarrollo evolutivo del ser humano en el que tienen lugar la construcción de la identidad, tanto física como psicológica y social. Físicamente se producen en la pubertad las transformaciones corporales que convertirán el cuerpo infantil en adulto; socialmente el/la adolescente adquiere un estatus colectivo y cultural diferenciado de la infancia y la adultez preparándose durante la juventud para ser un sujeto activo (preparación laboral, creación de la pareja); y psicológicamente debe hacer frente a todos los cambios que se producen y que son fuente de temor, de dudas, de exaltación, etc.

La reedificación de su lugar en la familia (rebelión frente a los padres), la importancia de los amigos/as, la necesaria búsqueda de libertad lejos del control adulto (espacios y tiempos adolescentes), la experimentación del amor y de la sexualidad, la construcción de un proyecto laboral futuro son, entre otras, las tareas que debe llegar a conseguir el/la joven.

Todo este trabajo produce un terremoto que el/la adolescente intenta manejar como puede para no perder el equilibrio en el ciclo de la maduración, mientras que padres, madres y educadores deben actuar de elementos niveladores y de red que amortigüe' las posibles caídas.

En este contexto madurativo son muchas las potenciales dificultades que rondan, como los embarazos no deseados, el consumo de drogas, el fracaso escolar, el paro, la conducta violenta y el consumo de bebidas alcohólicas, algunas veces en elevadas cantidades. En relación con el alcohol, en la juventud se asocia claramente al tiempo de ocio y a la actividad de grupo, por ello el patrón del consumo adolescente es diferente al del adulto; mientras éste bebe con más regularidad y lo hace en grupos y a veces sólo, el joven lo suele hacer concentrándolo en el tiempo de diversión y en el marco del grupo de amigos.

Este rasgo diferenciador del adolescente se ajusta en torno a unas características que le son propias en relación al alcohol:

La edad de inicio es temprana (14-16 años). La búsqueda de los efectos psicoactivos: liberarse de las presiones y obligaciones semanales. Se empieza con la cerveza y con el botellón para pasar a la mezcla de bebidas. La concentración del consumo en territorios llamados juveniles: calles, plazas, locales, etc.

El alcohol se toma con los amigos lo que plantea el tema de la presión del grupo que incita hacia el consumo. El consumo de alcohol se organiza como un rito de paso, como un tipo de socialización “obligatoria”.

Para poder entender mejor por qué consumen alcohol los/las adolescentes es muy importante conocer cuáles son las expectativas sociales y personales que sostienen ante la bebida, y del mismo hecho de beber, delimitar cuáles son los mitos o creencias sobre la ingesta de alcohol y permitir comprender por qué el alcohol ejerce una atracción sobre los jóvenes. Bien es verdad que beber no sólo es privativo de los jóvenes contemporáneos; son muchos los relatos que muestran como los adolescentes de todos los tiempos han utilizado el alcohol como una forma de divertirse a la vez que adentrarse en el patrón adulto.

Ahora bien, y volviendo a nuestra época, las creencias que hoy se sostienen sobre el consumo de alcohol se transmiten a los adolescentes principalmente a través de los medios de

comunicación social (publicidad, programas, películas), a través de las figuras más importantes en la vida del adolescente (padres), y a través de los propios amigos/as. Analizando estos mecanismos de transmisión se puede observar que se comunica a los/las adolescentes una visión polarizada sobre el tema: una versión positiva en la que consumir alcohol es divertido, tienes amigos/as, etc.; y otra negativa por la cual los personajes que beben son problemáticos y marginales, siendo encarnados por personajes borrachos.

4.3.12. Factores que causan consumo de bebidas alcohólicas por parte de los adolescentes

La realidad nos muestra un problema serio de consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes, lo cual no sólo habla de la ineficacia de políticas públicas sino también involucra directamente a la familia. Este consumo de alcohol en adolescentes puede interpretarse como la consecuencia de la interacción de un sinnúmero de factores, entre los que se pueden presentarse:

- Una relación con los padres basados en excesos, carentes de límites. (Padres hiperdadores, dan de todo lo que sus hijos les pidan y lo que no también, intentando cambiar objetos por tiempo y atención para disminuir su propia culpa).

- Influencia de los medios de comunicación (principalmente Internet) que inducen el consumo de alcohol o enaltecen sus efectos personales y/o sociales.

- Presión social, caracterizada por influencia de pares para beber.

- Deseo de aceptación social y pretensiones de madurez.

- Soledad en el hogar por falta de presencia de los padres por sus obligaciones laborales o sus vidas personales.

- Depresión, hiperactividad, timidez, conflictos con las figuras de autoridad, traumas, problemas familiares o relacionales, impulsividad, falta de autocontrol, ansiedad.

- Falta de madurez de estructuras cerebrales.
- Familiares alcohólicos, principalmente padres o abuelos.
- Patrones de comportamiento obsesivo compulsivo que dejarán ver a los niños en formación conductas dominadas por la impulsividad y falta de autocontrol.
- Ambientes hostiles y de riesgo como lugares de consumo (bares, fiestas).
- Motivar y/o aceptar el consumo de alcohol y otras sustancias adictivas en el núcleo familiar.
- Falta de seguimiento al comportamiento de los hijos.

4.3.13. Consecuencias del consumo de Alcohol en los adolescentes

El alcohol es adictivo para todos y cuando se inicia su consumo antes de los 18 años aumenta 5 veces la probabilidad de que se genere una adicción.

Los adolescentes corren un riesgo mayor que los adultos a desarrollar enfermedades como la cirrosis del hígado, pancreatitis, infartos hemorrágicos y algunas formas de cáncer.

Los adolescentes que consumen alcohol están más expuestos a iniciar actividad sexual temprana, situación que los expone a un mayor riesgo de contagio con el virus del SIDA, las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados. De igual modo, incrementan la probabilidad de verse afectados por la impotencia y la disfunción eréctil.

Los adolescentes que abusan del alcohol son 4 veces más vulnerables a la depresión severa que aquellos que no tienen un problema de alcohol. El consumo de alcohol entre adolescentes ha sido asociado con muertes por suicidio y accidentes de tránsito.

Al ser un depresor del sistema nervioso central, lentifica funciones cognoscitivas (percepción y juicio), motoras (equilibrio y reflejos), y emocionales (sensatez y madurez).

El alcohol afecta la absorción de nutrientes en el intestino delgado siendo esto contraproducente para el período de crecimiento en el que se encuentran los adolescentes.

El alcohol incrementa la vulnerabilidad de los jóvenes frente al consumo de otras sustancias adictivas.

Existe una correlación importante entre el consumo de alcohol y la violencia. Como efecto de la embriaguez no se piensa en las consecuencias de los actos o estas dejan de importar y el bloqueo de las funciones frontales del cerebro incrementa la agresividad. Pueden involucrarse en riñas callejeras, en pandillas y en actividades delictivas.

El inicio de consumo de alcohol en la adolescencia incrementa 4 veces la probabilidad de padecer trastornos de personalidad e incrementa al doble el riesgo de ser alcohólico antes de los 24 años.

Es así con todo lo expuesto que se debe considerar que el alcoholismo en los adolescentes de nuestra sociedad se debe principalmente a una grave disfunción familiar, que obliga al adolescente a refugiarse en el alcohol como única salida a sus problemas y dificultades tratando de olvidar la realidad que vive dentro de su hogar.

4.3.14. 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 ralentización 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. (Sánchez, 2013)

4.3.14.1. 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. (Cruz Roja, 2003).

Obviamente, la alcoholemia se incrementa en función de la cantidad de alcohol ingerido, la 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”. (Gonzales, 2014).

4.4. CONSUMO DE TABACO

4.4.1. Tabaquismo

El tabaquismo es la adicción al tabaco provocada, principalmente, por uno de sus componentes activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo. El tabaquismo es una enfermedad crónica sistémica perteneciente al grupo de las adicciones y está catalogada en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V de la American Psychiatric Association. Actualmente se cree la causa principal mundial de enfermedad y mortalidad evitable.

El tabaquismo y la exposición al humo del tabaco constituyen una de las mayores causas prevenibles de morbi-mortalidad. Como la experimentación con el tabaco se inicia durante los primeros años de la adolescencia, la industria tabacalera presiona, a través de sus mensajes, a esta franja de edad. Como forma de seducción, las compañías muestran perfiles deseables de conducta, que muestran a los jóvenes tal como ellos quisieran verse: siempre jóvenes, triunfadores, en un marco ausente de conflicto. Las mujeres son un sector de la población vulnerable al tabaquismo, por lo que el acto de fumar puede representar en sí mismo cierta emancipación.

Desde el siglo XIX se consideraba que fumar era una conducta de liberación en las mujeres, aunque también se lo vinculaba con la prostitución. (Sánchez, 2012)

De acuerdo a la Teoría de la Acción Razonada, el comportamiento de fumar puede ser predicho por la intención de la persona a fumar, aunque la realización de esa intención pueda no ser posible debido a ciertas barreras (por ejemplo, no se quiere fumar pero no sabe cómo rechazar un cigarrillo; quiere fumar pero no tiene dinero para comprar cigarrillos). Según esta teoría la intención está “determinada” por la actitud y la norma subjetiva.

La actitud representa el sentimiento general (favorable o desfavorable) relativo a un comportamiento (por ejemplo, fumar es malo). La actitud de la persona relativa a un comportamiento está influenciada por sus creencias sobre las consecuencias (sobre los costes y beneficios, o sea, las ventajas y desventajas) de la realización del mismo. La norma subjetiva de una persona corresponde a la percepción personal sobre si la mayoría de las personas que son importantes para ella piensan que la persona debe o no realizar un determinado comportamiento.

En resumen, de acuerdo con esta teoría las personas tienen mayor probabilidad de realizar un determinado comportamiento cuando tienen una actitud favorable cara a su realización y cuando perciben apoyo normativo para su realización por parte de personas que ellas consideran importantes o que les merecen credibilidad. (Precioso, 2013)

4.4.2. Clasificación

Se puede considerar la existencia de varias etapas en el proceso de transformación no fumadora en fumadora:

Preparación/iniciación: Según esta secuencia la preparación y la anticipación conducen en ocasiones a probar el primer cigarrillo (iniciación), acto a veces seguido de la experimentación repetida, posiblemente con frecuencia suficiente como para la adquisición del hábito (habituación) y para la intervención de una serie de procesos adictivos (mantenimiento). En general, en cada una de las etapas el número de adolescentes que pasa a la siguiente se reduce. Es decir, aunque son numerosos los jóvenes que experimentan con el tabaco, en teoría podrían no llegar a convertirse en fumadores.

Convertirse en fumador habitual durante la adolescencia no significa necesariamente continuar siéndolo en la edad adulta. Durante la juventud la alternancia entre el consumo habitual, el experimental y el abandono del tabaco puede ser relativamente natural. Esta fase se desarrolla esencialmente en la etapa escolar en los grupos de edad de 7-14 años en los que concurren el deseo de aceptación social y la curiosidad por los hábitos de los adultos.

Habituación: Es la etapa donde se produce el refuerzo del hábito a través de las experiencias positivas del consumo de tabaco de orden físico, social, psicológico y ambiental.

En esta etapa son influencias decisivas las convicciones sobre los efectos del tabaco (p. ej., tranquiliza, disminuye el estrés, da confianza, combate el aburrimiento, controla el peso, etc.), la importancia de los riesgos que comporta para la salud, conducta de los amigos en relación con el tabaco, tabaquismo en la familia, imagen de uno mismo, disponibilidad y precio de los cigarrillos.

Mantenimiento y adicción: En este período es donde se logra la dependencia a los cigarrillos. El grupo de edad se extiende desde la juventud al inicio de la edad adulta. Las influencias decisivas son las mismas de la etapa anterior a las que se añade la dependencia a la nicotina. (Barrueco, 2013). (Caballero, 2015).

4.4.3. Factores de riesgo

La adolescencia es la etapa del desarrollo del individuo en la que, generalmente, se produce el inicio del hábito de fumar. En esta etapa interviene factores sociales y conductuales (que varían en función del sexo, la edad y la situación socioeconómica) que desencadenan un proceso que incluso empieza antes de probar el primer cigarrillo y que concluye con una dependencia física y psíquica del tabaco. La mayor parte de los adolescentes que empieza fumando pocos cigarrillos acaban viéndose atrapados entre la nicotina y otras sustancias adictivas del tabaco.

La iniciación al consumo de tabaco se lleva a cabo en nuestro contexto sociocultural principalmente en la edad escolar. En este proceso entran dos factores importantes en juego. En primer lugar el tabaco legalmente está prohibido a los menores, justificado por los efectos negativos del mismo; de este modo el fumar se presenta como una forma de prerrogativa de los adultos y la vulneración de la prohibición como un incentivo añadido a la necesidad de conocer y probar novedades: es “el sabor de la aventura”. En segundo lugar, la iniciación es básicamente un proceso de grupo; más aún, el comienzo del uso del tabaco es uno de los elementos a través del cual se produce la transición de la adolescencia a la edad adulta.

Según la información procedente de la OMS, más del 60% de los jóvenes han probado el tabaco a la edad de 15 años y casi la tercera parte de todos ellos son fumadores activos antes de cumplir los 18 años. De este modo comenzar a fumar refuerza y facilita la incorporación al grupo; rechazar el cigarrillo supondría ser discriminado; fumar y ofrecer tabaco equivale a ser aceptado y también a reforzar las relaciones dentro del grupo. (OMS, 2015)

4.4.4. Efectos a corto y largo plazo

Si bien las mayores manifestaciones o deterioros de la salud se producen en la edad adulta, el hábito comienza en la pre-adolescencia y aumenta y se consolida en la adolescencia. (OMS, 2015)

El consumo de tabaco sigue siendo la principal causa de muerte evitable en el mundo y de un gran abanico de problemas de salud ampliamente contrastados. Sin embargo, la lista de

afecciones que causa el consumo de tabaco ha aumentado. Actualmente se sabe que el tabaco se asocia con alrededor de 25 enfermedades, contribuye a enfermedades como cataratas, neumonía, leucemia mieloide aguda, aneurisma de la aorta abdominal, cáncer de estómago, cáncer de páncreas, cáncer de útero, cáncer de riñón, periodontitis y otras enfermedades.

Estas dolencias se unen a la conocida lista de enfermedades relacionadas con el tabaco, que incluyen cáncer de pulmón, vesícula, esófago, laringe, boca, faringe, laringe, esófago; bronconeumopatía crónica, enfisema y bronquitis; apoplejía. De hecho, hoy sabemos que el tabaco produce el 90% de todos los cánceres de pulmón. Asimismo, el tabaco deteriora severamente el sistema reproductivo, contribuyendo a abortos, partos prematuros, bajo peso al nacer, muerte súbita del lactante y a enfermedades pediátricas, como los trastornos de déficit de atención con hiperactividad. Los niños nacidos de madres fumadoras pesan una media de 200 gramos menos que aquellos nacidos de madres no fumadoras.

Además de los efectos adictivos de la nicotina, esta produce un aumento de la presión arterial, de la resistencia periférica y del ritmo cardiorrespiratorio, e isquemia miocárdica. Los fumadores tienen de dos a cuatro veces más incidencia de enfermedad coronaria, de hecho existe una relación clara entre el tabaco y el riesgo de infarto y muerte súbita inesperada.

No obstante, aquellos que consumen tabaco no son los únicos expuestos a sus efectos negativos. Existen pruebas científicas concluyentes que asocian el tabaquismo pasivo a un incremento del riesgo de enfermedades cardiovasculares, cáncer de pulmón, asma y otras dolencias respiratorias en los adultos, y de asma y otras enfermedades respiratorias, infección de oído y muerte súbita del lactante en los niños, por nombrar tan sólo algunos efectos perjudiciales del tabaquismo pasivo. El consumo de tabaco está también asociado al riesgo de desarrollar cáncer de útero, cuatro veces mayor que en las mujeres no fumadoras.

El último informe estadounidense sobre el tabaco y la salud llegaba a la conclusión de que fumar produce cáncer de útero, la principal causa de muerte entre los cánceres femeninos en todo el mundo. 35 Sin embargo la severidad de los efectos a corto plazo del consumo de tabaco fumado en la salud, el mayor riesgo que corren los niños y adolescentes cuando

comienzan a fumar es de hacerse dependientes del tabaco, muchas veces para toda su vida, pudiendo más tarde llegar a padecer algunas de las graves patologías asociadas a la inhalación del humo del tabaco. (OMS, 2015)

El humo del tabaco es una mezcla compleja de gases y partículas en la que existen más de 4.000 sustancias químicas, de las cuales más de 40 son carcinogénicas.

Un cigarrillo en combustión produce dos tipos de humo:

1. La corriente principal, la que los fumadores inhalan y exhalan del cigarrillo.
2. La corriente lateral o secundaria, que va directamente al aire mientras el tabaco se consume.

El humo ambiental de tabaco (HAT) está formado por la corriente lateral — que constituye más del 75%— y por la corriente principal exhalada. Al ser fruto de una combustión más incompleta (a menores temperaturas), la corriente lateral contiene mayores niveles de componentes dañinos que la corriente principal.

Pese a este mayor contenido en sustancias tóxicas de la corriente lateral, la dilución en el aire ambiental reduce marcadamente las concentraciones inhaladas por los fumadores pasivos (en comparación con las inhaladas en la corriente principal por los fumadores). Aun así, fumar involuntariamente se acompaña de exposiciones tóxicas a los agentes generados por la combustión del tabaco. (OMS, 2015)

4.4.5. Factores protectores

Los factores protectores son aquellas que estando presentes en el individuo, familia, comunidad, etc., disminuyen, modulan, limitan o compensan, el peso que los factores de riesgo podrían tener para el desarrollo o de una drogo dependencia.

En la literatura, las variables de protección más citados son:

El apego familiar

La existencia de normas de conducta claras tanto en el entorno familiar como en la escuela

Relaciones familiares satisfactorias, a favor de la estabilidad y la cohesión familiar.

Alto apoyo social.

Implicación de actividades religiosas y asistencia a actividades de parroquia.

Valores positivos con respecto al cuerpo y a la vida.

Toma de decisiones personales

Capacidad crítica y desarrollo del criterio propio.

Auto – aceptación. (Martínez, 2011)

4.4.6. Formas de consumo

Actualmente la forma de consumo más habitual es la inhalación de los productos de combustión del tabaco a todo el cuerpo humano. Se han reconocido cerca de 5000 compuestos químicos en las distintas fases (gaseosa, sólida o de partículas) del humo del tabaco. Se consideran ingredientes del tabaco (término aconsejado por la OMS) a todos los componentes del producto, mientras que emisiones de los productos del tabaco a lo que realmente capta el fumador, siendo la principal causa de mortalidad y enfermedades atribuidas al tabaco, y exposición a la parte de emisiones que realmente absorbe el fumador. Actualmente las emisiones son el punto principal de la regulación, aunque los ingredientes permisibles también están regulados.

4.4.7. Usos del tabaco

Cuando escuchamos la palabra tabaco, la primera imagen que nos viene a la cabeza es un cigarrillo, tal vez un cigarro puro o una pipa, y raramente las barrocas cajitas de polvo de tabaco para aspirar o rapé. Puede que, también recordemos las advertencias de las autoridades sanitarias, ya que existe un consenso científico mundial sobre la evidencia de que el hecho de fumar conlleva riesgos para la salud. Sin embargo, la planta del tabaco hace honor a la denominación de panacea antárquica que recibió a su llegada al Viejo Continente y cuenta con múltiples e insospechadas aplicaciones.

En los albores de su historia, los indígenas la creían divina y su humo o sus hojas, mezcladas con cal de conchas marinas molidas, no faltaban en los rituales y ceremonias religiosas. También la utilizaban como estimulante, medicina y fuente de placer. Estos usos continuaron vigentes en la Europa de los siglos XVI y XVII, cuando se la conocía como

hierba para todos los males, hierba santa, hierba vulneraria de las Indias. Además, por aquel entonces conoció otra nueva aplicación: la ornamental.

En nuestros días (y en nuestra sociedad occidental), las plantas de tabaco no abundan en los jardines ni las macetas de los balcones. Nadie aspira rapé para calmar sus dolores de cabeza o se pone una cataplasma de hojas de tabaco para curar una herida.

Insecticida: La nicotina contenida en el polvo o los restos agrícolas o industriales de hojas y plantas de tabaco, se utiliza con éxito como insecticida agrícola. Estos restos aplicados a las plantas cultivadas y las tierras de labor actúan como un efectivo exterminador de patógenos y gérmenes sin los efectos secundarios negativos sobre el medio ambiente y la salud que pueden tener los insecticidas de síntesis química.

Ácido cítrico: El tabaco es rico en ácido cítrico, especialmente algunas variedades como el Makhorka, cuyo contenido en este ácido es del 6 al 8% (el limón, considerado como el fruto más rico en ácido cítrico, no llega al 6%). La extracción integral de ácido cítrico como fase posterior a la extracción de la nicotina se probó con éxito, a escala semi-industrial, en el instituto de Krasnodar en la Unión Soviética en los años.

Papel: Los tallos del tabaco suelen desecharse como un producto sin valor. Sin embargo, investigadores búlgaros ensayaron y pusieron a punto una técnica de extracción de la celulosa contenido en los tallos del tabaco y su posterior blanqueo industrial para su transformación en papel de imprimir y escribir.

Aceites industriales: Varias experiencias han conseguido la puesta a punto de una técnica consistente en la extracción de los aceites contenidos en las semillas del tabaco. Se trata de aceites no comestibles pero con una gama de aplicaciones industriales importante como puede ser la fabricación de pinturas.

Proteínas comestibles: A partir de las hojas o de las plantas completas de tabaco se ha conseguido extraer proteínas de un alto valor nutritivo y dietético para el hombre. Estas proteínas pueden utilizarse para alimentar personas con dificultades para su nutrición.

Varias plantas semi-industriales y experimentales en Estados Unidos, Japón, Canadá, etcétera, han aplicado procedimientos con rendimientos técnicos y económicos que podrían servir de base a una nueva industria tabaquero-alimentaria con aplicaciones dietéticas y farmacéuticas importantes.

Chimó: Se trata de una pasta de consistencia blanda obtenida de extractos acuosos, fluidos de los desperdicios del cultivo, curado y transformado de los tabacos (secos) de fumar, tratados por el calor en grandes pailas o recipientes metálicos puestos al fuego sucesivamente hasta evaporación del medio líquido. La pasta resultante se decanta y deja secar hasta consistencia semi-sólida. Este es el "chimó en rama" del que se empaquetan el llamado "chimó embojotado" o "chimó aliñado", listo para su venta y consumo. De él se toman pequeñas porciones, como dos granos de arroz que se adhieren detrás de los dientes anteriores produciendo una fuerte salivación (debe escupirse con frecuencia) y provocando una cierta euforia, disminuyendo el apetito y aumentando la capacidad de trabajo (parecido a lo que experimentan los masticadores de coca en Bolivia y Perú). Suelen usarlo los indígenas y criollos de los Llanos venezolanos y colombinos.

Paneles decorativos: Mediante técnicas análogas a las utilizadas para fabricar paneles de aglomerado con aserrín y trozos o desperdicios de madera, se puede introducir en la mezcla restos de cosecha, de la industria y tallos de tabaco secos y troceados o molidos. El resultado es un aglomerado de un bello "color tabaco" muy decorativo, con el que se puede dar aprovechamiento económico a restos de tabaco sin otra utilidad.

Sirven para cubrir superficies y formar biombos separadores de aspecto y color atractivos. Al parecer se han fabricado en Cuba, de donde nos llegó la idea.

Licor: Su uso alternativo nacional por excelencia. Es típico de Almendralejo (Badajoz).

Condimento: El chef de uno de los hoteles más emblemáticos de Madrid, David Millet, utiliza tabaco como condimento "secreto" en uno de sus más exitosos platos: la lubina a la sal.

4.4.7.1. Uso medicinal del Tabaco

El tabaco era utilizado antiguamente en decocción para eliminar los parásitos, como ser piojos, ácaros y también como abortivo. El uso del tabaco está generalizado mundialmente. La vitamina PP (nicotilamida) se prepara a partir de esta planta. La nicotina es un alcaloide tóxico.

El veneno actúa tanto por inhalación como a través de la epidermis.

La nicotina ha causado un número considerable de víctimas humanas. Tomada por vía bucal, en una sola vez, la dosis mortal para un adulto es de 40 a 60mg de nicotina pura.

4.4.8. Prevención

La relevancia de la prevención primaria del tabaquismo como factor de riesgo de algunas de las causas más prevalentes de mortalidad en el mundo occidental está hoy fuera de toda discusión. En las últimas décadas se han elaborado un número substancial de programas preventivos de orientación diversa que han sido sujetos a valoración y análisis. Existe un cierto acuerdo entre los expertos que aquellos programas que añaden una dimensión comunitaria en el diseño de sus intervenciones consiguen reducciones en el consumo de mayor duración.

Los instrumentos básicos en la lucha antitabaco son la información y la sensibilización de la población, a través de los medios de comunicación de masas, educación sanitaria en la escuela, aplicación de medidas legislativas coercitivas reguladoras de la venta, promoción y consumo de productos tabáquicos y finalmente, el consejo sanitario impartido por el profesional en la práctica asistencial, especialmente a nivel de Atención Primaria de Salud. Muchos de estos hábitos no saludables (entre ellos el tabaco) se adquieren en las primeras etapas de la vida y son difíciles de modificar una vez establecidos. Es por ello que surge la necesidad de conocer cuáles son las conductas de los adolescentes y de las personas de su

entorno, así como sus actitudes en relación a estos hábitos, para intentar modificarlos o evitarlos.

Los primeros años de la adolescencia son la etapa idónea para intervenir sobre ellos, dado que los condicionantes que conducen al consumo de tabaco son multifactoriales, los programas de educación para la salud en el medio escolar deben abordar el problema globalmente, centrándose en los niños que previsiblemente todavía no se han iniciado en el consumo (10-12 años), estando basados en modelos de aprendizaje social que refuercen la capacidad de los escolares para resistir las presiones del entorno, tanto macrosocial (publicidad), como microsocial (hermanos, amigos).

La prevención, es la puesta en marcha de los medios apropiados para impedir la aparición de la problemática de las drogodependencias. Entre los objetivos de la prevención estaría la distribución de información entre los niños y jóvenes, la promoción de una mayor comprensión de los problemas causados por el tabaco, y dar a los jóvenes soluciones alternativas que respondan a sus necesidades y aspiraciones teniendo en cuenta la realidad y el entorno en el que vive el individuo.

Los planes de prevención del tabaquismo se deben realizar considerando específicamente el grupo de población al que van dirigidos, valorando su edad, entorno sociocultural, situación familiar y la interrelación de los múltiples factores que favorecen la adopción de decisiones a propósito del consumo de tabaco.

La Prevención del tabaquismo se debe realizar en tres niveles: La “Prevención Primaria” cuya finalidad es evitar la incorporación de nuevos fumadores y en consecuencia disminuir su incidencia. La escuela es el espacio ideal para detectar posibles factores de riesgo y el profesorado uno de los agentes preventivos indispensables, incorporando sus contenidos en el diseño curricular de una forma transversal.

La “Prevención Secundaria”, pretende la interrupción de la progresión y/o su cese, estando destinada a los que están en contacto con el tabaco, fumadores activos, pero que todavía no

presentan patología asociada. Este tipo de prevención es llevada a cabo mediante los llamados "cribados o screenings" y dentro de estos, con la búsqueda activa de casos en la población con mayores factores de riesgo, realizada esta búsqueda durante cualquier actividad sanitaria, aunque no tenga relación directa con la patología consultada.

Finalmente la "Prevención Terciaria" cuya misión es la de frenar la evolución natural del consumo de tabaco, disminuyendo la morbimortalidad derivada de la misma, siendo el objetivo diana todo aquel fumador con patología relacionada con el consumo de tabaco.

No tiene ningún sentido la implantación de programas irrealizables, ni adecuados a la comunidad a la que van dirigidos, ni aceptados por la misma; en consecuencia si un programa no es aceptado por el grupo al que va dirigido, difícilmente llegará a ser implantado.

Para influenciar las actitudes, un programa de prevención debe:

Destacar las ventajas de no fumar y las desventajas de fumar.

Proporcionar información sobre los efectos a corto plazo pues los niños y adolescentes generalmente considera las consecuencias a largo plazo como distantes en el tiempo y por ello poco probables de que les afecten.

Proporcionar argumentos para contradecir la tendencia que los fumadores tienen de minimizar las desventajas de fumar.

Proteger a los no fumadores de las presiones para fumar, demostrando las imprecisiones de algunas ventajas percibidas por los fumadores (por ejemplo, que es relajante) e indicando que las supuestas ventajas de fumar referidas (a veces percibidas por los fumadores) pueden ser realizadas por otras actividades alternativas (por ejemplo, bailar, conversar y practicar un deporte).

Entrenar a los no fumadores para contradecir los (falsos) argumentos de los fumadores, proporcionándoles contra-argumentos y desarrollando su asertividad.

Para influenciar la norma subjetiva, de los no fumadores el programa de prevención debe:

Explicitar que la mayoría de las personas no fuman y están en contra de que fumen otras personas.

Demostrar los procesos directos y de modelado por los cuales los fumadores influencian a los no fumadores.

Aumentar la resistencia en los no fumadores a las presiones ejercidas por los fumadores.

Discutir los peligros de las situaciones de desafío en las cuales las presiones para fumar son más fuertes.

Desarrollar competencias en los no fumadores para afrontar las presiones para fumar en situaciones de desafío.

Aumentar las oportunidades de mantener el comportamiento de no fumar empleando técnicas de compromiso tales como la presentación pública de la decisión de no fumar (frente a una audiencia) o redactar y firmar un contrato de no fumar.

4.4.9. El tabaco y la salud

El uso de tabaco puede causar efectos en la salud de los adolescentes, ya sea por fumar o por masticar tabaco. Hasta 4.000 jóvenes estadounidenses fuman a diario, un 11% de los jóvenes en escuelas secundarias fuman antes de los 13 años de edad, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Además de causar graves problemas de salud, el consumo de tabaco puede llevar a la adicción debido a los aditivos que se encuentran en productos para fumar y para mascar.

Fumar puede ser el causante de varias enfermedades, como el cáncer de pulmón, la bronquitis y el enfisema pulmonar.

El tabaquismo es reconocido desde hace varios años como un problema de salud pública, debido a que los daños a la salud asociados al consumo del tabaco causan más de medio millón de muertes en el continente americano.

Fumar es la causa más frecuente de muertes que pueden evitarse. Según los últimos informes, cientos de miles de personas mueren anualmente de forma prematura debido al tabaco. Estudios recientes indican que la exposición al humo de los cigarrillos fumados por otra gente y otros productos del tabaco, producen al año la muerte de miles de personas que no fuman. Pese a estas estadísticas y a numerosos avisos sobre los peligros de fumar, millones de

adultos y adolescentes siguen fumando. De todos modos se están haciendo progresos: cada día son más las personas que dejan de fumar.

En el año 2004, la Organización Mundial de la Salud estimaba en 4,9 millones el número de muertes anuales relacionadas con el consumo de tabaco. Pese a existir una probada relación entre tabaco y salud, esto no impide que sea uno de los productos de consumo legal que puede matar al consumidor asiduo. (OMS, 2015).

Fumar un sólo cigarrillo da lugar a una elevación del ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria y la tensión arterial. El humo produce una reacción irritante en las vías respiratorias. La producción de moco y la dificultad de eliminarlo es la causa de la tos. Debido a la inflamación continua se produce bronquitis crónica. También produce una disminución de la capacidad pulmonar, produciendo al fumador mayor cansancio y disminución de resistencia en relación a un ejercicio corporal.

El humo del tabaco se compone de una corriente primaria o principal, que es la que inhala directamente el fumador, y una corriente secundaria, generada mediante la combustión espontánea del cigarrillo. Se han identificado más de 4000 sustancias nocivas en el humo del cigarrillo, de las cuales al menos 60 son probables carcinógenos humanos, como los 4-aminobifenoles, benceno o níquel; otras sustancias tóxicas son monóxido de carbono, dióxido de carbono, nitrosaminas, amoníaco, y otras están como partículas en suspensión (alquitranes y nicotina). (Patricia, 2014).

4.4.10. Tabaco y cáncer

La existencia de una relación positiva causa- efecto entre tabaco y cáncer, no solamente está bien establecida y es indiscutible, sino que es, probablemente, el tema más investigado en toda la historia de la medicina. Nadie duda, hoy día, que fumar cigarrillos es la causa aislada más importante de mortalidad por cáncer en los países desarrollados.

La relación entre factores ambientales (biológicos, físicos o químicos) y el cáncer es conocida desde antiguo. Ya en el siglo XVIII, P. Pott describió la asociación entre el cáncer de

escroto, en los deshollinadores, con la exposición de éstos al alquitrán del carbón. En la actualidad se han relacionado con la inducción de cáncer en diferentes tejidos, a más de 1.000 productos estimándose que entre el 75 y el 85% de los procesos neoformativos en el hombre puede asociarse con la exposición a estos carcinógenos ambientales. De entre todos estos carcinógenos, el humo del tabaco es, probablemente, el que ha sido mejor estudiado y resultando incuestionable, en la actualidad, el papel que desempeña en el desarrollo, no sólo del cáncer de pulmón, sino también de otras neoplasias como las de la cavidad oral, laringe, esófago, estómago, páncreas, vejiga, etc., es decir, por aquellos órganos por los que los carcinógenos presentes en el humo del tabaco tienen especial tropismo ya que, además de ser inhalados, se disuelven en la saliva, desde donde llegan al tubo digestivo donde se absorben pasando a la circulación general siendo eliminados por la orina.

La primera evidencia que se tiene de su relación fue sugerida en 1761 por John Hill, que describió el desarrollo de pólipos laríngeos en los consumidores de rapé; dos de los casos que describió presentaban una trasformación maligna; esta asociación ha sido corroborada en multitud de ocasiones desde esa época.

En 1941 los trabajos de Yamagawa e Ichikawa, demuestran por primera vez la naturaleza carcinógena de diferentes hidrocarburos del humo de cigarrillos. Posteriormente en 1950 y 1952 los trabajos de Doll y Hill publicados en BMJ y usando metodología del tipo estudio caso-control ya sugieren que el tabaco es la principal causa de cáncer de pulmón.

El tabaco se ha relacionado con diferentes cánceres: cáncer de pulmón, laringe, orofaringe, esófago, estómago, páncreas, hígado, colon, recto, riñón, vejiga, mama, aparato genital, linfático. En el humo del tabaco se encuentran numerosos compuestos químicos cancerígenos que provienen de la combustión, como el benceno, el benzopireno, el óxido nítrico, los derivados fenólicos y nitrosaminas, además de ser una fuente importante de la nicotina, que se considera un fármaco psicoadictivo.

Se cree que el causante del 85 % de los cánceres a causa del tabaco es el alquitrán que contienen los cigarrillos estándar. En su cubierta se pueden observar una serie de finas líneas.

Estas líneas son del alquitrán que la marca coloca a cada cierta distancia para que el cigarro no llegue a apagarse y siga consumiéndose de forma continua. Dicha concentración provoca que un fumador de cigarrillos estándar tenga hasta cinco veces más probabilidades de contraer cáncer con respecto a otro que fume puros o en pipa.

4.4.11. Tabaco y patología cardiovascular

Los efectos que el tabaco produce sobre el aparato cardiovascular han sido infravalorados, teniendo en cuenta que, estadísticamente, este sistema es el más afectado por el humo del tabaco. Junto a la hipertensión arterial y a la hipercolesterolemia, el tabaco es uno de los factores de riesgo principales de enfermedad coronaria. La enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en EE.UU. y también en el conjunto de la población española. En 1994 causaron el 39% de todas las muertes en España.

Existe suficiente evidencia científica de que la mortalidad por enfermedades cardiovasculares aumenta en los fumadores. El índice de mortalidad por cardiopatía coronaria es de un 60-70% mayor en varones fumadores que en no fumadores y la muerte súbita es de 2 a 4 veces más probable en varones fumadores jóvenes que en no fumadores. Diversos estudios epidemiológicos así lo han demostrado.

Este estudio demostró también que el riesgo de cardiopatía coronaria aumenta progresivamente a medida que aumenta el número de cigarrillos fumados. También se demostró los efectos beneficiosos del abandono del tabaquismo.

Ello produce una reducción estimada de riesgo entre un 30 y un 50% en el plazo de 1-2 años, reduciéndose gradualmente, hasta igualarse a los no fumadores, en el plazo de 10-15 años.

Otro grupo de enfermedades circulatorias relacionadas con el tabaco son las cerebrovasculares.

En 1998 el tabaquismo fue responsable de 5.000 muertes por este motivo.

El riesgo de desarrollar ictus trombótico se incrementa 2-3 veces en fumadores respecto a los no fumadores.

La HTA, tromboangeítis obliterante, fenómeno de Raynaud y arteriosclerosis, son otras tantas enfermedades vasculares cuya incidencia está aumentada en los individuos fumadores con respecto a los no fumadores. Hay descritos distintos mecanismos aterogénicos que produce el tabaco. En primer lugar origina daño endotelial crónico, tanto por la acción del monóxido de carbono como por la nicotina. (OMS, 2015)

Más tarde se alteran los lípidos sanguíneos y después aumenta la velocidad de agregación plaquetaria para, por último, activarse el mecanismo intrínseco de la coagulación.

Todos estos mecanismos son los responsables de los fenómenos isquémicos vasculares, existiendo evidencia científica de su mayor frecuencia e intensidad en los fumadores. (Edgardo, 2010).

4.4.12. Tabaco y enfermedad respiratoria no tumoral

Los efectos del humo del tabaco a nivel del aparato respiratorio se desarrollan tanto a nivel estructural (vías aéreas, alvéolos y capilares) como en los mecanismos de defensa pulmonar.

En consecuencia, los fumadores van a presentar una mayor incidencia de sintomatología respiratoria con un deterioro progresivo de la función pulmonar. Esta pérdida de función no se recupera aun en el caso del abandono del tabaco aunque sí se produce una desaceleración de la misma, igualándose con la de los individuos no fumadores. Este deterioro progresivo de la estructura y función pulmonar va a conducir al desarrollo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

El tabaquismo es, sin duda, la principal causa de EPOC. Aparece en el 20% de los fumadores, aunque también, y en menor medida, pueden influir otros factores como contaminantes ambientales, industriales, etc. El tabaco causa hipersecreción, provocando un aumento de la tos y expectoración crónica en fumadores respecto a los no fumadores; del

mismo modo, causa obstrucción de las vías aéreas, aunque los síntomas pueden tardar años en aparecer.

Fletcher demostró una caída anual más rápida del FEV1, con la edad, en los fumadores (hasta 50 ml/año) que en los no fumadores (25 ml/año). La prevalencia y mortalidad de la EPOC aumentan en función de la dosis de tabaco y la mortalidad está incrementada entre 3 y 17 veces en los fumadores.

Respecto del asma bronquial, el hábito tabáquico se asocia con un incremento de la hiperreactividad; no obstante, no existe una clara evidencia de que dicho hábito sea un factor etiológico determinante en la aparición del asma. Asimismo, se ha demostrado un incremento de la prevalencia del asma en hijos de padres fumadores. Además, los cambios inflamatorios de las vías aéreas determinados por el humo del tabaco disminuyen la eficiencia del tratamiento farmacológico, con glucocorticoides inhalados.

El efecto perjudicial del tabaco es también evidente en otras formas de enfermedad asmática, como el asma ocupacional y el de esfuerzo. El tabaquismo aumenta el porcentaje de trabajadores que padece un asma ocupacional, aunque éste depende fundamentalmente del agente implicado y del nivel de exposición ambiental.

Algunos autores sugieren que los fumadores tienen mayor número de eventos respiratorios nocturnos, como apneas e hipoapneas, que los no fumadores, lo que lleva a pensar la posible relación del síndrome de apnea del sueño (SAHS) con el hábito tabáquico.

Se ha podido demostrar que los fumadores activos presentan una mayor vulnerabilidad para padecer infecciones del tracto respiratorio inferior que los no fumadores. Un reciente informe de la OMS respecto a la tuberculosis en China ha demostrado que los fumadores de más de 20 cigarrillos/día tienen el doble de tasa de mortalidad que los tuberculosos que no fuman. Aparte de las infecciones respiratorias, también se ha demostrado en fumadores un aumento de las complicaciones respiratorias post-operatorias y de la incidencia de neumotórax espontáneo, así como de procesos laringológicos crónicos.

4.4.13. Tabaco y patología dermatológica

Fundamentalmente con un efecto de envejecimiento precoz y aparición de arrugas faciales (rostro de fumador). Para evitar este problema los fumadores deben beber aproximadamente un 50 % más de agua que los no fumadores, ya que el fumar produce un cierto grado de deshidratación. Igualmente un estudio detecto que el 42,2 % de las adictas al tabaco desarrollaron acné no inflamatorio; dolencia caracterizada por presencia de poros cerrados, quistes y puntos blancos y negros. (Pneumowiki, 2011)

5. MATERIALES Y MÉTODOS:

5.1. Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo descriptivo y transversal.

5.2. Área de estudio

Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo

5.3. Universo

El Universo de estudio comprende a los 544 adolescentes del bachillerato alumnos del Colegio "Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo".

5.4. Población en estudio

Todos los estudiantes de bachillerato tanto del sexo masculino y femenino, de acuerdo al grupo etáreo al que pertenecen.

5.5. Muestra

La muestra que se tomó de los estudiantes de Bachillerato del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo.

Fue en base al cálculo de la siguiente fórmula, Fórmula de Población Finita:

$$n = \frac{N\sigma^2 Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2 Z^2}$$

n= 544 x 0,5□2□ 1,96□2□□ 544−1□ 0,05□2□+ 0,5□2□ x 1,96□2□□

$$n = \frac{544\ x\ 0{,}25\ x\ 3{,}8416}{(543)\ 0{,}0025\ +\ 0{,}25\ x\ 3{,}8416}$$

n= 522,4576□1,3575 + 0,9604□

$$n = \frac{522{,}4576}{2{,}3179}$$

$$n = 225{,}4012683894905$$

$$n = 225$$

Dónde:

n = El tamaño de la muestra.

N = Tamaño de la población. El tamaño de mi población, que eran todos los estudiantes del Bachillerato es 544.

σ = Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5.

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza equivale a 1,96 (como más usual) o en relación al 99% de confianza equivale 2,58, valor que queda a criterio del investigador. El valor que tome para calcular la muestra fue 95% de confianza que equivale a 1,96.

e = Límite aceptable de error muestral que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,09), valor que queda a criterio del encuestador. El valor que tomé para calcular la muestra fue 5% de error.

Dando como resultado una muestra de 225 estudiantes de Bachillerato del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo.

Tipo de Muestreo: Se realizó un muestreo aleatorio simple.

5.6. Criterios de inclusión

Se estudiaron a aquellos a los que se les aplicó la encuesta dentro de los cuales están los adolescentes que asisten y se encuentren dentro del nivel académico del bachillerato del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo.

5.7. Criterios de exclusión

No se incluirán los estudiantes que no asistan al bachillerato, estudiantes a los que no se les aplico las encuestas y estudiantes de otros niveles fuera del bachillerato.

5.8. Procedimientos

1. Se solicitó permiso a las autoridades del Instituto Tecnológico Nuestra Señora Del Rosario de la ciudad de Catamayo. Ver Anexo 4

2. Entrega del consentimiento informado a los padres de familia o representantes. Ver Anexo 8

3. Llenado de la encuesta por los escolares seleccionados. Ver Anexo 9

4. Tabulación de los datos:

- Para el primer objetivo se realizó el conteo según la frecuencia y la cantidad de alcohol y tabaco que consumen semanalmente, (ver anexo 6).
- Para el segundo objetivo se realizó el conteo según el sexo y la edad de los estudiantes que consumen alcohol y tabaco semanalmente (ver anexo 6). Para determinar el sexo se categorizo en masculino y femenino; mientras que para la edad se tomó las edades de 14, 15, 16, 17 y 18 años.
- Para el tercer objetivo se realizaron preguntas sobre la composición familiar de los estudiantes, el número de integrantes, quienes la conforman y el lugar que ocupa dentro de la misma. También se utilizó el test Apgar de funcionalidad familiar, del cual se realizó el conteo y suma de valores de cada pregunta para así mediante el valor total encasillarlo dentro uno de los cuatro parámetros de disfuncionalidad (ver anexo 6).
- Para el cuarto objetivo se asoció el consumo de alcohol, tabaco con las relaciones familiares, que se categorizaron en las siguientes: Excelente, Muy buena, Buena, Regular y Mala, analizando las respuestas del test Apgar familiar (ver anexo 6).
- Para el quinto objetivo se realizó conteo de los datos obtenidos a través de la encuesta en la que se presentaron diversas opciones a lo que podrían ser los factores influyentes en mayor o menor impacto, para luego analizar estos resultados y determinar el factor principal con más impacto (ver anexo 6).

5. Obtenidos los datos requeridos en el tiempo programado se realizó el respectivo análisis e interpretación de los datos, cuya información fue tabulada en el programa SPSS 20 y de los programas Microsoft Excel y Microsoft Word 2013.

5.9. Técnica de investigación

Para el registro de datos se recogió de la fuente directa mediante una ficha de recolección que contiene las diferentes variables consideradas acorde a los objetivos.

Se elaboró un instrumento de recolección de datos para registrar las variables correspondientes el mismo que se adjuntara en los anexos de la presentación del mismo.

5.10. Técnicas o Instrumentos

Reactivo Psicológico:

APGAR familiar: Creado en 1978, por el Dr. Gabriel Smilkstein, el Apgar familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global. Las preguntas abiertas valoran la dinámica familiar en las áreas de adaptación, vida en común, crecimiento, afecto y resolución, formado por 5 preguntas, con un valor de entre 0 y 4 puntos, siguiendo una clasificación de cinco opciones que varía de “nunca” a “siempre”. En la última revisión de la prueba, realizada por la Dra. Liliana Arias, se añadieron un par de cuestiones que hacían referencia a los amigos como posible recurso en caso de resultados de disfuncionalidad familiar.

Test de Audit: Desarrollada por la Organización Mundial de la Salud, es una prueba simple de diez preguntas que sirve para determinar si el consumo de alcohol de una persona puede considerarse peligroso, cada pregunta valorada en una escala de 0 a 4. Un puntaje de 8 o más en sujetos del sexo masculino (de 7 en sujetos del sexo femenino) indica una fuerte probabilidad de daños debido al consumo de alcohol. Un puntaje de 20 o más sugiere una dependencia del alcohol, si bien algunos autores mencionan un puntaje de más de 13 en el caso de las mujeres y de 15 en los hombres como indicativos de una probable dependencia.

Test de Fagerström: El test de Fagerström es una prueba que creó en el año 1978 el doctor Karl Fagerström, con el nombre de Cuestionario de tolerancia de Fagerström y es utilizada para medir el nivel de adicción en los fumadores. El test se utiliza para evaluar el grado de dependencia física de un fumador a la nicotina.

5.11. Análisis Estadístico

Obtenidos los datos requeridos en el tiempo programado, se realizó el respectivo análisis e interpretación de los datos, cuya información fue tabulada en el programa Microsoft Excel 2013.

6. RESULTADOS

Tabla 1
Sexo y Edad de los estudiantes del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo del periodo abril - agosto del 2016.

Sexo y Edad de los Estudiantes						
/Edad/ /Sexo/	14	15	16	17	18	Total
Masculino	5	34	38	36	6	119
Femenino	6	27	35	31	7	106
Total	11	61	73	67	13	225

FUENTE: Encuesta dirigida a los estudiantes del Bachillerato del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo en Julio del 2016.
ELABORADO POR: Luis E. Armijos O.

La mayoría de estudiantes se encuentran en la edad de 16 años siendo 38 de sexo masculino y 35 de sexo femenino. Y la minoría de estudiantes se encuentra en la edad de 14 años siendo 5 de sexo masculino y 6 de sexo femenino.

Objetivo:

- Conocer la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol y tabaco en los estudiantes

Tabla 2
Consumo de Alcohol de los estudiantes del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo del periodo abril - agosto del 2016.

Consumo de Alcohol		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	195	87%
No	30	13%
Total	225	100%

FUENTE: Encuesta dirigida a los estudiantes del Bachillerato del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo en Julio del 2016.
ELABORADO POR: Luis E. Armijos O.

En su mayoría, el 87% de los estudiantes consumen alcohol, mientras que el 13% no lo consume.

Tabla 3
Frecuencia de Consumo de Alcohol de los estudiantes del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo del periodo abril - agosto del 2016.

Frecuencia de Consumo de Alcohol		
	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	30	13%
Una vez al mes	47	21%
2 a 4 veces al mes	82	36%
2 a 3 veces a la semana	61	27%
4 o más veces a la semana	5	2%
Total	225	100%

FUENTE: Encuesta dirigida a los estudiantes del Bachillerato del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo en Julio del 2016.
ELABORADO POR: Luis E. Armijos O.

La mayoría de estudiantes que consumen alcohol es de 2 a 4 veces al mes que corresponde al 36%. Y la minoría que consumen alcohol es de 4 o más veces a la semana que corresponden al 2%.

Tabla 4

Cantidad de Consumo de Bebidas Alcohólicas de los estudiantes del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo del periodo abril - agosto del 2016.

Cantidad de Consumo de Bebidas Alcohólicas		
Botellas	Frecuencia	Porcentaje
1 o 2	43	22%
3 o 4	77	40%
5 o 6	63	32%
7, 8 o 9	10	5%
10 o más	2	1%
Total	195	100%

FUENTE: Encuesta dirigida a los estudiantes del Bachillerato del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo en Julio del 2016.

ELABORADO POR: Luis E. Armijos O.

La mayoría de estudiantes que en un día normal de consumo de bebidas alcohólicas beben de 1 o 4 botellas de alcohol corresponde al 36%. Y la minoría, que consumen 10 o más botellas de alcohol corresponden al 1%.

Tabla 5

Consumo de Tabaco de los estudiantes del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo del periodo abril - agosto del 2016.

Consumo de Tabaco		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	67	30%
No	158	70%
	225	100%

FUENTE: Encuesta dirigida a los estudiantes del Bachillerato del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo en Julio del 2016.

ELABORADO POR: Luis E. Armijos O.

La mayoría de estudiantes no consumen tabaco que corresponde al 70%. Y la minoría que consume tabaco corresponde al 30%.

Tabla 6

Frecuencia de Consumo de Tabaco de los estudiantes del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo del periodo abril - agosto del 2016.

Frecuencia de Consumo de Tabaco		
Veces a la semana	Frecuencia	Porcentaje
1	1	2%
2	4	6%
3	5	7%
4	11	17%
5	27	41%
6	3	4%
7	5	7%
8 a 10	4	6%
11 a 15	3	4%
15 a 20	4	6%
Total	67	100%

FUENTE: Encuesta dirigida a los estudiantes del Bachillerato del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo en Julio del 2016.

ELABORADO POR: Luis E. Armijos O.

La mayoría de estudiantes que consumen tabaco lo hacen 5 veces a la semana que corresponde al 41%. Y la minoría que consumen tabaco lo hacen 1 vez a la semana que corresponde al 2%

Tabla 7

Cantidad de Consumo de Tabaco de los estudiantes del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo del periodo abril - agosto del 2016.

Cantidad de Consumo de Tabaco		
Cigarrillos al día	Frecuencia	Porcentaje
Entre 1 y 5	41	61%
Entre 6 y 10	22	33%
Entre 11 y 20	4	6%
Entre 21 y 30		
31 o más		
Total	67	100%

FUENTE: Encuesta dirigida a los estudiantes del Bachillerato del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo en Julio del 2016.

ELABORADO POR: Luis E. Armijos O.

La mayoría de estudiantes que consumen tabaco lo hacen en la cantidad de Entre 1 y 5 que corresponde al 61%. Y la minoría que consumen tabaco lo hacen en la cantidad de Entre 11 y 20 que corresponde al 6%

Objetivo:

- Evaluar el consumo de alcohol y tabaco según sexo y edad de los estudiantes

Tabla 8
Sexo de los Estudiantes que Consumen Alcohol del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo del periodo abril - agosto del 2016.

Sexo de los Estudiantes que Consumen Alcohol		
	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	109	56%
Femenino	86	44%
Total	195	100%

FUENTE: Encuesta dirigida a los estudiantes del Bachillerato del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo en Julio del 2016.
ELABORADO POR: Luis E. Armijos O.

La mayoría de estudiantes que consumen alcohol son de sexo masculino que corresponde al 56%. Y la minoría que consume alcohol es de sexo femenino que corresponden al 44%.

Tabla 9

Edad de los Estudiantes que Consumen Alcohol del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo del periodo abril - agosto del 2016.

Edad de los Estudiantes que Consumen Alcohol		
	Frecuencia	Porcentaje
14	9	4%
15	54	28%
16	63	32%
17	58	30%
18	11	6%
Total	195	100%

FUENTE: Encuesta dirigida a los estudiantes del Bachillerato del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo en Julio del 2016.

ELABORADO POR: Luis E. Armijos O.

La mayoría de estudiantes que consumen alcohol son de 16 años de edad que corresponde al 32%. Y la minoría que consume alcohol es de 14 años de edad que corresponden al 4%

Tabla 10

Sexo de los Estudiantes que Consumen Tabaco del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo del periodo abril - agosto del 2016.

Sexo de los Estudiantes que Consumen Tabaco		
	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	55	82%
Femenino	12	18%
Total	67	100%

FUENTE: Encuesta dirigida a los estudiantes del Bachillerato del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo en Julio del 2016.

ELABORADO POR: Luis E. Armijos O.

La mayoría de estudiantes que consumen tabaco son de sexo Masculino que corresponde al 82%. Y la minoría que consume tabaco es de sexo Femenino que corresponde al 18%.

Tabla 11
Edad de los Estudiantes que Consumen Tabaco del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo del periodo abril - agosto del 2016.

Edad de los Estudiantes que Consumen Tabaco		
	Frecuencia	Porcentaje
14	1	2%
15	14	21%
16	21	31%
17	23	34%
18	8	12%
Total	67	100%

FUENTE: Encuesta dirigida a los estudiantes del Bachillerato del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo en Julio del 2016.
ELABORADO POR: Luis E. Armijos O.

La mayoría de estudiantes que consumen tabaco son de 17 años de edad que corresponde al 34%. Y la minoría que consume tabaco es de 14 años de edad que corresponden al 2%.

Objetivo:

- Identificar la estructura y funcionalidad familiar de los estudiantes

Tabla 12
Estructura Familiar de los estudiantes del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo del periodo abril - agosto del 2016.

Estructura Familiar		
Número de Miembros en su familia	Frecuencia	Porcentaje
2	7	3%
3	23	10%
4	42	19%
5	76	34%
6	38	17%
7	31	14%
8 a 10	5	2%
11 o más	3	1%
Total	225	100%

FUENTE: Encuesta dirigida a los estudiantes del Bachillerato del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo en Julio del 2016.
ELABORADO POR: Luis E. Armijos O.

La mayoría de estudiantes poseen familia conformada por 5 miembros que corresponde al 34%. Y la minoría posee familia conformada por 11 o más miembros que corresponden al 1%.

Tabla 13
Estructura Familiar de los estudiantes del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo del periodo abril - agosto del 2016.

Estructura Familiar		
Familia compuesta por	Frecuencia	Porcentaje
Madre, Padre e Hijos	132	59%
Padres, Hijos y abuelos	37	16%
Padres, Hijos y otros familiares	25	11%
Papá o Mamá e Hijos	11	5%
Solo Mamá	9	4%
Solo Papá	4	2%
Tíos	4	2%
Abuelos	3	1%
Solo		
Total	225	100%

FUENTE: Encuesta dirigida a los estudiantes del Bachillerato del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo en Julio del 2016.
ELABORADO POR: Luis E. Armijos O.

La mayoría de estudiantes poseen familia conformada por Madre, Padre e Hijos que corresponde al 59%. Y la minoría posee familia conformada por Abuelos que corresponden al 1%.

Tabla 14
Estructura Familiar de los estudiantes del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo del periodo abril - agosto del 2016.

Estructura Familiar		
Lugar que ocupa en la familia	Frecuencia	Porcentaje
Hijo	13	6%
Madre		
Padre		
Conyugue		
Hijo y Hermano	205	91%
Nieto	3	1%
Otros: Sobrino	4	2%
Total	225	100%

FUENTE: Encuesta dirigida a los estudiantes del Bachillerato del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo en Julio del 2016.
ELABORADO POR: Luis E. Armijos O.

La mayoría de estudiantes ocupan el lugar en la familia de Hijo y Hermano que corresponde al 91%. Y la minoría ocupa el lugar en la familia de Nieto que corresponden al 1%.

Tabla 15

Funcionalidad Familiar de los estudiantes del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo del periodo abril - agosto del 2016.

Funcionalidad Familiar		
Función Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Normal	74	33%
Disfunción leve	82	37%
Disfunción moderada	54	24%
Disfunción severa	15	6%
Total	225	100%

FUENTE: Encuesta dirigida a los estudiantes del Bachillerato del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo en Julio del 2016.

ELABORADO POR: Luis E. Armijos O.

La mayoría de los estudiantes poseen una familia con disfunción leve, con un 37%; mientras que el 6% que corresponde a la minoría poseen disfunción familiar severa.

Objetivo:

- Analizar la influencia del alcohol y tabaco en las relaciones familiares

Tabla 16
Funcionalidad Familiar de los estudiantes del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo del periodo abril - agosto del 2016.

Relación familiar	Alcohol	Porcentaje	Tabaco	Porcentaje
Funcionalidad Normal	62	32%	27	40%
Disfunción leve	79	41%	29	43%
Disfunción moderada	42	22%	7	11%
Disfunción severa	12	5%	4	6%
Total	195	100%	67	100%

FUENTE: Encuesta dirigida a los estudiantes del Bachillerato del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo en Julio del 2016.
ELABORADO POR: Luis E. Armijos O.

La mayoría de estudiantes que consumen alcohol presentan disfunción familiar leve con un 79%; al igual que los estudiantes que consumen tabaco, los cuales en su mayoría, con un 29% presentan disfunción familiar leve.

Objetivo:

- Reconocer los factores que influyen a los estudiantes al consumo de alcohol y tabaco

Tabla 17
Factores que influyen al consumo de Alcohol de los estudiantes del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo del periodo abril - agosto del 2016.

Factores que influyen al consumo de Alcohol		
Factores	Frecuencia	Porcentaje
Problemas Familiares	44	22,5%
Familiar Alcohólico	14	7%
Amigos	40	20,5%
Aceptación Social	18	9%
Curiosidad	11	5,5%
Baja Autoestima	3	2%
Placer		
Perder el miedo	17	9%
Soledad		
Depresión	23	12%
Sentirse Mayor	6	3%
Hacer lo que hacen los adultos	11	5,5%
Anuncios	8	4%
Total	195	100%

FUENTE: Encuesta dirigida a los estudiantes del Bachillerato del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo en Julio del 2016.
ELABORADO POR: Luis E. Armijos O.

La mayoría de estudiantes que consumen alcohol lo hacen por influencia de los Problemas Familiares lo que corresponde al 22,5%. Y la minoría de estudiantes que consumen alcohol lo hacen por Baja Autoestima lo que corresponde al 2%.

Tabla 18
Factores que influyen al consumo de Tabaco de los estudiantes del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo del periodo abril - agosto del 2016.

Factores que influyen al consumo de Tabaco		
Factores	Frecuencia	Porcentaje
Problemas Familiares	16	24%
Familiar que fuma	3	5%
Amigos	7	10%
Aceptación Social	8	12%
Curiosidad	5	7%
Baja Autoestima		
Placer	6	9%
Perder el miedo		
Soledad	3	5%
Depresión	5	7%
Sentirse Mayor	4	6%
Hacer lo que hacen los adultos	8	12%
Anuncios	2	3%
Total	67	100%

FUENTE: Encuesta dirigida a los estudiantes del Bachillerato del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo en Julio del 2016.
ELABORADO POR: Luis E. Armijos O.

La mayoría de estudiantes que consumen tabaco lo hacen por influencia de los Problemas Familiares lo que corresponde al 24%. Y la minoría de estudiantes que consumen tabaco lo hacen por la influencia de los Anuncios lo que corresponde al 3%.

7. DISCUSIÓN

El presente estudio se orientó en determinar el consumo de alcohol y tabaco y la relación de estos dentro de la estructura y funcionalidad familiar en estudiantes del bachillerato, como origen de la disfunción familiar y la desintegración de sus miembros, así como los factores que influyen a su vez al consumo del alcohol y tabaco.

Según los datos obtenidos en esta investigación los bachilleres que consumen alcohol corresponden al 87%, de los cuales el 56% son de sexo masculino, la edad de consumo promedio corresponde a 16 años con un 32% del total de estudiantes que consumen; el 36% del total de estudiantes que consumen alcohol lo hacen de 2 a 4 veces al mes y el 40% consume de 3 a 4 botellas de alcohol en cada ocasión.

Los bachilleres que consumen tabaco corresponden al 30% del total, de los cuales el 82% son de sexo masculino y la edad promedio de consumo corresponde a 17 años con un 34%; el 39% consumen tabaco 2 veces al día; y el 61% consumen de 1 a 5 cigarrillos al día.

En cuanto a disfuncionalidad familiar, el 34% de estudiantes poseen familias con 5 miembros, 59% poseen familias conformadas por Padre, Madre e Hijos; 74% presentan cambios dentro de su relación familiar asociados al consumo de sustancias, 52% de estos tienen como origen el alcoholismo. El 72% de estudiantes no reciben apoyo emocional, el 38% de estudiantes que poseen una familia nuclear, son víctimas de maltrato psicológico.

Al contrastar los datos obtenidos con los de otros estudios o investigaciones, observamos que:

El alcoholismo y el tabaquismo son una de las principales causas de patologías y problemas intra familiares; en el Ecuador alrededor del 23,5% de su población sufre de alcoholismo, dentro de lo cual Loja se posiciona en 6to lugar con un aproximado de 42.864 casos graves de alcoholismo, de los cuales el 88% pertenece al sexo masculino y el 12% al sexo femenino. La edad de 20 a 24 años es la de mayor consumo en Loja, que se ubica en el primer lugar en este rango, con el 19,6%, seguida por Azuay con el 19%. .

En el Ecuador se comienza muy temprano a fumar el 4.6 % entre 4 y 6 años, el 1.7 % entre 7 y 9 años. La prevalencia de consumo de tabaco en adolescentes varones es del 23%, igual que en los adultos. Según la Encuesta Mundial de Adolescentes escolarizados, la prevalencia de consumo en adolescentes en el 2001 era de un 49 % en Quito, Guayaquil y Zamora. Para el 2007 la cifra subió al 71 % en esas ciudades. En el 2005 en la provincia de Loja el 18,4% de la población fumaba, pero en el 2007 el porcentaje incrementó hasta casi el 40% a nivel nacional. En la ciudad de Loja, el 43.6% de los habitantes fuma. Además, el 30% de los adolescentes son fumadores activos y el 50% pasivos.

Según una encuesta realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). (2017). el consumo se ha reducido paulatinamente en el Ecuador, así, en 1998 se registró un 9.5%; en 1999, un 8.2%; en el 2006, 5.0% y en el 2014 llegó al 2.8%; siendo la región Sierra donde se consume más cigarrillo, con el 10.7% de la población. Las estadísticas también indican que en todo el Ecuador, el 8.8% de la población mayor a 12 años consume cigarrillo.

En otros proyectos cuyas líneas de investigación también estaban enfocadas en el consumo de alcohol y tabaco se ha demostrado que; en el Colegio Nacional Nocturno Manuel Enrique Rengel en la ciudad de Loja más de la mitad de los adolescentes encuestados consumen alcohol (64,7%), representando por 88 adolescentes; una mayor frecuencia (29 casos) se encontró en la edad de 18 años; mientras que en la unidad educativa “Monseñor Santiago Fernández García” del cantón Calvas en una muestra de 144 adolescentes, los resultados señalan que todos los jóvenes consumen alcohol. Con respecto al cigarrillo en el colegio “Daniel Álvarez Burneo” se encontró que su consumo era mayor en hombres con 56%, versus 43% en mujeres, tomando en cuenta que el 35% de los hombres y el 64% de las mujeres no fuma. Mientras que en el Colegio Experimental Universitario “Manuel Cabrera Lozano” de la ciudad de Loja, de un total de 120 estudiantes encuestados; el 45% revelan fumar un cigarrillo al día; el 16.66% dicen fumar más de uno, y el 38.33% manifiestan no fumar cigarrillos.

En otro proyecto cuyas líneas de investigación estaban enfocadas en el consumo de alcohol y la disfuncionalidad familiar en la Zona 7 del Ecuador (que comprende El Oro, Loja y Zamora Chinchipe), (Paqui, 2017), llegaron a la conclusión de que: no existe asociación

estadísticamente significativa cuando se analiza la funcionalidad familiar con el consumo de alcohol por lo tanto se determina que al tomar como única causa la disfunción familiar de los adolescentes de bachillerato de la Zona 7 ésta no guarda relación con el consumo de alcohol en este grupo poblacional; sin embargo aclara que cuando se toma la disfunción familiar, el consumo de alcohol y se asocia con variables intervinientes como edad, sexo, tipología familiar y parroquia de residencia se encontró significancia; además de que los adolescentes con familias disfuncionales y consumo perjudicial de alcohol presentan asociación significativa mediada por variables intervinientes como: la edad de 17 a 19 años, quienes cursan el tercero de bachillerato, en las familias con padres ausentes y en quienes residen en parroquia rurales.

En un reciente estudio sobre el alcoholismo realizado en el Ecuador por el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), en el periodo 2011-2012, se determinó que más de 912 576 ecuatorianos consumen alcohol, el 89,7% son hombres y el 10,3% son mujeres; y el 2,5% son adolescentes de entre 12 y 18 años. En el mismo sentido, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2011-2013 (ENSANUT-ECU) determinó que el 45.6% de los adolescentes de 10 a 19 años declara haber consumido alguna vez bebidas que contienen alcohol; esta estadística se realizó en colaboración del Ministerio de Salud Pública y el INEC. De los datos revelados por la encuesta mencionada, se desprende también un porcentaje de acuerdo a edad; de esta manera el 21,3% de jóvenes de 10 a 14 años ha consumido alcohol, mientras que el 71,7% lo ha hecho en edades de 15 a 19 años; que la provincia con mayor consumo de licor es Galápagos con el 12% y la de menor consumo es Bolívar con el 3,9%.

La OMS en recientes estudios sobre el alcoholismo a nivel mundial, destaca que menos de la mitad de la población (38,3%) bebe alcohol; en 2010 el consumo de alcohol puro per cápita en todo el mundo fue de 6,2 litros entre la población de más de 15 años. Esto implica una cifra diaria de 13,5 gramos de alcohol puro al día. En todo el mundo; alrededor del 16% de los bebedores tienen un fuerte consumo episódico de alcohol, que es el más perjudicial para la salud. Las Américas y Europa tienen las proporciones más altas de adolescentes (15 a 19 años) que beben alcohol, con el 53% y el 70% respectivamente, que admiten ser consumidores

actualmente; así mismo Las Américas tiene la prevalencia más alta de desórdenes por el uso de alcohol entre mujeres, con un estimado de 12,6% de niñas y mujeres afectadas.

Según la OMS en su informe sobre el tabaco, existen en el mundo aproximadamente 1300 millones de fumadores y cada día, 100 mil jóvenes menores de 18 años (de los cuales 80% viven en países en desarrollo) comienzan a fumar; casi 1000 millones de hombres fuman en el mundo, (35% en países de altos recursos, y 50% en países en de desarrollo). Aproximadamente 250 millones de mujeres alrededor del mundo fuman a diario; el 22 % viven en países de altos recursos y el 9 % en países de medianos y bajos recursos.

En cuanto a la disfuncionalidad familiar la Conferencia Episcopal Ecuatoriana (CEE) y el Consejo Ecuatoriano de Laicos Católicos (CELCA), en un estudio realizado comunican que el 65% de las familias Ecuatorianas son disfuncionales, siendo un aspecto de dicha investigación, la falta de comunicación y que los miembros no pueden expresar libremente sus sentimientos.

8. CONCLUSIONES

Existe un gran consumo de alcohol por parte de los estudiantes del bachillerato dentro de la institución, esto corresponde al 87%, cuyo consumo de alcohol es de 2 a 4 veces al mes y el 40% de los estudiantes consume de 3 a 4 botellas en cada ocasión; mientras que el 30% del total de estudiantes consume tabaco, el 39% lo hacen 2 veces al día, y el 61% de los mismos, consumen de 1 a 5 cigarrillos al día, siendo una cifra alarmante de estudiantes debido a lo perjudicial que es en edades tempranas por conllevar un riesgo alto para la salud y el estilo de vida de la mayoría de los estudiantes, lo que también puede perjudicar en sus estudios y sus relaciones sociales.

En su mayoría, el 56%, de los estudiantes que consumen alcohol son de sexo masculino y cuya edad de consumo promedio es a los 16 años que corresponde al 32%; al igual que en los estudiantes consumidores de tabaco el 82% corresponde al sexo masculino, con una media de edad de consumo del 34% a los 17 años.

El 34% de los estudiantes están dentro de una familia extensa. Y el 59% poseen una familia nuclear. El 91% de los estudiantes ocupan el lugar de Hijos o Hermanos dentro de su familia. Lo que nos demuestra que los estudiantes en su mayoría poseen familias nucleares, bien estructuradas sin problema por ausencia de alguno de sus integrantes, y que además conviven con ellos bajo el mismo techo; de los cuales el 37% del total de estudiantes presentan disfunción familiar leve.

Se concluyó que el consumo de alcohol y tabaco si afecta a las relaciones familiares por lo que en nuestro análisis se encontró que en los estudiantes que consumen alcohol este influye en las relaciones familiares, ocasionando que el 41% de los mismos posean una familia con disfuncionalidad leve, al igual que en los que consumen tabaco con un 43% de familias con disfuncionalidad leve; mientras que existen escasas familias con disfunción severa, lo que abarco un 5% en consumidores de alcohol y 6% en consumidores de tabaco.

Dentro de los principales factores que llevan a los adolescentes al consumo de alcohol, tenemos que los problemas familiares son una de las primeras causas, con un 22,5%; seguida

de las influencias de los amigos, con un 20,5%. Y los principales factores para el consumo de tabaco en adolescentes tenemos igualmente los problemas familiares como una de las principales causas, con un 24%; seguida, en menor cantidad de la aceptación social y hacer lo que hacen los adultos con un 12%.

9. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud que refuerce los programas de salud de los adolescentes y de ser posible incorpore programas intersectoriales, así como también campañas, brigadas de salud y clubes de adolescentes, que tengan como propósito fundamental la prevención del consumo de sustancias tanto lícitas como ilícitas, desde el enfoque de la Medicina Familiar.

A las autoridades del Instituto Tecnológico Nuestra Señora Del Rosario De Catamayo que realice charlas dentro de la institución con el motivo de informar a los estudiantes sobre los perjuicios a la salud que conllevan los hábitos dañinos derivados del consumo de sustancias nocivas.

A los maestros o profesores del Instituto Tecnológico Nuestra Señora Del Rosario De Catamayo que dentro de sus enseñanzas diarias impartan valores sociales y la importancia de una vida saludable, una buena comunicación intra familiar y una vida social sana y responsable.

A los representantes o padres de familia a fortalecer los lazos afectivos intra familiares, educar en valores morales, dar apoyo emocional, tranquilidad y calidez en todo momento, aprender a escuchar a sus hijos, evitar las discusiones y sus posibles desenlaces violentos, y acudir a charlas familiares para mejorar los lazos afectivos.

A los profesionales de la salud desde la atención primaria, y desde el punto de vista de la medicina familiar, junto a los profesionales en psicología, abordar el consumo de alcohol y tabaco como un problema biopsicosocial y espiritual, que deba ser tratado en familia e individualmente, para así mejorar no solo su salud física, sino también mental y emocional dentro de la familia y sus lazos afectivos, pudiendo profundizar así en la atención integral del adolescente, en todos los aspectos de su vida.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Osorio, E.A. y Ortega, N. Factores de riesgo asociados al consumo de drogas en estudiantes adolescentes. Rev. Latino-am Enfermagen.12:369-375.2004.
- Rojas, M. (2013). Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar. Perú.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2014). Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud 2014. Recuperado de http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=841:informe-mundial-de-la-oms-destaca-los-impactos-negativos-del-alcohol-en-la-salud-&Itemid=340.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Alcohol. Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Familia, su diversidad y entornos. Recuperado de http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion10/capitulo164.htm.
- Revista Botanical. (2013). Por qué ciertas personas beben demasiado. Recuperado de http://www.botanical-online.com/drogas/drogasalcoholcausas.htm.
- CIE 10. (2003). Decima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades trastornos mentales y del comportamiento.
- American Psychiatric Association. (2014). DSM V, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
- CONSEP, Secretaria Técnica de Drogas. (2012). Datos y Estadísticas sobre consumo de alcohol en el ecuador. Recuperado de http://www.prevenciondrogas.gob.ec/.
- 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. 2013 Barcelona: PPU.
- Cruz Roja Española. Toxicomanía, conceptos y sustancias adicionales. Madrid: Salvat; 2003
- GONZÁLEZ-MENÉNDEZ, R. Cómo liberarse de los hábitos tóxicos: Guía para conocer y vencer los hábitos provocados por el alcohol. Revista Española de Drogodependencias 2014, 19 (2), 149-162.

- Sánchez, L., Hernández, M. y Lazcano, E. El consumo inmoderado de alcohol como factor predictor de la persistencia del consumo de tabaco en jóvenes. Salud Pública de México. 48 (1): 41 – 47. 2012.
- Precioso, J. y Macedo, M. La contribución de los programas de influencias psicosociales (complementados con otras estrategias) en el control de la epidemia tabáquica. Adicciones. 15 (4): 369 – 378. 2013.
- Barrueco, M., Hernández, M. y Torrecilla, M. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo: 107 – 141. 2003.
- Caballero, A., Gonzàlez, B., Pinilla, J. y Barber, P. Factores predictores del inicio y consolidación del consumo de tabaco en adolescentes. Gac. Sanit. 19 (6): 440 – 447. 2005.
- Martínez, M. y Robles, L. Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. Psicothema. 13 (02): 222 – 228. 2011.
- Patricia Macnair. (2014). Smoking and health risks. Recuperado de http://www.netdoctor.co.uk/healthy-living/wellbeing/a5015/smoking-health-risks/.
- Revista Médica de Uruguay. (2010). Impacto de la prohibición de fumar en espacios cerrados sobre los ingresos por infarto agudo de miocardio en Uruguay. Recuperado de http://www.rmu.org.uy/revista/2010v4/art3.pdf.
- Pneumowiki. (2011). Patología relacionada con el tabaco. Recuperado de http://es.pneumowiki.org/mediawiki/index.php/Patolog%C3%ADa_relacionada_con_el_tabaco#Tabaco_y_patolog.C3.ADa_dermatol.C3.B3gica.
- Jiménez, F. (2013). La familia como organización social
- Bahamonde, S. (2015). Desintegración familiar y bajo rendimiento académico. Loja - Ecuador.
- Paqui, P. (2017). Funcionalidad familiar y su relación con el consumo de alcohol en adolescentes de bachillerato de la Zona 7 Ecuador. (Tesis de especialidad). Universidad Nacional de Loja, Loja. Recuperado de http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18273/3/TESIS%20PARA%20BIBLIOTECA%20PAOLA.pdf
- Garza, L. (2012). La familia como objeto de estudio. México.

- UNICEF. (2003). Nuevas Formas De Familia. Recuperado de http://files.unicef.org/uruguay/spanish/libro_familia.pdf.
- Chávez, M. (2011). Tu hijo, tu espejo: Un libro para padres valientes. Recuperado de https://lareconexionmexico.ning.com/profiles/blogs/pdf-tu-hijo-tu-espejo-autor-martha-alicia-chavez.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Tabaco. Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2015. Recuperado de http://www.who.int/tobacco/global_report/2015/summary/es/.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Un informe de la OMS revela el drástico aumento en el último decenio de políticas de control del tabaco que pueden salvar vidas. Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/tobacco-report/es/.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Iniciativa Liberarse del Tabaco. Recuperado de http://www.who.int/tobacco/es/.
- Ecuadorinmediato. (2011). Loja emprende campaña para eliminar el consumo de cigarrillo. Recuperado de http://ecuadorinmediato.com/index.php?module=Noticias&func=news_user_view&id=145934&umt=loja_emprende_campana_para_eliminar_consumo_cigarrillo.
- Revista Avance, Cuenca, Marzo de 2008 – Edición N° 196. Disponible en: http://www.revistavance.com/cultura-alcoholica.html
- Articulo web del Ministerio de Salud de Buenos Aires – Argentina. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/tabaco/index.php/informacion-para-profesionales/tabaquismo-en-el-mundo-generalidades/prevalencia-mundial
- Organización Mundial de la Salud. (2009). Diez datos sobre el tabaquismo pasivo. Recuperado de www.ops.org.bo.
- Diario en línea La Hora. (2011). Día Mundial sin Tabaco. Recuperado de: http://lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101150370/-1/Instituciones_recordaron_D%C3%ADa_Mundial_sin_Tabaco.html#.V09IA_l97IU.

- Diario en línea Metro Ecuador. (2017). ¿A qué edad los jóvenes comienzan a consumir alcohol?. Recuperado de: https://www.metroecuador.com.ec/ec/estilo-vida/2017/09/21/edad-los-jovenes-comienzan-consumir-alcohol.html
- Diario en línea El Comercio. (2013). Más de 900 000 ecuatorianos consumen alcohol en Ecuador, según el INEC. Recuperado de: http://www.elcomercio.com/tendencias/mas-900-000-ecuatorianos.html
- Diario en línea El Comercio. (2017). El consumo diario de cigarrillo en el Ecuador bajó en 16 años. Recuperado de: http://www.elcomercio.com/tendencias/consumo-diario-cigarrillo-ecuador-fumadores.html
- Juan Revenga. (2014). Informe OMS 2014: consumo de alcohol y salud en el mundo. Recuperado de: http://juanrevenga.com/2014/05/informe-oms-2014-consumo-de-alcohol-y-salud-en-el-mundo/

11. ANEXOS

Anexo 1: Aprobación del Tema de Investigación

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

MEMORÁNDUM NRO. 0912CM-ASH-UNL

PARA: Sr. Luis Eduardo Armijos Ordoñez
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz, Mg.Sc.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 05 de abril de 2016

ASUNTO: **APROBACIÓN DEL TEMA DE TESIS**

En atención a su comunicación presentada en esta Coordinación, me permito comunicarle que luego del análisis respectivo se aprueba su tema "**CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO Y RELACIÓN CON LA ESTRUCTURA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ESTUDIANTES DEL BACHILLERATO DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO DE CATAMAYO**", por consiguiente deberá continuar con el desarrollo del mismo.

Con aprecio y consideración.

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz, Mg.Sc.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL

C.c.- Archivo
Sip

Dirección. Av. Manuel Ignacio Monteros Telefax 2- 571-379 573-480

Anexo 2: Pertinencia

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

1859

MEMORÁNDUM NRO. 01105CCM-ASH-UNL

PARA: Sr. Luis Eduardo Armijos Ordoñez
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz, Mg.Sc.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 26 de mayo de 2016

ASUNTO: Dar Pertinencia al Proyecto de Investigación.

Por medio del presente me permito comunicar a usted, sobre el Proyecto de Tesis adjunto "**CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO Y RELACIÓN CON LA ESTRUCTURA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ESTUDIANTES DEL BACHILLERATO DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO DE CATAMAYO**", de su autoría, **que es pertinente**, de acuerdo al informe del **Dr. German Vélez Reyes**, Docente de la Carrera de Medicina, por lo que deberá continuar con el trámite respectivo.

Con aprecio y consideración

Atentamente,

Universidad Nacional de Loja

Dra. Elvia Raquel Ruiz, Mg. Sc.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL

C.c.- Estudiante y Archivo
Sip

Dirección. Av. Manuel Ignacio Monteros Telefax 2- 571-379 573-480

Loja 26 de Mayo del 2016

Dra.

Elvia Raquel Ruiz

CORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DEL ASH-UNL

Ciudad

De mi consideración:

Con un atento y cordial saludo me dirijo a usted para dar contestación al memorándum N° 01038CCM-ASH-UNL, suscrito por usted, el 17 de mayo del 2016, mediante el cual me solicita dar informe de pertinencia del proyecto de Tesis titulado "CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO Y RELACIÓN CON LA ESTRUCTURA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ESTUDIANTES DEL BACHILLERATO DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO DE CATAMAYO", de autoría del estudiante Luis Eduardo Armijos Ordóñez.

Al respecto debo señalar que el mencionado proyecto cumple con los requisitos teóricos metodológicos de la investigación científica por lo tanto es pertinente para su desarrollo.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente

Dr. German Vélez Reyes.

DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

RECIBIDO POR: .....
FECHA: 26/05/16
HORA: 12:43
FIRMA: .....

Anexo 3: Asignación del Director de Tesis

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

1859

MEMORÁNDUM Nro. 01142-CCM-ASH-UNL

PARA Dr. German Velez Reyes
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz B., Mg.Sc.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 07 de junio de 2016

ASUNTO: Designar Director de Tesis

Por el presente y dando cumplimiento a lo dispuesto en el "Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133, y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 7 de julio de 2009" una vez que ha cumplido con todos los requisitos y considerando que el proyecto de tesis fue aprobado; me permito hacerle conocer que esta Coordinación le ha designado Director del trabajo de Investigación adjunto, cuyo tema es "**CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO Y RELACIÓN CON LA ESTRUCTURA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ESTUDIANTES DEL BACHILLERATO DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO DE CATAMAYO**", de autoría del **Sr. Luis Eduardo Armijos Ordoñez**, estudiante de la Carrera de Medicina.

Con los sentimientos de consideración y estima, quedo de usted agradecido.

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz B., Mg.Sc.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL

RECIBIDO
POR: CC.
FECHA: 08-06-2016
07:36

C.c.- Secretaria Abogada, Estudiante y Archivo
Sip

Dirección. Av. Manuel Ignacio Monteros Telefax 2- 571-379 573-480

Anexo 4: Permiso en la Institución

Catamayo, Junio 17 del 2016

Sor Clara Ines Pardo

RECTORA DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO DE CATAMAYO.

De mi consideración.

YO, **LUIS EDUARDO ARMIJOS ORDÓÑEZ con CI 0704849538,** estudiante de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, me dirijo a usted para solicitar de la manera más comedida me permita realizar encuestas a los estudiantes de bachillerato, la misma que tiene como fin la obtención de información para mi **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN** denominado: **CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO Y RELACIÓN CON LA ESTRUCTURA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ESTUDIANTES DEL BACHILLERATO DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO DE CATAMAYO**

Por la favorable atención que le dé a la misma le anticipo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente.

Luis Eduardo Armijos Ordóñez

C.I. 0704849538

Catamayo 13 de 2016

COLEGIO DE BACHILLERATO INTERCULTURAL "NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO" RECTORADO

Anexo 5: Certificado de Traducción al Inglés del Resumen de Tesis

Ing. María Belén Novillo
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis titulada "CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO Y RELACIÓN CON LA ESTRUCTURA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ESTUDIANTES DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO DE CATAMAYO" autoría del Sr. Luis Eduardo Armijos Ordóñez, egresado de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo al interesado hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 03 de Octubre de 2017

FINE - TUNED ENGLISH - CIA. LTDA. - LOJA - ECUADOR

Ing. María Belén Novillo
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Fine-Tuned English Cia. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email venalfine@finetunedenglish.edu.ec | www.finetunedenglish.edu.ec

LOJA: Fine-Tuned English, Macará entre Miguel Riofrío y Rocafuerte. 2578899, 2563224, 2574702
ZAMORA: Fine-Tuned Zamora, García Moreno y Pasaje 12 de Febrero. Teléfono: 2608169
CATAMAYO: Fine-Tuned Catamayo, Av. 24 de Mayo 08-21 y Juan Montalvo. Teléfono: 2678442

Anexo 6: Test de Recolección de Datos

Universidad Nacional de Loja
Área de la Salud Humana
Carrera de Medicina

APGAR FAMILIAR

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS ESTUDIANTES DEL BACHILLERATO DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO DE CATAMAYO

OBJETIVO: El presente cuestionario tiene como finalidad recoger información para medir la funcionalidad y estructura familiar. Este cuestionario es anónimo, de manera que usted tiene toda la libertad para responder con honestidad

EDAD: SEXO:

1. ¿Cuántos miembros conforman su familia?
   ……..

2. Su familia está compuesta por:
   a. Madre, padre, e hijos ( )
   b. Padres, hijos y abuelos ( )
   c. Padres, hijos y otro familiares ( )
   d. Papá y/o mamá e hijos ( )
   e. Solo mamá ( )
   f. Solo papá ( )
   g. Otro:…….

3. ¿Con quién vive?
   a. Padre y madre ( )
   b. Padre ( )
   c. Madre ( )
   d. Abuelos ( )
   e. Tíos ( )
   f. Hermanos ( )

g. Otros……..

¿Y porque?
……..
……

4. ¿Es hijo único?
……

5. Lugar que usted ocupa en su familia:
   a. Hijo ( )
   b. Madre ( )
   c. Padre ( )
   d. Conyugue ( )
   e. Hermano ( )
   f. Otro:……

6. Nivel socioeconómico familiar:
   a. Alto ( )
   b. Medio ( )
   c. Bajo ( )

7. ¿Usted trabaja?
   a. Sí ( )
   b. No ( )

8. ¿Mantiene actualmente su trabajo?
   a. Sí ( )
   b. No ( )

9. Siente que: ¿La relación familiar ha cambiado últimamente?
   a. Sí ( )
   b. No ( )

   ¿En qué forma?
   ……
   ……

10. ¿Qué tipo de apoyo recibe mayoritariamente por parte de su familia?
    a. Emocional (Brindar amor y empatía) ( )
    b. Informativo (Brindan consejos relacionados con la salud) ( )

c. Instrumental (Proveen servicios: cuidado) ( )

11. ¿Los miembros de su familia cuentan con un trabajo estable?
    a. Si ( )
    b. No ( )

12. ¿Qué miembros de su familia aporta dentro del hogar?
    a. Padre y madre ( )
    b. Padre ( )
    c. Madre ( )
    d. Hijos mayores ( )

13. ¿Alguno de los miembros de su familia ha emigrado a otro país por situación económica?
    a. Si ( )
    b. No ( )

14. ¿Cuál de los miembros de su familia ha emigrado?
    a. Padre y madre ( )
    b. Padre ( )
    c. Madre ( )
    d. Hermanos ( )

15. ¿Hace que tiempo emigro?
    …….

16. ¿Se ha sentido afectado(a) de alguna manera por el miembro de su familia que ha emigrado?
    a. Si ( )
    b. No ( )

    Porque
    ……
    ……

17. ¿Cómo es el comportamiento de sus padres frente a usted?
    a. Mantienen una buena relación. ( )
    b. Discuten prudentemente ( )
    c. Discuten adelante tuyo con palabras fuertes ( )
    d. Discuten agrediéndose físicamente ( )

18. ¿Usted ve que su padre la golpea a su madre frecuentemente?
    a. Si ( )

b. No ( )

19. ¿Tienen regularmente discusiones dentro de su hogar?
    a. Si ( )
    b. No ( )

    Porque:
    .....
    .....

20. ¿Ha sufrido algún tipo de este maltrato, indique cuál?
    a. Psicológico ( )
    b. Físico ( )
    c. Sexual ( )
    d. Otros ( )

    Explique:
    .....
    .....

21. ¿Sus padres si se preocupan por llevarle al médico?
    a. Si ( )
    b. No ( )

22. ¿Cumplen con todas sus necesidades económicas?
    a. Si ( )
    b. No ( )

23. ¿Le brindan educación?
    a. Si ( )
    b. No ( )

24. ¿Se preocupan por las amistades que usted tiene?
    a. Si ( )
    b. No ( )

25. ¿Se preocupan por su alimentación?
    a. Si ( )
    b. No ( )

26. ¿Cuál fue el motivo para que su familia se desintegre?

a. Alcoholismo ( )
b. Infidelidad ( )
c. Situación económica ( )
d. Inestabilidad laboral ( )
e. Desempleo ( )
f. Machismo ( )
g. Migración ( )
h. Falta de amor ( )
i. Agresiones psicológicas y físicas ( )
j. Deferencia de cultura ( )
k. Nivel académico ( )

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					
2. los espacios en la casa					
3. el dinero					
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					

APGAR familiar para uso en niños

PREGUNTA	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
Cuando algo me preocupa, puedo pedir ayuda a mi familia.			
Me gusta la manera como mi familia habla y comparte los problemas conmigo.			
Me gusta como mi familia me permite hacer cosas nuevas que quiero hacer			
Me gusta lo que mi familia hace cuando estoy triste, feliz, molesto, etc.			
Me gusta como mi familia y yo compartimos tiempos juntos.			

Universidad Nacional de Loja
Área de la Salud Humana
Carrera de Medicina

Test de AUDIT

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO DE CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ESTUDIANTES DEL BACHILLERATO DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO DE CATAMAYO

OBJETIVO: El presente cuestionario tiene como finalidad recoger información para medir el consumo de alcohol. Este cuestionario es anónimo, de manera que usted tiene toda la libertad para responder con honestidad

Marque la cifra de la respuesta adecuada en el recuadro de la derecha.

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?
(0) Nunca (Pase a las preguntas 9-10)
(1) Una o menos veces al mes
(2) De 2 a 4 veces al mes
(3) De 2 a 3 veces a la semana
(4) 4 o más veces a la semana

2. ¿Cuantas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?
(0) 1 o 2
(1) 3 o 4
(2) 5 o 6
(3) 7, 8, o 9
(3) 10 o más

3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?
(0) Nunca
(1) Menos de una vez al mes
(2) Mensualmente
(3) Semanalmente
(4) A diario o casi a diario
Pase a las preguntas 9 y 10 sí la suma total de las preguntas 2 y 3 = 0

4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?
(0) Nunca
(1) Menos de una vez al mes
(2) Mensualmente
(3) Semanalmente
(4) A diario o casi a diario

5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?
(0) Nunca
(1) Menos de una vez al mes
(2) Mensualmente
(3) Semanalmente
(4) A diario o casi a diario

6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?
(0) Nunca
(1) Menos de una vez al mes
(2) Mensualmente
(3) Semanalmente
(4) 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?
(0) Nunca
(1) Menos de una vez al mes
(2) Mensualmente
(3) Semanalmente
(4) 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?
(0) Nunca
(1) Menos de una vez al mes
(2) Mensualmente
(3) Semanalmente
(4) A diario o casi a diario

9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?
(0) No
(2) Sí, pero no en el curso del último año
(4) Sí, el último año

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?
(0) No
(2) Sí, pero no en el curso del último año
(4) Sí, el último año.

27. ¿Le ha molestado alguna vez la gente que le critica su forma de beber?
    a. Sí ( )
    b. No ( )

28. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?
    a. Sí ( )
    b. No ( )

29. ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?
    a. Sí ( )
    b. No ( )

30. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?
    a. Sí ( )
    b. No ( )

31. ¿Cree que: el que usted consuma alcohol ha provocado alguna reacción violenta por parte de su familia?
    a. Sí, siempre ( )
    b. A veces ( )
    c. Rara vez ( )
    d. Nunca ( )

32. ¿Qué tipo de violencia ha sido producida?
    a. Física ( )
    b. Sexual ( )

c. Emocional ( )
d. Económica ( )

33. ¿Cree que el usted consuma alcohol ha provocado alguna reacción violenta de su parte en contra de su familia?
    a. Sí, siempre ( )
    b. A veces ( )
    c. Rara vez ( )
    d. Nunca ( )

34. ¿Qué tipo de violencia ha sido producida?
    a. Física ( )
    b. Sexual ( )
    c. Emocional ( )
    d. Económica ( )

35. ¿Alguna vez has consumido por pertenecer a un grupo de amigos?
    a. Si ( )
    b. No ( )

36. ¿Algún miembro de tu familia consume alcohol?
    a. Padre ( )
    b. Madre ( )
    c. Abuelos ( )
    d. Tíos ( )
    e. Hermanos ( )

37. ¿Siente que el alcohol le ayuda a olvidar los problemas de su familia?
    a. Si ( )
    b. No ( )

38. ¿Usted ha presenciado algún tipo de agresión ya sea física, psicológica por parte de sus padres por estar bajo los efectos del alcohol?
    a. Si ( )
    b. No ( )

Universidad Nacional de Loja
Área de la Salud Humana
Carrera de Medicina

Test de Fageström

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO DE CONSUMO DE TABACO EN LOS ESTUDIANTES DEL BACHILLERATO DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO DE CATAMAYO

OBJETIVO: El presente cuestionario tiene como finalidad recoger información para medir el consumo de tabaco. Este cuestionario es anónimo, de manera que usted tiene toda la libertad para responder con honestidad

1. ¿Usted fuma?
   Si ( )
   No ( )

Si la respuesta es "SI" continúe con el cuestionario. Si la respuesta es "NO" deje los espacios en blanco.

Marque la cifra de la respuesta adecuada en el recuadro de la derecha.

1. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma su primer cigarrillo?
(3) Hasta 5 minutos
(2) De 6 a 30 minutos
(1) De 31 a 60 minutos
(0) Más de 60 minutos

2. ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido (hospital, cine, biblioteca)?
(1) Sí
(0) No

3. ¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?
(1) El primero de la mañana
(0) Cualquier otro

4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?
(0) Menos de 10 cigarrillos/día
(1) Entre 11 y 20 cigarrillos/día
(2) Entre 21 y 30 cigarrillos/día
(3) 31 o más cigarrillos

5. ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?
(1) Sí
(0) No

6. ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?
(1) Sí
(0) No

Anexo 7: Resultados del Test Apgar Familiar

Funcionalidad Familiar: Preguntas

Funcionalidad Familiar						
Preguntas	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Casi Siempre	Siempre	Total
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?	21	71	39	51	43	225
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas	93	52	38	31	11	225
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades	73	69	45	21	17	225
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.	36	45	84	36	24	225
Me satisface como compartimos en familia:						
1. el tiempo para estar juntos	31	27	57	65	45	225
2. los espacios en la casa	19	24	74	67	41	225
3. el dinero	12	13	54	88	58	225
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?	23	24	82	61	35	225
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos(as)	11	36	105	41	32	225

Anexo 8: Consentimiento Informado

Universidad Nacional de Loja
Área de la Salud Humana
Carrera de Medicina

Consentimiento Informado

A quien corresponda:

Yo……portador de la cédula de identidad……..……, a través del presente acepto de qué fui informado, sobre la encuesta de investigación sobre, "Consumo de alcohol y tabaco y relación con la estructura y funcionalidad familiar en estudiantes del bachillerato del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo" que se aplicara en el establecimiento en el que se educa mi hijo (a) y acepto de forma voluntaria a que participe en la misma, quedando claro que al contestar será sin compromiso alguno y que no afectara su condición estudiantil, y que la información recabada sea estrictamente confidencial.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR

Sr. Luis Armijos

Investigador Responsable

Carrera de Medicina Humana

Universidad Nacional de Loja
Área de la Salud Humana
Carrera de Medicina

Consentimiento Informado

A quien corresponda:

Yo……estudiante de bachillerato del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo, a través del presente acepto qué fui informado, sobre la encuesta de investigación sobre, "Consumo de alcohol y tabaco y relación con la estructura y funcionalidad familiar en estudiantes del bachillerato del Instituto Tecnológico Nuestra Señora del Rosario de Catamayo" que se me aplicará y acepto de forma voluntaria participar en la misma, quedando claro que al contestar será sin compromiso alguno y que no afectara mi condición estudiantil, y que la información recabada será estrictamente confidencial.

FIRMA DEL ESTUDIANTE

Sr. Luis Armijos

Investigador Responsable

Carrera de Medicina Humana

Catamayo, Junio 17 del 2016

Sor Clara Ines Pardo

RECTORA DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO DE CATAMAYO.

De mi consideración.

YO, **LUIS EDUARDO ARMIJOS ORDÓÑEZ con CI 0704849538,** estudiante de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, me dirijo a usted para solicitar de la manera más comedida me permita realizar encuestas a los estudiantes de bachillerato, la misma que tiene como fin la obtención de información para mi **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN** denominado**: CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO Y RELACIÓN CON LA ESTRUCTURA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ESTUDIANTES DEL BACHILLERATO DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO DE CATAMAYO**

Por la favorable atención que le dé a la misma le anticipo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente.

_____

Luis Eduardo Armijos Ordóñez

C.I. 0704849538

Anexo 9: Procedimientos.

Recolección de datos mediante Encuestas y Test.