



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

**Consumo de alcohol y su relación  
con la Funcionalidad familiar en el  
Barrio San Jacinto de la Ciudad de  
Loja**

TESIS PREVIA A LA  
OBTENCIÓN DE TÍTULO DE  
MÉDICO GENERAL

**AUTORA:**

Kelly Patricia Calva Ajila

**DIRECTOR DE TESIS:**

Dr. Richard Orlando Jiménez Mg. Sc.

**LOJA - ECUADOR**  
**2016**

Loja, 23 de septiembre 2016

Dr. Richard Orlando Jiménez

**DIRECTOR DE TESIS****CERTIFICO**

Que luego de haber dirigido el trabajo de investigación titulado **“Consumo de alcohol y su relación con la Funcionalidad familiar en el Barrio San Jacinto de la Ciudad de Loja”** de autoría de la Srta. Kelly Patricia Calva Ajila, estudiante de la carrera de Medicina Humana previo a la obtención del título de Médico General; y por considerar que ha sido revisada en su integridad y se encuentra concluida en su totalidad, autorizo su presentación final ante el tribunal respectivo.



---

Dr. Richard Orlando Jiménez Mg. Sc.**DIRECTOR DE TESIS**

Loja, 23 de septiembre 2016

### CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

Yo, Calva Ajila Kelly Patricia, declaro ser autora de la tesis titulada CONSUMO DE ALCOHOL Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL BARRIO SAN JACINTO DE LA CIUDAD DE LOJA, como requisito para obtener el grado de Medico General.

Autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre la producción intelectual a través de la visibilidad de su contenido, en repositorio digital institucional - Biblioteca Virtual.

La universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la presente tesis. Para constancia de esta autorización:



Firma:

Autora: Kelly Patricia Calva Ajila

C.I 1900722909

Direccion: Brasil y Polonia

Correo electrónico: kellycalva@hotmail.com

Celular: 0994141258

#### DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dr. Richard Orlando Jiménez Mg. Sc

Tribunal: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán Mg. Sc.

Dr. German Alejandro Vélez Reyes Mg. Sc

Dra. Carmelina Esperanza Severino Correa Mg. Sc

PRESIDENTA DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

**Autoría**

Yo Kelly Patricia Calva Ajila declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

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

Nombre: Kelly Patricia Calva Ajila



Firma:

C.I: 1900722909

Fecha: 23 de Septiembre ,2016

**Dedicatoria**

La concepción de este proyecto está dedicada a mis padres Toribio y Flor, pilares fundamentales en mi vida, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación. Sin ellos, jamás hubiese podido conseguir lo que hasta ahora. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. También dedico este proyecto a mis hermanos Karem, Kranmel y Kiara y a mi hija Ariana, la lucecita de mi vida, quien me presto el tiempo que le pertenecía para poder estudiar y terminar mi carrera universitaria.

Los amo inmensamente.

Kelly Patricia Calva Ajila

## **Agradecimiento**

Agradezco primeramente a Dios por cuidarme guiarme y bendecirme para llegar hasta donde he llegado.

Mis sinceros agradecimientos a la Universidad Nacional de Loja, Área de la Salud, a sus autoridades y docentes, quienes con gran profesionalismo me brindaron el caudal de sus conocimientos tanto teóricos como prácticos durante mi vida estudiantil.

De igual forma un especial agradecimiento al Doctor Richard Jiménez, guía y director de tesis, por brindarme su valiosa orientación para la culminación de éste trabajo.

A mis padres hermanos y familia que han dado todo el esfuerzo para que ahora este culminando esta etapa de mi vida por apoyarme en los mejores y peores momentos siempre estando junto a mí.

Kelly Patricia Calva Ajila

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>Portada</b> .....	I
<b>Certificación</b> .....	II
<b>Carta de autorizacion</b> .....	III
<b>Autoría</b> .....	IV
<b>Dedicatoria</b> .....	V
<b>Agradecimiento</b> .....	VI
<b>Índice de contenidos</b> .....	VII
<b>1. TITULO</b> .....	1
<b>2. RESUMEN</b> .....	2
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>3</b>
<b>3. INTRODUCCIÓN</b> .....	4
<b>4 REVISIÓN DE LA LITERATURA</b> .....	6
<b>4.1 Alcohol</b> .....	6
<b>4.1.1 Alcohol etílico</b> .....	6
<b>4.1.2 Presentaciones para el expendio</b> .....	6
<b>4.1.3 Farmacocinética del alcohol</b> .....	6
<b>4.1.4 Efectos del alcohol en la fisiología humana</b> .....	9
<b>4.1.5 Adultos jóvenes y consumo de alcohol</b> .....	13
<b>4.2 Alcoholismo</b> .....	14
<b>4.2.1 Definición</b> .....	14
<b>4.3 Familia</b> .....	19
<b>4.3.1 Definición</b> .....	19
<b>4.3.2 La familia como sistemas</b> .....	20
<b>4.3.3 Subsistemas familiares</b> .....	21
<b>4.3.4 Tipos de familias</b> .....	23
<b>4.3.5 Funcionalidad familiar</b> .....	23
<b>4.3.6 Ciclo vital de la familia</b> .....	25
<b>4.4 Adulto joven</b> .....	35

4.4.1	Definición .....	35
4.5	La funcionalidad familiar y el consumo de alcohol.....	35
5	MATERIALES Y MÉTODOS.....	37
5.1	Descripción del tipo de estudio.....	37
5.2	Universo y muestra.....	37
5.3	Criterios de inclusión .....	37
5.4	Criterios de Exclusión.....	37
5.5	Recolección de datos.....	37
5.6	Instrumentos.....	37
5.7	Aspectos éticos .....	38
5.8	Procedimiento.....	38
6	RESULTADOS.....	39
7	DISCUSIÓN.....	46
8	CONCLUSIONES.....	48
9	RECOMENDACIONES.....	49
10	BIBLIOGRAFÍA.....	50
	ANEXO 1.....	56
	ANEXO 2.....	57
	ANEXO 3.....	59
	ANEXO 4.....	61
	ANEXO 5.....	62

## **1. TITULO**

**Consumo de alcohol y su relación con la Funcionalidad familiar en el Barrio San Jacinto  
de la Ciudad de Loja**

## 2. RESUMEN.

El consumo de alcohol es un problema de salud pública, que compromete la salud produciendo un desequilibrio en el desarrollo personal, social y familiar y que puede ser desencadenado o desencadenar la funcionalidad familiar la cual, se refiere al cumplimiento de las funciones básicas dentro de la familia que condiciona el ajuste de la familia al medio social y el bienestar subjetivo de sus integrantes. El objetivo general del presente estudio, fue establecer la relación entre el consumo de alcohol y la funcionalidad familiar en los adultos jóvenes de 20 a 39 años del barrio San Jacinto, de la ciudad de Loja, en el periodo de enero a julio del 2016, en un estudio descriptivo transversal. La población de estudio fue de 50 adultos jóvenes. Para la recolección de la información se utilizó el familiograma, el test de identificación de trastornos debido al consumo de alcohol AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) y el test de funcionamiento familiar FF-SIL. La tabulación y el análisis de datos fue, mediante el programa Microsoft Excel 2010, obteniéndose como principales resultados: del 100% de los adultos jóvenes que participaron en el estudio el 64% consumen alcohol; el 48 % pertenecen a familias moderadamente funcionales de las cuales el 34% consumen alcohol y que el 28% corresponden a familias disfuncionales de quienes el 18% consumen alcohol. Con los resultados obtenidos se determinó que si existe relación entre el consumo de alcohol con familias moderadamente funcionales y familias disfuncionales.

**Palabras clave:** Alcohol, Funcionalidad familiar, Medio Social, AUDIT, FF-SIL

## **ABSTRACT**

Alcohol consumption is a public health problem, which causes an imbalance in the personal, social and family development. It can be triggered by or trigger familiar functionality which refers to the fulfillment of the basic functions within the family determining the family adjustment to the social environment and subjective well-being of its members. The overall objective of this study was to establish the relationship between alcohol consumption and family functioning in young adults aged between 20 and 39 years old from San Jacinto neighborhood of the city of Loja, in the period from January to July 2016 using a cross-sectional descriptive study. The study population consisted of 50 young adults. A genogram, Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and Family Functioning Questionnaire FF-SIL were used to collect information. Tabulation and data analysis was done using Microsoft Excel 2010 program, obtaining the following as main results: out of 100% of young adults who participated in the study, 64% consume alcohol; 48% belong to moderately functional families, of which 34% consumed alcohol and that 28% are dysfunctional families of which 18% consume alcohol. The results determined that there was a relationship between alcohol moderately functional families and dysfunctional families.

**Keywords:** Alcohol, Family Function, Social Media, AUDIT, FF-SIL

### 3. INTRODUCCIÓN

El alcohol es una sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia, utilizado durante siglos por muchas culturas. “Se calcula que el uso nocivo del alcohol causa cada año 3,3 millones de muertes, representando un 5,9 % del total mundial, la Organización Mundial de la Salud determina que el consumo de alcohol provoca defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana, es así que en el grupo etario de 20 a 39 años, el 25 % de las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol” (World Health Organization, 2015) , lo que determina un incremento importante de morbilidad, y ocupa el tercer lugar entre los principales factores de riesgo de muerte prematura y discapacidad a nivel mundial.

En la región de las Américas, el consumo de alcohol es en promedio, el segundo más alto per cápita, de todas las regiones de la Organización Mundial de la Salud después de Europa, “se estima que alrededor del 6% de los habitantes de la región padece algún trastorno relacionado con el alcohol. En cinco años, casi se duplico el porcentaje de bebedores hombres que tienen consumos episódicos fuertes de alcohol, paso del 18% al 30% y casi se triplicó esa tasa en mujeres del 4,6% al 13%” (Pan American Health Organization & World Health Organization, 2015)

En nuestro país la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición revela que “el 92.6% de los participantes de 20 a 59 años declararon haber consumido alguna vez bebidas que contienen alcohol, el 41.3% declaro haber consumido alcohol en el último mes y de este grupo 19.5 % empezó a consumir a los 14 o 15 años en cuanto a la diferencia por sexo los hombres iniciaron su consumo a edades más tempranas que las mujeres”. (W. Freire et al., 2012)

Dentro de la familia, las diferentes etapas de edad, se constituyen algunas ocasiones en periodos difíciles, donde se pueden presentar crisis diversas, tanto para el adulto joven como para los miembros de su familia, es durante esta etapa que pueden manifestar ciertas conductas de riesgo tanto para su salud como para la de terceros; entre una de estas conductas se encuentra el consumo de alcohol “que puede describirse en términos de gramos de alcohol consumido o por el contenido alcohólico de las distintas bebidas, en forma de unidades de bebida estándar”. (P Anderson, Gual, & Colon, 2008)

“Cuanto antes se comienza a beber, el riesgo es mayor”. (Rodríguez García, Sanchiz Ruiz, &

Bisquerra Alzina, 2014) es así que “al ser el consumo de alcohol en los adolescentes jóvenes un problema multicausal tenemos que dentro de las variables familiares estudiadas por algunos autores, encontraron que la disfunción familiar es causante del consumo de alcohol en esta etapa, sin embargo no se especifica que elemento de la dinámica familiar influencia el consumo”.(Félix Zurita & Álvaro, 2014)

Sin embargo sigue siendo complejo establecer si es la misma dinámica familiar que interviene en la etiología de la enfermedad adictiva o si, debido a esta, existe una dinámica familiar en proceso de disfunción o ya es una familia disfuncional (Rodríguez García et al., 2014).

Existen pocos estudios acerca del consumo de alcohol en adultos jóvenes de 20 a 39 años relacionado con la funcionalidad familiar. Lo expuesto, incentivo el interés para realizar la presente investigación cuyo objetivo principal fue establecer la relación entre la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol en los adultos jóvenes de 20 a 39 años, del barrio San Jacinto del cantón Loja, periodo Enero-Julio del 2016; como objetivos específicos: describir la tipología familiar ; identificar la existencia del consumo de alcohol; determinar la edad de inicio de consumo de alcohol ; determinar la funcionalidad familiar y finalmente analizar la relación existente entre la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol de los adultos jóvenes de 20 a 39 años del barrio antes mencionado.

Se tomó en cuenta a los adultos jóvenes como un grupo aparentemente no vulnerable, pero este periodo se marca por lo sucedido en la adolescencia como el consumo de alcohol asociado a las presiones de grupo; y. que en la actualidad representa un problema de salud pública con características específicas que requiere ser estudiado.

Por lo que, con la presente investigación se busca beneficiar a este grupo no prioritario y sus familias, cuyos resultados servirán de base para futuras investigaciones en el campo de la prevención e intervención desde el ámbito de la Medicina.

## 4 REVISIÓN DE LA LITERATURA

### 4.1 Alcohol

#### 4.1.1 Alcohol etílico

El alcohol etílico también conocido como etanol, alcohol vínico y alcohol de melazas, es un líquido incoloro y volátil de olor agradable, que puede ser obtenido por dos métodos principales: la fermentación de las azúcares y un método sintético a partir del etileno. (Téllez Mosquera & Cote Menéndez, 2006)

La fermentación de las azúcares, es el proceso más común para su obtención a partir de macerados de granos, jugos de frutas, miel, leche, papas o melazas, utilizando levaduras que contienen enzimas catalizadoras que transforman los azúcares complejos a sencillos y a continuación en alcohol y dióxido de carbono. (Téllez Mosquera & Cote Menéndez, 2006)

El alcohol diluido es utilizado en la elaboración de las bebidas o licores comerciales y la concentración para cada bebida suele expresarse en porcentaje de contenido alcohólico. (Téllez Mosquera & Cote Menéndez, 2006)

#### 4.1.2 Presentaciones para el expendio

Tipo de bebida	Concentración de alcohol en volumen
Tequila, pisco	50 - 60%
Whisky, vodka, ginebra importados	40 - 50%
Whisky nacional	30 - 45%
Aguardiente y ron nacionales	25 - 35%
Jerez y oporto	20 - 25%
Vinos	8 - 12%
Cervezas importadas	5 - 10%
Cervezas nacionales	4 - 6 %

**Fuente:** (Téllez Mosquera & Cote Menéndez, 2006)

**Elaborado por:** Kelly Calva

#### 4.1.3 Farmacocinética del alcohol

**Absorción.** La absorción del etanol, mayoritariamente se da en la parte proximal del intestino delgado (más del 80 %) y menos en el estómago (hasta un 20 %), es por difusión pasiva

siguiendo la ley de Fick. La velocidad de absorción determina la magnitud de sus concentraciones plasmáticas así como la intensidad y duración de sus efectos tóxicos, la velocidad depende de muchos factores:

- Aumenta con el estómago vacío (C máxima a los 30-60 minutos) y más lenta en presencia de alimentos (disminuye la superficie de absorción y el vaciamiento gástrico se enlentece).
- La concentración de alcohol en la bebida también influye, siendo la absorción más veloz cuando tiene una graduación alcohólica del 20-30%. Las graduaciones más altas producen un espasmo del píloro y retrasan la evacuación gástrica, lo que disminuirá la velocidad de absorción
- Las bebidas alcohólicas que contiene gas carbónico (por ejemplo el cava) o mezcladas con bebidas carbónicas (soda) presentan una absorción más rápida.
- La velocidad aumenta si se ingiere una dosis de etanol de una sola vez y no en varias dosis pequeñas, probablemente porque en el primer caso el gradiente de concentración del etanol será más alto.

**Distribución.** El alcohol es una molécula muy hidrosoluble y por ello se distribuye por todo el agua corporal, siendo las concentraciones similares a las de la sangre en la mayoría de los tejidos y órganos bien irrigados. Atraviesa las barreras hematoencefálica y placentaria y se excreta en la leche materna. Debido a su pobre liposolubilidad, no se difunde bien en la grasa.

Tras administrar una misma dosis ajustada al peso, las concentraciones sanguíneas de alcohol son mayores en las mujeres que en los hombres. Parece deberse a varios factores. Por un lado, las mujeres tienen menor cantidad de alcohol deshidrogenasa en el estómago y, por otro, presentan mayor proporción de grasa subcutánea y menor volumen de sangre. (Estruch, 2006)

**Metabolismo.** Su degradación metabólica es esencialmente por oxidación hepática en un 90-98% y un 2-10% puede ser eliminado por vías accesorias como son el riñón y el pulmón. La mayor parte de alcohol se transforma en acetaldehído por la acción de tres enzimas:

- Alcohol deshidrogenasa (ADH). Esta enzima se encuentra principalmente en el hígado. En personas no alcohólicas el 90-95% de la oxidación del etanol se realiza por medio de la ADH.

La dotación enzimática de ADH es limitada, lo que explica que exista una capacidad fija para metabolizar el alcohol, que se calcula en unos 8-10 g/hora (120 mg/kg/hora, 10 ml/hora).

Cuando se supera esta cantidad el sistema se satura y ello implica que el alcohol se acumula al no poder metabolizarse. (Estruch, 2006)

- Sistema oxidativo microsomal del etanol (MEOS). Es un sistema enzimático dependiente del citocromo P-450 isoenzima 2E1. En bebedores moderados contribuye de forma marginal a la oxidación del alcohol (5-10%). En bebedores crónicos puede inducirse y llegar a representar hasta un 25% de la capacidad oxidativa total. Esta vía es relevante como fuente de interacciones farmacológicas ya que algunos fármacos son metabolizados por ella y compiten con el etanol. (Estruch, 2006)

- Sistema catalasa-peroxidasa. Es dependiente del peróxido de oxígeno y su contribución al metabolismo del alcohol es mínima. (Estruch, 2006)

- Aldehído-deshidrogenasa (ALDH). Representa hasta un 75% de la capacidad. Presenta un polimorfismo genético con una enzima con nula actividad metabólica que conduce a concentraciones mayores de acetaldehído y la aparición de efectos indeseables. Estas formas sin actividad son más frecuentes en individuos orientales, a los que el alcohol les produce efectos indeseables (cefalea, enrojecimiento de la cara y tórax, náuseas y vómitos). Se ha comprobado que las personas que presentan este defecto tienen menor frecuencia de alcoholismo. Algunos fármacos utilizados en el tratamiento del alcoholismo inhiben la actividad de esta enzima (disulfiram, cianamida), con lo que aparecen los síntomas adversos antes descritos, que son la base de la terapia aversiva del alcoholismo. (Estruch, 2006)

El acetaldehído es una sustancia muy tóxica y reactiva. Se piensa que es el responsable de los efectos indeseables agudos del etanol y de algunos de sus efectos perjudiciales crónicos.

Un 2-10% del alcohol se elimina sin metabolizar, en la orina, sudor y respiración. En el caso de la respiración se aprovecha para determinar de forma indirecta y no invasiva la alcoholemia, al existir una relación directa entre la concentración en la sangre y la del aire espirado.

Como detalle, el metanol se metaboliza por las mismas vías que el etanol en formaldehído y ácido fórmico que es muy tóxico para la retina. Para evitar su toxicidad en casos de intoxicación

se administra etanol para competir por los sistemas de biotransformación y así impedir su metabolismo con lo que se evita su toxicidad. (Estruch, 2006)

#### **4.1.4 Efectos del alcohol en la fisiología humana**

El alcohol etílico (etanol) es tóxico para la mayoría de tejidos del organismo, pero consumido de forma esporádica y a dosis bajas, sus efectos son rápidamente reversibles. (Estruch, 2006)

**Efectos agudos del etanol sobre el aparato digestivo.** En la práctica es el primer órgano en el que entra en contacto el alcohol y los efectos del alcohol sobre éste dependen en gran medida sobre la dosis administrada así:

A dosis bajas (30 g de etanol), el consumo de alcohol no parece tener ningún efecto sobre la motilidad esofágica. En cambio, estudios realizados tanto en sujetos sanos como en alcohólicos crónicos a los que se administró etanol a dosis elevadas (0,8 g/kg de peso) por vía oral e intravenosa han demostrado que el alcohol reduce de forma transitoria la presión basal del EEI, la amplitud de las contracciones de este esfínter y la frecuencia de relajación después de una deglución. Estos efectos resultan ser más intensos en los sujetos sanos (no alcohólicos) que en los pacientes alcohólicos crónicos, lo que sugiere el desarrollo de una cierta tolerancia tras un consumo mantenido de alcohol. Además, desaparecen a las 8 - 24 horas de la administración del alcohol, lo que demuestra su reversibilidad en los sujetos sanos. (Estruch, 2006)

En los pacientes alcohólicos crónicos, los efectos agudos del alcohol sobre el EEI son diferentes. Tras un primer efecto de reducción de la presión del EEI, se observa un gran aumento de presión en los días siguientes. Esto ha llevado a que algunos autores consideren que parte de los trastornos esofágicos observados en los pacientes alcohólicos crónicos son debidos a un fenómeno de abstinencia. (Estruch, 2006)

En sujetos sanos, la administración aguda y crónica de alcohol también reduce la función motora del cuerpo medio del esófago, con reducción tanto de la frecuencia como de la amplitud de las ondas peristálticas, pero sin afectar a la velocidad de propagación de estas ondas. En cambio, en los alcohólicos crónicos se observa un gran aumento de la amplitud de las ondas peristálticas. Esta alteración manométrica explicaría que un elevado porcentaje de pacientes alcohólicos crónicos refieran disfagia leve en el tercio medio del esófago cuando son

interrogados específicamente en este sentido. Estas alteraciones son reversibles tras varios meses de abstinencia. (Estruch, 2006)

La administración aguda de alcohol por vía oral e intravenosa a voluntarios sanos produce una reducción de la presión de este esfínter, junto a una disminución significativa de la amplitud media de contracción tras la deglución. Este trastorno podría explicar, al menos en parte, la elevada incidencia de neumonía por aspiración y de abscesos pulmonares en los pacientes alcohólicos crónicos tras una intoxicación alcohólica aguda. A ello, habría que añadir que cantidades moderadas de alcohol también parecen inhibir el reflejo tusígeno. (Estruch, 2006)

Por otra parte, el consumo de alcohol facilita el desarrollo de esofagitis por reflujo al reducir tanto la función del esfínter esofágico inferior como las contracciones peristálticas de la porción distal del esófago. La reducción de la presión del esfínter inferior facilita el reflujo del contenido gástrico al esófago, mientras que la disminución de las ondas peristálticas del esófago impide una rápida devolución del contenido esofágico al estómago. (Estruch, 2006)

Desde hace años se conocen los efectos deletéreos del consumo de etanol sobre la mucosa gástrica. El paradigma de estos efectos es la gastritis aguda inducida por la ingestión de grandes cantidades de alcohol. No obstante, por otra parte, muchos médicos todavía aconsejan el consumo de cantidades moderadas de alcohol como antianorexígeno, es decir, para abrir el apetito. El hecho de que predomine uno u otro efecto depende fundamentalmente de la cantidad de alcohol consumida, pero puede que también tengan importancia los productos no-alcohólicos presentes en determinadas bebidas alcohólicas como vino y cerveza. (Estruch, 2006)

Un porcentaje relativamente elevado de sujetos presenta diarrea más o menos intensa tras una intoxicación alcohólica aguda. Esta diarrea es de causa multifactorial. Por un lado, la elevada concentración de alcohol en el intestino delgado produce un aumento de la motilidad intestinal. (Estruch, 2006)

Varios estudios han comprobado que la ingestión aguda de alcohol causa un aumento de la motilidad intestinal, medida, por ejemplo, mediante el tiempo de tránsito oro-cecal. Este efecto se ha atribuido a una acción sobre el sistema nervioso autónomo y/o un efecto inflamatorio sobre la mucosa intestinal pero lo más probable es que se trate de un efecto directo del etanol sobre las fibras musculares lisas del intestino delgado. (Estruch, 2006)

Por otro lado, la administración intrayeyunal de alcohol a concentraciones elevadas produce lesiones hemorrágicas de la mucosa intestinal. En otras palabras, una simple dosis de alcohol ya es capaz de producir lesiones gástricas (antro) y duodenales detectables tanto a nivel macroscópico como microscópico. No obstante, también merece destacarse que el consumo de alcohol aumenta la permeabilidad intestinal incluso antes de que puedan observarse alteraciones de la mucosa intestinal con el microscopio óptico. De hecho, un elevado porcentaje de alcohólicos crónicos presenta malnutrición calórica y/o proteica, aproximadamente un 20% en nuestro medio. (Estruch, 2006)

Las causas de malnutrición en los alcohólicos son múltiples e incluyen una reducción de la ingesta calórica, una mala digestión de causas gástricas y pancreáticas, malabsorción de los nutrientes en el intestino delgado, insuficiencia hepática (hepatopatía crónica) e incremento de las necesidades metabólicas relacionadas con el propio metabolismo del etanol. (Estruch, 2006)

El consumo excesivo de alcohol da lugar a un gran número de alteraciones pancreáticas, entre las que destacan la pancreatitis aguda Efectos del alcohol en la fisiología humana edematosa o necrotizante, y la pancreatitis crónica con o sin insuficiencia pancreática secundaria. No obstante, como no todos los pacientes alcohólicos crónicos desarrollan pancreatitis aguda o crónica, se cree que es necesario el concurso de otros factores para que aparezcan estas enfermedades. (Estruch, 2006)

**Efectos agudos del etanol sobre el sistema cardiovascular.** Actualmente nadie duda del efecto deletéreo del consumo excesivo de alcohol sobre el sistema cardiovascular, ya que su consumo excesivo da lugar a patologías graves como la miocardiopatía alcohólica, hipertensión arterial, arritmias y accidente vasculares cerebrales. No obstante, a lo largo de la historia muchos médicos han llegado a prescribir bebidas alcohólicas como “tónico” cardíaco. Asimismo, en los últimos años también han aparecido numerosos artículos que sugieren que el consumo moderado de alcohol reduce la mortalidad global y muy especialmente la mortalidad por cardiopatía coronaria. (Estruch, 2006)

En la práctica clínica resulta muy difícil diferenciar los efectos agudos y crónicos del alcohol sobre el sistema vascular, ya que muchas veces ambos efectos se dan simultáneamente en una misma persona. Así, muchos de los efectos “agudos” del alcohol, por ejemplo, sobre el ritmo cardíaco, sólo se observan en pacientes alcohólicos crónicos con una miocardiopatía dilatada, un efecto crónico del consumo de alcohol y, de hecho, en algunas ocasiones los efectos agudos

del alcohol sirven para desenmascarar una disfunción cardiaca crónica asintomática. (Estruch, 2006)

Los pacientes alcohólicos tienen un mayor riesgo de sufrir una muerte súbita independientemente de que presenten o no una cardiopatía coronaria. De hecho, aproximadamente una cuarta parte de las muertes súbitas en personas jóvenes o adultas de mediana edad se relacionan con una sobre ingesta de alcohol. (Estruch, 2006)

Los mecanismos de muerte súbita relacionados con el consumo de alcohol todavía no se conocen con exactitud. No obstante, como se han identificado pocos pacientes alcohólicos con taquicardias ventriculares sostenidas, se ha postulado que la taquicardia ventricular en los alcohólicos rápidamente degenera a una fibrilación auricular. (Estruch, 2006)

**Efectos agudos del alcohol sobre el sistema nervioso.** Entre todos los efectos producidos por la ingestión aguda de alcohol sobre el sistema nervioso central merece destacarse la intoxicación alcohólica aguda. (Estruch, 2006)

Los signos y síntomas de esta intoxicación son bien conocidos y se correlacionan con las concentraciones de alcohol alcanzadas en sangre, que al fin y al cabo traducen los niveles de etanol en el cerebro. A medida que van aumentando la cifra de alcoholemia, el sujeto intoxicado presenta primero una fase de hiperexcitabilidad del córtex, para presentar después un síndrome confusional y cerebeloso, hasta llegar finalmente a sufrir un coma más o menos profundo. (Estruch, 2006)

También merecen comentarse las intoxicaciones patológicas y las lagunas o amnesias alcohólicas (black outs). (Estruch, 2006)

La intoxicación patológica se refiere a la rápida aparición de una excitación extrema, con conductas irracionales o violentas, después de la ingestión de pequeñas cantidades de alcohol. Estos episodios duran de minutos a horas y suelen ir seguidos de un estado de somnolencia, del cual el paciente se despierta sin recordar nada. Por algún motivo no conocido el etanol produce un efecto excitante en lugar de sedante, de forma similar a las reacciones patológicas observadas en los pacientes tratados con barbitúricos. (Estruch, 2006)

Las lagunas alcohólicas se refieren a las amnesias, en ocasiones de horas, que algunos pacientes presentan tras una intoxicación alcohólica aguda. Parece tratarse de un trastorno agudo de la memoria de fijación, sin alteración de las otras funciones cerebrales como la memoria inmediata

o la remota. Aunque se le considera como un signo de dependencia al alcohol, las lagunas alcohólicas pueden aparecer en cualquier fase del alcoholismo, incluso en los bebedores esporádicos. (Estruch, 2006)

**Efectos de dosis moderadas de alcohol.** También se han referido algunos efectos beneficiosos del consumo moderado de bebidas alcohólicas sobre algunas funciones y patologías cerebrales. Así, en un estudio epidemiológico en el que se incluyeron más de 3777 varones y mujeres mayores de 65 años de la región de Burdeos, Francia, se comprobó que los bebedores moderados de vino tenían una prevalencia de enfermedad de Alzheimer un 75% inferior al grupo control (personas abstemias).

Asimismo, en otro estudio posterior los mismos autores observaron que los sujetos mayores de 65 años que bebían regularmente cantidades moderadas de vino obtenían unos resultados en las pruebas neuropsicológicas de evaluación de la función mental significativamente mejores que las personas abstemias. (Estruch, 2006)

#### **4.1.5 Adultos jóvenes y consumo de alcohol**

Entre los jóvenes, el alcohol es la droga predilecta. El alcohol no sólo afecta la mente y el cuerpo muchas veces de manera impredecible, sino que además los adolescentes carecen de las habilidades de criterio y resistencia para manejar el alcohol con prudencia. Como resultado:

- Los accidentes de tránsito relacionados con el alcohol son una importante causa de muerte y discapacidades entre los jóvenes. El uso de alcohol también está relacionado con muertes en la juventud por ahogamiento, incendio, suicidio y homicidio.
- Los adolescentes que usan alcohol tienen más probabilidades que los adolescentes abstemios de ser sexualmente activos a edades más tempranas, de tener relaciones sexuales con mayor frecuencia y de tener sexo sin protección.
- Los jóvenes que beben tienen más probabilidades que los demás de ser víctimas de delitos violentos, incluyendo violación, asalto a mano armada y robo.
- Los adolescentes que beben tienen más probabilidades de tener problemas de asistencia a la escuela, con las tareas y el comportamiento escolar. (Monteiro, 2007)

En un estudio realizado con jóvenes entre 16 y 37 años resultó interesante que el comportamiento de consumo de alcohol no presento diferencias entre hombres y mujeres como tampoco la edad (15 años en promedio). Sin embargo, al analizar los niveles de consumo, en un nivel perjudicial si es más frecuente en hombres que en mujeres. (Lema S, Varela A, Duarte A, & Bonilla G, 2011)

Lo anterior podría reflejar que el consumo regular de alcohol es un fenómeno que se presenta de manera generalizada en el contexto de los jóvenes, que persiste e incluso va en aumento a pesar de las acciones de prevención que se desarrollan. (Lema S et al., 2011)

Otro aspecto preocupante es la frecuencia con la que los jóvenes consumen alcohol siendo en promedio cuatro días al mes, lo cual posiblemente refleja que esta práctica se lleva a cabo cada fin de semana. Al respecto, es posible pensar que cada vez los jóvenes tienen mayor acceso al alcohol, en términos de recursos económicos para adquirirlo y situaciones sociales que facilitan y refuerzan el consumo; llevándolos a consumir con mayor frecuencia e intensidad. (Lema S et al., 2011)

Así, aunque los jóvenes perciban el consumo de alcohol como una práctica de riesgo y reconozcan su relación con otros comportamientos de riesgo (como tener relaciones sexuales sin preservativo, conducir vehículos en estado de embriaguez, llegar al consumo de otras drogas, violencia intrafamiliar), esto no es suficiente para regular su comportamiento de consumo. (Lema S et al., 2011)

## **4.2 Alcoholismo**

### **4.2.1 Definición**

El término alcoholismo fue acuñado originalmente en 1849 por Magnus Huss. Hasta la década de 1940 hacía referencia principalmente a las consecuencias físicas del consumo masivo y prolongado. Otro concepto más estricto es el alcoholismo considerado como enfermedad, que está marcado por la pérdida de control sobre la bebida, causado por una alteración biológica preexistente y que tiene una evolución progresiva previsible. Más adelante, Jellinek y otros autores emplearon el término para designar el consumo de alcohol que provoca cualquier tipo de daño (físico, psicológico, individual o social). Jellinek subdividió el alcoholismo así definido en una serie de “especies” designadas con letras griegas. (World Health Organization, 2008)

La imprecisión del término hizo que un Comité de Expertos de la OMS lo desaprobara en 1979, dando preferencia a una expresión más concreta, síndrome de dependencia del alcohol, que es uno de los muchos problemas relacionados con el alcohol. El alcoholismo no está incluido en las categorías diagnósticas de la CIE-10 (ICD-10). (World Health Organization, 2008)

Pese a su significado ambiguo, el término todavía se utiliza de forma generalizada con fines diagnósticos y descriptivos. Por ejemplo, en 1990 la American Society of Addiction Medicine definió el alcoholismo como una “enfermedad crónica primaria en cuya evolución y manifestaciones intervienen factores genéticos, psicosociales y ambientales. La enfermedad suele ser progresiva y fatal. Se caracteriza por los siguientes rasgos, que pueden ser continuos o periódicos: deterioro del control sobre la bebida, obsesión por el alcohol, consumo de alcohol pese a sus consecuencias adversas y perturbación del pensamiento, sobre todo, negación.”

Otras clasificaciones han dividido el alcoholismo en varios tipos, algunos de ellos considerados enfermedades otros no. Se hacen varias distinciones: entre el alcoholismo esencial y el reactivo, en la que el término “esencial” indica que el alcoholismo no es secundario ni está precipitado por ninguna otra enfermedad; entre el alcoholismo primario y el secundario para indicar el orden de aparición cuando hay dualidad en el diagnóstico y entre el alcoholismo de tipo I y de tipo II, en la que el tipo II tiene un componente claramente genético y vinculado al sexo masculino. En el lenguaje antiguo, los términos dipsomanía y adicción al alcohol hacían referencia al acto de beber hasta perder el control; ebriedad también era una referencia más general a la embriaguez habitual y sus efectos nocivos. (World Health Organization, 2008)

El Alcoholismo conceptualizado como enfermedad, se lo considera como un trastorno que tiene una causa biológica primaria y una evolución natural previsible, lo que se ajusta a las definiciones aceptadas de cualquier enfermedad. La perspectiva lega de Alcohólicos Anónimos que afirmaba que el alcoholismo, caracterizado por la pérdida de control sobre la bebida y, por tanto, sobre la propia vida, era una “enfermedad” se trasladó a la bibliografía erudita en los años cincuenta en forma del concepto del alcoholismo como enfermedad. El concepto estaba arraigado en las concepciones tanto médicas como legas del siglo XIX, que consideraban la embriaguez como una enfermedad.

En 1977, un Grupo de Investigadores de la OMS, en respuesta al uso impreciso y variable del término alcoholismo, propuso utilizar en su lugar la expresión síndrome de dependencia del alcohol en nosología psiquiátrica. Por analogía con la dependencia de las drogas, el término

dependencia del alcohol ha tenido una buena acogida en las nosologías actuales. (World Health Organization, 2008)

Las definiciones actuales de alcoholismo, no se apartan de la que hizo Magnus Huss en 1849. Una de las más aceptadas es la del Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS): “El alcoholismo es un trastorno conductual crónico, manifestado por repetidas ingestas de alcohol, excesivas respecto a normas sociales y dietéticas de la comunidad y que acaban interfiriendo la salud o las funciones económicas y sociales del bebedor. (Castañeda González, Alvarez Acosta, & Oramas Hernández, 2008)

La inexactitud del término llevó a un Comité de Expertos de la OMS a descartar su uso, prefiriendo utilizar el de síndrome de dependencia del alcohol como uno de los muchos problemas relacionados con el consumo de alcohol. (P Anderson et al., 2008)

Por otro lado, El consumo de alcohol puede describirse en términos de gramos de alcohol consumido o por el contenido alcohólico de las distintas bebidas, en forma de unidades de bebida estándar. (P Anderson et al., 2008)

El término bebida estándar es utilizado para simplificar la medición del consumo de alcohol. A pesar de que esto puede ser inexacto, su nivel de precisión es suficientemente bueno para recomendarlo como método para calcular el consumo de alcohol en distintos ámbitos, como por ejemplo, en salas de urgencias y accidentes, en centros de atención primaria y en pacientes internados. Aunque la utilización del término bebida estándar tiene ventajas, también presenta algunas dificultades:

- El contenido de alcohol de las bebidas varía enormemente, entre 1 y 45%, lo que puede llevar a cálculos erróneos.
- El mismo tipo de bebida puede ser presentada en distintos tipos de envases, con las consiguientes diferencias en cantidad de alcohol.
- La concentración del grado de alcohol puede variar en una misma bebida, dependiendo de dónde y cómo ha sido producida.
- Una bebida estándar difiere de un país a otro.

• En la mayoría de los países, se acuerda, por consenso, el contenido de alcohol de una bebida estándar, sin que existan estudios científicos previos. La utilización de bebidas estándar simplifica la evaluación del consumo de alcohol y se puede adoptar en forma sistemática en los centros de atención primaria de la salud. Sin embargo, puesto que hay diferencias de un país a otro, cada país debería determinar el contenido de alcohol de una bebida estándar no sólo por consenso, sino mediante estudios científicos. La Organización Mundial de la Salud (Babor y Higgins-Biddle, 2001) propuso los siguientes valores para las bebidas estándar:

- 330 ml de cerveza al 5%
- 140 ml de vino al 12%
- 90 ml de vinos fortificados (por ejemplo jerez) al 18%
- 70 ml de licor o aperitivo al 25%
- 40 ml de bebidas espirituosas al 40%

Por su gravedad específica, un mililitro de alcohol contiene 0.785g de alcohol puro; por lo tanto, la definición de la OMS con respecto a las bebidas estándar es de aproximadamente 13 g de alcohol. Se debe recordar que en Europa, una bebida estándar contiene aproximadamente 10g de alcohol.(P Anderson et al., 2008)

**Consumo de riesgo.** El consumo de riesgo se define como un nivel o patrón de consumo que acarrea riesgo de consecuencias perjudiciales para la salud, si el hábito persiste. No existe un acuerdo en cuanto a cuál es el nivel de consumo de alcohol que implica un consumo de riesgo, pero para diversas condiciones, cualquier nivel de consumo de alcohol implica riesgos. La OMS lo define como consumo regular diario de 20 a 40g de alcohol en mujeres, y de 40 a 60g diarios en hombres. (P Anderson et al., 2008)

**Consumo perjudicial.** El consumo perjudicial se refiere a un patrón de consumo que afecta a las personas tanto en su salud física (por ej., cirrosis hepática) como en su salud mental (por ej., depresión como resultante del consumo). Basada en datos epidemiológicos en lo que respecta a los daños causados por el alcohol, la OMS define el consumo perjudicial como consumo regular promedio de más de 40g de alcohol diarios en mujeres y de más de 60g diarios en hombres. (P Anderson et al., 2008)

**Intoxicación.** Puede ser definida como un estado más o menos breve de discapacidad funcional psicológica y motriz inducida por la presencia de alcohol en el cuerpo, aún con un nivel bajo de consumo. Intoxicación no es sinónimo de consumo excesivo ocasional. (P Anderson et al., 2008)

**Consumo excesivo ocasional.** Una sesión de beber en la que se consume al menos 60g de alcohol puede definirse como consumo excesivo episódico u ocasional (“binge drinking”, en inglés) (P Anderson et al., 2008)

**Dependencia del alcohol.** El CIE-10, el Manual de la OMS para la Clasificación de Trastornos Mentales y del Comportamiento, define a la dependencia del alcohol como un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición a otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él. Una característica central que se presenta es el deseo, poderoso y difícil de controlar, de consumir alcohol. El volver a beber después de un período de abstinencia está a menudo asociado con una rápida reaparición de las características del síndrome. (P Anderson et al., 2008)

### **Términos mal definidos que se recomienda no utilizar**

Existen varios términos mal definidos incluyendo:

- **Consumo moderado de alcohol,** El informe evita el uso de la palabra “moderado” ya que es una expresión inexacta que intenta describir un patrón de consumo opuesto al consumo excesivo. Aunque es utilizada para referirse a una forma de consumo que no causa problemas (por lo tanto no es sinónimo de beber en exceso), su definición no es exacta. Una mejor expresión sería “consumo de bajo riesgo”.(P Anderson et al., 2008)

- **Consumo razonable,** consumo responsable y consumo social. Son imposibles de definir pues dependen de valores éticos, sociales y culturales que varían según los países, las costumbres y los tiempos. (P Anderson et al., 2008)

- **Consumo excesivo,** es un término que, en lo posible, es preferible no utilizar, ya que supone la existencia de una norma de consumo menor a la cual ese consumo, considerado excesivo, se opone. Se prefiere hablar de consumo de riesgo. (P Anderson et al., 2008)

- **Abuso del alcohol**, es un término de uso corriente, aunque tiene diversos significados. A pesar de ser utilizado en el DSM, manual para el diagnóstico de trastornos mentales, debe ser considerado como una categoría residual, se ha de dar prioridad, siempre que sea aplicable, a la palabra “dependencia”. También se usa a veces de manera peyorativa para referirse a cualquier tipo de consumo, especialmente de drogas ilegales. Se prefiere hablar de consumo perjudicial y de riesgo. (P Anderson et al., 2008)

- **Uso indebido del alcohol** es un término que describe la utilización del alcohol en forma no consistente con las normas legales o médicas, como el uso no médico de los remedios que requieren prescripción médica. Se prefiere la utilización del término consumo de riesgo. (P Anderson et al., 2008)

## 4.3 Familia

### 4.3.1 Definición

Concepción etimológica de la familia de acuerdo con los científicos, existen varias versiones que dan cuenta del origen etimológico de la palabra familia, sin que haya verdadera unidad de criterios frente a este aspecto, algunos consideran que la palabra Familia proviene del latín familiae, que significa “grupo de siervos y esclavos patrimonio del jefe de la gens”. (Oliva Gómez & Villa Guardiola, 2013)

En concepto de otros, la palabra se derivada del término famulus, que significa “siervo, esclavo”, o incluso del latín famēs (hambre) “Conjunto de personas que se alimentan juntas en la misma casa y a los que un padre familias tiene la obligación de alimentar” Bajo esta concepción se presumía la inclusión de la esposa y de los hijos del pater familia, a quien legalmente pertenecían en cualidad similar a un objeto de su propiedad, hasta que como concepto integrador (de cognados –vinculados por lazos de sangre- y agnados –con vínculos civiles-), acabó siendo subsumido y reemplazado inicialmente por la conceptualización y forma grupal de la gens, que históricamente precedió a otras formas más avanzadas como las familias punalúa, sindiásmica, poligámica, monogámica y la actual o posmoderna; todas ellas con características organizativas distintas pero siempre conceptualizadas de manera similar. (Oliva Gómez & Villa Guardiola, 2013)

**Concepto genérico de familia.** Desde una concepción tradicional, se puede observar que “la familia ha sido el lugar primordial donde se comparten y gestionan los riesgos sociales de sus miembros”.(Oliva Gómez & Villa Guardiola, 2013)

En contraste con lo anterior y en un sentido aparentemente amplio pero realmente restringido desde el aspecto de los vínculos que le sirven de factor integrador, “la familia es el grupo de personas entre quienes existe un parentesco de consanguinidad por lejano que fuere”. (Oliva Gómez & Villa Guardiola, 2013)

Se ha definido también según autores como Luciano Febvre como “el conjunto de individuos que viven alrededor de un mismo lugar...”que continúa diciendo que “La familia se define como el conjunto de individuos que viven alrededor de un mismo hogar” definición que muestra la amplitud de su cobertura conceptual, pero con una cierta limitación desde el aspecto espacial, que no se ajusta a las nuevas realidades que impone la globalización con sus características migratorias y de movilidad de sus integrantes. (Oliva Gómez & Villa Guardiola, 2013)

La familia, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado. En muchos países occidentales, el concepto de la familia y su composición ha cambiado considerablemente en los últimos años, sobre todo, por los avances de los derechos humanos y de los homosexuales. (Montalvo Reyna, Espinosa Salcido, & Pérez Arredondo, 2013)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), podemos definir la familia como “conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan”. (Luque Oliveros, 2013)

#### **4.3.2 La familia como sistemas**

Podríamos definir la familia desde la perspectiva sistémica como un conjunto organizado e interdependiente de unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí y en intercambio permanente con el exterior. En esta definición se contemplan varios aspectos fundamentales de la teoría de sistemas: la familia como sistema total configurado por subsistemas, la familia como sistema abierto que se

autorregula por reglas de interacción y, finalmente, la familia como sistema en constante transformación e interacción con otros sistemas. La familia como sus miembros son en sí mismos un todo y simultáneamente una parte de un todo supra ordinal. La parte y el todo se contienen recíprocamente en un proceso continuo de comunicación e interrelación. (Valencia, 2010)

Como sistema, la familia tiende al equilibrio (homeostasis) y al cambio (morfogénesis). Esta situación coincide con la experiencia clínica con familias que tienden predominantemente a mantener el status quo y a presentar una adaptabilidad estructural. Esta rigidez estructural se acompaña de un alto nivel de patología y conducta sintomática en los miembros de la familia considerados individualmente. También, otros estudios indican que cuanto más grave es el problema familiar, más rígida es la resistencia al cambio (morfoestasis). (Trujano, 2010)

En aquellas familias en las que se aprecia algún tipo de disfunción, los procesos de autorregulación pueden incorporar síntomas y conductas mal adaptadas como aspectos necesarios del sistema. En estas situaciones, la necesidad de mantener comportamientos establecidos incrementa la rigidez familiar y dificulta las posibilidades de cambio. (Trujano, 2010)

### **4.3.3 Subsistemas familiares**

Los holones o subsistemas como también se les conoce, al interior del sistema son: individual (cada miembro), conyugal (la pareja), parental (padres e hijos), y el fraterno (hermanos). Asimismo, Minuchin establece que en la estructura familiar se pueden identificar los límites, los cuales “están constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera lo hacen en la familia... tienen la función de proteger la diferenciación del sistema”. (Trujano, 2010)

Los límites indican cuáles individuos pueden estar en un holón o subsistema y cómo deben interactuar. Los límites internos se identifican entre los miembros de los subsistemas familiares. (Trujano, 2010)

1. **Claros.** Son aquellas reglas que pueden definirse con precisión como para permitir a los miembros del sistema el desarrollo de sus funciones sin interferencias entre subsistemas,

pero permitiendo el contacto entre los miembros de los diferentes holones. (Trujano, 2010)

2. **Difusos.** Son aquellos que no se definen con precisión; no queda claro quién debe participar, cómo y cuándo, habiendo falta de autonomía entre los miembros del sistema, quienes están aglutinados mostrando invasión entre subsistemas. El estrés de un miembro individual repercute intensamente en los demás. (Trujano, 2010)
3. **Rígidos.** En las familias con este tipo de límites, la comunicación entre sus miembros se torna muy difícil; cada uno funciona en forma autónoma con desproporcionado sentido de independencia, careciendo de sentimientos de lealtad y pertenencia. Sólo un alto nivel de estrés afectando a un miembro puede activar los sistemas de apoyo de la familia. (Trujano, 2010)

Los límites al exterior del sistema implican reglas de interacción entre la familia y otros sistemas. (Montalvo Reyna et al., 2013)

1. Jerarquía; hace referencia a la distribución del poder y destaca al miembro con mayor poder en la familia, no al que grita más fuerte sino el que se hace obedecer y mantiene el control sobre los demás.
2. Centralidad; indica parte del territorio emocional de la familia y se refiere al integrante de la familia sobre el cual giran la mayor parte de las interacciones familiares; dicho miembro puede destacarse por cuestiones positivas o negativas.
3. Periferia; de acuerdo a lo anterior, y en contraste, éste parámetro se refiere al miembro menos implicado en las interacciones familiares.
4. Alianzas; se refieren a la unión de dos o más personas para obtener un beneficio sin dañar a otro como, por ejemplo, las alianzas por afinidad de intereses, de género o edad.
5. Coaliciones; son la unión de dos o más personas para dañar a otra; así, encontramos coaliciones abiertas o encubiertas.
6. Hijo (a) parental; es aquel miembro de la familia que asume el papel y las funciones de padre o madre, de forma permanente, lo cual le impide vivir de acuerdo a su posición y rol que le corresponde como hijo y miembro del subsistema fraterno. (Montalvo Reyna et al., 2013)

#### 4.3.4 Tipos de familias

Los lazos principales que definen una familia son de dos tipos: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio que, en algunas sociedades, sólo permite la unión entre dos personas mientras que en otras es posible la poligamia, y vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre. También puede diferenciarse la familia según el grado de parentesco entre sus miembros. (Rondón García, 2011)

1. Por el número de miembros que da lugar al tamaño de la familia.

- a) **Familia Grande:** más de 6 miembros.
- b) **Familia mediana:** entre 4 y 6 miembros.
- c) **Familia Pequeña:** de 1 a 3 miembros.

Por la ontogénesis de la familia:

**Familia nuclear.** Presencia de hasta dos generaciones; padres e hijos (si los hay), matrimonio con hijos o sin ellos y hermanos solos; también se conoce como «círculo familiar».

**Familia extensa o extendida.** Además de la familia nuclear, incluye a los abuelos, tíos, primos, hijos casados o en unión consensual con descendencia o sin ella y otros parientes, sean consanguíneos o afines; es decir presencia de dos generaciones o más. (Rondón García, 2011)

**Familia mixta o ampliada.** Cualquier tipo de familia que rebasa las anteriores estructuras; puede incluir otros parientes y amigos.

**Familia monoparental.** En la que el hijo o hijos viven(n) sólo con uno de los padres sea por muerte, divorcio o separación.

**Familia reconstituida o reconstruida.** Si existe matrimonio nuevo. (Rondón García, 2011)

#### 4.3.5 Funcionalidad familiar

El funcionamiento familiar consiste en la capacidad del sistema familiar para cumplir con sus funciones esenciales enfrentando y superando cada una de las etapas del ciclo vital, las crisis por las que atraviesa, dando lugar a patrones que permiten ver la dinámica interna en función del medio en que ella se desenvuelve. (Vargas, n.d.)

Desde el Modelo Circumplejo de Sistemas familiares y Maritales (Olson, 2000; Olson, Russell y Sprenkle, 1989), el cual ha tenido una gran difusión en los últimos años en el mundo académico y profesional, se sostiene que la cohesión, la flexibilidad y la comunicación son las tres dimensiones que principalmente definen el constructo funcionamiento familiar. Por lo tanto entre los indicadores más utilizados para valorar la dinámica familiar, podemos señalar la adaptabilidad o flexibilidad, la cohesión, el clima emocional y la comunicación. (Schmidt, Barreyro, & Maglio, 2009)

La adaptabilidad familiar se refiere en primer lugar a la flexibilidad o capacidad de la familia para adoptar o cambiar sus reglas o normas de funcionamiento, roles, etc., ante la necesidad de tener que enfrentar determinados cambios, dificultades, crisis o conflictos por los que puede atravesar la misma en un momento dado. La no presencia de esta flexibilidad impide a la familia hacer un uso adecuado de sus recursos, lo que provoca un aferramiento a esquemas, normas, roles, actitudes, que resultan poco funcionales y dificultan encontrar una solución viable a la situación familiar problemática. (Dionisio F. Zaldívar Pérez, n.d.) (Schmidt et al., 2009)

La cohesión se refiere al grado de unión emocional percibido por los miembros de la familia y es una de las dimensiones centrales de la dinámica familiar. Cuando la cohesión es estrecha favorece la identificación física y emocional y el establecimiento de sólidos vínculos y un fuerte sentimiento de pertenencia con el grupo familiar en su conjunto. (Schmidt et al., 2009)

La comunicación familiar es la tercera dimensión del modelo y familia el movimiento dentro de las otras dos dimensiones, refleja los patrones de interacción a través de los cuales los miembros de una familia interactúan, intercambian mensajes con contenidos afectivos, informativos o normativos. La adecuación o inadecuación de los patrones comunicativos familiares juega un rol principal en la funcionalidad o disfuncionalidad de la misma. (Schmidt et al., 2009)

También se habla de la armonía que se refiere a la correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia., el rol, en donde cada miembro cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar y la permeabilidad que corresponde a la capacidad de la familia para brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones.(Schmidt et al., 2009)

El desequilibrio entre estas dimensiones predispone a la disfuncionalidad familiar aunado al incumplimiento de las funciones de la familia que incluyen la función biosocial, económica, y la función educativo-cultural. (Schmidt et al., 2009)

Por lo tanto existen dos tipos de familias:

**Familia Funcional:** Una familia funcional o moderadamente funcional, se caracterizan por ser cohesionadas con una unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas, armónica con correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

**Familia disfuncional:** Es una espacio donde no se valora al otro, no se cumplen con los roles correspondientes a cada miembro de la familia, no se delegan responsabilidades, lo cual afecta directamente a los integrantes del grupo familiar, ya que puedo generar rasgos de personalidad desequilibrados que les afectarán en todos los ámbitos de la vida.

**4.3.5.1 Funciones de la familia.** La función biosocial es en la cual la familia cumple la función de reproducción, ya que en ella se gesta la necesidad de la descendencia y se crean las condiciones para el desarrollo físico, psicológico y social de sus integrantes. (Schmidt et al., 2009)

La función económica, se ejerce por medio de la realización de actividades para garantizar la integridad de los miembros. Incluye la obtención y administración de los recursos tanto monetarios como bienes de consumo, la satisfacción de necesidades básicas, tanto por la vía de abastecimiento como el mantenimiento.(Schmidt et al., 2009)

Función educativo cultural, se incluye bajo esta denominación la influencia que ejerce la familia en sus miembros, en todo el proceso de aprendizaje individual y el propio desarrollo familiar, es la función que produce el proceso de transmisión de experiencia historicosocial en la vida cotidiana, la transmisión de valores eticomorales que se derivan de los principios, normas y regulaciones que se observan y se aprenden en la familia en el mundo de relaciones intra y extrafamiliares. (Schmidt et al., 2009)

#### **4.3.6 Ciclo vital de la familia**

El ciclo vital familiar, es un concepto ordenador, para entender la evolución secuencial de la familia y las crisis transicionales que atraviesa en función del crecimiento y desarrollo de sus

miembros. Sin embargo, no es fácil pasar de pensar acerca del individuo a pensar en la familia como unidad emocional. El ciclo vital familiar también se ha descrito como aquel en que se plantea una secuencia de momentos altamente significativos por las expectativas, la tensión y los cambios que desde cada ciclo plantean. Es vivido por cada familia de manera singular. Es posible que algunas familias no hayan vivido todas las etapas o que otras vivan simultáneamente varias de ellas. (Moratto Vásquez, Zapata Posada, & Messenger, 2015)

El ciclo vital tiene muchas variaciones, por ejemplo, no todas las familias tienen hijos, hay un porcentaje cada vez mayor de familias que experimentan divorcio, nuevo matrimonio, separación, adopción y otros cambios, que hacen más difícil definir el ciclo vital. Doherty ha denominado “familia pluralística” a un nuevo patrón variable de la estructura familiar, en ella los niños pueden crecer en distintos ambientes, entre ellos: un hogar con un solo progenitor que nunca se ha casado, un progenitor solo divorciado, una pareja de padres del mismo sexo. (Moratto Vásquez et al., 2015)

El ciclo vital familiar generalmente se inicia con el galanteo de la pareja y después de atravesar toda una serie de etapas termina, más o menos cincuenta años después con la muerte de ambos cónyuges. Se han propuesto diferentes modelos de ciclo vital de la familia atendiendo a distintos críticos y utilizando diferentes referentes para señalar el inicio de cada etapa. (Moratto Vásquez et al., 2015)

La OMS define un modelo en seis etapas. Se inicia con la formación en el momento del matrimonio, y caracteriza las sucesivas etapas en función de fenómenos de incremento (extensión por el nacimiento de los hijos) o disminución de los componentes de la familia (contracción por emancipación de los hijos o fallecimiento del cónyuge). (Vargas, n.d.)

El modelo define bien los límites de las fases, con lo que facilita la clasificación de la familia tanto desde el punto de vista clínico como demográfico. (Vargas, n.d.)

ETAPA	DESDE	HASTA
I. Formación	Matrimonio	Nacimiento del primer hijo
II. Extensión	Nacimiento del primer hijo	Nacimiento del último hijo
III. Extensión completa	Nacimiento del último hijo	Primer hijo abandona del hogar
IV. Contracción.	Primer hijo abandona del	Último hijo abandona el hogar

	hogar	
V. Contracción completa	Ultimo hijo abandona el hogar	Muerte del primer cónyuge
VI. Disolución.	Muerte del primer cónyuge	Muerte del cónyuge sobreviviente.

**Fuente:** (Vargas, n.d.)

**Elaborado por:** Kelly Calva

#### 4.3.6.1 Características de las etapas del ciclo vital de la familia según la OMS.

##### *I. Formación del matrimonio*

1. *Constitución de la pareja.* Definición de pareja matrimonial: “Se caracteriza por una permanencia del vínculo, en que se suman vida afectiva, relaciones sexuales, intercambio económico, deseo de compartir el futuro junto a un proyecto vital que les da sentido y que determina el establecimiento de dependencias cualitativamente diferentes de las que pueden darse en cualquier otro vínculo”. (Vargas, n.d.)

##### *2. Características de la elección.*

- Implica reciprocidad: se es simultáneamente electo y elegido.
- Lo que se espera del objeto elegido se relaciona con lo que se espera de la relación.
- Madurez (emocional, económica, interpersonal) y desempeño conyugal

##### *3. Teorías explicativas*

###### a. Psicoanálisis

-Acuerdos inconscientes: determinan una peculiar modalidad de interacción y de complementariedad. Indican la manera y el objeto a elegir; regulan lo permitido y prohibido. Su objetivo es satisfacer fantasías infantiles complementarias.

- Influencias de las relaciones tempranas.

###### b. Teoría sistémica

- Procesos de interacción: relación como totalidad y contexto de la elección. Ensamblaje de aspectos individuales que se van estructurando a través de la retroalimentación mutua.

- Relaciones consistentes que implican patrones descriptibles y presumibles.

#### *4. Fases del proceso de evolución de pareja*

##### a. Periodo de galanteo y elección de pareja.

- Prepararse para el rol de hombre o mujer.
- Independizarse de la familia de origen y definición de las relaciones futuras con esta.
- Iniciar la formación de una identidad de pareja.
- Generar una intimidad con su pareja.

##### b. Matrimonio y consolidación de la pareja.

- Adaptarse a los roles y tareas de una casa.
- Manejo del poder
- Patrones de resolución de conflictos.

En esta etapa última etapa se pueden distinguir dos momentos: Nido sin y la familia que espera su primer hijo.

a) Nido sin usar: adaptación de los cónyuges al matrimonio. Duvall define una serie de actividades que los matrimonios deben poner en marcha es esta etapa de desarrollo. Entre ellas se destacan: el establecimiento de un hogar, como ganar y gastar el dinero, implementar un sistema de comunicación eficaz, acuerdos en las relaciones con los amigos y parientes y acordar la planificación familiar. Todo esto se resume a una decisión unánime por parte del matrimonio en todos los aspectos de la vida en pareja, adaptándose a la situación de “llegar a un acuerdo en común”. (Vargas, n.d.)

b) La familia que espera: en este momento los problemas generalmente giran en torno al embarazo donde la pareja, principalmente la mujer, consulta en forma periódica por sus controles de embarazo. (Vargas, n.d.)

#### *Problemas frecuentes.*

- Alianza con la familia de origen de uno o ambos miembros, esto acarrea una dificultad para asumir el rol de esposo/a, padre/madre.
- Alianza fraternal entre los cónyuges como forma de poder salir del hogar de origen. Impide la inclusión del hijo como tal.

- Búsqueda de un hijo para consolidar la unión de la pareja que todavía no ha sido lograda

**II. Extensión.** Nacimiento del primer hijo - Nacimiento del último hijo. La llegada de los hijos. El nacimiento de un hijo crea cambios tanto en la relación de pareja como en toda la familia. Es una transición de estructura diádica a triádica. Implica redefinir la relación en términos sexuales y sentimentales. Aparecen nuevos roles y funciones: madre, padre (función materna y función paterna); y con ellos los de la familia extensa: abuelos, tíos, primos, etc. Las funciones de los padres se diferencian para poder brindarle al niño la atención y cuidados que necesita. Se formará una vinculación afectiva madre-hijo descifrando las demandas de cuidado y alimentación de este último. Durante este período el padre es un observador que participa activamente desde afuera sosteniendo esta relación y haciendo el nexo entre madre hijo/mundo exterior. (Vargas, n.d.)

Llegará el momento donde el hombre deberá recuperar a su mujer como pareja y a su hijo en relación a él. La incorporación de un hijo en la familia provoca inevitablemente mucha tensión en la pareja. Son frecuentes los reproches, la depresión, cansancio de ambos padres, dificultad para ponerse de acuerdo en cómo y cuándo hacer las cosas. Es un momento de vuelco hacia la familia extensa. A veces esto es tomado con alegría y en forma positiva y en otras aumenta la tensión o los conflictos. (Vargas, n.d.)

Durante la etapa preescolar, la dinámica familiar se centra a tolerar y ayudar a la autonomía de los hijos, impulsando la socialización y el control del niño. Es el momento indicado para fomentar labores del hogar e identificar roles sexuales y familiares. (Vargas, n.d.)

*Problemas frecuentes.*

- Persistencia de la unión madre-bebé a lo largo del tiempo.
- Intolerancia por parte del padre de ocupar un lugar secundario en esta tríada durante los primeros meses.
- Excesiva participación de la familia extensa en el cuidado del bebé, con la consecuente dificultad de los padres para adaptarse al nuevo escenario.

**III. Extensión completa.** Nacimiento del último hijo - Primer hijo abandona el hogar

*Infancia.* Esta es una etapa crucial en la evolución de la familia. Es el primer desprendimiento del niño del seno familiar y su apertura al mundo externo. Se unirá a una nueva institución con maestros y compañeros y realizará nuevas actividades fuera del hogar. En cierta medida es la puesta a prueba de todo lo que la familia inculcó en los primeros años al niño (límites, relación con la autoridad). La red social del niño se amplía y se comenzará a relacionar con otros adultos significativos. Estas nuevas experiencias pueden ser transmitidas al niño como algo bueno, donde el crecimiento tiene una connotación positiva o pueden ser vividas como una pérdida o un abandono, dificultando su adaptación. La pareja dispone de más tiempo y existe una consolidación y estabilización laboral, ya que la mujer puede regresar al mundo profesional, si en algún momento se retiró. (Vargas, n.d.)

*Problemas frecuentes.*

- En algunas familias, los padres se pueden enfrentar a imágenes que no les gustan, haciendo responsable al colegio o los maestros de ellas y/o provocando cambios frecuentes de colegio, que dificulta más la adaptación del niño.
- Otras familias depositan a los niños en la escuela demandándole a ésta funciones que le corresponden a los padres cumplir. (Vargas, n.d.)

*Crisis de la infancia.* Esta se da por dificultad de los padres para tolerar y controlar las conductas de los hijos, así como por el “cansancio” que provoca la crianza. Esto puede estar aunado a otros agentes no superados en etapas anteriores como frustración de la madre, problemas económicos, padre no consciente de su rol, etc. Por su parte, la familia suele sentirse probada por la escuela al evaluar su eficiencia en términos de crianza y socialización. (Vargas, n.d.)

*Adolescencia.* (Periodo intermedio del matrimonio).

La adolescencia es una etapa de grandes crisis para la mayoría de los individuos y las familias. Se producen grandes cambios en todos los integrantes del núcleo familiar y en la relación de éstos con el exterior. (Vargas, n.d.)

La familia necesita hacer los ajustes que requieren el comienzo de la pubertad y la madurez sexual. El adolescente sufre una gran crisis de identidad, su cuerpo sufre cambios y aparecen los caracteres sexuales secundarios bien definidos; comienza a ampliar su contacto con el

mundo externo y el espacio geográfico en el que se mueve, lugares donde los padres no son invitados a participar. (Vargas, n.d.)

Los padres deben ajustarse a las necesidades de independencia del adolescente.; las relaciones con sus pares, su grupo, pasan a ser primordiales en la vida del adolescente; el grupo ayuda a elaborar todos los cambios que le van sucediendo y ayuda a separarse de sus padres; es importante para el adolescente sentir que se puede alejar de su casa sin perder a los padres, lo que intenta confirmar con sus actos de rebeldía. (Vargas, n.d.)

Por momentos el adolescente se torna un ser de difícil manejo y comprensión por parte de los padres, la familia y la sociedad en general, desarrollan una crisis de identidad.

Se debe destacar que en esta etapa los padres a su vez están pasando por la crisis de la edad media, momento en el cual aparece la incertidumbre de ya no ser joven, hay una evaluación de todo lo realizado hasta el momento y enfrenta a los padres nuevamente como pareja. (Vargas, n.d.)

Para el adolescente es importante la presencia de los límites firmes (con posibilidad de renegociarlos de acuerdo al crecimiento), con espacio para que ellos experimenten y se equivoquen, teniendo la oportunidad de recurrir a sus padres si los necesitara, esto lo hace sentir seguro. (Vargas, n.d.)

La ausencia de límites hace que el adolescente se sienta solo, desamparado y da lugar a que aparezcan conductas de riesgo (violencia, embarazos no deseados, drogas, etc.) con el propósito de captar la atención de sus padres. (Vargas, n.d.)

#### *Problemas frecuentes.*

- Dificultad de los padres para poner los límites adecuados.
- Dificultad para permitir el desprendimiento del adolescente del seno familiar.

#### *Crisis evolutiva de la adolescencia.*

1. Conflictos de identidad: para los padres es la preparación para la adultez, para el adolescente la aprobación de los pares en el día a día.

2. Genera frustraciones en los padres al no cumplir con las expectativas y sentir que sus sacrificios fueron inútiles
- .3. Los padres deben validar la idea de que, en este momento, el adolescente ya no ve como “héroe” a los padres. En el mejor de los casos, se convierten en guías u orientadores, sin embargo, pueden convertirse en enemigos del adolescente, respondiendo este con agresividad y rebeldía.
4. Dificultad de los padres para aceptar como normales y saber corregir las conductas “disruptivas” del adolescente
5. Los padres racionalizan la conducta de los hijos atribuyéndola a “madurez”. Es importante destacar que los adolescentes, per se: evitan relacionarse con el resto de la familia, cuidan su independencia e intimidad. Algunos aspectos importantes de sus vidas pasan desapercibido para los padres (ya sea por desconfianza del adolescente o por falta de apoyo y entendimiento de los padres), importante es el caso de la sexualidad. Cuando los padres por algún motivo se les hace patente las situaciones de sus hijos, suelen reaccionar con ira y el joven asume una posición de dependencia y mayor rebeldía; situación que hace casi imposible la convivencia entre ellos. (Vargas, n.d.)

#### ***IV Etapa de contracción (Parcial).*** Primer hijo abandona el hogar

Estas últimas etapas tienen como denominador común la producción de pérdidas, tanto por la salida de los hijos del hogar, como de funciones (jubilación). (Vargas, n.d.)

*Partida de los hijos.* Tiene una duración aproximada de 20 a 30 años, dependiendo del número de hijos de la pareja. Cabe destacar, que en las familias con hijo único, esta etapa es vivida en forma más traumática debido al paso brusco de la etapa de extensión al nido vacío. Con la partida de los hijos, los esposos deben aprender a vivir nuevamente en “independencia”. Esto requiere cambios de roles y funciones lo que suele producir en muchas oportunidades una situación de crisis, principalmente en las mujeres que han centrado toda su energía en el crecimiento de sus hijos. A partir de este momento los padres deberán reconocer a la nueva familia como diferente y con características propias, aceptando la incorporación de otros en la vida familiar. (Vargas, n.d.)

Por parte de los hijos, esta nueva etapa está marcada por la capacidad de la familia de origen para desprenderse de sus hijos y de incorporar a nuevos individuos como el cónyuge y la familia política. Los hijos entrarán a la faceta en donde deberán formar su propia familia iniciando su propio el ciclo vital.

La relación con los hijos adquiere otra dimensión de adulto a adulto y con el envejecimiento de los progenitores, los hijos jugarán nuevos roles de cuidadores.

*Problemas frecuentes.* Es común atravesar esta etapa con mucha dificultad. Las parejas que dejan “todo” por la crianza de los hijos pueden acusar a éstos de dejarlos solos, cuando en realidad lo que hay es una dificultad en la para reencontrarse, estar solos o aceptar el paso del tiempo. (Vargas, n.d.)

*Crisis evolutiva de la partida.*

- La insatisfacción marital de las madres es un obstáculo para la independencia de los hijos.
- Los hijos temen las consecuencias de su partida en la relación conyugal de sus padres.
- Se suele responsabilizar a la madre cuando los hijos no se pueden marchar. (Vargas, n.d.)

**V. Contracción completa.** El último hijo abandona el hogar. (Etapa Del nido vacío)

Esta etapa se inicia con la partida del último hijo del hogar. En esta etapa observamos, paradójicamente, el contraste entre el entusiasmo e ilusión que caracterizaban la fase del matrimonio con la incertidumbre y la nostalgia que con gran frecuencia se ve marcada en esta fase del desarrollo familiar. Los problemas de salud en esta etapa son numerosos, aunque muchas dolencias son producto del proceso de envejecimiento normal. (Vargas, n.d.)

*La edad Madura.* La pareja se enfrentará al reencuentro entre ellos (salida de los hijos del hogar y l cese laboral). De las características de este encuentro dependerá que la pareja continúe unida o no. Así mismo, afrontan cambios no solo en lo individual sino también a nivel familiar. El fin de la vida laboral puede ser asumido por algunos como el inicio de una nueva etapa, donde tendrán la oportunidad de realizar cosas postergadas durante la juventud, disfrutar de los nietos y seguir generando proyectos, para otros es el fin de su vida activa y el paso hacia una etapa “improductiva”.

Dentro de las familias aparecerán nuevos roles: abuelo/a. Este nuevo rol les permite a los padres, ahora abuelos, tener un contacto más libre y placentero con los nietos que lo que tenían con sus propios hijos. (Vargas, n.d.)

*La vejez.* Cada uno de los integrantes sufrirá cambios a nivel corporal y/o emocional. Todo esto requiere de un tiempo de procesamiento. En esta etapa del ciclo vital suele haber un revés en cuanto a quién proporciona los cuidados físicos, emocionales e incluso económicos de los padres. Las características de estos nuevos vínculos dependerán de cómo se establecieron las relaciones a lo largo de la historia familiar. La pareja se enfrenta a múltiples pérdidas: salud, juventud, trabajo, personas. (Vargas, n.d.)

Por otro lado son los abuelos los encargados de transmitir la historia, ritos y costumbres a las nuevas generaciones, ayudando así a establecer su identidad individual y familiar. Esto los pone a ellos en un lugar privilegiado, que hoy en día es descuidado por las familias y la sociedad en general. (Vargas, n.d.)

*Problemas frecuentes.*

- Enfermedades crónicas degenerativas
- Imposibilidad para enfrentar los procesos normales del envejecimiento tanto de sí mismos como de sus contemporáneos.
- Calificación de la vida que llevaron como poco satisfactoria.

*Crisis evolutiva*

- Dificultad para la adaptación a la nueva situación tanto personal como familiar.
- Conflicto ante la muerte.

**VI. Disolución.** Fallecimiento de los cónyuges. El ciclo vital familiar concluye.

En la muerte del cónyuge, el sobreviviente se enfrenta a la soledad. Pueden acentuarse enfermedades preexistentes o desencadena la aparición de nuevas. La persona adopta una actitud pasiva y expectante. (Vargas, n.d.)

## **4.4 Adulto joven**

### **4.4.1 Definición**

Según el Modelo de atención integral de salud del Ecuador (MAIS) se define adulto joven a todos los individuos en las edades comprendidas entre 20 y 39 años. (MSP, 2012)

La característica principal es que el individuo debe comenzar asumir roles sociales y familiares es decir, hacerse responsable de su vida y de la de quienes le acompañen en la conformación de una familia. Hay consolidación de la identidad y comienzo de la realización del proyecto de vida, la crisis experiencial o de realismo es superada durante el transcurso de esta etapa.

## **4.5 La funcionalidad familiar y el consumo de alcohol**

Las actitudes que adoptan los integrantes de la familia ante la conducta alcohólica de algunos de sus componentes generalmente influyen de modo decisivo en la evolución del propio enfermo pues la familia constituye un sistema de relaciones entre los miembros y cualquier alteración en su dinámica tiende a afectar su equilibrio. (Jaime Valdés, Pérez Guerra, Rodríguez Díaz, Vega Díaz, & Díaz Rivas, 2014)

La familia es una institución que cumple una importantísima función social como transmisora de valores éticos y culturales e igualmente juega un decisivo papel en el desarrollo psicosocial de sus integrantes. El funcionamiento familiar es considerado como la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y se evalúa a través de las categorías de cohesión, armonía, rol, permeabilidad, afectividad, participación y adaptabilidad. (Jaime Valdés et al., 2014)

Los problemas de funcionamiento familiar pueden influir tanto en la aparición como en la descompensación de las enfermedades psiquiátricas y en las conductas de riesgo de salud. Resultados de investigaciones documentan la relación del funcionamiento familiar como factor predisponente o coadyuvante en la producción y el curso de diversas enfermedades y problemas de salud en sus integrantes. El alcoholismo se asocia, fundamentalmente, con otras adicciones como la conducta antisocial y el suicidio y predice la ocurrencia de desórdenes mentales. (Jaime Valdés et al., 2014)

Muchos autores han estudiado la dinámica familiar en el hogar de procedencia del alcohólico y señalan su coincidencia con la llamada “crisis familiares no transitorias” (divorcio, enfermedades crónicas o muerte en uno o ambos padres, hostilidad excesiva, violencia doméstica, pérdida de la estimación hacia el bebedor, descuido de los hijos, situaciones judiciales, actos deshonorosos y malas relaciones interpersonales, entre otras). (Jaime Valdés et al., 2014)

En un estudio descriptivo transversal realizado cuyo objetivo era caracterizar el funcionamiento familiar en el paciente alcohólico, en el periodo junio 2012 a enero 2013 de un universo de 236 pacientes se identificó como principales causas que alteran el funcionamiento familiar el rechazo al paciente alcohólico y las relaciones familiares inadecuadas, en este estudio resulto interesante que las crisis de más alta de aparición fueron la de desmembramiento, seguida de la desorganización; la crisis desmoralización también se presentó con igual tasa de recurrencia que de vivencia, lo que significa que los eventos como el alcoholismo de algún miembro son percibidos como generadores de alteraciones del funcionamiento familiar. Las consecuencias familiares del alcoholismo que influyeron en el funcionamiento familiar más relevantes fueron el divorcio, el rechazo familia, la violencia doméstica, la desatención y el abandono familiar; los estilos de vida que con mayor frecuencia afectan el funcionamiento familiar fueron la ingestión diaria de alcohol, la violencia doméstica y la mala utilización del per cápita familiar. Y la crisis predominante como ya se menciona fue la desmoralización. (Jaime Valdés et al., 2014).

## **5 MATERIALES Y MÉTODOS**

### **5.1 Descripción del tipo de estudio**

El presente estudio es descriptivo transversal. Que describe las relaciones entre la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol en un momento determinado). (Hernandez Sampieri, 2010)

### **5.2 Universo y muestra**

Estuvo conformado por la población de adultos jóvenes de 20 a 39 años de edad del barrio San Jacinto del cantón y provincia de Loja durante el periodo enero-julio del 2016.

El 37% de la población del Barrio san Jacinto del cantón Loja, está comprendida en la edad de 20 a 39 años, su distribución es de, 51 hombres y 53 mujeres, para un total de 104 habitantes adultos jóvenes (ASIS y Fichas Familiares Posgrado Salud Familiar Loja 2016)

### **5.3 Criterios de inclusión**

- Adultos jóvenes entre 20 y 39 años de edad, que desearon participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado, un total de 50 habitantes.

### **5.4 Criterios de Exclusión**

- Adultos jóvenes que no desearon participar en el estudio.

### **5.5 Recolección de datos**

Se aplicó a los adultos jóvenes el familiograma; el test de Identificación de los Trastornos debidos al consumo de alcohol AUDIT y el instrumento de funcionalidad familiar FFSIL. (Anexos)

### **5.6 Instrumentos**

- El Familiograma es un instrumento que a través de símbolos dibuja los componentes estructurales y funcionales de la familia, desarrollado en 1976 por el Dr. Murray Bowen, como una herramienta de evaluación para articular patrones multigeneracionales; el cual permite de manera rápida evaluar la complejidad del sistema familiar y generar hipótesis sobre la familia.

- El test de funcionalidad familiar se cuantificara con el FF-SIL, instrumento que permite diagnosticar el funcionamiento familiar, a través de la percepción de uno de los miembros; parte del principio, de que es sencillo, de bajo costo y de fácil comprensión para cualquier escolaridad y que pueda ser aplicado por cualquier tipo de personal. Toma en cuenta 7 categorías: cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, rol y permeabilidad; que permiten identificar a las familias como familias funcionales, moderadamente funcionales, disfuncionales y severamente disfuncionales. El Alfa de Cronbach va de 0,91 a 0,94; este resultado reflejaría la validez del instrumento ya que se encuentra dentro de los valores aceptables. (Nuñez Martinez, 2010)
- Test de Identificación de los Trastornos debidos al consumo de alcohol AUDIT, fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud como un método simple de screening del consumo de riesgo y excesivo de alcohol. Contiene 10 preguntas sobre consumo reciente, síntomas de la dependencia y problemas relacionados con el alcohol, ha sido validado en pacientes de atención primaria en 6 países y es el único test diseñado para su uso a nivel internacional. (T. F. Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001a)

### **5.7 Aspectos éticos**

Para el desarrollo del presente proyecto de tesis fue necesario la participación de adultos jóvenes en estudio; a partir de un documento de consentimiento informado.

Se consideró los principios éticos de la investigación con seres humanos contenidos en la Declaración de Helsinki.

### **5.8 Procedimiento**

Previo a la aplicación de los instrumentos se hizo firmar el consentimiento informado. Se tabuló los resultados mediante el programa Excel 2010, para su posterior análisis y la redacción de las conclusiones y recomendaciones.

## 6 RESULTADOS

**Tabla 1**

*Tipo de familias de los adultos jóvenes de 20 y 39 años de edad del Barrio San Jacinto de la Ciudad de Loja durante el periodo enero-julio 2016*

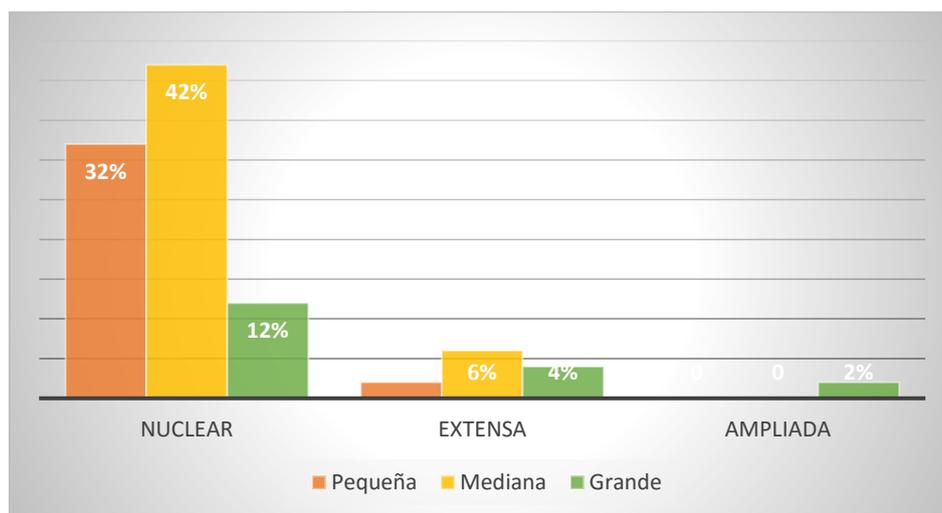
TIPO DE FAMILIA	PEQUEÑA	MEDIANA	GRANDE	%
Nuclear	16	21	6	86%
Extensa	1	3	2	12%
Ampliada	0	0	1	2%
Total	17	24	9	100%

**Fuente:** Familiograma aplicada en los jóvenes adultos del barrio San Jacinto.

**Autora:** Kelly Patricia Calva Ajila

### **GRAFICO N°1**

**TIPO DE FAMILIAS DE LOS ADULTOS JÓVENES DE 20 A 39 AÑOS DE EDAD DEL BARRIO SAN JACINTO DE LA CIUDAD DE LOJA DURANTE EL PERIODO ENERO-JULIO 2016**



Del 100% de las personas encuestadas, el 86 % según la ontogénesis corresponden a familias nucleares y de estas el 32% son familias pequeñas, el 42% familias medianas y el 12% familias grandes. El 12 % corresponde a familias extensas de las cuales el 2% son pequeñas, el 6% a medianas y el 4% a grandes. Y un 2% corresponden a familias ampliadas grandes.

**Tabla 2**

***Consumo de alcohol de los adultos jóvenes de 20 y 39 años de edad del Barrio San Jacinto de la Ciudad de Loja durante el periodo enero-julio 2016***

CONSUMEN ALCOHOL	POBLACIÓN	%
Si	32	64%
No	18	36%
Total	50	100%

**Fuente:** Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol AUDIT aplicado en los jóvenes adultos del barrio San Jacinto.

**Autora:** Kelly Patricia Calva Ajila

**GRAFICO N°2**

**CONSUMO DE ALCOHOL DE LOS ADULTOS JÓVENES DE 20 A 39 AÑOS DE EDAD DEL BARRIO SAN JACINTO DE LA CIUDAD DE LOJA DURANTE EL PERIODO ENERO-JULIO 2016**



El 64% si consumen alcohol y el 36% no consumen.

**Tabla 3**

***Edad que empezaron a tomar alcohol los adultos jóvenes de 20 y 39 años de edad del Barrio San Jacinto de la Ciudad de Loja durante el periodo enero-julio 2016***

EDAD QUE EMPEZARON A TOMAR ALCOHOL	POBLACIÓN	%
Antes de los quince años	1	3%
De 15 a 17 años	23	72%
De 18 a 19 años	5	16%
Más de 20 años	3	9%
Total	32	100%

**Fuente:** Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol AUDIT aplicado en los jóvenes adultos del barrio San Jacinto.

**Autora:** Kelly Patricia Calva Ajila

### **GRAFICO N°3**

#### **EDAD QUE EMPEZARON A CONSUMIR ALCOHOL LOS ADULTOS JÓVENES DE 20 A 39 AÑOS DE EDAD DEL BARRIO SAN JACINTO DE LA CIUDAD DE LOJA DURANTE EL PERIODO ENERO-JULIO 2016**



El 3% consumieron antes de los quince años de edad, el 72 % consumieron entre los 15 y 17 años, el 16% consumieron los 18 y 19 años y el 9% consumieron después de los 20 años de edad.

**Tabla 4**

***Riesgo de consumo de alcohol en los adultos jóvenes de 20 y 39 años de edad del Barrio San Jacinto de la Ciudad de Loja durante el periodo enero-julio 2016***

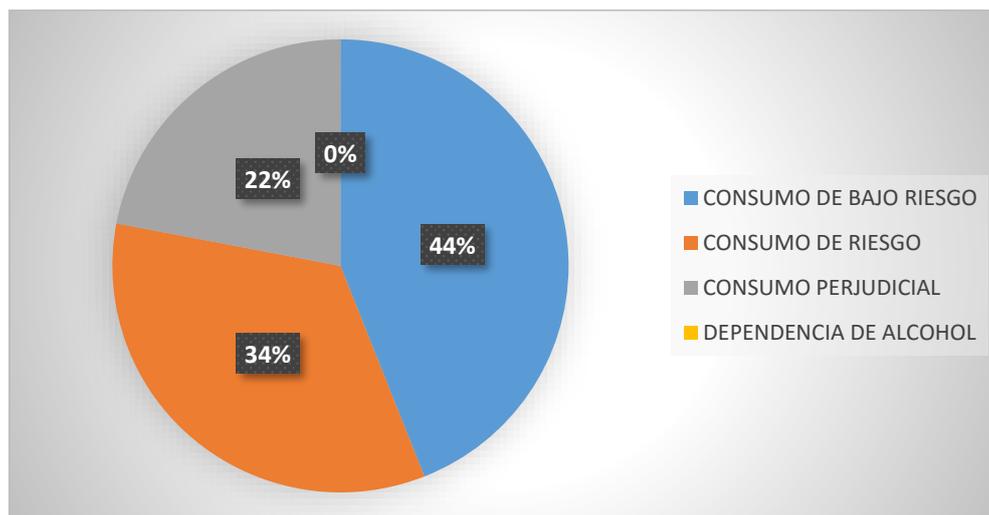
RIESGO DE CONSUMO DE ALCOHOL	%
Consumo de bajo riesgo I	44%
Consumo de riesgo II	34%
Consumo perjudicial III	22%
Dependencia de alcohol IV	0%

**Fuente:** Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol AUDIT aplicado en los jóvenes adultos del barrio San Jacinto.

**Autora:** Kelly Patricia Calva Ajila

**GRAFICO N°4**

**RIESGO DE CONSUMO DE ALCOHOL DE LOS ADULTOS JÓVENES DE 20 A 39 AÑOS DE EDAD DEL BARRIO SAN JACINTO DE LA CIUDAD DE LOJA DURANTE EL PERIODO ENERO-JULIO 2016**



Del 100 % de las personas que consumen alcohol de acuerdo al test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol AUDIT el 44 % pertenecen a la zona I o consumo de bajo riesgo, el 34% se encuentran en la zona II o tienen un consumo de riesgo, el 22% a la zona III o que tienen un consumo perjudicial

**Tabla 5**

***Funcionalidad familiar en los adultos jóvenes de 20 y 39 años de edad del Barrio San Jacinto de la Ciudad de Loja durante el periodo enero-julio 2016***

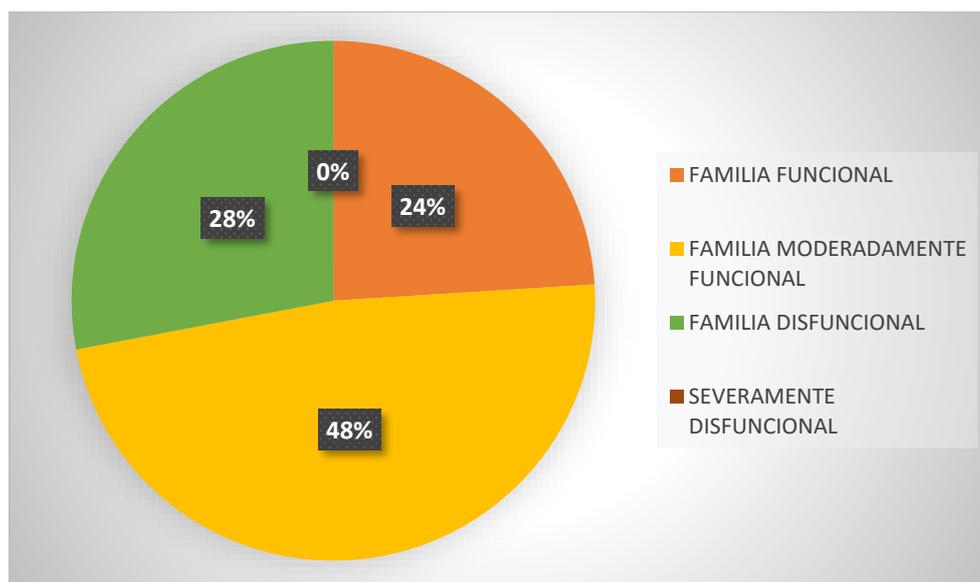
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	POBLACIÓN	%
Familia funcional	12	24%
Familia moderadamente funcional	24	48%
Familia disfuncional	14	28%
Severamente disfuncional	0	0%
Total	50	100%

**Fuente:** Cuestionario funcionamiento familiar FFSIL aplicado en los jóvenes adultos del barrio San Jacinto.

**Autora:** Kelly Patricia Calva Ajila

**GRAFICO N°5**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS ADULTOS JÓVENES DE 20 A 39 AÑOS DE EDAD DEL BARRIO SAN JACINTO DE LA CIUDAD DE LOJA DURANTE EL PERIODO ENERO-JULIO 2016**



El 24 % corresponden a familias funcionales, el 48% a familias moderadamente funcionales, el 28 % a familias disfuncionales y ninguna es severamente disfuncional.

**Tabla 6**

**Funcionalidad familiar y consumo de alcohol de los adultos jóvenes de 20 y 39 años de edad del Barrio San Jacinto de la Ciudad de Loja durante el periodo enero-julio 2016**

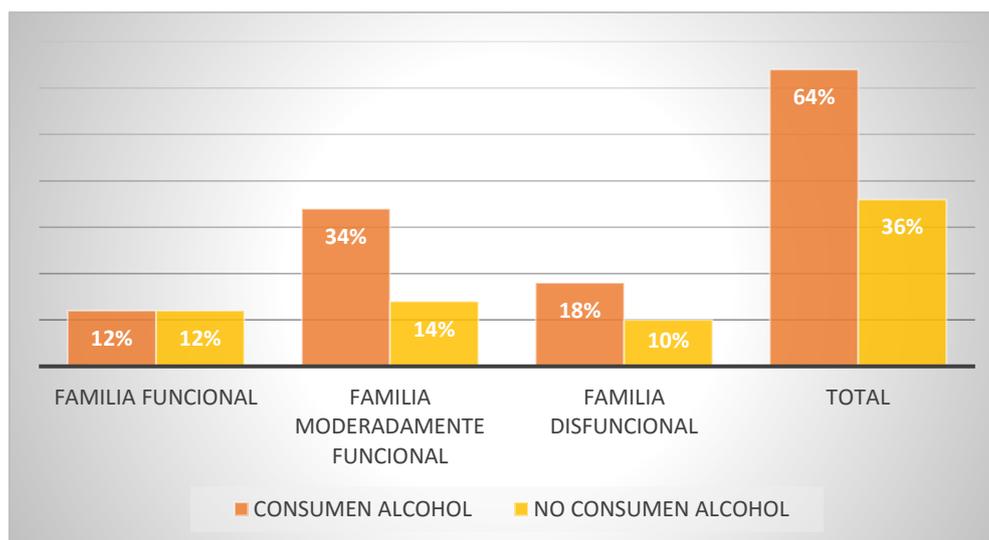
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	CONSUMEN ALCOHOL	NO CONSUMEN ALCOHOL	%
Familia funcional	6	6	24%
Familia moderadamente funcional	17	7	48%
Familia disfuncional	9	5	28%
Total	32	18	100%

**Fuente:** Cuestionario funcionamiento familiar FFSIL y Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol AUDIT aplicado en los jóvenes adultos del barrio San Jacinto.

**Autora:** Kelly Patricia Calva Ajila

### GRAFICO N°6

#### **FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ADULTOS JÓVENES DE 20 A 39 AÑOS DE EDAD DEL BARRIO SAN JACINTO DE LA CIUDAD DE LOJA DURANTE EL PERIODO ENERO-JULIO 2016**



Del 24 % de las familias funcionales el 12% consumen alcohol y el 12% restante no consumen, del 48% de las familias moderadamente funcionales el 34% consumen alcohol y el 14% no lo hacen, del 28% de las familias disfuncionales el 18% consumen alcohol y el 10% no.

**Tabla 7**

***Funcionalidad familiar y riesgo de consumo de alcohol en los adultos jóvenes de 20 y 39 años de edad del Barrio San Jacinto de la Ciudad de Loja durante el periodo enero-julio 2016***

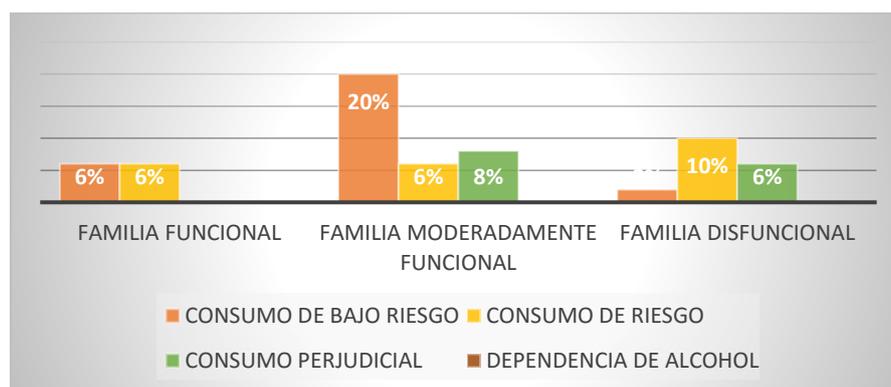
Funcionalidad familiar	CONSUMO DE BAJO RIESGO	CONSUMO DE RIESGO	CONSUMO PERJUDICIAL	TOTAL
Familia funcional	3	3		12%
Familia moderadamente funcional	10	3	4	34%
Familia disfuncional	1	5	3	18%
Total %	44%	34%	22%	

**Fuente:** Cuestionario funcionamiento familiar FFSIL y Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol AUDIT aplicado en los jóvenes adultos del barrio San Jacinto.

**Autora:** Kelly Patricia Calva Ajila

### **GRAFICO N°7**

#### **FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y RIESGO DE CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ADULTOS JÓVENES DE 20 A 39 AÑOS DE EDAD DEL BARRIO SAN JACINTO DE LA CIUDAD DE LOJA DURANTE EL PERIODO ENERO-JULIO 2016**



Del 12% de las familias funcionales cuyos miembros, consumen alcohol el 6% presentan consumo de bajo riesgo y el 6% consumo de riesgo, del 34% de las familias moderadamente funcionales que consumen alcohol el 20% tienen consumo de bajo riesgo, el 6% consumo de riesgo y el 8% consumo perjudicial, del 18% de las familias disfuncionales que consumen alcohol el 2% tienen consumo de bajo riesgo, el 10% consumo de riesgo y el 6% consumo perjudicial.

## 7 DISCUSIÓN

En el presente estudio encontramos que el 86 % de los adultos participantes pertenecen a familias nucleares, el 12% a familias extensas y el 2 % a familias ampliadas. Según el censo realizado por el INEC en el 2001 en 2 879 935 hogares se encontró que el 55.6% corresponden a familias nucleares, el 26.1% a familias extensas y el 3.8% a familias ampliadas. (Ferreira Salazar, 2008)

También se determinó en ésta investigación que el 64% de la población en estudio consume alcohol. En una investigación realizada por el Ministerio de Salud Pública del País mediante la encuesta de salud y nutrición ENSANUT-ECU , un total de 92 502 habitantes, se encontró que el consumo de alcohol en las personas entre las edades de 20 a 49 años durante el periodo 2011 y 2012 es del 26.3 % (W. Freire et al., 2012), dato que es menor al porcentaje obtenido en este estudio.

Otro estudio realizado en la ciudad de México, Guadalajara y Monterrey por la facultad latinoamericana de ciencias sociales (Flacso) en la población de 18 a 65 años un total de 1800 personas durante el mes de noviembre del 2011 revela que el “consumo de alcohol en jóvenes adultos entre los 25-34 años es del 50 % “ (Sojo, 2012)

En relación a la edad de inicio de consumo de alcohol se obtuvo que el 72 % iniciaron el consumo de alcohol entre los 15 y 17 años de edad, dato que se contrapone a lo expuesto por un estudio realizado en España por ESTUDES en el año 2010 en una población de 31967 estudiantes de secundaria donde “establece la edad media de inicio del consumo de alcohol a los 13.7 años”(Rodríguez García et al., 2014). En otro estudio realizado en el distrito de Ventanilla - Perú en 4095 alumnos de primero a quinto año se encontró que la edad de inicio del consumo oscila entre los 12 y 13 años de edad,” (Maximiliano Colqui, Ortega Ramos, Salas Mujica, & Vaiz Bonifaz, 2016).

En lo referente a la funcionalidad familiar medida por el test FFSIL, se determinó que el 48 % pertenecen a familias moderadamente funcionales, el 28 % a familias disfuncionales en menor porcentaje con un 24 % corresponden a familias funcionales y no se detectaron familias severamente disfuncionales. En un estudio realizado por la Universidad de Ciencias Carlos J. Finlay en el distrito Cándido González Morales de Camagüey-Cuba en

el año 2007 en parejas jóvenes en edades comprendidas entre los 18 y 30 años de edad un total de 265 parejas donde se determinó mediante el Test FF-SIL que un 8 % percibían una familia funcional, el 23 % una familia moderadamente funcional, el 54% a familia disfuncional y el 15 % a familias severamente disfuncionales. (Pernas Álvarez, 2011)

Respecto a la relación del consumo de alcohol con la funcionalidad familiar; del 24% de las familias funcionales el 12% consumen alcohol; del 48% de las familias moderadamente funcionales el 34% consumen alcohol; del 28% de las familias disfuncionales el 18% consumen alcohol; lo que evidencia la existencia de relación del consumo de alcohol especialmente con las familias moderadamente funcionales y disfuncionales. No se encontraron estudios en los que se usen el test de identificación de trastornos debido al consumo de alcohol AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) y el test de funcionamiento familiar FF-SIL juntos para relacionar estas dos variables en adultos jóvenes en edades comprendidas entre 20 y 39 años de edad, puesto que se utilizan con mayor frecuencia el test AUDIT y la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar FACES (The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale) en la mayoría de los estudios. Sin embargo un estudio realizado en 100 estudiantes de entre 15 y 19 años de edad del Colegio de bachillerato del Municipio de Jonuta, Tabasco-México, determinaron resultados similares así: del 48 % de las familias moderadamente funcionales consumen alcohol un 53.1 %; del 21 % de las familias funcionales el 25 % consumen alcohol; del 29 % de las familias disfuncionales el 18.8% consumen y del 2 % de las familias severamente disfuncionales el 3.1% consumen alcohol, (Hernández Castillo, Carguill Foster, & Gutierrez Hernández, 2012) en cuanto a este último resultado cabe recalcar que en nuestro estudio no se encontraron familias severamente disfuncionales.

## 8 CONCLUSIONES

- De las personas investigadas, el 86 % corresponden a familias nucleares y de estas el 30% son familias pequeñas, el 42% familias medianas y el 12% familias grandes. El 12 % corresponde a familias extensas de las cuales el 2% son pequeñas, el 6% a medianas y el 4% a grandes. Y un 2% corresponden a familias ampliadas grandes.
- De los adultos jóvenes que participaron en el estudio el 64% consumen alcohol y el 36% no lo hacen.
- La edad de inicio de consumo de alcohol en el presente estudio; el 72 % consumieron entre los 15 y 17 años, el 16% consumieron a los 18 y 19 años, el 9% consumieron después de los 20 años de edad y el 3% consumieron antes de los quince años de edad.
- Se determinó que el 48 % pertenecen a familias moderadamente funcionales, el 28 % a familias disfuncionales, el 24 % corresponden a familias funcionales y no se detectaron familias severamente disfuncionales.
- Se determinó la existencia de relación entre el consumo de alcohol riesgo II-III (AUDIT) con familias moderadamente funcionales y disfuncionales.

## 9 RECOMENDACIONES

- Realizar charlas y talleres motivacionales dirigido a las familias como parte de promoción de la salud y prevención de enfermedad.
- Difundir la información al Centro de Salud Motupe para que se realicen acciones encaminadas a evitar la ingesta de bebidas alcohólicas en la población estudiada.
- Realizar el test para valorar depresión de Hamilton o de Beck para detectar depresión y realizar tratamiento de especialidad (interconsulta)
- Prevención secundaria y terciaria para la población con consumo de riesgo y consumo perjudicial.
- Se recomienda que los integrantes del equipo de salud del Hospital de Motupe utilicen el test AUDIT en las familias de esta comunidad.

## 10 BIBLIOGRAFÍA

- Anderson, P., Gual, A., & Colom, J. (2008). *Alcohol y atención primaria de la salud. Organización Panamericana De La Salud* (Vol. 274). Washington DC.
- Anderson, P., Gual, A., & Colon, J. (2008). Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. *OPS*, 148. Retrieved from [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/alcohol\\_atencion\\_primaria.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf)
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., & Edwards, G. (2010). *El alcohol: un producto de consumo no ordinario. Investigación y políticas públicas. OMS* (Segunda). Washington DC. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001a). Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol, 40. Retrieved from [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf)
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001b). *Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Organización Mundial de la Salud* (Vol. 6).
- Becoña, E., Martínez, Ú., Calafat, A., Juan, M., Duch, M., & Fernández-Hermida, J. R. (2012). ¿Cómo influye la desorganización familiar en el consumo de drogas de los hijos? Una revisión. *Adicciones*, 24(3), 253–268.
- Castañeda González, H., Alvarez Acosta, A. E., & Oramas Hernández, L. (2008). Alcoholismo: criterios comunitarios sobre prevención y consecuencias. Estudio en el policlínico rampa. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 7(2), 0–0. Retrieved from [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2008000200012&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2008000200012&script=sci_arttext)
- Cid-Monckton, P., & Pedrao, L. (2011). Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. *Revista Latinoamericana. Enfermagen*, 13(738), 87–94.
- Dionisio F. Zaldívar Pérez. (n.d.). Funcionamiento familiar saludable, 4. Retrieved from [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/funcionamiento\\_familiar.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/funcionamiento_familiar.pdf)
- Estruch, R. (2006). Efectos del alcohol en la fisiología humana. *ADICCIONES*, 14(1). Retrieved from <http://www3.uah.es/mapa/mayores/Lecturas/Activos/alcoholismo4.pdf>
- Ferreira Salazar, C. (2008). Composición de los hogares ecuatorianos: Estudio comparativo censos 1990-2001. *INEC*. Retrieved from

- [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios\\_Socio-demograficos/Composicion\\_Hogares\\_Ecuatorianos\\_1990-2001.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Socio-demograficos/Composicion_Hogares_Ecuatorianos_1990-2001.pdf)
- Freire, W. B., Ramírez, M., Belmont, P., Mendieta, M., Silva, M., Romero, N., ... Monge, R. (2013). *Resumen Ejecutivo. Tomo I. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador. ENSANUT-ECU 2011-2013* (Priemra). Ecuador.
- Freire, W., Ramirez Luzuriaga, M. J., Belmont, P., Mendieta, M. J., Silva Jaramillo, K., Romero, N., ... Monge, R. (2012). Encuesta Nacional de salud y nutricion. *ENSANUT-ECU*. Retrieved from [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/ENSANUT/MSP\\_ENSANUT-ECU\\_06-10-2014.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf)
- González, E. P., De, D., & Freiiome, C. (1990). Construcción y validación de un instrumento.
- Guillén, N., Roth, E., Alfaro, A., & Fernández, E. (2015). Youth alcohol drinking behavior: Associated risk and protective factors. *Revista Iberoamericana de Psicología Y Salud*, 6(2), 53–63. <http://doi.org/10.1016/j.rips.2015.03.001>
- Hernandez, O., Font-Mayolas, S., & Gras, M. (2015). Policonsumo de drogas y su relación con el contexto familiar y social en jóvenes universitarios. *Adicciones*, 27, 205–213.
- Hernández Castillo, L., Carguill Foster, N., & Gutierrez Hernández, G. (2012). Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta, Tabasco 2011, 14–23. Retrieved from [http://salud.tabasco.gob.mx/sites/all/files/sites/salud.tabasco.gob.mx/fi/Vol18,num1\\_completo\\_0.pdf#page=19](http://salud.tabasco.gob.mx/sites/all/files/sites/salud.tabasco.gob.mx/fi/Vol18,num1_completo_0.pdf#page=19)
- Hernandez Sampieri, R. (2010). *Metodología de la Investigación*.
- Herrenkohl, T. I., Ph, D., Lee, J. O., Ph, D., Kosterman, R., Ph, D., ... Ph, D. (2012). Family Influences Related to Adult Substance Use and Mental Health Problems : A Developmental Analysis of Child and Adolescent Predictors. *Journal of Adolescent Health*, 51(2), 129–135. <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.11.003>
- Hummel, A., Shelton, K. H., Heron, J., Moore, L., & van den Bree, M. B. M. (2013). A systematic review of the relationships between family functioning, pubertal timing and adolescent substance use. *Addiction*, 108(3), 487–496. <http://doi.org/10.1111/add.12055>
- Jaime Valdés, L., Pérez Guerra, L., Rodríguez Díaz, M., Vega Díaz, T., & Díaz Rivas, I. (2014). Caracterización del funcionamiento familiar en el paciente alcohólico. Retrieved December 7, 2015, from <http://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2014/mec141d.pdf>

- Lema S, L. F., Varela A, M. T., Duarte A, C., & Bonilla G, M. V. (2011). Familiar and social influence on alcohol use of college youth. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 29(3), 264–271. Retrieved from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2011000300007](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2011000300007)
- Louro-Bernal, I., Infante, O., De la Cuesta, D., & Perez, E. (2002). *Manual para la Intervencion en la Salud Familiar. Igarss 2014* (Primera). La Habana-Cuba: Ciencias Medicas. <http://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Lugo, M., Ledesma, F., & Addosio, R. (2010). Consumo de alcohol por adolescentes y percepcion de la funcion familiar. *Medico de Familia*, 18(1), 25–31.
- Luque Oliveros, M. (2013). Fundamentos teóricos de la familia como parte del paciente - Revista Médica. Retrieved from <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/familia-paciente/>
- Maximiliano Colqui, L., Ortega Ramos, A., Salas Mujica, M., & Vaiz Bonifaz, R. (2016). Prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes de las Instituciones Educativas Estatales, Distrito de Ventanilla. *Revista Enfermeria Herediana*, 8(2), 88.
- Montalvo Reyna, J., Espinosa Salcido, M. R., & Pérez Arredondo, A. (2013). Análisis del ciclo vital de la estructura familiar y sus principales problemas en algunas familias mexicanas. *Revista Alternativas En Psicología.*, 28. Retrieved from <http://alternativas.me/index.php/numeros/28t/15-numero-28-febrero-julio-2013/37-7-analisis-del-ciclo-vital-de-la-estructura-familiar-y-sus-principales-problemas-en-algunas-familias-mexicanas>
- Monteiro, M. (2007). Alcohol y Salud Pública en las Américas: Un caso para la acción. *OPS*. Retrieved from [www.paho.org](http://www.paho.org)
- Monteiro, M. (2013). Alcohol And Public Health In Latin America: How To Prevent A Health Disaster? *Adicciones*, 25(2), 99–105.
- Moratto Vásquez, N. S., Zapata Posada, J. J., & Messenger, T. (2015). Conceptualization of family life cycle: a view of the production during the period between 2002 and 2015. *CES Psicología*, 8(2), 103–121.
- Morrison, L., Eccles, J. S., Peck, S., & Malanchuk, O. (2011). The influence of family relations on trajectories of cigarette and alcohol use from early to late adolescence. *Journal of Adolescence*, 34(1), 119–128. <http://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.01.005>

- MSP. (2012). Modelo de atención integral del sistema nacional de salud - MAIS. Retrieved from [http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf)
- Nuñez Martínez, G. (2010). *Validación de instrumento de funcionalidad de la salud familiar*. Uruguay. Retrieved from [https://www.esenfc.pt/event/event/abstracts/exportAbstractPDF.php?id\\_abstract=2583&id\\_event=64](https://www.esenfc.pt/event/event/abstracts/exportAbstractPDF.php?id_abstract=2583&id_event=64).
- Oliva Gómez, E., & Villa Guardiola, V. J. (2013). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización Towards an interdisciplinary concept of family in Globalization, *10*, 1692–8571. Retrieved from <http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf>
- Olumide, A. O., Robinson, A. C., Levy, P. A., Mashimbye, L., Brahmbhatt, H. P., Lian, Q., ... Blum, R. W. P. (2014). Predictors of Substance Use Among Vulnerable Adolescents in Five Cities : Findings From the Well-Being of Adolescents in Vulnerable Environments Study. *Journal of Adolescent Health, 55*(6), S39–S47. <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.08.024>
- OMS. (2010). *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*. OMS - 63<sup>a</sup> Asamblea Geral Mundial de Saúde.
- Pan American Health Organization, & World Health Organization. (2015). Crece el consumo nocivo de alcohol en las Américas. Retrieved from [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11116%3A2015-harmful-alcohol-use-increasing-americas&Itemid=135&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11116%3A2015-harmful-alcohol-use-increasing-americas&Itemid=135&lang=es)
- Perez, M., & Lucio-Gomez, E. (2010). Construcción de un modelo de riesgo en el consumo de alcohol y otras sustancias ilícitas en adolescentes estudiantes de Bachillerato. *Salud Y Drogas, 10*(1), 79–96.
- Pernas Álvarez, I. A. (2011). Funcionalidad de parejas jóvenes camagüeyanas en etapa de formación del ciclo vital familiar. *Revista Archivo Médico de Camagüey, 15*(2), 325–334. Retrieved from [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552011000200011&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552011000200011&script=sci_arttext&lng=pt)
- Rodríguez García, F. D., Sanchiz Ruiz, M. L., & Bisquerra Alzina, R. (2014). Consumo de alcohol en la adolescencia. Consideraciones médicas y orientaciones educativas. *Actualización Por Temas Salud Mental, 37*(3), 255–260. Retrieved from

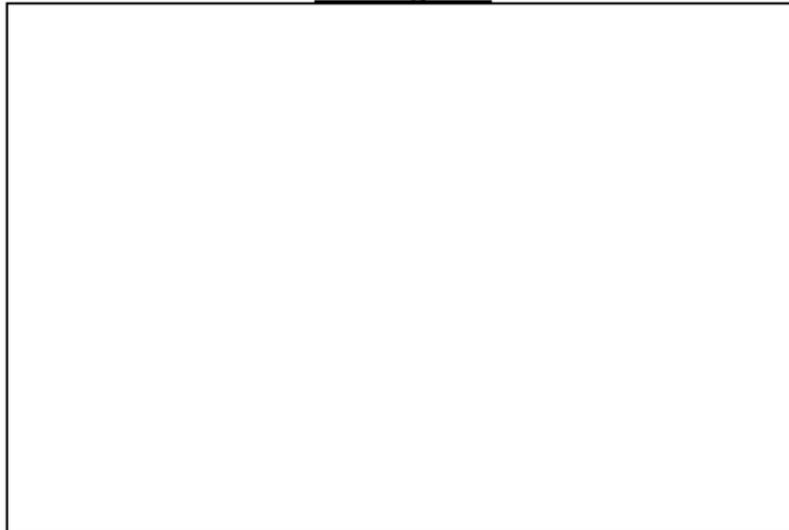
<http://www.redalyc.org/pdf/582/58231365010.pdf>

- Rojas, M. (2013). *Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar*. Peru.
- Rondón García, L. M. (2011). Nuevas formas de familia y perspectivas para la mediación: El tránsito de la familia modelo a los distintos modelos familiares. *UNIA*, 1–14. Retrieved from <http://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/1691/4Rondon.pdf?sequence=3>
- Ruiz, F., & Ruiz-Risueño, J. (2011). Variables predictoras de consumo de alcohol entre adolescentes españoles. *Anales de Psicología*, 27(2), 350–359.
- Schmidt, V., Barreyro, J. P., & Maglio, A. L. (2009). Family Functioning Evaluation Scale FACES III: Model of two or three factors? *SCIELO*, 3, 30–36. Retrieved from <http://scielo.isciii.es/pdf/ep/v3n2/art04.pdf>
- Scoppetta, O., Gómez, A., & Lanziano, C. (2011). Perfiles asociados al consumo de alcohol de adolescentes escolarizados mediante análisis de correspondencias múltiples. *Acta Colombiana de Psicología*, 14, 139–146.
- Seguel, F., Santander, G., & Alexandre, O. (2013). Validez y confiabilidad del Test De Identificación de los Trastornos debidos al Consumo De Alcohol ( Audit ) en estudiantes de una Universidad Chilena. *Ciencia Y Enfermería*, 19(1), 23–35.
- Sojo, C. (2012). Estudio sobre Patrones de Consumo de Alcohol en México EPCA 2012. *FLACSO*. Retrieved from [http://www.flacso.or.cr/images/documentos/epca\\_mexico\\_2012.pdf](http://www.flacso.or.cr/images/documentos/epca_mexico_2012.pdf)
- Téllez Mosquera, J., & Cote Menéndez, M. (2006). Alcohol Etilico: Un tóxico de alto riesgo para la salud humana socialmente aceptado. *Uversidad Nacional de Colombia*. Retrieved from <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v54n1/v54n1a05.pdf>
- Tobler, A. P., & Komro, K. P. (2011). Trajectories of Parental monitoring and communication and effects on drug use among urban young adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 46(6), 560–568. <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.12.008>. Trajectories
- Trujano, R. S. (2010). Tratamiento sistémico en problemas familiares. Analisis de caso. *Revista IZTACALA*, 13, 87–104. Retrieved from <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/22593/21326>
- Valencia, U. de. (2010). Funcionamiento Familiar: Evaluación de los Potenciadores y Obstructores. Retrieved January 14, 2016, from <http://www.uv.es/lisis/instrumentos/Funcionamiento-FamiliaR.pdf>
- Vargas, I. (n.d.). Familia y Ciclo Vital Familiar, 9. Retrieved from <http://www.actiweb.es/yaxchel/archivo1.pdf>

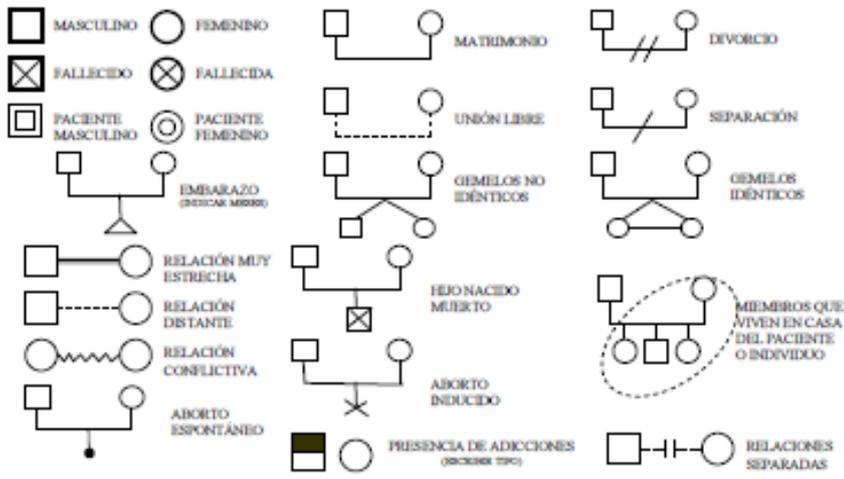
- World Health Organization. (2008). Glosario de términos de alcohol y drogas. *WHO*. Retrieved from [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)
- World Health Organization. (2014). *Global status report on alcohol and health 2014. Global status report on alcohol*. [http://doi.org/doi.org/entity/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/en/index.html](http://doi.org/doi.org/entity/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/index.html)
- World Health Organization. (2015). OMS | Alcohol. *WHO*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
- Zurita, F., & Alvaro, J. (2014). REPERCUSION DEL TABACO Y ALCOHOL SOBRE FACTORES ACADEMICOS Y FAMILIARES EN ADOLESCENTES. *Salud Y Drogas, 14*(1), 59–70.
- Zurita, F., & Álvaro, J. I. (2014). Repercusión del tabaco y alcohol sobre factores académicos y familiares en adolescentes effect of snuff and alcohol on academics and family factors in adolescent. *Health and Addictions, 14*(141), 59–7059. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/839/83931686006.pdf>

ANEXO 1

**Familiograma**



Claves:



**ANEXO 2****Test de identificación de trastornos por consumo de alcohol AUDIT**

<b>AUDIT</b>					
<b>Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol:</b>					
<p>PACIENTE: Debido a que el uso del alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su uso del alcohol. Sus respuestas serán confidenciales, así que sea honesto por favor.</p>					
<b>Preguntas</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 más veces	4 o más veces
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	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?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario

7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
o le ha sugerido que deje de beber?					
					Total

**A qué edad empezaste a beber?** \_\_\_\_\_

**ANEXO 3****CUESTIONARIO FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FFSIL**

A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. clasifique y marque con una **X** su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Situaciones</b>	<b>Casi Nunca</b>	<b>Pocas Veces</b>	<b>A veces</b>	<b>Muchas Veces</b>	<b>Casi Siempre</b>
Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia					
En mi casa predomina la armonía					
En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades					
Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
No expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes					
Cuando alguien en la familia tiene un problema los demás ayudan					
Se distribuyen las tareas de forma que nadie esta sobrecargado					
Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
Podemos conversar diversos temas sin temor					
Ante una situación familia difícil somos capaces de buscar ayuda entre otras personas					

Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

<b>RESULTADO DEL CUESTIONARIO</b>	<b>PUNTAJE</b>
Familia Funcional	De 70 a 57 pts.
Familia Moderadamente Funcional	De 56 a 43 pts.
Familia Disfuncional	De 42 a 28 pts.
Familia Severamente Disfuncional	De 27 a 14 pts.

**ANEXO 4**

**Consentimiento informado**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**  
**MEDICINA HUMANA**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Señor/a.

Como estudiante del Pregrado de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, estoy realizando la investigación **“¿Cuál es la relación entre el consumo de alcohol y la Funcionalidad familiar de los adultos jóvenes de 20 a 39 años, del barrio San Jacinto del cantón Loja, periodo Enero-Julio del 2016?”**

El objetivo central es determinar la relación entre diferentes problemáticas de salud del adulto joven y los factores familiares. La misma que se realizará a través de la aplicación de formularios y test. La presente investigación no representa daño alguno. Es necesario recalcar que los datos recolectados serán manejados con completa confidencialidad. Si usted está de acuerdo y formar parte de esta investigación le solicito se digne firmar el presente documento, así como consignar su número de cédula de identidad.

Agradezco su participación y colaboración que irá en beneficio directo de la sociedad.

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma y Cédula de identidad

## ANEXO 5


THE CANADIAN HOUSE CENTER

## THE CANADIAN HOUSE CENTER

El que suscribe, en representación de **THE CANADIAN HOUSE CENTER CIA. LTDA**, el cual está aprobado por el **Ministerio de Educación del Ecuador** según resolución Ministerial N° 320 - 15.

**CERTIFICA.-**

Que el resumen de tesis titulada **“CONSUMO DE ALCOHOL Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL BARRIO SAN JACINTO DE LA CIUDAD DE LOJA”** realizado por **KELLY PATRICIA CALVA AJILA** con cédula de identidad 1900722909 estudiante de la **CARRERA DE MEDICINA HUMANA** de la Universidad Nacional de Loja, ha sido debidamente traducido por el Lic. Ross Sampayo docente coordinador de nuestra prestigiosa entidad especializada en la buena enseñanza del idioma inglés.

Se expide el presente documento, de acuerdo a la Ley, para los fines necesarios.

Loja, 22 de Septiembre de 2016



**Lic. Ross Sampayo**  
**COORDINADOR GENERAL**  
**THE CANADIAN HOUSE CENTER**

Loja Matriz: Venezuela 19-77 Entre José María Peña y Av. Pío Jaramillo Alvarado • Loja-Ecuador • Teléfonos: 2584334/2584450
Loja Centro: Miguel Riofrío 14-35 Entre Bolívar y Sucre • Loja-Ecuador • Teléfono: 2571800

[www.thecanadianhousecenter.com](http://www.thecanadianhousecenter.com)

/CHCLoja
 @CHCLoja

## **PROYECTO DE TESIS**

### **1. Tema**

**Consumo de alcohol y su relación con la Funcionalidad familiar en el Barrio  
San Jacinto de la ciudad de Loja.**

## 2. Planteamiento del problema

Se calcula que el uso nocivo del alcohol causa cada año 2,5 millones de muertes, y una proporción considerable de ellas corresponde a personas jóvenes, lo que determina un incremento importante de morbilidad a nivel mundial, y ocupa el tercer lugar entre los principales factores de riesgo de muerte prematura y discapacidad a nivel mundial. (OMS, 2010)

La región de las Américas, junto con Europa, tiene las tasas más altas de consumo de alcohol en el mundo, en países como Nueva Zelandia y Australia una gran proporción de adolescentes y adultos jóvenes, toman alcohol. (T. Babor, Caetano, Casswell, & Edwards, 2010) Es así que en el 2012 murieron 3.3 millones de personas, debido al uso nocivo del alcohol, que puede aumentar el riesgo de las personas de desarrollar más de 200 enfermedades (World Health Organization, 2014).

En países de América Latina como Colombia este problema es muy frecuente y está asociado al aumento de la edad y a la escolarización (Scoppetta, Gómez, & Lanziano, 2011).

Grant (como se cita en Rodríguez, 2014) quien realiza una actualización del tema sobre el consumo de alcohol en la adolescencia y juventud temprana indica que se ha demostrado la existencia de una clara correlación entre la edad en la que se comienza a consumir alcohol y el riesgo de ser alcohólico en la edad adulta. Cuanto antes se comienza a beber, el riesgo es mayor. (Rodríguez García et al., 2014)

En nuestro país Ecuador la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición revela que el 26.3% de los adultos jóvenes de 20 a 49 años de edad, declara haber consumido alguna vez bebidas que contienen alcohol. (W. B. Freire et al., 2013)

Dentro de la familia, los diferentes ciclos de edad, se constituyen en periodos difíciles, donde se pueden presentar crisis diversas, tanto para el adulto el joven como para los miembros de su familia, es durante esta etapa que pueden manifestar ciertas conductas de riesgo tanto para su salud como para la de terceros. Entre una de estas conductas se encuentra el consumo de alcohol “que puede describirse en términos de gramos de alcohol consumido o por el contenido

alcohólico de las distintas bebidas, en forma de unidades de bebida estándar”.(Peter Anderson, Gual, & Colom, 2008)

El abordaje del problema desde la perspectiva sistémica familiar examina el comportamiento sintomático de forma integral y enfatiza que el síntoma está muy vinculado con el funcionamiento o la dinámica interna de la familia. Cuando se instala el consumo de sustancias, la familia enferma pierde su equilibrio y es a través del abordaje familiar y el tratamiento que se busca recomponer y reconstituir las relaciones internas de la familia. (Rojas, 2013)

Al ser el consumo de alcohol en los adultos jóvenes un problema multicausal tenemos que dentro de las variables familiares estudiadas por algunos autores, (Lugo,2010) y (Zurita, 2014), encontraron que la disfunción familiar es causante del consumo de alcohol en esta etapa, sin embargo no se especifica que elemento de la dinámica familiar influencia el consumo.(Lugo, Ledesma, & Addosio, 2010)(Felix Zurita & Alvaro, 2014)

Otros estudios señalan que los factores responsables de este problema es la mala supervisión familiar, mala calidad de la relación y mala comunicación entre padres y parejas del adulto en mención (Hummel, Shelton, Heron, Moore, & van den Bree, 2013)(Tobler & Komro, 2011)(Cid-Monckton & Pedrao, 2011)(Morrison, Eccles, Peck, & Malanchuk, 2011)(Herrenkohl et al., 2012)(Guillén, Roth, Alfaro, & Fernández, 2015) (Becoña et al., 2012).

Así mismo pertenecer a una familia monoparental o la ausencia de figura paterna (Olumide et al., 2014)(Perez & Lucio-Gomez, 2010). Y un entorno familiar bebedor serían las causas que motiven el consumo de alcohol en este grupo (Ruiz & Ruiz-Risueño, 2011)(Hernandez, Font-Mayolas, & Gras, 2015).

Sin embargo sigue siendo complejo establecer si es la misma dinámica familiar que interviene en la etiología de la enfermedad adictiva o si, debido a esta, existe una dinámica familiar en proceso de disfunción o ya es una familia disfuncional (Rodríguez García et al., 2014).

A pesar de las alarmantes estimaciones de la OMS, las cuestiones relacionadas con el alcohol siguen teniendo una baja prioridad en los programas de salud de la mayoría de los países de América Latina y no abunda la información epidemiológica sobre el consumo de alcohol y los problemas relacionados. Muchos países nunca han conducido encuestas nacionales, o a gran escala, sobre el consumo de alcohol, patrones de uso y sus consecuencias

sanitarias y sociales, y tampoco han llevado a cabo un análisis de estas variables por sexo (Monteiro, 2013).

Son diversos los estudios que se han interesado por la relación entre la familia y el consumo de alcohol. Al respecto, el estudio de Muñoz y Graña con adolescentes de Madrid, señala que uno de los factores de riesgo para el consumo de alcohol, es que algunos de los padres sea consumidor. Asimismo, en el estudio de Urrego se encontró que el 11% de jóvenes universitarios, cuyo consumo era clasificado como alcoholismo, tenía familiares que se embriagan. (Lema S et al., 2011)

Algunos estudios han planteado incluso que la historia familiar de consumo modifica la relación entre la dependencia de alcohol y las motivaciones personales para beber.

Otros factores familiares, que han sido evaluados en relación con el consumo de alcohol, son los antecedentes de maltrato, la funcionalidad familiar, la satisfacción respecto al sistema familiar, la comunicación, el seguimiento del consumo de los hijos por parte de los padres y los estilos de crianza. (Lema S et al., 2011)

Existen pocos estudios acerca del consumo de alcohol en adultos jóvenes y sobre la relación de este con la funcionalidad familiar por lo cual se necesita conocer:

¿La funcionalidad familiar se relaciona con el consumo de alcohol en el adulto joven?

¿Qué dimensiones de la funcionalidad familiar están asociadas al consumo de alcohol en los adultos jóvenes?

Se plantea como problema de investigación:

**¿Cuál es la relación entre el consumo de alcohol y la Funcionalidad familiar de los adultos jóvenes de 20 a 39 años, del barrio San Jacinto del cantón Loja, periodo Enero-Julio del 2016?**

### **3. Justificación**

El presente trabajo de investigación toma en cuenta a los adultos jóvenes un grupo que a primera instancia no se considera vulnerable, pero este periodo se marca por lo sucedido en la adolescencia y acarrea sus malos hábitos sociales, entre estos el consumo de alcohol a temprana edad , muchas veces asociado a las presiones de grupo y que en la actualidad representa un problema de salud pública con características específicas que requiere ser estudiado, además esta es la edad que coincide con el ciclo de la juventud donde hay cambios sociales como el ingreso a centros universitarios, la ocurrencia de matrimonios y el inicio en la formación de los hogares o la llegada de los hijos

Puesto que el consumo de bebidas alcohólicas está tan popularizado y sus efectos producen problemas que sobrepasa los intentos personales, familiares y sociales para solucionarlo, es importante detectar de manera temprana las complicaciones con el funcionamiento familiar así como múltiples implicaciones biológicas, psicológicas y sociales que este problema tiene. Además se justifica dado que no se han realizado estudios de esta índole referentes a la asociación entre la funcionalidad familiar, sus dimensiones y el consumo de alcohol en los adultos jóvenes.

Del mismo modo debido a las diferencias culturales y étnicas de nuestra zona, es necesario identificar qué elementos sociodemográficos y de la dinámica familiar están relacionados con el consumo de alcohol en los adultos jóvenes de nuestro entorno desde el enfoque de la teoría de sistemas.

Por lo tanto la realización de la presente investigación busca beneficiar a este grupo no prioritario y sus familias, y los resultados servirán de base para futuras investigaciones en el campo de la prevención e intervención desde el ámbito de la Medicina.

#### **4. Objetivos**

##### **Objetivo general**

Establecer la relación entre la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol en los adultos jóvenes de 20 a 39 años, del barrio San Jacinto del cantón Loja, periodo Enero-Julio del 2016.

##### **Objetivos específicos**

- Describir la tipología familiar de los adultos jóvenes del barrio San Jacinto del Cantón Loja, periodo Enero-Julio del 2016
- Identificar la existencia del consumo de alcohol y la edad de inicio de consumo de alcohol en los adultos jóvenes de 20 a 39 años, del barrio San Jacinto del Cantón Loja, periodo Enero-Julio del 2016
- Determinar la funcionalidad familiar de los adultos jóvenes de 20 a 39 años, del barrio San Jacinto del cantón Loja, periodo Enero-Julio del 2016
- Analizar la relación existente entre la funcionalidad familiar, sus dimensiones constitutivas y el consumo de alcohol de los adultos jóvenes de 20 a 39 años, del barrio San Jacinto del cantón Loja, periodo Enero-Julio del 2016

## **5. Esquema del marco Teórico**

1. Alcoholismo
  - a. Definición.
  - b. Farmacocinética del alcohol.
  - c. Efectos del alcohol en la fisiología humana
  - d. Adultos jóvenes y consumo de alcohol
2. Familia
  - a. Definición
  - b. La familia como sistemas
  - c. Subsistemas familiares
  - d. Tipos de familias.
  - e. Funcionalidad familiar
  - f. Ciclo vital de la familia
3. Adulto joven
  - a. Definición
  - b. Rol del adulto joven en la sociedad
4. La funcionalidad familiar y el consumo de alcohol

## 6. Metodología

### 6.1 Operacionalización de variables

<b>Definición conceptual</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala</b>
<p><b>Edad</b></p> <p>Número de años cumplidos en el momento de la encuesta</p>	Cronológica	Cedula	20- 39 años
<p><b>Sexo</b></p> <p>Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer</p>	Biológica	Cedula Auto identificación	Hombre Mujer
<p><b>Residencia</b></p> <p>Es el lugar geográfico donde la persona, además de residir en forma permanente, desarrolla generalmente sus actividades familiares sociales y económicas</p>	Geográfica	Encuesta INEC	Provincia Cantón Parroquia San Jacinto
<p><b>Tipología familiar</b></p> <p>Organización de un sistema dado. “Conjunte invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia”</p>	Social	Número de miembros de la familia	Pequeña Mediana Grande
		Ontogénesis de la familia	Nuclear Extensa Ampliada Reconstituida Monoparental
<p><b>Funcionalidad Familiar:</b></p> <p>Cumplimiento de las funciones básicas como economía, educativa y</p>	Cohesión	Unión familiar física y emocional al enfrentar situaciones y en la toma de decisiones.	Funcional Moderadamente funcional

<p>afectiva, dentro de la familia, y se produce en forma sistémica siendo relativamente estable. Condiciona el ajuste de la familia al medio social y el bienestar subjetivo de sus integrantes.</p> <p>(Louro-Bernal, Infante, De la Cuesta, &amp; Perez, 2002)</p> <p>Variable Independiente</p>	Armonía	Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia.	<p>Disfuncional</p> <p>Severamente disfuncional</p>
	Comunicación	Los miembros de la familia transmiten sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.	
	Adaptabilidad	Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera	
	Afectividad	Capacidad de los miembros de la familia para demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.	
	Rol	Cada miembro cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar	
	Permeabilidad	Capacidad de la familia para brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones	
<p><b>Consumo de alcohol</b></p> <p>Puede describirse en términos de gramos de alcohol consumido o por el contenido alcohólico de las distintas bebidas, en forma de unidades de bebida estándar.</p> <p>El consumo de riesgo es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud si el hábito del consumo persiste.</p> <p>(Peter Anderson et al., 2008)</p>	<p>Consumo de bebidas alcohólicas</p> <p>Edad de inicio del consumo</p> <p>Tipo de consumo de alcohol</p>	<p>Si/No</p> <p>Edad cuando empezó a beber por primera vez</p> <p>% de adultos jóvenes con un consumo sin riesgo de alcohol</p>	<p>Consume</p> <p>No consume</p> <p>Antes de los 15 años</p> <p>De 15 a 17 años</p> <p>De 18 a 19 años</p> <p>Más de 20</p> <p>Consumo sin riesgo</p>

	<p>Frecuencia de consumo</p> <p>Cantidad de alcohol consumida</p>	<p>% de adultos jóvenes con un consumo perjudicial de alcohol</p> <p>% de adultos jóvenes con un consumo excesivo de alcohol</p> <p>Periodicidad de ingesta de bebidas alcohólicas</p> <p>% de que ingirieron de 1 a 2 tragos</p> <p>% de adultos jóvenes que ingirieron de 3 a 4 tragos</p> <p>% de adultos jóvenes que ingirieron de 5 a 6 tragos</p> <p>% de adultos jóvenes que ingirieron de 7 a 9 tragos</p> <p>% de adultos jóvenes que ingirieron más de 10 tragos.</p>	<p>Consumo perjudicial</p> <p>Consumo excesivo</p> <p>Una a tres veces a la semana</p> <p>Tres a cuatro veces a la semana</p> <p>Una a tres veces al mes</p> <p>Numero de tragos ingeridos</p>
--	---	---	--

## **6.2 Descripción del tipo de estudio.**

El presente estudio es descriptivo y transversal. Que aspira describir las relaciones entre la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol en un momento determinado) (Hernández Sampieri, 2010).

## **6.3 Población y muestra.**

### **6.3.1 Universo y muestra**

Está conformado por la población de adultos jóvenes de 20 a 39 años de edad del barrio San Jacinto del cantón y provincia de Loja durante el periodo Enero Julio del 2016.

El 37% de la población del Barrio san Jacinto del cantón Loja, está comprendida en la edad de 20 a 39 años, su distribución es de, 51 hombres y 53 mujeres, para un total de 104 habitantes adultos jóvenes

### **5.3.2 Criterios de inclusión**

- Adultos jóvenes entre 20 y 39 años de edad que consuman alcohol, que deseen participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

### **6.3.5 Criterios de Exclusión**

- Adultos jóvenes que no deseen participar en el estudio.

### **6.3.6 Recolección de datos**

Se aplicará a los adultos jóvenes el familiograma; el instrumento de funcionalidad familiar FFSIL y el test de Identificación de los Trastornos debidos al consumo de alcohol AUDIT. (Anexos)

### **6.3.7 Instrumentos.**

- Familiograma
- El test de funcionalidad familiar se cuantificara con el FF-SIL, instrumento que permite diagnosticar el funcionamiento familiar, a través de la percepción de uno de los miembros; parte del principio, de que es sencillo, de bajo costo y de fácil comprensión para cualquier escolaridad y que pueda ser aplicado por cualquier tipo de personal. Toma en cuenta 7 categorías: cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, rol y permeabilidad; que permiten identificar a las familias como familias funcionales, moderadamente funcionales, disfuncionales y severamente disfuncionales.(González, De, & Freiiome, 1990). El Alfa de Cronbach va de 0,91 a 0,94; este resultado reflejaría la validez del instrumento ya que se encuentra dentro de los valores aceptables.(Nuñez Martinez, 2010)
- Test de Identificación de los Trastornos debidos al consumo de alcohol AUDIT, fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud como un método simple de screening del consumo de riesgo y excesivo de alcohol. Contiene 10 preguntas sobre consumo reciente, síntomas de la dependencia y problemas relacionados con el alcohol, ha sido validado en pacientes de atención primaria en 6 países y es el único test diseñado para su uso a nivel internacional (T. F. Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001b). En un estudio se aplicó el instrumento a 845 estudiantes de una Universidad de Chile, previo consentimiento informado, se aplicó alfa de Cronbach para determinar la fiabilidad y análisis factorial para la validez. Resultados: la confiabilidad del instrumento fue apropiada ( $\alpha = 0,83$ ). (Seguel, Santander, & Alexandre, 2013)

-

## 7. Aspectos éticos.

Para el desarrollo del presente proyecto de tesis será necesaria la participación de adultos jóvenes en estudio; a partir de un documento de consentimiento informado (ver Anexos).

Se considerará los principios éticos de la investigación con seres humanos contenidos en la Declaración de Helsinki.

## 8. Procedimiento.

Primeramente se procederá hacer firmar el consentimiento informado, posteriormente a aplicar los instrumentos que usaran en el estudio, recolección de datos, tabulación y análisis de d

**9. Cronograma**

<b>Tiempo Actividad</b>	<b>ENERO</b>				<b>FEBRERO</b>				<b>MARZO</b>				<b>ABRIL</b>				<b>MAYO</b>				<b>JUNIO</b>				<b>JULIO</b>				<b>AGOSTO</b>								
<b>Elaboración del proyecto</b>	X	X	X	X																																	
<b>Presentación del proyecto</b>					X																																
<b>Aprobación del proyecto</b>						X	X																														
<b>Elaboración de problema Justificación y Objetivos</b>									X	X	X																										
<b>Elaboración del marco teórico</b>											X	X																									
<b>Revisión bibliográfica</b>													X	X	X																						
<b>Elaboración y Aplicación de instrumentos</b>															X	X	X																				
<b>Tabulación de datos</b>																	X	X	X	X	X																
<b>Conclusiones, recomendaciones</b>																					X	X	X														
<b>Elaboración del informe y presentación</b>																													X	X	X						

## 10. Presupuesto

<b>RUBRO</b>	<b>DETALLE</b>	<b>GASTOS</b>
<b>MATERIAL Y EQUIPO</b>		
<b>Equipo de computación</b>	20 Horas	\$10,00
<b>Material de escritorio</b>	Cuaderno, lápices, borradores, esferos, copias.	\$30,00
<b>Fotocopias</b>	No cuantificadas	\$35,00
<b>Gastos de Impresión de Informe</b>	No cuantificadas	\$30,00
<b>ANILLADOS</b>	No cuantificadas	\$20,00
<b>EMPASTE</b>		\$30,00
<b>Imprevistos</b>	Refrigerio	\$20,00
<b>Viáticos</b>	Taxis	\$25,00
<b>TOTAL</b>		<b>\$200,00</b>