



# UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

**TÍTULO:**

**CONSUMO DE ALCOHOL Y SU RELACIÓN CON LA  
DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS  
ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS DE LA CIUDAD  
DE PIÑAS**

TESIS PREVIA A LA  
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
MÉDICO GENERAL

**AUTOR:**

**Jorge Ricardo Jaramillo Bustamante**

**DIRECTOR:**

**Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.**

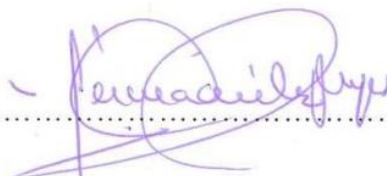
**LOJA – ECUADOR  
2017**

## CERTIFICACIÓN

### CERTIFICO:

Que el presente trabajo de investigación titulado "CONSUMO DE ALCOHOL Y SU RELACIÓN CON LA DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS DE LA CIUDAD DE PIÑAS" desarrollado por el Sr. Jorge Ricardo Jaramillo Bustamante, previo a la obtención del Título de Médico General, ha sido dirigido, supervisado y revisado durante su desarrollo la misma que cumple con todos los requisitos establecidos por la Universidad Nacional de Loja por lo que autorizo su presentación ante el Tribunal de Grado respectivo.

Loja, 10 de Mayo del 2017



Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

**DIRECTOR DE TESIS**

## AUTORÍA

Yo, Jorge Ricardo Jaramillo Bustamante, declaro ser autor del presente trabajo de tesis titulada: CONSUMO DE ALCOHOL Y SU RELACIÓN CON LA DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS DE LA CIUDAD DE PIÑAS 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 duplicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autor: Jorge Ricardo Jaramillo Bustamante

Firma:  .....

Cédula: 0706335221

Fecha: 10 de Mayo del 2017

## CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo Jorge Ricardo Jaramillo Bustamante, declaro ser autor de la tesis titulada: **CONSUMO DE ALCOHOL Y SU RELACIÓN CON LA DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS DE LA CIUDAD DE PIÑAS** cumpliendo con el requisito que me permite obtener el título de **MÉDICO GENERAL**; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, difunda con fines estrictamente académicos la producción intelectual de esta casa de estudios superiores.

La Universidad Nacional de Loja no se hace responsable por el plagio o copia injustificada de la presente tesis que sea realizada por un tercero. Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los diez días del mes de Mayo del 2017, firma el autor.

Firma:  .....

Autor: Jorge Ricardo Jaramillo Bustamante

Cédula: 0706335221

Dirección: Piñas, Av. 8 de Noviembre entre calle Zaruma y Av. Héroes de Panupali

Correo Electrónico: jorgej\_92@hotmail.es

Celular: 0993239553

### DATOS COMPLEMENTARIOS

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

### TRIBUNAL DE GRADO.

**Presidente:** Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre, Mg. Sc.

**Vocal:** Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán, Mg. Sc.

**Vocal:** Dr. Byron Patricio Garcés Loyola, Mg. Sc.

## **DEDICATORIA**

A mis padres, por ser quienes más creyeron en mí, quienes me impulsaron cada vez que quise rendirme y quienes a pesar de las adversidades siempre buscaron la solución para que yo culmine con mi carrera.

Además este trabajo es dedicado a toda mi familia y amigos, quienes de alguna manera me brindaron su apoyo y me dieron su ayuda incondicional en el transcurso de mi carrera.

**Jorge Ricardo Jaramillo Bustamante**

## **AGRADECIMIENTO**

En primera instancia quiero dar gracias a Dios, por ser quien con su infinita bondad me dio vida, salud, paciencia y me supo guiar día tras día por el camino correcto para así alcanzar mis objetivos y poder cumplir este sueño que hoy se hace realidad.

A mis padres, quienes han representado en todo momento una fuente de apoyo incondicional que pese a las adversidades que presente ellos estuvieron ahí como soporte fundamental en mi vida, ya que sin ellos no podría haber cumplido con mi tan anhelada meta, ellos quienes con todo su amor me enseñaron a plantearme un objetivo y a luchar por alcanzarlo.

A los estudiantes y rectores de los colegios de la Ciudad de Piñas, que me permitieron realizar las encuestas y de esta manera culminar el presente estudio.

Además agradezco a los docentes de la Universidad Nacional de Loja de la carrera de Medicina, que contribuyeron a mi formación académica, profesional y moral; y que con sus enseñanzas supieron formar en mí el medico que llegare a ser.

De manera especial agradezco a mi Director de Tesis el Dr. Germán Vélez, por su tiempo y asesoría brindada desde el inicio hasta la culminación ya que gracias a sus correcciones se pudo llegar a feliz término este proyecto investigativo.

***Jorge Ricardo Jaramillo Bustamante***

## ÍNDICE

<b>CARATULA</b>	i
<b>CERTIFICACIÓN</b>	ii
<b>AUTORÍA</b>	iii
<b>CARTA DE AUTORIZACIÓN</b>	iv
<b>DEDICATORÍA</b>	v
<b>AGRADECIMIENTO</b>	vi
<b>INDICE</b>	vii
<b>1. TÍTULO</b>	1
<b>2. RESUMEN</b>	2i
<b>3. INTRODUCCIÓN</b>	4
<b>4. REVISIÓN DE LITERATURA</b>	8
<b>4.1 La Adolescencia</b>	8
4.1.1 Definiciones	8
4.1.2 Etapas de la Adolescencia	9
4.1.3 Identificaciones y Duelos en la Adolescencia	11
<b>4.2 La Familia</b>	12
4.2.1 Definición	12
4.2.2 Tipos de Familia	12

vii

4.2.3	Funciones de la Familia	13
4.2.4	Clasificación de la Familia	13
4.2.5	La Familia en la Adolescencia	15
<b>4.3</b>	<b>El Alcohol</b>	18
4.3.1	Definición	18
<b>4.4</b>	<b>Alcoholismo</b>	18
4.4.1	Definiciones	18
4.4.2	Epidemiología	20
4.4.3	Factores de Riesgo en el Consumo de Alcohol	21
4.4.4	Niveles de Consumo de Alcohol	21
4.4.5	Fisiopatología	22
4.4.6	Formas Clínicas	28
4.4.7	Diagnóstico	30
4.4.8	Tratamiento	32
4.4.9	Consecuencias y Otros Trastornos Asociados al Consumo	
	Excesivo de Alcohol	32
4.4.10	El Alcoholismo en la Adolescencia	33
<b>4.5</b>	<b>La Disfuncionalidad Familiar Afecta al Consumo de</b>	
	<b>Alcohol en Adolescentes</b>	35
<b>5.</b>	<b>METODOLOGIA</b>	36



<b>6.</b>	<b>RESULTADOS</b>	41
<b>7.</b>	<b>DISCUSIÓN</b>	46
<b>8.</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	50
<b>9.</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>	51
<b>10</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	52
<b>11.</b>	<b>ANEXOS</b>	56
11.1	Anexo N° 1	56
11.2	Anexo N° 2	57
11.3	Anexo N° 3	58
11.4	Anexo N° 4	59
11.5	Anexo N° 5	60
11.6	Anexo N° 6	61
11.7	Anexo N° 7	62
11.8	Anexo N° 8	63
11.9	Anexo N° 9	64
11.10	Anexo N° 10	67
11.11	Anexo N° 11	69
11.12	Anexo N° 12	71
11.13	Anexo N° 13	73

## **1. TÍTULO**

**CONSUMO DE ALCOHOL Y SU RELACIÓN CON LA DISFUNCIONALIDAD  
FAMILIAR EN LOS ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS DE LA CIUDAD DE  
PIÑAS**

## 2. RESUMEN

El presente es un estudio correlacional - transversal, realizado en los Colegios de Bachillerato de la Ciudad de Piñas, Colegio Leovigildo Loayza Loayza y Unidad Educativa "Ocho de Noviembre". Con un universo de 2700 alumnos, de ambos colegios, se obtuvo una muestra de 568 estudiantes, entre hombres y mujeres, de 12 a 18 años de edad, quienes todos aceptaron participar en el estudio, mismos que fueron elegidos al azar, de acuerdo al número requerido para la muestra. El objetivo de este proyecto fue establecer la relación entre el consumo de alcohol y la disfunción familiar, esto se estableció aplicando el test de AUDIT (Identificación de trastornos por consumo de alcohol), que valora y estandariza el consumo de alcohol; y el FF-SIL (Test de Percepción Funcionalidad Familiar) que valora la funcionalidad familiar; encontrándose que el 37.15% de los estudiantes encuestados consumen alcohol y que de ellos el 72,04% pertenecen a una familia disfuncional en sus diversos grados, así mismo cabe mencionar que el 29,38% de los consumidores de alcohol caen en categorías de bebedores en riesgo, perjudiciales o en dependencia alcohólica, que igualmente pertenecen a una familia disfuncional lo que apoya la hipótesis sugerida en el presente estudio. Por lo tanto se concluye que la disfuncionalidad familiar es un factor de riesgo para el consumo de alcohol, ya que mediante pruebas de significancia como son el Chi cuadrado, V de Cramer y Odds Ratio se confirmó la relación estadística entre el consumo de alcohol y la disfunción familiar.

**Palabras Clave:** alcoholismo, disfunción familiar, adolescentes

## SUMMARY

The present is a descriptive, cross - sectional analytical study accomplished in the from the City of Piñas, Leovigildo Loayza Loayza High School and “Ocho de Noviembre” Educational Unit. With a universe of 2700 students approximately from both schools, it was obtained a sample of 568 students, men and women between 12 and 18 years old, who all agreed to participate in the study, which were chosen at random, according to the number required for the sample. The objective of this project was to establish the relationship between alcohol consumption and family dysfunction, this was established by applying the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) test that values and standardizes alcohol consumption, and the Family Functionality Perception Test (FF-SIL) that values family functionality; 37.15% of the students surveyed consume alcohol and 72,04% of them belong to a dysfunctional family in their various degrees, it is also worth mentioning that about 29.38% of alcohol users fall into categories of drinkers at risk, Harmful or in alcoholic dependence, which also belong to a dysfunctional family which supports the hypothesis suggested in the present study. Therefore it is concluded that family dysfunction is a risk factor for alcohol consumption, since tests of significance such as Chi square, Cramer V and Odds Ratio confirmed the statistical relationship between alcohol consumption and Family dysfunction.

**Palabras**      **Clave:**      alcoholism,      family      dysfunction,      adolescents

### 3. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el alcohol es una sustancia psicoactiva capaz de generar una dependencia, el consumo de este y los problemas relacionados con el mismo varían ampliamente en todo el mundo, la carga de la enfermedad y la muerte a la que conlleva sigue siendo significativa en la mayoría de los países. (World Health Organization, 2008)

Las bebidas alcohólicas han sido utilizadas en diversas culturas desde hace mucho tiempo y por eso su consumo crece cada día, lo más abrumador es que los jóvenes son los que se ligan mucho más fácil, sin darse cuenta se están causando un número importante de enfermedades, además de convertirse una carga social y económica para la sociedad.

El alcoholismo, a diferencia del simple consumo excesivo o irresponsable de alcohol, ha sido considerado en el pasado un síntoma de estrés social o psicológico. Sin, embargo en los últimos tiempos ha pasado a ser definido, y quizá de forma más acertada, como una enfermedad compleja, con todas sus consecuencias. Para la Organización Mundial de la Salud (Epidemiología, 2008) "son alcohólicos aquellos que beben en exceso y cuya dependencia ha alcanzado un grado tal, que determina la aparición de visibles perturbaciones interpersonales, físicas y del inadecuado funcionamiento social y económico."

Existen multitud de encuestas y estudios (Abad, Ruiz-juan, & Zamarripa, 2012) que reflejan el consumo de alcohol por parte del sector joven de la población ("Alcoholismo en adolescentes," 2009). Es de sobra conocido por los especialistas e incluso por un número creciente de público, que este consumo se integra dentro de unas pautas de conducta de un sector numéricamente importante de jóvenes y que las vive como absolutamente normales, propias de su edad y del grupo con el que se relaciona y que adquiere todo su sentido en la utilización del tiempo libre y las actividades desarrolladas en torno al ocio y la diversión (Deza, Musayón, Sánchez, & Chávez, 2005).

En el año 2013, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un estudio que indica que Ecuador ocupa el segundo lugar en América Latina con mayor

consumo de bebidas alcohólicas; ingiriéndose hasta 9,4 litros de alcohol por habitante al año (INEC, 2012),

Otros estudios (Buxarrais, Casals, & Molina, 2011), en cambio abordan la edad de inicio de consumo de alcohol, se observa que empieza a los 12 años de edad, de acuerdo con el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes, y esto también es confirmado por la encuesta sobre uso de drogas hecha en Ecuador en la que afirma que muchos adolescentes se inmiscuyen en el alcohol a edades muy tempranas (Consejo Nacional de control de sustancias estupefacientes y Psicótropicas, 2012)

Varios son los factores que llevan a la ingesta de alcohol, entre ellos: la edad, el estado de salud física y mental, el estrés, condición socioeconómica, creencias, predisposición genética y expectativas acerca del alcohol, otros estarían relacionados con la baja autoestima, las actitudes antisociales, la insatisfacción con el uso del tiempo libre, o la carencia de habilidades para la toma de decisiones (Lacosta & Lacosta, 2009).

La amistad aunque tiene un significado motivacional que moldea las formas de comportamiento social positivas, en la medida en que los amigos interactúan y se observan unos con otros (Javier & Martínez, 2011); también puede influenciar en el consumo de alcohol en los adolescentes. (Epidemiología, 2008).

La familia siendo el núcleo de la sociedad y el primer centro de formación de cada individuo, tiene mucho que ver con el actuar del adolescente, es por eso que una familia disfuncional trae consecuencias para el joven, una de estas el consumo de alcohol (Martínez , 2012).

En Ecuador la disfunción familiar como tal, tiene índices muy altos, en Riobamba se encontró un 53% (Urquiza, 2012) mientras que en Quito en un estudio de la Universidad Central de Ecuador se observó hasta un 77% de disfunción familiar (Cabrera, 2011).

Pazmiño y Reyes en Quito fueron más allá comprobando una asociación entre disfunción familiar y alcoholismo, sus estudios arrojaron que en los

adolescentes con alcoholismo el 99% de sus familias eran disfuncionales mientras que en las familias de los adolescentes no alcohólicos la disfuncionalidad familiar se presentaba en un 14% (David & Jiménez, 2013). Y es que la ingesta de alcohol por los más jóvenes va en aumento, según la Organización Mundial de la Salud, la cantidad de adolescentes que consumen alcohol aumentó en un 20%, en los últimos 10 años.

La creciente incorporación de las mujeres jóvenes al consumo de alcohol igualmente da de que hablar, pues en estos momentos, existe una práctica equivalente en las tasas de consumo entre ambos sexos en las edades comprendidas entre los 15 y los 18 años. ("Y EL CONSUMO DE ALCOHOL Jóvenes y alcohol," 2008.) Para ser más exactos hace 10 años, de cada 7 hombres que consultaban por problemas relacionados con el alcohol consultaban 3 mujeres; hoy en cambio la relación es de 6 hombres por 4 mujeres. (Morales & Plazas, 2006)

Analizando el alcoholismo en la juventud como un problema social muy marcado y su posible asociación a una familia disfuncional (Tabaco & Niños, 2005) y la falta de programas dedicados a disminuir la incidencia de este problema; se considera pertinente indagar como se encuentra la función familiar de cada adolescente y delimitar si el problema de alcoholismo puede provenir del núcleo familiar y de cierta forma así orientar a que haya una mejor convivencia como familia para de alguna manera prevenir el consumo de alcohol. Por todo lo mencionado nos planteamos como objetivo general el determinar el consumo de alcohol y su relación con la disfuncionalidad familiar en los adolescentes del Colegio Leovigildo Loayza Loayza y de la Unidad Educativa Ocho de Noviembre de la Ciudad de Piñas; y dentro de los objetivos específicos el determinar la frecuencia de alcoholismo y sus grados de consumo, establecer la relación entre alcoholismo y funcionalidad familiar, y el diseñar un programa para prevención del alcoholismo en función de la disfuncionalidad familiar

Con un universo de 2700 alumnos, de ambos colegios entre hombres y mujeres, se obtuvo una muestra de 568 estudiantes, de 12 a 18 años de edad,

quienes todos aceptaron participar en el estudio, mismos que fueron elegidos al azar, de acuerdo al número requerido para la muestra. Una vez aplicados los Test de Percepción de Funcionalidad Familiar (FF-SIL), y el Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT) se procedió a calificarlos e ingresar los datos en el sistema SPSS (Statistical Product and Service Solutions), luego se tabulo y se obtuvo como resultado que el 37.15% de los estudiantes encuestados consumen alcohol y que de ellos el 72.04% pertenecen a una familia disfuncional en sus diversos grados, así mismo cabe analizar el 29,38% de los consumidores de alcohol caen en categorías de bebedores en riesgo, perjudiciales o en dependencia alcohólica, que igualmente pertenecen a una familia disfuncional lo que apoya la hipótesis sugerida en el presente estudio.

Por lo tanto el presente estudio determinó que existe relación estadísticamente significativa, mediante pruebas de significancia estadística como es el Chi cuadrado, V de Cramer y el Odds Ratio concluyendo que la que la disfuncionalidad familiar es un factor de riesgo para el consumo de alcohol.



## **4. REVISIÓN DE LITERATURA**

### **4.1. LA ADOLESCENCIA**

#### **4.1.1 DEFINICIONES**

Según Dina Krauskopf, es un período crucial del ciclo vital en que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que poseen, asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio. (Pascualini & Llorens, 2010)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es la etapa de la vida, comprendida entre los 10 y los 19 años, en la cual tiene lugar el empuje de crecimiento puberal y el desarrollo de las características sexuales secundarias, así como la adquisición de nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales. Este proceso se caracteriza por rápidos y múltiples cambios en los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales. (Pascualini & Llorens, 2010)

La adolescencia se inicia con los primeros cambios corporales de la pubertad y finaliza con la adquisición de la madurez física, emocional, vocacional –laboral– y económica de la adultez, y cuando es posible la creación de una nueva familia. Este proceso, hoy en día, se extiende más allá de los 20 años, ya que la posibilidad de independizarse económica y afectivamente de los padres se logra, en algunos ámbitos culturales, después de los 24 años. (Pascualini & Llorens, 2010)

En conclusión podríamos decir que la adolescencia es una etapa de la vida, en la cual se viven cambios trascendentales tanto físicos, psicológicos, sociales y espirituales. Es un tiempo donde se logra una madurez sexual y junto con esta una madurez cognitiva adquiriendo nuevas habilidades.

Es por eso que el ser humano es comprendido como una unidad bio-psico-social pues experimenta transformación no solo a nivel físico como es el crecimiento y el desarrollo sexual, es decir la capacidad para reproducirse, sino

que también se dan cambios sumamente importantes a nivel de su psique y es por eso que para una mejor comprensión se ha dividido a la adolescencia en tres etapas descritas a continuación.

#### **4.1.2 ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA**

**Adolescencia temprana: 10 a 14 años.-** Se desarrollan las características biológicas primarias y secundarias.

Aparecen cambios en el estado de ánimo, tales como irritabilidad, impulsividad, hipersensibilidad a los estímulos, apatía, abulia, fragilidad psíquica, inhibiciones.

Los jóvenes presentan intentos de autonomía desafiando la autoridad parental en simultaneidad con conductas infantiles. Según Winnicott, «los adolescentes son desafiantes por momentos y, en otros, muestran una dependencia pueril».

Buscan experimentar emociones nuevas, cuestionando las normas de los adultos.

Es frecuente el aspecto desaliñado y sucio como expresión de rebeldía o desajuste con su nueva imagen corporal.

Continúan ligados a sus amigos de la infancia; prevalece la pertenencia al grupo de pares, generalmente, del mismo sexo.

Progresan el área cognitiva. Se va construyendo el pensamiento abstracto, manteniéndose, al mismo tiempo, procesos psíquicos que corresponden al pensamiento concreto.

Se desarrolla paulatinamente la capacidad de introspección y de reflexión. (Pascualini & Llorens, 2010)

**Adolescencia media: 14 a 18 años.-** Aparecen nociones propias sobre proyecto de futuro.

Se profundizan los vínculos fraternos y con el grupo de pares. Es de gran importancia la *función del «amigo»*.

A partir de las primeras relaciones de pareja, que suelen ser de corta duración, se debilitan los lazos adolescentes. *La pertenencia grupal facilita la transición adolescente.*

Se agudiza la confrontación con los adultos. *Es necesaria la confrontación generacional.* La presencia del adulto sostiene el contraste generacional.

El comportamiento arriesgado no implica siempre un deseo autodestructivo. A veces, expresa la *búsqueda de una marca que los diferencie*. Por ejemplo: *piercing*, tatuajes, modas y ritos adolescentes son utilizados para diferenciar la propia identidad.

Es necesario diferenciar *situaciones propias del proceso adolescente* de aquellas que implican comportamientos de riesgo, *pasaje al acto, donde hay riesgo de vida o de la calidad de vida*. Ejemplo: Conducir alcoholizado o tirar una bengala en un lugar cerrado (Pascualini & Llorens, 2010).

**Adolescencia tardía: 18 a 28 o más años.-** Paulatinamente, los jóvenes se van insertando en el mundo laboral. Hay un pasaje del jugar al trabajar.

Se afianzan en su independencia y tratan de obtener logros económicos.

Pueden aparecer sentimientos de tristeza, desorientación y caos interior. Esta crisis se acentuará, si al terminar el secundario, no pueden desarrollar un proyecto viable y/o tienen que migrar y transculturalizarse, y/o ante dificultades de asumir el rol adulto.

Las relaciones con los padres se tornan más adultas.

Se tiende a un mayor compromiso afectivo con la pareja.

La introspección facilita un mejor planeamiento del futuro y del actuar en consecuencia.

Hay un mayor reconocimiento de valores y normas básicas.

La construcción de la identidad adolescente es diferente dependiendo: de los sistemas de valores en los que se desarrollan, del contexto sociocultural (localidad, clase social a la que pertenecen, nivel de educación), del contexto familiar (diversidad de roles y vínculos familiares, hábitos, sistemas de creencias).

Todos estos factores determinarán la *variabilidad pluriforme identitaria*. Por esta razón, se acuña el concepto de *las adolescencias* (Pascualini & Llorens, 2010).

#### **4.1.3 IDENTIFICACIONES Y DUELOS EN LA ADOLESCENCIA**

Además durante la transición adolescente, hay dos trabajos psíquicos necesarios para realizar:

- la elaboración de la reactivación del complejo de Edipo
- los duelos por la infancia perdida que son: el duelo por el cuerpo infantil, el duelo por la pérdida de rol y la identidad infantil, el duelo por pérdida de los padres de la infancia y el duelo por la bisexualidad perdida (Pascualini & Llorens, 2010).

En si todos estos aspectos consisten la transformación de niño a adolescente y atravesar todo esto y aceptar toda esta nueva oleada de cambios es difícil y por eso él apoyo es fundamental ya que de no hacerlo puede que el adolescente inconscientemente busque otras cosas que no son las que lo beneficiaría una de ella es alcohol que es el tema de este proyecto.

## 4.2 LA FAMILIA

### 4.2.1 DEFINICION

Es la unidad estructural, compuesta por un hombre y una mujer casados o unidos y tienen hijos que viven bajo un mismo techo.(Diaz, 2009)

La familia es la institución social fundamental que une a las personas vinculadas por nacimiento o por elección en un hogar y una unidad doméstica. La familia es el entorno donde se establecen por primera vez el comportamiento y las decisiones en materia de salud (Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud, 2003)

Sin embargo nosotros podríamos definir a la familia como un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un período indefinido de tiempo. Constituye la unidad básica de la sociedad. En la actualidad, destaca la familia nuclear o conyugal, la cual está integrada por el padre, la madre y los hijos a diferencia de la familia extendida que incluye los abuelos, suegros, tíos, primos, etc.

### 4.2.2 TIPOS DE FAMILIA

**Familia Nuclear.-** Padre, madre con o sin hijos. Esta familia sigue siendo la forma de organización dominante, correspondiente al modelo tradicionalmente de la pareja con hijos que ejerce las funciones de conyugalidad y reproducción.

**Familia Extensa.-** “Entendiendo por tal aquella en la que conviven en el mismo hogar más de dos generaciones.”

**Familia Monoparental.-** Pueden ser muy variadas y se dan como consecuencia del fallecimiento de alguno de los cónyuges, por una separación conyugal o divorcio del matrimonio, uno de los cónyuges pasa a ostentar la guarda o custodia exclusiva de sus hijos menores, es decir ya sea hombre o mujer se decide a emprender en solitario la tarea de maternidad o paternidad.

**Familia Homoparental.-** Toda familia en la cual las personas (o algunas de las personas) a cargo de la crianza de los niños o las niñas no se inscriben en el modelo de heterosexualidad obligatoria. Esto contempla a las personas travestis, transexuales e intersexuales, en cuanto a su identidad de género y sexo y a las personas homosexuales en cuanto a su orientación sexual

#### **4.2.3 FUNCIONES DE LA FAMILIA**

**Biosocial.-** Es respecto a la conservación de la especie humana, ya que la procreación es la base de la formación de las familias y por ende de la sociedad.

**Económica.-** Trata acerca de que se debe cumplir con el mantenimiento económico y material de sus miembros.

**Afectiva.-** Se refiere a los vínculos afectivos que establecen todos los miembros que integran la familia. El ser humano necesita de una relación cálida y afectiva con sus semejantes.

**Educativo-cultural.-** Compartir colectivamente los deberes y derechos inherentes a ellos y presentar ejemplo y así educar a sus hijos en los valores de la sociedad socialista. (Chapela,1999) (Díaz, 2009)

#### **4.2.4 CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA**

**Familia funcional.-** “Es la que cumple con las funciones que la sociedad espera de ella. Estas funciones son cuatro: capacitar la socialización, promover la equidad generacional entre las edades, transmitir la cultura y ejercer cierto control social sobre los miembros de la familia.”

Una familia funcional es aquella que permite el crecimiento intelectual, físico y emocional de sus miembros, además debe existir una comunicación clara mediante el diálogo, un ambiente receptivo para que haya confianza, se puedan discutir diferencias y aclararlas, y expresiones de afecto, tanto con palabras como físicamente, se procura el bienestar de cada uno de los

miembros respetando y tomando en consideración sus opiniones. (Martinez, 2012)

**Familia disfuncional.-** “Una familia disfuncional perjudica emocionalmente a los miembros de la familia hasta un punto en el que no tienen un sentido claro del yo, haciendo que los miembros funcionen de una manera individualista, diferenciada.”

Es una familia en la que los conflictos, la mala conducta, y muchas veces el abuso por parte de los miembros individuales se produce continuamente y regularmente, lo que lleva a otros miembros a acomodarse a tales acciones. A veces los niños crecen en tales familias con el entendimiento de que tal disposición es normal. Además determina a un tipo de familia en la que existen conflictos, que la hacen no funcional, en la sociedad en la cual se encuentra, en estas familias sucede todo lo contrario que en las funcionales, es decir no existe comunicación entre los miembros, cada quien tiene una vida muy diferente a la de los demás, no se procura el bienestar de los demás entre otras situaciones (Martinez, 2012).

La investigación hecha por la Universidad Estatal de Cuenca en la ciudad del mismo nombre señala que los adolescentes que pertenecen a familias disfuncionales son de hasta el 50% (Rivera & Sanchez, 2014), mientras que en la Ciudad de Quito se observó hasta un 75% de disfunción familiar en familias de adolescentes (Reyes & Pazmiño, 2003)

Concretamente en lo que respecta a este parámetro de tipos de familia de acuerdo a su funcionalidad nosotros lo valoraremos de acuerdo al Test de Percepción de Funcionalidad Familiar (FF-SIL), de acuerdo al puntaje obtenido tendremos:

**Familia Funcional:** De 70 a 57 puntos.  
**Familia Moderadamente Disfuncional:** De 56 a 43 puntos  
**Familia Disfuncional:** De 42 a 28 puntos.  
**Familia Severamente Disfuncional:** De 27 a 14 puntos.

El Test de Percepción de Funcionalidad Familiar (FF-SIL) es un test de funcionamiento familiar que mide el grado basados en 7 variables: cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad, permite al identificar el factor relacionado causante del problema familiar y así intervenir más eficaz y efectivamente.(Louro Bernal, 2002)

**Cohesión:** unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.

**Armonía:** correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

**Comunicación:** los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.

**Permeabilidad:** capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

**Afectividad:** capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

**Roles:** cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

**Adaptabilidad:** habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera (Martinez, 2012).(Louro Bernal, 2002)

#### 4.2.5 LA FAMILIA EN LA ADOLESCENCIA

En la Edad Moderna los máximos valores eran la familia y el trabajo, las familias eran más homogéneas, verticales y rígidas. No se ponía en duda la autoridad de los padres, y los hijos no tenían derecho a una vida privada. Los padres, en general, deseaban que sus hijos e hijas se desarrollaran por completo a fin de poder insertarse socialmente y contribuir al futuro de la humanidad, que preservaran la historia del pasado y que aprendieran y enseñaran valores.



Hoy en día, las expectativas familiares para con los hijos e hijas varían según el lugar donde está insertado el adolescente en particular, por lo tanto las familias difieren según el nivel cultural, el nivel educativo, el nivel económico, su funcionamiento, el grado de cohesión y la adaptabilidad de la misma.

Los nuevos roles del hombre y de la mujer en el mundo globalizado han provocado una nueva comprensión del matrimonio, del trabajo de la mujer y de los recursos alternativos del cuidado del niño. El tamaño de la familia, se ha reducido significativamente. El divorcio y el nuevo matrimonio son nuevas alternativas que enfrentan los hijos.

El empleo de la madre obliga, en algunos estratos sociales, a que los niños sean cuidados por extraños, en otros, por familiares adultos, y, en otros, por los hermanos. El rol del padre se ha ido desdibujando, su autoridad es cuestionada por la mujer y por sus descendientes, y la situación se agrava al perder su trabajo y su rol de proveedor.

Los cambios fundamentales en la familia en el mundo globalizado son la disociación entre la conyugalidad (vínculos de pareja) y la filiación (vínculos entre padres e hijos). En la familia tradicional, estos dos vínculos eran indisolubles. En la actualidad, en cambio, la conyugalidad ha perdido su carácter indisoluble mientras que la filiación mantiene dicho carácter. Además, en la familia occidental se defiende a ultranza el individualismo, que pone el acento en la libertad extrema. Sin embargo, esta autonomía subjetiva se acompaña cada vez más de la dependencia material.

Según Tuñón las configuraciones familiares existentes son múltiples, entre ellas se encuentran aquellas conformadas por los padres e hijos, y otras que se constituyen en hogares monoparentales. Las mujeres solas con hijos tienen mayor dificultad en su crianza, pero las que padecen una mayor sobrecarga física y psicológica son las que, además, se encuentran en situación de pobreza.

Los diferentes procesos de crianza y de sociabilización impactan en el desarrollo infantil y del adolescente. De la familia, depende la elección de la

escuela primaria, y tanto hogar como escuela influirán en la elección de las redes sociales y virtuales en la adolescencia. No es lo mismo, cursar los años escolares sin estímulo ni interés por parte de los padres, que hacerlo bajo la mirada afectuosa de la familia y en interacción con pares en la misma escuela y en otras actividades recreativas, deportivas o artísticas.

I. Tuñón refiere que los adolescentes de 13 a 17 años se hallan en situación de déficit en el proceso de sociabilización si registran al menos dos de las siguientes situaciones: adolescentes que no tienen hábito de lectura; adolescentes que no acceden a Internet; adolescentes que no realizan actividad deportiva y cultural extraescolar; adolescentes que desertan o que se encuentran rezagados en la escuela. Un adolescente del sector 40% más pobre tiene 2,6 veces más «chance» de experimentar situaciones deficitarias, por lo cual, sus habilidades cognitivas y sociales pueden no llegar a alcanzar toda su potencialidad.

Hay familias, que por su estilo de vida, promueven una maternidad temprana, mientras que otras esperan que sus hijos e hijas terminen los estudios, se instalen en sus trabajos y, recién después, que planeen la conformación de una familia. Se ha observado, que la carencia de diálogo en el hogar y la violencia se asocian a mayor depresión, baja autoestima, falta de proyectos en la adolescencia y, por lo tanto, a mayor probabilidad de comportamiento de riesgo y malestar psíquico.

Entre los y las adolescentes, según Di Segni Obiols, «hay quienes se sienten identificados con sus familiares, otros, son extranjeros en su propia casa». Crecen en un mundo mucho más complicado que el de sus abuelos, un mundo en el que las oportunidades de contacto, constancia y permanencia resultan poco frecuentes. perdida (Pascualini & Llorens, 2010).

## **4.3 EL ALCOHOL**

### **4.3.1 DEFINICION**

El alcohol etílico o etanol es un ingrediente intoxicante que se encuentra en la cerveza, el vino y el licor. El alcohol se produce a través de la fermentación de la levadura, los azúcares y los almidones. Es un depresor del sistema nervioso central que se absorbe rápidamente en el estómago y el intestino delgado al torrente sanguíneo. (National Institute on Drug abuse, 2007)

**EL Alcohol como un toxico.-** El alcohol es una sustancia química, tóxica que ingerida en exceso provoca cambios inmediatos en la personalidad y va provocando un deterioro gradual en algunos órganos del cuerpo como el hígado, el cerebro, el páncreas y el corazón

El alcohol alcanza el cerebro a través de la corriente sanguínea y, a diferencia de la mayoría de los alimentos, se absorbe hacia la sangre sin indigestión. Comienza a ejercer sus efectos intoxicante cuando alcanza el cerebro a través de la sangre circulante y, naturalmente, mientras más alcohol se consume, más cantidad va al cerebro y mayor será el efecto sobre las facultades (Silva, 2010).

## **4.4 ALCOHOLISMO**

### **4.4.1 DEFINICIONES**

Es el consumo de bebidas alcohólicas a un nivel que interfiere con la salud física o mental, al igual que con las responsabilidades sociales, familiares, económicos o laborales.

El alcoholismo es un tipo de drogadicción, en la cual hay tanto dependencia física como mental.

El médico debe tener claro los conceptos que definen al alcoholismo entre los que se encuentran la intoxicación, síndrome de abstinencia, tolerancia y los

distintos tipos de dependencia, así como la interrelación de alcoholismo con otra drogodependencias

**Intoxicación.-** La intensidad y la duración de la embriaguez dependen de la cantidad y del tipo de bebida consumida, de la rapidez de la ingesta, de las circunstancias del consumo y del nivel de tolerancia. A partir de una tasa de alcoholemia de 4-5 gramos se puede llegar al coma e incluso a la muerte. Los efectos físicos y psíquicos producidos por el alcohol desaparecen cuando este es eliminado (ORTUÑO F. 2009).

**Síndrome de abstinencia.-** Se caracteriza por la aparición de síntomas físicos, como temblor, sudoración, náuseas, distimia o malestar, y de síntomas psicológicos como nerviosismo, irritabilidad, cansancio y depresión leve, que son tan desagradables que llevan al sujeto a beber de nuevo para evitarlos. El síndrome de abstinencia desaparece cuando se reanuda la ingesta. Puede ser leve con síntomas como los descritos anteriormente, pero la deprivación puede causar un síndrome más grave si la dependencia es mayor y pueden aparecer, además ideas delirantes, alucinaciones visuales y signos neurovegetativos como fiebre, sudoración e hipertensión. La aparición de los síntomas se produce a las 8 a 12 horas de la deprivación de la sustancia (ORTUÑO F. 2009).

**Tolerancia.-** Es la necesidad de aumentar la cantidad de alcohol para conseguir el efecto deseado o disminución notable del efecto utilizando de forma regular la misma cantidad. El nivel de aparición de la tolerancia varía tanto de unas personas a otras como de las dosis consumidas. En general se desarrolla en un periodo de 5 a 10 años. Así aguantar grandes cantidades de alcohol es un signo de enfermedad alcohólica, no de control ni de madurez como habitualmente el sujeto cree (ORTUÑO F. 2009).

**Dependencia.-** Es el estado de malestar que aparece en un individuo al suprimir el alcohol que lleva consumiendo durante largo tiempo. Suele conllevar trastornos mentales específicos, como intoxicación alcohólica, síndrome de abstinencia (a veces delirium) alucinosis, trastorno amnésico, demencia,

encefalopatía de Wernicke y demencia tipo Korsakoff. Se pueden diferenciar dos tipos de dependencia: la física producida por la adaptación del organismo a la sustancia, donde existe una necesidad de consumir alcohol de forma imperiosa para conseguir una determinada vivencia o para reducir el mismo malestar, y que dan lugar a la aparición de los fenómenos corporales y físicos cuando se suprime el alcohol; y la psíquica caracterizada por una demanda irresistible de consumir de forma continuada, ya sea de forma periódica o permanente. El alcohol se ha convertido en el eje de las conductas, pensamientos y emociones de la persona (ORTUÑO F. 2009).

**Politoxicomanía.-** Existe una tendencia, sobre todo en los jóvenes, de mezclar alcohol con hachís o cocaína para conseguir efectos más intensos. La combinación de alcohol y drogas depresoras produce un efecto multiplicador, si se combina con drogas estimulantes, como las anfetaminas o la cocaína puede provocar cuadros de violencia en personas predispuestas. En la actualidad no es difícil encontrar a sujetos que mezclan alcohol con drogas de síntesis, como el speed o el éxtasis que contrarrestan los efectos depresores del alcohol (ORTUÑO F. 2009).

#### **4.4.2 EPIDEMIOLOGIA**

Estadísticas mundiales sobre el alcoholismo según la Organización Mundial de la Salud propone que 70% de la población mundial consume alcohol en alguna medida, por encima de los 15 años.

El 10% de los antes mencionados se convertirán en alcohólicos, 3 al 5 % son dependientes

Así mismo el 10% de la población española sufre del Síndrome de dependencia del alcohol, 60% de los accidentes de tránsito son provocados por personas alcoholizadas.

El alcohol produce una tasa de suicidio de entre el 5% y el 27% en comparación con el 1% de la población normal, 20 a 25% de los hijos de alcohólicos, tiene problemas para controlar el consumo (Camacho, 2000)

El consumo y los problemas derivados del alcohol están aumentando en todo Occidente desde 1980, incluyendo Estados Unidos, la Unión Europea y la Europa oriental, así como en los países en vías de desarrollo.

A pesar de los resultados del tratamiento actual, se estima en más de 100.000 el número de muertos anuales sólo en Estados Unidos a causa del alcohol.

En la Federación Rusa un 12 por 100.000 de la población ingresa anualmente en los hospitales para ser tratados de intoxicaciones etílicas agudas.

En los últimos años, España ha pasado a ocupar el segundo lugar en el mundo en tasa de alcoholismo (Cornide, 2008).

#### **4.4.3 FACTORES DE RIESGO EN EL COSUMO DE ALCOHOL**

Tanto en el plano individual como en el social, se han identificado diversos factores que influyen en los niveles y hábitos de consumo de alcohol, así como en la magnitud de los problemas relacionados con el alcohol en las comunidades.

Los factores ambientales incluyen el desarrollo económico, la cultura y la disponibilidad de alcohol, así como la globalidad y los niveles de aplicación y cumplimiento de las políticas pertinentes. Para un nivel o hábito de consumo dado las vulnerabilidades de una sociedad podrían tener efectos diferenciales similares a los producidos en diferentes sociedades.

Si bien no existe un único factor de riesgo dominante, cuanto más factores vulnerables converjan en una persona, más probable será que esa persona desarrolle problemas relacionados con el alcohol como consecuencia del consumo de alcohol.

#### **4.4.4 NIVELES DE CONSUMO DE ALCOHOL**

**Bebedor social.-** La Zona I se refiere al consumo de bajo riesgo o la abstinencia.

**Bebedor en riesgo.-** El segundo nivel, la Zona II, comprende el consumo de alcohol por encima de las recomendaciones de bajo riesgo, que están generalmente indicadas cuando la puntuación del Test Identificación de Trastornos por consumo de Alcohol (AUDIT) está entre 8 y 15. Una intervención breve que utiliza el consejo simple o consejo y materiales educativos es el método más adecuado para estos pacientes.

**Bebedor perjudicial.-** El tercer nivel, la Zona III, está sugerido para puntuaciones del Test Identificación de Trastornos por consumo de Alcohol (AUDIT) en el rango de 16 a 19. El consumo de riesgo y perjudicial puede ser abordado mediante una combinación de consejo simple, terapia breve y monitorización continuada, estando indicada una mayor evaluación diagnóstica si el paciente no responde o se sospecha una posible dependencia de alcohol.

**Bebedor en dependencia alcohólica.-** El cuarto nivel de riesgo está sugerido por puntuaciones del Test Identificación de Trastornos por consumo de Alcohol (AUDIT) por encima de 20. Estos pacientes deben derivarse a un especialista para una evaluación diagnóstica y un posible tratamiento de la dependencia de alcohol (Ortilla et al., 2002), (Babor, Higgins-biddle, Saunders, & Monteiro, 2010).

NIVELES DE RIESGO	INTERVENCION	PUNTUACION TEST
Zona I	Educación sobre el alcohol	0 - 7
Zona II	Consejo simple	8 - 15
Zona III	Consejo simple más terapia breve y monitorización continuada	16 - 19
Zona IV	Derivación al especialista para una evaluación diagnóstica y tratamiento	20 - 40

#### 4.4.5 FISIOPATOLOGIA

Se distinguen 4 etapas básicas desde la ingestión del alcohol hasta su metabolización o eliminación. Son por este orden, los procesos de Absorción, Distribución, Metabolización y Eliminación.

El hígado se encargará de asimilar un 90% del alcohol ingerido, el otro 10% se lo repartirán a partes iguales los pulmones y la orina (también a nivel reducido, a través de las lágrimas y por medio de la leche materna y el sudor).

**Absorción.** Cuando se consume una bebida alcohólica, ésta pasa por el esófago y el estómago antes de llegar hasta el intestino delgado, lugar donde será absorbida. A causa de su bajo peso molecular, el alcohol no requiere de un proceso de digestión. Si bien una pequeña parte se absorbe a través de la membrana de la mucosa y pasa a la sangre, la mayor parte del alcohol ingerido pasa a la corriente sanguínea a través de las paredes del intestino delgado. Concretamente, las pertenecientes al Duodeno y Yeyuno. (ALTARRIBA, 2008)

Un factor importante en cuanto a la velocidad de absorción del alcohol en la sangre, es la cantidad de alimento en el estómago. Si el alcohol, en dirección hacia el intestino, encuentra en su camino un estómago con alimentos, éstos obstaculizarán su paso al intestino, retrasando el proceso de absorción del etanol en la sangre. Por un lado, se pondrá en marcha el proceso de digestión que conlleva la mezcla del alcohol con el resto del contenido (el bolo digestivo). Por otro, las enzimas encargadas de degradar tienen a su vez más tiempo para actuar sobre el alcohol, al llegar éste con más dificultad a la sangre. En los hombres, estas enzimas, son más abundantes. (ALTARRIBA, 2008)

El gas carbónico de los refrescos aumenta la velocidad de absorción del alcohol por el organismo, dilatando el píloro, lo cual hace que pase con mayor rapidez al intestino y a la sangre. (ALTARRIBA, 2008)

Las bebidas alcohólicas que pasan más rápidamente a la sangre están entre los 15° y 30°. A mayor concentración de alcohol, el estómago segrega mucina, se cierra más el píloro y se dificulta el paso al intestino delgado, y por tanto su absorción por el organismo. El alcohol tarda de 2 a 6 horas en desaparecer del



estómago, según la cantidad, la concentración y las características del bolo alimenticio. (ALTARRIBA, 2008)

Cuanto más lenta sea la velocidad de absorción del alcohol en sangre, menor será el grado de alcoholemia. El grado de alcoholemia es la cantidad en gramos de alcohol concentrada en un litro de sangre. (ALTARRIBA, 2008)

**Distribución.** Una vez el alcohol llega al intestino delgado, es absorbido y viaja por la sangre a través de venas y arterias a todos los lugares del organismo. Al ser una sustancia soluble en agua se absorberá fácilmente hacia las células de los distintos órganos y tejidos en proporción a su contenido en agua. El alcohol no absorbido por los tejidos permanecerá en la sangre. La bilis y el líquido cefalorraquídeo absorben más cantidad de alcohol que la sangre. (ALTARRIBA, 2008)

Durante su recorrido el alcohol se distribuye entre los líquidos corporales, excepto en las grasas. Una misma cantidad de alcohol ingerido, puede derivar en distintos niveles de alcoholemia, según la grasa y agua de cada persona. (ALTARRIBA, 2008)

En la mujer, al disponer proporcionalmente de menos volumen de líquido corporal que el hombre, nos encontraremos con que para un mismo volumen de alcohol su nivel de concentración en sangre (alcoholemia) resultará mayor (menor volumen de agua para su disolución). (ALTARRIBA, 2008)

Por otra parte, al tener las mujeres en general más grasa que el hombre, se dificulta la absorción (el alcohol no es soluble en las grasas) con lo que a su vez se provocará que el etanol permanezca más tiempo en la sangre.

**Metabolización.** La metabolización es el proceso de transformación de una sustancia externa, como el alcohol, en otra que pueda asimilar el organismo. Esta sustancia que el cuerpo ya reconoce se llama Acetaldehído, y pasa posteriormente a convertirse en Ácido Acético (Acetato).

La sangre lleva el alcohol diluido en ella hacia el hígado, que realizará la metabolización del 90% del alcohol ingerido. La capacidad de metabolización

del hígado es de 8 a 10 gramos de alcohol a la hora (de promedio) en el caso de los hombres y algo menos en el de las mujeres. (ALTARRIBA, 2008)

**Identifiquemos los componentes del proceso:**

CH<sub>3</sub>-CH<sub>2</sub>-OH: ("Alcohol"). Es el "alcohol etílico o etanol".

ADH: (enzima, "Alcohol Deshidrogenasa"). Es la enzima que acelera la metabolización.

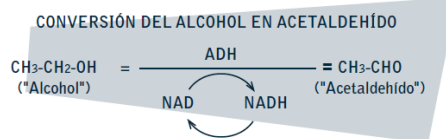
NAD: (cofactor, "Nicotinamida Adenín Dinucleótido"). Sustancia que cataliza la reacción.

CH<sub>3</sub>-CHO: ("Acetaldehído"). El "Acetaldehído es ya reconocido por el organismo como una sustancia para generar "Acetato" o "Ácido Acético".

CH<sub>3</sub>-COOH: ("Acetato"). Sustancia final del proceso de metabolización del alcohol que se integra en las mitocondrias.

Las mitocondrias son los orgánulos celulares donde se produce este metabolismo energético oxidativo que transforma el acetato en energía en forma de ATP ("Adenosin-trifosfato").

La reacción del cuerpo hacia el alcohol se produce gracias a la unión de un enzima "ADH" (que acelera las reacciones metabólicas) y un cofactor "NAD" (que interviene para que se produzca la transformación del alcohol). El enzima alcohol deshidrogenasa (ADH), a través del NAD, transfiere una molécula de hidrógeno (H+) dando NADH que oxidará el etanol (alcohol), generando acetaldehído CH<sub>3</sub>-CHO.



El "ADH" es el verdadero responsable de la conversión del alcohol en acetaldehído. Esta actividad de "ADH" es también menor en el nivel gástrico (duodeno) en las mujeres, lo que unido al menor volumen proporcional de líquido, vuelve a incidir en su facilidad para incrementar el nivel de alcoholemia.

El alcohol llega al hígado a través de la vena porta. Será allí, en los hepatocitos o células hepáticas, donde el etanol se oxida mediante el proceso que hemos visto, generando acetaldehído.

Cuando la cantidad de alcohol ingerida es excesiva y la vía principal de metabolización (el hígado) puede sobrecargarse y provocar un colapso hepático, el cuerpo dispone de un sistema alternativo de emergencia. (ALTARRIBA, 2008)

Este sistema alternativo lo forman dos vías que se pondrán a trabajar a la vez ayudando al hígado a transformar el alcohol en acetaldehído:

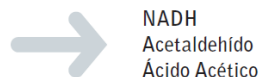
**Vía Catalasa.** La Catalasa es una enzima que precisa de agua oxigenada para transformar el alcohol en acetaldehído.



**Sistema M.E.O.S (Sistema oxidativo del etanol microsomal).** Se produce en el retículo endoplasmático. Utiliza la forma fosforilada del "NAD" (la enzima "NADP") que junto al oxígeno (O<sub>2</sub>) produce la transformación de agua y "NADP", que provocará el paso del alcohol a acetaldehído.



Producto del metabolismo alcohólico, se genera también en el hepatocito:



El ácido acético se incorpora al ciclo de Krebs mitocondrial, una vez transformado en acetil-coenzima (acetil-CoA), a través de la enzima Acetil-CoA sintetasa, ubicado en las mitocondrias y en el retículo endoplasmático. El acetil-CoA incorporado al ciclo de Krebs, después de seguir la cadena de transporte electrónico, generará CO<sub>2</sub> H<sub>2</sub>O y ATP.

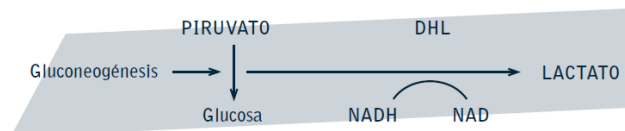
El acetaldehído, a nivel mitocondrial, se degradará en ácido acético a través de la enzima (ALDH).

Sólo una parte reducida del acetaldehído pasará a sangre, siendo ésta la que al atravesar la BHE (Barrera Hemato-Encefálica), accederá al SNC, donde participará en los mecanismos neurobiológicos básicos de la generación de la

dependencia y tolerancia (el acetaldehído sólo atraviesa la BHE cuando se encuentra en grandes cantidades, propias del abuso de alcohol, o en un alcohólico crónico). (ALTARRIBA, 2008)

El NADH, se genera tanto por oxidación del alcohol, como por oxidación del acetaldehído, la acumulación del mismo produce un incremento de la relación, incidiendo en las que intervienen las deshidrogenasas de óxido-reducción, se polaricen hacia la generación de metabolitos reducidos.

Como resultado del incremento de E0 se interfiere la gluconeogénesis, en la línea de desplazar la deshidrogenasa láctica (DHL) hacia la generación de lactato.



Consecuentemente, la producción excesiva de glucosa en los casos de abuso podría generar hipoglucemia. A su vez, el incremento de lactato (ácido láctico) propicia el desarrollo de acidosis metabólica.

Este lactato en sangre a nivel excesivo, reduce la excreción de ácido úrico, afectando la glucemia e incidiendo en la síntesis de colágeno y, a su vez, en el proceso de fibrogénesis hepática. (ALTARRIBA, 2008)

El incremento de triglicéridos hepáticos obedece en parte al aumento de la síntesis de glicerofosfatos, por el aumento a su vez de Eo, facilitando la acumulación de lípidos en el hígado (a través del consumo abusivo de alcohol).

También se observa un freno en la secuencia del metabolismo lipídico, propio de la betaoxidación, como consecuencia del incremento de Eo.

Recordemos que la acumulación de ácidos grasos que puede producir sobrepeso por el consumo de alcohol, se debe a que la síntesis de Acetil-CoA, a partir de los degradados del etanol, frena la génesis de dicha molécula.

Más del 90% del alcohol es metabolizado por el hígado y transformado en acetaldehído, éste se ubica en las mitocondrias hepáticas para convertirse en acetato. Este proceso es también sencillo. Una nueva enzima, el “ALDH” (aldehído deshidrogenasa), interviene de nuevo con la ayuda del “NAD” para generar acetato. (ALTARRIBA, 2008)



Toda la energía corporal se condensa en millones de “Mitocondrias”, que son la parte de las células en donde se genera energía. Allí el acetaldehído se convierte en ácido acético, el cual para ser incorporado al ciclo de Krebs mitocondrial (respiración celular) debe transformarse previamente en acetil-coenzima A, (Acetil-CoA), a través de la participación de la enzima acetil- CoA sintetasa, el cual se encuentra en el retículo endoplasmático y en las mitocondrias. (ALTARRIBA, 2008)

El acetil-CoA ingresará en el ciclo de Krebs, y después de continuar la cadena de transporte electrónico generará CO<sub>2</sub> (anhídrido carbónico), H<sub>2</sub>O (agua) y ATP (adenosin-tri-fosfato).

**Eliminación.** El 10% del alcohol ingerido no se transforma, eliminándose principalmente a través de la orina, pero también a través del aliento, el sudor. Por ello es posible detectar el nivel de alcoholemia, por ejemplo a través de un alcoholímetro.(ALTARRIBA, 2008)

#### 4.4.6 FORMAS CLINICAS

**Intoxicación aguda.** Y dentro de esta podemos distinguir las siguientes características:

**Embriaguez.** Lenguaje farfullante en incorrecto, trastornos de la coordinación, marcha inestable, confusión mental, desorientación, percepción alterada, visión doble o borrosa, capacidad autocrítica reducida, pérdida de la objetividad y cambios del estado de humor. (ORTUÑO F. 2009).

**Amnesia lacunar.** Pérdida de memoria para lo sucedido durante la intoxicación (ORTUÑO F. 2009).

**Intoxicación idiosincrásica o patológica.** Consiste en un trastorno del comportamiento con agresión después de la ingesta de pequeñas cantidades de alcohol que no suelen causar intoxicación alguna en la mayoría de los consumidores. Es poco común. (ORTUÑO F. 2009).

### **Síntomas según los niveles de alcohol en sangre**

- Entre 50 y 150mg % se produce trastorno de la memoria, atención y coordinación de ideas con aparente excitación y tendencia a la somnolencia posterior
- Entre 150-250mg % existen signos de ebriedad, logorrea, disartria, incoordinación de las palabras, inestabilidad en la postura y la marcha, diplopía, nistagmus, poca percepción del dolor y pérdida del autocontrol.
- Entre 250-350mg % se compromete el sistema reticular del tallo espinal produciendo sueño, estupor e inconciencia.
- Entre 350-450mg % afecta a los centros bulbares vasomotor y respiratorio llevando al coma profundo, piel fría y húmeda, taquicardia, bradipnea y midriasis que puede progresar a la muerte. (ORTUÑO F. 2009).

**Síndrome de abstinencia alcohólica.** Este síndrome se produce por la interrupción de un consumo abundante y duradero. Los síndromes de abstinencia se pueden clasificar en:

**Leve:** suele ser la presentación más común y se producen los síntomas de temblor, náuseas o vómitos, insomnio, agitación, taquicardia, hipertensión, sudoración, ansiedad, depresión, irritabilidad, alucinaciones transitorias y cefaleas.

**Moderado:** con los síntomas de diaforesis hipertermia, nistagmus y asteríxis.

**Grave:** (delirium tremens) a menudo se inicia con pródromos, como ilusiones afectivas pareidolicas, seguidos de una marcada desorientación alucinaciones

vividas táctiles, olfativas o visuales de insectos o pequeños animales; delirios paranoides, agitación, fiebre y convulsiones. Puede llevar a la muerte a un 15% de los pacientes o resolverse espontáneamente al cabo de 2 o 10 días cuando no es tratado. (ORTUÑO F. 2009).

Los síntomas de ansiedad o insomnio y disfunción autonómica pueden durar de 3 a 6 meses, sugiriendo una alteración del ritmo circadiano en el caso del insomnio por anomalías en el eje hipotálamo-hipofiso-adrenal y aplanamiento en la respuesta a la TRH. Pueden persistir algunos síntomas de trastornos cognitivos, como juicio, memoria reciente y relaciones visoespaciales. (ORTUÑO F. 2009).

El delirium tremens es la forma más grave de síndrome de abstinencia, se produce a las 48-72 horas de la supresión alcohólica, suele durar de 3-5 días, con una mayor incidencia sexo masculino, sobre todo entre los 40 y 60 años, es una situación de urgencia médica. La sintomatología consiste en obnubilación de conciencia, con fluctuación nivel de atención, desorientación en tiempo y espacio, agitación, delirio ocupacional, alucinaciones visuales amenazantes, temblor grosero distal o generalizado. Además produce alteraciones vegetativas como sudoración profusa, taquicardia, fiebre, hipertensión arterial, deshidratación y alteraciones electrolíticas. (ORTUÑO F. 2009).

Con cada episodio de abstinencia, el estado de sensibilización límbica y por ende la ansiedad se incrementa.

#### **4.4.7 DIAGNÓSTICO**

**Diagnóstico De la intoxicación alcohólica y del síndrome de abstinencia.** El abuso de alcohol permanece con frecuencia enmascarado y los individuos tienden a negar el problema, o alegan que nunca se han emborrachado o han notado los síntomas de la privación, debido a su alta tolerancia.

En ocasiones el consumidor abusivo de alcohol lo es estrictamente los fines de semana y el resto se mantiene abstinentemente creando una falsa sensación de control de la sustancia.

Los criterios de identificación son aliento con marcado olor a alcohol, facies alcohólica con enrojecimiento facial, arcus seniles, nariz enrojecida, acné rosáceo, eritema palmar, temblor en manos y lengua.

Entre las pruebas complementarias se solicitan exámenes de laboratorio notándose aumento VCM por disminución del hierro y del ácido fólico y alteración de la eritropoyesis, incremento del ácido úrico, aumento de triglicéridos por disminución de gluconeogénesis y forman hígado graso, incremento de las enzimas hepáticas, anemia, trombocitopenia y leucopenia, disminución de potasio, magnesio, zinc y fósforo. (ORTUÑO F. 2009).

Aplicar los cuestionarios de identificación y diagnósticos entre los cuales están los siguientes MASTA, CAGE, AUDIT, CBA, MALT.

**Diagnostico síndrome de dependencia alcohólica.** Se establece el diagnóstico de síndrome de dependencia alcohólica cuando en algún momento de los 12 meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes

- Deseo intenso de consumir bebidas alcohólicas
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo
- Síndrome de abstinencia cuando cesa o se reduce el consumo
- Tolerancia alcohol
- Consumo de alcohol a primera hora de la mañana para aliviar síntomas de abstinencia
- Reducción o abandono de actividades a causa de la alcohol
- Patrón de consumo estereotipado
- Tiempo empleado en actividades necesarias para obtener la bebida, consumirla o recuperarse de sus efectos
- Persistencia en el consumo a pesar de sus efectos perjudiciales (ORTUÑO F. 2009).



#### 4.4.8 TRATAMIENTO

Las medidas profilácticas que se deben tomar, aunque es preferible la recuperación espontánea, serían entre otras las siguientes:

- facilitar soporte ambiental
- vomito provocado o lavado gástrico
- administrar soluciones glucosadas
- ampollas vitamina b
- si el paciente esta agitado utilizar benzodiazepinas
- prevenir la aspiración del vomito
- permeabilizar vías aéreas
- solicitar ionograma, pruebas hepáticas, tiempos de coagulación, y electrocardiograma

##### **Fases del tratamiento.**

- **Fase de contacto y motivación al tratamiento.** discernir el diagnostico de alcoholismo
- **Fase de desintoxicación:** desintoxicación domiciliaria, desintoxicación hospitalaria, programas de abstinencia.
- **Fase de abstinencia**
- **Fase de deshabitación**
- **fase de rehabilitación**

#### 4.4.9 CONSECUENCIAS Y OTROS TRASTORNOS ASOCIADOS AL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL

Los efectos del consumo de alcohol sobre los resultados sanitarios crónicos y graves de las poblaciones están determinados, en gran medida, por dos dimensiones del consumo de alcohol separadas, aunque relacionadas, a saber:

- el volumen total de alcohol consumido, y
- las características de la forma de beber.

El contexto de consumo desempeña un papel importante en la aparición de daños relacionados con el alcohol, en particular los asociados con los efectos sanitarios de la intoxicación alcohólica y también, en muy raras ocasiones, la calidad del alcohol consumido.

El consumo de alcohol puede tener repercusiones no sólo sobre la incidencia de enfermedades, traumatismos y otros trastornos de salud, sino también en la evolución de los trastornos que padecen las personas y en sus resultados.

En lo que respecta a la mortalidad y la morbilidad, así como a los niveles y hábitos de consumo de alcohol, existen diferencias entre los sexos. El porcentaje de defunciones atribuibles al consumo de alcohol entre los hombres asciende al 7,6% de todas las defunciones, comparado con el 4% entre las mujeres.

En 2010, el consumo total de alcohol per cápita en todo el mundo registró un promedio de 21,2 litros de alcohol puro entre los hombres, y 8,9 litros entre las mujeres (World Health Organization, 2014).

**Otros trastornos asociados al consumo de alcohol.** entre las patologías más comunes desencadenadas por el consumo de alcohol se encuentran: gastritis, ulcera péptica, cirrosis, pancreatitis, cáncer de esófago, estómago y otras partes del tracto gastrointestinal, riesgo de enfermedad cardíaca, compromiso del sistema nervioso periférico, trastorno depresivo, ansiedad, disfunción sexual, alucinosis alcohólica, celotipia, trastornos neuropsiquiátricos, conducta suicida, encefalopatía alcohólica de Wernicke, demencia tipo Korsakoff, psicosis, trastornos bipolares entre otros. (ORTUÑO F. 2009).

#### **4.4.10 EL ALCOHOLISMO EN LA ADOLESCENCIA**

**Efectos del alcoholismo en el adolescente.** La mayoría de los adolescentes han consumido alcohol por lo menos una vez en su vida y, quizá, haya tomado de más en alguna ocasión. Esto puede ser normal, pues el que

un adolescente tome bebidas alcohólicas son caracteres típicos de su edad, al igual que lo son los conflictos generacionales, la confrontación de ideas y actitudes, y todo lo típico de esa edad. Pero cuando el joven lo hace con frecuencia y sin medida, y su vida se ve afectada en términos de su desempeño y calidad, entonces el muchacho ya es un alcohólico. Las características de un alcohólico adolescente, además de todas las comunes a todas las personas, son:

- Rápida baja en las calificaciones.
- Altibajos emocionales.
- Separación notoria de las actividades familiares o de sus quehaceres.
- Cambio negativo en su higiene y aspecto personal.
- Deseo de aislamiento.
- Actividad defensiva y una tendencia a responder agresivamente a la menor provocación.(Sarango, 2011a)

En si el alcohol para algunos de los adolescentes, significa el falso atractivo de entrar en el mundo de los adultos y romper con las pautas que marcan el universo de la niñez. Para muchos más, en cambio, no hay verdadera diversión sin alcohol de por medio, y porque el alcohol, aun consumido en pequeñas cantidades, estimula la corteza cerebral y vuelve a las personas más desenfadadas y ocurrentes. Tras estos primeros efectos de euforia, aparece una pérdida de autocontrol y las personas asumen conductas que sin el catalizador etílico no serían capaces de adoptar.; y es que en si el problema, por tanto, no es que beban, sino que sus formas de beber están más lejos del modelo tradicional

Según datos estadísticos de un estudio: en el Ecuador la edad promedio en la que los adolescentes empiezan a tener contacto con el alcohol es de 12 años. El 59% de 1.200 jóvenes, estudiantes de 49 colegios de la ciudad de Quito, consumen licor, e ingieren de una manera excesiva y desde los 10 años de edad. (López, Ángeles, & Ros, 2011)

#### **4.5 LA DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR AFECTA AL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES**

Claro que si el simple hecho de, que sea una casa llena de conflictos, que cada quien no tenga su rol determinado; aparte ciertas familias no tiene a todos los miembros ya sea porque han fallecido o están lejos como en los casos de personas que han migrado pues todo esto terminara en una disfunción familiar, y esto obviamente será u daño para el adolescente.

De por si un adolescente se ve envuelto en numerosos cambios en su vida, sumado a esto un ambiente familiar poco saludable, pues como resultado se tendrá un adolescente confundido, que se siente mal es por eso que busca el alcohol pues aquí todos sus problemas desaparecen, entran en una etapa donde son felices y no tienen ninguna preocupación acerca de su vida, de su familia o de su futuro.

Ya en muchos estudios ha sido demostrado esto, por ejemplo: Pazmiño y Reyes en la Ciudad de Quito comprobaron la asociación entre disfunción familiar y alcoholismo, sus datos concluyeron que en los adolescentes con alcoholismo el 99% de sus familias eran disfuncionales mientras que en las familias de los adolescentes no alcohólicos la disfuncionalidad familiar se presentaba en un 14% (David & Jiménez, 2013).

Otro estudio realizado en dos colegios de la Ciudad de Loja demuestra que de los adolescentes con problemas de alcohol, el 58% pertenece a familias disfuncionales (Sarango, 2011a).

Mientras que en poblaciones de la Ciudad de Cuenca, de los jóvenes que consumen alcohol el 25% son familias disfuncionales (David & Jiménez, 2013).

En Céllica se reporta que hay un 45% de familias disfuncionales de las cuales el 61% de adolescentes tiene problemas con el alcohol.(Maigua, 2012)

## 5. METODOLOGÍA

### **TIPO DE ESTUDIO:**

Se realizó un estudio correlacional de diseño tipo transversal

Lugar de realización: Colegio “Leovigildo Loayza Loayza” y Unidad Educativa “Ocho de Noviembre” de la Ciudad de Piñas

Periodo de duración: Junio 2015 – Abril 2017

Ámbito de Investigación: Salud familiar y comunitaria

### **UNIVERSO:**

Un total de 2700, adolescentes entre los 12 a 18 años de edad matriculados en el Colegio “Leovigildo Loayza Loayza” y Unidad Educativa “Ocho de Noviembre” de la Ciudad de Piñas del periodo académico, ciclo Costa 2015 - 2016.

Criterios de Inclusión:

- Estudiantes mayores de 12 años y menores de 18 años inscritos en el año lectivo ciclo Costa 2015 – 2016, que aceptaron participar en la presente investigación a llevar a cabo y que autorizaron consentimiento informado por parte de su representante legal.

Criterios de Exclusión:

- Estudiantes menores de 12 años y mayores de 18 años inscritos en el año lectivo.

### **MUESTRA:**

De un total aproximado de 2700 estudiantes, 1210 y 1490 por cada colegio respectivamente, se tomó la muestra procedente del resultado de la siguiente formula tomada de los autores Fausto Tapia y Mario Suarez. (Suarez & Tapia,

2012)

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

$$n = \frac{2700 (0.5)^2 (2.56)^2}{(2700 - 1)(0.048)^2 + [(0.5)^2 (2.56)^2]}$$

$$n = \frac{4423}{7.8}$$

$n = 568$  Estudiantes

Dónde:

$n$  = el tamaño de la muestra.

$N$  = tamaño de la población.

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

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

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

### **Población:**

La población a trabajar fueron los adolescentes que presentaron consumo de alcohol en sus diferentes grados, esto realizado a través del test de AUDIT (Identificación de trastornos por consumo de alcohol) que mide el consumo de alcohol y sus grados.

## **TÉCNICA E INSTRUMENTOS**

La técnica que se utilizó fue la recopilación de información primaria, es decir por fuente directa esto por medio de encuestas y/o entrevistas a los adolescentes.

#### Instrumento

- Encuesta (Anexo # 8)

Es una encuesta realizada por los investigadores, constó de datos informativos acerca del encuestado para evaluar si el adolescente consume o no alcohol

- Test de AUDIT (Identificación de trastornos por consumo de alcohol) (Anexo # 9)

Que valoró los grados de alcohol. (Babor et al., 2010) El mismo ha sido ya validado en varios países incluido el nuestro (Uillamón, Olé, & Arran, 1999), es muy usado y no muy extenso.

El AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) está basado en un proyecto de la OMS de colaboración entre seis países (Australia, Bulgaria, Kenya, México, Noruega y USA) que fue posteriormente estandarizado por Saunders y cols. Este mismo autor desarrollo en 1987 el núcleo de este cuestionario y unos años más tarde un estudio íntimamente relacionado, sobre las consecuencias del consumo de alcohol en atención primaria. En la autoría del cuestionario también tuvo un papel muy importante Babor.

Este test se aplicó a los adolescentes que dieron afirmativa su respuesta en la primera encuesta.

- El test FF-SIL (Test de Percepción de Funcionalidad Familiar) (Anexo # 10)

Fue elaborado, validado y aprobado desde 1994. La prueba fue sometida en el año 1994 y en el 2000 a varios procedimientos que evidenciaron su confiabilidad y validez (López Sutil V, 2000).

El inventario fue sometido a criterio de 25 profesionales de la salud: 9 psicólogos, 9 médicos y 7 enfermeras todos con grado académico. Se seleccionaron como expertos integrantes del Grupo Asesor Metodológico de la Familia, antes mencionado y miembros del colectivo

de autores del nuevo programa de atención integral a la familia del Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP). (Louro Bernal, 2002)

La aplicación de este instrumento nos permite tener un criterio integrador de la situación de salud del grupo familiar, lo que resulta útil para el análisis de la situación de salud e incluir el enfoque familiar en la investigación en salud.

## **PROCEDIMIENTO**

1. Para empezar con el proceso de valoración, se inició con la solicitud al Sr. Rector del Colegio Leovigildo Loayza Loayza y Sr. Rector de la Unidad Educativa “Ocho de Noviembre” para que de paso al estudio. (Anexo #4 y Anexo #5)
2. Posteriormente se envió el consentimiento informado, documento legal importante en este estudio, a los padres de familia para el permiso a las estudiantes. (Anexo#7).
3. Se aplicó el test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT) a la muestra. (Anexo #9). Para responder a este instrumento el participante debió leer los ítems e indicar con qué frecuencia ha realizado cada uno de los comportamientos expresados en los mismos.
4. Se aplicó el test de Percepción de Funcionalidad Familiar (FF-SIL) (Anexo #10), a todos los/las estudiantes participantes. Para responder a este instrumento el participante debió leer los ítems e indicar con qué frecuencia se realizó estas actividades dentro de la familia.
5. Posteriormente se procedió a la tabulación de datos a través del programa SPSS (Statistical Product and Service Solutions), la relación entre las dos variables se estableció de forma sencilla a través del programa epi-info mediante tablas de análisis de dos por dos, y se corroboró en el programa SPSS (Statistical Product and Service Solutions), obteniéndose las pruebas de asociación que es el Odds



Ratio (OR) y la prueba de significancia estadística que es el Chi Cuadrado ( $\chi^2$ ) con su respectivo valor de p, y V de Cramer.

6. Una vez concluido el estudio se procedió a diseñar el programa de prevención del alcoholismo en función de la disfunción familiar para poder contribuir a la disminución del consumo de alcohol por parte de los adolescentes.(Anexo #11)
7. Luego se realizó la difusión de resultados en la presentación del estudio en la Universidad Nacional de Loja.

## 6. RESULTADOS

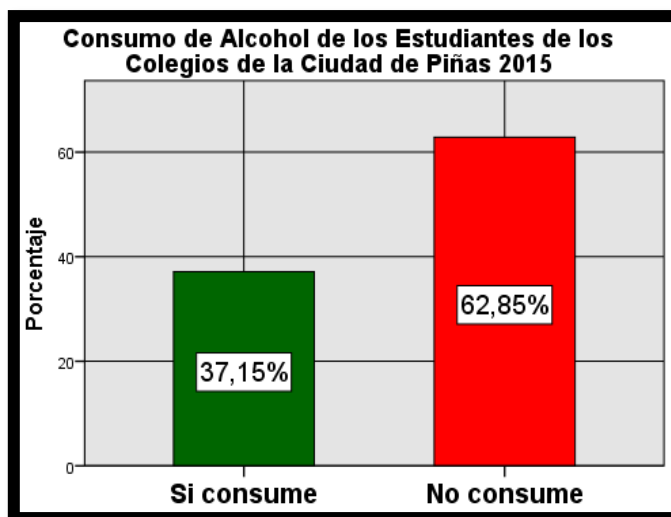
### CUADRO N° 1

**Frecuencia de Consumo de Alcohol en los Adolescentes de los Colegios Leovigildo Loayza Loayza y Unidad Educativa “Ocho de Noviembre”, de la Ciudad de Piñas, ciclo Costa 2015 - 2016**

Frecuencia de Consumo de Alcohol		
Consumo de alcohol	Frecuencia	Porcentaje
Si consume	211	37,15 %
No consume	357	62,85 %
Total	568	100,0 %

Fuente: Encuesta realizada a los Estudiantes de los Colegios de la Ciudad de Piñas  
Autor: Jorge Ricardo Jaramillo Bustamante

### GRAFICO N° 1



#### INTERPRETACION:

Para responder al primer objetivo específico del presente estudio se calculó la frecuencia del consumo de alcohol y se observó que de los estudiantes encuestados 357 no consumen alcohol lo que corresponde al 62.85% del total de estudiantes, mientras que 211, es decir el 37.15% si lo hacen.

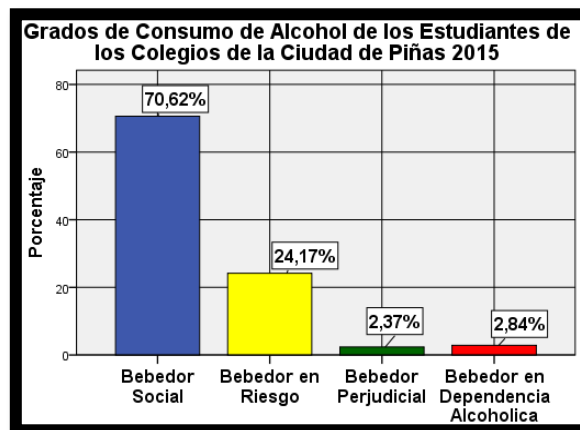
## CUADRO N° 2

### Grados de Consumo de Alcohol en los Adolescentes de los Colegios Leovigildo Loayza Loayza y Unidad Educativa "Ocho de Noviembre", de la Ciudad de Piñas, ciclo Costa 2015 - 2016

Grados de Consumo de Alcohol		
Grados de Consumo de Alcohol	Frecuencia	Porcentaje
Bebedor Social	149	70,62 %
Bebedor en Riesgo	51	24,17 %
Bebedor Perjudicial	5	2,37 %
Bebedor en Dependencia Alcohólica	6	2,84 %
Total	211	100,0 %

Fuente: Test AUDIT realizado a los Estudiantes de los Colegios de la Ciudad de Piñas  
Autor: Jorge Ricardo Jaramillo Bustamante

## GRAFICO N° 2



### INTERPRETACION:

Para responder al primer objetivo específico del presente estudio se calculó los grados de consumo de alcohol y se observó que de los 211 estudiantes con consumo de alcohol, que representarían el 100% de adolescentes alcohólicos, de acuerdo al test de AUDIT se catalogaron de la siguiente manera:

- Del 100% de estudiantes alcohólicos el 70.62% son a Bebedores Sociales
- Del 100% de estudiantes alcohólicos el 24.17% son a Bebedores en Riesgo
- Del 100% de estudiantes alcohólicos el 2.37% son Bebedores Perjudiciales
- Del 100% de estudiantes alcohólicos el 2.84% son Bebedores en Dependencia Alcohólica.

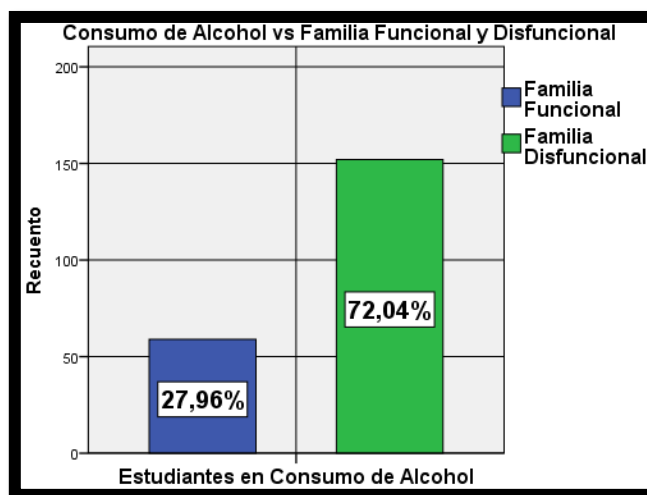
### CUADRO N° 3

**Consumo de Alcohol vs funcionalidad Familiar en los Adolescentes de los Colegios Leovigildo Loayza Loayza y Unidad Educativa “Ocho de Noviembre”, de la Ciudad de Piñas, ciclo Costa 2015 - 2016**

Consumo de alcohol vs Funcionalidad Familiar			
	Familia Funcional	Familia Disfuncional	Total
Estudiantes en	59	152	211
Consumo de Alcohol	27,96%	72,04%	100,0%

Fuente: Test AUDIT y Test F-SIL realizado a los Estudiantes de los Colegios de la Ciudad de Piñas  
Autor: Jorge Ricardo Jaramillo Bustamante

### GRAFICO N° 3



#### INTERPRETACION:

Para responder al segundo objetivo específico del presente estudio se cruzó la variable Consumo del Alcohol y Funcionalidad Familiar y se observó que de los 211 estudiantes con consumo de alcohol, que son el 100% de adolescentes alcohólicos, de acuerdo al test FF-SIL se catalogaron de la siguiente manera:

- Del 100% de estudiantes alcohólicos el 27.96%, es decir 59 pertenecen a Familias Funcionales, y
- Del 100% de estudiantes alcohólicos el 72,04, es decir 152 pertenecen a Familias Disfuncionales.

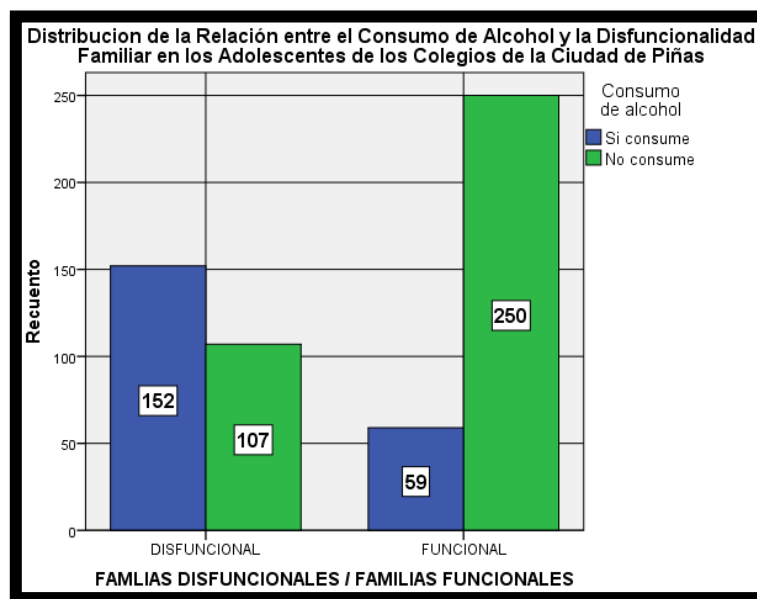
#### CUADRO N° 4

### Relación entre el Consumo de Alcohol y la Disfuncionalidad Familiar en los Adolescentes de los Colegios Leovigildo Loayza Loayza y Unidad Educativa “Ocho de Noviembre”, de la Ciudad de Piñas, ciclo Costa 2015 - 2016

Relación entre el Consumo de Alcohol y la Disfuncionalidad Familiar			
	Si Consume	No consume	Total
Familia Disfuncional	152 (58.7%)	107 (41.3%)	259 (100.0%)
Familia Funcional	59 (19.1%)	250 (80.9%)	309 (100.0%)
Total	211 (37.15%)	357 (62.85%)	568 (100.0%)

Fuente: Test AUDIT y Test F-SIL realizado a los Estudiantes de los Colegios de la Ciudad de Piñas  
 Autor: Jorge Ricardo Jaramillo Bustamante

#### GRAFICO N° 4



#### INTERPRETACION:

Para responder al objetivo general y cumplir totalmente el segundo objetivo específico de este trabajo investigativo se realizó una tabla de análisis de dos por

dos y apoyados en los sistemas Epi-Info y SPSS se determinó que existe relación estadísticamente significativa, se calculó un valor de  $\text{CHI}^2$  de 94,60 mayor al valor de  $\text{CHI}^2$  tabulado de 3,841 lo cual determina que se encuentra dentro de la zona de rechazo de la  $H_0$ , aceptándose la hipótesis alterna o del investigador, en cuanto a la magnitud del efecto se determinó que existe dependencia moderada ( $V$  de Cramer = 0,408). En cuanto a la razón de ventajas u oportunidades se determinó un Odds Ratio de 6,01 lo cual significa que los estudiantes de familias disfuncionales tienen 5 veces más la probabilidad de consumir alcohol en relación a los estudiantes de familias funcionales, con un intervalo de confianza de 4.13 – 8.77 lo cual determina que la disfuncionalidad familiar es un factor de riesgo.

## 7. DISCUSION

Concluido el presente estudio investigativo en donde se tomó una muestra de 568 estudiantes de los Colegios Leovigildo Loayza Loayza y Unidad Educativa “Ocho de Noviembre”, de la Ciudad de Piñas, para realizar las respectivas encuestas mismas que evidenciaron una prevalencia de consumo de alcohol del 37.15%; al comparar a nivel internacional con el País de México observamos que nuestras cifras son relativamente similares a la encontrada en el citado país pues cuentan con un porcentaje de consumo del 42.9% (ENA, 2011).

De igual manera al comparar los porcentajes de nuestro estudio con los porcentajes del Estado de Tamaca en el País de Venezuela, se observó que los índices de consumo de alcohol en nuestra población son inferiores, pues el estado ya antes mencionado presentó un consumo de 46.28%, según Batista y colaboradores quienes fueron los que realizaron el estudio ( Baptista et al., 2006).

Al contrastar nuestros índices de Consumo de Alcohol con el país vecino, Colombia, notamos que nuestro consumo es menor, ya que el País de Colombia presento un consumo de alcohol de 68.3%, siendo casi el doble de lo que en nuestro estudio se evidencio (Martínez-Villalba, Anthony, & López, 2012).

Analizándolo a un nivel nacional se demuestra que el porcentaje de consumo del presente estudio es levemente elevado respecto a la cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes adolescentes realizada en el año 2012, donde se manifestó que aproximadamente el 33.2% de los estudiantes de Ecuador consumían alcohol (Consejo Nacional de control de sustancias estupefacientes y Psicótropicas, 2012)

Al indagar resultados de años anteriores, hallados en nuestro país, vemos que el consumo de alcohol va en aumento pues en el año 2000, el alcoholismo en adolescente bordeaba el 21.4%, y para el año 2006 llego al 23.5%; si lo comparamos con los resultados hoy encontrados pues se nota un incremento en el consumo de alcohol; no obstante hay que recalcar que en comparación de

Ecuador a sus países vecinos el consumo es menor pero no por eso deja de ser preocupante y un problema de salud pública.

Al compararlo con otras ciudades del Ecuador como es Cécica en la Provincia de Loja, quien posee un índice de consumo del 75.3% (Maigua, 2012), es decir una cifra mucho más alto, de hecho casi dobla a la cifra encontrada en nuestro estudio quien posee el 37.15% de alcoholismo.

La Ciudad de Loja en la provincia del mismo nombre, mantiene cantidades de consumo del alcohol igualmente elevadas respecto a nuestro estudio, la mencionada ciudad mantiene cifras del 75% (Acaro, 2012) doblando a lo encontrado en la Ciudad de Piñas, donde se llevó a cabo el presente trabajo investigativo, que es de 37.15%.

un estudio diferente al ya mencionado realizado en otro colegio de la Ciudad de Loja revela que hay un consumo del 40% concordando con lo encontrado en nuestro estudio.(Sarango, 2011)

En lo que se refiere a patrones de consumo de alcohol se definió es este estudio como en mayor rango la categoría de bebedores sociales con un 70.6%, cantidad que es superior en comparación al estado de Tamaca en el país de Venezuela donde Batista y colaboradores reportan un 58.03% de Bebedores Sociales (Baptista et al., 2006)

Mientras que en Ecuador a nivel general según la última encuesta nacional de uso de drogas en estudiantes adolescentes, los bebedores sociales no iban más allá del 20% (Consejo Nacional de control de sustancias estupefacientes y Psicótropicas, 2012) cifra que si es comparada con lo que se encontró en este estudio, vemos que casi se cuadruplico lo encontrado por el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas

En cambio al contrastar nuestros resultados con los de la Ciudad de Loja las cifras concuerda pues alrededor del 70% son bebedores sociales (Sarango, 2011).



Igualmente en un estudio ya realizado en uno de los colegios de la Ciudad de Piñas donde se constató que el consumo sigue siendo en su mayoría como bebedores sociales con un 76% que así mismo concuerda con lo encontrado en nuestro estudio (Salazar, 2012).

Respecto al patrón de Bebedor en riesgo se observa que al comprar los datos de nuestro estudio son inferiores a los encontrados en la Ciudad de Loja con un 40% de Bebedores en Riesgo (Sarango, 2011). Sin embargo al compararlo con la última encuesta de drogas en estudiantes adolescentes vemos que la cifra que en este estudio encontramos que es del 24.17% es casi cuatro veces más que lo que se refleja a nivel nacional que es 7% de bebedores en riesgo (Consejo Nacional de control de sustancias estupefacientes y Psicótropicas, 2012)

Las categorías de Bebedores Perjudiciales y de Bebedores en Dependencia Alcohólica no tienen mayores cambios con otras provincias, otras ciudades o a nivel nacional respecto a lo encontrado en el presente estudio, de hecho todo lo contrario (Consejo Nacional de control de sustancias estupefacientes y Psicótropicas, 2012), (Sarango, 2011).

Estableciendo ya una asociación entre estas dos variables se observa que de los estudiantes que consumen alcohol el 27.96% tienen familias funcionales mientras que el 72.04% poseen una disfuncionalidad familiar ya sea leve, moderada o grave, en la ciudad de Cuenca las familias disfuncionales ascienden a 65% (Altamirano, Abad, & Arias, 2013) por lo tanto no difiere mucho en sus resultados respecto a lo que encontramos en este estudio.

Así mismo el Estado de Tabasco en México no se queda atrás llegando al 75% de familias con disfuncionalidad en adolescente consumidores (Hernández-castillo, Cargill-foster, & Gutiérrez-hernández, 2012), por lo que igual concuerdan con los datos encontrados en el presente trabajo.

Sin embargo los datos que se evidenciaron en nuestro trabajo son elevados en cuanto a lo encontrado en estudios realizados en la Ciudad de Loja donde cerca

del 58% de los estudiantes consumidores pertenecen a familias normofuncionales y el 42% a familias disfuncionales (Sarango, 2011).

Al comparar con la Ciudad de Quito se observa que concuerda con lo que encontramos en la Ciudad de Piñas pues en la Ciudad de Quito se encontró que de las personas que consumen alcohol el 76% tiene familias disfuncionales, cifra similar al de nuestro estudio.

Ya en cuanto a lo que se refiere a asociación estadística como tal, el presente estudio determinó que existe relación estadísticamente significativa pues se calculó un valor de  $\text{CHI}^2$  de 94,60 mayor al valor de  $\text{CHI}^2$  tabulado de 3,841 lo cual determina que se encuentra dentro de la zona de rechazo de la  $H_0$ , aceptándose la hipótesis alterna o del investigador, en cuanto a la magnitud del efecto se determinó que existe dependencia moderada ( $V$  de Cramer = 0,408). En cuanto a la razón de ventajas u oportunidades se determinó con el apoyo de los sistemas SPSS y Epi-Info un Odds Ratio de 6,01 lo cual significa que los estudiantes de familias disfuncionales tienen 5 veces más la probabilidad de consumir alcohol en relación a los estudiantes de familias funcionales, con un intervalo de confianza de 4.13 – 8.77 lo cual determina que la disfuncionalidad familiar es un factor de riesgo.

## 8. CONCLUSIONES

- Se concluye que el 37.15% de los Estudiantes de los Colegios de la Ciudad de Piñas consumen alcohol y el 62.85% no lo hace.
- De los 211 estudiantes consumidores de alcohol, que representan el 100% de adolescentes alcohólicos, el 70.62% son Bebedores Sociales, seguidos por los Bebedores en riesgo con un 24.17% y el 5,21% restante lo ocupa los bebedores perjudiciales y en dependencia alcohólica
- Del 100% de consumidores el 27.96% poseen Familias Funcionales y un 72,04% familias disfuncionales en sus diferentes grados, por lo que se establece que si hay relación estadística entres consumo de alcohol y disfuncionalidad familiar y para corroborarlo se realizó pruebas de significancia estadística.

## 9. RECOMENDACIONES

- Recomendar a Rectores y docentes de los colegios en cuestión para que se determine un porcentaje de la hora clase para hablar sobre alcohol, síntomas, riesgos y consecuencias del consumo de dicha sustancia.
- Se debe lograr que los padres de familia se reconcilien con sus hijos con amor y así se pueda mejorar la comunicación, puesto que el ambiente familiar puede ser un factor determinante para el consumo de alcohol en sus hijos.
- Concientizar a los consumidores que no por ser bebedores de bajo riesgo no tendrán consecuencias por el uso del alcohol, además que en un futuro pueden llegar a ser bebedores con dependencia a esta sustancia.
- Cumplir con el programa aquí diseñado para la contribución a la disminución del consumo de alcohol en los adolescentes en función de la disfuncionalidad familiar. (Anexo N°10)

## 10. BIBLIOGRAFIA

- Abad, J. R., Ruiz-juan, F., & Zamarripa, I. (2012). Alcohol y tabaco en adolescentes españoles y mexicanos y su relación con la actividad físico-deportiva y la familia. *Revista Panamericana Salud Publica 2012*, 2003(3), 211–220.
- Acaro, N. (2012). *Consumo de alcohol y tabaco en alumnos de primero a tercer año de bachillerato del colegio Instituto Daniel Alvarez Burneo de la Ciudad de Loja año 2012*. Universidad Nacional de Loja.
- Alcoholismo en adolescentes. (2009).
- Altamirano, J., Abad, A., & Arias, J. (2013). *Prevalencia de la disfuncionalidad familiar y factores asociados en pacientes del CEDIUC, Cuenca 2013*. Universidad de Cuenca.
- ALTARRIBA, F. (2008). Adolescencia y Alcohol guía para el profesorado, 1(2), 1–200.
- Babor, T. F., Higgins-biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2010). Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al consumo de Alcohol. Test de AUDIT. *WHO/MSD/MSB*, 1(6a), 1–40.
- Baptista, F., Cabrera, J., Ortiz, R., Torres, O., Jara, A., & Morales, A. (2006). PREVALENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL , PATRON DE CONSUMO Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN ADOLESCENTES DEL SECTOR LAS DELICIAS DE LA COMUNIDAD DE TAMACA. *Decanato de Medicina. Barquisimeto-Venezuela*, XXII(3), 1–9.
- Buxarrais, R., Casals, E., & Molina, C. (n.d.). Adolescencia y Alcohol guía para el profesorado, 1–100.
- Cabrera, D. (2011). *Estudio de correlacion multiple entre bullying, funcionalidad familiar y bajo rendimiento escolar cognitivo en las asignaturas de lenguaje y matematica*. Universidad Central del Ecuador.
- Camacho A, López A. Las drogas una guerra fallida. Ed. [s.l.]. Tercer mundo; 2000.
- Chapela, Luz Ma. Familia. Cuadernos de población. CONAPO, México, 1999. Pp 41-49(Internet)  
[http://www.conevyt.org.mx/cursos/cursos/un\\_hogar/contenido/revista/2.htm](http://www.conevyt.org.mx/cursos/cursos/un_hogar/contenido/revista/2.htm)

- Consejo Nacional de control de sustancias estupefacientes y Psicotropicas. (2012). Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años. *Observatorio Nacional de Drogas*, 1–17.
- Cornide A. 2008. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes en estudio de dos cortes. En línea. (Internet). España. 14 de diciembre 2011. <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v3n2/03.pdf>
- David, J., & Jiménez, A. (2013). *prevalencia de la disfuncionalidad familiar y factores asociados en pacientes*. universidad de cuenca.
- Deza, C. T., Musayón, Y., Sánchez, E., & Chávez, E. (2005). Factores de riesgo del consumo de bebidas alcohólicas en escolares de educación secundaria, *23*(1), 54–67.
- Diaz, A. (2009). Familia. In Zoe Alonso Diaz (Ed.), (pp. 1–6).
- ENA. (2011). Consumo de alcohol : Prevalencias globales , patrones de consumo y variaciones regionales. *Encuesta Nacional de Adicciones 2011 Mexico*, 1–2.
- Epidemiología, I. I. (2008). \*Dr. Adolfo Arevalo; \*Dra. Hilda Arteaga Huanca; \*Dr. Modesto Aguilar; \*Dra. Giovanna Lizondo Rada \*. *Revista de Medicina Familiar*, *5*(8), 71–78.
- Hernández-castillo, L., Cargill-foster, N. R., & Gutiérrez-hernández, G. (2012). Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta , Tabasco 2011. *Salud En Tabasco*, *18*(1), 14–24.
- Inec. (2012). resumen alcohol. *Inec*, *1*(1), 1.
- Javier, D. C., & Martínez, L. (2011). HÁBITO DE CONSUMO DE ALCOHOL Y.
- Lacosta, C. F., & Lacosta, F. (2009). *EL ALCOHOL EN LOS ADOLESCENTES*.
- López, C., Ángeles, M., & Ros, F. (2001). Psicopatología y consumo de alcohol en adolescentes, *17*, 177–188.
- López Sutil V. Validación de la prueba de funcionamiento intrafamiliar (FF-SIL) a nivel comunitario. (2000)
- Louro Bernal, I. (2002). *Manual para la intervencion en la Salud Familiar*. (T. Sanchez Beltran, Ed.) (primera ed). La Habana: Editorial Ciencias Medicas.

- Maigua, R. (2012). *El ambiente social familiar y su influencia en las actitudes hacia el consumo de alcohol de los estudiantes del colegio tecnico 12 de diciembre seccion nocturna, del canton Celica provincia de Loja año 2011-2012.* Universidad Nacional de Loja.
- Martinez, Y. (2012). *el ambiente familiar y el consumo de alcohol en los estudiantes de bachillerato de especialidades en ciencias, fisico-matematica, quimico- biologicas y sociales del instituto tecnologico ocho de noviembre piñas, prov de el oro. periodo 2011 - 2012.* universidad nacional de loja.
- Martínez-Villalba, A. M. R., Anthony, P., & López, C. (2012). Abuso de alcohol en niños y adolescentes escolarizados y factores asociados \*. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 41(2), 1–6.
- Morales, D. P., & Plazas, E. R. (2006). Influencia de la cultura en los consumidores de bebidas alcohólicas, 1–17.
- National Institute on Drug Abuse. El alcohol 2007. En línea (internet) <http://www.drugabuse.gov/es/informacion-sobre-drogas/el-alcohol>
- Organizacion Mundial de la Salud, & Organizacion Panamericana de la Salud. (2003). La Familia y Salud. *Consejo Directivo*, 10(CD44), 1–15.
- Ortilla, G., M<sup>a</sup>, P., Aredes, P., B, M., Ascarán, B., M<sup>a</sup>, T., & Obes, B. (2002). Instrumentos de evaluación en alcoholismo, Test de AUDIT 14(1), 387–403.
- Ortuño Felipe, Lecciones de Psiquiatría. España 2009. Organización Panamericana de la Salud. Editorial Médica Panamericana.
- Pascualini, D. D., & Llorens, D. A. (2010). *Salud y Bienestar de Adolescentes y Jovenes: Una Mirada Integral.* (O. P. de la Salud, Ed.) (1 edicion). Buenos Aires: Organizacion Panamericana de la Salud.
- Reyes, R., & Pazmiño, J. (2003). *Abordaje de familias ocn alcoholismo y disfuncionalidad familiar en Quito.* Universidad Tecnica del Norte.
- Rivera, A., & Sanchez, S. (2014). *Disfuncionalidad familiar en los adolescentes del ciclo diversificado de la unidad educativa Herlinda Toral.* Universidad Estatal de Cuenca.
- Salazar, Y. (2012). *EL AMBIENTE FAMILIAR Y EL CONSUMO DE ALCOHOL DE LOS ESTUDIANTES DE BACHILLERATO DE LAS ESPECIALIDADES EN CIENCIAS, FÍSICO MATEMÁTICAS, QUÍMICO BIOLÓGICAS Y SOCIALES*

DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO “OCHO DE NOVIEMBRE” PIÑAS,  
PROVINCIA DE EL ORO, PERIODO 2011-201. Universidad Nacional de Loja.

- Sarango, S. (2011). *Consumo de alcohol en adolescentes mayores y su relacion con la estructura y funcionamiento familiar en la ciudad de Loja. Periodo Enero a Junio 2010*. Universidad Nacional de Loja.
- Silva, J. (2010). *La funcionalidad familiar y su relacion con las actitudes y habitos de consumo de alcohol y tabaco de los estudiantes de educacion basica del Colegio Experiemntal Universitario Manuel Cabrera Lozano*. Universidad Nacional de Loja.
- Suarez, M. M., & Tapia, F. M. (2012). *Interaprendizaje de Estadistica Basica*. (M. M. Suarez & F. M. Tapia, Eds.) (Primera Ed). Ibarra: Universidad Tecnica del Norte.
- Tabaco, A. Y., & Niños, E. N. L. O. S. (2005). FAMILY AND RISK FACTORS RELATED TO ALCOHOL CONSUMPTION AND SMOKING. *Revista Latio-Am Enfermagem*, 13(numero especial), 813–818.
- Uillamón, C. O. G., Olé, G. U. A. L. S., & Arran, C. O. F. (1999). Traducción y validación del AUDIT. *Adicciones*, 11(4), 337–348.
- Urquizo, A. (2012). *ANÁLISIS DE LA DISFUNCIÓN FAMILIAR Y SU RELACIÓN TOMÁS APÓSTOL RIOBAMBA EN EL PERÍODO AGOSTO – DICIEMBRE DE 2011*. poontificia universidad catolica del ecuador.
- World Health Organization. (2008). glosario de terminos de alcohol y drogas. *Organizacion Mundial de La Salud*, 1(1), 1–66.
- World Health Organization. (2014). Global status report on alcohol and health 2014. *Organizacion Mundial de La Salud*, (11), 4–392.
- Y EL CONSUMO DE ALCOHOL Jóvenes y alcohol. (2008).



## 11. ANEXOS

### ANEXO 1



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

**MEMORÁNDUM Nro. 0076- CCM-ASH-UNL**

PARA: Sr. Jorge Ricardo Jaramillo Bustamante  
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Dr. Patricio Aguirre Aguirre, Mg. Sc.  
COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 18 de febrero 2015

ASUNTO: Aprobar tema de tesis.

En atención a su comunicación presentada en esta Coordinación, me permito comunicarle que, luego del análisis respectivo se aprueba su tema de **“CONSUMO DE ALCOHOL Y SU RELACION CON LA DISFUNCION FAMILIAR EN LOS Y LAS ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS DE LA CIUDAD DE PIÑAS”**, por lo que puede realizar el Perfil del Proyecto.

Con mis sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,  
EN LOS TESOROS DE LA SABIDURÍA  
ESTA LA GLORIFICACIÓN DE LA VIDA

Dr. Patricio Aguirre Aguirre, Mg. Sc.  
**COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA**

G.Rey  
C.c.- Archivo



## ANEXO 2



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

**MEMORÁNDUM NRO. 0840 CCM-ASH-UNL**

**PARA:** Sr. Jorge Ricardo Jaramillo Bustamante  
**ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**DE:** Dr. Patricio Aguirre Aguirre  
**COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**FECHA:** 04 de mayo de 2015.

**ASUNTO:** Dar Pertinencia al Proyecto de Investigación.

Por medio del presente me permito comunicar a usted, sobre el Proyecto de Tesis: **“CONSUMO DE ALCOHOL Y SU RELACION CON LA DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS DE LA CIUDAD DE PIÑAS”**, que es pertinente, de acuerdo al informe del Dr. German Vélez, Docente de la Carrera de Medicina, por lo que deberá continuar con el trámite respectivo.

Con aprecio y consideración

Atentamente,

**EN LOS TESOROS DE LA SABIDURÍA  
ESTA LA GLORIFICACIÓN DE LA VIDA**

**Dr. Patricio Aguirre Aguirre  
COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA  
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL**

C.c.- Estudiante, Archivo

Sip

## ANEXO 3



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

MEMORÁNDUM Nro. 0927- CCM-ASH-UNL

**PARA:** Dr. Germán Vélez  
**DOCENTE DEL AREA DE LA SALUD HUMANA**  
Sr. Jorge Ricardo Jaramillo Bustamante  
**ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**DE:** Dr. Patricio Aguirre Aguirre  
**COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**FECHA:** 08 de mayo de 2015

**ASUNTO:** Designar Director de Tesis

Por el presente y dando cumplimiento a lo dispuesto en el "Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133, y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 7 de julio de 2009"; y en base a la sumilla de la Directora del Área de la Salud Humana, esta Coordinación le designa Director del trabajo de Investigación titulado: "CONSUMO DE ALCOHOL Y SU RELACION CON LA DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS DE LA CIUDAD DE PIÑAS", de autoría del Sr. Jorge Ricardo Jaramillo Bustamante, estudiante del X Módulo de la Carrera de Medicina.

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

Atentamente,  
**EN LOS TESOROS DE LA SABIDURÍA**  
**ESTA LA GLORIFICACIÓN DE LA VIDA**

Dr. Patricio Aguirre Aguirre  
**COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA**  
**DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL**

C.c.- Secretario Abogado, Estudiante y Archivo  
Sip.



## ANEXO 4



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

Piñas, 21 de mayo del 2015

Lcdo. Hugo Mora

**RECTOR DEL COLEGIO TÉCNICO "LEOVIGILDO LOAYZA LOAYZA"**

Ciudad.-

De mi consideración:

Yo **JORGE RICARDO JARAMILLO BUSTAMANTE**, con cedula de identidad N° 0706335221 estudiante del X Modulo de la Carrera de Medicina Humana, me dirijo a usted muy cordialmente, para que se me permita realizar en su centro educativo mi proyecto de tesis titulado "**CONSUMO DE ALCOHOL Y SU RELACION CON LA DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS DE LA CIUDAD DE PIÑAS**", previo a la obtención del título.

Esperando una respuesta favorable le anticipo mis sinceros agradecimientos.

**JORGE RICARDO JARAMILLO BUSTAMANTE**

CI: 0706335221



	Colegio Nacional Técnico "LEOVIGILDO LOAYZA LOAYZA" CONTROL INGRESO DOCUMENTOS
FECHA: 2015-05-22	HORA: 08:40
RECIBIDO POR: <i>Katty S.</i>	
No. Hojas:	

**ANEXO 5**

Piñas, 13 de mayo del 2015



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

Lcdo. Edwin Sánchez

**RECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA "OCHO DE NOVIEMBRE"**

Ciudad.-

De mi consideración:

Yo **JORGE RICARDO JARAMILLO BUSTAMANTE**, con cedula de identidad N° 0706335221 estudiante del X Modulo de la Carrera de Medicina Humana, me dirijo a usted muy cordialmente, para que se me permita realizar en su centro educativo mi proyecto de tesis titulado "**CONSUMO DE ALCOHOL Y SU RELACION CON LA DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS DE LA CIUDAD DE PIÑAS**", previo a la obtención del título.

Esperando una respuesta favorable le anticipo mis sinceros agradecimientos.

**JORGE RICARDO JARAMILLO BUSTAMANTE**

**CI: 0706335221**

RECIBIDO: 12 MAY 2015  
CERTIFICO:.....  
  
SECRETARIA COLEGIO DE BACHILLERATO  
"8 DE NOVIEMBRE"

## ANEXO 6



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

### CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis titulada: "CONSUMO DE ALCOHOL Y SU RELACIÓN CON LA DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LAS ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS DE LA CIUDAD DE PIÑAS", autoría del Sr. Jorge Ricardo Jaramillo Bustamante con número de cédula 0706335221, egresado de la carrera de Medicina Humana del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

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

Loja, 17 de Marzo de 2017

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



*Líderes en la Enseñanza del Inglés*

Fine-Tuned English Cía. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email [venalfine@finetunedenglish.edu.ec](mailto:venalfine@finetunedenglish.edu.ec) | [www.finetunedenglish.edu.ec](http://www.finetunedenglish.edu.ec)

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





## ANEXO 7

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

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### CONSUMO DE ALCOHOL Y SU RELACION CON LA DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS DE LA CIUDAD DE PIÑAS.

Con el presente trabajo de investigación se pretende lograr establecer la relación entre el consumo de alcohol y la disfuncionalidad familiar de los adolescentes de los colegios de la Ciudad de Piñas.

El tiempo estimado para realizar la encuesta será de 20 minutos. El estudio no conlleva ningún riesgo y ninguna compensación económica por participar.

El proceso será estrictamente confidencial. En los test aplicados no constará el nombre de la estudiante, será anónimo. La participación es estrictamente voluntaria. El participante tendrá el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento. No Habrá ningún tipo de sanción o represarías.

#### **A quién contactar en caso de preguntas:**

**Investigador:** Jorge Ricardo Jaramillo Bustamante      **Celular:** 0993239553

Yo,..... Con CI N°.....Representante legal de la estudiante..... Autorizo la participación de mi representada en el presente estudio de investigación.

**Firma del representante** \_\_\_\_\_

Los resultados serán utilizados con fines investigativos y serán entregados al departamento de la Universidad Nacional de Loja.

## ANEXO 8



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

#### ENCUESTA

Señor y señorita estudiante: como estudiante y próximo egresado de la carrera de Medicina Humana, me encuentro realizando mi proyecto de investigación y me interesado en el consumo de alcohol y su relación con la disfuncionalidad familiar en adolescentes. Es por eso que de la manera más comedida pido su colaboración y solicito se digne contestar con la mayor veracidad posible las siguientes preguntas.

Los resultados serán manejados confidencialmente por el investigador.

#### 1. Datos informativos

**Curso:**..... **Paralelo:** ..... **Edad:** ..... **Sexo:** F ( ) M ( )  
**¿Trabaja?** Si ( ) No ( ) **Estado civil:** Soltero ( ) Casado ( )

#### 2. ¿Actualmente con quien vive Ud.?

Padres ( ) Papá ( ) Mamá ( ) Tíos ( ) Abuelos ( ) Otros:

#### 3. ¿Ingiere alcohol?

Si ( ) No ( )

#### 4. ¿A qué edad empezó consumir alcohol?

Edad .....

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**



## ANEXO 9



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

#### Test AUDIT

Contesta a todas las preguntas propuestas de la forma más veraz posible, los resultados serán manejados confidencialmente por el investigador.

<p><b>1. ¿Con qué frecuencia consumes bebidas alcohólicas?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nunca</li><li>• Una o menos veces al mes</li><li>• 2 a 4 veces al mes</li><li>• 2 ó 3 veces a la semana</li><li>• 4 o más veces a la semana</li></ul>	<p><b>2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consumes normalmente cuando bebes?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 1 ó 2</li><li>• 3 ó 4</li><li>• 5 ó 6</li><li>• 7 a 9</li><li>• 10 o más</li></ul>
<p><b>3. ¿Con qué frecuencia te tomas 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nunca</li><li>• Menos de una vez/mes</li><li>• Mensualmente</li><li>• Semanalmente</li><li>• A diario o casi diario</li></ul>	<p><b>4. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has sido incapaz de parar de beber una vez que habías empezado?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nunca</li><li>• Menos de una vez/mes</li><li>• Mensualmente</li><li>• Semanalmente</li><li>• A diario o casi a diario</li></ul>

<p><b>5. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no pudiste atender tus obligaciones porque habías bebido?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca</li> <li>• Menos de una vez/mes</li> <li>• Mensualmente</li> <li>• Semanalmente</li> <li>• A diario o casi a diario</li> </ul>	<p><b>6. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has necesitado beber en ayunas para recuperarte después de haber bebido mucho el día anterior?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca</li> <li>• Menos de una vez/mes</li> <li>• Mensualmente</li> <li>• Semanalmente</li> <li>• A diario o casi a diario</li> </ul>
<p><b>7. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca</li> <li>• Menos de una vez/mes</li> <li>• Mensualmente</li> <li>• Semanalmente</li> <li>• A diario o casi a diario</li> </ul>	<p><b>8. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habías estado bebiendo?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca</li> <li>• Menos de una vez/mes</li> <li>• Mensualmente</li> <li>• Semanalmente</li> <li>• A diario o casi a diario</li> </ul>
<p><b>9. Tú o alguna otra persona ¿Habéis resultado heridos porque habías bebido?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No</li> </ul>	<p><b>10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por tu consumo de alcohol, o te han</b></p>

<ul style="list-style-type: none"><li>• Sí, pero no en el curso del último año</li><li>• Sí, en el último año</li></ul>	<p><b>sugerido que dejes de beber?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• No</li><li>• Sí, pero no en el curso del último año</li><li>• Sí, en el último año</li></ul>
---	---

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

## ANEXO 10



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

#### Test FF-SIL

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia					
En mi casa predomina la armonía					
En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades					
Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
Nos 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 diferente					

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan					
Se distribuye las tareas de forma que nadie este sobrecargado					
Las costumbre familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
Podemos conversar diversos temas sin temor					
Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
Los intereses y/o necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

## ANEXO 11



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

### CONSUMO DE ALCOHOL Y SU RELACION CON LA DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS ADOLESCENETES DE LOS COLEGIOS DE LA CIUDAD DE PIÑAS

#### PROGRAMA PARA LA PREVENCION DEL ALCOHOLISMO EN FUNCION DE LA DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR

##### Objetivos:

1. Contribuir a la disminución del consumo de alcohol y mejorar la función familiar en los adolescentes de los colegios de la Ciudad de Piñas.
2. Atacar los tres frentes involucrados que son los adolescentes, los padres de familia y los docentes de los colegios.
3. Realizar los test aquí descritos para así detectar problemas de disfuncionalidad familiar y abuso en el consumo de alcohol y ayudar a superar los problemas encontrados.

##### Plan:

1. Difundir los resultados del estudio con los docentes, estudiantes y padres de familia participantes.
2. Que se informe mediante charlas a los y las estudiantes de los Colegios Leovigildo Loayza Loayza y Unidad Educativa "Ocho de Noviembre" sobre el alcohol; síntomas, riesgos y complicaciones del consumo de dicha sustancia.

3. Entrega de trípticos sobre el alcoholismo.
4. A los padres de familia de los estudiantes de los Colegios Leovigildo Loayza Loayza y Unidad Educativa "Ocho de Noviembre" informarles mediante charlas sobre el alcohol; síntomas, riesgos y complicaciones del consumo de dicha sustancia.
5. A los padres de familia de los estudiantes de los Colegios Leovigildo Loayza Loayza y Unidad Educativa "Ocho de Noviembre" informarles mediante charlas sobre la familia, familias funcionales y disfuncionales, y como la disfuncionalidad familiar afecta a los adolescentes y se convierte a su vez en factor de riesgo para el consumo de alcohol en sus hijos.
6. Que el departamento de bienestar estudiantil realice conversatorios con los padres de familia para que se mejore la comunicación con los hijos promoviendo el respeto, la confianza y la autoestima para que de esa manera se vaya creando un mejor ambiente familiar.
7. Que el Ministerio de Salud Publica intervenga promoviendo la práctica y el cumplimiento del protocolo de salud adolescente en las unidades educativas por parte de los Psicólogos y médicos de las unidades educativas para la detección oportuna de problemas respecto al abuso del alcohol o a la disfuncionalidad familiar mediante la aplicación los test mencionados, y al posterior ayuda a los adolescentes con problemas.
8. Que el Ministerio de Salud Publica intervenga mediante talleres a los docentes para que puedan estar capacitados para hablar sobre el alcohol, alcoholismo y el buen funcionamiento familiar.
9. Que los docentes tomen un porcentaje de la hora clases para hablar con los estudiantes sobre el alcoholismo, sus síntomas, riesgos y consecuencias

## ANEXO 12

### TRIPTICO

#### CONSECUENCIAS

- Daño neuronal
- Cirrosis hepática
- Úlceras gástricas
- Cáncer gástrico
- Cáncer hepático
- Síndrome de alcoholismo fetal



#### FUNCIÓN FAMILIAR Y ALCOHOL

Una familia disfuncional afecta el comportamiento del adolescente y este por salir de los problemas en su casa se refugia en el alcohol.



#### TRATAMIENTO

El afectado primeramente debe aceptar que el alcohol le está afectando su salud, para que pueda recibir ayuda.

Se han intentado varias maneras de tratar esta enfermedad, pero la más eficaz ha sido la asistencia del individuo y de sus familiares a los grupos de autoayuda (alcohólicos anónimos) u otras agrupaciones similares.

Cuando se presenta intoxicación aguda o síndrome de abstinencia, se puede requerir tratamiento médico de desintoxicación, para lo cual se utilizan fármacos y posteriormente se inicia la rehabilitación.

Hay algunas fases para el tratamiento de la persona alcohólica donde es fundamental el apoyo de amigos y familiares



## ALCOHOLISMO EN LA ADOLESCENCIA Y LA FUNCIÓN FAMILIAR





## ALCOHOLISMO



Es una enfermedad crónica y se considera una adicción de las más habituales y peligrosas, ya que por lo regular termina con el fallecimiento de quien la padece. Se caracteriza por el consumo incontrolado de bebidas alcohólicas, lo cual ocasiona problemas físicos, mentales, emocionales o sociales, entre otros.

### Consideraciones

El alcohol es la droga más antigua y de mayor uso en el mundo. Se estima que 15 a 20% de las consultas recibidas por los médicos de cabecera son atribuibles al alcohol o a sus consecuencias; el abuso de esta sustancia puede originar serios problemas de salud, incluso cirrosis (destrucción del hígado), demencia y daño a los músculos del corazón (cardiomiopatía). El alcoholismo afecta seriamente la relación del alcohólico con su familia, limita las aspiraciones profesionales del individuo y, si no se recibe tratamiento a tiempo, finalmente ocasiona la muerte.

## CAUSAS

- Búsqueda de riesgo
- Ser aceptado
- Afiliación al grupo
- Sentirse adulto
- Conseguir placer
- Huida y refugio ante problemas,
- Aceptación social, por depresión o incomprensión
- Disfuncionalidad familiar
- Que un familiar sea alcohólico
- Presión de grupo
- Dolor emocional
- Desinhibirse



## EFFECTOS DEL ALCOHOL EN EL ADOLESCENTE

- Depresión
- Violencia intrafamiliar
- Ausentismo y bajo rendimiento escolar
- Problema interpersonales
- Accidente, riñas, actos violentos
- Facilita el consumo de otras drogas

## COMO PREVENIR EL ALCOHOLISMO

- Encontrar un grupo par que este libre del alcoholismo
- Apoyarse en tu familia y pedir ayuda de ser necesario
- Realizar deporte y actividad física diaria
- Salir de paseo con amigos y familiares
- No aislarse pues la soledad induce a una conducta alcohólica



**NO NECESITAS ALCOHOL  
PARA DIVERTIRTE O  
PASARLA BIEN**

**DILE NO AL ALCOHOL**



# UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

## PERFIL DE PROYECTO

CONSUMO DE ALCOHOL Y SU RELACIÓN CON LA  
DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS  
ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS DE LA  
CIUDAD DE PIÑAS

**AUTOR:**

**Jorge Ricardo Jaramillo Bustamante**

**DIRECTOR:**

**Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.**

**LOJA – ECUADOR  
2015**

PERFIL DE PROYECTO  
PREVIO A LA OBTENCIÓN  
DEL TÍTULO DE MÉDICO  
GENERAL

**TEMA**

**CONSUMO DE ALCOHOL Y SU RELACIÓN CON LA DISFUNCIONALIDAD  
FAMILIAR EN LOS ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS DE LA CIUDAD  
DE PIÑAS**

## 1. PROBLEMATICA

Según la OMS el alcohol es una sustancia psicoactiva capaz de generar una dependencia, el consumo de este y los problemas relacionados con el mismo varían ampliamente en todo el mundo, la carga de la enfermedad y la muerte a la que conlleva sigue siendo significativa en la mayoría de los países. (World Health Organization, 2008)

Las bebidas alcohólicas han sido utilizadas en diversas culturas desde hace mucho tiempo y por eso su consumo crece cada día, lo más abrumador es que los jóvenes son los que se ligan mucho más fácil, sin darse cuenta se están causando un número importante de enfermedades, además de convertirse una carga social y económica para la sociedad.

El alcoholismo, a diferencia del simple consumo excesivo o irresponsable de alcohol, ha sido considerado en el pasado un síntoma de estrés social o psicológico. Sin, embargo en los últimos tiempos ha pasado a ser definido, y quizá de forma más acertada, como una enfermedad compleja, con todas sus consecuencias. Para la OMS (Epidemiología, 2008) "son alcohólicos aquellos que beben en exceso y cuya dependencia ha alcanzado un grado tal, que determina la aparición de visibles perturbaciones interpersonales, físicas y del inadecuado funcionamiento social y económico."

Existen multitud de encuestas y estudios (Abad, Ruiz-juan, & Zamarripa, 2012) que reflejan el consumo de alcohol por parte del sector joven de la población ("Alcoholismo en adolescentes," 2009). Es de sobra conocido por los especialistas e incluso por un número creciente de público, que este consumo se integra dentro de unas pautas de conducta de un sector numéricamente importante de jóvenes y que las vive como absolutamente normales, propias de su edad y del grupo con el que se relaciona y que adquiere todo su sentido en la utilización del tiempo libre y las actividades desarrolladas en torno al ocio y la diversión (Deza, Musayón, Sánchez, & Chávez, 2005).

En el año 2013, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un estudio que indica que Ecuador ocupa el segundo lugar en América Latina con mayor consumo de bebidas alcohólicas; ingiriéndose hasta 9,4 litros de alcohol por habitante al año (INEC, 2012),

Otros estudios hacen (Buxarrais, Casals, & Molina, 2011), preocupar entorno a la edad de inicio de consumo de alcohol, se observa que empieza a los 12 años de edad, de acuerdo con el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes, y esto también es confirmado por la encuesta sobre uso de drogas hecha en Ecuador en la que afirma que muchos adolescentes se inmiscuyen en el alcohol a edades muy tempranas (Observatorio nacional de drogas, 2012).

Varios son los factores que llevan a la ingesta de alcohol, entre ellos: la edad, el estado de salud física y mental, el estrés, condición socioeconómica, creencias, predisposición genética y expectativas acerca del alcohol, otros estarían relacionados con la baja autoestima, las actitudes antisociales, la insatisfacción con el uso del tiempo libre, o la carencia de habilidades para la toma de decisiones (Lacosta & Lacosta, 2009).

La amistad aunque tiene un significado motivacional que moldea las formas de comportamiento social positivas, en la medida en que los amigos interactúan y se observan unos con otros (Javier & Martínez, 2011); también puede influenciar en el consumo de alcohol en los adolescentes. (Epidemiología, 2008)(Epidemiología, 2008)

La familia siendo el núcleo de la sociedad y el primer centro de formación de cada individuo, tiene mucho que ver con el actuar del adolescente, es por eso que una familia disfuncional trae consecuencias para el joven, una de estas el consumo de alcohol (Martínez, 2012).

En Ecuador la disfunción familiar como tal, tiene índices muy altos, en Riobamba se encontró un 53% (Urquiza, 2012) mientras que en Quito en un estudio de la Universidad Central de Ecuador se observó hasta un 77% de disfunción familiar (Cabrera, 2011).

Pazmiño y Reyes en Quito fueron más allá comprobando una asociación entre disfunción familiar y alcoholismo, sus estudios arrojaron que en los adolescentes con alcoholismo el 99% de sus familias eran disfuncionales mientras que en las familias de los adolescentes no alcohólicos la disfuncionalidad familiar se presentaba en un 14% (David & Jiménez, 2013).

Y es que la ingesta de alcohol por los más jóvenes va en aumento, según la Organización Mundial de la Salud, la cantidad de adolescentes que consumen alcohol aumentó en un 20%, en los últimos 10 años.

La creciente incorporación de las mujeres jóvenes al consumo de alcohol igualmente da de que hablar, pues en estos momentos, existe una práctica equivalente en las tasas de consumo entre ambos sexos en las edades comprendidas entre los 15 y los 18 años. ("EL CONSUMO DE ALCOHOL Jóvenes y alcohol," 2008.)

Para ser más exactos hace 10 años, de cada 7 hombres que consultaban por problemas relacionados con el alcohol consultaban 3 mujeres; hoy en cambio la relación es de 6 hombres por 4 mujeres. (Morales & Plazas, 2006)

Analizando el alcoholismo en la juventud como un problema social muy marcado y su posible asociación a una familia disfuncional (Tabaco & Niños, 2005) y la falta de programas dedicados a disminuir la incidencia de este problema; se considera pertinente investigar y lograr establecer: ¿Cuál es el índice de consumo de alcohol en la Ciudad de Piñas y como se relaciona con la familia, concretamente con la disfunción familiar?

## 2. JUSTIFICACIÓN

El interés del presente proyecto de investigación, surgió a partir de la alarma que actualmente hay relación al aumento significativo del consumo de alcohol a temprana edad.

El consumo de esta sustancia en Ecuador, y en el mundo entero ha sido visto como un comportamiento socialmente aceptado desde tiempo atrás; sin embargo cada día el consumo de esta sustancia se da en edades mucho más tempranas y ahí es donde está el verdadero problema; convirtiéndose no solo en una preocupación de tipo social sino en un inconveniente en la salud pública.(Observatorio nacional de drogas, 2012)

El alcohol es una de las principales causas de mortalidad prematura entre los jóvenes además de causar problemas físicos, mentales, emocionales, familiares, económicos y sociales. De hecho el Dr. Oscar Diez Martínez, profesor del departamento de Psicología de la UDLAP, afirma que *“Antes de los 18 años no debe consumirse ni una gota de alcohol, evidencias científicas comprueban que entre a más temprana edad se inicie su consumo hay mayores problemas de conducta”* y no solo esa sería la consecuencia sino el potencial riesgo de convertirse en adictos.

Diversas variables parecen encontrarse en estrecha relación con el abuso de esta sustancia en los adolescentes, especialmente aquellas derivadas del ambiente familiar, es por eso que se dirige la investigación hacia ese ámbito, la familia. Y es que la familia siendo el pilar fundamental de la sociedad, y de donde se obtiene la mayoría de costumbres y hábitos de vida es un factor indiscutible en el alcoholismo, más aún en un adolescente que depende del núcleo familiar y hacen suyas las prácticas vistas ahí en el día a día de su familia.

Una familia desorganizada y que no tenga una buena funcionalidad es lógico que traiga problemas al adolescente y haga que este busque refugio en la sustancia ya mencionada; es por eso que se presenta a continuación este

proyecto orientado a indagar sobre si lo que se vive en otras localidades también sucede en la Ciudad de Piñas.

En si son pocos los trabajos que van más allá de la simple exposición de datos epidemiológicos, ya sea de alcoholismo o de disfunción familiar, razón por la cual se asociara estas dos variables para así corroborar o no lo ya expuesto en otros estudios en otros lugares del Ecuador.

Finalmente, y aunque redundando la presente investigación tiene como propósito aportar información acerca del consumo excesivo de alcohol en adolescentes y como la familia interviene en esto, todo con la intención de contribuir a la búsqueda de estrategias para el control del mismo y de esta manera mejorar la salud y las relaciones familiares.



### **3. OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar el consumo de alcohol y su relación con la disfuncionalidad familiar en los adolescentes del Colegio “Leovigildo Loayza Loayza” y Unidad Educativa “Ocho de Noviembre” de la Ciudad de Piñas.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar la frecuencia de alcoholismo y sus grados de consumo
- Establecer la relación entre alcoholismo y funcionalidad familiar
- Diseñar un programa para prevención de alcoholismo en función de disfuncionalidad familiar

## **4. REVISIÓN DE LITERATURA**

### **4.1 LA ADOLESCENCIA**

#### **4.1.1 DEFINICIONES**

Según Dina Krauskopf, es un período crucial del ciclo vital en que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que poseen, asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio.(Pascualini & Llorens, 2010)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es la etapa de la vida, comprendida entre los 10 y los 19 años, en la cual tiene lugar el empuje de crecimiento puberal y el desarrollo de las características sexuales secundarias, así como la adquisición de nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales. Este proceso se caracteriza por rápidos y múltiples cambios en los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales.(Pascualini & Llorens, 2010)

La adolescencia se inicia con los primeros cambios corporales de la pubertad y finaliza con la adquisición de la madurez física, emocional, vocacional –laboral– y económica de la adultez, y cuando es posible la creación de una nueva familia. Este proceso, hoy en día, se extiende más allá de los 20 años, ya que la posibilidad de independizarse económica y afectivamente de los padres se logra, en algunos ámbitos culturales, después de los 24 años. (Pascualini & Llorens, 2010)

En conclusión podríamos decir que la adolescencia es una etapa de la vida, en la cual se viven cambios trascendentales tanto físicos, psicológicos, sociales y espirituales. Es un tiempo donde se logra una madures sexual y junto con esta una madurez cognitiva adquiriendo nuevas habilidades.

Es por eso que el ser humano es comprendido como una unidad bio-psico-social pues experimenta transformación no solo a nivel físico como es el crecimiento y el desarrollo sexual, es decir la capacidad para reproducirse, sino

que también se dan cambios sumamente importantes a nivel de su psique y es por eso que para una mejor comprensión se ha dividido a la adolescencia en tres etapas descritas a continuación.

#### **4.1.2 ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA**

**Adolescencia temprana: 10 a 14 años.-** Se desarrollan las características biológicas primarias y secundarias.

Aparecen cambios en el estado de ánimo, tales como irritabilidad, impulsividad, hipersensibilidad a los estímulos, apatía, abulia, fragilidad psíquica, inhibiciones.

Los jóvenes presentan intentos de autonomía desafiando la autoridad parental en simultaneidad con conductas infantiles. Según Winnicott, «los adolescentes son desafiantes por momentos y, en otros, muestran una dependencia pueril».

Buscan experimentar emociones nuevas, cuestionando las normas de los adultos.

Es frecuente el aspecto desaliñado y sucio como expresión de rebeldía o desajuste con su nueva imagen corporal.

Continúan ligados a sus amigos de la infancia; prevalece la pertenencia al grupo de pares, generalmente, del mismo sexo.

Progresan el área cognitiva. Se va construyendo el pensamiento abstracto, manteniéndose, al mismo tiempo, procesos psíquicos que corresponden al pensamiento concreto.

Se desarrolla paulatinamente la capacidad de introspección y de reflexión. (Pascualini & Llorens, 2010)

**Adolescencia media: 14 a 18 años.-** Aparecen nociones propias sobre proyecto de futuro.

Se profundizan los vínculos fraternos y con el grupo de pares. Es de gran importancia la *función del «amigo»*.

A partir de las primeras relaciones de pareja, que suelen ser de corta duración, se debilitan los lazos adolescentes. *La pertenencia grupal facilita la transición adolescente*.

Se agudiza la confrontación con los adultos. *Es necesaria la confrontación generacional*. La presencia del adulto sostiene el contraste generacional.

El comportamiento arriesgado no implica siempre un deseo autodestructivo. A veces, expresa la *búsqueda de una marca que los diferencie*. Por ejemplo: *piercing*, tatuajes, modas y ritos adolescentes son utilizados para diferenciar la propia identidad.

Es necesario diferenciar *situaciones propias del proceso adolescente* de aquellas que implican comportamientos de riesgo, *pasaje al acto, donde hay riesgo de vida o de la calidad de vida*. Ejemplo: Conducir alcoholizado o tirar una bengala en un lugar cerrado (Pascualini & Llorens, 2010).

**Adolescencia tardía: 18 a 28 o más años.-** Paulatinamente, los jóvenes se van insertando en el mundo laboral. Hay un pasaje del jugar al trabajar.

Se afianzan en su independencia y tratan de obtener logros económicos.

Pueden aparecer sentimientos de tristeza, desorientación y caos interior. Esta crisis se acentuará, si al terminar el secundario, no pueden desarrollar un proyecto viable y/o tienen que migrar y transculturalizarse, y/o ante dificultades de asumir el rol adulto.

Las relaciones con los padres se tornan más adultas.

Se tiende a un mayor compromiso afectivo con la pareja.

La introspección facilita un mejor planeamiento del futuro y del actuar en consecuencia.

Hay un mayor reconocimiento de valores y normas básicas.

La construcción de la identidad adolescente es diferente dependiendo: de los sistemas de valores en los que se desarrollan, del contexto sociocultural (localidad, clase social a la que pertenecen, nivel de educación), del contexto familiar (diversidad de roles y vínculos familiares, hábitos, sistemas de creencias).

Todos estos factores determinarán la *variabilidad pluriforme identitaria*. Por esta razón, se acuña el concepto de *las adolescencias* (Pascualini & Llorens, 2010).

#### **4.1.3 IDENTIFICACIONES Y DUELOS EN LA ADOLESCENCIA**

Además durante la transición adolescente, hay dos trabajos psíquicos necesarios para realizar:

- la elaboración de la reactivación del complejo de Edipo
- los duelos por la infancia perdida que son: el duelo por el cuerpo infantil, el duelo por la pérdida de rol y la identidad infantil, el duelo por pérdida de los padres de la infancia y el duelo por la bisexualidad perdida (Pascualini & Llorens, 2010).

En si todos estos aspectos consisten la transformación de niño a adolescente y atravesar todo esto y aceptar toda esta nueva oleada de cambios es difícil y por eso el apoyo es fundamental ya que de no hacerlo puede que el adolescente inconscientemente busque otras cosas que no son las que lo beneficiaría una de ellas es alcohol que es el tema de este proyecto.

## 4.2 LA FAMILIA

### 4.2.1 DEFINICION

Es la unidad estructural, compuesta por un hombre y una mujer casados o unidos y tienen hijos que viven bajo un mismo techo.(Diaz, 2009)

La familia es la institución social fundamental que une a las personas vinculadas por nacimiento o por elección en un hogar y una unidad doméstica. La familia es el entorno donde se establecen por primera vez el comportamiento y las decisiones en materia de salud (Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud, 2003)

Sin embargo nosotros podríamos definir a la familia como un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un período indefinido de tiempo. Constituye la unidad básica de la sociedad. En la actualidad, destaca la familia nuclear o conyugal, la cual está integrada por el padre, la madre y los hijos a diferencia de la familia extendida que incluye los abuelos, suegros, tíos, primos, etc.

### 4.2.2 TIPOS DE FAMILIA

**Familia Nuclear.-** Padre, madre con o sin hijos. Esta familia sigue siendo la forma de organización dominante, correspondiente al modelo tradicionalmente de la pareja con hijos que ejerce las funciones de conyugalidad y reproducción.

**Familia Extensa.-** “Entendiendo por tal aquella en la que conviven en el mismo hogar más de dos generaciones.”

**Familia Monoparental.-** Pueden ser muy variadas y se dan como consecuencia del fallecimiento de alguno de los cónyuges, por una separación conyugal o divorcio del matrimonio, uno de los cónyuges pasa a ostentar la guarda o custodia exclusiva de sus hijos menores, es decir ya sea hombre o mujer se decide a emprender en solitario la tarea de maternidad o paternidad.

**Familia Homoparental.-** Toda familia en la cual las personas (o algunas de las personas) a cargo de la crianza de los niños o las niñas no se inscriben en el modelo de heterosexualidad obligatoria. Esto contempla a las personas travestis, transexuales e intersexuales, en cuanto a su identidad de género y sexo y a las personas homosexuales en cuanto a su orientación sexual

#### **4.2.3 FUNCIONES DE LA FAMILIA**

**Biosocial.-** Es respecto a la conservación de la especie humana, ya que la procreación es la base de la formación de las familias y por ende de la sociedad.

**Económica.-** Trata acerca de que se debe cumplir con el mantenimiento económico y material de sus miembros.

**Afectiva.-** Se refiere a los vínculos afectivos que establecen todos los miembros que integran la familia. El ser humano necesita de una relación cálida y afectiva con sus semejantes.

**Educativo-cultural.-** Compartir colectivamente los deberes y derechos inherentes a ellos y presentar ejemplo y así educar a sus hijos en los valores de la sociedad socialista. (Chapela,1999) (Diaz, 2009)

#### **4.2.4 CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA**

**Familia funcional.-** “Es la que cumple con las funciones que la sociedad espera de ella. Estas funciones son cuatro: capacitar la socialización, promover la equidad generacional entre las edades, transmitir la cultura y ejercer cierto control social sobre los miembros de la familia.”

Una familia funcional es aquella que permite el crecimiento intelectual, físico y emocional de sus miembros, además debe existir una comunicación clara mediante el diálogo, un ambiente receptivo para que haya confianza, se puedan discutir diferencias y aclararlas, y expresiones de afecto, tanto con palabras como físicamente, se procura el bienestar de cada uno de los

miembros respetando y tomando en consideración sus opiniones. (Martinez, 2012)

**Familia disfuncional.-** “Una familia disfuncional perjudica emocionalmente a los miembros de la familia hasta un punto en el que no tienen un sentido claro del yo, haciendo que los miembros funcionen de una manera individualista, diferenciada.”

Es una familia en la que los conflictos, la mala conducta, y muchas veces el abuso por parte de los miembros individuales se produce continuamente y regularmente, lo que lleva a otros miembros a acomodarse a tales acciones. A veces los niños crecen en tales familias con el entendimiento de que tal disposición es normal. Además determina a un tipo de familia en la que existen conflictos, que la hacen no funcional, en la sociedad en la cual se encuentra, en estas familias sucede todo lo contrario que en las funcionales, es decir no existe comunicación entre los miembros, cada quien tiene una vida muy diferente a la de los demás, no se procura el bienestar de los demás entre otras situaciones (Martinez, 2012).

La investigación hecha por la Universidad Estatal de Cuenca en la ciudad del mismo nombre señala que los adolescentes que pertenecen a familias disfuncionales son de hasta el 50% (Rivera & Sanchez, 2014), mientras que en la Ciudad de Quito se observó hasta un 75% de disfunción familiar en familias de adolescentes (Reyes & Pazmiño, 2003)

Concretamente en lo que respecta a este parámetro de tipos de familia de acuerdo a su funcionalidad nosotros lo valoraremos de acuerdo al Test de Percepción de Funcionalidad Familiar (FF-SIL), de acuerdo al puntaje obtenido tendremos:

**Familia Funcional:** De 70 a 57 puntos.  
**Familia Moderadamente Disfuncional:** De 56 a 43 puntos  
**Familia Disfuncional:** De 42 a 28 puntos.  
**Familia Severamente Disfuncional:** De 27 a 14 puntos.



El Test de Percepción de Funcionalidad Familiar (FF-SIL) es un test de funcionamiento familiar que mide el grado basados en 7 variables: cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad, permite al identificar el factor relacionado causante del problema familiar y así intervenir más eficaz y efectivamente.(Louro Bernal, 2002)

**Cohesión:** unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.

**Armonía:** correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

**Comunicación:** los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.

**Permeabilidad:** capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

**Afectividad:** capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

**Roles:** cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

**Adaptabilidad:** habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera (Martinez, 2012).(Louro Bernal, 2002)

#### 4.2.5 LA FAMILIA EN LA ADOLESCENCIA

En la Edad Moderna los máximos valores eran la familia y el trabajo, las familias eran más homogéneas, verticales y rígidas. No se ponía en duda la autoridad de los padres, y los hijos no tenían derecho a una vida privada. Los padres, en general, deseaban que sus hijos e hijas se desarrollaran por completo a fin de poder insertarse socialmente y contribuir al futuro de la humanidad, que preservaran la historia del pasado y que aprendieran y enseñaran valores.

Hoy en día, las expectativas familiares para con los hijos e hijas varían según el lugar donde está insertado el adolescente en particular, por lo tanto las familias

difieren según el nivel cultural, el nivel educativo, el nivel económico, su funcionamiento, el grado de cohesión y la adaptabilidad de la misma.

Los nuevos roles del hombre y de la mujer en el mundo globalizado han provocado una nueva comprensión del matrimonio, del trabajo de la mujer y de los recursos alternativos del cuidado del niño. El tamaño de la familia, se ha reducido significativamente. El divorcio y el nuevo matrimonio son nuevas alternativas que enfrentan los hijos.

El empleo de la madre obliga, en algunos estratos sociales, a que los niños sean cuidados por extraños, en otros, por familiares adultos, y, en otros, por los hermanos. El rol del padre se ha ido desdibujando, su autoridad es cuestionada por la mujer y por sus descendientes, y la situación se agrava al perder su trabajo y su rol de proveedor.

Los cambios fundamentales en la familia en el mundo globalizado son la disociación entre la conyugalidad (vínculos de pareja) y la filiación (vínculos entre padres e hijos). En la familia tradicional, estos dos vínculos eran indisolubles. En la actualidad, en cambio, la conyugalidad ha perdido su carácter indisoluble mientras que la filiación mantiene dicho carácter. Además, en la familia occidental se defiende a ultranza el individualismo, que pone el acento en la libertad extrema. Sin embargo, esta autonomía subjetiva se acompaña cada vez más de la dependencia material.

Según Tuñón las configuraciones familiares existentes son múltiples, entre ellas se encuentran aquellas conformadas por los padres e hijos, y otras que se constituyen en hogares monoparentales. Las mujeres solas con hijos tienen mayor dificultad en su crianza, pero las que padecen una mayor sobrecarga física y psicológica son las que, además, se encuentran en situación de pobreza.

Los diferentes procesos de crianza y de sociabilización impactan en el desarrollo infantil y del adolescente. De la familia, depende la elección de la escuela primaria, y tanto hogar como escuela influirán en la elección de las redes sociales y virtuales en la adolescencia. No es lo mismo, cursar los años

escolares sin estímulo ni interés por parte de los padres, que hacerlo bajo la mirada afectuosa de la familia y en interacción con pares en la misma escuela y en otras actividades recreativas, deportivas o artísticas.

I. Tuñón refiere que los adolescentes de 13 a 17 años se hallan en situación de déficit en el proceso de sociabilización si registran al menos dos de las siguientes situaciones: adolescentes que no tienen hábito de lectura; adolescentes que no acceden a Internet; adolescentes que no realizan actividad deportiva y cultural extraescolar; adolescentes que desertan o que se encuentran rezagados en la escuela. Un adolescente del sector 40% más pobre tiene 2,6 veces más «chance» de experimentar situaciones deficitarias, por lo cual, sus habilidades cognitivas y sociales pueden no llegar a alcanzar toda su potencialidad.

Hay familias, que por su estilo de vida, promueven una maternidad temprana, mientras que otras esperan que sus hijos e hijas terminen los estudios, se instalen en sus trabajos y, recién después, que planeen la conformación de una familia. Se ha observado, que la carencia de diálogo en el hogar y la violencia se asocian a mayor depresión, baja autoestima, falta de proyectos en la adolescencia y, por lo tanto, a mayor probabilidad de comportamiento de riesgo y malestar psíquico.

Entre los y las adolescentes, según Di Segni Obiols, «hay quienes se sienten identificados con sus familiares, otros, son extranjeros en su propia casa». Crecen en un mundo mucho más complicado que el de sus abuelos, un mundo en el que las oportunidades de contacto, constancia y permanencia resultan poco frecuentes. perdida (Pascualini & Llorens, 2010).

## 4.3 EL ALCOHOL

### 4.3.1 DEFINICION

El alcohol etílico o etanol es un ingrediente intoxicante que se encuentra en la cerveza, el vino y el licor. El alcohol se produce a través de la fermentación de la levadura, los azúcares y los almidones. Es un depresor del sistema nervioso central que se absorbe rápidamente en el estómago y el intestino delgado al torrente sanguíneo. (National Institute on Drug abuse, 2007)

**EL Alcohol como un toxico.-** El alcohol es una sustancia química, tóxica que ingerida en exceso provoca cambios inmediatos en la personalidad y va provocando un deterioro gradual en algunos órganos del cuerpo como el hígado, el cerebro, el páncreas y el corazón

El alcohol alcanza el cerebro a través de la corriente sanguínea y, a diferencia de la mayoría de los alimentos, se absorbe hacia la sangre sin indigestión. Comienza a ejercer sus efectos intoxicante cuando alcanza el cerebro a través de la sangre circulante y, naturalmente, mientras más alcohol se consume, más cantidad va al cerebro y mayor será el efecto sobre las facultades (Silva, 2010).

## 4.4 ALCOHOLISMO

### 4.4.1 DEFINICIONES

Es el consumo de bebidas alcohólicas a un nivel que interfiere con la salud física o mental, al igual que con las responsabilidades sociales, familiares, económicos o laborales.

El alcoholismo es un tipo de drogadicción, en la cual hay tanto dependencia física como mental.

El médico debe tener claro los conceptos que definen al alcoholismo entre los que se encuentran la intoxicación, síndrome de abstinencia, tolerancia y los

distintos tipos de dependencia, así como la interrelación de alcoholismo con otra drogodependencias

**Intoxicación.-** La intensidad y la duración de la embriaguez dependen de la cantidad y del tipo de bebida consumida, de la rapidez de la ingesta, de las circunstancias del consumo y del nivel de tolerancia. A partir de una tasa de alcoholemia de 4-5 gramos se puede llegar al coma e incluso a la muerte. Los efectos físicos y psíquicos producidos por el alcohol desaparecen cuando este es eliminado (ORTUÑO F. 2009).

**Síndrome de abstinencia.-** Se caracteriza por la aparición de síntomas físicos, como temblor, sudoración, náuseas, distimia o malestar, y de síntomas psicológicos como nerviosismo, irritabilidad, cansancio y depresión leve, que son tan desagradables que llevan al sujeto a beber de nuevo para evitarlos. El síndrome de abstinencia desaparece cuando se reanuda la ingesta. Puede ser leve con síntomas como los descritos anteriormente, pero la deprivación puede causar un síndrome más grave si la dependencia es mayor y pueden aparecer, además ideas delirantes, alucinaciones visuales y signos neurovegetativos como fiebre, sudoración e hipertensión. La aparición de los síntomas se produce a las 8 a 12 horas de la deprivación de la sustancia (ORTUÑO F. 2009).

**Tolerancia.-** Es la necesidad de aumentar la cantidad de alcohol para conseguir el efecto deseado o disminución notable del efecto utilizando de forma regular la misma cantidad. El nivel de aparición de la tolerancia varía tanto de unas personas a otras como de las dosis consumidas. En general se desarrolla en un periodo de 5 a 10 años. Así aguantar grandes cantidades de alcohol es un signo de enfermedad alcohólica, no de control ni de madurez como habitualmente el sujeto cree (ORTUÑO F. 2009).

**Dependencia.-** Es el estado de malestar que aparece en un individuo al suprimir el alcohol que lleva consumiendo durante largo tiempo. Suele conllevar trastornos mentales específicos, como intoxicación alcohólica, síndrome de abstinencia (a veces delirium) alucinosis, trastorno amnésico, demencia,

encefalopatía de Wernicke y demencia tipo Korsakoff. Se pueden diferenciar dos tipos de dependencia: la física producida por la adaptación del organismo a la sustancia, donde existe una necesidad de consumir alcohol de forma imperiosa para conseguir una determinada vivencia o para reducir el mismo malestar, y que dan lugar a la aparición de los fenómenos corporales y físicos cuando se suprime el alcohol; y la psíquica caracterizada por una demanda irresistible de consumir de forma continuada, ya sea de forma periódica o permanente. El alcohol se ha convertido en el eje de las conductas, pensamientos y emociones de la persona (ORTUÑO F. 2009).

**Politoxicomanía.-** Existe una tendencia, sobre todo en los jóvenes, de mezclar alcohol con hachís o cocaína para conseguir efectos más intensos. La combinación de alcohol y drogas depresoras produce un efecto multiplicador, si se combina con drogas estimulantes, como las anfetaminas o la cocaína puede provocar cuadros de violencia en personas predispuestas. En la actualidad no es difícil encontrar a sujetos que mezclan alcohol con drogas de síntesis, como el speed o el éxtasis que contrarrestan los efectos depresores del alcohol (ORTUÑO F. 2009).

#### **4.4.2 EPIDEMIOLOGIA**

Estadísticas mundiales sobre el alcoholismo según la Organización Mundial de la Salud propone que 70% de la población mundial consume alcohol en alguna medida, por encima de los 15 años.

El 10% de los antes mencionados se convertirán en alcohólicos, 3 al 5 % son dependientes

Así mismo el 10% de la población española sufre del Síndrome de dependencia del alcohol, 60% de los accidentes de tránsito son provocados por personas alcoholizadas.

El alcohol produce una tasa de suicidio de entre el 5% y el 27% en comparación con el 1% de la población normal, 20 a 25% de los hijos de alcohólicos, tiene problemas para controlar el consumo (Camacho, 2000)

El consumo y los problemas derivados del alcohol están aumentando en todo Occidente desde 1980, incluyendo Estados Unidos, la Unión Europea y la Europa oriental, así como en los países en vías de desarrollo.

A pesar de los resultados del tratamiento actual, se estima en más de 100.000 el número de muertos anuales sólo en Estados Unidos a causa del alcohol.

En la Federación Rusa un 12 por 100.000 de la población ingresa anualmente en los hospitales para ser tratados de intoxicaciones etílicas agudas.

En los últimos años, España ha pasado a ocupar el segundo lugar en el mundo en tasa de alcoholismo (Cornide, 2008).

#### **4.4.3 FACTORES DE RIESGO EN EL COSUMO DE ALCOHOL**

Tanto en el plano individual como en el social, se han identificado diversos factores que influyen en los niveles y hábitos de consumo de alcohol, así como en la magnitud de los problemas relacionados con el alcohol en las comunidades.

Los factores ambientales incluyen el desarrollo económico, la cultura y la disponibilidad de alcohol, así como la globalidad y los niveles de aplicación y cumplimiento de las políticas pertinentes. Para un nivel o hábito de consumo dado las vulnerabilidades de una sociedad podrían tener efectos diferenciales similares a los producidos en diferentes sociedades.

Si bien no existe un único factor de riesgo dominante, cuanto más factores vulnerables converjan en una persona, más probable será que esa persona desarrolle problemas relacionados con el alcohol como consecuencia del consumo de alcohol.

#### **4.4.4 NIVELES DE CONSUMO DE ALCOHOL**

**Bebedor social.-** La Zona I se refiere al consumo de bajo riesgo o la abstinencia.

**Bebedor en riesgo.-** El segundo nivel, la Zona II, comprende el consumo de alcohol por encima de las recomendaciones de bajo riesgo, que están generalmente indicadas cuando la puntuación del Test Identificación de Trastornos por consumo de Alcohol (AUDIT) está entre 8 y 15. Una intervención breve que utiliza el consejo simple o consejo y materiales educativos es el método más adecuado para estos pacientes.

**Bebedor perjudicial.-** El tercer nivel, la Zona III, está sugerido para puntuaciones del Test Identificación de Trastornos por consumo de Alcohol (AUDIT) en el rango de 16 a 19. El consumo de riesgo y perjudicial puede ser abordado mediante una combinación de consejo simple, terapia breve y monitorización continuada, estando indicada una mayor evaluación diagnóstica si el paciente no responde o se sospecha una posible dependencia de alcohol.

**Bebedor en dependencia alcohólica.-** El cuarto nivel de riesgo está sugerido por puntuaciones del Test Identificación de Trastornos por consumo de Alcohol (AUDIT) por encima de 20. Estos pacientes deben derivarse a un especialista para una evaluación diagnóstica y un posible tratamiento de la dependencia de alcohol (Ortilla et al., 2002), (Babor, Higgins-biddle, Saunders, & Monteiro, 2010).

NIVELES DE RIESGO	INTERVENCION	PUNTUACION TEST
Zona I	Educación sobre el alcohol	0 - 7
Zona II	Consejo simple	8 - 15
Zona III	Consejo simple más terapia breve y monitorización continuada	16 - 19
Zona IV	Derivación al especialista para una evaluación diagnóstica y tratamiento	20 - 40

#### 4.4.5 FISIOPATOLOGIA



Se distinguen 4 etapas básicas desde la ingestión del alcohol hasta su metabolización o eliminación. Son por este orden, los procesos de Absorción, Distribución, Metabolización y Eliminación.

El hígado se encargará de asimilar un 90% del alcohol ingerido, el otro 10% se lo repartirán a partes iguales los pulmones y la orina (también a nivel reducido, a través de las lágrimas y por medio de la leche materna y el sudor).

**Absorción.** Cuando se consume una bebida alcohólica, ésta pasa por el esófago y el estómago antes de llegar hasta el intestino delgado, lugar donde será absorbida. A causa de su bajo peso molecular, el alcohol no requiere de un proceso de digestión. Si bien una pequeña parte se absorbe a través de la membrana de la mucosa y pasa a la sangre, la mayor parte del alcohol ingerido pasa a la corriente sanguínea a través de las paredes del intestino delgado. Concretamente, las pertenecientes al Duodeno y Yeyuno. (ALTARRIBA, 2008)

Un factor importante en cuanto a la velocidad de absorción del alcohol en la sangre, es la cantidad de alimento en el estómago. Si el alcohol, en dirección hacia el intestino, encuentra en su camino un estómago con alimentos, éstos obstaculizarán su paso al intestino, retrasando el proceso de absorción del etanol en la sangre. Por un lado, se pondrá en marcha el proceso de digestión que conlleva la mezcla del alcohol con el resto del contenido (el bolo digestivo). Por otro, las enzimas encargadas de degradar tienen a su vez más tiempo para actuar sobre el alcohol, al llegar éste con más dificultad a la sangre. En los hombres, estas enzimas, son más abundantes. (ALTARRIBA, 2008)

El gas carbónico de los refrescos aumenta la velocidad de absorción del alcohol por el organismo, dilatando el píloro, lo cual hace que pase con mayor rapidez al intestino y a la sangre. (ALTARRIBA, 2008)

Las bebidas alcohólicas que pasan más rápidamente a la sangre están entre los 15° y 30°. A mayor concentración de alcohol, el estómago segrega mucina, se cierra más el píloro y se dificulta el paso al intestino delgado, y por tanto su absorción por el organismo. El alcohol tarda de 2 a 6 horas en desaparecer del

estómago, según la cantidad, la concentración y las características del bolo alimenticio. (ALTARRIBA, 2008)

Cuanto más lenta sea la velocidad de absorción del alcohol en sangre, menor será el grado de alcoholemia. El grado de alcoholemia es la cantidad en gramos de alcohol concentrada en un litro de sangre. (ALTARRIBA, 2008)

**Distribución.** Una vez el alcohol llega al intestino delgado, es absorbido y viaja por la sangre a través de venas y arterias a todos los lugares del organismo. Al ser una sustancia soluble en agua se absorberá fácilmente hacia las células de los distintos órganos y tejidos en proporción a su contenido en agua. El alcohol no absorbido por los tejidos permanecerá en la sangre. La bilis y el líquido cefalorraquídeo absorben más cantidad de alcohol que la sangre. (ALTARRIBA, 2008)

Durante su recorrido el alcohol se distribuye entre los líquidos corporales, excepto en las grasas. Una misma cantidad de alcohol ingerido, puede derivar en distintos niveles de alcoholemia, según la grasa y agua de cada persona. (ALTARRIBA, 2008)

En la mujer, al disponer proporcionalmente de menos volumen de líquido corporal que el hombre, nos encontraremos con que para un mismo volumen de alcohol su nivel de concentración en sangre (alcoholemia) resultará mayor (menor volumen de agua para su disolución). (ALTARRIBA, 2008)

Por otra parte, al tener las mujeres en general más grasa que el hombre, se dificulta la absorción (el alcohol no es soluble en las grasas) con lo que a su vez se provocará que el etanol permanezca más tiempo en la sangre.

**Metabolización.** La metabolización es el proceso de transformación de una sustancia externa, como el alcohol, en otra que pueda asimilar el organismo. Esta sustancia que el cuerpo ya reconoce se llama Acetaldehído, y pasa posteriormente a convertirse en Ácido Acético (Acetato).

La sangre lleva el alcohol diluido en ella hacia el hígado, que realizará la metabolización del 90% del alcohol ingerido. La capacidad de metabolización

del hígado es de 8 a 10 gramos de alcohol a la hora (de promedio) en el caso de los hombres y algo menos en el de las mujeres. (ALTARRIBA, 2008)

**Identifiquemos los componentes del proceso:**

CH<sub>3</sub>-CH<sub>2</sub>-OH: ("Alcohol"). Es el "alcohol etílico o etanol".

ADH: (enzima, "Alcohol Deshidrogenasa"). Es la enzima que acelera la metabolización.

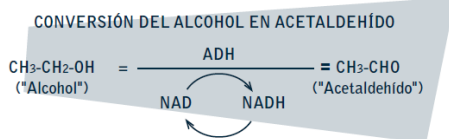
NAD: (cofactor, "Nicotinamida Adenín Dinucleótido"). Sustancia que cataliza la reacción.

CH<sub>3</sub>-CHO: ("Acetaldehído"). El "Acetaldehído es ya reconocido por el organismo como una sustancia para generar "Acetato" o "Ácido Acético".

CH<sub>3</sub>-COOH: ("Acetato"). Sustancia final del proceso de metabolización del alcohol que se integra en las mitocondrias.

Las mitocondrias son los orgánulos celulares donde se produce este metabolismo energético oxidativo que transforma el acetato en energía en forma de ATP ("Adenosin-trifosfato").

La reacción del cuerpo hacia el alcohol se produce gracias a la unión de un enzima "ADH" (que acelera las reacciones metabólicas) y un cofactor "NAD" (que interviene para que se produzca la transformación del alcohol). El enzima alcohol deshidrogenasa (ADH), a través del NAD, transfiere una molécula de hidrógeno (H+) dando NADH que oxidará el etanol (alcohol), generando acetaldehído CH<sub>3</sub>-CHO.



El "ADH" es el verdadero responsable de la conversión del alcohol en acetaldehído. Esta actividad de "ADH" es también menor en el nivel gástrico (duodeno) en las mujeres, lo que unido al menor volumen proporcional de líquido, vuelve a incidir en su facilidad para incrementar el nivel de alcoholemia.

El alcohol llega al hígado a través de la vena porta. Será allí, en los hepatocitos o células hepáticas, donde el etanol se oxida mediante el proceso que hemos visto, generando acetaldehído.

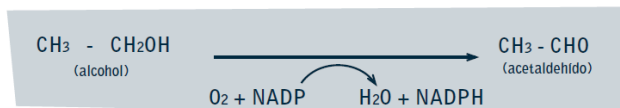
Cuando la cantidad de alcohol ingerida es excesiva y la vía principal de metabolización (el hígado) puede sobrecargarse y provocar un colapso hepático, el cuerpo dispone de un sistema alternativo de emergencia. (ALTARRIBA, 2008)

Este sistema alternativo lo forman dos vías que se pondrán a trabajar a la vez ayudando al hígado a transformar el alcohol en acetaldehído:

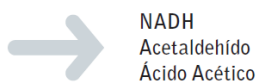
**Vía Catalasa.** La Catalasa es una enzima que precisa de agua oxigenada para transformar el alcohol en acetaldehído.



**Sistema M.E.O.S (Sistema oxidativo del etanol microsomal).** Se produce en el retículo endoplasmático. Utiliza la forma fosforilada del "NAD" (la enzima "NADP") que junto al oxígeno (O<sub>2</sub>) produce la transformación de agua y "NADP", que provocará el paso del alcohol a acetaldehído.



Producto del metabolismo alcohólico, se genera también en el hepatocito:



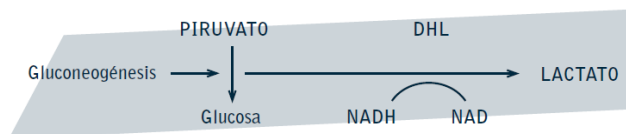
El ácido acético se incorpora al ciclo de Krebs mitocondrial, una vez transformado en acetil-coenzima (acetil-CoA), a través de la enzima Acetil-CoA sintetasa, ubicado en las mitocondrias y en el retículo endoplasmático. El acetil-CoA incorporado al ciclo de Krebs, después de seguir la cadena de transporte electrónico, generará CO<sub>2</sub> H<sub>2</sub>O y ATP.

El acetaldehído, a nivel mitocondrial, se degradará en ácido acético a través de la enzima (ALDH).

Sólo una parte reducida del acetaldehído pasará a sangre, siendo ésta la que al atravesar la BHE (Barrera Hemato-Encefálica), accederá al SNC, donde participará en los mecanismos neurobiológicos básicos de la generación de la dependencia y tolerancia (el acetaldehído sólo atraviesa la BHE cuando se encuentra en grandes cantidades, propias del abuso de alcohol, o en un alcohólico crónico). (ALTARRIBA, 2008)

El NADH, se genera tanto por oxidación del alcohol, como por oxidación del acetaldehído, la acumulación del mismo produce un incremento de la relación, incidiendo en las que intervienen las deshidrogenasas de óxido-reducción, se polaricen hacia la generación de metabolitos reducidos.

Como resultado del incremento de E0 se interfiere la gluconeogénesis, en la línea de desplazar la deshidrogenasa láctica (DHL) hacia la generación de lactato.



Consecuentemente, la producción excesiva de glucosa en los casos de abuso podría generar hipoglucemia. A su vez, el incremento de lactato (ácido láctico) propicia el desarrollo de acidosis metabólica.

Este lactato en sangre a nivel excesivo, reduce la excreción de ácido úrico, afectando la glucemia e incidiendo en la síntesis de colágeno y, a su vez, en el proceso de fibrogénesis hepática. (ALTARRIBA, 2008)

El incremento de triglicéridos hepáticos obedece en parte al aumento de la síntesis de glicerofosfatos, por el aumento a su vez de Eo, facilitando la acumulación de lípidos en el hígado (a través del consumo abusivo de alcohol).

También se observa un freno en la secuencia del metabolismo lipídico, propio de la betaoxidación, como consecuencia del incremento de Eo.

Recordemos que la acumulación de ácidos grasos que puede producir sobrepeso por el consumo de alcohol, se debe a que la síntesis de Acetil-CoA, a partir de los degradados del etanol, frena la génesis de dicha molécula.

Más del 90% del alcohol es metabolizado por el hígado y transformado en acetaldehído, éste se ubica en las mitocondrias hepáticas para convertirse en acetato. Este proceso es también sencillo. Una nueva enzima, el “ALDH” (aldehído deshidrogenasa), interviene de nuevo con la ayuda del “NAD” para generar acetato. (ALTARRIBA, 2008)



Toda la energía corporal se condensa en millones de “Mitocondrias”, que son la parte de las células en donde se genera energía. Allí el acetaldehído se convierte en ácido acético, el cual para ser incorporado al ciclo de Krebs mitocondrial (respiración celular) debe transformarse previamente en acetil-coenzima A, (Acetil-CoA), a través de la participación de la enzima acetil- CoA sintetasa, el cual se encuentra en el retículo endoplasmático y en las mitocondrias. (ALTARRIBA, 2008)

El acetil-CoA ingresará en el ciclo de Krebs, y después de continuar la cadena de transporte electrónico generará CO<sub>2</sub> (anhídrido carbónico), H<sub>2</sub>O (agua) y ATP (adenosin-tri-fosfato).

**Eliminación.** El 10% del alcohol ingerido no se transforma, eliminándose principalmente a través de la orina, pero también a través del aliento, el sudor. Por ello es posible detectar el nivel de alcoholemia, por ejemplo a través de un alcoholímetro.(ALTARRIBA, 2008)

#### 4.4.6 FORMAS CLINICAS

**Intoxicación aguda.** Y dentro de esta podemos distinguir las siguientes características:

**Embriaguez.** Lenguaje farfullante en incorrecto, trastornos de la coordinación, marcha inestable, confusión mental, desorientación, percepción alterada, visión doble o borrosa, capacidad autocrítica reducida, pérdida de la objetividad y cambios del estado de humor. (ORTUÑO F. 2009).

**Amnesia lacunar.** Pérdida de memoria para lo sucedido durante la intoxicación (ORTUÑO F. 2009).

**Intoxicación idiosincrásica o patológica.** Consiste en un trastorno del comportamiento con agresión después de la ingesta de pequeñas cantidades de alcohol que no suelen causar intoxicación alguna en la mayoría de los consumidores. Es poco común. (ORTUÑO F. 2009).

#### ***Síntomas según los niveles de alcohol en sangre***

- Entre 50 y 150mg % se produce trastorno de la memoria, atención y coordinación de ideas con aparente excitación y tendencia a la somnolencia posterior
- Entre 150-250mg % existen signos de ebriedad, logorrea, disartria, incoordinación de las palabras, inestabilidad en la postura y la marcha, diplopía, nistagmus, poca percepción del dolor y pérdida del autocontrol.
- Entre 250-350mg % se compromete el sistema reticular del tallo espinal produciendo sueño, estupor e inconciencia.
- Entre 350-450mg % afecta a los centros bulbares vasomotor y respiratorio llevando al coma profundo, piel fría y húmeda, taquicardia, bradipnea y midriasis que puede progresar a la muerte. (ORTUÑO F. 2009).

**Síndrome de abstinencia alcohólica.** Este síndrome se produce por la interrupción de un consumo abundante y duradero. Los síndromes de abstinencia se pueden clasificar en:

**Leve:** suele ser la presentación más común y se producen los síntomas de temblor, náuseas o vómitos, insomnio, agitación, taquicardia, hipertensión,

sudoración, ansiedad, depresión, irritabilidad, alucinaciones transitorias y cefaleas.

**Moderado:** con los síntomas de diaforesis hipertermia, nistagmus y asteríxis.

**Grave:** (delirium tremens) a menudo se inicia con pródromos, como ilusiones afectivas pareidolicas, seguidos de una marcada desorientación alucinaciones vividas táctiles, olfativas o visuales de insectos o pequeños animales; delirios paranoides, agitación, fiebre y convulsiones. Puede llevar a la muerte a un 15% de los pacientes o resolverse espontáneamente al cabo de 2 o 10 días cuando no es tratado. (ORTUÑO F. 2009).

Los síntomas de ansiedad o insomnio y disfunción autonómica pueden durar de 3 a 6 meses, sugiriendo una alteración del ritmo circadiano en el caso del insomnio por anormalidades en el eje hipotálamo-hipofiso-adrenal y aplanamiento en la respuesta a la TRH. Pueden persistir algunos síntomas de trastornos cognitivos, como juicio, memoria reciente y relaciones visoespaciales. (ORTUÑO F. 2009).

El delirium tremens es la forma más grave de síndrome de abstinencia, se produce a las 48-72 horas de la supresión alcohólica, suele durar de 3-5 días, con una mayor incidencia sexo masculino, sobre todo entre los 40 y 60 años, es una situación de urgencia médica. La sintomatología consiste en obnubilación de conciencia, con fluctuación nivel de atención, desorientación en tiempo y espacio, agitación, delirio ocupacional, alucinaciones visuales amenazantes, temblor grosero distal o generalizado. Además produce alteraciones vegetativas como sudoración profusa, taquicardia, fiebre, hipertensión arterial, deshidratación y alteraciones electrolíticas. (ORTUÑO F. 2009).

Con cada episodio de abstinencia, el estado de sensibilización límbica y por ende la ansiedad se incrementa.

#### **4.4.7 DIAGNÓSTICO**



**Diagnóstico De la intoxicación alcohólica y del síndrome de abstinencia.** El abuso de alcohol permanece con frecuencia enmascarado y los individuos tienden a negar el problema, o alegan que nunca se han emborrachado o han notado los síntomas de la deprivación, debido a su alta tolerancia.

En ocasiones el consumidor abusivo de alcohol lo es estrictamente los fines de semana y el resto se mantiene abstinentemente creando una falsa sensación de control de la sustancia.

Los criterios de identificación son aliento con marcado olor a alcohol, facies alcohólica con enrojecimiento facial, arcus seniles, nariz enrojecida, acné rosáceo, eritema palmar, temblor en manos y lengua.

Entre las pruebas complementarias se solicitan exámenes de laboratorio notándose aumento VCM por disminución del hierro y del ácido fólico y alteración de la eritropoyesis, incremento del ácido úrico, aumento de triglicéridos por disminución de gluconeogénesis y formación de hígado graso, incremento de las enzimas hepáticas, anemia, trombocitopenia y leucopenia, disminución de potasio, magnesio, zinc y fósforo. (ORTUÑO F. 2009).

Aplicar los cuestionarios de identificación y diagnósticos entre los cuales están los siguientes MASTA, CAGE, AUDIT, CBA, MALT.

**Diagnóstico síndrome de dependencia alcohólica.** Se establece el diagnóstico de síndrome de dependencia alcohólica cuando en algún momento de los 12 meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes

- Deseo intenso de consumir bebidas alcohólicas
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo
- Síndrome de abstinencia cuando cesa o se reduce el consumo
- Tolerancia al alcohol
- Consumo de alcohol a primera hora de la mañana para aliviar síntomas de abstinencia

- Reducción o abandono de actividades a causa de la alcohol
- Patrón de consumo estereotipado
- Tiempo empleado en actividades necesarias para obtener la bebida, consumirla o recuperarse de sus efectos
- Persistencia en el consumo a pesar de sus efectos perjudiciales (ORTUÑO F. 2009).

#### 4.4.8 TRATAMIENTO

Las medidas profilácticas que se deben tomar, aunque es preferible la recuperación espontánea, serían entre otras las siguientes:

- facilitar soporte ambiental
- vomito provocado o lavado gástrico
- administrar soluciones glucosadas
- ampollas vitamina b
- si el paciente esta agitado utilizar benzodiazepinas
- prevenir la aspiración del vomito
- permeabilizar vías aéreas
- solicitar ionograma, pruebas hepáticas, tiempos de coagulación, y electrocardiograma

#### **Fases del tratamiento.**

- **Fase de contacto y motivación al tratamiento.** discernir el diagnostico de alcoholismo
- **Fase de desintoxicación:** desintoxicación domiciliaria, desintoxicación hospitalaria, programas de abstinencia.
- **Fase de abstinencia**
- **Fase de deshabitación**
- **fase de rehabilitación**

#### 4.4.9 CONSECUENCIAS Y OTROS TRASTORNOS ASOCIADOS AL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL

Los efectos del consumo de alcohol sobre los resultados sanitarios crónicos y graves de las poblaciones están determinados, en gran medida, por dos dimensiones del consumo de alcohol separadas, aunque relacionadas, a saber:

- el volumen total de alcohol consumido, y
- las características de la forma de beber.

El contexto de consumo desempeña un papel importante en la aparición de daños relacionados con el alcohol, en particular los asociados con los efectos sanitarios de la intoxicación alcohólica y también, en muy raras ocasiones, la calidad del alcohol consumido.

El consumo de alcohol puede tener repercusiones no sólo sobre la incidencia de enfermedades, traumatismos y otros trastornos de salud, sino también en la evolución de los trastornos que padecen las personas y en sus resultados.

En lo que respecta a la mortalidad y la morbilidad, así como a los niveles y hábitos de consumo de alcohol, existen diferencias entre los sexos. El porcentaje de defunciones atribuibles al consumo de alcohol entre los hombres asciende al 7,6% de todas las defunciones, comparado con el 4% entre las mujeres.

En 2010, el consumo total de alcohol per cápita en todo el mundo registró un promedio de 21,2 litros de alcohol puro entre los hombres, y 8,9 litros entre las mujeres (World Health Organization, 2014).

**Otros trastornos asociados al consumo de alcohol.** entre las patologías más comunes desencadenadas por el consumo de alcohol se encuentran: gastritis, úlcera péptica, cirrosis, pancreatitis, cáncer de esófago, estómago y otras partes del tracto gastrointestinal, riesgo de enfermedad cardíaca, compromiso del sistema nervioso periférico, trastorno depresivo, ansiedad, disfunción sexual, alucinosis alcohólica, celotipia, trastornos neuropsiquiátricos, conducta suicida, encefalopatía alcohólica de

Wernicke, demencia tipo Korsakoff, psicosis, trastornos bipolares entre otros. (ORTUÑO F. 2009).

#### **4.4.10 EL ALCOHOLISMO EN LA ADOLESCENCIA**

**Efectos del alcoholismo en el adolescente.** La mayoría de los adolescentes han consumido alcohol por lo menos una vez en su vida y, quizá, haya tomado de más en alguna ocasión. Esto puede ser normal, pues el que un adolescente tome bebidas alcohólicas son caracteres típicos de su edad, al igual que lo son los conflictos generacionales, la confrontación de ideas y actitudes, y todo lo típico de esa edad. Pero cuando el joven lo hace con frecuencia y sin medida, y su vida se ve afectada en términos de su desempeño y calidad, entonces el muchacho ya es un alcohólico. Las características de un alcohólico adolescente, además de todas las comunes a todas las personas, son:

- Rápida baja en las calificaciones.
- Altibajos emocionales.
- Separación notoria de las actividades familiares o de sus quehaceres.
- Cambio negativo en su higiene y aspecto personal.
- Deseo de aislamiento.
- Actividad defensiva y una tendencia a responder agresivamente a la menor provocación.(Sarango, 2011)

En si el alcohol para algunos de los adolescentes, significa el falso atractivo de entrar en el mundo de los adultos y romper con las pautas que marcan el universo de la niñez. Para muchos más, en cambio, no hay verdadera diversión sin alcohol de por medio, y porque el alcohol, aun consumido en pequeñas cantidades, estimula la corteza cerebral y vuelve a las personas más desenfadas y ocurrentes. Tras estos primeros efectos de euforia, aparece una pérdida de autocontrol y las personas asumen conductas que sin el catalizador etílico no serían capaces de adoptar.; y es que en si el problema, por tanto, no es que beban, sino que sus formas de beber están más lejos del modelo tradicional

Según datos estadísticos de un estudio: en el Ecuador la edad promedio en la que los adolescentes empiezan a tener contacto con el alcohol es de 12 años. El 59% de 1.200 jóvenes, estudiantes de 49 colegios de la ciudad de Quito, consumen licor, e ingieren de una manera excesiva y desde los 10 años de edad. (López, Ángeles, & Ros, 2011)

#### **4.5 LA DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR AFECTA AL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES**

Claro que si el simple hecho de, que sea una casa llena de conflictos, que cada quien no tenga su rol determinado; aparte ciertas familias no tiene a todos los miembros ya sea porque han fallecido o están lejos como en los casos de personas que han migrado pues todo esto terminara en una disfunción familiar, y esto obviamente será u daño para el adolescente.

De por si un adolescente se ve envuelto en numerosos cambios en su vida, sumado a esto un ambiente familiar poco saludable, pues como resultado se tendrá un adolescente confundido, que se siente mal es por eso que busca el alcohol pues aquí todos sus problemas desaparecen, entran en una etapa donde son felices y no tienen ninguna preocupación acerca de su vida, de su familia o de su futuro.

Ya en muchos estudios ha sido demostrado esto, por ejemplo: Pazmiño y Reyes en la Ciudad de Quito comprobaron la asociación entre disfunción familiar y alcoholismo, sus datos concluyeron que en los adolescentes con alcoholismo el 99% de sus familias eran disfuncionales mientras que en las familias de los adolescentes no alcohólicos la disfuncionalidad familiar se presentaba en un 14% (David & Jiménez, 2013).

Otro estudio realizado en dos colegios de la Ciudad de Loja demuestra que de los adolescentes con problemas de alcohol, el 58% pertenece a familias disfuncionales (Sarango, 2011).

Mientras que en poblaciones de la Ciudad de Cuenca, de los jóvenes que consumen alcohol el 25% son familias disfuncionales (David & Jiménez, 2013).

En Céllica se reporta que hay un 45% de familias disfuncionales de las cuales el 61% de adolescentes tiene problemas con el alcohol.(Maigua, 2012)

## 5. METODOLOGÍA

### TIPO DE ESTUDIO:

Se realiza un estudio correlacional de diseño tipo transversal

Lugar de realización: Colegio “Leovigildo Loayza Loayza” y Unidad Educativa “Ocho de Noviembre” de la Ciudad de Piñas

Periodo de duración: Junio 2015 – Abril 2017

Ámbito de Investigación: Salud familiar y comunitaria

### UNIVERSO:

Un total de 2700, adolescentes entre los 12 a 18 años de edad matriculados en el Colegio “Leovigildo Loayza Loayza” y Unidad Educativa “Ocho de Noviembre” de la Ciudad de Piñas del periodo académico, ciclo Costa 2015 - 2016.

Criterios de Inclusión:

- Estudiantes mayores de 12 años y menores de 18 años inscritos en el año lectivo ciclo Costa 2015 – 2016, que aceptaron participar en la presente investigación a llevar a cabo y que autorizaron consentimiento informado por parte de su representante legal.

Criterios de Exclusión:

- Estudiantes menores de 12 años y mayores de 18 años inscritos en el año lectivo.

### MUESTRA:

De un total aproximado de 2700 estudiantes, 1210 y 1490 por cada colegio respectivamente, se tomara la muestra procedente del resultado de la siguiente formula tomada de los autores Fausto Tapia y Mario Suarez. (Suarez & Tapia,

2012)

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

$$n = \frac{2700 (0.5)^2 (2.56)^2}{(2700 - 1)(0.048)^2 + [(0.5)^2 (2.56)^2]}$$

$$n = \frac{4423}{7.8}$$

$n = 568$  Estudiantes

Dónde:

$n$  = el tamaño de la muestra.

$N$  = tamaño de la población.

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

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

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

### **Población:**

La población a trabajar serán los adolescentes que presentaron consumo de alcohol en sus diferentes grados, esto realizado a través del test de AUDIT (Identificación de trastornos por consumo de alcohol) que mide el consumo de alcohol y sus grados.

## **TÉCNICA E INSTRUMENTOS**



La técnica que se utilizara sera la recopilación de información primaria, es decir por fuente directa esto por medio de encuestas y/o entrevistas a los adolescentes.

#### Instrumento

- Encuesta (Anexo # 1)

Es una encuesta realizada por los investigadores, constó de datos informativos acerca del encuestado para evaluar si el adolescente consume o no alcohol

- Test de AUDIT (Identificación de trastornos por consumo de alcohol) (Anexo # 2)

Que valoró los grados de alcohol. (Babor et al., 2010) El mismo ha sido ya validado en varios países incluido el nuestro (Uillamón, Olé, & Arran, 1999), es muy usado y no muy extenso.

El AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) está basado en un proyecto de la OMS de colaboración entre seis países (Australia, Bulgaria, Kenya, México, Noruega y USA) que fue posteriormente estandarizado por Saunders y cols. Este mismo autor desarrollo en 1987 el núcleo de este cuestionario y unos años más tarde un estudio íntimamente relacionado, sobre las consecuencias del consumo de alcohol en atención primaria. En la autoría del cuestionario también tuvo un papel muy importante Babor.

Este test se aplicó a los adolescentes que dieron afirmativa su respuesta en la primera encuesta.

- El test FF-SIL (Test de Percepción de Funcionalidad Familiar) (Anexo # 3)

Fue elaborado, validado y aprobado desde 1994. La prueba fue sometida en el año 1994 y en el 2000 a varios procedimientos que evidenciaron su confiabilidad y validez (López Sutil V, 2000).

El inventario fue sometido a criterio de 25 profesionales de la salud: 9 psicólogos, 9 médicos y 7 enfermeras todos con grado académico. Se seleccionaron como expertos integrantes del Grupo Asesor Metodológico de la Familia, antes mencionado y miembros del colectivo

de autores del nuevo programa de atención integral a la familia del Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP). (Louro Bernal, 2002)

La aplicación de este instrumento nos permite tener un criterio integrador de la situación de salud del grupo familiar, lo que resulta útil para el análisis de la situación de salud e incluir el enfoque familiar en la investigación en salud.

## **PROCEDIMIENTO**

8. Para empezar con el proceso de valoración, se iniciara con la solicitud al Sr. Rector del Colegio Leovigildo Loayza Loayza y Sr. Rector de la Unidad Educativa “Ocho de Noviembre” para que de paso al estudio. (Anexo #4 y Anexo #5)
9. Posteriormente se enviara el consentimiento informado, documento legal importante en este estudio, a los padres de familia para el permiso a las estudiantes. (Anexo#6).
10. Se aplicara el test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT) a la muestra. (Anexo #8). Para responder a este instrumento el participante debió leer los ítems e indicar con qué frecuencia ha realizado cada uno de los comportamientos expresados en los mismos.
11. Se aplicara el test de Percepción de Funcionalidad Familiar (FF-SIL) (Anexo #9), a todos los/las estudiantes participantes. Para responder a este instrumento el participante debió leer los ítems e indicar con qué frecuencia se realizó estas actividades dentro de la familia.
12. Posteriormente se procedera a la tabulación de datos a través del programa SPSS (Statistical Product and Service Solutions), la relación entre las dos variables se estableció de forma sencilla a través del programa epi-info mediante tablas de análisis de dos por dos, y se corroboró en el programa SPSS (Statistical Product and Service Solutions), obteniéndose las pruebas de asociación que es el Odds

Ratio (OR) y la prueba de significancia estadística que es el Chi Cuadrado ( $\chi^2$ ) con su respectivo valor de p, y V de Cramer.

13. Una vez concluido el estudio se procedera a diseñar el programa de prevención del alcoholismo en función de la disfunción familiar para poder contribuir a la disminución del consumo de alcohol por parte de los adolescentes.(Anexo #10)
14. Luego se realizara la difusión de resultados en la presentación del estudio en la Universidad Nacional de Loja.

## 6. HIPÓTESIS

El consumo de alcohol en adolescentes de la Ciudad de Piñas está asociado a una disfunción familiar

### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable dependiente: consumo de alcohol

Variable Independiente: disfunción familiar

Variable	Definición	Dimensiones	Indicadores	Escala
ALCOHOL	Hace referencia al etanol que se encuentra en las bebidas alcohólicas, estas a su vez son sustancias psicoactivas capaz de generar una dependencia(World Health Organization, 2008)	Consumo de alcohol	Grados de alcoholismo	<p>Bebedor social</p> <p>Bebedor en riesgo</p> <p>Consumo perjudicial</p> <p>Dependencia alcohólica</p>
FAMILIA	La familia en si es el núcleo principal, el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado(Concepto & Evolución, 2009)	Ambiente familiar	Funcionalidad familiar	<p>Familia funcional</p> <p>Familia medianamente disfuncional</p> <p>Familia disfuncional</p> <p>Familia severamente disfuncional</p>

## 7. CRONOGRAMA

Nº	TIEMPO ACTIVIDADES	JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				OCTUBRE			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Búsqueda y planteamiento del tema de tesis	■	■																																						
2	Aprobación del tema a investigar			■																																					
2	Elaboración de perfil de proyecto				■	■	■																																		
3	Revisión del perfil de proyecto							■	■																																
4	Presentación de perfil para Pertinencia								■	■	■	■																													
5	Solicitud de Director de Tesis									■	■																														
6	Redacción y organización de la información bibliográfica												■	■	■	■																									
7	Elaboración de proyecto																■	■	■	■																					
8	Recopilación información primaria; aplicación encuestas																■	■	■	■																					
9	Sistematización de resultados																				■	■	■	■																	
10	Tabulación y Análisis Estadístico																					■	■	■	■																
11	Análisis y discusión de resultados																						■	■	■	■															
12	Elaboración de conclusiones y recomendaciones																										■	■													
13	Elaboración y Presentación de Documento Borrador de Tesis																																			■	■				



## 8. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO (USD)	COSTO TOTAL (USD)	FUENTES DE AUTOGESTION	FUENTES DE FINANCIAMIENTO
<b>COSTOS DIRECTOS</b>						
Elaboración de perfil proyecto	1	Global	10.00	10.00	Postulante	Recursos propios
Materiales de oficina	1	Resmas de papel, esferos, lápices, borradores, etc.	10,00	50,00	Postulante	Recursos propios
<b>Total costos directos</b>				<b>60.00</b>		
<b>COSTOS INDIRECTOS</b>						
Movilización	20	Transporte	2.00	40,00	Postulante	Recursos propios
Internet	5	Mensual	20,00	80.00	Postulante	Recursos propios
<b>Total costos directos</b>				<b>60.00</b>		
<b>Total costos directos e indirectos</b>				<b>180.00</b>		
<b>Imprevistos (3%)</b>				<b>4.80</b>		
<b>Total</b>				<b>184.80</b>		

## 9. BIBLIOGRAFÍA

- Abad, J. R., Ruiz-juan, F., & Zamarripa, I. (2012). Alcohol y tabaco en adolescentes españoles y mexicanos y su relación con la actividad físico-deportiva y la familia. *Revista Panamericana Salud Publica* 2012, 2003(3), 211–220.
- Alcoholismo en adolescentes. (n.d.).
- ALTARRIBA, F. (2008). Adolescencia y Alcohol guía para el profesorado, 1(2), 1–200.
- Babor, T. F., Higgins-biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2010). Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al consumo de Alcohol. *WHO/MSD/MSB*, 1(6a), 1–40.
- Buxarrais, R., Casals, E., & Molina, C. (n.d.). Adolescencia y Alcohol guía para el profesorado, 1–100.
- Cabrera, D. (2011). *Estudio de correlacion multiple entre bullying, funcionalidad familiar y bajo rendimiento escolar cognitivo en las asignaturas de lenguaje y matematica*. Universidad Central del Ecuador.
- Chapela, Luz Ma. Familia. Cuadernos de población. CONAPO, México, 1999. Pp 41-49(Internet)  
[http://www.conevyt.org.mx/cursos/cursos/un\\_hogar/contenido/revista/2.htm](http://www.conevyt.org.mx/cursos/cursos/un_hogar/contenido/revista/2.htm)
- Concepto, L. A. F., & Evolución, T. Y. (2009). La familia: concepto, tipos y evolución. *Enciclopedia Britanica En Español*, 1–6.
- Camacho A, López A. Las drogas una guerra fallida. Ed. [s.l.]. Tercer mundo; 2000.
- Cornide A. 2008. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes en estudio de dos cortes. En línea. (Internet). España. 14 de diciembre 2011. <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v3n2/03.pdf>



- David, J., & Jiménez, A. (2013). *prevalencia de la disfuncionalidad familiar y factores asociados en pacientes*. universidad de cuenca.
- Deza, C. T., Musayón, Y., Sánchez, E., & Chávez, E. (2005). Factores de riesgo del consumo de bebidas alcohólicas en escolares de educación secundaria, *23*(1), 54–67.
- Díaz, A. (2009). Familia. In Zoe Alonso Díaz (Ed.), (pp. 1–6).
- Epidemiología, I. I. (2008). \*Dr. Adolfo Arevalo; \*Dra. Hilda Arteaga Huanca; \*Dr. Modesto Aguilar; \*Dra. Giovanna Lizondo Rada \*. *Revista de Medicina Familiar*, *5*(8), 71–78.
- Inec. (2012). resumen alcohol. *Inec*, *1*(1), 1.
- Javier, D. C., & Martínez, L. (2011). HÁBITO DE CONSUMO DE ALCOHOL Y.
- Lacosta, C. F., & Lacosta, F. (2009). *EL ALCOHOL EN LOS ADOLESCENTES*.
- López, C., Ángeles, M., & Ros, F. (2001). Psicopatología y consumo de alcohol en adolescentes, *17*, 177–188.
- Louro Bernal, I. (2002). *Manual para la intervencion en la Salud Familiar*. (T. Sanchez Beltran, Ed.) (primera ed). La Habana: Editorial Ciencias Medicas.
- Maigua, R. (2012). *El ambiente social familiar y su influencia en las actitudes hacia el consumo de alcohol en los adolescentes del colegio tecnico 12 de diciembre del Canton Celica*. Universidad Nacional de Loja.
- Martinez, Y. (2012). *el ambiente familiar y el consumo de alcohol en los estudiantes de bachillerato de especialidades en ciencias, fisico-matematica, quimico- biologicas y sociales del instituto tecnologico ocho de noviembre piñas, prov de el oro. periodo 2011 - 2012*. universidad nacional de loja.

- Morales, D. P., & Plazas, E. R. (2006). Influencia de la cultura en los consumidores de bebidas alcohólicas, 1–17.
- National Institute on Drug Abuse. El alcohol 2007. En línea (internet) <http://www.drugabuse.gov/es/informacion-sobre-drogas/el-alcohol>
- Observatorio nacional de drogas, R. (2012). Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años. *Consejo Nacional de Control de Estupefacientes Psicótropicas*, 4(1-17).
- Organizacion Mundial de la Salud, & Organizacion Panamericana de la Salud. (2003). La Familia y Salud. *Consejo Directivo*, 10(CD44), 1–15.
- Ortilla, G., M<sup>a</sup>, P., Aredes, P., B, M., Ascarán, B., M<sup>a</sup>, T., & Obes, B. (2002). Instrumentos de evaluación en alcoholismo, 14(1), 387–403.
- Pascualini, D. D., & Llorens, D. A. (2010). *Salud y Bienestar de Adolescentes y Jovenes: Una Mirada Integral*. (O. P. de la Salud, Ed.) (1 edición). Buenos Aires: Organizacion Panamericana de la Salud.
- Reyes, R., & Pazmiño, J. (2003). *Abordaje de familias ocn alcoholismo y disfuncionalidad familiar en Quito*. Universidad Tecnica del Norte.
- Rivera, A., & Sanchez, S. (2014). *Disfuncionalidad familiar en los adolescentes del ciclo diversificado de la unidad educativa Herlinda Toral*. Universidad Estatal de Cuenca.
- Sarango, S. (2011). “ **CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES MAYORES Y SU RELACION CON LA ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN LA CIUDAD DE LOJA**”. Universidad Nacional de Loja.
- Silva, J. (2010). *La funcionalidad familiar y su relacion con las actitudes y habitos de consumo de alcohol y tabaco de los estudiantes de educacion basica del Colegio Experiemntal Universitario Manuel Cabrera Lozano*. Universidad Nacional de Loja.

- Suarez, M. M., & Tapia, F. M. (2012). *Interaprendizaje de Estadística Básica*. (M. M. Suarez & F. M. Tapia, Eds.) (Primera Ed). Ibarra: Universidad Tecnica del Norte.
- Tabaco, A. Y., & Niños, E. N. L. O. S. (2005). FAMILY AND RISK FACTORS RELATED TO ALCOHOL CONSUMPTION AND SMOKING. *Revista Latio-Am Enfermagem*, 13(numero especial), 813–818.
- Uillamón, C. O. G., Olé, G. U. A. L. S., & Arran, C. O. F. (1999). Traducción y validación del AUDIT. *Adicciones*, 11(4), 337–348.
- Urquizo, A. (2012). *ANÁLISIS DE LA DISFUNCIÓN FAMILIAR Y SU RELACIÓN TOMÁS APÓSTOL RIOBAMBA EN EL PERÍODO AGOSTO – DICIEMBRE DE 2011*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- World Health Organization. (2008). glosario de terminos de alcohol y drogas. *Organizacion Mundial de La Salud*, 1(1), 1–66.
- World Health Organization. (2014). Global status report on alcohol and health 2014. *Organizacion Mundial de La Salud*, (11), 4–392.
- Y EL CONSUMO DE ALCOHOL Jóvenes y alcohol. (n.d.).

## 10. ANEXOS

### ANEXO 1



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

Señor y señorita estudiante: como estudiante y próximo egresado de la carrera de Medicina Humana, me encuentro realizando mi proyecto de investigación y me interesado en el consumo de alcohol y su relación con la disfuncionalidad familiar en adolescentes. Es por eso que de la manera más comedida pido su colaboración y solicito se digne contestar con la mayor veracidad posible las siguientes preguntas.

Los resultados serán manejados confidencialmente por el investigador.

#### 1. Datos informativos

Curso:..... Paralelo: ..... Edad: ..... Sexo: F ( ) M ( )  
¿Trabaja? Si ( ) No ( ) Estado civil: Soltero ( )  
Casado ( )

#### 2. ¿Actualmente con quien vive Ud.?

Padres ( ) Papá ( ) Mamá ( ) Tíos ( ) Abuelos ( ) Otros:  
.....

#### 3. ¿Ingiere alcohol?

Si ( ) No ( )

#### 4. ¿A qué edad empezó consumir alcohol?

Edad: .....

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

## ANEXO 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA



### Test AUDIT

Contesta a todas las preguntas propuestas de la forma más veraz posible, los resultados serán manejados confidencialmente por el investigador.

<p><b>11. ¿Con qué frecuencia consumes bebidas alcohólicas?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nunca</li><li>• Una o menos veces al mes</li><li>• 2 a 4 veces al mes</li><li>• 2 ó 3 veces a la semana</li><li>• 4 o más veces a la semana</li></ul>	<p><b>12. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consumes normalmente cuando bebes?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 1 ó 2</li><li>• 3 ó 4</li><li>• 5 ó 6</li><li>• 7 a 9</li><li>• 10 o más</li></ul>
<p><b>13. ¿Con qué frecuencia te tomas 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nunca</li><li>• Menos de una vez/mes</li><li>• Mensualmente</li><li>• Semanalmente</li></ul>	<p><b>14. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has sido incapaz de parar de beber una vez que habías empezado?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nunca</li><li>• Menos de una vez/mes</li><li>• Mensualmente</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• A diario o casi diario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Semanalmente</li> <li>• A diario o casi a diario</li> </ul>
<p><b>15. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no pudiste atender tus obligaciones porque habías bebido?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca</li> <li>• Menos de una vez/mes</li> <li>• Mensualmente</li> <li>• Semanalmente</li> <li>• A diario o casi a diario</li> </ul>	<p><b>16. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has necesitado beber en ayunas para recuperarte después de haber bebido mucho el día anterior?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca</li> <li>• Menos de una vez/mes</li> <li>• Mensualmente</li> <li>• Semanalmente</li> <li>• A diario o casi a diario</li> </ul>
<p><b>17. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca</li> <li>• Menos de una vez/mes</li> <li>• Mensualmente</li> <li>• Semanalmente</li> <li>• A diario o casi a diario</li> </ul>	<p><b>18. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habías estado bebiendo?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca</li> <li>• Menos de una vez/mes</li> <li>• Mensualmente</li> <li>• Semanalmente</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A diario o casi a diario</li> </ul>
<p><b>19. Tú o alguna otra persona ¿Habéis resultado heridos porque habías bebido?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No</li> <li>• Sí, pero no en el curso del último año</li> <li>• Sí, en el último año</li> </ul>	<p><b>20. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por tu consumo de alcohol, o te han sugerido que dejes de beber?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No</li> <li>• Sí, pero no en el curso del último año</li> <li>• Sí, en el último año</li> </ul>

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

### ANEXO 3



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

### AREA DE LA SALUD HUMANA

### CARRERA DE MEDICINA

#### Test FF-SIL

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia					
En mi casa predomina la armonía					
En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades					
Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
Nos 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 diferente					



	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan					
Se distribuye las tareas de forma que nadie este sobrecargado					
Las costumbre familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
Podemos conversar diversos temas sin temor					
Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
Los intereses u necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**