



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

TÍTULO

**Consumo de alcohol y su relación con la
disfuncionalidad familiar en los estudiantes de la
Carrera de Medicina de la Universidad Nacional
de Loja**

**Tesis previa la obtención del
título de Médico General**

AUTOR: Efren Vinicio Abarca Cabrera

Director: Dr. Álvaro Manuel Quinche Suquilanda, Esp.

LOJA – ECUADOR

2020



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

Dr. Álvaro Manuel Quinche Suquilanda, Esp.

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que la Sr: Efren Vinicio Abarca Cabrera, ha realizado con éxito su tesis con el tema **Consumo de alcohol y su relación con la disfuncionalidad familiar en los estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja**, previo a optar por el grado de Médico General la cual fue desarrollada, corregida y orientada bajo mi dirección, cumpliendo los requerimientos reglamentarios para su aprobación, por lo tanto, autorizo al autor para su presentación, disertación y defensa.

Es cuanto certifico en honor a la verdad.

Loja, 06 de marzo de 2020

Atentamente.

Dr. Alvaro M. Quinche S.
ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA
REG.MSP:1103825830



Dr. Álvaro Manuel Quinche Suquilanda, Esp.

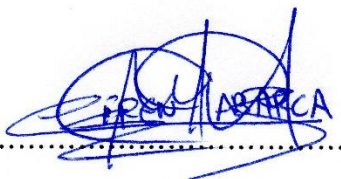
DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA:

Yo, Efrén Vinicio Abarca Cabrera, declaro ser el autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Autor: Efrén Vinicio Abarca Cabrera

Firma:



C.I: 1104874415

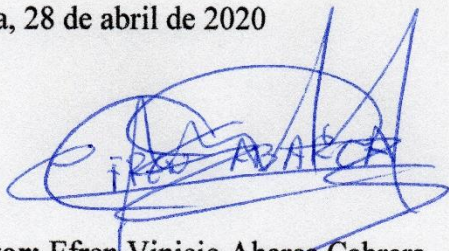
Fecha: 28 de abril de 2020

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

Yo, Efren Vinicio Abarca Cabrera, autor del trabajo de investigación **Consumo de alcohol y su relación con la disfuncionalidad familiar en los estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja**, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de su visibilidad del contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional. Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo de investigación en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad Nacional de Loja.

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

Loja, 28 de abril de 2020



Autor: Efren Vinicio Abarca Cabrera

Cédula de Identidad: 1104874415 **Correo electrónico:** evabarcac@unl.edu.ec

Celular: 0996375530

Datos Complementarios:

Director de Tesis: Dr. Álvaro Manuel Quinche Suquilanda, Esp.

Tribunal de Grado: Dra. Tania Verónica Cabrera Parra, Mg. Sc.

Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán, Mg. Sc.

Dr. Hector Poladirio Velepucha Velepucha, Mg. Sc.

DEDICATORIA

Existen muchas personas que a lo largo de nuestra vida son fundamentales para alcanzar objetivos y metas. En primera instancia se lo dedico a mis padres Juan Abarca Muñoz y a mi madre Sonia Cabrera Toledo, quienes me han brindado su apoyo y cariño durante toda mi vida.

Así mismo quiero dedicar este título a mi hermana Marizol Abarca Cabrera, quien se ha convertido en mi segunda madre, su apoyo ha sido fundamental, y aunque no se encuentre en el país espero verla y tenerla pronto.

Además, quiero dedicar este logro a mi novia y futura esposa Pilar Ludeña Severino, con quien he compartido los buenos y malos momentos durante este sueño para convertirnos en médicos, gracias cariño.

Efren Vinicio Abarca Cabrera

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por su bondad y bendiciones y permitirme alcanzar esta meta planteada.

Agradezco a la Universidad Nacional de Loja, que, con todas las limitantes presentadas, me permitió adquirir conocimientos día a día y así llegar obtener mi título, espero continuar con mi formación académica y en algún momento poder volver a retribuir lo mi querida *Alma Mater* me brindó.

También expreso un agradecimiento especial a los docentes de la Carrera de Medicina quienes me brindaron sus conocimientos, orientación, instrucción y amistad durante estos años de formación; en especial a la Dra. Tania Verónica Cabrera Parra, Mg. Sc. gracias por su amistad y apoyo.

Un agradecimiento especial a la Dra. Cecilia Ruiz, Directora de Bienestar Universitario, quien me brindó todas las facilidades para la realización de este estudio.

Efren Vinicio Abarca Cabrera

ÍNDICE

Carátula	i
Certificación.....	ii
Autoría.....	iii
Carta de Autorización.....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Índice	vii
1. Título.....	1
2. Resumen.....	2
Summary.....	3
3. Introducción	4
4. Revisión de Literatura	
4.1 La Familia	7
4.1.1. Definición	7
4.1.2. La familia como sistema	7
4.1.3. Funciones Familiares	8
4.1.4. Funciones Familiares Básicas.....	8
4.1.5. Clasificación de la familia	10
4.1.5.1. Familia por parentesco	10
4.1.5.2. Familia por presencia física.....	11
4.1.5.3. Familia por medios de subsistencia.....	12
4.1.5.4. Familia por nivel económico.....	12
4.1.5.5. Nuevos tipos de familia	13

4.1.6. Familia Funcional	13
4.1.6.1. Familia funcional.....	13
4.1.6.2. Familia disfuncional	14
4.2 El alcohol.....	15
4.2.1 Farmacocinética.....	15
4.2.2 Farmacodinamia.....	16
4.2.3 Toxicidad e intoxicación	19
4.3 El alcoholismo.....	21
4.3.1 Niveles de consumo de alcohol.....	22
4.3.2 Factores de riesgo de consumo de alcohol.....	23
4.3.3 Efecto del alcohol en la familia.....	23
5. Materiales y métodos	25
6. Resultados	29
7. Discusión	32
8. Conclusiones	35
9. Recomendaciones	36
10. Bibliografía	37
11. Anexos	42

1. Título

Consumo de alcohol y su relación con la disfuncionalidad familiar en los estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja

2. Resumen

El consumo de alcohol es un problema social que muchas veces suele pasar por desapercibido; se relaciona con más de 60 enfermedades, además interfiere en el normal desarrollo de la familia. La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el consumo de alcohol y el disfuncional familiar en los estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja. El tipo de estudio fue descriptivo transversal, con una población de 686 y muestra de 247, se aplicó la encuesta virtual que consiste en el consentimiento informado, Test AUDIT y el Test de APGAR. Se determinó que del total de los estudiantes el 92,7% consumen alcohol; en relación al sexo, el 94,62% de los hombres consumen alcohol frente al 91,56% de las mujeres; respecto al consumo de alcohol y edad tenemos que 143 personas consumen alcohol 1 o menos veces al mes, de ellos el 16,7% son menores de 19 años y el 70,6% tienen de 20 a 24 años; 72 personas consumen de 2 a 3 veces a la semana, de ellos, el 68,05% son de 20 a 24 años y el 18,05% son mayores a 25 años; en lo concerniente a la funcionalidad familiar el 23,89% presenta disfuncionalidad moderada, el 36,44% disfuncionalidad familiar leve; el consumo de alcohol tiene una relación directa con la disfuncionalidad familiar esto se corrobora con un valor de Coeficiente V de Cramer de 0,41 y un valor de 0,66 de R de Pearson. En conclusión, ser bebedor constituye un factor de riesgo para el origen de disfuncionalidad familiar

Palabras clave: AUDIT, APGAR, Medicina, Consumo.

Summary

Alcohol consumption is a social problem that often goes unnoticed; it is related to more than 60 illnesses and interferes with the normal development of the family. The objective of this investigation aimed to determine the relationship between alcohol consumption and family dysfunction. The analyzed units were students of Medicine Major at Universidad Nacional de Loja. Descriptive cross-sectional was the type of study used with a population of 686 and a sample of 247, a virtual survey consisting of informed consent; and AUDIT and APGAR tests were applied. It was determined that 92.7% of the students consume alcohol, the 94.62% men contrasting to the 91.56% women. Regarding to alcohol consumption and age, 143 people consume alcohol one or less times per month, the 16.7% are under 19 years old and the 70.6% are between 20 and 24 years old; 72 people consume 2 to 3 times a week the 68.05% are over 20 to 24 years old and the 18.05% are over the 25 years old ; with regard to family functioning, the 23.89% present moderate dysfunction and the 36.44% mild family dysfunction. Alcohol consumption is directly related to family dysfunction this is corroborated by a Cramer's Coefficient V value of 0.41 and a Pearson's R value of 0.66. In conclusion, being a drinker constitutes a risk factor for the origin of family dysfunction

Key words: AUDIT, APGAR, Medicine, Consumption

3. Introducción

El consumo de alcohol es una práctica extendida en la sociedad ecuatoriana, al ser una droga de acceso fácil, legal y en ciertos casos económica, gran parte de la población empieza a consumir alcohol desde edades muy tempranas, esto trae consigo consecuencias mediatas y a largo plazo.

Debido al consumo nocivo de alcohol, en el año 2016 murieron más de 3 millones de personas en todo el mundo, en su mayoría hombres. Esto representa 1 de cada 20 muertes. Se estima que en el mundo hay 237 millones de hombres y 46 millones de mujeres que padecen trastornos por consumo de alcohol. La mayor prevalencia entre hombres y mujeres se registra en la Región de Europa (14,8% y 3,5%) y la Región de las Américas (11,5% y 5,1%) (Hammer et al., 2018)

En Colombia se realizó un estudio del consumo de alcohol en estudiantes universitarios en el cual se encontró una prevalencia de consumo de alcohol de 97,5%, la mayoría de estudiantes reportan consumir alcohol con su grupo de amigos (76%), seguido de la familia (24,9%). La frecuencia de consumo de alcohol se da principalmente cada mes (25,8%) y cada quince días (18,8%). (Betancourth Zambrano et al., 2017)

En el Ecuador, Según un informe presentado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos del año 2013, revelo que 912,576 personas mayores de 12 años afirmaron consumir alcohol, de ellas el 89.7% son hombres y el 10.3% son mujeres, el 41.8% de las personas que consumen alcohol lo hacen en forma semanal. (Wilma B. Freire, 2006). Las personas entre 19 y 24 años son las que más consumen con 12%, seguidas por las de 25 a 44 años con 1.5%, de 45 a 61 años con 7.4%, los mayores de 65 años con 2.8% y menores de 18 años con un 2.5%. (INEC, 2012)

En lo referente a la clase de alcohol el 79.2% prefieren consumir cerveza, el 61.6% indica que la tienda de barrio es el lugar donde adquieren los licores, la provincia que registra mayor consumo de alcohol es Galápagos con el 12%. (INEC, n.d.)

De los estudiantes universitarios 1 de cada 2 consume mensualmente alcohol, de ellos 6 de cada 10 son hombres y 5 de cada 10 son mujeres. En lo relacionado a la prevalencia anual de consumo de sustancias de los estudiantes universitarios, el 54% escoge el alcohol seguido del cigarrillo con un 28.52%, de estos resultados en la provincia del Azuay los

estudiantes tienen mayor predilección por el alcohol con un 77%, seguida de la provincia de Loja con el 66.07% entre los datos más relevantes. (SETED, 2017)

Un estudio a los Internos rotativos de Medicina de la Universidad Nacional de Loja determino que un 34% de los internos tienen riesgo de presentar trastornos por consumo de alcohol, mientras que el 6% presentan consumo perjudicial de alcohol. (Noblecilla, 2009)

El departamento de Bienestar Universitario de la Universidad Nacional de Loja en el año 2019 realizó un estudio del cual se desprende que el 86% de estudiantes afirman haber consumido algún tipo de sustancia psicoactiva, entre las drogas más consumidas está el alcohol, cigarrillo, cocaína y marihuana; el inicio del consumo se da entre los 11 a 14 años; el 71% de los estudiantes que consumen sustancias psicoactivas refieren estar bien informado de las consecuencias y efectos dañinos que produce la sustancia que consume.

La familia es el núcleo fundamental de una sociedad, donde el individuo interactúa y aporta para un desarrollo armónico de la cotidianidad familiar, factores como la presencia de alcoholismo de uno de sus miembros conlleva a roces internos y ruptura de la armonía familiar. Claro está que el alcohol es solo un factor que produce disfuncionalidad en las familias, existen múltiples factores como el económico, divorcios, ausencia de un progenitor, etc. (Valle, 2016)

Respecto a la funcionalidad familiar a escala nacional no existen estudios amplios que generen estadística fiable, sin embargo, en el 2018 en las comunidades periféricas de Guayaquil, se determinó que el 86,7% presentan alguna alteración de la funcionalidad, este valor es superior al 79% que se observó en nuestro estudio, sin embargo, hay muchas diferencias en la población estudiada: cultura, composición y edades (Viteri et al., 2018)

En la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja no existen estudios previos que determinen el nivel de consumo de alcohol o el grado de disfuncionalidad familiar es por ello la importancia de esta investigación que brindará estadísticas para que las autoridades correspondientes puedan generar planes de mitigación correspondientes, es por ello es pertinente preguntarse ¿El consumo de alcohol es un factor que interviene en la disfuncionalidad familiar?

Los jóvenes universitarios son muy vulnerables hacia el consumo de alcohol por las facilidades de acceso y bajo costo lo que conlleva a graves problemas como la

desintegración familiar, violencia, accidentes de tránsito que provocan muertes y lesiones, enfermedades, embarazos no deseados, fracaso académico, deserción, problemas financieros y laborales que afectan en su desarrollo profesional entre otros. La presente investigación es necesaria debido al incremento del consumo de bebidas alcohólicas en adultos jóvenes, así como por el daño orgánico y familiar que causa este consumo, de esta manera se puede identificar de forma clara y estadística el problema y mediante planes de intervención lograr mitigar este fenómeno social.

El objetivo general del presente estudio fue determinar la frecuencia de consumo de alcohol y su relación con la disfuncionalidad familiar en los estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja. Los objetivos específicos consisten en determinar la frecuencia de consumo de alcohol según edad y sexo; el grado de disfuncionalidad familiar; así como la relación entre el consumo de alcohol y disfuncionalidad familiar los estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja.

4. Revisión de la literatura

4.1. LA FAMILIA

4.1.1. Definición. La OMS (Organización Mundial de la Salud) define familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial".(Cibanal Juan & Martínez Riera, 2014)

El concepto de familia ha tenido un cambio vertiginoso durante los últimos 40 años, estos cambios están determinados por la cultura, creencia religiosa, empoderamiento de derechos, aspectos económicos, etc. Es por ello el concepto de familia varía de acuerdo a su localización geográfica y cultural; de tal manera que autores han llegado a determinar más de 50 tipos de familia, es por ello es factible que incluso cada investigador pueda formarse su propio concepto de familia. (Valdivia Sánchez, 2008)

4.1.2. La familia como sistema. Un sistema se define como un conjunto de elementos ordenados de manera jerárquica e interrelacionados entre sí. La familia es un sistema y el individuo un subsistema, el óptimo funcionamiento depende de que no se altere el funcionamiento de ninguno de sus miembros, ya que esto afecta a todo el sistema, es decir toda la familia.

La teoría general del sistema se basa en varias premisas: pensar que el sistema debe estar en homeostasis, un cambio de uno de sus miembros afecta a todo el sistema, cada uno de los integrantes debe comprender su rol en el sistema, importancia de los componentes y sus interrelaciones y que la el todo es más que la suma de las partes.(Garza & Guitierrez, 2015)

Por lo tanto, la familia tiene ciertas características básicas que apoyan su clasificación como sistema:

- Está compuesta de elementos que interactúan entre sí.
- Las partes integrantes difieren unas de otras.
- Cada uno de sus componentes desempeña una función específica que no es realizada por otro.
- Las partes integrantes interactúan unas con otras de manera adecuada.

- La interacción ordenada de los componentes es el resultado de alguna forma de comunicación y retroalimentación emocional, verbal, conductual o ambas.
- En virtud de esa interacción coordinada de sus partes especializadas un sistema es capaz de desempeñar funciones o alcanzar metas más allá de la capacidad individual de sus partes

4.1.3. Funciones familiares. Son actividades que realizan los integrantes de una familia para cubrir todas y cada una de las necesidades de sus miembros

- Las funciones afectivas. La función afectiva tiene gran importancia y repercusión social, de manera que cuando sus componentes se reflejan de forma positiva en el grupo familiar, es posible ejercer una correcta autoridad sobre los hijos. Se trata de identificar, expresar y comunicar los sentimientos y emociones. Existen una amplia gama de emociones a expresar, la virtud está en saber expresar, mediante lenguaje corporal y verbal, de manera adecuada. Entre más amplia constructiva y satisfactoria sea la gama de emociones, mucho mejor. (Pi Osoria & Cobián Mena, 2009)

- Funciones instrumentales: son todos los aspectos necesarios para cubrir las necesidades básicas para un óptimo convivir:

- Provisión de los recursos económicos.
- Acuerdos sobre el apoyo y crianza de los hijos, sobre todo el especial.
- Desarrollo de habilidades de la vida diaria, (higiene personal y de la vivienda, vestido, alimentación, movilidad, etc.).
- Sistemas de control de conductas (reglas de comportamiento dentro y fuera de la vivienda)
- Gratificación sexual adulta, entre otras.

4.1.4. Funciones familiares básicas. Las funciones familiares que se necesitan para cubrir las necesidades básicas de una familia son:

- a. Función Económica incluyen:
 - Proveer los recursos y enseñar a los hijos el manejo adecuado del dinero.
 - Tener un trabajo adecuado y satisfactorio.
 - Administración y distribución adecuada del presupuesto, y disponer una fracción del mismo para servicios de atención médica, dental, emocional o todas las anteriores.

- b. Función de salud incluyen:
 - Tener una alimentación balanceada y equilibrada, así como incentivar la realización de ejercicio regular.
 - Facilitar un descanso adecuado a las actividades.
 - Acceso y disponibilidad a servicios de atención a la salud.
- c. Función Física: incluyen:
 - Preparación y conservación de los alimentos.
 - Disponibilidad de ropa de acuerdo con la edad, actividades y condiciones climáticas.
 - Disponibilidad de recursos para la higiene, el cuidado personal y de la vivienda.
 - Adecuación de la vivienda a las necesidades de los integrantes de la familia, así como un correcto mantenimiento de la casa.
- d. Función de Recreación:
 - Desarrollar actividades recreativas adecuadas a la edad, interesantes y satisfactorias.
 - Participar en actividades físicas, deportivas o ambas.
 - Compartir actividades intra y extradomiciliarias con la familia.
- e. Función de Socialización:
 - Convivir con los integrantes de la familia y amigos.
 - Tener acceso a la educación formal, actividad laboral, actividades religiosas y de otros grupos sociales.
- f. Función de pertenencia e identidad incluyen:
 - Desarrollar un sentido de orgullo y bienestar de ser quién es.
 - Desarrollar un sentido de orgullo y bienestar de pertenecer a esta familia.
 - Desarrollar un sentido de orgullo y bienestar por la convivencia con sus amigos.
 - Desarrollar un sentido de orgullo y bienestar de sus actividades, de su trabajo, entre otros.
- g. Función de dar y recibir afecto incluyen:
 - Sentirse aceptado y amado; expresando de manera libre sus sentimientos
 - Tener la posibilidad de desarrollar relaciones cercanas (íntimas) satisfactorias.
 - Tener la posibilidad de desarrollar relaciones sexuales satisfactorias.
- h. Función de educación:
 - La educación formal (institucional) a cualquier nivel que los recursos familiares permitan.

- Aprender habilidades para aprender, trabajar y relacionarse con otras personas (Garza & Guitierrez, 2015)

4.1.5. Clasificación de la familia. La familia es un sistema abierto en constante interacción con los entornos y realidades sociales, históricas, económicas y culturales. Por lo tanto, hay una gran variedad conforme cambia su momento histórico. (Valladares, 2008)

Como ya se ha mencionado anteriormente existen múltiples formas de clasificación de la familia sin embargo el estudio de la **tipología familiar implica** hacer e identificar con que elementos está integrada (nuclear, extensa, etc.). Se requiere ubicar el grado de desarrollo alcanzado por la familia dentro de su contexto económico (arcaica, tradicional y moderna), valorar el contexto demográfico de la familia (urbana, suburbana y rural), identificar su comportamiento antropológico (distribución del poder, jerarquía, roles y tipo de liderazgo: familia apartada y familia enredada), y encontrar la calidad y cantidad de sus interacciones en relación con la satisfacción de las necesidades de sus miembros (familia funcional satisfactoria, familia funcional insatisfactoria, familia disfuncional satisfactoria y familia disfuncional insatisfactoria (Membrillo Luna, 2008)

Para lograr un efecto integrador y facilitar la clasificación se realiza la 1º Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud, efectuada en junio 2005. (Familiar, 2005) En dicho consenso se hizo la clasificación con base a cinco ejes fundamentales que son:

4.1.5.1. Familias por parentesco.

CON PARENTESCO	CARACTERISTICAS
Nuclear	Hombre y mujer sin hijos
Nuclear simple	Padre y madre con uno a tres hijos
Nuclear numerosa	Padre y madre con cuatro hijos o más
Reconstruida (binuclear)	Padre y madre, en el que alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de una unión anterior
Monoparental	Padre o madre con hijos

Monoparental extendida	Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco
Monoparental extendida compuesta	Padre o madre con hijos, más otras personas con o sin parentesco
Extensa	Padre y madre con hijos más otras personas con parentesco
Extensa compuesta	Padre y madre con hijos, más otras personas con o sin parentesco
No parental	Familias con vínculos de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (ej. tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etc.)
SIN PARENTESCO	CARACTERÍSTICAS
Monoparental extendida sin parentesco	Padre o madre con hijos, más otra persona sin parentesco
Grupos similares a familias	Personas sin vinculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares

4.1.5.2. Familias por presencia física en el hogar o la convivencia en el mismo

PRESENCIA FISICA EN EL HOGAR	CARACTERISTICAS
Núcleo integrado	Presencia de ambos padres en el hogar
Núcleo no integrado	No hay personas físicas de alguno de los padres
Extensa ascendente	Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres
Extensa descendente	Padre que viven en la casa de alguno de los hijos
Extensa colateral	Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales

4.1.5.3. Los medios de subsistencia. - se han identificado familias que dependen de los recursos que se generan en las áreas: agrícolas y pecuarias, industrial, comercial y servicios.

4.1.5.4. El nivel económico. - el nivel económico incluye en gran medida en el nivel de salud del individuo y su familia, en esta clasificación se toman en cuenta los ingresos económicos y si estos son capaces de cubrir la canasta básica; esta clasificación está sujeta a variaciones por países per se basa en:

<p>Pobreza familiar tipo 1</p>	<p>Ingreso per cápita suficiente para cubrir el valor de la canasta básica</p> <p>Recursos suficientes para: vestido, calzado Vivienda, salud, educación y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.</p> <p>Carencia de recursos para cubrir gastos de conservación de vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo</p>
<p>Pobreza familiar tipo 2</p>	<p>Ingreso per cápita suficiente para cubrir el valor de la canasta básica</p> <p>Carencia de recursos para cubrir: vestido, calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.</p> <p>Carencia de recursos para cubrir gastos de conservación de vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo</p>

Pobreza familiar tipo3	<p>Ingreso per cápita inferior al valor de la canasta básica</p> <p>Carencia de recursos para cubrir: vestido, calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.</p> <p>Carencia de recursos para cubrir gastos de conservación de vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo</p>
------------------------	---

4.1.5.5. Nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por cambios familiares.

TIPO	CARACTERISTICAS
Persona que vive sola	Sin familiar alguno, independientemente de su estado civil o etapa de ciclo evolutivo
Matrimonio o pareja de homosexuales	Parejas del mismo género con convivencia conyugal sin hijos
Matrimonio o parejas de homosexuales con hijos adoptivos	Parejas del mismo género con convivencia conyugal e hijos adoptivos
Familia grupal	Unión matrimonial de varios hombres con varias mujeres, que cohabitan indiscriminadamente y sin restricciones dentro del grupo
Familia comunal	Conjunto de parejas monógamas con sus respectivos hijos, que viven comunitariamente y comparte todo excepto las relaciones sexuales
Poligamia	Incluye poliandria y poliginia

4.1.6. Funcionalidad familiar. El correcto funcionamiento de un sistema familiar requiere que cada individuo miembro de la familia cumpla con sus roles asignados, para

mantener un equilibrio. Si un miembro falla todo el sistema se ve afectado. En el presente estudio buscamos relacionar el consumo de alcohol con la funcionalidad familiar.

4.1.6.1. Familia funcional. - La funcionalidad familiar es la capacidad que tiene el sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los problemas que atraviesa, cada integrante debe cumplir con tareas y deberes específicos. El objetivo de la familia funcional es mantener un estado de equilibrio que los mantenga unidos pese a las crisis que se presenten, creando sistemas de dialogo interno que ayuden a resolver los problemas y así lograr un desarrollo de las potencialidades individuales de cada miembro. En una familia se debe procurar tener roles bien establecidos y que todos trabajen con el propósito de alcanzar bienestar por igual sin ninguna distinción haciéndolo con entusiasmo y amor.

En resumen, la familia funcional debe proveer un desarrollo favorable a la salud de todos sus miembros para lo cual se deben asignar: jerarquías claras, límites claros, roles claros y sobre toda una comunicación fluida, así como un sistema de resolución de conflictos eficaz

4.1.6.2 Familia disfuncional. - La disfuncionalidad familiar se refiere a que dentro del sistema familiar existe la incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales básicas de cada uno de los miembros. Existen diversas corrientes del pensamiento que definen a una familia disfuncional, por ejemplo: “Una familia disfuncional es donde el comportamiento inadecuado o inmaduro de uno de los padres inhibe el crecimiento de la individualidad y la capacidad de relacionarse sanamente los miembros de la familia” o “Una familia disfuncional es donde sus miembros están enfermos emocional, psicológica y espiritualmente”. También se suele definir como familia disfuncional cuando el rol de uno de los padres es asumido por otra persona, por ejemplo, los abuelos, los tíos, un trabajador social, entre otros. (Paladines, 2018)

Las familias forman parte de los sistemas en que se desenvuelve y desarrolla el individuo, por tal motivo, las disfunciones familiares también conforman dichos sistemas, las cuales influyen profundamente en la estructura de la personalidad del individuo y en la estructura de nuestras sociedades. (Paladines, 2018)

En el presente estudio se aplicará el test de APGAR Familiar, el cual nos muestra la percepción de los miembros sobre su funcionamiento familiar.

4.2 El Alcohol

Desde tiempos muy remotos el hombre aprendió a fermentar granos y jugos para obtener una sustancia que le provocaba un estado especial. Este estado varía en las diferentes personas de acuerdo a la cantidad ingerida y de acuerdo a las motivaciones de su injerencia.

Existen reportes escritos del uso de cerveza, vinos y otras bebidas alcohólicas que datan desde 3000 años antes de Cristo. Pero el proceso de destilación aplicado a las bebidas fermentadas se remonta alrededor del año 800 después de Cristo. Este proceso ha permitido la preparación de licores altamente potentes que se consumen actualmente. La influencia del alcohol en la sociedad ha tenido gran peso como factor problemático en la conformación y funcionamiento de la familia, individuo y por ende de la sociedad. La influencia del alcohol se ha visto reflejada en las diferentes esferas de la historia de la sociedad desde tiempos muy remotos

El alcohol, sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia, se ha utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos. El consumo nocivo de alcohol también puede perjudicar a otras personas, por ejemplo, familiares, amigos, compañeros de trabajo y desconocidos. Asimismo, el consumo nocivo de alcohol genera una carga sanitaria, social y económica considerable para el conjunto de la sociedad. (Lloret Irles, 2001)

4.2.1. Farmacocinética. Es el estudio de cómo se procesa una sustancia una vez que ha ingresado al organismo.

Absorción. El alcohol se absorbe en las mucosas de la cavidad oral y el esófago en pequeñas cantidades, en el estómago e intestino grueso en cantidades moderadas y en la porción proximal del intestino delgado constituye el principal lugar de absorción.(Harrison, 2012) El ritmo de absorción depende de varios factores, se acelera proporcionalmente al aumento de la concentración alcohol ingerido, hasta un máximo del 40%, a partir del cual aparece un retardo en el vaciamiento gástrico con la consecuente lentificación de la absorción, efecto que también aparece en la ingestión de alcohol acompañado de alimentos. (Alfonso Velasco, 2014)

Distribución. Una vez absorbido se distribuye por todo el organismo siendo máxima la concentración en tejidos ricos en lípidos, sufre un metabolismo hepático y solo el 2% es eliminado sin biotransformarse por la orina y por los pulmones.

Metabolismo. El etanol se metaboliza por oxidación no microsómica en el citosol y por vía microsómica. La enzima alcohol deshidrogenasa transforma el etanol en acetaldehído y es inhibida por el 4-metilpirazol o fomepizol. La enzima acetaldehído deshidrogenasa transforma el acetaldehído en ácido acético que en forma de acetil CoA entra en el ciclo de Krebs, sirve para la formación de cuerpos cetónicos, síntesis de colesterol y derivados (hormonas corticosuprarrenales y sexuales, vitamina D, ácidos biliares), síntesis de ácidos grasos y reacciones de conjugación de fármacos (N-acetilación de sulfonamidas, isoniacida, ácido p-aminosalicílico, etc.). La acetaldehído deshidrogenasa es inhibida por el disulfiram, el dietilditiocarbamato, la carbimida cálcica citratada, el metronidazol, los nitrofuranos, las sulfonilureas y algunas cefaloesporinas

Excreción. La velocidad de eliminación del etanol es aproximadamente 100 mg/kg/hora en un adulto medio de 70 kilos. Como la mayor parte del etanol absorbido se oxida, la eliminación es pulmonar (50-60%), entero hepática (25-30%), renal (5-7%) y el resto se elimina en pequeñas cantidades en sudor, lágrimas, jugo gástrico, saliva y leche materna. La excreción pulmonar del etanol como mecanismo de eliminación tiene escaso interés. Pero desde el punto de vista analítico y judicial es de gran importancia, pues los métodos de análisis incruento se basan en la determinación del etanol presente en el aire espirado. Se ha calculado que el etanol presente en 2000 ml de aire espirado equivale al que hay en 1 ml de sangre arterial. La cinética de desaparición plasmática del etanol es de orden cero y es de 8 a 12 ml por hora. (Tellez, 2006)

4.2.2. Farmacodinamia. Es la acción y el efecto que tiene una sustancia dentro del organismo. El etanol es un fármaco depresor no selectivo del Sistema Nervioso Central, prácticamente se comporta como un anestésico general inhalatorio, produce el fenómeno de la parálisis descendente de acuerdo con la ley de Hughlings-Jackson, como es una sustancia mucho más hidrosoluble que los anestésicos inhalatorios, el periodo de inducción de la narcosis se prolonga mucho y el periodo quirúrgico propiamente dicho prácticamente coincide con la fase de parálisis respiratoria, por ello el etanol no se ha utilizado como fármaco anestésico. (Duffy, 2015)

El etanol es el fármaco estabilizador de membrana, disolviéndose en un componente lipóideo, inhibe el transporte activo de sodio, potasio, aminoácidos, catecolaminas, etc.; además disminuye la actividad ATP-asa de membrana sodio-potasio dependiente, disminuye la utilización de ATP y el consumo de oxígeno. Al igual que otros depresores no selectivos del Sistema Nervioso Central como barbitúricos y la fenitoína, el etanol potencia los efectos inhibitorios del ácido gamma aminobutírico (GABA) en el Sistema Nervioso Central e inhibe al receptor NMDA de aspartatoglutamato y reduce por lo tanto la actividad glutamatérgica, las interacciones con otros neurotransmisores como serotonina, catecolaminas y péptidos están menos estudiadas.

La Organización Mundial de la Salud en el 2001, propuso los siguientes valores para las bebidas estándar:

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

Efectos del etanol sobre órganos y sistemas.

Sistema nervioso. El etanol produce un fenómeno de inhibición de inhibiciones con euforia, elevación del tono vital, mejoría superficial de la asociación de ideas, disminución del autocontrol y de la autocrítica, reducción de la visión, incoordinación muscular y alteraciones de los reflejos, disminución de la sensación de fatiga.

El etanol produce alteración de la calidad del sueño, alterando etapas del sueño REM y profundo; relaja los músculos de la faringe lo cual puede ocasionar ronquidos y exacerbar el apnea del sueño, además el alcohol produce sueños inquietantes y en ocasiones perturbadores

El uso nocivo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. En general, el 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones es atribuible al consumo de alcohol, calculado en términos de la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad. El consumo de alcohol provoca defunción y discapacidad a una edad

relativamente temprana. En el grupo etario de 20 a 39 años, un 13,5% de las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol. (OMS 2018, n.d.)

Otro efecto muy importante es la alteración del juicio y la coordinación lo que aumenta el riesgo de lesiones y accidentes. En Estados Unidos el 40% de los bebedores ha conducido en estado de embriaguez. En el año 2018 en España el 23 % de los accidentes de tránsito mortales fueron debidos o relacionados con el consumo de alcohol (España, 2018). En el año 2017 en el Ecuador se registraron 6164 percances o accidentes automovilísticos de los cuales 2094 es decir el 7,23 % estuvo implicado el consumo del alcohol (ElTelegrafo, 2018)

El efecto sobre el sistema nervioso es más acentuado en personas con dependencia, las dosis altas crónicas producen neuropatía periférica en el 10% de los pacientes, alrededor del 1% de los pacientes presentan atrofia cerebelosa, síndromes de Wernicke y Korsakoff esto a consecuencia de deficiencia de tiamina.

Trastornos psiquiátricos. Hasta dos tercios de los individuos con dependencia alcohólica se relaciona con una personalidad antisocial preexistente; existe un serio riesgo que el consumo de alcohol conlleve al consumo de otras drogas que presentan más dependencia.

Aparato digestivo. Esófago y estómago: el consumo de alcohol puede dar inflamación del esófago, epigastralgia, hemorragia del tubo digestivo, el alcohol es la causa más frecuente de gastritis hemorrágica. Es frecuente también el desgarro de Mallory- Weiss es decir un desgarro longitudinal en la mucosa de la unión Gastroesofágica esto debido a los vómitos violentos.

Páncreas e hígado. La pancreatitis alcohólica es la 2 causa de inflamación pancreática y se incrementa en casi tres veces más en los alcohólicos. El alcohol altera la gluconeogénesis hepática y propicia el descenso de la cantidad de glucosa que se produce a partir del glucógeno, aumenta la producción de lactato y menor oxidación de los ácidos grasos. En el consumo crónico estos efectos dan como resultado hepatitis, esclerosis perivenular y cirrosis, además de ser más vulnerables a infecciones como la Hepatitis C que complica el cuadro hepático

Cáncer. El consumo de 1.5 bebidas estándar diarias incrementa 1.4 veces el riesgo de padecer cáncer de mama en las mujeres. En el resto de la población incrementa alrededor de 3 veces el riesgo de padecer cáncer de boca esófago y recto

Sistema hematopoyético. El etanol incrementa el volumen corpuscular medio, lo que conlleva a anemia megaloblástica debido a su interacción con las vitaminas del complejo B

Sistema cardiovascular. El etanol disminuye la contractilidad cardiaca y produce vasodilatación periférica lo que resulta en un leve descenso de la presión arterial y un incremento del gasto cardiaco de manera compensatoria. El consumo sostenido de alcohol produce elevación de la presión arterial que se normaliza a las semanas de abstinencia.

Sistema genitourinario y funcionamiento sexual. Si el consumo se inicia en la adolescencia puede afectar a la maduración sexual y a la capacidad reproductiva. A dosis moderadas de 0.006 g/100ml puede incrementar la libido, pero disminuir la capacidad eréctil en los varones. La ingesta de dosis altas en mujeres en edad reproductiva puede dar como resultado amenorrea, disminución del tamaño de los ovarios, la abolición de los cuerpos lúteos con esterilidad concomitante, además del riesgo de aborto espontáneo. En consumidoras crónicas que se embarazan el producto puede presentar el síndrome de alcoholismo fetal que se caracteriza entre muchas cosas, con retraso cognitivo y del desarrollo en general, esto se produce en el 5% de niños con madres consumidoras. (Harrison, 2012)

La progresión en el consumo del alcohol se evidencia en pobre satisfacción sexual de la pareja, rechazo, y la limitada motivación, frecuencia, duración y efectividad del intercambio sexual. (Amaro, 1997)

Otros efectos. Existen efectos a nivel de todo el organismo, sería una lista extensa nombrar todos, sin embargo, resta por acotar que el consumo de alcohol prolongado produce miopatía alcohólica aguda, cambios hormonales relacionados con los altos niveles de cortisol, inhibición creciente de la secreción de vasopresina, alteraciones esqueléticas que dan como resultado predisposición a fracturas y osteonecrosis de la cabeza del fémur. (Astoviza & Socarrás Suárez, 2003)

4.2.3. Toxicidad, intoxicación

Las manifestaciones más importantes de la intoxicación etílica aguda son los cambios conductuales desadaptativos como la desinhibición de impulsos sexuales o agresividad, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y de la actividad social o laboral, lenguaje farfullante, descoordinación, marcha inestable, rubor facial, cambio del estado de ánimo, irritabilidad, locuacidad y disminución de la capacidad de atención. La conducta habitual del sujeto puede acentuarse o alterarse. A veces se asocia una amnesia

de los acontecimientos durante la intoxicación. Factores como la existencia de tolerancia, el tipo y la cantidad de bebida ingerida, la rapidez del consumo, toma simultánea o no de alimentos, circunstancias ambientales, personalidad, consumo de algún medicamento..., influirán de forma notable en las características de la embriaguez. Los casos más graves de intoxicación determinan pérdida de conciencia, coma e incluso, muerte por depresión cardiorrespiratoria. Se considera dosis tóxica en adultos a 5 g/Kg y 3 g/Kg en niños. Aunque los niveles en sangre en no bebedores se correlacionan con los síntomas en bebedores crónicos se requieren niveles más altos para alcanzar estados similares de intoxicación. La intoxicación puede manifestarse de una forma u otra según los niveles sanguíneos de etanol:

- 20-30 mg/dl: se afecta el control fino, el tiempo de reacción y hay deterioro de la facultad crítica y del estado de humor.
- 50-100 mg/dl: hay deterioro leve o moderado de las funciones cognitivas, dificultad para grandes habilidades motoras.
- 150-200 mg/dl: el 50% de las personas pueden estar muy intoxicadas con ataxia y disartria, grave deterioro mental y físico, euforia, combatividad.
- 200-300 mg/dl: náuseas, vómitos, diplopía, alteraciones del estado mental.
- 300 mg/dl: generalmente produce coma, además hipotensión e hipotermia en personas que no beben habitualmente.
- 400-900 mg/dl: rango letal, independientemente de que sea o no un alcohólico crónico.

La depresión vascular se debe a factores vasodepresores centrales y a depresión respiratoria.

La hipotermia está favorecida por la primera fase de vasodilatación cutánea y sensación de calor, con aumento de la pérdida calórica y también pérdida del termostato central de la temperatura. La intoxicación alcohólica junto con las drogas de abuso y los trastornos psiquiátricos son las causas más frecuentes de hipotermia. (Knight, 2007)

En el Ecuador las sanciones y niveles permitidos de alcohol en la sangre son estipulados en el código integral penal:

“Art. 385.- Conducción de vehículo en estado de embriaguez. - La persona que conduzca un vehículo en estado de embriaguez, será sancionada de acuerdo con la siguiente escala:

1. Si el nivel de alcohol por litro de sangre es de 0,3 a 0,8 gramos, se aplicará multa de un salario básico unificado del trabajador en general, pérdida de cinco puntos en su licencia de conducir y cinco días de privación de libertad.
2. Si el nivel de alcohol por litro de sangre es mayor de 0,8 hasta 1,2 gramos, se aplicará multa de dos salarios básicos unificados del trabajador en general, pérdida de diez puntos en su licencia de conducir y quince días de privación de libertad.
3. Si el nivel de alcohol por litro de sangre supera 1,2 gramos, se aplicará multa de tres salarios básicos unificados del trabajador en general, la suspensión de la licencia por sesenta días y treinta días de privación de libertad.

Para las o los conductores de vehículos de transporte público liviano o pesado, comercial o de carga, la tolerancia al consumo de cualquier sustancia estupefaciente, psicotrópica o preparado que las contengan es cero, y un nivel máximo de alcohol de 0,1 gramos por cada litro de sangre. En caso de exceder dicho límite, la sanción para el responsable será, pérdida de treinta puntos en su licencia de conducir y pena privativa de libertad de noventa días. Además, en todos estos casos, como medida preventiva se aprehenderá el vehículo por veinticuatro horas.” (COIP, 2017)

Cabe acotar que la remuneración básica unificada mensual en el Ecuador en el año 2019 es de 394 dólares americanos. (Comercio, 2019)

4.3 El alcoholismo

La OMS en 1976 definió al alcoholismo como “un estado psíquico y habitualmente también físico resultado del consumo de alcohol, caracterizado por una conducta y otras respuestas que siempre incluyen compulsión para ingerir alcohol de manera continuada o periódica, con objeto de experimentar efectos psíquicos o para evitar las molestias producidas por su ausencia” (OMS, 1994)

La definición del alcoholismo se basa principalmente en la dependencia al consumo de la sustancia y mas no a la cantidad; se puede ser alcohólico si se tiene la compulsión

de consumir alcohol en situaciones de estrés o situaciones que disparen esta necesidad. Existe una línea muy delgada entre ser un bebedor ocasional y bebedor dependiente que generalmente el individuo no sabe reconocer y dicha frontera se cruza con suma facilidad.

El consumo de alcohol empieza a edades muy tempranas (entre 12 a 15 años) esto sumado la tolerancia social al consumo, el embriagarse constituye a una forma de liberación emocional. Existen múltiples causas por las cuales las personas inician en el alcoholismo entre ellas el afán de no sufrir marginación social y ser aceptados dentro de su grupo social, constituyéndose para la juventud como un signo de rebeldía. (Anderson & Gual, 2013)

4.3.1. Niveles de consumo de alcohol. El test AUDIT valora y estandariza en tres grupos de consumo de alcohol:

El consumo de riesgo. Es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. Los patrones de consumo de riesgo son importantes para la salud pública a pesar de que el individuo aún no haya experimentado ningún trastorno.

El consumo perjudicial. Se refiere a aquel que conlleva consecuencias para la salud física y mental, aunque algunos también incluyen las consecuencias sociales entre los daños causados por el alcohol.

La dependencia. Es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol. Estos fenómenos típicamente incluyen deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe.

El CIE-10, el Manual de la OMS para la Clasificación de Trastornos Mentales y del Comportamiento, define a la dependencia del alcohol como un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición a otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él. Una característica central que se presenta es el deseo, poderoso y difícil de controlar, de consumir alcohol. El volver a beber después

de un período de abstinencia está a menudo asociado con una rápida reaparición de las características del síndrome (Gonzalez, 2000)

Intoxicación. Puede ser definida como un estado más o menos breve de discapacidad funcional psicológica y motriz inducida por la presencia de alcohol en el cuerpo, aún con un nivel bajo de consumo. Consumo excesivo ocasional consumo de al menos 60g de alcohol.

Síndrome de abstinencia. Básicamente el síndrome de abstinencia son todos los signos y síntomas que se presentan en el individuo posterior al cese brusco de la ingesta de alcohol. En consumidores habituales, se produce tolerancia celular inducida y ante cualquier disminución brusca del consumo y sus niveles sanguíneos se producirán un síndrome de abstinencia por efecto depresor del sistema nervioso central. Clínicamente se caracteriza porque se producen varios de los siguientes signos y síntomas de acuerdo a la intensidad del síndrome: temblor, mareo, agitación, ansiedad, ataques de pánico, alucinaciones visuales y auditivas, confusión, vómito, taquicardia, taquipnea e hipertermia, diarrea, vómito y en casos graves convulsiones. En ocasiones se asocia al segundo o tercer día, con delirium tremens el cual es un cuadro sicótico agudo delirante, que se caracteriza por alteraciones de conciencia, desorientación, alucinaciones terroríficas, asociadas a alteraciones somáticas

4.3.2 Factores de riesgo en el consumo de alcohol. Son múltiples los factores que se han identificado como de riesgo para iniciar y permanecer en el hábito de consumo de alcohol. Los factores incluyen el económico, el cultural, la disponibilidad, la falta de espacios de recreación, la falta de círculos de apoyo, así como la ausencia o escases de políticas públicas orientadas a disminuir el consumo de alcohol.

Desde las instituciones públicas falta la creación de políticas públicas y no solo campañas de prevención, es decir actividades que permanezcan en el tiempo con la suficiente planificación, seguimiento y evaluación del impacto en la sociedad.

4.3.3 Efecto del alcohol en la familia. Son múltiples los efectos que se evidencian en la familia en la cual algún integrante sufre de consumo abusivo de alcohol entre ellas podemos mencionar: descuido de los hijos, pleitos y agresiones entre los miembros, problemas de comunicación, económicos, pérdida de afecto y de sentido de pertenencia al núcleo familiar.

En nuestro objeto de estudio, el alcohol interfiere en todos los procesos de aprendizaje, así como en las responsabilidades que genera los estudios universitarios en una carrera

tan exigente y que requiere un alto nivel de compromiso, además interfiere directamente en la armonía familiar que no van a permitir un ambiente adecuado

5. Materiales y métodos

La presente investigación se llevó a cabo en la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, a los estudiantes legalmente matriculados en el periodo académico octubre 2019 - marzo 2020, en la cual se determina la frecuencia de consumo de alcohol, disfuncionalidad familiar y la relación entre estos dos aspectos.

Enfoque: Enfoque cuantitativo, de nivel analítico, relacional de corte transversal.

Unidad de Estudio: Estudiantes de la Carrera de Medicina matriculados en el periodo académico octubre 2019 marzo 2020.

Universo y Muestra: Está conformado por los estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja. El total de los estudiantes matriculados en el presente periodo académico en la Carrera de Medicina es de 686, utilizando la fórmula estadística para el efecto, con un nivel de confiabilidad del 95% y un margen de error del 5%, dan como resultado una muestra de 247 personas. Para la selección de la muestra se procedió a la rdbdomización aleatoria en el programa Microsoft Excel 2016.

Criterios de inclusión

- Estudiantes que firmen el consentimiento informado.
- Estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja que estén matriculados legalmente en el presente periodo académico.

Criterios de exclusión

- Estudiantes que se encuentran cursando el internado rotativo.
- Estudiantes que manifiesten su negativa a participar en el presente estudio.
- Estudiantes que no firmen el consentimiento informado

Técnicas de investigación. la técnica elegida fue la encuesta electrónica online mediante el uso de “Formularios Google” el cual permite recopilar y organizar todo tipo de información de manera gratuita; mediante el correo institucional se envió: el consentimiento informado, Test de AUDIT y Test de APGAR Familiar.

Instrumento: el presente estudio utiliza como instrumento el consentimiento informado, Test de AUDIT Y Test de APGAR Familiar.

Test AUDIT: (Anexo 2) Alcohol Use Disorders Test, fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, para detectar el consumo de riesgo, perjudicial o intenso. Incluye diez preguntas que cubren los tres dominios del uso de riesgo, uso

perjudicial y dependencia del alcohol. Es un test de fácil aplicación, con preguntas de opción múltiple y cada respuesta tiene una calificación que va de 0 a 4 luego se suma y se tiene una puntuación total. La evaluación original del AUDIT tuvo una sensibilidad del 97% y una especificidad del 78% para el uso de riesgo, y una sensibilidad de 95% y una especificidad del 85% para el uso perjudicial. (Babor et al., 2010)

El test AUDIT presenta tres dominios:

Dominios	Numero de pregunta	Contenido del ítem
Consumo de riesgo de alcohol	1	Frecuencia de consumo
	2	Cantidad típica
	3	Frecuencia de consumo elevado
Síntomas de dependencia	4	Pérdida del control sobre el consumo
	5	Aumento de la relevancia del consumo
	6	Consumo matutino
Consumo perjudicial de alcohol	7	Sentimiento de culpa tras el consumo
	8	Lagunas de memoria
	9	Lesiones relacionadas con el alcohol
	10	Otros se preocupan por el consumo

Puntuación en interpretación del test AUDIT: es fácil de puntuar. Cada una de las preguntas tiene una serie de respuestas a elegir y cada respuesta tiene una escala de puntuación de 0 a 4.

El AUDIT establece zonal o niveles de consumo de alcohol, de acuerdo a la puntuación obtenida:

Zona I o Bebedor social: se refiere al consumo bajo de alcohol o la abstinencia, corresponde a al puntaje de 0 a 7 puntos, se interviene con “Educación sobre el alcohol”.

Zona II o Bebedor en riesgo: se refiere al consumo por encima de las recomendaciones establecidas, corresponde a la puntuación de 8 a 15 puntos, se interviene mediante “Consejo Simple”.

Zona III o Bebedor perjudicial: corresponde a un puntaje entre 16 y 19 puntos, su nivel de intervención es “consejo simple más terapia breve y monitorización continuada”

Zona VI o dependencia alcohólica: corresponde a un puntaje igual o mayor a 20 puntos, su nivel de intervención es “derivación al especialista para una evaluación diagnóstica y tratamiento”

Test APGAR Familiar. (Anexo 3) es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global. (Suarez, 2014)

¿Que evalúa el test del APGAR familiar?

ADAPTACIÓN: es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis.

PARTICIPACIÓN: o cooperación, es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.

GRADIENTE DE RECURSOS: es el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.

AFECTIVIDAD: es la relación de cariño amor que existe entre los miembros de la familia.

RECURSOS O CAPACIDAD RESOLUTIVA: es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir unos ingresos y espacios.

El cuestionario será entregado a cada encuestado para que responda las preguntas planteadas. Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: •0: Nunca •1: Casi nunca •2: Algunas veces •3. Casi siempre •4: Siempre.

Interpretación del puntaje:

- Normal: 17-20 puntos
- Disfunción leve: 16-13 puntos.
- Disfunción moderada: 12-10 p untos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

Procedimiento: En la presente investigación inició con la Aprobación del Tema de Tesis (anexo 4), por cuestiones de tiempo del investigador se procedió a solicitar la Segunda Prórroga en el proceso de titulación la cual fue aprobada (anexo 5), posteriormente se solicitó la Pertinencia del tema de investigación (anexo 6), luego se procedió a solicitar asignación de Director de Tesis (anexo 7). Como parte del proceso de investigación se contó con el apoyo del Departamento de Bienestar Universitario, el cual luego de las comunicaciones escritas pertinentes, se estableció la coordinación necesaria (anexo 8), seguidamente Bienestar Universitario dispuso al Departamento de Comunicación Institucional, se envió la encuesta al correo electrónico institucional de todos los estudiantes de la carrera de Medicina de primero a decimo ciclo (anexo 9), esto en un periodo desde el 11 de diciembre al 31 de diciembre, luego de lo cual se cerró la encuesta y se procedió a generar el reporte digital para la organización de datos, primero en el programa Microsoft Excel 2016 y luego en el programa SPSS versión 26.0 (Statistical Package for the Social Sciences) de esta manera se generó los datos y pruebas estadísticas para cumplir con los objetivos propuestos. A continuación, se procedió a la elaboración del informe final para luego solicitar la aptitud legal y posteriormente sustentar la investigación frente a un tribunal de grado.

Equipo y Materiales: Computador, Hojas e Impresiones, Esferográficos, Internet.

Análisis Estadístico: se utilizaron procesadores de texto y datos como: Microsoft Word versión 2016, Microsoft Excel versión 2016 y SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 26.0, la prueba estadística que se utilizó para establecer la relación entre consumo de alcohol y disfuncionalidad familiar fue: el Coeficiente V de Cramer y la R de Pearson. Los resultados serán presentados en tablas estadísticas con su respectiva descripción, valores, porcentajes seguido de su interpretación.

6. Resultados

Tabla 1

Frecuencia de Consumo de Alcohol en los Estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, Periodo Académico octubre 2019 a marzo 2020

Consumo de Alcohol	Frecuencia	%
Nunca	18	7,29
1 o menos veces al mes	143	57,89
De 2 a 4 veces al mes	72	29,15
De 2 a 3 veces a la semana	13	5,26
4 o más veces a la semana	1	0,40
Total	247	100,00

Fuente: Encuesta online realizada a los estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional de Loja

Autor: Efren Vinicio Abarca Cabrera

Interpretación:

Para dar respuesta al primer objetivo de la investigación, se determinó que, de la muestra total estudiada (247), el 57,8% consume alcohol 1 o menos veces al mes, el 29,1% lo hace de 2 a 4 veces al mes. En resumen, el 92,7% de los estudiantes consumen alcohol frente al 7,29% que no consume.

Tabla 2

Frecuencia de consumo de alcohol por sexo en los estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, periodo académico octubre 2019 a marzo 2020

Consumo de Alcohol	Hombres	%	Mujeres	%
Nunca	5	5,38	13	8,44
1 o menos veces al mes	48	51,61	95	61,69
De 2 a 4 veces al mes	30	32,26	42	27,27
De 2 a 3 veces a la semana	10	10,75	3	1,95
4 o más veces a la semana	0	0,00	1	0,65
Total	93	100	154	100

Fuente: Encuesta online realizada a los estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional de Loja

Autor: Efren Vinicio Abarca Cabrera

Interpretación

En relación al consumo de alcohol por sexo determinamos que del 100% de la muestra (247), 93 son hombres de los cuales el 51,6% consume 1 o menos veces al mes, mientras que el 32,3% consume de 2 a 4 veces al mes; 154 personas de la muestra son mujeres, de las cuales el 61% consumen 1 o menos veces al mes y el 27,2% consumen

de 2 a 4 veces por semana. En resumen, el 94,62% de los hombres consumen alcohol frente al 91,56% de las mujeres

Tabla 3

Frecuencia de consumo de alcohol por edad en los estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, periodo académico octubre 2019 a marzo 2020

Edad →	< 19		20 a 24		> 25		Total
Consumo de Alcohol ↓	años	%	años	%	años	%	
Nunca	7	38,88	10	55,55	1	5,55	18
1 o menos veces al mes	24	16,78	101	70,62	18	12,58	143
De 2 a 4 veces al mes	10	13,88	49	68,05	13	18,05	72
De 2 a 3 veces a la semana	2	15,38	6	46,15	5	38,46	13
4 o más veces a la semana	0	0	1	100	0	0	1
Total	43		167		37		247

Fuente: Encuesta online realizada a los estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional de Loja

Autor: Efren Vinicio Abarca Cabrera

Interpretación

En relación al consumo de alcohol por edad, del total de la muestra (247), 143 consumen alcohol 1 o menos veces al mes, de ellos el 16,7% son menores de 19 años y el 70,6% tienen de 20 a 24 años, mientras que solo el 12,6% son mayores a 25 años; 72 personas consumen de 2 a 3 veces a la semana, de ellos el 13,88% son menores a 19 años, el 68,05% son de 20 a 24 años y el 18,05% son mayores a 25 años.

Tabla 4

Funcionalidad familiar en los estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, periodo académico octubre 2019 a marzo 2020

GRADO DE FUNCIONALIDAD	GENERAL	%
Disfunción severa	19	7,69
Disfunción Moderada	59	23,89
Disfunción Leve	90	36,44
Normal	79	31,98
Total	247	100%

Fuente: Encuesta online realizada a los estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional de Loja

Autor: Efren Vinicio Abarca Cabrera

Interpretación

En la presente tabla, determinamos que de la muestra total del estudio (247), el 7,69% presenta disfuncionalidad severa, el 23,89% presenta disfuncionalidad moderada, el

36,44% presenta disfuncionalidad familiar leve, mientras que el 31,98% no presentan alteración en la funcionalidad familiar; en resumen, el 68 % presenta algún tipo de disfuncionalidad y un 32% no presenta alteraciones en su función familiar

Tabla 5

Relación entre el consumo de alcohol y Disfuncionalidad familiar en los estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, periodo académico octubre 2019 a marzo 2020

Frecuencia de consumo de alcohol	D. severa	%	D. Moderada	%	D. Leve	%	Normal	%	Total	%
Nunca	2	11,1	1	5,5	4	22,2	11	61,1	18	7,2
1 o menos veces al mes	7	4,8	29	20,2	53	37	54	37,7	143	57,8
De 2 a 4 veces al mes	12	16,6	26	36,1	27	37,5	7	9,7	72	29,1
De 2 a 3 veces a la semana	3	23	1	7,6	7	53,8	2	15,3	13	5,2
4 o más veces a la semana	0	0	1	100	0	0	0	0	1	0,4
Total	24		58		91		74		247	100

Fuente: Encuesta online realizada a los estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional de Loja

Autor: Efrén Vinicio Abarca Cabrera

En la presente tabla se demuestra que 143 (57,8%) estudiantes consumen 1 o menos veces al mes, de ellos el 37,7% no presentan alteración en la función familiar, el 37% presentan disfuncionalidad leve, 20,2% presentan disfuncionalidad moderada y el 4,8% presentan disfuncionalidad severa. De las 72 (29,1%) personas que consumen que consumen alcohol de 2 a 4 veces al mes, el 9,7% no presentan alteración en la funcionalidad familiar, 37,5 % presentan disfuncionalidad leve, 36,1 % presentan disfuncionalidad moderada y el 16,6 presentan disfuncionalidad severa.

Valoración por pruebas estadísticas. Se realizó dos pruebas de validación estadística: El Coeficiente V de Cramer de 0,41 y La R de Pearson de 0,66 determinándose una dependencia moderada, entre el consumo de alcohol con la presencia de disfuncionalidad familiar, es decir, el ser bebedor o el tener este estilo de vida habitual constituye un factor de riesgo para el origen de disfuncionalidad familiar.

7. Discusión

Una vez realizado la presente investigación, la cual consistió de 247 individuos de un universo de 686 estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, se determinó que el 92% de estudiantes ha consumido alcohol; de ellos, el 57% consume 1 o menos veces al mes, el 29 % consume de 2 a 4 veces por mes, el 5,26 % consume de 2 a 3 veces por semana y solo el 0,4 % consume 4 o más veces por semana, estos datos se corroboran con los obtenidos en un estudio en la Universidad Luis Amigó de la ciudad de Medellín – Colombia, en donde el 88,6% de sus estudiantes había consumido alcohol, . (Castaño-Perez & Calderon-Vallejo, 2014)

Al cotejar los resultados de esta investigación con los porcentajes que consumo de alcohol que se presentan en la Universidad de San Buenaventura, Bogotá, en este caso el 94% de estudiantes consumen alcohol en alguna medida; de ellos el 52,1% presenta consumo de bajo riesgo, el 38,1% presenta consumo de alto riesgo y el 3,9% tiene posibilidades de experimentar dependencia alcohólica. (Montaño et al., 2011)

Comparando nuestros resultados con datos obtenidos en la Facultad de Farmacia de la Universidad de Barcelona tenemos que el 31% de los estudiantes consumen 1 o menos veces al mes, de ellos la mayor cantidad se encontraba en alumnos del primer año, esto se corrobora con el 57,8 % de personas que consumen de 1 o menos veces al mes que se obtuvieron en nuestro estudio. En esta investigación en la Universidad de Barcelona se agregan otros datos interesantes como que el 42,3% de los docentes consume más de 2 veces por semana, aunque la cantidad ingerida es baja de 1 a 2 consumiciones por ocasión de consumo. (Miquel et al., 2015)

Así mismo al contrastar con un estudio en los adolescentes en el Distrito Federal de la Ciudad de México, determina que el consumo de alcohol fue del 75,6%, de ellos, esta investigación también determinó que pese al consumo su nivel de autoestima no se ve disminuida estadísticamente significativo, sin embargo, la percepción de riesgo personal aumenta exponencialmente.(Valdez, 2005). Este estudio fue realiza en el año 2005, contrastando con un nuevo estudio en la misma población realizado en el año 2013 tenemos que el 90.2% de las personas ingieren bebidas alcohólicas, esto es muy parecido a los resultados obtenidos en la presente investigación que fue del 92,7 %. (Cabrera Jimenez, 2006)

Al realizar un análisis a nivel nacional, la cuarta encuesta nacional sobre el uso de drogas en adolescentes de 12 a 17 años, realizada en el año 2012, manifiestan que el 33,2% consumen bebidas alcohólicas. (CONSEP (Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas), 2013). Estos resultados son similares a los obtenidos en un estudio realizado en el 2017 a adolescentes de los Colegios de la Ciudad de Piñas en donde el 37,1% consume alcohol.(Jaramillo, 2017). Como es evidente el consumo de alcohol empieza a edades muy tempranas y aumenta con los años, hasta superar el 90% evidenciado en esta investigación y otras a nivel internacional. Este fenómeno social están asociados múltiples factores como la disfuncionalidad familiar, localización geográfica, lugares de estudio lejanos al núcleo familiar, desintegración familiar, etc.

En nuestro país el consumo de alcohol a edades tempranas va en aumento, datos estadísticos reflejan que en el año 2000 el consumo de alcohol era del 21,4%, para el año 2006 era del 23.5 % y para el año 2016 es del 59,6%.

Analizando los datos obtenidos en este estudio y comparando con otras investigaciones de nuestro país tenemos que, en el año 2017 en las Facultades de Ciencias de la Salud, Políticas e Ingeniería de la Universidad Nacional de Chimborazo, el 70% consume bebidas alcohólicas, siendo la Facultad de Ingeniería y el sexo masculino los de mayor frecuencia. Además, este estudio revela que la clase social baja presento un nivel de consumo perjudicial, mientras que en la clase social alta se observa alto consumo de riesgo y de dependencia alcohólica, estos datos varían con los encontrados en este estudio en el cual se observa que el nivel de consumo supera el 90%. (Ponce, 2018).

Un estudio un poco más cercano realizado el año 2015 en la Carrera de Enfermería en la Universidad de Cuenca se observa que la frecuencia de consumo es del 70,5 %, de estos el 94% corresponden a bebedores sociales, este estudio tiene una particularidad en la población debido a que el 92% fueron mujeres y el restante fueron hombres. (Mocha & Ramon, 2015)

Respecto a la funcionalidad familiar el presente estudio determinó que las personas que presentan alteración en la funcionalidad familiar son del 68 %, de ellos el 36 % presenta disfuncionalidad familiar leve, el 23% presenta disfuncionalidad moderada y el 7,69 presentan disfuncionalidad familiar severa. En el año 2017 en la ciudad de piñas un estudio en adolescentes determino que del 100 % de estudiantes que consumían alcohol el 72,04% pertenecían a familias disfuncionales. (Jaramillo, 2017)

En el año el 2018 en las comunidades periféricas de Guayaquil, se estudió a 78 familias en las cuales se determina que el 86,7% presentan alguna alteración de la funcionalidad, este valor es superior al 79% que se observó en nuestro estudio, sin embargo, hay muchas diferencias en las poblaciones estudiadas: cultura, composición y edades. (Viteri et al., 2018)

8. Conclusiones

- Se concluyen que respecto al consumo de alcohol general y por sexo más de la mitad de los estudiantes consumen 1 o menos veces al mes, mientras que alrededor de un tercio consume de 2 a 4 veces al menos. Respecto al consumo por edad, la mayoría de estudiantes consumen 1 o menos veces al mes y de ellos su gran mayoría se encuentran en edades de 20 a 24 años.
- Más de la mitad de los estudiantes presentan disfuncionalidad familiar.
- Ser bebedor constituye un factor de riesgo para el origen de disfuncionalidad familiar

9. Recomendaciones.

- A las autoridades universitarias se les recomienda se dedique el tiempo necesario para elaborar planes de mitigación a este fenómeno social; además de promover el no consumo de bebidas alcohólicas en todos los eventos de índole académico o social que se realicen dentro de las instalaciones universitarias.
- A las direcciones de carreras como Psicología Clínica, Psicología Educativa y Trabajo Social deberían generar campañas de socialización y concienciación respecto al consumo de alcohol dentro de la Facultad de Salud Humana.
- A los docentes de la Carrera de Medicina que dediquen parte de tiempo de sus cátedras a la prevención del consumo de alcohol y de otras sustancias estupefacientes.
- A los padres de familia, se recomienda guiar, aconsejar y recomendar el no consumo de bebidas alcohólicas debido a sus efectos en la salud del individuo y de la familia.

10. Referencias Bibliográficas

- Alfonso Velasco, M. (2014). Farmacología y toxicología del alcohol étílico, o etanol. *Anales de La Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*, 51, 241–248. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5361614>
- Amaro, G. (1997). COMPORTAMIENTO SEXUAL DEL PACIENTE ALCOHOLICO Y SU PAREJA. *Revista Española de Drogodependencias*, 2, 135–140.
- Anderson, P., & Gual, L. (2013). Alcohol y atención primaria de la salud. *Organización Panamericana De La Salud*, 274(1), 3–148. <https://doi.org/10.4067/S0718-85602009000300014>
- Astoviza, M. B., & Socarrás Suárez, M. M. (2003). El alcoholismo, consecuencias y prevención. *Revista Cubana de Investigaciones Biomedicas*, 22(1), 25–31.
- Betancourth Zambrano, S., Tacán Bastidas, L. E., & Córdoba Paz, E. G. (2017). Consumo de alcohol en estudiantes universitarios colombianos. *Universidad y Salud*, 19(1), 37. <https://doi.org/10.22267/rus.171901.67>
- Cabrera Jimenez, M. E. al. (2006). Consumo de alcohol y factores de riesgo coadyuvantes en los habitantes de una colonia de Iztapalapa, Distrito Federal, año 2013. *Vertientes*, 16(2), 1–178. www.medigraphic.com/pdfs/vertientes/vre-2013/vre132f.pdf
- Castaño-Perez, G. A., & Calderon-Vallejo, G. A. (2014). Problemas asociados al consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(5), 739–746. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3579.2475>
- Cibanal Juan, L., & Martínez Riera, J. R. (2014). Familia y ciclo vital. *Manual Práctico de Enfermería Comunitaria*, 293–300. <https://doi.org/10.1016/b978-84-9022-433-5.00047-9>
- COIP. (2017). Código Organico Integral Penal. *Registro Oficial Del Ecuador*, 1, 1–267. http://www.pichincha.gob.ec/phocadownload/LOTAIP_Anexos/Lit_A/lit_a2/4_codigo_integral_penal_29_12_17.pdf
- Comercio, E. (2019). *Salario Basico Unificado 2019*. 2019.
- CONSEP (Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas). (2013).

- Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años. Informe de investigación 2012. *Cuarta Encuesta Nacional Sobre Uso de Drogas En Estudiantes de 12 a 17 Años.*, 128. <http://www.prevenciondrogas.gob.ec/wp-content/uploads/2015/08/Cuarta-Encuesta-Nacional-sobre-uso-de-drogas-en-estudiantes-de-12-a-17-años.pdf>
- Duffy, D. N. (2015). Alcohol consumption: Main public health problem of the Americas. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7(2), 371–382. <https://doi.org/10.5872/psiencia/7.2.151>
- ElTelegrafo, D. (2018). *Accidentes de transito en el Ecuador*. 2018.
- España, O. (2018). *Alcohol: accidentes de transito en España*. 2018.
- Familiar, quinto coloqui nacional y tercer internacional de profesores investigadores en medicina. (2005). *Elementos esenciales de la Medicina Familiar, conceptos básicos para el estudio de las Familias. Código de Bioética en Medicina Familiar*. (p. 23).
- Garza, T., & Guitierrez, R. (2015). Trabajo con Familias. Abordaje medico e Integral. In *tercera edicion*.
- Gonzalez, R. (2000). EL ALCOHOLISMO EN LAS ULTIMAS CLASIFICACIONES. CLASIFICACION INTERNACIONAL CIE 10. *Revista Española de Drogodependencias*, 1, 199–208.
- Hammer, J. H., Parent, M. C., Spiker, D. A., & World Health Organization. (2018). Global status report on alcohol and health 2018. In *Global status report on alcohol* (Vol. 65, Issue 1). <https://doi.org/10.1037/cou0000248>
- Harrison. (2012). *Harrison: Principios de Medicina Interna* (18th ed.).
- INEC. (n.d.). *Más de 900 mil ecuatorianos consumen alcohol*. Instituto Nacional de Estadística y Censos. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/mas-de-900-mil-ecuatorianos-consumen-alcohol/>
- INEC. (2012). Encuesta Nacional de ingresos y Gastos de los Hogares Urbanos y Rurales 2011-2012. *Instituto Nacional de Estadística y Censos*, 64, 18–21. <https://doi.org/11425181>

- Jaramillo, J. (2017). *CONSUMO DE ALCOHOL Y SU RELACIÓN CON LA DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS DE LA CIUDAD DE PIÑAS*.
- Knight, J. (2007). Alcohol Intoxication. *Pediatric Clinical Advisor*, 26, 13–14.
<https://doi.org/10.1016/B978-032303506-4.10006-9>
- Lloret Irlés, D. (2001). Alcoholismo: Una visión familiar. *Salud y Drogas*, 1(1), 113–128.
- Membrillo Luna, A. (2008). Familia. Introducción al estudio de sus elementos. In *México*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Miquel, L., Rodamilans, M., Giménez, R., Cambras, T., Canudas, A. M., & Gual, A. (2015). Evaluación del consumo de riesgo de alcohol en estudiantes universitarios de la Facultad de Farmacia. *Adicciones*, 27(3), 190–197.
<https://doi.org/10.20882/adicciones.705>
- Mocha, L., & Ramon, D. (2015). FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, 2014. *Acta Universitatis Agriculturae et Silviculturae Mendelianae Brunensis*, 16(2), 39–55.
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2013.0625>
- Montaño, M. R., Morales Guarín, A., Gómez Millán, M. A., Maldonado, A. V., & Gantiva Díaz, C. A. (2011). Consumo de alcohol en estudiante universitarios. *Psicogente*, 14(25), 27–35.
<http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co:82/rdigital/ojs/index.php/psicogente/article/view/406/403>
- Noblecilla, E. (2009). *RELACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS INTERNOS DE MEDICINA Y SUS RELACIONES INTRAFAMILIARES LOJA*. 1–38.
- OMS. (1994). Glosario de terminos de Alcohol y Drogas. *Organizacion Mundial de La Salud*.
- OMS 2018. (n.d.). *Alcohol: datos y cifras*. 2018.
- Paladines, M. (2018). *DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN NIÑAS Y SU*

INCIDENCIA EN EL RENDIMIENTO ESCOLAR. *Facultad de Psicología de La Universidad de Cuenca.*

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/29987/1/Trabajo de titulaci3n.pdf>

- Pi Osoria, A. M., & Cobi3n Mena, A. (2009). Componentes de la funci3n afectiva familiar: una nueva visi3n de sus dimensiones e interrelaciones. *Medisan*, 13(6), 0–0. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000600016&lang=pt%5Cnhttp://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1029-30192009000600016&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Ponce, C. (2018). *Consumo de alcohol en las facultades de Ciencias de la Salud , Ciencias Pol3ticas e Ingenier3a de la Universidad Nacional de Chimborazo*. 132. <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/6246/1/T2675-MESC-Ponce-Consumo.pdf>
- SETED. (2017). Plan nacional de prevenci3n integral y control del fen3meno socio econ3mico de las drogas 2017-2021. *Plan Estatal de Desarrollo 2017-2021*, 23. http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/5.Dr_. Josu3 VegaPlan Nacional de Drogas 2017-2021.pdf
- Tellez, J. (2006). ALCOHOL ET3LICO: Un t3xico de alto riesgo para la salud humana socialmente aceptado. *Facultad de Medicina de La Universidad Nacional de Colombiac*.
- Valdez, J. (2005). El Consumo de alcohol en estudiantes del distrito federal y su relaci3n con la autoestima y la percepci3n de riesgo. *Universidad Autonoma De Mexico*, 68. http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/tesis/tesis_jessica.pdf
- Valdivia S3nchez, C. (Universidad D. D. (2008). La familia: concepto, cambios y nuevos modelos. *La Revue Du REDIF*, 1, 15–22.
- Valladares, A. (2008). Revista Electr3nica de las Ciencias M3dicas en Cienfuegos. *Medisur*, 6(1), 4–13. <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/402/319>
- Valle, C. (2016). *funcionalidad familiar*.
- Viteri, E., Velis, L., Bajaña, V., & Aroni, E. (2018). Funcionalidad familiar. Un estudio

en las comunidades periféricas de Guayaquil Ecuador. *Espirales Revista Multidisciplinaria de Investigación*, 2(23). <https://doi.org/10.31876/re.v2i23.414>

Wilma B. Freire. (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. *Ensanut*, 1, 47. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

11. Anexos.

Anexo 1:

CONSUMO DE ALCOHOL Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Correo Institucional

*Obligatorio

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Universidad
Nacional
de Loja



CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

UNIDAD DE BIENESTAR UNIVERSITARIO

A. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

“Consumo de alcohol y su relación con la disfuncionalidad familiar en los estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja”

B. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN:

Determinar el nivel de consumo de alcohol y funcionalidad familiar en los estudiantes de la Carrera de Medicina, en el periodo académico septiembre 2019 – febrero 2020

C. ¿QUÉ SE HARÁ?

Al ser estudiante de la carrera de medicina usted deberá responder las preguntas del Test de AUDIT y el Test APGAR Familiar. Su participación es muy importante.

D. RIESGOS:

El presente estudio no conlleva ningún riesgo para el participante.

E. BENEFICIOS:

Tener información veraz respecto al consumo de alcohol y funcionalidad familiar y con ello implementar planes de intervención que logren mitigar este fenómeno social.

1. He leído y he comprendido, toda la información antes brindada, por lo tanto, accedo a participar en el presente estudio de forma libre y voluntaria. *

Sí

2 Ciclo *

- PRIMERO
- SEGUNDO
- TERCERO
- CUARTO
- QUINTO
- SEXTO
- SÉPTIMO
- OCTAVO
- NOVENO
- DECIMO

3. Paralelo *

Marca solo un óvalo.

- A
- B
- C
- D

4. Sexo *

Marca solo un óvalo.

- Mujer
- Hombre

Edad *

Anexo 2:**TEST AUDIT**

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? *

- Nunca (pase a las preguntas 9-10)
- Una o menos veces al mes
- De 2 a 4 veces al mes
- De 2 a 3 veces a la semana
- 4 o más veces a la semana

2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

- 1 o 2
- 3 o 4
- 5 o 6
- 7 a 9
- 10 o mas

3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi diario

4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- B diario o casi diario

5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- C diario o casi diario

6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- D diario o casi diario

7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi diario

8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi diario

9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?

- NO
- Sí, pero no en el curso del último año
- Sí, en el último año

13. 10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber? *.

- NO
- Sí, pero no en el curso del último año
- Sí, en el último año

Anexo 3:**TEST APGAR FAMILIAR**

1. ¿Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad? *

- Nunca
- Casi Nunca
- Algunas Veces
- Casi siempre
- Siempre

2. Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas *

- Nunca
- Casi Nunca
- Algunas Veces
- Casi siempre
- Siempre

3. Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades *

- Nunca
- Casi Nunca
- Algunas Veces
- Casi siempre
- Siempre

4. Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor. *

- Nunca
- Casi Nunca
- Algunas Veces
- Casi siempre
- Siempre

5. Me satisface como compartimos en mi familia el tiempo para estar juntos, los espacios en casa, el dinero *

- Nunca
- Casi Nunca
- Algunas Veces
- Casi siempre
- Siempre

6. ¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda? *

- Nunca
- Casi Nunca
- Algunas Veces
- Casi siempre
- Siempre

7. Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as) *

- Nunca
- Casi Nunca
- Algunas Veces
- Casi siempre
- Siempre

Gracias por su participación

Anexo 4:

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
DIRECCION CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.0508 CCM-FSH-UNL

PARA: Efrén Vinicio Abarca Cabrera
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 9 de Noviembre de 2017

ASUNTO: APROBACIÓN DEL TEMA DE TESIS

En atención a su comunicación presentada en esta Dirección, me permito comunicarle que luego del análisis respectivo **se aprueba** su tema de trabajo de tesis denominado: **“CONSUMO DE ALCOHOL Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA”**, por consiguiente deberá continuar con el desarrollo del mismo.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán.
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA - UNL**
C.c.- Archivo



TereO.

Anexo 5.



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

Trámite: 014712

Oficio N° 2192 - SG-FSH-UNL
Loja, octubre 29 de 2019.

Señor
Efrén Vinicio Abarca Cabrera,
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA.
Presente.-

De mi consideración:

Con un atento saludo me dirijo a usted, con la finalidad de manifestarle lo siguiente:

En cumplimiento al Estatuto Orgánico de la Universidad Nacional de Loja, en lo relacionado a las atribuciones y deberes del Decano, establecido en su Art.45; y, una vez emitido y conocido el Informe Académico de la Carrera de Medicina, mediante Oficio N° 1619-D-FSH-UNL., de fecha 25 de octubre de 2019; que tiene relación con lo solicitado por usted, con fecha 17 de octubre de 2019; al respecto, me permito manifestarme en los siguientes términos.

La Gestora Académica de la Carrera de Medicina, en su parte pertinente señala [...] luego del análisis académico de la petición se determina que el peticionario culminó el Internado en Abril 2019, teniendo el periodo Abril-Septiembre 2019 para presentar su trabajo y al no haber culminado en este periodo se sugiere salvando su más ilustrado criterio, que se le autorice la prórroga dentro del periodo octubre 2019-marzo 2020, de acuerdo a los requisitos de ley correspondientes para que pueda llevar a cabo su trabajo de titulación[...]

La Disposición General tercera del Reglamento de Régimen Académico del CES, que le corresponde, textualmente expresa: "Aquellos estudiantes que no hayan culminado y aprobado la opción de titulación escogida en el periodo académico de culminación de estudios (es decir aquel en el que el estudiante se matriculó en todas las actividades académicas que requiera aprobar para concluir su carrera programada), lo podrán desarrollar en un plazo adicional que no excederá el equivalente a 2 periodos académicos ordinarios, para lo cual deberá solicitar a la autoridad académica pertinente la correspondiente prórroga, el primer periodo adicional no requerirá de pago por concepto de matrícula o arancel, ni valor similar. De hacer uso **del segundo periodo requerirá de pago por concepto de matrícula o arancel.**" (Las negritas son mías).

Consecuentemente, en mi calidad de Decano de la Facultad de Salud Humana, acojo el informe presentado por la señora Gestora Académica de Carrera y autorizo a usted la segunda prórroga correspondiente para la conclusión del trabajo de titulación, debiendo cancelar el valor por pago de matrícula o arancel como lo establece la normativa correspondiente, **(mecanismo de pago en consulta ante el CES por parte de la UNL).**

Particular que comunico para los fines legales consiguientes.

Atentamente,
**EN LOS TESOROS DE LA SABIDURÍA
ESTÁ LA GLORIFICACIÓN DE LA VIDA.**

Dr. Amable Bermeo Flores, Mg. Sc.,
DECANO DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

ABF/pvm

C.c. Expediente estudiantil,
Archivo secretaría general.



Calle Manuel Monteros
tras el Hospital Isidro Ayora · Loja · Ecuador
072 -57 1379 Ext. 102

Anexo 6:



UNL

 Universidad
 Nacional
 de Loja

CARRERA DE MEDICINA

 Facultad
 de la Salud
 Humana

MEMORÁNDUM Nro. 0531 DCM-FSH-UNL

 PARA: Dr. Alvaro Quinche
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

 DE: Md. Mgs. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 28 de Octubre 2019

ASUNTO: **INFORME DE PERTINENCIA**

Por medio del presente me permito enviar a usted el proyecto de investigación: **“CONSUMO DE ALCOHOL Y SU RELACIÓN CON LA DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA”**, autoría del Sr. Efred Vinicio Abarca Cabrera, estudiante de la Carrera de Medicina, a fin de que se sirva emitir la respectiva pertinencia, en cuanto a su coherencia y organización, debiendo recordar que la emisión será remitida la Dirección de la Carrera hasta en ocho días laborables.

En la seguridad de contar con su colaboración, le expreso mi agradecimiento

Atentamente,


 Md. Mgs. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA
 C.c.- Archivo.
 NOT

Anexo 7:



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE MEDICINA

Facultad
de la Salud
Humana**MEMORÁNDUM Nro.0604 CCM-FSH-UN**

PARA: Dr. Álvaro Quinche
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Dra. Yadira Gavilanes
GESTORA ACADÉMICA(E) DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 06 de noviembre 2019

ASUNTO: Designar Director de Tesis

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designado como director(a) de tesis del tema: **"CONSUMO DE ALCOHOL Y SU RELACIÓN CON LA DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA"**, autoría del Sr. Efred Vinicio Abarca Cabrera.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



Dra. Yadira Gavilanes
GESTORA ACADÉMICA(E) DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo.
NOT

Prehubs
08-11-19. 11:20.

Dr. Álvaro Quinche
Carrera de Salud No. 3
Medicina Familiar
110392553-0

Anexo 8:**UNL**Universidad
Nacional
de LojaBienestar
Universitario

Of. Nro. -846-UBU-UNL
Loja, 11 de diciembre de 2019

Señor

Efrén Vinicio Abarca Cabrera

**EGRESADO DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA.**

Ciudad.-

De mi consideración:

En atención a su oficio S/N de 04 de diciembre de 2019, suscrito por usted en el cual me solicita se le permita realizar su proyecto de investigación previo a la obtención del título de Médico General titulado "*Consumo de Alcohol y su relación con la Disfuncionalidad Familiar*" en los estudiantes de la Carrera de Medicina de la UNL, al respecto debo manifestar a usted que la Unidad de Bienestar Universitario, a mi cargo, se encuentra presta a dar las facilidades y apoyo necesario para que realice su proyecto de Investigación antes referido.

Particular que pongo a su conocimiento para los fines administrativos correspondientes.

Atentamente,



Dra. Cecilia Ruiz Toledo Mg. Sc.,

**DIRECTORA DE LA UNIDAD DE BIENESTAR UNIVERSITARIO
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**MYG/CRT
C.c.- Archivo

Anexo 9:

**Te invitamos a llenar la siguiente encuesta sobre
Consumo de alcohol y funcionalidad familiar**

ENCUESTA

Los resultados ayudarán a evaluar y diseñar programas para mejorar y fortalecer la salud de nuestra comunidad universitaria.

***Información confidencial**

¡Gracias por tu colaboración!

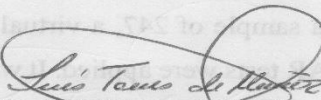
Anexo 10: Certificación de la traducción al idioma ingles del resumen, certificado del titulo de la profesional que realiza la traducción.

2. Summary

Alcohol consumption is a social problem that often goes unnoticed; it is related to more than 60 illnesses and interferes with the normal development of the family. The objective of this investigation aimed to determine the relationship between alcohol consumption and family dysfunction. The analyzed units were students of Medicine Major at Universidad Nacional de Loja. Descriptive cross-sectional was the type of study used with a population of 686 and a sample of 247, a virtual survey consisting of informed consent; and AUDIT and APGAR tests were applied. It was determined that 92.7% of the students consume alcohol, the 94.62% men contrasting to the 91.56% women. Regarding to alcohol consumption and age, 143 people consume alcohol one or less times per month, the 16.7% are under 19 years old and the 70.6% are between 20 and 24 years old; 72 people consume 2 to 3 times a week the 68.05% are over 20 to 24 years old and the 18.05% are over the 25 years old ; with regard to family functioning, the 23.89% present moderate dysfunction and the 36.44% mild family dysfunction. Alcohol consumption is directly related to family dysfunction this is corroborated by a Cramer's Coefficient V value of 0.41 and a Pearson's R value of 0.66. In conclusion, being a drinker constitutes a risk factor for the origin of family dysfunction

Key words: AUDIT, APGAR, Medicine, Consumption

Yo, Inés Torres de Muñoz, con cedula de identidad 1102545850; Directora Académica del Centro "GLOBAL QUALITY ENGLISH". Certifico, que realicé la traducción de este documento.


Mg. Inés Torres de Muñoz.

1102545850





Quito, 27/04/2020

CERTIFICADO DE REGISTRO DE TÍTULO

La Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación, SENESCYT, certifica que TORRES OCHOA INES PATRICIA, con documento de identificación número 1102545850, registra en el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador (SNIESE), la siguiente información:

Nombre: TORRES OCHOA INES PATRICIA
 Número de documento de identificación: 1102545850
 Nacionalidad: Ecuador
 Género: FEMENINO

Título(s) de tercer nivel de grado

Número de registro	1031-02-275282
Institución de origen	UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
Institución que reconoce	
Título	LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA EDUCACION ESPECIALIDAD INGLES
Tipo	Nacional
Fecha de registro	2002-09-30
Observaciones	

Anexo 11:

Proyecto de investigación.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
Facultad De La Salud Humana
Carrera De Medicina Humana

PROYECTO DE TESIS

**“Consumo de alcohol y su relación con la disfuncionalidad familiar en los
estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja”**

DOCENTE RESPONSABLE

Dr. Álvaro Manuel Quinche Suquilanda

ALUMNO

Efren Vinicio Abarca Cabrera

LOJA - ECUADOR

2020

1 Título

Consumo de alcohol y su relación con la disfuncionalidad familiar en los estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja

2. Problemática

El consumo de alcohol es una práctica extendida en la sociedad ecuatoriana, al ser una droga de acceso fácil, legal y en ciertos casos económica, gran parte de la población empieza a consumir alcohol desde edades muy tempranas, esto trae consigo consecuencias mediatas y a largo plazo.

Debido al consumo nocivo de alcohol, en el año 2016 murieron más de 3 millones de personas en todo el mundo, en su mayoría hombres. Esto representa 1 de cada 20 muertes. Se estima que en el mundo hay 237 millones de hombres y 46 millones de mujeres que padecen trastornos por consumo de alcohol. La mayor prevalencia entre hombres y mujeres se registra en la Región de Europa (14,8% y 3,5%) y la Región de las Américas (11,5% y 5,1%) (Hammer et al., 2018)

En Colombia se realizó un estudio del consumo de alcohol en estudiantes universitarios en el cual se encontró una prevalencia de consumo de alcohol de 97,5%, la mayoría de estudiantes reportan consumir alcohol con su grupo de amigos (76%), seguido de la familia (24,9%). La frecuencia de consumo de alcohol se da principalmente cada mes (25,8%) y cada quince días (18,8%). (Betancourth Zambrano et al., 2017)

En el Ecuador Según un informe presentado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos del año 2013, revelo que 912,576 personas mayores de 12 años afirmaron consumir alcohol, de ellas el 89.7% son hombres y el 10.3% son mujeres, el 41.8% de las personas que consumen alcohol lo hacen en forma semanal. (Wilma B. Freire, 2006) Las personas entre 19 y 24 años son las que más consumen con 12%, seguidas por las de 25 a 44 años con 1.5%, de 45 a 61 años con 7.4%, los mayores de 65 años con 2.8% y menores de 18 años con un 2.5%. (INEC, 2012)

En lo referente a la clase de alcohol el 79.2% prefieren consumir cerveza, el 61.6% indica que la tienda de barrio es el lugar donde adquieren los licores, la provincia que registra mayor consumo de alcohol es Galápagos con el 12%. (INEC, n.d.)

De los estudiantes universitarios 1 de cada 2 consume mensualmente alcohol, de ellos 6 de cada 10 son hombres y 5 de cada 10 son mujeres. En lo relacionado a la prevalencia anual de consumo de sustancias de los estudiantes universitarios, el 54% escoge el alcohol seguido del cigarrillo con un 28.52%, de estos resultados en la provincia del Azuay los

estudiantes tienen mayor predilección por el alcohol con un 77%, seguida de la provincia de Loja con el 66.07% entre los datos más relevantes. (SETED, 2017)

Un estudio a los Internos rotativos de Medicina de la Universidad Nacional de Loja determinó que un 34% de los internos tienen riesgo de presentar trastornos por consumo de alcohol, mientras que el 6% presentan consumo perjudicial de alcohol. (Noblecilla, 2009)

El departamento de Bienestar Universitario de la Universidad Nacional de Loja en el año 2019 realizó un estudio del cual se desprende que el 86% de estudiantes afirman haber consumido algún tipo de sustancia psicoactiva, entre las drogas más consumidas está el alcohol, cigarrillo, cocaína y marihuana; el inicio del consumo se da entre los 11 a 14 años; el 71% de los estudiantes que consumen sustancias psicoactivas refieren estar bien informado de las consecuencias y efectos dañinos que produce la sustancia que consume.

Como se puede apreciar en las estadísticas el alcohol es una de las drogas lícitas más consumidas en el Ecuador, su nivel de aceptación social es alto coadyuvando a acrecentar su consumo, no solamente entre personas adultas sino también entre jóvenes y adolescentes, los cuales comienzan a experimentar con esta bebida a edades cada vez más tempranas con o sin la anuencia de sus padres.

Respecto a la funcionalidad familiar a escala nacional no estudios amplios que generen estadística fiable, sin embargo, en el 2018 en las comunidades periféricas de Guayaquil, se estudió a 78 familias en las cuales se determina que el 86,7% presentan alguna alteración de la funcionalidad, este valor es superior al 79% que se observó en nuestro estudio, sin embargo, hay muchas diferencias en la población estudiada: cultura, composición y edades. (Viteri et al., 2018)

Los jóvenes universitarios son muy vulnerables hacia el consumo de alcohol por las facilidades de acceso y bajo costo lo que conlleva a graves problemas como la desintegración familiar, violencia, accidentes de tránsito que provocan muertes y lesiones, enfermedades, embarazos no deseados, fracaso académico, deserción, problemas financieros y laborales que afectan en su desarrollo profesional entre otros.

La familia es el núcleo fundamental de una sociedad, donde el individuo interactúa y aporta para un desarrollo armónico de la cotidianidad familiar, factores como la presencia de alcoholismo de uno de sus miembros conlleva a roces internos y ruptura de la armonía

familiar. Claro está que el alcohol es solo un factor que produce disfuncionalidad en las familias existen múltiples factores como el económico, divorcios, ausencia de un progenitor, etc. (Valle, 2016)

En la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja no se cuenta con estadísticas sobre alcoholismo y como éste se refleja en la funcionalidad familiar, de ahí la importancia de contar con datos actualizados para el desarrollo oportuno de planes de intervención.

La Universidad Nacional de Loja cuenta con carreras como psicología clínica, Psicología Educativa mediante las cuales se puede delinear estrategias orientadas a reducir el consumo de alcohol, así como también mitigar las consecuencias de disfuncionalidad familiar.

3. Justificación

El interés del presente estudio surge a partir de los altos y crecientes índices de alcoholismo en la población en general, especialmente en población joven.

Como es evidente en las estadísticas, el alcohol es una de las drogas lícitas más consumidas en el Ecuador; los jóvenes universitarios son muy vulnerables hacia el consumo de alcohol por las facilidades de acceso y bajo costo, lo cual conlleva a graves problemas de índole social, económico, familiar, etc.

El consumo excesivo de alcohol se vincula a más de 60 enfermedades; por tanto, en todos los puntos de acceso a servicios de salud, sean ambulatorios, hospitalarios o hospitalizados sería posible integrar preguntas sobre el consumo y ofrecer intervenciones breves para los casos de riesgo. (Monteiro, 2013)

Existen diversas consecuencias derivadas del consumo de alcohol, entre aquellas, las que impactan directamente en el ambiente familiar, que es objeto de este estudio.

La familia es el eje fundamental de la sociedad, es de donde se obtienen costumbres y hábitos de vida, es claro que el alcoholismo genera un impacto negativo en la armonía de la familia, generando problemas muy complejos porque despierta una dinámica muy dañina con todos los miembros de la familia, ya que “todos se enferman” unos consumiendo y otros tratando de evitar que consuma. (Ponce Alcocer, 2007)

El objetivo de este estudio es aportar información acerca del consumo excesivo de alcohol y como este consumo excesivo se refleja en la funcionalidad familiar de los estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, de esta manera entregar estadísticas actuales a las autoridades universitarias para que se implementen las medidas adecuadas.

4. Objetivos

4.1. Objetivo General

Determinar el consumo de alcohol y su relación con la disfuncionalidad familiar en los estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja

4.2 Objetivos específicos

1. Determinar la frecuencia de consumo de alcohol según edad y sexo en los estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja.
2. Determinar el grado de disfuncionalidad familiar en los estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja.
3. Establecer la relación entre el alcoholismo y la funcionalidad familiar en los estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja.

5. Marco Teórico

5.1. LA FAMILIA

5.1.1. Definición. La OMS define familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial".(Cibanal Juan & Martínez Riera, 2014)

El concepto de familia ha tenido un cambio vertiginoso durante los últimos 40 años, estos cambios están determinados por la cultura, creencia religiosa, empoderamiento de derechos, aspectos económicos, etc. Es por ello el concepto de familia varía de acuerdo a su localización geográfica y cultural; de tal manera que autores han llegado a determinar más de 50 tipos de familia, es por ello es factible que incluso cada investigador pueda formarse su propio concepto de familia. (Valdivia Sánchez, 2008)

5.1.2. La familia como sistema. Un sistema se define como un conjunto de elementos ordenados de manera jerárquica e interrelacionados entre sí. La familia es un sistema y el individuo un subsistema, el óptimo funcionamiento depende de que no se altere el funcionamiento de ninguno de sus miembros, ya que esto afecta a todo el sistema, es decir toda la familia.

La teoría general del sistema se basa en varias premisas: pensar que el sistema debe estar en homeostasis, un cambio de uno de sus miembros afecta a todo el sistema, cada uno de los integrantes debe comprender su rol en el sistema, importancia de los componentes y sus interrelaciones y que la el todo es más que la suma de las partes.(Garza & Guitierrez, 2015)

Por lo tanto, la familia tiene ciertas características básicas que apoyan su clasificación como sistema

- Está compuesta de elementos que interactúan entre sí.
- Las partes integrantes difieren unas de otras.
- Cada uno de sus componentes desempeña una función específica que no es realizada por otro.
- Las partes integrantes interactúan unas con otras de manera adecuada.

- La interacción ordenada de los componentes es el resultado de alguna forma de comunicación y retroalimentación emocional, verbal, conductual o ambas.
- En virtud de esa interacción coordinada de sus partes especializadas un sistema es capaz de desempeñar funciones o alcanzar metas más allá de la capacidad individual de sus partes

5.1.3. Funciones familiares. Son actividades que realizan los integrantes de una familia para cubrir todas y cada una de las necesidades de sus miembros

- Las funciones afectivas. La función afectiva tiene gran importancia y repercusión social, de manera que cuando sus componentes se reflejan de forma positiva en el grupo familiar, es posible ejercer una correcta autoridad sobre los hijos. Se trata de identificar, expresar y comunicar los sentimientos y emociones. Existen una amplia gama de emociones a expresar, la virtud está en saber expresar, mediante lenguaje corporal y verbal, de manera adecuada. Entre más amplia constructiva y satisfactoria sea la gama de emociones, mucho mejor. (Pi Osoria & Cobián Mena, 2009)

- Funciones instrumentales: son todos los aspectos necesarios para cubrir las necesidades básicas para un óptimo convivir:

- Provisión de los recursos económicos.
- Acuerdos sobre el apoyo y crianza de los hijos, sobre todo el especial.
- Desarrollo de habilidades de la vida diaria, (higiene personal y de la vivienda, vestido, alimentación, movilidad, etc.).
- Sistemas de control de conductas (reglas de comportamiento dentro y fuera de la vivienda)
- Gratificación sexual adulta, entre otras.

5.1.4. Funciones familiares básicas. Las funciones familiares que se necesitan para cubrir las necesidades básicas de una familia son:

- i. Función Económica incluyen:
 - Proveer los recursos y enseñar a los hijos el manejo adecuado del dinero.
 - Tener un trabajo adecuado y satisfactorio.
 - Administración y distribución adecuada del presupuesto, y disponer una fracción del mismo para servicios de atención médica, dental, emocional o todas las anteriores.

- j. Función de salud incluyen:
 - Tener una alimentación balanceada y equilibrada, así como incentivar la realización de ejercicio regular.
 - Facilitar un descanso adecuado a las actividades.
 - Acceso y disponibilidad a servicios de atención a la salud.
- k. Función Física: incluyen:
 - Preparación y conservación de los alimentos.
 - Disponibilidad de ropa de acuerdo con la edad, actividades y condiciones climáticas.
 - Disponibilidad de recursos para la higiene, el cuidado personal y de la vivienda.
 - Adecuación de la vivienda a las necesidades de los integrantes de la familia, así como un correcto mantenimiento de la casa.
- l. Función de Recreación:
 - Desarrollar actividades recreativas adecuadas a la edad, interesantes y satisfactorias.
 - Participar en actividades físicas, deportivas o ambas.
 - Compartir actividades intra y extradomiciliarias con la familia.
- m. Función de Socialización:
 - Convivir con los integrantes de la familia y amigos.
 - Tener acceso a la educación formal, actividad laboral, actividades religiosas y de otros grupos sociales.
- n. Función de pertenencia e identidad incluyen:
 - Desarrollar un sentido de orgullo y bienestar de ser quién es.
 - Desarrollar un sentido de orgullo y bienestar de pertenecer a esta familia.
 - Desarrollar un sentido de orgullo y bienestar por la convivencia con sus amigos.
 - Desarrollar un sentido de orgullo y bienestar de sus actividades, de su trabajo, entre otros.
- o. Función de dar y recibir afecto incluyen:
 - Sentirse aceptado y amado; expresando de manera libre sus sentimientos
 - Tener la posibilidad de desarrollar relaciones cercanas (íntimas) satisfactorias.
 - Tener la posibilidad de desarrollar relaciones sexuales satisfactorias.
- p. Función de educación:
 - La educación formal (institucional) a cualquier nivel que los recursos familiares permitan.

- Aprender habilidades para aprender, trabajar y relacionarse con otras personas (Garza & Guitierrez, 2015)

5.1.5. Clasificación de la familia. La familia es un sistema abierto en constante interacción con los entornos y realidades sociales, históricas, económicas y culturales. Por lo tanto, hay una gran variedad conforme cambia su momento histórico. (Valladares, 2008)

Como ya se ha mencionado anteriormente existen múltiples formas de clasificación de la familia sin embargo el estudio de la **tipología familiar implica** hacer e identificar con que elementos está integrada (nuclear, extensa, etc.). Se requiere ubicar el grado de desarrollo alcanzado por la familia dentro de su contexto económico (arcaica, tradicional y moderna), valorar el contexto demográfico de la familia (urbana, suburbana y rural), identificar su comportamiento antropológico (distribución del poder, jerarquía, roles y tipo de liderazgo: familia apartada y familia enredada), y encontrar la calidad y cantidad de sus interacciones en relación con la satisfacción de las necesidades de sus miembros (familia funcional satisfactoria, familia funcional insatisfactoria, familia disfuncional satisfactoria y familia disfuncional insatisfactoria (Membrillo Luna, 2008)

Para lograr un efecto integrador y facilitar la clasificación se realiza la 1º Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud, efectuada en junio 2005. (Familiar, 2005) En dicho consenso se hizo la clasificación con base a cinco ejes fundamentales que son:

5.1.5.1. Familias por parentesco.

CON PARENTESCO	CARACTERISTICAS
Nuclear	Hombre y mujer sin hijos
Nuclear simple	Padre y madre con uno a tres hijos
Nuclear numerosa	Padre y madre con cuatro hijos o más
Reconstruida (binuclear)	Padre y madre, en el que alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de una unión anterior
Monoparental	Padre o madre con hijos

Monoparental extendida	Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco
Monoparental extendida compuesta	Padre o madre con hijos, más otras personas con o sin parentesco
Extensa	Padre y madre con hijos más otras personas con parentesco
Extensa compuesta	Padre y madre con hijos, más otras personas con o sin parentesco
No parental	Familias con vínculos de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (ej. tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etc.)
SIN PARENTESCO	CARACTERÍSTICAS
Monoparental extendida sin parentesco	Padre o madre con hijos, más otra persona sin parentesco
Grupos similares a familias	Personas sin vinculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares

5.1.5.2. Familias por presencia física en el hogar o la convivencia en el mismo

PRESENCIA FISICA EN EL HOGAR	CARACTERISTICAS
Núcleo integrado	Presencia de ambos padres en el hogar
Núcleo no integrado	No hay personas físicas de alguno de los padres
Extensa ascendente	Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres
Extensa descendente	Padre que viven en la casa de alguno de los hijos
Extensa colateral	Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales

5.1.5.3. Los medios de subsistencia. - se han identificado familias que dependen de los recursos que se generan en las áreas: agrícolas y pecuarias, industrial, comercial y servicios.

5.1.5.4. El nivel económico. - el nivel económico incluye en gran medida en el nivel de salud del individuo y su familia, en esta clasificación se toman en cuenta los ingresos económicos y si estos son capaces de cubrir la canasta básica; esta clasificación está sujeta a variaciones por países per se basa en

<p>Pobreza familiar tipo 1</p>	<p>Ingreso per cápita suficiente para cubrir el valor de la canasta básica</p> <p>Recursos suficientes para: vestido, calzado Vivienda, salud, educación y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.</p> <p>Carencia de recursos para cubrir gastos de conservación de vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo</p>
<p>Pobreza familiar tipo 2</p>	<p>Ingreso per cápita suficiente para cubrir el valor de la canasta básica</p> <p>Carencia de recursos para cubrir: vestido, calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.</p> <p>Carencia de recursos para cubrir gastos de conservación de vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo</p>

Pobreza familiar tipo3	<p>Ingreso per cápita inferior al valor de la canasta básica</p> <p>Carencia de recursos para cubrir: vestido, calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.</p> <p>Carencia de recursos para cubrir gastos de conservación de vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo</p>
------------------------	---

5.1.5.5. Nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por cambios familiares.

TIPO	CARACTERISTICAS
Persona que vive sola	Sin familiar alguno, independientemente de su estado civil o etapa de ciclo evolutivo
Matrimonio o pareja de homosexuales	Parejas del mismo género con convivencia conyugal sin hijos
Matrimonio o parejas de homosexuales con hijos adoptivos	Parejas del mismo género con convivencia conyugal e hijos adoptivos
Familia grupal	Unión matrimonial de varios hombres con varias mujeres, que cohabitan indiscriminadamente y sin restricciones dentro del grupo
Familia comunal	Conjunto de parejas monógamas con sus respectivos hijos, que viven comunitariamente y comparte todo excepto las relaciones sexuales
Poligamia	Incluye poliandria y poliginia

5.1.6. Funcionalidad familiar. El correcto funcionamiento de un sistema familiar requiere que cada individuo miembro de la familia cumpla con sus roles asignados, para mantener un equilibrio. Si un miembro falla todo el sistema se ve afectado. En el presente

estudio buscamos relacionar el consumo de alcohol con la funcionalidad familiar es por ello importante saber que es una familia funcional y disfuncional.

5.1.6.1. Familia funcional. - La funcionalidad familiar es la capacidad que tiene el sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los problemas que atraviesa, cada integrante debe cumplir con tareas y deberes específicos. El objetivo de la familia funcional es mantener un estado de equilibrio que los mantenga unidos pese a las crisis que se presenten, creando sistemas de dialogo interno que ayuden a resolver los problemas y así lograr un desarrollo de las potencialidades individuales de cada miembro. En una familia se debe procurar tener roles bien establecidos y que todos trabajen con el propósito de alcanzar bienestar por igual sin ninguna distinción haciéndolo con entusiasmo y amor.

En resumen, la familia funcional debe proveer un desarrollo favorable a la salud de todos sus miembros para lo cual se deben asignar: jerarquías claras, límites claros, roles claros y sobre toda una comunicación fluida, así como un sistema de resolución de conflictos eficaz

5.1.6.2 Familia disfuncional. - La disfuncionalidad familiar se refiere a que dentro del sistema familiar existe la incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales básicas de cada uno de los miembros. Existen diversas corrientes del pensamiento que definen a una familia disfuncional, por ejemplo: “Una familia disfuncional es donde el comportamiento inadecuado o inmaduro de uno de los padres inhibe el crecimiento de la individualidad y la capacidad de relacionarse sanamente los miembros de la familia” o “Una familia disfuncional es donde sus miembros están enfermos emocional, psicológica y espiritualmente”. También se suele definir como familia disfuncional cuando el rol de uno de los padres es asumido por otra persona, por ejemplo, los abuelos, los tíos, un trabajador social, entre otros. (Paladines, 2018)

Las familias forman parte de los sistemas en que se desenvuelve y desarrolla el individuo, por tal motivo, las disfunciones familiares también conforman dichos sistemas, las cuales influyen profundamente en la estructura de la personalidad del individuo y en la estructura de nuestras sociedades. (Paladines, 2018)

En el presente estudio se aplicará el test de APGAR Familiar, el cual nos muestra la percepción de los miembros sobre su funcionamiento familiar.

6.2 El Alcohol

Desde tiempos muy remotos el hombre aprendió a fermentar granos y jugos para obtener una sustancia que le provocaba un estado especial. Este estado varía en las diferentes personas de acuerdo a la cantidad ingerida y de acuerdo a las motivaciones de su injerencia.

Existen reportes escritos del uso de cerveza, vinos y otras bebidas alcohólicas que datan desde 3000 años antes de Cristo. Pero el proceso de destilación aplicado a las bebidas fermentadas se remonta alrededor del año 800 después de Cristo. Este proceso ha permitido la preparación de licores altamente potentes que se consumen actualmente. La influencia del alcohol en la sociedad ha tenido gran peso como factor problemático en la conformación y funcionamiento de la familia, individuo y por ende de la sociedad. La influencia del alcohol se ha visto reflejada en las diferentes esferas de la historia de la sociedad desde tiempos muy remotos

El alcohol, sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia, se ha utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos. El consumo nocivo de alcohol también puede perjudicar a otras personas, por ejemplo, familiares, amigos, compañeros de trabajo y desconocidos. Asimismo, el consumo nocivo de alcohol genera una carga sanitaria, social y económica considerable para el conjunto de la sociedad. (Lloret Irles, 2001)

6.2.1. Farmacocinética

Absorción. El alcohol se absorbe en las mucosas de la cavidad oral y el esófago en pequeñas cantidades, en el estómago e intestino grueso en cantidades moderadas y en la porción proximal del intestino delgado constituye el principal lugar de absorción.(Harrison, 2012) El ritmo de absorción depende de varios factores, se acelera proporcionalmente al aumento de la concentración alcohol ingerido, hasta un máximo del 40%, a partir del cual aparece un retardo en el vaciamiento gástrico con la consecuente lentificación de la absorción, efecto que también aparece en la ingestión de alcohol acompañado de alimentos. (Alfonso Velasco, 2014)

Distribución. Una vez absorbido se distribuye por todo el organismo siendo máxima la concentración en tejidos ricos en lípidos, sufre un metabolismo hepático y solo el 2% es eliminado sin biotransformarse por la orina y por los pulmones.

Metabolismo. El etanol se metaboliza por oxidación no microsómica en el citosol y por vía microsómica. La enzima alcohol deshidrogenasa transforma el etanol en acetaldehído y es inhibida por el 4-metilpirazol o fomepizol. La enzima acetaldehído deshidrogenasa transforma el acetaldehído en ácido acético que en forma de acetil CoA entra en el ciclo de Krebs, sirve para la formación de cuerpos cetónicos, síntesis de colesterol y derivados (hormonas corticosuprarrenales y sexuales, vitamina D, ácidos biliares), síntesis de ácidos grasos y reacciones de conjugación de fármacos (N-acetilación de sulfonamidas, isoniacida, ácido p-aminosalicílico, etc.). La acetaldehído deshidrogenasa es inhibida por el disulfiram, el dietilditiocarbamato, la carbimida cálcica citratada, el metronidazol, los nitrofuranos, las sulfonilureas y algunas cefaloesporinas

Excreción. La velocidad de eliminación del etanol es aproximadamente 100 mg/kg/hora en un adulto medio de 70 kilos. Como la mayor parte del etanol absorbido se oxida, la eliminación es pulmonar (50-60%), entero hepática (25-30%), renal (5-7%) y el resto se elimina en pequeñas cantidades en sudor, lágrimas, jugo gástrico, saliva y leche materna. La excreción pulmonar del etanol como mecanismo de eliminación tiene escaso interés. Pero desde el punto de vista analítico y judicial es de gran importancia, pues los métodos de análisis incruento se basan en la determinación del etanol presente en el aire espirado. Se ha calculado que el etanol presente en 2000 ml de aire espirado equivale al que hay en 1 ml de sangre arterial. La cinética de desaparición plasmática del etanol es de orden cero y es de 8 a 12 ml por hora. (Tellez, 2006)

6.2.2. Farmacodinamia

El etanol es un fármaco depresor no selectivo del Sistema Nervioso Central, prácticamente se comporta como un anestésico general inhalatorio, produce el fenómeno de la parálisis descendente de acuerdo con la ley de Hughlings-Jackson, como es una sustancia mucho más hidrosoluble que los anestésicos inhalatorios, el periodo de inducción de la narcosis se prolonga mucho y el periodo quirúrgico propiamente dicho prácticamente coincide con la fase de parálisis respiratoria, por ello el etanol no se ha utilizado como fármaco anestésico. (Duffy, 2015)

El etanol es el fármaco estabilizador de membrana, disolviéndose en un componente lipóideo, inhibe el transporte activo de sodio, potasio, aminoácidos, catecolaminas, etc.; además disminuye la actividad ATP-asa de membrana sodio-potasio dependiente, disminuye la utilización de ATP y el consumo de oxígeno. Al igual que otros depresores

no selectivos del Sistema Nervioso Central como barbitúricos y la fenitoína, el etanol potencia los efectos inhibitorios del ácido gamma aminobutírico (GABA) en el Sistema Nervioso Central e inhibe al receptor NMDA de aspartatoglutamato y reduce por lo tanto la actividad glutamatérgica, las interacciones con otros neurotransmisores como serotonina, catecolaminas y péptidos están menos estudiadas.

La Organización Mundial de la Salud en el 2001, propuso los siguientes valores para las bebidas estándar:

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

Efectos del etanol sobre órganos y sistemas.

Sistema nervioso. El etanol produce un fenómeno de inhibición de inhibiciones con euforia, elevación del tono vital, mejoría superficial de la asociación de ideas, disminución del autocontrol y de la autocrítica, reducción de la visión, incoordinación muscular y alteraciones de los reflejos, disminución de la sensación de fatiga.

El etanol produce alteración de la calidad del sueño, alterando etapas del sueño REM y profundo; relaja los músculos de la faringe lo cual puede ocasionar ronquidos y exacerbar el apnea del sueño, además el alcohol produce sueños inquietantes y en ocasiones perturbadores

El uso nocivo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. En general, el 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones es atribuible al consumo de alcohol, calculado en términos de la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad. El consumo de alcohol provoca defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana. En el grupo etario de 20 a 39 años, un 13,5% de las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol. (OMS 2018, n.d.)

Otro efecto muy importante es la alteración del juicio y la coordinación lo que aumenta el riesgo de lesiones y accidentes. En Estados Unidos el 40% de los bebedores ha

conducido en estado de embriaguez. En el año 2018 en España el 23 % de los accidentes de tránsito mortales fueron debidos o relacionados con el consumo de alcohol (España, 2018). En el año 2017 en el Ecuador se registraron 6164 percances o accidentes automovilísticos de los cuales 2094 es decir el 7,23 % estuvo implicado el consumo del alcohol (ElTelegrafo, 2018)

El efecto sobre el sistema nervioso es más acentuado en personas con dependencia, las dosis altas crónicas producen neuropatía periférica en el 10% de los pacientes, alrededor del 1% de los pacientes presentan atrofia cerebelosa, síndromes de Wernicke y Korsakoff esto a consecuencia de deficiencia de tiamina.

Trastornos psiquiátricos. Hasta dos tercios de los individuos con dependencia alcohólica se relaciona con una personalidad antisocial preexistente; existe un serio riesgo que el consumo de alcohol conlleve al consumo de otras drogas que presentan más dependencia.

Aparato digestivo. Esófago y estomago: el consumo de alcohol puede dar inflamación del esófago, epigastralgia, hemorragia del tubo digestivo, el alcohol es la causa más frecuente de gastritis hemorrágica. Es frecuente también el desgarro de Mallory- Weiss es decir un desgarro longitudinal en la mucosa de la unión Gastroesofágica esto debido a los vómitos violentos.

Páncreas e hígado. La pancreatitis alcohólica es la 2 causa de inflamación pancreática y se incrementa en casi tres veces más en los alcohólicos. El alcohol altera la gluconeogénesis hepática y propicia el descenso de la cantidad de glucosa que se produce a partir del glucógeno, aumenta la producción de lactato y menor oxidación de los ácidos grasos. En el consumo crónico estos efectos dan como resultado hepatitis, esclerosis perivenular y cirrosis, además de ser más vulnerables a infecciones como la Hepatitis C que complica el cuadro hepático

Cáncer. El consumo de 1.5 bebidas estándar diarias incrementa 1.4 veces el riesgo de padecer cáncer de mama en las mujeres. En el resto de la población incrementa alrededor de 3 veces el riesgo de padecer cáncer de boca esófago y recto

Sistema hematopoyético. El etanol incrementa el volumen corpuscular medio, lo que conlleva a anemia megaloblástica debido a su interacción con las vitaminas del complejo B

Sistema cardiovascular. El etanol disminuye la contractilidad cardiaca y produce vasodilatación periférica lo que resulta en un leve descenso de la presión arterial y un

incremento del gasto cardiaco de manera compensatoria. El consumo sostenido de alcohol produce elevación de la presión arterial que se normaliza a las semanas de abstinencia.

Sistema genitourinario y funcionamiento sexual. Si el consumo se inicia en la adolescencia puede afectar a la maduración sexual y a la capacidad reproductiva. A dosis moderadas de 0.006 g/100ml puede incrementar la libido, pero disminuir la capacidad eréctil en los varones. La ingesta de dosis altas en mujeres en edad reproductiva puede dar como resultado amenorrea, disminución del tamaño de los ovarios, la abolición de los cuerpos lúteos con esterilidad concomitante, además del riesgo de aborto espontáneo. En consumidoras crónicas que se embarazan el producto puede presentar el síndrome de alcoholismo fetal que se caracteriza entre muchas cosas, con retraso cognitivo y del desarrollo en general, esto se produce en el 5% de niños con madres consumidoras. (Harrison, 2012)

La progresión en el consumo del alcohol se evidencia en pobre satisfacción sexual de la pareja, rechazo, y la limitada motivación, frecuencia, duración y efectividad del intercambio sexual. (Amaro, 1997)

Otros efectos. Existen efectos a nivel de todo el organismo, sería una lista extensa nombrar todos, sin embargo, resta por acotar que el consumo de alcohol prolongado produce miopatía alcohólica aguda, cambios hormonales relacionados con los altos niveles de cortisol, inhibición creciente de la secreción de vasopresina, alteraciones esqueléticas que dan como resultado predisposición a fracturas y osteonecrosis de la cabeza del fémur. (Astoviza & Socarrás Suárez, 2003)

6.2.3. Toxicidad, intoxicación

Las manifestaciones más importantes de la intoxicación etílica aguda son los cambios conductuales desadaptativos como la desinhibición de impulsos sexuales o agresividad, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y de la actividad social o laboral, lenguaje farfullante, descoordinación, marcha inestable, rubor facial, cambio del estado de ánimo, irritabilidad, locuacidad y disminución de la capacidad de atención. La conducta habitual del sujeto puede acentuarse o alterarse. A veces se asocia una amnesia de los acontecimientos durante la intoxicación. Factores como la existencia de tolerancia, el tipo y la cantidad de bebida ingerida, la rapidez del consumo, toma simultánea o no de alimentos, circunstancias ambientales, personalidad, consumo de algún medicamento..., influirán de forma notable en las características de la embriaguez. Los casos más graves de intoxicación determinan pérdida de conciencia, coma e incluso, muerte por depresión

cardiorrespiratoria. Se considera dosis tóxica en adultos a 5 g/Kg y 3 g/Kg en niños. Aunque los niveles en sangre en no bebedores se correlacionan con los síntomas en bebedores crónicos se requieren niveles más altos para alcanzar estados similares de intoxicación. La intoxicación puede manifestarse de una forma u otra según los niveles sanguíneos de etanol:

- 20-30 mg/dl: se afecta el control fino, el tiempo de reacción y hay deterioro de la facultad crítica y del estado de humor.
- 50-100 mg/dl: hay deterioro leve o moderado de las funciones cognitivas, dificultad para grandes habilidades motoras.
- 150-200 mg/dl: el 50% de las personas pueden estar muy intoxicadas con ataxia y disartria, grave deterioro mental y físico, euforia, combatividad.
- 200-300 mg/dl: náuseas, vómitos, diplopía, alteraciones del estado mental.
- 300 mg/dl: generalmente produce coma, además hipotensión e hipotermia en personas que no beben habitualmente.
- 400-900 mg/dl: rango letal, independientemente de que sea o no un alcohólico crónico.

La depresión vascular se debe a factores vasodepresores centrales y a depresión respiratoria.

La hipotermia está favorecida por la primera fase de vasodilatación cutánea y sensación de calor, con aumento de la pérdida calórica y también pérdida del termostato central de la temperatura. La intoxicación alcohólica junto con las drogas de abuso y los trastornos psiquiátricos son las causas más frecuentes de hipotermia. (Knight, 2007)

En el Ecuador las sanciones y niveles permitidos de alcohol en la sangre son estipulados en el código integral penal:

“Art. 385.- Conducción de vehículo en estado de embriaguez. - La persona que conduzca un vehículo en estado de embriaguez, será sancionada de acuerdo con la siguiente escala:

1. Si el nivel de alcohol por litro de sangre es de 0,3 a 0,8 gramos, se aplicará multa de un salario básico unificado del trabajador en general, pérdida de cinco puntos en su licencia de conducir y cinco días de privación de libertad.

2. Si el nivel de alcohol por litro de sangre es mayor de 0,8 hasta 1,2 gramos, se aplicará multa de dos salarios básicos unificados del trabajador en general, pérdida de diez puntos en su licencia de conducir y quince días de privación de libertad.

3. Si el nivel de alcohol por litro de sangre supera 1,2 gramos, se aplicará multa de tres salarios básicos unificados del trabajador en general, la suspensión de la licencia por sesenta días y treinta días de privación de libertad.

Para las o los conductores de vehículos de transporte público liviano o pesado, comercial o de carga, la tolerancia al consumo de cualquier sustancia estupefaciente, psicotrópica o preparado que las contengan es cero, y un nivel máximo de alcohol de 0,1 gramos por cada litro de sangre. En caso de exceder dicho límite, la sanción para el responsable será, pérdida de treinta puntos en su licencia de conducir y pena privativa de libertad de noventa días. Además, en todos estos casos, como medida preventiva se aprehenderá el vehículo por veinticuatro horas.” (COIP, 2017)

Cabe acotar que la remuneración básica unificada mensual en el Ecuador en el año 2019 es de 394 dólares americanos. (Comercio, 2019)

6.3 EL ALCOHOLISMO

La OMS (Organización Mundial de la Salud) en 1976 definió al alcoholismo como “un estado psíquico y habitualmente también físico resultado del consumo de alcohol, caracterizado por una conducta y otras respuestas que siempre incluyen *compulsión* para ingerir alcohol de manera continuada o periódica, con objeto de experimentar efectos psíquicos o para evitar las molestias producidas por su ausencia” (OMS, 1994)

La definición del alcoholismo se basa principalmente en la dependencia al consumo de la sustancia y mas no a la cantidad; se puede ser alcohólico si se tiene la compulsión de consumir alcohol en situaciones de estrés o situaciones que disparen esta necesidad. Existe una línea muy delgada entre ser un bebedor ocasional y bebedor dependiente que generalmente el individuo no sabe reconocer y dicha frontera se cruza con suma facilidad.

El consumo de alcohol empieza a edades muy tempranas (entre 12 a 15 años) esto sumado la tolerancia social al consumo, el embriagarse constituye a una forma de liberación emocional. Existen múltiples causas por las cuales las personas inician en el alcoholismo entre ellas el afán de no sufrir marginación social y ser aceptados dentro de

su grupo social, constituyéndose para la juventud como un signo de rebeldía. (Anderson & Gual, 2013)

6.3.1. Niveles de consumo de alcohol

El consumo de riesgo. Es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. Los patrones de consumo de riesgo son importantes para la salud pública a pesar de que el individuo aún no haya experimentado ningún trastorno.

El consumo perjudicial. Se refiere a aquel que conlleva consecuencias para la salud física y mental, aunque algunos también incluyen las consecuencias sociales entre los daños causados por el alcohol.

La dependencia. Es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol. Estos fenómenos típicamente incluyen deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe.

El CIE-10, el Manual de la OMS para la Clasificación de Trastornos Mentales y del Comportamiento, define a la dependencia del alcohol como un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición a otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él. Una característica central que se presenta es el deseo, poderoso y difícil de controlar, de consumir alcohol. El volver a beber después de un período de abstinencia está a menudo asociado con una rápida reaparición de las características del síndrome (Gonzalez, 2000)

Tabla 2.1. Criterios CIE-10 para dependencia del alcohol

1. Evidencias de tolerancia a los efectos del alcohol, de modo que se requiere un marcado aumento progresivo de la dosis de alcohol para lograr la embriaguez o efecto deseado, o un efecto marcadamente disminuido al seguir usando la misma cantidad de alcohol.
2. Estado fisiológico de abstinencia, cuando el consumo de alcohol se reduce o suspende, lo que se evidencia por un característico síndrome de abstinencia de la sustancia, de manera que se recurre al consumo de la misma, o de una similar, con la intención de aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.
3. Persistencia en el consumo de alcohol, a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, según lo evidencia el uso continuado de alcohol, aun cuando la persona es consciente –o cabría esperar que lo fuera– de la naturaleza y magnitud del daño.
4. Preocupación por el uso de alcohol, manifestado por: abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones a causa del consumo de alcohol; aumento de la cantidad de tiempo que la persona pasa tratando de obtener alcohol, consumirlo y recuperarse de sus efectos.
5. Disminución de la capacidad para controlar el uso de alcohol, ya sea al iniciar el consumo o para dejar de seguir bebiendo o para regular la cantidad; siendo prueba de ello que el consumo de alcohol aumenta en tiempo y cantidad, fracasando así los esfuerzos y deseos de reducir o controlar su consumo.
6. Deseo intenso y compulsivo de consumir alcohol.

Intoxicación. Puede ser definida como un estado más o menos breve de discapacidad funcional psicológica y motriz inducida por la presencia de alcohol en el cuerpo, aún con un nivel bajo de consumo. Consumo excesivo ocasional consumo de al menos 60g de alcohol.

Síndrome de abstinencia. Básicamente el síndrome de abstinencia son todos los signos y síntomas que se presentan en el individuo posterior al cese brusco de la ingesta de alcohol. En consumidores habituales, se produce tolerancia celular inducida y ante cualquier disminución brusca del consumo y sus niveles sanguíneos se producirán un síndrome de abstinencia por efecto depresor del sistema nervioso central. Clínicamente se caracteriza porque se producen varios de los siguientes signos y síntomas de acuerdo a la intensidad del síndrome: temblor, mareo, agitación, ansiedad, ataques de pánico, alucinaciones visuales y auditivas, confusión, vómito, taquicardia, taquipnea e hipertermia, diarrea, vómito y en casos graves convulsiones. En ocasiones se asocia al segundo o tercer día, con delirium tremens el cual es un cuadro sicótico agudo delirante, que se caracteriza por alteraciones de conciencia, desorientación, alucinaciones terroríficas, asociadas a alteraciones somáticas

6.3.2 Factores de riesgo en el consumo de alcohol

Son múltiples los factores que se han identificado como de riesgo para iniciar y permanecer en el hábito de consumo de alcohol. Los factores incluyen el económico, el cultural, la disponibilidad, la falta de espacios de recreación, la falta de círculos de apoyo, así como la ausencia o escases de políticas públicas orientadas a disminuir el consumo de alcohol.

Desde las instituciones públicas falta la creación de políticas públicas y no solo campañas de prevención, es decir actividades que permanezcan en el tiempo con la suficiente planificación, seguimiento y evaluación del impacto en la sociedad.

6.3.3 Efecto del alcohol en la familia

Son múltiples los efectos que se evidencian en la familia en la cual algún integrante sufre de consumo abusivo de alcohol entre ellas podemos mencionar: descuido de los hijos, pleitos y agresiones entre los miembros, problemas de comunicación, económicos, pérdida de afecto y de sentido de pertenencia al núcleo familiar.

En nuestro objeto de estudio, el alcohol interfiere en todos los procesos de aprendizaje, así como en las responsabilidades que genera los estudios universitarios en una carrera

tan exigente y que requiere un alto nivel de compromiso, además interfiere directamente en la armonía familiar que no van a permitir un ambiente adecuado

6. METODOLOGÍA

6.1 Tipo de estudio y diseño de estudio

El presente estudio es de enfoque cuantitativo, de nivel analítico, relacional de corte transversal.

6.2 Área de estudio

La presente investigación se realizará en la carrera de Medicina de la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, en periodo de septiembre 2019 a marzo 2020

6.3 Universo

Está conformado por los estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja.

6.4 Muestra

El total de los estudiantes matriculados en el presente periodo académico en la Carrera de Medicina es de 686 utilizando la fórmula estadística, con un nivel de confiabilidad del 95%, un margen de error del 5%, dan como resultado una muestra de 247 personas.

6.5 Criterios de inclusión.

- Estudiantes que firmen el consentimiento informado.
- Estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja que estén matriculados legalmente en el presente periodo académico.

6.6 Criterios de exclusión.

- Estudiantes que se encuentran cursando el internado rotativo.
- Estudiantes que manifiesten su negativa a participar en el presente estudio.
- Estudiantes que no firmen el consentimiento informado

6.7. Métodos, instrumentos y Procedimiento

6.7.1 Métodos. La presente investigación se llevará a cabo en la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, mediante la aplicación de encuesta online utilizando el test AUDIT y el Test APGAR Familiar

6.7.2 Instrumentos.

Conscientes de que tanto el problema del consumo de alcohol como la disfuncionalidad familiar afecta de forma directa a la comunidad universitaria, se solicitará el apoyo del Departamento de Bienestar Universitario. Utilizando los “Formularios Google” se procederá a elaborar la encuesta y enviar a los correos electrónicos institucionales de los estudiantes de 1 a 10 ciclo de la carrera de Medicina.

Instrumentos:

Test AUDIT. (Anexo 2) Fue desarrollado para detectar el consumo de riesgo, perjudicial o intenso. Incluye diez preguntas que cubren los tres dominios del uso de riesgo, uso perjudicial y dependencia del alcohol. Es un test de fácil aplicación, con preguntas de opción múltiple y cada respuesta tiene una calificación que va de 0 a 4 luego se suma y se tiene una puntuación total. La evaluación original del AUDIT tuvo una sensibilidad del 97% y una especificidad del 78% para el uso de riesgo, y una sensibilidad de 95% y una especificidad del 85% para el uso perjudicial. (Babor et al., 2010)

El test AUDIT presenta tres dominios:

Dominios	Numero de pregunta	Contenido del ítem
Consumo de riesgo de alcohol	1	Frecuencia de consumo
	2	Cantidad típica
	3	Frecuencia de consumo elevado
Síntomas de dependencia	4	Pérdida del control sobre el consumo
	5	Aumento de la relevancia del consumo
	6	Consumo matutino
Consumo perjudicial de alcohol	7	Sentimiento de culpa tras el consumo
	8	Lagunas de memoria
	9	Lesiones relacionadas con el alcohol
	10	Otros se preocupan por el consumo

Puntuación en interpretación del test AUDIT: es fácil de puntuar. Cada una de las preguntas tiene una serie de respuestas a elegir y cada respuesta tiene una escala de puntuación de 0 a 4.

El AUDIT establece zonal o niveles de consumo de alcohol, de acuerdo a la puntuación obtenida:

Zona I o Bebedor social: se refiere al consumo bajo de alcohol o la abstinencia, corresponde a al puntaje de 0 a 7 puntos, se interviene con “Educación sobre el alcohol”.

Zona II o Bebedor en riesgo: se refiere al consumo por encima de las recomendaciones establecidas, corresponde a la puntuación de 8 a 15 puntos, se interviene mediante “Consejo Simple”.

Zona III o Bebedor perjudicial: corresponde a un puntaje entre 16 y 19 puntos, su nivel de intervención es “consejo simple más terapia breve y monitorización continuada”

Zona VI o dependencia alcohólica: corresponde a un puntaje igual o mayor a 20 puntos, su nivel de intervención es “derivación al especialista para una evaluación diagnóstica y tratamiento”

Test APGAR familiar. (Anexo 3) es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global. (Suarez, 2014)

¿Que evalúa el test del APGAR familiar?

ADAPTACIÓN: es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis.

PARTICIPACIÓN: o cooperación, es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.

GRADIENTE DE RECURSOS: es el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.

AFECTIVIDAD: es la relación de cariño amor que existe entre los miembros de la familia.

RECURSOS O CAPACIDAD RESOLUTIVA: es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir unos ingresos y espacios. (27)

El cuestionario será entregado a cada encuestado para que responda las preguntas planteadas. Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: •0: Nunca •1: Casi nunca •2: Algunas veces •3. Casi siempre •4: Siempre.

Interpretación del puntaje:

- Normal: 17-20 puntos
- Disfunción leve: 16-13 puntos.
- Disfunción moderada: 12-10 p untos
- Disfunción severa: menor o igual a 9

6.8 Recursos

6.8.1 Humanos.

- Investigador: Efren Vinicio Abarca Cabrera
- Estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja
- Director de Tesis: Dr. Álvaro Quinche

6.8.2 Materiales.

- Computadora
- Hojas e Impresiones
- Internet

7. Presupuesto

CONCEPTO	CANTIDAD	COSTO UNITARIO (USD)	COSTO TOTAL (USD)
VIAJES TÉCNICOS			
Transporte	30	1.50	45.00
MATERIALES Y SUMINISTROS			
Materiales de oficina			
Hojas papel	500	0.01	5.00
Esferos: rojo, azul y negro	3	0.50	1.50
RECURSOS BIBLIOGRÁFICOS Y SOFTWARE			
Software	1	50	50.00
Libros	2	65	130.00
EQUIPOS			
Computadora	1	600	600.00
Impresora	1	500	200.00
SUBCONTRATOS Y SERVICIOS VARIOS			
Asesoría especializada	20	10	200.00
Total			<u>\$ 1231.5</u>

8. Bibliografía

- Alfonso Velasco, M. (2014). Farmacología y toxicología del alcohol etílico, o etanol. *Anales de La Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*, 51, 241–248.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5361614>
- Amaro, G. (1997). COMPORTAMIENTO SEXUAL DEL PACIENTE ALCOHOLICO Y SU PAREJA. *Revista Española de Drogodependencias*, 2, 135–140.
- Anderson, P., & Gual, L. (2013). Alcohol y atención primaria de la salud. *Organización Panamericana De La Salud*, 274(1), 3–148. <https://doi.org/10.4067/S0718-85602009000300014>
- Astoviza, M. B., & Socarrás Suárez, M. M. (2003). El alcoholismo, consecuencias y prevención. *Revista Cubana de Investigaciones Biomedicas*, 22(1), 25–31.
- Babor, T. F., Saunders, J. C. H.-B. J. B., & Monteiro, M. G. (2010). Cuestionario de Identificación Cuestionario de Identificación. *OMS DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS*.
- Betancourth Zambrano, S., Tacán Bastidas, L. E., & Córdoba Paz, E. G. (2017). Consumo de alcohol en estudiantes universitarios colombianos. *Universidad y Salud*, 19(1), 37. <https://doi.org/10.22267/rus.171901.67>
- Cibanal Juan, L., & Martínez Riera, J. R. (2014). Familia y ciclo vital. *Manual Práctico de Enfermería Comunitaria*, 293–300. <https://doi.org/10.1016/b978-84-9022-433-5.00047-9>
- COIP. (2017). Código Orgánico Integral Penal. *Registro Oficial Del Ecuador*, 1, 1–267. http://www.pichincha.gob.ec/phocadownload/LOTAIP_Anejos/Lit_A/lit_a2/4_codigo_integral_penal_29_12_17.pdf
- Comercio, E. (2019). *Salario Basico Unificado 2019*. 2019.
- Duffy, D. N. (2015). Alcohol consumption: Main public health problem of the Americas. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7(2), 371–382. <https://doi.org/10.5872/psiencia/7.2.151>
- ElTelegrafo, D. (2018). *Accidentes de transito en el Ecuador*. 2018.
- España, O. (2018). *Alcohol: accidentes de transito en España*. 2018.
- Familiar, quinto coloqui nacional y tercer internacional de profesores investigadores en

- medicina. (2005). *Elementos esenciales de la Medicina Familiar, conceptos básicos para el estudio de las Familias. Código de Bioética en Medicina Familiar.* (p. 23).
- Garza, T., & Guitierrez, R. (2015). Trabajo con Familias. Abordaje medico e Integral. In *tercera edicion.*
- Gonzalez, R. (2000). EL ALCOHOLISMO EN LAS ULTIMAS CLASIFICACIONES. CLASIFICACION INTERNACIONAL CIE 10. *Revista Española de Drogodependencias, 1*, 199–208.
- Hammer, J. H., Parent, M. C., Spiker, D. A., & World Health Organization. (2018). Global status report on alcohol and health 2018. In *Global status report on alcohol* (Vol. 65, Issue 1). <https://doi.org/10.1037/cou0000248>
- Harrison. (2012). *Harrison: Principios de Medicina Interna* (18th ed.).
- INEC. (n.d.). *Más de 900 mil ecuatorianos consumen alcohol.* Instituto Nacional de Estadística y Censos. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/mas-de-900-mil-ecuatorianos-consumen-alcohol/>
- INEC. (2012). Encuesta Nacional de ingresos y Gastos de los Hogares Urbanos y Rurales 2011-2012. *Instituto Nacional de Estadística y Censos, 64*, 18–21. <https://doi.org/11425181>
- Knight, J. (2007). Alcohol Intoxication. *Pediatric Clinical Advisor, 26*, 13–14. <https://doi.org/10.1016/B978-032303506-4.10006-9>
- Lloret Irles, D. (2001). Alcoholismo: Una visión familiar. *Salud y Drogas, 1*(1), 113–128.
- Membrillo Luna, A. (2008). Familia. Introducción al estudio de sus elementos. In *México.* <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Monteiro, M. G. (2013). Alcohol y Salud Pública en América Latina: cómo impedir un desastre sanitario? *Adicciones, 25*(2), 99–105.
- Noblecilla, E. (2009). *RELACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS INTERNOS DE MEDICINA Y SUS RELACIONES INTRAFAMILIARES LOJA.* 1–38.
- OMS. (1994). Glosario de terminos de Alcohol y Drogas. *Organizacion Mundial de La Salud.*
- OMS 2018. (n.d.). *Alcohol: datos y cifras.* 2018.
- Paladines, M. (2018). DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN NIÑAS Y SU INCIDENCIA EN EL RENDIMIENTO ESCOLAR. *Facultad de Psicología de La Universidad de Cuenca.* <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/29987/1/Trabajo de titulación.pdf>

- Pi Osoria, A. M., & Cobián Mena, A. (2009). Componentes de la función afectiva familiar: una nueva visión de sus dimensiones e interrelaciones. *Medisan*, 13(6), 0–0.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000600016&lang=pt%5Cnhttp://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1029-30192009000600016&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Ponce Alcocer, J. (2007). Los estragos del alcoholismo en la familia y sociedad. *Anudando*, 13–14.
- SETED. (2017). Plan nacional de prevención integral y control del fenómeno socio económico de las drogas 2017-2021. *Plan Estatal de Desarrollo 2017-2021*, 23.
[http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/5.Dr_. Josué VegaPlan Nacional de Drogas 2017-2021.pdf](http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/5.Dr_.%20Josu%C3%A9%20Vega%20Plan%20Nacional%20de%20Drogas%202017-2021.pdf)
- Suarez, M. (2014). Apgar Familiar: Una Herramienta Para Detectar Disfunción Familiar. *Revista Médica La Paz*, 20(1), 53–57.
- Tellez, J. (2006). ALCOHOL ETÍLICO: Un tóxico de alto riesgo para la salud humana socialmente aceptado. *Facultad de Medicina de La Universidad Nacional de Colombiac*.
- Valdivia Sánchez, C. (Universidad D. D. (2008). La familia: concepto, cambios y nuevos modelos. *La Revue Du REDIF*, 1, 15–22.
- Valladares, A. (2008). Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. *Medisur*, 6(1), 4–13. <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/402/319>
- Valle, C. (2016). *funcionalidad familiar*.
- Viteri, E., Velis, L., Bajaña, V., & Aroni, E. (2018). Funcionalidad familiar. Un estudio en las comunidades periféricas de Guayaquil Ecuador. *Espirales Revista Multidisciplinaria de Investigación*, 2(23). <https://doi.org/10.31876/re.v2i23.414>
- Wilma B. Freire. (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. *Ensanut*, 1, 47.
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

9. Anexos

Anexo 1:

A continuación, se anexa la encuesta completa que fue enviada a los correos electrónicos institucionales de los estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional de Loja.

CONSUMO DE ALCOHOL Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Correo Institucional

*Obligatorio

CONSENTIMIENTO INFORMADO



unl

Universidad
Nacional
de Loja



CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

UNIDAD DE BIENESTAR UNIVERSITARIO

A. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

“Consumo de alcohol y su relación con la disfuncionalidad familiar en los estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja”

B. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN:

Determinar el nivel de consumo de alcohol y funcionalidad familiar en los estudiantes de la Carrera de Medicina, en el periodo académico septiembre 2019 – febrero 2020

C. ¿QUÉ SE HARÁ?

Al ser estudiante de la carrera de medicina usted deberá responder las preguntas del Test de AUDIT y el Test APGAR Familiar. Su participación es muy importante.

D. RIESGOS:

El presente estudio no conlleva ningún riesgo para el participante.

E. BENEFICIOS:

Tener información veraz respecto al consumo de alcohol y funcionalidad familiar y con ello implementar planes de intervención que logren mitigar este fenómeno social.

1. He leído y he comprendido, toda la información antes brindada, por lo tanto, accedo a participar en el presente estudio de forma libre y voluntaria. *

Sí

2 Ciclo *

- PRIMERO
- SEGUNDO
- TERCERO
- CUARTO
- QUINTO
- SEXTO
- SÉPTIMO
- OCTAVO
- NOVENO
- DECIMO

5. Paralelo *

Marca solo un óvalo.

- A
- B
- C
- D

6. Sexo *

Marca solo un óvalo.

- Mujer
-

Hombre 5.

Edad *

TEST AUDIT

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? *

- Nunca (pase a las preguntas 9-10)
- Una o menos veces al mes
- De 2 a 4 veces al mes
- De 2 a 3 veces a la semana
- 4 o más veces a la semana

2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

- 1 o 2
- 3 o 4
- 5 o 6
- 7 a 9
- 10 o mas

3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- E diario o casi diario

4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- F diario o casi diario

5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- G diario o casi diario

6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- H diario o casi diario

7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi diario

8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi diario

9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?

- NO
- Sí, pero no en el curso del último año
- Sí, en el último año

14. 10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber? *

- NO
- Sí, pero no en el curso del último año
- Sí, en el último año

TEST APGAR FAMILIAR

1. ¿Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad? *

- Nunca
- Casi Nunca
- Algunas Veces
- Casi siempre
- Siempre

2. Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas *

- Nunca
- Casi Nunca
- Algunas Veces
- Casi siempre
- Siempre

3. Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades *

- Nunca
- Casi Nunca
- Algunas Veces
- Casi siempre
- Siempre

4. Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor. *

- Nunca
- Casi Nunca
- Algunas Veces
- Casi siempre
- Siempre

5. Me satisface como compartimos en mi familia el tiempo para estar juntos, los espacios en casa, el dinero *

- Nunca
- Casi Nunca
- Algunas Veces
- Casi siempre
- Siempre

6. ¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda? *

- Nunca
- Casi Nunca
- Algunas Veces
- Casi siempre
- Siempre

7. Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as) *

- Nunca
- Casi Nunca
- Algunas Veces
- Casi siempre
- Siempre

Gracias por su participación