



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
IGNACIO CHAVEZ

“FACTORES FAMILIARES ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES”

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. CATALINA GONZALEZ MEDINA

REGISTRO DE TESIS 388.2009



ISSSTE

MÉXICO D.F. A 14 DE AGOSTO 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**FACTORES FAMILIARES ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL EN
ADOLESCENTES**

PRESENTA:

ALUMNA: DRA CATALINA GONZALEZ MEDINA

AUTORIZACIONES

**DR FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M**

**DR FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M**

**DR ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M**

**FACTORES FAMILIARES ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL EN
ADOLESCENTES**

PRESENTA:

DRA CATALINA GONZALEZ MEDINA

AUTORIZACIONES

M C. ALBERTO GONZALEZ PEDRAZA

PROFESOR E INVESTIGADOR DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M

ASESOR DE TESIS

DR. MIGUEL ANGEL HERNANDEZ HERNANDEZ

PROFESOR DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M

ASESOR DE TESIS

DRA CATALINA MONROY CABALLERO

PROFESORA TITULAR CURSO DE MEDICINA FAMILIAR

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR DR IGNACIO CHAVEZ ISSSTE

DEDICATORIA

A mi *Madre* con mucho cariño por todo el apoyo que siempre me ha dado.

A mi hermana *Diana* por ser la mamá de mis hijas cuando no he estado y apoyarme siempre.

A mis hermosas hijas: *Katia y Dyane* por comprenderme y quererme tanto

AGRADECIMIENTOS

Con respeto a mi asesor metodológico el biólogo Alberto González por motivarme a terminar mi tesis y valorar mi trabajo y esfuerzo... gracias

Con respeto y admiración al Ingeniero Marcelino Ayala Pineda por brindarme las facilidades necesarias para la realización de mi trabajo, así como por preocuparse por los jóvenes de esta época

Resumen

La adolescencia es una etapa de cambios físicos y psicológicos, y en ella con frecuencia comienza el consumo de alcohol. Este trabajo se realizó a fin de determinar el consumo riesgoso y dañino de alcohol en adolescentes de una escuela preparatoria. Y asociarlo a factores familiares.

Objetivo: Identificar aquellos factores familiares que influyan en la decisión de los adolescentes de consumir bebidas alcohólicas y detectar el tipo de consumo de alcohol que presentan.

Material y métodos: Es un estudio descriptivo, observacional y transversal se entrevistaron a 150 estudiantes de escuela preparatoria, se aplicó un cuestionario estructurado y autoaplicable a cada estudiante usando el instrumento de tamizaje AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) el cual consta de 10 preguntas y aplicación de familiograma o genograma

Resultados: El estudio se realizó en 150 alumnos, de los cuales 67 (44.7%) eran hombres y 83 (55.3%) eran mujeres. El promedio de edad fue de 17.85 años, con una desviación estándar de 2.14 y un rango de 15 a 29 años. Al relacionar las calificaciones del cuestionario AUDIT con los resultados obtenidos con el familiograma se tuvo, que para ninguna de las categorías analizadas se encontraron diferencias estadísticas significativas. Al relacionar las características sociodemográficas de los adolescentes con la calificación del AUDIT. Sólo en el caso del género se presentaron diferencias significativas, obteniendo los hombres puntuación más alta.

Conclusión: El consumo de alcohol es un problema de origen individual: el cual debe ser tratado por el médico de familia bajo este precepto.

Abstract

Adolescence is one of the most important stage in our life, because it has changes not only physical and psychological but also it has a terrible consequence like, each adolescent begins with a consume of alcohol.

This work was created with the unique purpose to determinate how harmful is the consume of alcohol in high quaintly in adolescents, for instance, we make an survey in a high school in order to find the result and take into partnership with a family factor.

Objective: We have to identify all the family factors. So that the adolescent make a decision of consume liquid for drinking and detect what kind of consume of alcohol that the adolescents are presenting.

Material and method: It is descriptive and transversal study. We applied a survey to 150 students of high school. It was a questionnaire structural and self-realization, each student could respond all the questions using the instrument called screening AUDIT (alcohol use disorder identification test) in which you can find 10 reactivities and the application familiarigram or genogram.

Results: The research was applied to 150 students, were we could find that the 67(44.7%) were men and 83(55.3%) were women, the average of age between the adolescents were 17.85 years and it shows a deviation of 2.14 and a range between 15 and 29 years. When we connected the grade of the questionnaire AUDIT where we can know the results in the familiogram so we find that no answer was given for any category analyzed in order to show the significant statistic to related each sociodemografic characteristic. Only in the case of gender could show significant differences. The men gain high levels in the survey

Conclusion: The consume of alcohol is a big problem that each person can have. You have to be conscious because only the medic family can give you a treatment under this precept.

Key words: Alcoholism, family, adolescence, high school, AUDIT, familiogram.

INDICE

| | |
|---|-----------|
| 1. Marco Teórico | 1 |
| 1.1 Introducción | 1-18 |
| 1.2 Planteamiento del Problema | 19 |
| 1.3 Justificación | 20 |
| 1.4 Objetivos | 22 |
| 1.4.1 Objetivo General | 22 |
| 1.4.2 Objetivo Especifico | 22 |
| 1.5 Hipótesis | 22 |
| 2. Metodología | 23 |
| 2.1 Tipo de estudio o investigación | 23 |
| 2.2 Diseño de la investigación | 23 |
| 2.3 Población lugar y tiempo | 23 |
| 2.4 Tipo y tamaño de la Muestra | 23 |
| 2.4.1 Criterios de inclusión | 24 |
| 2.4.2 Criterios de exclusión | 24 |
| 2.4.3 Criterios de eliminación | 24 |
| 2.5 Recolección de datos | 25 |
| 2.6 Variables de estudio | 26 |
| 3.0 Organización en la investigación | 28 |

| | |
|---|--------------|
| 3.1 Cronograma | 28 |
| 3.2 Análisis de datos | 28 |
| 3.3 Recursos | 29 |
| 3.3.1 Recursos humanos | 29 |
| 3.3.2 Recursos físicos | 29 |
| 3.3.3 Recursos materiales | 29 |
| 3.4 Aspectos o consideraciones éticas | 29 |
| 3.4.1 Declaraciones de Helsinki | 29 |
| 3.4.2 Ley general de salud en materia de investigación para la salud | 30 |
| 3.4.3 Consentimiento informado | 31 |
| 4.0 Resultados | 31 |
| 5. Discusión | 33 |
| 6. Conclusiones | 34 |
| 7. Bibliografía | 35 |
| 8. Anexos | 38-48 |

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Introducción.

Generalidades de familia

De acuerdo al *Censo Americano* “Un grupo de 2 o más personas que viven juntas y relacionadas unas con otras por lazos consanguíneos de matrimonio o adopción⁵ y que ejercen interacción recíproca porque saben que existen los demás y saben que existen ellos y se consideran unidad”³.

La palabra familia deriva de la raíz latina *fámulas*, que significa siervo, la cual a su vez proviene del primitivo *famul* que se origina de la voz osca *famel*, esclavo doméstico.^{1, 2, 3} En la era del nomadismo, con el término de familia se designaba a todo grupo de personas que se desplazaban juntas de un lugar a otro, en tanto que en la Roma antigua, el nombre de familia se daba al conjunto formado por esposa, hijos, esclavos y sirvientes que eran propiedad del pater, quien poseía la patria potestad y ejercía el derecho sobre la vida y la muerte de todos ellos.¹

Se considera familia según el *Censo Canadiense* “Esposo y su esposa con o sin hijos o padre o madre, con uno o más hijos que viven bajo el mismo techo”.^{1, 3, 4}

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha **definido la familia** como el grupo de personas del hogar que tienen cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al cabeza de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos.⁵

El autor **Javier Santacruz Varela** define a la familia como “Un grupo social primario formado por individuos unidos por lazos sanguíneos, de afinidad o matrimonio que interactúan y conviven en formas más o menos permanentes y que en general comparten factores biológicos, psicológicos y sociales, que pueden afectar su salud individual y familiar”.³

La familia cumple funciones vitales que son las responsabilidades fundamentales que determinan su sobrevivencia y los problemas de ajuste que tienen, están relacionadas con su capacidad para llenar las funciones básicas que la sociedad espera de ellas y son las siguientes:^{1,3,4.}

1. *Socialización*: interacción mediante el cual el individuo aprende los valores sociales y culturales que hacen de él un miembro activo de su familia y de la sociedad
2. *Cuidado*: cubrir las necesidades físicas de los miembros de la familia. Esta función significa para la vida familiar resolver de la manera más adecuada las necesidades de alimentación, vestido, seguridad física, acceso a los servicios de salud para cada uno de sus miembros.
3. *Afecto*: *cubrir las necesidades afectivas de los miembros de la familia, es lo más importante porque la respuesta afectiva de un miembro a otro, proporciona la recompensa básica de la vida familiar*
4. *Reproducción*: *regulación del ambiente sexual y de la reproducción a través de interacción sexual adulta, educación sexual, y control de la natalidad*
5. *Estatus socioeconómico*: *responsabilidad de proveer la necesaria socialización y las experiencias educacionales que permitan al individuo asumir una vocación y un rol en grupos que sean consistentes en sus expectativas*

El Genograma (familiograma, árbol familiar, árbol genealógico, pedifgree familiar o carta genealógica) fue desarrollado en 1978 por Murray Bowen. Es usado como representación gráfica del desarrollo de la familia, es una página con gran cantidad de información referente a las principales características e interrelaciones de un grupo familiar. Esta ampliamente documentada su utilidad como instrumento para la exploración de la familia desde diferentes puntos de vista.¹. Es un instrumento clínico práctico que facilita el abordaje sistémico familiar en la atención del paciente, proporciona una visión rápida e integrada de los problemas biomédicos y psicosociales.^{5,6.}

El familiograma es una representación esquemática de la familia, que provee información sobre sus integrantes, en cuanto a su estructura y sus relaciones, es un instrumento *diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia*, y es útil para la identificación de familias cuya estructura las coloca en algún riesgo de carácter biológico (problemas hereditarios o de aparición familiar), psicológico (tendencias a tener una funcionalidad familiar Inadecuada) o social (familia numerosa y/o sin recursos, hacinamiento, etc.). Así, al retratar las características de tres generaciones, ofrece una perspectiva longitudinal teniendo en cuenta que las familias suelen repetir sus atributos, característica conocida como continuidad o alternancia, según si ésta ocurre sin interrupción entre padres e hijos o hermanos, o se salta una generación para aparecer en la otra. ⁷

Con el genograma se representa información a manera de diagrama de flujo que permite identificar procesos biológicos, emocionales y sociales de una familia a través de diversas generaciones. A continuación se enlistan algunas de las ventajas de los genogramas mencionadas por varios autores. ⁸

- Presentación de un registro médico sistemático.
- Formato gráfico de lectura fácil.
- Logra identificar pautas generacionales, biomédicas y psicosociales.
- Permite evaluar relaciones entre el entorno familiar y la enfermedad.
- Reestructura los problemas presentes en los pacientes.
- Auxilia en el manejo médico y en el campo de la medicina preventiva.
- Permite hacer evidentes los obstáculos para la cooperación.
- Identifica eventos de la vida que podrían afectar el diagnóstico y tratamiento.
- Pone en evidencia pautas de enfermedad.
- Facilita la educación del paciente.
- Detecta la etapa del ciclo de vida que cursa la familia.

- Favorece la elaboración de hipótesis terapéuticas.
- El proceso de su elaboración permite establecer una relación médico-paciente armónica.
- Es una vía no amenazante para obtener información emocionalmente importante.
- Su elaboración demuestra interés por el paciente y otros familiares.
- Representa la estructura funcional de la familia.

Construcción de genograma.

Interpretación McGoldrick y Gerson han propuesto apoyándose de la teoría sistémica familiar seis categorías informativas contenidas en el genograma ^{5,9}.

1. Estructura familiar
2. Ciclo vital de la familia
3. Repetición de patrones familiares
4. Acontecimientos vitales y recursos familiares
5. Patrones relacionales familiares
6. Equilibrio y desequilibrio familiar

1.-Estructura Familiar ^{3, 5, 6, 7,8.}

Tipología familiar

- *Nuclear*: constituida exclusivamente por padre, madre e hijos
- *Extensa*: constituida por padre, madre y hijos y algún otro familiar consanguíneo
- *Compuesta*: constituida por padre madre, e hijos, y otro sin parentesco familiar

- *Monoparental*: constituida por madre o padre e hijos ya sea (sea por divorcio, separación, muerte, madre soltera, abandono) ⁶
- Desarrollo: Moderna, Tradicional o primitiva
- Demografía: Urbana o Rural
- Integración: integrada, Semiintegrada o Desintegrada
- Ocupación del jefe de familia :Profesional, obrera y Campesina

2.- Ciclo vital familiar:

La familia tiene una historia natural que la hace caminar por sucesivas etapas durante las cuales sus miembros experimentan cambios y adoptan comportamientos que son previsibles por atenerse a normas conductuales y sociales preestablecidas. Estas etapas conforman el denominado ciclo vital de la familia, que se ha concebido como la consecuencia de estadios que atraviesa la familia desde su establecimiento hasta su disolución. ^{1,6.}

La familia como todo grupo humano y ocaso (ciclo vital) Es descrita por Geyman en 1980, y cuyo esquema es utilizado con mayor frecuencia en México ^{7, 9,10.}

Fase de matrimonio: se inicia con la consolidación del vínculo matrimonial concluyendo con la llegada del primer hijo esta etapa se caracteriza por la adaptación de la pareja.

Fase de expansión: se inicia con la llegada del primer hijo y termina al iniciar este mismo la escuela primaria, esta etapa se caracteriza por la adaptación que la pareja debe tener sobre la integración de un nuevo miembro de familia.

Fase de dispersión: generalmente corresponde a la edad escolar e inicio de la adolescencia en los hijos.

Fase de independencia: etapa en que los hijos de mayor edad (usualmente se casan) y forman nuevas familias a partir de la familia de origen, la etapa también llamada del nido vacío en la cual la pareja se encuentra sola y surge el reencuentro entre ambos.

Fase de retiro y muerte: etapa que deben enfrentarse diversos retos y situaciones críticas como desempleo, jubilación, viudez y abandono

3.- Repetición de patrones familiares:

Al analizar en genograma deberá descubrir aquellas situaciones que se repiten a través de generaciones. Así hay que estudiar las pautas repetitivas en alcoholismo, suicidio, maltrato e incesto, ya que su conocimiento no solo permitirá ayudar a las familias, sino que también posibilitará la puesta en marcha de acciones para interrumpir estas pautas.⁶

4.-Acontecimientos vitales y recursos familiares:

Los acontecimientos vitales estresantes pueden afectar de forma negativa el funcionamiento familiar,⁶ el estrés está constituido por acontecimientos ambientales, psíquicos o sociales que causan efectos negativos sobre los individuos o las familias, el genograma registra fechas críticas, sucesos de la vida impactantes y recurrencias de acontecimientos estresantes, es un instrumento válido para el médico le permite conocer, identificar y evaluar su importancia como causa de crisis, y por ende de disfunción familiar.

Merecen especial atención los acontecimientos relacionados con pérdidas (fallecimiento, abandono, separación) ya que las familias suelen tener dificultades para readaptarse después de este tipo de situaciones.⁵

Recursos familiares: ante una enfermedad, un conflicto, una crisis ponemos en marcha mecanismos defensivos, de adaptación, económicos, afectivos de conducta que denominamos recursos, estos pueden ser personales, familiares y externos.

5.- Patrones relacionales familiares:

Las relaciones familiares son muy complejas; podemos catalogarlas como íntimas, conflictivas, hostiles distantes, cerradas, dominantes.^{1,5.}

El genograma es un instrumento muy útil para reconocer las relaciones del grupo familiar y descubrir determinadas pautas vinculares:

Diadas: el conflicto conyugal es una de las alteraciones de la familia más frecuentemente observada

Triángulos: es una pauta vincular de las familias que Bowen explicó como una configuración emocional de tres personas, en el cual el funcionamiento de cada uno depende e influye en los otros dos, en ocasiones dos miembros de la familia se coaligan frente a un tercero, en otras, la alianza tiene por objeto ayudar al otro miembro del triángulo.⁶

Generalidades de adolescencia

La adolescencia es un periodo de crecimiento y desarrollo físico, emocional, cognitivo y social rápido.¹¹ Por lo general comienza a los 11-12 años de edad y

termina entre los 18 y 21 años. La mayoría de los adolescentes completan la pubertad hacia los 16-18 años, sin embargo; en la sociedad occidental por razones educativas y culturales, el periodo adolescente se prolonga permitiendo un desarrollo psicológico social ulterior antes que el individuo asuma sus responsabilidades del adulto

El proceso de desarrollo de la infancia a la edad adulta incluyen los siguientes pasos:

1. Completar la pubertad y crecimiento somático
2. Desarrollarse social, cognitiva y emocionalmente desplazándose del conocimiento concreto al abstracto.
3. Establecimiento de una identidad independiente y separación de la familia.
4. Prepararse para una carrera profesional o vocación.

El desarrollo psicosocial: la adolescencia es un periodo de individualización y separación progresiva de la familia; Debido al rápido crecimiento físico, emocional, social y cognitivo que se produce durante esta etapa. Es útil dividir el periodo en 3 fases secuenciales de desarrollo; La adolescencia temprana se presenta aproximadamente entre los 10 y 13 años de edad, la adolescencia media entre los 14 y 16 años y la adolescencia tardía a los 17 años de edad y aun después.

12.

La adolescencia temprana (10-13 años); se caracteriza por el desarrollo y crecimiento rápido de las características sexuales secundarias. Debido a los cambios que se producen durante este periodo la imagen corporal, el auto concepto, y la autoestima fluctúan de manera espectacular. La adolescencia media abarca de 14-16 años, son típicas la presencia de emociones intensas y cambios amplios en el estado de ánimo. Aunque algunos adolescentes pasan a través de esta experiencia de manera relativamente pacífica, en lo cognitivo pasan del pensamiento concreto a operaciones formales y desarrollan la capacidad de pensar de manera abstracta. Adolescencia tardía (17 y más años de edad) el adolescente se vuelve más independiente de la familia y la capacidad de

pensar de manera abstracta le permite pensar de modo más realista en términos de planos futuros, acciones y carreras. Los adolescentes de mayor edad tienen conceptos más rígidos de lo que es correcto e incorrecto. Es un periodo de idealismo ¹².

La adolescencia es una de las etapas más vulnerables del ser humano para desarrollar costumbres y hábitos de riesgo para su salud, ¹³ por ser un periodo crítico sometido a constantes cambios en el desarrollo físico, psíquico y social. Así como también en el marco familiar en que este se desenvuelve, se considera un periodo de riesgo, en el cual pueden darse las bases para la aparición de síntomas y enfermedades, así como también alteraciones de la personalidad ¹¹.

Los adolescentes son probablemente el grupo más propenso a adquirir conductas de riesgo, que se les define como aquellas acciones, sean activas o pasivas, que involucran peligro para el bienestar y que acarrearán directamente consecuencias negativas para la salud, o comprometen aspectos de su desarrollo, estas conductas están en relación con los estilos de vida moderna, sumados a la curiosidad, la experimentación de situaciones nuevas, son partes naturales del crecimiento que les da la sensación de ser adultos. Entre las tendencias crecientes hasta hacerse un hábito o una dependencia están; el consumo de alcohol, tabaco, uso de drogas, delincuencia, deserción escolar, relación sexual precoz. ^{11, 13}

La evidencia epidemiológica nacional e internacional reconoce que el uso ocasional o continuo de alcohol y tabaco, solos o combinados, permanece obstinadamente común entre la gente joven, con mayores prevalencias de uso en el sexo masculino, con mayor número de usuarios de alcohol que de tabaco y mayor preferencia por el alcohol como droga de inicio en los estudiantes de 12 a 19 años de edad; así también, muestra que la edad de inicio es una variable fuertemente asociada al consumo de drogas. ¹³

Definición alcoholismo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) acepta el término **alcoholismo** o (*síndrome de dependencia del alcohol*) definiéndolo como: Estado patológico físico y a la vez psicológico, un trastorno de la conducta que se caracteriza porque el individuo bebe alcohol en exceso, más de lo aceptado socialmente, a pesar de que sabe que esa conducta es la causa de los problemas de salud, familiares y sociales que ya padece. ^{14,15.}

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. ¹⁶

El *consumo perjudicial* se refiere a aquel que conlleva consecuencias para la salud física y mental, también se incluyen las consecuencias sociales entre los daños causados por el alcohol. ¹⁶

La *dependencia* es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol. ^{14,16}

En el **DSM-IV**, (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*), la *dependencia al etanol* se define como “Patrón desadaptativo de consumo de alcohol que produce un malestar significativo, expresado durante un periodo de un año continuo” por tres o más de los siguientes criterios: ¹⁷

1. Tolerancia: Ingesta de cantidades mayores para conseguir el mismo efecto, o cuando el efecto disminuye con el consumo continuado.
2. Abstinencia: Ingestión de alcohol o sustancias parecidas para alivio de los signos y síntomas originados por la suspensión del consumo de alcohol.
3. Beber por períodos más largos de lo que originalmente se pretendía.
4. Deseos o esfuerzos infructuosos para controlar el consumo.

5. Emplear mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de alcohol.
6. Reducción de actividades sociales, laborales y familiares como consecuencia del consumo.
7. Continuar tomando a pesar de tener conciencia de la existencia de problemas ocasionados por el alcohol.

EPIDEMIOLOGIA

La **Encuesta Nacional de Adicciones 2002 (ENA-2002)** constituye un esfuerzo conjunto realizado por la **Secretaría de Salud** por medio del Consejo Nacional contra las adicciones, el Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz y la Dirección General de Epidemiología, en coordinación con el **Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI)**.

Esta encuesta tiene como objetivo principal generar información epidemiológica que facilite el estudio del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, y permita conocer la magnitud del problema entre la población de 12 a 65 años. Los resultados son representativos a nivel nacional.

De acuerdo a la ENA 2002 la población de 12 a 65 años de edad en total es de 45 254 439, de los cuales son hombres 24 685 159, y mujeres 20 569 280. De estas cifras, bebedores actuales que ha consumido alcohol por patrón de consumo son 32 315 760, hombres 19 177 913 y mujeres 13 137 847, y el resto son ex bebedores. El consumo por tipo de bebida preferida es la cerveza, con total 22 735 729, en segundo lugar de preferencia destilados 14 743 214, en tercer lugar vino de mesa 7 365 433, cuarto lugar pulque 3 863 053, quinto lugar de preferencia aguardiente o alcohol de 96 grados 2 456 257. Con respecto al tipo de localidad la zona urbana reporta 36 729 470 y la zona rural 8 524 969.¹⁸

La OMS estima que cerca de 2 mil millones de personas consumen bebidas alcohólicas en el mundo, de éstas, más de 76 millones son dependientes del alcohol. El abuso y dependencia del alcohol causan cerca de 2 millones de muertes (3.2% del total muertes) anuales a nivel internacional.¹⁹

En México, el 79% de los hombres y el 53% de las mujeres han consumido alcohol alguna vez en la vida, es decir, más de 32 millones de personas entre 12 y 65 años de edad.¹⁸

El consumo de bebidas alcohólicas en el D.F., entre estudiantes de educación media y media superior, afecta prácticamente por igual tanto a la población masculina (65%) como a la femenina (66.1%).¹⁹

La tendencia en el consumo de alcohol por parte de adolescentes varones presenta un incremento en 1998 de 27% al 35% en 2002. En el caso de las mujeres, pasó de 18% a 25% durante este tiempo.¹⁹

De acuerdo a la ENA 2002 la población de 12 a 17 años por tipo de localidad y consumo de alcohol por sexo se tiene un total de 13 685 359, de los cuales 6 807 951 son hombres y 6 877 408 son mujeres y bebedores activos 3 522 427, de los cuales hombres son 2 084 293 y mujeres 1 438 134, en área urbana. Según la ENA 2002, 72% de la población masculina y 42% de la femenina mayor de 18 años consume alcohol.²⁰

El 67% de los varones y 77.3% de las mujeres han bebido cuando menos una copa completa de alcohol antes de cumplir 18 años, edad legal para beber. El índice de consumo fuerte, 5 copas o más por ocasión, al menos una vez por mes es alto, y llega a 3.6% en los varones y 1.5% en las mujeres entre 12 y 17 años.¹²

Factores de riesgo para consumo de alcohol en adolescentes

En los adolescentes, algunos factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol son la presión del grupo, disminución en la autoestima (autoconcepto y autoeficacia), desintegración familiar, creciente necesidad de autonomía, rechazo a la protección adulta, estrés, cambios asociados al desarrollo.^{21,22} En la familia haya un integrante alcohólico,²³ los padres pasen mucho tiempo fuera de casa, sienta peligro en su casa, amigos pertenezcan a una pandilla, salga de noche sin permiso,¹¹ asista a fiestas sin vigilancia de un adulto.^{13, 23.} La edad y el sexo, cuestiones relacionados a la autoestima y manifestaciones sugestivas de sufrimiento psíquico (ansiedad, depresión).

Instrumento para detección de alcoholismo

En 1982 la (OMS) diseñó un instrumento de tamizaje simple llamado **AUDIT** (**Alcohol Use Disorder Identification Test**) para identificar personas cuyo consumo de alcohol se haya convertido en un problema de salud, ya sea porque entrañe riesgos o daños a la salud, o bien dependencia. En 1992 fue incluida en la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones; reportando alta sensibilidad (92%) y especificidad (94%). El AUDIT consta de 10 preguntas seleccionadas con base en su reproducibilidad y correlación con el consumo de alcohol.^{16, 24,25.}

Interpretación del AUDIT

Las tres primeras preguntas están relacionadas con la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol, por lo que permiten la estimación de la *abstinencia o el consumo riesgoso*. Las tres siguientes preguntas están relacionadas con la

dependencia al alcohol, mientras que las preguntas 7 y 8 son dirigidas al *consumo dañino* y las dos últimas se relacionan con *problemas causados por alcohol*, incluyendo reacciones psicológicas adversas.^{16, 24,25}

Cada pregunta tiene de tres a cinco opciones que discriminan en forma categórica la frecuencia y cantidad de consumo. A cada opción se le da un valor numérico partiendo de cero en el nivel inferior y en orden progresivo hasta dos o cuatro puntos (dependiendo del número de opciones). La sumatoria de los puntos aportados con cada pregunta da como resultado el índice de la escala AUDIT, con un máximo posible de 39 puntos. Con el fin de caracterizar el consumo de alcohol que constituye un problema para la salud, la OMS sugirió inicialmente un punto de corte de 11 puntos, el cual se cambió más tarde a ocho puntos. Este último punto de corte es más sensible (95%) que el anterior, aunque menos específico (88%), pero está más acorde con la reducción en los límites de consumo seguro de alcohol. Se considera consumo seguro de alcohol o “normal”, cuando el puntaje en el AUDIT es menor de nueve puntos. A su vez se establecieron dos puntos de corte adicionales dentro del consumo “problema” de alcohol, considerando una calificación entre 9 y 18 puntos como consumo “riesgoso” y cuando la calificación fue mayor a 18 puntos se consideró como consumo “dañino”. De acuerdo con estos criterios, el consumo “riesgoso” está relacionado con un mayor riesgo de daño físico o psicológico secundario al consumo de alcohol, mientras que el concepto de *dañino* se refiere más a la presencia de complicaciones físicas o psicológicas relacionadas con su ingesta.²⁴

Intervención del profesional de la salud en el manejo del alcoholismo en atención primaria, de acuerdo a la puntuación AUDIT.

| Nivel de Riesgo | Intervención | Puntuación |
|------------------------|---|-------------------|
| Zona I | Educación sobre el alcohol. | 0-7 |
| Zona II | Consejo simple | 8-15 |
| Zona III | Consejo simple más terapia breve y seguimiento | 16-19 |
| Zona IV | Derivación al especialista y otros apoyos a tratamiento | 20-40 |

Zona I educación sobre el alcohol (0-7 puntos)

Los pacientes con esta puntuación tanto bebedores de bajo riesgo como abstemios pueden beneficiarse de la información sobre el consumo de alcohol para fortalecer su postura. Se debe informar sobre el resultado y abrir un espacio de comunicación sobre el tema para resolver las dudas reiterando que de sobrepasarse el límite se corre el riesgo de padecer todos los problemas relacionados con el alcohol.

Zona II consejo simple (8-15 puntos)

Estos pacientes presentan el riesgo de patologías crónicas debido al consumo habitual de alcohol o el riesgo de lesiones, problemas legales, bajo rendimiento laboral y problemas sociales debidos a episodios de intoxicación aguda, deben ser informados de las consecuencias a que se exponen por su manera de beber

Zona III. Consejo simple, terapia breve y seguimiento (16 a 19 puntos)

Este tipo de pacientes son bebedores que ya han experimentado problemas de salud físicos, mentales y sociales derivados del consumo perjudicial de alcohol; cumplen los criterios diagnósticos del DSM-IV para clasificarlos en la enfermedad por abuso de alcohol y en el código F10.1 de consumo perjudicial

de alcohol de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

La terapia breve es un proceso sistemático centrado en una evaluación rápida, pronta adherencia del paciente e implementación inmediata de estrategias de cambio; su objetivo es proporcionar a los pacientes las herramientas adecuadas para cambiar actitudes básicas y manejar los problemas subyacentes. Esta atención se considera apropiada únicamente para pacientes que aún no manifiestan dependencia al alcohol y que todavía son capaces de reducir su consumo

Zona IV. Derivación a atención especializada (más de 20 puntos). La intervención breve no debería utilizarse en el manejo de estos casos, sin embargo, puede aplicarse para lograr la adherencia al tratamiento especializado y es criterio del médico familiar, derivar a pacientes limítrofes de las zonas III con otros médicos especialistas.

En este punto, el enfermo presenta diversas patologías clínicas, severos desajustes emocionales y graves conflictos sociales que requieren atención de personal médico y paramédico especializado y el apoyo de grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos.²⁵

COMPLICACIONES ASOCIADAS AL ALCOHOLISMO

1.- Efectos sobre el aparato digestivo y glándulas anexas glositis, esofagitis, gastritis, diarreas, úlcera gastro-duodenal; várices esofágicas; cáncer gástrico, cáncer esófago; hepatitis, hígado graso, cirrosis hepática, pancreatitis aguda hemorrágica y pancreatitis crónica.

2.- Efectos sobre el aparato cardiovascular: Aterosclerosis temprana, hipertensión arterial sistémica, infarto agudo del miocardio, cardiomiopatía alcohólica

3.- Efectos sobre el aparato genitourinario: Disfunción sexual, reducción de hormonas sexuales masculinas, trastornos vesicales y cáncer de vejiga.

4.- Afectaciones neurológicas: Neuropatía periférica distal, cefalea, temblores, convulsiones, miopatía alcohólica aguda, degeneración cerebelosa, daño cortical difuso con demencia alcohólica, lesiones degenerativas del cerebro

5.- El alcoholismo no connota un trastorno mental específico, pero se asocia con trastornos relacionados con el consumo de alcohol:

- Abuso o consumo perjudicial
- Dependencia del alcohol
- Intoxicación por el alcohol
- Abstinencia alcohólica
- Delirio por abstinencia
- Trastorno amnésico, síndrome de Wernicke-Korsakow y demencia
- Trastornos psicóticos, con delirios o alucinaciones
- Trastornos del estado de ánimo
- Trastornos de ansiedad
- Disfunciones sexuales
- Trastornos del sueño

6.- Metabólica: intoxicación etílica

7.-Repercusion en la familia:

- Ruptura de la armonía familiar
- Maltrato, descuido de los hijos del cónyuge o ambos
- Rechazo del alcohólico y su familia
- Problemas del desarrollo de los hijos (abandono escolar, delincuencia, drogadicción)
- Incremento de los problemas de la salud de los hijos y el cónyuge
- Problemas económicos y laborales. ^{11,16, 23, 26,27.}

Tratamiento

Objetivos de tratamiento psicofarmacológico:

1. Intoxicación etílica
2. Desintoxicación :Síndrome de abstinencia de alcohol
3. Tratamiento de deshabitación: prevención de recaídas y disminución de refuerzo
4. Tratamiento de la patología dual :trastornos psicopatológicos asociados al abuso dependencia del alcohol.²⁸

1.2 Planteamiento del Problema

El consumo de alcohol es un problema de salud pública generalizado y común en toda sociedad ^{13, 24}. Está asociado con violencia familiar, desintegración familiar, riñas en las calles, accidentes y muertes violentas, el médico debe considerar esta situación para observar a la familia ya que el origen de este tipo de problemas puede estar en el hogar y repercute negativamente en la dinámica familiar. ²⁴

Los cambios sociales ocurridos en las últimas décadas, derivados de las variaciones en la dinámica y composición de la estructura demográfica de la población, han afectado las vidas de las personas en los ámbitos individual, familiar y social en el que interviene el abuso de sustancias.²⁹ y en la estructura familiar actual, los adolescentes son sujetos vulnerables en quienes por lo general se tiende a reprimirlos o maltratarlos. ³⁰.

La familia nuclear sigue caracterizando a la población mexicana, el 73% de la población pertenece a esta categoría. Sin embargo, se observa un incremento del 4% en el número de familias extensas y de familias monoparentales, de este modo cambian los arreglos familiares, y se manifiestan una apertura y fragilidad en los vínculos con modificación de las funciones de los roles, tipo de uniones y las relaciones entre las generaciones. Todo lo anterior limita el papel de la familia como protectora de sus miembros frente a los riesgos externos ^{29,30}.

¿El ambiente familiar en el cual se desarrolla el adolescente es un factor para generar la presencia de alcoholismo principalmente en familias con riesgo?

1.3 Justificación

La OMS estima que cerca de 2 mil millones de personas consumen bebidas alcohólicas, de éstas, más de 76 millones son dependientes del alcohol. El abuso y dependencia del alcohol causan cerca de 2 millones de muertes (3.2% del total de muertes) anuales a nivel internacional.^{18, 19.}

El 67% de los varones y 77.3% de las mujeres han bebido cuando menos una copa completa de alcohol antes de cumplir los 18 años, edad legal para beber. El índice de consumo fuerte (esto es, 5 copas o más por ocasión, al menos una vez por mes) es alto y llega a 3.6% en los varones y 1.5 en las mujeres, entre 12 y 17 años.^{13, 29.}

El consumo de bebidas alcohólicas en el D.F entre estudiantes de educación media y media superior, afecta prácticamente por igual tanto a la población masculina (65%) como a la femenina (66.1%). La tendencia en el consumo de alcohol por parte de adolescentes varones presenta un incremento de 27% en 1998 al 35% en 2002.¹³

Según la Encuesta Nacional de Adicciones en México 2002, 72% de la población masculina y 42% de la femenina mayor de 18 años consume alcohol.²⁰

Los datos anteriores reflejan que se ha incrementado el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes, afectando por igual a los dos sexos, con un patrón de consumo con poca frecuencia pero en grandes cantidades. Por todo lo anterior este padecimiento es un verdadero problema de salud pública. Debido a lo antes mencionado, existe el riesgo de iniciar también el consumo de otras drogas, y son más vulnerables aquellos que presentan un ambiente familiar alcohólico, abandono familiar, violencia intrafamiliar, maltrato, etc. En el adolescente por ser una población muy vulnerable se pueden desarrollar costumbres o hábitos de riesgo para su salud principalmente el alcoholismo, por la facilidad de acceso y por ser lo más común, el cual induce a la pérdida de oportunidades, aislamiento

social, sufrimiento moral para las familias, así como repercusiones familiares y comunitarias ^{13,19,30}.

Nuestros jóvenes, para quienes hay pocas oportunidades de educación y empleo, son vulnerables a presentar conductas fuera de lo común y a ser atrapados por el alcoholismo debido a que el vínculo familiar hoy en día es muy frágil y los roles de cada miembro están muy limitados, se ven involucrados en ambientes donde se tolera y permite la promoción de consumo por lo que los riesgos externos son cada vez más fuertes y peligrosos. A pesar de la prohibición de la venta y consumo de alcohol en menores de 18 años sabemos que esta norma no siempre se cumple, que los problemas que sufren algunos jóvenes están relacionadas precisamente con esta enfermedad tales como accidentes automovilísticos, peleas callejeras, mal aprovechamiento escolar y conducta antisocial.

En el presente estudio se analizan las características familiares de los alumnos que cursan educación preparatoria, con apoyo de familiograma se identifica el ciclo vital de una familia, el tipo, los antecedentes socioculturales, La familia disfuncional presenta dificultad para adaptarse así como para resolver problemas y conflictos, por lo cual, es necesario realizar acciones de apoyo para incrementar la salud familiar e individual.

El conocer los problemas asociados a la dinámica familiar, que pudieran condicionar, la aparición de la enfermedad nos van a permitir incidir sobre ellos, para tratar de modificar las tendencias en el consumo de alcohol en los adolescentes.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

1.-Asociar la presencia de problemas familiares con el consumo de alcohol en los adolescentes de una escuela preparatoria

1.4.2 Objetivos específicos

En relación con la enfermedad:

1. Determinar el consumo de riesgo de alcohol en adolescentes
2. Determinar si los adolescentes presentan consumo perjudicial de alcohol.
3. Identificar adolescentes con síntomas de dependencia de alcohol.

En relación a la interpretación del familiograma y su relación con la enfermedad:

1. Clasificar la estructura familiar y determinar si la tipología familiar influye en el adolescente para tomar bebidas alcohólicas
2. Determinar la etapa del ciclo vital y asociar a consumo de alcohol.
3. Identificar repetición de patrones familiares a través de generaciones (violencia intrafamiliar, adicciones, suicidio, maltrato) y asociar a consumo de alcohol
4. Determinar las circunstancias o acontecimientos vitales que afectan de forma negativa el funcionamiento familiar y que puedan asociarse a consumo de alcohol.
5. Determinar tipo de relaciones intrafamiliares y asociar a consumo de alcohol.

2. Metodología

2.1 Tipo de estudio o investigación: Observacional Descriptivo y Transversal.

2.2 Diseño de la investigación

Elección de tema o interés para desarrollar e iniciar una investigación, buscar la población o muestra ideal para trabajar, invitación a participar a las autoridades del plantel y firma de consentimiento informado por los padre o tutores, utilización y aplicación de instrumentos con cuestionarios aceptados, análisis de la información e interpretación estadística y graficar los resultados, emitir una conclusión de la investigación

2.3 Población lugar y tiempo

El tipo de población en estudio fue adolescentes, de ambos sexos, de la escuela preparatoria del Distrito Federal Bernardino de Sahagún ubicada en la Delegación Xochimilco, pueblo San Luis Tlaxialtenango, de mayo a junio del 2009.

2.4 Tipo y tamaño de la muestra

Tamaño de la muestra: 150 alumnos, se tomó como referencia la siguiente fórmula que es la adecuada para muestras menores de 10 000.

Z=95%

E=10%

P=0.7

Q=0.3

N_0 primera aproximación al tamaño de la muestra

Z= valor de unidades “Z” bajo la curva normal según el nivel de confianza seleccionado para la muestra.

P y q=variabilidad del fenómeno en término de la proporción de la población objeto de estudio que se estima tiene una característica determinada.

E=precisión que se está dispuesto a aceptar, expresado en valores de probabilidad

FORMULA:

$$n_o = \frac{\frac{Z^2 q}{E^2 P}}{1 + \frac{1}{N} \left[\frac{Z^2 q}{E^2 P} \right] - 1}$$

2.4.1 Criterios de inclusión:

1. Que estén cursando educación preparatoria en la escuela Bernardino de Sahagún
2. Ambos sexos
3. Que acepten contestar el cuestionario y el genograma; mediante la firma de consentimiento informado.

2.4.2 Criterios de exclusión:

1. Que presenten problemas de salud que les impida participar en el estudio.

2.4.3 Criterio de Eliminación:

1. Quienes hayan contestado incorrectamente el AUDIT: con 2 o más respuestas, llenado incompleto.
2. Que no proporcionen la información requerida para la elaboración de familiograma.
3. Que no llenen correctamente la ficha de identificación.

2.5 Cédula de Recolección de datos

Instrumento El Test de identificación de desórdenes debidos al uso del alcohol **AUDIT** es un cuestionario de 10 preguntas diseñado por la Organización Mundial de la Salud en 1982, probado en México desde 1989 y cuya versión en español fue elaborada por De la Fuente y Kershenovich en 1992 e incluida en la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones; dichos autores reportan alta sensibilidad (92 %) y especificidad (94 %) (Anexo # 1) y el familiograma diseñado en 1978 por Murray Bowen. Utilizado como representación gráfica del desarrollo de la familia.

2.6 Variables en estudio

| Variable | Tipo | Escala medición | Indicador |
|-------------------------|--------------|-----------------------|---|
| Sexo | Cualitativa | Nominal Dicotómica | <ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino |
| Edad | Cuantitativa | Escarlar | |
| Grado escolar | Cualitativa | Ordinal | Semestre <ul style="list-style-type: none"> • Segundo • Cuarto |
| Turno | Cualitativa | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Matutino • Vespertino |
| Estructura familiar | Cualitativa | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Nuclear • Extensa • Extensa compuesta • Monoparental • Reconstruida |
| Desarrollo | Cualitativa | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Tradicional • Moderna |
| Demografía | Cualitativa | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Urbana • Rural |
| Integración | Cualitativa | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Integrada • Desintegrada • Semintegrada |
| Ocupación | Cualitativa | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Campesina • Obrera • Profesionista |
| Ciclo vital familiar | Cualitativa | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Matrimonio • Expansión • Dispersión • Independencia • Retiro y jubilación |
| Relaciones conflictivas | Cualitativa | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Si |

| | | | |
|-------------------------------------|-------------|---------|---|
| subsistema conyugal | | | <ul style="list-style-type: none"> • No |
| R. conflictivas padre-hijos | Cualitativa | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No |
| R. conflictivas hermanos | Cualitativa | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No |
| Patrón conductual de alcoholismo | Cualitativa | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No |
| Acontecimientos vitales estresantes | Cualitativa | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Escolares • Familiares • Emocionales • Económicos • Ninguno |

Definiciones operacionales:

Patrón de consumo:

- Abstemio: persona que nunca ha consumido alcohol de manera habitual o toma de manera muy ocasional.
- Consumo riesgoso: es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás.
- 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
- Dependencia: es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol.

| Categoría de la variable | Indicador | Fuente |
|---------------------------|--------------|--------|
| Abstemio o bebedor social | 0-7 puntos | AUDIT |
| Consumo de riesgo | 8-15 puntos | AUDIT |
| Consumo perjudicial | 16-19 puntos | AUDIT |
| Dependencia | 20-40 puntos | AUDIT |

Nivel de medición de la variable: Ordinal.

3.0 Organización en la investigación

3.1 Cronograma

Las actividades realizadas se describen en el (anexo 2)

3.2 Análisis de datos

Se utilizó estadística descriptiva a través de las pruebas o medidas de tendencia central, media o promedio aritmético y mediana, y de las medidas de dispersión, desviación estándar, varianza y rango. En aquellas variables con nivel de medición escalar o de razón y distribución normal.

Para relacionar y comparar las categorías del cuestionario AUDIT con los resultados del familiograma, así como de las variables sociodemográficas del estudio, debido al nivel ordinal de la variable dependiente, se utilizaron las pruebas no paramétricas de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis dependiendo del número de categorías o grupos dentro de las variables.

Para todos los casos, se utilizó un nivel de significancia de 0.05 para rechazar la hipótesis nula.

Todo el análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 12.

3.3 Recursos

3.3.1 Recursos humanos para la realización de la tesis se requirió la colaboración de 2 asesores de tesis uno de tema y otro metodológico así como un residente de medicina familiar y la participación del alumnado para la aplicación de encuestas

3.3.2 Recursos físicos se contó con las instalaciones de la escuela preparatoria Bernardino de Sahagún para la aplicación de encuestas y Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez.

3.3.3 Recursos materiales se requirió de computadora para base de datos y procesador de texto, encuestas impresas, lápiz, plumas,

3.4 Aspectos o consideraciones éticas

3.4.1 Declaración de Helsinki

Por la naturaleza del estudio no se contravienen las disposiciones éticas contempladas en la declaración de Helsinki Finlandia en junio de 1964 por la 18va Asamblea Médica Mundial y la modificada en la 52va en Edimburgo, Escocia en octubre del 2000 y sus posteriores modificaciones, así como en la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos.

3.4.2 Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud

Reglamento de la Ley General de Salud, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer, el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

El presente trabajo se clasifica como categoría uno, con base en el título segundo artículo 17, que lo clasifica como investigación sin riesgo.

Artículo 20. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación

Artículo 21. Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales
- III. Las molestias o los riesgos esperados
- IV. Los beneficios que puedan observarse
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto

3.4.3 Consentimiento informado

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, consentimiento informado. Artículo 20 se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá , con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna

4 Resultados

El estudio se realizó en 150 alumnos, de los cuales 67 (44.7%) eran hombres y 83 (55.3%) eran mujeres. El promedio de edad fue de 17.85 años, con una desviación estándar de 2.14 y un rango de 15 a 29 años.

El promedio de edad de los padres fue de 41.6 años con una desviación de 11.8 y el de las madres fue de 42.1 años con una desviación de 5.4. El promedio del número de hermanos fue de 2.5. Las características sociodemográficas de la población se presentan en el cuadro 1

En relación con los resultados de familiograma en estructura familiar la frecuencia más alta (51.3%) se presentó en el tipo nuclear y la más baja en la reconstruida 6% (figura 1). Con respecto a la integración familiar las integradas se presentaron en 63.6% de los casos, resultados en (figura 2). Con respecto a acontecimientos vitales los asociados con cuestiones emocionales (32%) y escolares (20.7%) fueron los de mayor frecuencia. El 17.3% de los adolescentes no asocia a ningún tipo de acontecimiento vital. (Figura 3)

Con respecto a los demás datos obtenidos a través de familiograma, el 96% refirieron ser familias urbanas, el 78%, obreras y el 100% presentarse en el ciclo vital familiar dispersión. Estos resultados se esquematizan en cuadro 2.

Con respecto a relaciones conflictivas entre los diferentes miembros de las familias, la relación conflictiva padre- hijo se presentaron en 63 casos (42%) siendo esta la de mayor frecuencia, mientras que la relación de conflicto entre hermanos sólo se presentó en el 21% de los casos, estos resultados se presentan en cuadro 3

En relación al patrón conductual de alcoholismo el 63.3% de los padres refirió presentar dicho patrón.

De los resultados del cuestionario AUDIT se remarca que solo el 66.7% de los alumnos clasificaron en, la categoría de Abstemios o bebedores sociales y 8% como de consumo perjudicial o dependencia. Resultados en (figura 4).

Al relacionar las calificaciones del cuestionario AUDIT con los resultados obtenidos con el familiograma se tuvo, que para ninguna de las categorías analizadas se encontraron diferencias estadísticas significativas. Esto es, no se presentó relación entre las escalas del AUDIT y la tipología familiar. Resultados en cuadro 4

Al relacionar las características sociodemográficos de los adolescentes con la clasificación del AUDIT. Con respecto a la edad, conforme aumenta la edad aumenta el riesgo de consumo de alcohol, pero sin diferencias estadísticas significativas. Tampoco se encontró relación con el grupo escolar o turno escolar; únicamente con el género se presentaron diferencias estadísticas significativas, obteniendo los hombres puntuación más alta. Los resultados cuadro 5

5 Discusión

El uso del AUDIT permite hacer comparativos los diferentes estudios de tamizaje poblacionales dirigidos a identificar sujetos con un consumo problema de alcohol (sea éste un consumo riesgoso o dañino) el AUDIT es el único instrumento que está diseñado para medirlo. En estudios de seguimiento se ha probado su capacidad predictiva de problemas médicos, trastornos sociales e incluso mortalidad, relacionados con el consumo de alcohol.²⁴

En estudio realizado por Sánchez Cortez y Cols.³³ En Morelia Michoacán en adolescentes de preparatoria utilizo el AUDIT, obteniendo una prevalencia de consumo seguro del 81%(255 adolescentes), un consumo riesgoso en el 17.1% (54 adolescentes) y un consumo dañino en el 1.9%(6 adolescentes).Presentando alguna diferencias en lo obtenido en esta investigación en el cual se observa predominio de abstemios o bebedores sociales 66.7% consumo de riesgo 25.3% consumo perjudicial 5.3%.

De acuerdo con las Encuestas Nacionales de Adicciones reportadas en México nuestros resultados muestran un sostenido aumento en la prevalencia de consumo de estas sustancias en los adolescentes, los mismos autores³³ reportan que el consumo riesgoso predomino en el sexo masculino 33 adolescentes (30.3%) contra 21 del sexo femenino (10.2%) en nuestro estudio encontramos el mismo comportamiento incluso con diferencias significativas, estas diferencias pudieran estar dadas por la idiosincrasia de las poblaciones en estudio.

De acuerdo a Diego, Fiel y Sanders 2003,³⁴ factores que protegen al adolescente para que no presentes conductas que afectan su salud (consumo de alcohol entre otras) se encuentran las relaciones positivas del adolescente con su familia, En este estudio no encontramos asociación entre la tipología, la integración, la ocupación y el desarrollo familiar con el mayor o menor consumo de alcohol. Lo que significa que este último está más asociado a factores externos y del propio individuo.

Según Medina Mora Ma. y Cols, ²⁹ la familia nuclear sigue caracterizando a la población mexicana, pues el 73.7% de la población del país pertenece a esta categoría, sin embargo, se observa un incremento de 4% entre 1976 y 1995 (22% y 26.2% respectivamente) en el número de familias extensas y de familias monoparentales (de 6.8%, en 1976 a 13.5% en 1995) en esta investigación sigue caracterizando a la familia nuclear 51.3%, pero con incremento en la monoparental 16.7% y reconstruida 6.0% para la población estudio.

6 Conclusiones

- La etiología del alcoholismo seguirá siendo una cuestión abierta. Por sus implicaciones sociales, el alcoholismo, al igual que otras conductas adictivas, debe ser abordado por medio de estrategias de investigación e intervención oportuna.
- Se reafirma la utilidad del AUDIT como un instrumento altamente efectivo para estratificar el consumo de alcohol.
- El consumo de alcohol es un problema de origen individual: el cual debe ser tratado por el médico de familia bajo este precepto.
- Como médico familiar, es importante tener siempre presente esta enfermedad dentro de la consulta diaria, principalmente en los grupos de riesgo como el de este estudio.

7 Bibliografía

- 1.-Huerta GJ, Medicina familiar. La familia en el proceso salud enfermedad.1ra ed: Alfil. México 2005
- 2.-Irigoyen CAE. Nuevos fundamentos de medicina familiar .Medicina Familiar Mexicana.2da ed. México: 2004
- 3.-Membrillo LA, Rodríguez LJ, Quiroz PJ. Curso Básico de Medicina Familiar Universidad Nacional Autónoma a de México: 2004
- 4.-Garza E, Trabajo con familias .La Familia 1ra ed. Facultad de Medicina Universidad Nacional Autónoma de México: 1997; 13-18
- 5.-De la Revilla L, Conceptos e instrumentos de la atención familiar .Ediciones Doyma Barcelona España 1994 7-15
- 6.-De la Revilla L, Fleitas L, Prados MA, De los Ríos A. El genograma en la evaluación del ciclo vital familiar natural y de sus dislocaciones. Aten Prim 1998; 21(4)
- 7.- Alegre PY, Suárez BM. Instrumentos de atención a la familia: El familiograma y APGAR familiar; Rampa 2006; 1(1):48 – 57.
- 8.-Navarro GA, Ponce RR, Monroy CC, Trujillo BE, Irigoyen CA, Gómez CF. Estrategias para la elaboración de genogramas para residentes de medicina familiar. Arch Med Fam 2004: 6(3) 78-83
- 9.-Waters I, Watson W, Wetzel W. Genograms practical tools family physicians .Can Fam Physician1994; 40: 282-287.
- 10.- Irigoyen CAE. Nuevos fundamentos de medicina familiar .Medicina Familiar Mexicana.1ra ed. México; 2002 57-71
- 11.- Silva Mathews I, Pillon C. Factores Protectores y de Riesgo asociados al uso de alcohol en adolescentes hijos de padres alcohólicos en el Perú. Rev. Latino am Enfermagem 2004; 12 (núm. esp) 359-368
- 12.- Willian WH, Sondheimer MJ, Myron JL, Robin RD. Diagnóstico y tratamiento pediátrico.14 ed. Manual Moderno: 2006
13. - Vázquez HM, Wagner AF, Mondragón VE, Borges G, Lazcano PE. Inicio en el Consumo de Alcohol y Tabaco y Transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. Salud Pub Méx 2004; 46(2):132-140.

- 14.- Programa de acción de adicciones Alcoholismo y Abuso de Bebidas Alcohólicas. 1ra Ed. 2001 Secretaria de Salud:
www.ssa.gob.mx/unidades/conadic. Fecha de consulta 2008
- 15.- Rodríguez SI, Castillo LI, Torres LJD, Jiménez HY, Zurita PDM. Alcoholismo y adolescencia, tendencias actuales. Rev psiquiatría y de psicología del niño y adolescente 2007; 7(1)
- 16.-Thomas F. Babor JC. Higgins-Biddle, John B, Monteiro G.AUDIT Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol.Ed Organización Mundial de la Salud Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias: 2001
- 17.-Solís RL, Cordero OM, Cordero OR, Martínez M. Caracterización del nivel de dependencia al alcohol entre habitantes de la ciudad de México. Salud Mental 2007; 30(6): 62-68.
- 18.-Medina MME, Cravioto P, Villatoro J, Fleiz BC, Kuri MP, Ruiz GLC, Mora CL, Corona UMG, Castejón VJM, Galván F, García BAR. Encuesta Nacional de Adicciones, 2002, CONADIC, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, INPRFM, Dirección General de Epidemiología, DGE, Instituto Nacional de Estadística, INEGI; México
- 19.- Villatoro J, Fleites BC, Medina MME, Bermudez I. Consumo de drogas Alcohol y Tabaco en estudiantes del D.F medición otoño 2003 reporte global INP-SEP México:2004
- 20.-Navarro AS, Guerrero RJ, Borgues G. Alcohol, Tabaco y deterioro cognitivo en adultos mexicanos mayores de 65 años. Salud Púb Méx 2007; 49(supl 4):467-474.
- 21.- Musayón O, Torres D, Sánchez D, Chávez. Factores de riesgo del consumo de bebidas Alcohólicas en escolares de educación secundaria. Invest Educ Enferm 2005; 23(1): 54-67.
- 22.- Ribera OM, Villar LMA. Factores de riesgo para el consumo de alcohol en escolares de 10 a 18 Años, de establecimientos educativos fiscales en la ciudad de la Paz Bolivia año (2003 – 2004).Rev. Latino-am Enfermagem 2005; 13 (núm esp) 880-7
- 23.-Natera RG, Borges G, Medina MME, Solís RL, Tiburcio SM. La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres. Salud Pub Méx 2001; 43(1) 17-26

- 24.-Morales G, Fernández G, Tudón G, Escobedo D, Zarate A, Madrazo N. Prevalencia de consumo riesgoso y dañino de alcohol en derechohabientes de Instituto Mexicano del Seguro Social .Salud Pub Mex 2002; 44(2) 113-121
- 25.-Martinez H, López C, Armengal A. Intervención del Médico Familiar en Alcoholismo. Rev Med IMSS 2006; 44(2):181-188
- 26.- Tapia Conyer R. Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas. Manual Moderno 2da ed.
27. - Kasper LD, Fauci SA, Longo LD, Braunwald E, Hauser LS, Jameson LJ. Harrison Principios de Medicina Interna 16a ed. Mc Graw Hill: 2005
- 28.-Szerman N. Tratamiento farmacológico del paciente alcohólico en el siglo XXI .Salud Mental Aten Prim 2004; 4(3) 1-7
- 29.-Medina M, Natera G, Borges G, Cravioto P, Fleiz Clara, Conyer T. Del siglo XX al Tercer Milenio, Las adicciones y la Salud Pública: Drogas, Alcohol y Sociedad .Salud Mental 2001; 24(4) 3-19
- 30.-Quiroz VN, Villatoro VJ, Juárez GF, Gutiérrez LM, Amador B, Medina MM. La familia y el maltrato como factores de riesgo de conducta antisocial. Salud Mental 2007; 30(4) 47-54
- 31.-Gómez CFJF, Irigoyen CAE, Ponce RER. Bases Para la Investigación en las Especialidades Médicas. Guía para el seminario de investigación del PUEM.1ra Ed. Medicina Familiar Mexicana México: 1999
- 32.- Gómez CFJF, Irigoyen CAE, Ponce RER. El tamaño de la muestra para proporciones con poblaciones mayores de 10 000 elementos. Aten Fam 2007; 14(2): 44-53
- 33.-Sánchez CIA, Roa SV, Gómez AC, Rodríguez ORA. Prevalencia de consumo riesgoso y dañino de alcohol en adolescentes de una escuela preuniversitaria urbana de Morelia. Rev. Cubana Pediatr 2008:80 (4)
34. - Diego MA, Field TM, Sanders CE. Academic performance, popularity and depression predict adolescent substance use 2003: Adolescence 38, 35, 42.

CUADRO 1 CARATERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

| Sexo | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Acumulativo |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------------------|
| Masculino | 67 | 44.7 | 44.7 |
| Femenino | 83 | 55.3 | 100.0 |
| Grupo de edad | | | |
| De 15 a 17 años | 83 | 55.3 | 55.3 |
| De 18 a 20 años | 54 | 36.0 | 91.3 |
| De 21 en adelante | 13 | 8.7 | 100 |
| Grado escolar | | | |
| Segundo | 72 | 48.0 | 48.0 |
| Cuarto | 78 | 52.0 | 100.0 |
| Turno escolar | | | |
| Matutino | 71 | 47.3 | 47.3 |
| Vespertino | 79 | 52.7 | 100.0 |
| Edad del padre por grupos | | | |
| De 0 | 9 | 6.0 | 6.0 |
| De 33 a 40 años | 45 | 30.0 | 36.0 |
| De 41 a 48 años | 67 | 44.7 | 80.7 |
| De 49 o más años | 29 | 19.3 | 100.0 |
| Edad de la madre por grupo | | | |
| De 32 a 40 años | 67 | 44.7 | 44.7 |
| De 41 a 49 años | 73 | 48.7 | 93.3 |
| De 50 o más años | 10 | 6.7 | 100.0 |
| Numero de hermanos por grupo | | | |
| De 0 a 2 hermanos | 83 | 55.3 | 55.3 |
| De 3 a 4 hermanos | 53 | 35.3 | 90.7 |
| De 5 a 6 hermanos | 14 | 9.3 | 100.0 |

FIGURA 1. RESULTADOS DEL FAMILIOGRAMA EN RELACIÓN CON LA ESTRUCTURA FAMILIAR

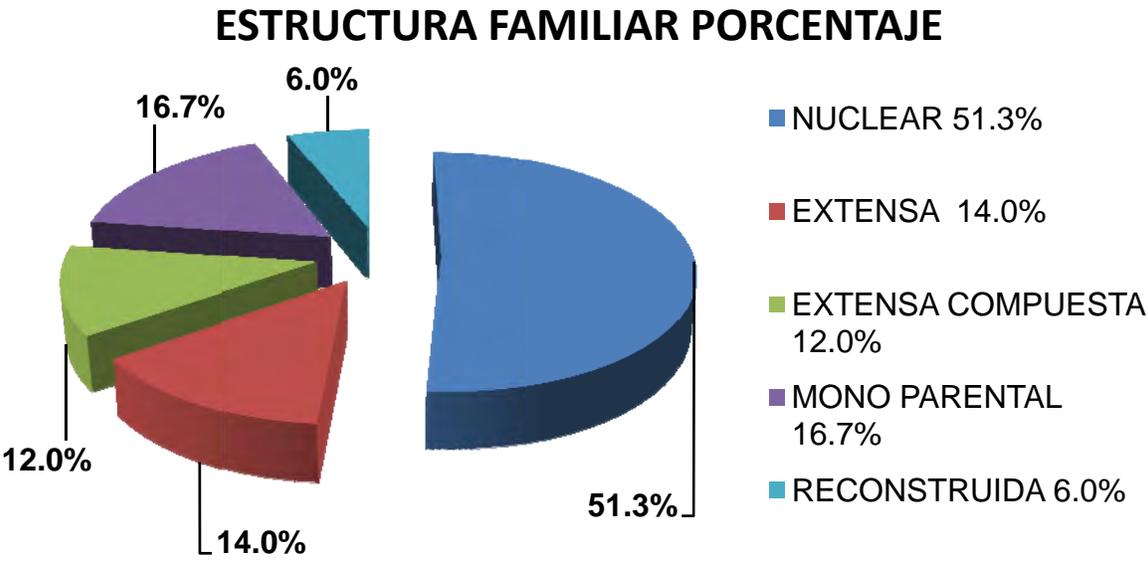


FIGURA 2. RESULTADOS DEL FAMILIOGRAMA EN RELACIÓN A LA INTEGRACIÓN FAMILIAR

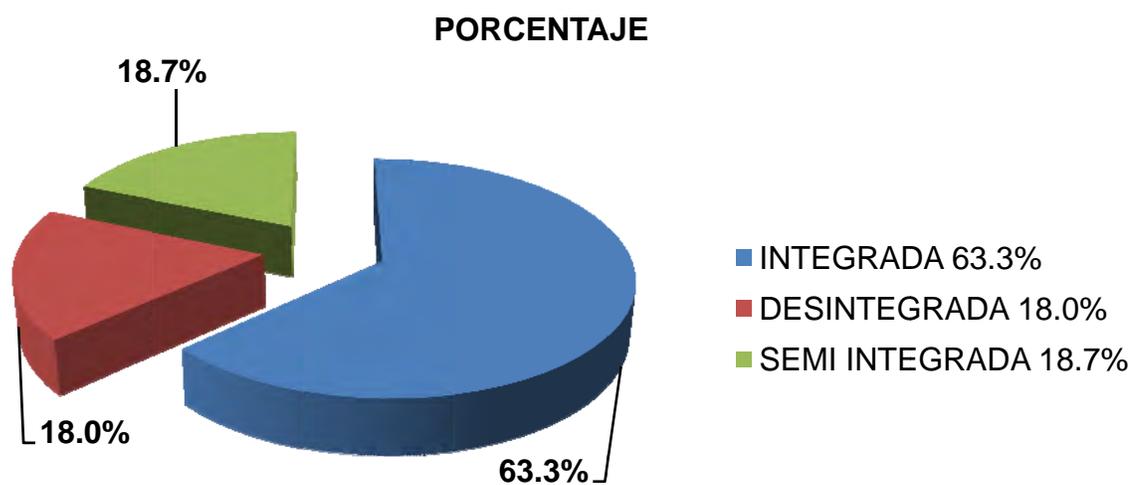
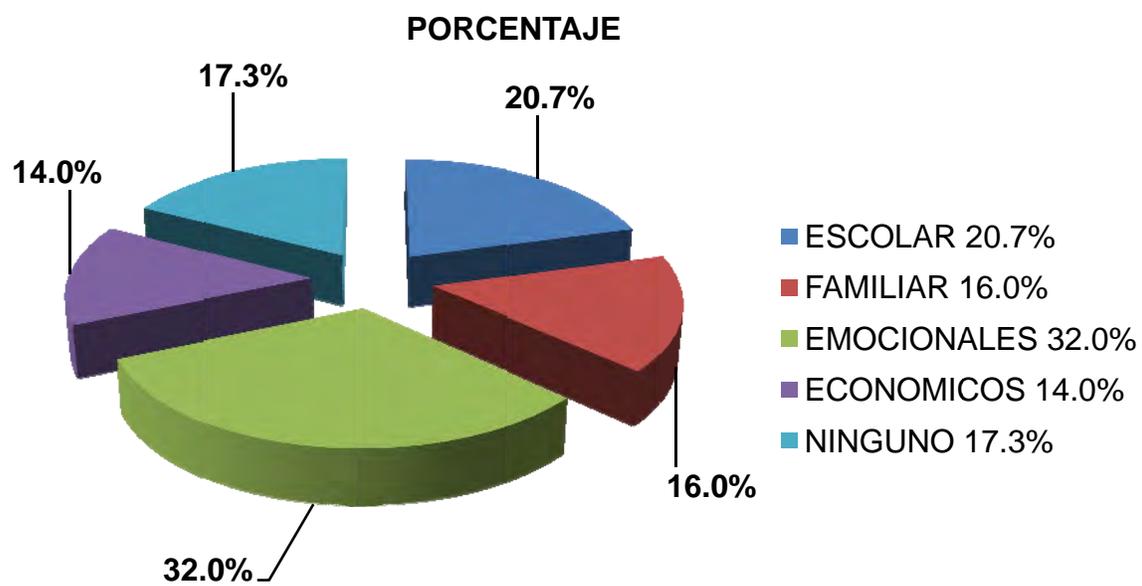


FIGURA 3. RESULTADOS DEL FAMILIOGRAMA EN RELACIÓN CON LOS ACONTECIMIENTOS VITALES.



CUADRO 2 RESULTADO DEL FAMILIOGRAMA

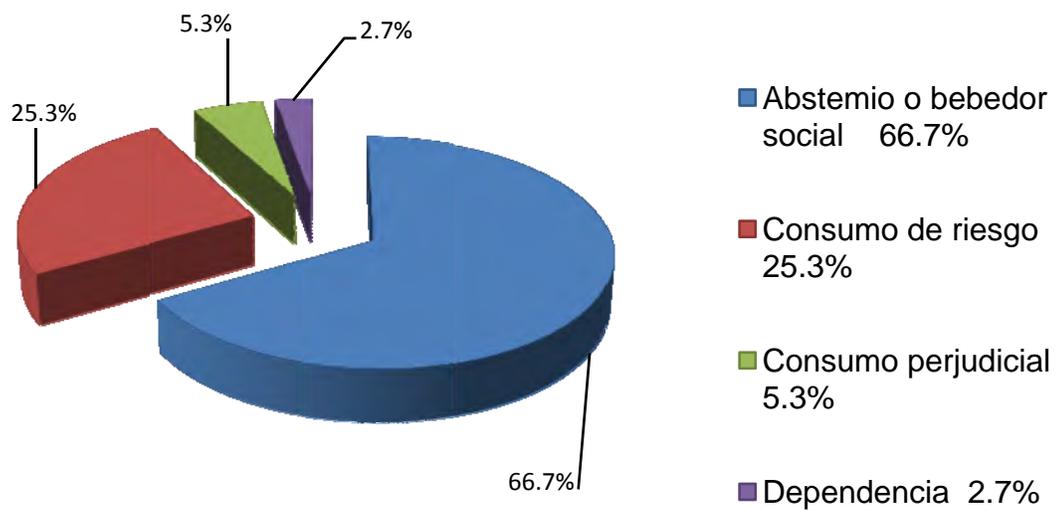
| DESAROLLO FAMILIAR | | | |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|-------------------------------|
| | FRECUENCIA | PORCENTAJE | PORCENTAJE ACOMULATIVO |
| TRADICIONAL | 76 | 50.7 | 50.7 |
| MODERNA | 74 | 49.3 | 100.0 |
| DEMOGRAFIA FAMILIAR | | | |
| | FRECUENCIA | PORCENTAJE | PORCENTAJE ACOMULATIVO |
| URBANA | 144 | 96.0 | 96.0 |
| RURAL | 6 | 4.0 | 100.0 |
| INTEGRACIÓN FAMILIAR | | | |
| | FRECUENCIA | PORCENTAJE | PORCENTAJE ACOMULATIVO |
| INTEGRADA | 95 | 63.3 | 63.3 |
| DESINTEGRADA | 27 | 18.0 | 81.3 |
| SEMIINTEGRADA | 28 | 18.7 | 100.0 |
| OCUPACIÓN FAMILIAR | | | |
| | FRECUENCIA | PORCENTAJE | PORCENTAJE ACOMULATIVO |
| CAMPESINA | 5 | 3.3 | 3.3 |
| OBRAERA | 117 | 78.0 | 81.3 |
| PROFESIONAL | 28 | 18.7 | 100.0 |
| CICLO VITAL FAMILIAR | | | |
| | FRECUENCIA | PORCENTAJE | PORCENTAJE ACOMULATIVO |
| DISPERSIÓN | 150 | 100.0 | 100.0 |

CUADRO 3 RESULTADO DE RELACION ENTRE MIEMBROS DE LA FAMILIA

| RELACIONES CONFLICTIVAS CONYUGALES | | | |
|---|-------------------|-------------------|-------------------------------|
| | FRECUENCIA | PORCENTAJE | PORCENTAJE ACOMULATIVO |
| SI | 48 | 32.0 | 32.0 |
| NO | 102 | 68.0 | 100.0 |
| RELACIONES CONFLICTIVAS PADRE-HIJO | | | |
| | FRECUENCIA | PORCENTAJE | PORCENTAJE ACOMULATIVO |
| SI | 63 | 42.0 | 42.0 |
| NO | 87 | 58.0 | 100.0 |
| RELACIONES CONFLICTIVAS ENTRE HERMANOS | | | |
| | FRECUENCIA | PORCENTAJE | PORCENTAJE ACOMULATIVO |
| SI | 32 | 21.3 | 21.3 |
| NO | 118 | 78.7 | 100.0 |

FIGURA 4 RESULTADOS DE LA CALIFICACIÓN DEL AUDIT

CALIFICACIÓN DEL AUDIT PORCENTAJE



**CUADRO 4 RESULTADOS DE LA RELACIÓN ENTRE LA CALIFICACIÓN DEL
AUDIT Y LOS DATOS OBTENIDOS DEL FAMILIOGRAMA**

| Estructura Familiar | N | Rango promedio | Valor de significancia | Probabilidad |
|--------------------------------|----------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| Nuclear | 77 | 73.14 | .871 | Estadísticamente No Significativo |
| Extensa | 21 | 74.60 | | |
| Extensa compuesta | 18 | 79.89 | | |
| Monoparental | 25 | 81.10 | | |
| Reconstruida | 9 | 73.50 | | |
| Integración Familiar | N | Rango promedio | Valor de significancia | Probabilidad |
| Integrada | 95 | 73.81 | .558 | Estadísticamente No Significativo |
| Desintegrada | 27 | 82.,24 | | |
| Semiintegrada | 28 | 74.75 | | |
| Ocupación Familiar | N | Rango promedio | Valor de significancia | Probabilidad |
| Campesina | 5 | 83.90 | .869 | Estadísticamente No Significativo |
| Obrera | 117 | 75.23 | | |
| Profesional | 28 | 75.14 | | |
| Acontecimientos vitales | N | Rango promedio | Valor de significancia | Probabilidad |
| Escolar | 31 | 84.08 | .108 | Estadísticamente No Significativo |
| Familiar | 24 | 66.79 | | |
| Emocionales | 48 | 79.02 | | |
| Económicos | 21 | 60.36 | | |
| Ninguno | 26 | 79.04 | | |
| Desarrollo Familiar | N | Rango promedio | Valor de significancia | Probabilidad |
| Tradicional | 76 | 73.66 | .526 | Estadísticamente No significativa |
| Moderna | 74 | 77.39 | | |
| Demografía Familiar | N | Rango promedio | Valor de significancia | Probabilidad |
| Urbana | 144 | 74.74 | .207 | Estadísticamente No significativa |
| Rural | 6 | 93.67 | | |

**CUADRO 5 RESULTADOS DE LA RELACION ENTRE LA CALIFICACION DEL
AUDIT Y LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS**

| Grupos de Edad | N | Rango promedio | Valor de significancia | Probabilidad |
|-----------------------|-----------|-----------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| De 15 a 17 años | 83 | 73.22 | .182 | Estadísticamente No Significativo |
| De 18 a 20 años | 54 | 74.80 | | |
| De 21 en adelante | 13 | 92.96 | | |
| Grupo Escolar | N | Rango promedio | Valor de significancia | Probabilidad |
| Segundo | 72 | 73.67 | .549 | Estadísticamente No Significativo |
| Cuarto | 78 | 77.19 | | |
| Turno Escolar | N | Rango promedio | Valor de significancia | Probabilidad |
| Matutino | 71 | 71.64 | .213 | Estadísticamente No Significativo |
| Vespertino | 79 | 78.97 | | |
| Sexo | N | Rango promedio | Valor de significancia | Probabilidad |
| Masculino | 67 | 85.19 | .003 | Estadísticamente Significativo |
| Femenino | 83 | 67.68 | | |

Anexo 1 Ficha de identificación y AUDIT

Nombre _____

Edad _____

Sexo _____ Grado escolar _____ Fecha _____

Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol:

| | |
|--|--|
| <p>1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? (0) Nunca (Pase a las preguntas 9-10) (1) Una o menos veces al mes (2) De 2 a 4 veces al mes (3) De 2 a 3 veces a la semana (4) 4 o más veces a la semana</p> <p style="text-align: right;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> | <p>6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p> <p style="text-align: right;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> |
| <p>2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? (0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7, 8, o 9 (3) 10 o más</p> <p style="text-align: right;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> | <p>7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p> <p style="text-align: right;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> |
| <p>3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario <i>Pase a las preguntas 9 y 10 si la suma total de las preguntas 2 y 3 = 0</i></p> <p style="text-align: right;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> | <p>8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p> <p style="text-align: right;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> |
| <p>4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p> <p style="text-align: right;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> | <p>9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año</p> <p style="text-align: right;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> |
| <p>5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p> <p style="text-align: right;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> | <p>10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año.</p> <p style="text-align: right;"><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> |

Anexo 2 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| Actividad planeación | 2007 MARZO | 2008 ABRIL | 2009 MAYO | 2009 JUNIO |
|------------------------------|---------------|---------------|--------------|---------------|
| Etapa planeación | | | | |
| Marco teórico | | | | |
| Material y métodos | | | | |
| Autorización proyecto | | | | |
| Prueba piloto | | | | |
| Etapa ejecución proyecto | | | | |
| Recolección de datos | | | | |
| Almacén de datos | | | | |
| Análisis de datos | | | | |
| Descripción de resultados | | | | |
| Discusión de resultados | | | | |
| Conclusión de resultados | | | | |
| Integración y revisión final | | | | |
| Reporte final | | | | |
| Autorización | | | | |
| Impresión de trabajo final | | | | |
| Solicitud de examen de tesis | | | | |