



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**



TÍTULO

**“TIPOLOGÍA FAMILIAR PREDOMINANTE Y LOS TRASTORNOS ASOCIADOS
AL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DEL PROGRAMA
JUVENIMSS UMF NO. 9.”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

JUAN ESTEBAN MEZA GARCÍA

ASESOR DE TESIS:

EUMIR PONCE DE LEON ALCARAZ.

AGUASCALIENTES, AGS. OCTUBRE DE 2020.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 9

TÍTULO

**"TIPOLOGÍA FAMILIAR PREDOMINANTE Y LOS TRASTORNOS ASOCIADOS
AL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DEL PROGRAMA
JUVENIMSS UMF NO. 9."**

TESIS

**PARA OBTENER EL GRADO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN:
MEDICINA FAMILIAR**

TESIS QUE PRESENTA:

JUAN ESTEBAN MEZA GARCÍA

**COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF 9**

EUMIR PONCE DE LEÓN ALCARAZ

PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

DR. DANIEL ALEJANDRO HERNÁNDEZ AVIÑA

AGUASCALIENTES, AGS. OCTUBRE DE 2020.



AGUASCALIENTES, AGS. A OCTUBRE 2020

CARTA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TESIS

**COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD 101
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1, AGUASCALIENTES**

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
P R E S E N T E**

Por medio de la presente, le informo que el Residente de la especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 2 con sede en la Unidad de Medicina Familiar No.9 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DR. JUAN ESTEBAN MEZA GARCIA

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**"TIPOLOGÍA FAMILIAR PREDOMINANTE Y LOS TRASTORNOS ASOCIADOS
AL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES EN EL PROGRAMA
JUVENIMSS EN LA UMF 9".**

Número de registro: R-2020-101-004 del Comité Local de Investigación y Ética en investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS.**

El Dr. Juan Esteban Meza Garcia asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente para que proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE

DR. EUMIR PONCE DE LEÓN ALCARAZ

DEDICATORIAS:

Dedico con todo mi corazón esta tesis, a mi madre (QEPD), pues ella fue el principal cimiento para la construcción de mi vida tanto personal como profesional; sentó en mis las bases de responsabilidad y deseos de superación; Me formó con reglas y algunas libertades, pero al final de cuentas, me motivó constantemente a alcanzar mis anhelos. Tus bendiciones que desde el cielo me envías, me protegen y me llevan por el camino del bien.

Gracias Socorrito.

Gracias también a mi hermana Estela (QEPD) por sus consejos, por su apoyo desde mi niñez, por velar por mis hermanos y por mi cuando faltó mi padre; por haberme forjado como la persona que soy ahora, ya que muchos de mis logros se los debo a Ella.

Gracias Dios, por haberme concedido la mejor de las hermanas.

Esta tesis, se la dedico con todo mi amor y cariño a Gisela, mi esposa, por llegar a mi vida y empezar juntos a construir un camino, que nos permita estar siempre unidos y felices. Gracias por estar siempre conmigo y apoyarme en las buenas y en las malas y aunque hemos pasado momentos difíciles siempre has estado ahí para brindarme tu comprensión, cariño y amor.

Gracias por aguantarme tanto mi Bury.

Si no los tuviera, mi vida no sería la misma. Cada vez que los veo siento más ganas de trabajar y seguir con el objetivo de alcanzar mis metas. Ustedes son el motor de mi vida y mi principal motivación. Para ti, Víctor y Miguel, muchas gracias hijos.

Tú, quien ha sido mi mano derecha durante la realización de este trabajo; gracias infinitamente por tu desinteresada ayuda, por ese apoyo incondicional, por echarme una mano siempre que lo necesité, por apoyarme y aportar considerablemente en mi proyecto. Te agradezco profundamente por la ayuda que me brindaste. Gracias Dulce, por este proyecto, por ser un gran ser humano y por haberme dado una nieta maravillosa.

AGRADECIMIENTOS:

Quiero agradecer, primeramente, a Dios, por su amor y bondad, por permitirme llegar a la culminación de mis metas y poder compartir mis logros con las personas que amo, ya que sin su ayuda y su infinita sabiduría esto no hubiera sido posible.

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento al Instituto Mexicano del Seguro Social, por brindarme esta oportunidad de superarme, tanto en mi vida profesional como personal, así como a todas esas personas que estuvieron involucradas de alguna u otra manera en mi superación académica.

Agradezco de forma especial a mi asesor de tesis, el Dr. Eumir Ponce de León Alcaraz por sus valiosos comentarios en la realización del documento.

Quiero agradecer también, al Dr. Rodrigo Ramírez Muñiz, por todo ese apoyo que me brindó, ya que es a quien le debo todas esas enseñanzas, que de manera desinteresada me compartió. Gracias por creer en mí, Profesor.

Agradezco infinitamente a la Dra. Ana Laura Sagaón, porque cuando la necesité, ahí estuvo siempre dispuesta a asesorarme.

Gracias a la vida por este nuevo triunfo, gracias a todas esas personas que me apoyaron y creyeron en la realización de esta tesis.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	1
ABSTRACT	3
I. INTRODUCCIÓN	5
II. MARCO TEÓRICO	6
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	6
ALCOHOLISMO	13
FAMILIA	16
TIPOLOGÍA FAMILIAR	17
MARCO CONCEPTUAL	20
III. JUSTIFICACIÓN	22
IV. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	25
V. OBJETIVOS	27
OBJETIVO GENERAL	27
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
VI. HIPÓTESIS	27
VII. MATERIAL Y MÉTODOS	27
TIPO DE ESTUDIO	27
UNIVERSO DE TRABAJO	27
POBLACIÓN DE ESTUDIO	28
POBLACIÓN ACTUAL	28
TIPO DE MUESTREO	28
TAMAÑO DE MUESTRA	28
UNIDAD DE ESTUDIO	31
CRITERIOS DE SELECCIÓN	31
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	31
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	31
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	31
DESCRIPCIÓN DEL TEST AUDIT INSTRUMENTO USADO EN LA INVESTIGACIÓN	32
DEFINICIÓN DE VARIABLES	40
VARIABLE DEPENDIENTE	40
VARIABLES INDEPENDIENTES	40
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	41

PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	44
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	45
CONDICIONANTES DEL PLAN DE ANÁLISIS	45
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO Y LOGISTICA	46
MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	47
ORGANIZACIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO	47
VIII. ASPECTOS ÉTICOS	48
IX. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	49
RECURSOS	49
HUMANOS	49
FÍSICOS Y TECNOLÓGICOS	49
FINANCIEROS	49
FINANCIAMIENTO	50
FACTIBILIDAD	50
X. RESULTADOS	51
XI. DISCUSIÓN	71
XII. CONCLUSIÓN	73
RECOMENDACIONES	73
XIII. ANEXOS	74
ANEXO 1. CRONOGRAMA	74
ANEXO 2. CARTA CONSENTIMIENTO	75
ANEXO 3. CARTA DE ASENTAMIENTO DE MENORES DE EDAD (8 A 17 AÑOS) 77	
ANEXO 5. CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	80
ANEXO 6. TEST AUDIT	81
ANEXO 7. MANUAL OPERACIONAL	82
XIV. BIBLIOGRAFÍA	84

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad.	51
Tabla 2. Sexo.	53
Tabla 3. Estado civil.	54
Tabla 4. Nivel de estudios.....	55
Tabla 5. Frecuencia de la tipología familiar del total de la muestra.	56
Tabla 6. Frecuencia del total de la puntuación del Test AUDIT.....	58
Tabla 7. Frecuencia del total de la puntuación del Test AUDIT por género.	59
Tabla 9. Frecuencia del total de la puntuación del Test AUDIT por tipología familiar.	61
Tabla 10. Frecuencia del consumo elevado y tipología familiar.	62
Tabla 11. Cantidad típica y tipología familiar.	63
Tabla 12. Frecuencia del consumo elevado y tipología familiar.	64
Tabla 13. Pérdida del control sobre el consumo y tipología familiar.....	65
Tabla 14. Consumo matutino y tipología familiar.	66
Tabla 15. Sentimiento de culpa tras el consumo y tipología familiar.	67
Tabla 16. Lagunas de memoria y tipología familiar.	68
Tabla 17. Lesiones relacionadas con el alcohol y tipología familiar.....	69
Tabla 18. Preocupación de otros por el consumo del adolescente y tipología familiar.	70

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Edad.....	52
Gráfica 2. Sexo.....	53
Gráfica 3. Estado civil.....	54
Gráfica 4. Nivel de estudios.....	55
Gráfica 5. Frecuencia de la tipología familiar del total de la muestra.....	57
Gráfica 6. Frecuencia del total de la puntuación del Test AUDIT.....	59
Gráfica 8. Frecuencia de los trastornos asociados al consumo de alcohol.....	60

ACRÓNIMOS

IMSS: Instituto Mexicano de Seguro Social.

UMF: Unidad Médica Familiar.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

AUDIT: Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

La presente investigación se efectúa por un investigador principal, teniendo únicamente un investigador asociado, cuyos datos de investigación se concentran en la tabla 1.1.

ASPECTO	TESISTA	TUTOR
<i>Nombre</i>	Juan Esteban Meza García.	Eumir Ponce de León Alcaraz.
<i>Matricula</i>	99010287	99103101
<i>Lugar de adscripción</i>	Unidad de Medicina Familiar Número 9.	Unidad de Medicina Familiar Número 9.
<i>Lugar de trabajo</i>	Unidad de Medicina Familiar Número 9.	Unidad de Medicina Familiar Número 9.
<i>Número telefónico</i>	449 123 65 14.	449 898 87 85.
<i>Correo electrónico</i>	jmeza692000@yahoo.com.mx	dreumirponce@hotmail.com

Tabla 1.1 *Datos de identificación.*

RESUMEN

Título del Protocolo: “Tipología Familiar predominante y trastornos asociados al consumo de alcohol en adolescentes registrados en el programa JuvenIMSS en la UMF 9”.

Antecedentes: Existen diversos estudios referentes al tema de alcoholismo en nuestro país, para describir los trastornos ocasionados por el consumo de alcohol (consumo excesivo, perjudicial y dependiente) según edad, trabajo remunerado en adolescentes y jóvenes. Estos estudios utilizaron y demostraron también la confiabilidad, la validez y el poder de discriminación en la población mexicana del AUDIT el cual es un instrumento con validez transcultural que ha sido probada en población mexicana y en otros países con una sensibilidad de 90% y especificidad del 94% y una confiabilidad aceptable. Diferentes estudios lo han validado en poblaciones de adolescentes, los cuales reportan que es el instrumento que mejor identifica el uso y problemas o trastornos relacionados con el alcohol en adolescentes y jóvenes. (1)

Objetivo: Determinar la tipología familiar que predomina en la frecuencia y en los trastornos asociados al consumo de alcohol en adolescentes registrados en el programa JuvenIMSS en la UMF 9.

Material y métodos: El material es proporcionado por el propio investigador principal. En cuanto a la metodología se realizará un estudio observacional y transversal con una muestra aleatoria simple de un total de 455 adolescentes adscritos al programa JuvenIMSS de la UMF 9. Se les aplicará una encuesta para obtener datos sociodemográficos y para la detección de trastornos ocasionados por el consumo de alcohol. La Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolló el “Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol” (AUDIT, por sus siglas en inglés) el cual es un cuestionario de tamizaje de 10 reactivos para detectar el riesgo de consumo de alcohol y para identificar a personas que pueden beneficiarse al reducir o abandonar el consumo de alcohol.

El instrumento en sus primeras 3 preguntas se refiere a la frecuencia del consumo y las otras 7 se refieren a los trastornos causados por el alcohol.

Recursos e infraestructura: Los recursos serán proporcionados y absorbidos por el propio tesista, la infraestructura será las instalaciones de la UMF No.9, donde se llevará a cabo la investigación.

Experiencia del grupo y tiempo a desarrollarse: Investigador principal, médico residente de tercer año de la Especialidad de Medicina Familiar modalidad semipresencial con experiencia en la atención del paciente en primer nivel en el IMSS desde el año 2000, así como en la docencia a nivel medio superior desde 1997.

Asesor metodológico con experiencia en la docencia en línea en el IMSS desde 2014, docente presencial de cursos de educación continua desde 2013, docente adjunto de residentes en materia de medicina familiar desde 2016, revisor de tesis desde 2016, investigador asociado de tesis en 2015 al 2018, maestría basada en evidencia, diplomado en estadística y en metodología en 2018, jefe de enseñanza en la UMF 9.

El tiempo requerido para la realización de este estudio comprende de noviembre 2019 a agosto 2020.

ABSTRACT

Title: “Type of family in the frequency and the disorders associated to the alcohol consumption in teenagers registered in the JuvenIMSS program in the UMF 9”.

Background: There are different studies referring the topic of alcoholism in our country, to describe the disorders caused by the alcohol consumption (excessive, harmful and dependent consumption) according to age, and job in teenagers and young adults. These studies also used and demonstrated the reliability, validity and the power of discrimination in the Mexican population through the AUDIT, which is a transcultural valid instrument that has been proved in Mexican and other countries population with a sensibility of 90% and specificity of the 94% and an acceptable reliability.

Several studies have validated it in teenage population, which report that it is the instrument that best identifies the use and problems, or disorders related to alcohol in teenagers and young adults. (1)

Objective: To determine the type of family that predominates in the frequency and the disorders associated to the consumption of alcohol in teenagers registered in the program JuvenIMSS in the UMF 9.

Material and methods: the material is given by the main researcher himself. Regarding the methodology, an observational and transversal study will be done with a random sample of a total of 455 teenagers attached to the program JuvenIMSS at UMF 9. A survey will be applied to obtain sociodemographic data and the detection of disorders caused by the alcohol consumption. The World Health Organization developed the Alcohol Use Disorders Identification Test, which is a 10 items questionnaire to detect the risk in alcohol consumption and to identify people that can benefit by reducing or quitting the alcohol consumption. The instrument, in the first 3 questions, refers to the frequency of intake, and the other seven refer to the disorders caused by alcohol.

Resources and infrastructure. The resources will be provided by the main researcher himself, the infrastructure will be the facilities of the UMF 9, where the research will take place.

Group experience and timing: Main researcher, third-year of specialty in Family Medicine in blended modality, with experience in the first level of patient attention in the IMSS since the year 2000, as well as in teaching in high school level since 1997. Methodologic advisor with online teaching experience at the IMSS since 2014, face to face teacher of continuous education courses since 2013, attached teacher of residents in the family medicine subject since 2016, thesis reviser since 2016, associated researcher of four thesis from 2015 to 2018, master's degree based in evidence, diploma degree in statistics and methodology in 2018, head of teaching in the UMF 9.

The required time to make this study is from November 2019 to august 2020.

I. INTRODUCCIÓN

En muchos países es motivo creciente de preocupación el uso nocivo de alcohol entre adolescentes y jóvenes, sin ser México la excepción, el consumo de bebidas alcohólicas en las reuniones sociales es frecuente en muchos lugares del mundo, pero puede tener consecuencias sanitarias y sociales negativas relacionadas con sus propiedades tóxicas y la dependencia que puede producir. Además de las enfermedades crónicas que, el consumo de alcohol también se asocia a un aumento del riesgo de padecer afecciones agudas, tales como las lesiones, y otros trastornos asociados al consumo de alcohol.

Estudios diversos han encontrado que existe la posibilidad de que la tipología familiar tenga cierta incidencia en el consumo de alcohol de los adolescentes, por esta razón el presente estudio se enfoca en el análisis de las familias y del riesgo o daño en la salud de un grupo de adolescentes pertenecientes a la Unidad Médica Familiar 9 del Estado de Aguascalientes, con el fin de visualizar si un determinado tipo de familia es más frecuente o no entre adolescentes que presentan un mayor número de trastornos asociados al consumo de alcohol.

En la presente investigación se hace uso de dos instrumentos que permiten la recolección de datos; uno, el Test AUDIT para identificar si los adolescentes presentan trastornos asociados al consumo de alcohol; y, dos, un cuestionario que permite identificar la tipología familiar a la que pertenecen los adolescentes.

II. MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Después de una búsqueda sistematizada en idioma español e inglés en plataformas virtuales de información, tales como: CONRICYT, PubMed, Medscape, Up To Date, Google academic, entre otros, se encontraron un total de 1250 artículos con las palabras clave, relacionados al tema en cuestión, de los cuales solo 6 artículos, se apegaron y cumplieron con los criterios de selección, los cuales se describen a continuación:

Feito C.L., Aza B.G., en el año de 2016, elaboran un estudio llamado “EL PAPEL DE LA FAMILIA EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS DE ADOLESCENTES Y JÓVENES ESPAÑOLES”. El objetivo de este estudio fue analizar la relación de distintas variables familiares, conflicto interparental, comportamiento parental y el tipo de familia y el consumo de sustancias en adolescentes y jóvenes españoles. La muestra de este estudio de 88 jóvenes entre ellos 46 mujeres y 42 hombres con edades comprendidas entre los 15 y 23 años.

El tipo de estudio realizado es un cuasiexperimento, se trata de un diseño transversal con un grupo de tratamiento y un grupo control no equivalente. Con respecto a la muestra, participaron en este estudio 88 sujetos, 42 hombres y 46 mujeres entre 15 y 23 años de edad, procedentes de diversas comunidades autónomas de España, principalmente de Madrid. El grupo tratamiento fue seleccionado de Proyecto Hombre Madrid institución especializada en el tratamiento de consumo de drogas incluyendo el alcohol. El grupo control formado por alumnos estudiantes de psicología de la Universidad Pontificia de Comillas de Madrid. El grupo tratamiento formado por 42 adolescentes y jóvenes adultos (20 mujeres y 22 hombres) consumidores de alcohol, tabaco y/o drogas ilegales. El grupo control constituido por 46 sujetos (26 mujeres y 20 hombres) que podrían ser consumidores de alcohol y tabaco.

El grupo tratamiento tiene mayor número de hombres (n=22) con respecto al grupo control que tiene un mayor porcentaje de mujeres (n=26). Ambos grupos se observa que tienen en su mayoría hermanos (78%) y el lugar que ocupan es el del hermano menor. La tipología familiar que obtiene un mayor porcentaje en ambos grupos es la familia nuclear, aunque se observa mayor número de familias separadas (desintegradas) y monoparentales en el grupo tratamiento.

La información fue recogida mediante un cuestionario respondido por los propios adolescentes el cual contiene variables descriptivas como tipo de familia, nivel socio económico familiar, nivel de estudios de los padres, número de hermanos, lugar que ocupa entre los hermanos y datos de historia familiar de consumo de drogas y/o alcohol. También utilizaron CPIC - Escala de Percepción de los Hijos del Conflicto Interparental (Children's Perception of Interparental Conflict Scale, CRPBI- Cuestionario de estilos parentales adaptado del Child Reports of Parental Behavior Inventory.

El procedimiento fue llevado a cabo en diciembre del 2015 hasta abril del 2016. La aplicación de las escalas fue de aproximadamente 20 minutos. En los resultados se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el conflicto interparental entre el grupo que consume sustancias (Media= 25,21; DT= 16,56) y el grupo de adolescentes y jóvenes adultos que no consumen drogas (Media = 19,17; DT= 7,657), $t(86)=2,22$; $p<,001$. En cuanto a la estructura familiar se encontró lo siguiente: Familia Nuclear 61,90%, 80,43%, Separados 14,28%, 6,52% Monoparental 21,42%, 13,04% Reconstituida 2,38%, 0%, grupo tratamiento y control respectivamente. Respecto al nivel socioeconómico predomina el nivel medio con un 61.9%. (2)

Ferrer B, A., Gandolfo. G. R., García L. C., Lidon Ch. C., efectúan un estudio en el año de 2013 titulado "Grado de influencia de la familia sobre la edad de inicio de consumo de alcohol en adolescentes" el cual tiene como objetivo investigar el grado de influencia de la familia sobre la edad de inicio en el consumo de alcohol en adolescentes. Dicho trabajo es de tipo correlacional y con el se verificará la relación que existe entre las variables.

El estudio se realiza en diversos institutos elegidos aleatoriamente entre las zonas de Alicante. La muestra fue de 300 individuos adolescentes cuyas edades oscilan entre 11 y 15 años con el requisito indispensable de que sean consumidores de alcohol. Para la realización de la investigación se aplicaron dos cuestionarios auto aplicados a cada adolescente. En ellos se mide la influencia sobre la edad de inicio, los siguientes factores: modelo educativo familiar, número de consumidores de alcohol habituales en la familia, estado civil de los padres o estructura familiar, tiempo invertido en la relación paterno-filial y nivel educativo de los padres.

El método fue el siguiente: muestra compuesta por 300 adolescentes sin tomar en cuenta el género al tratarse de un estudio centrado en la influencia familiar. Se reparte la elección de la muestra en diferentes zonas de la ciudad. Una vez seleccionados al azar los centros de educación, se piden los permisos

necesarios para la realización de este estudio. La información se lleva a cabo de forma grupal, garantizando la confidencialidad de los datos.

En este estudio, se eligió un enfoque cualitativo de diseño correspondiendo con el tipo correlacional, pues el objetivo es realizar una comparación de las diversas variables. Esto se debe a que el diseño correlacional se basa en la observación y el análisis de factores sin manipular las variables desde un estudio explicativo. El análisis de datos se efectuará mediante un programa estadístico (SPSS). Se traducirá los datos obtenidos de cada individuo en puntuaciones numéricas, posteriormente se realizarán los análisis de correlación de Pearson para un nivel de confianza de 95%.

Dentro de los resultados se observó que la presencia de consumidores en la familia, es un factor de riesgo para la edad de inicio de consumo de alcohol en el adolescente, debido a la tendencia de imitar las conductas de consumo de los familiares. Por otra parte, un modelo educativo familiar de carácter “autoritario”, “permisivo” o “indiferente” favorecerá una edad de consumo a menor edad en el adolescente. Así mismo un estado civil de separación o divorcio, es decir una familia monoparental, favorecerá una edad de inicio de consumo de alcohol mas temprana en el adolescente.

La causa es que la ausencia de una figura paternal provoca una disminución de la autoridad percibida en el ámbito familiar. Por otro lado, un nivel educativo bajo de los padres, favorece una edad de inicio temprana en el consumo de alcohol en el sujeto. Finalmente, se concluye, que una cantidad de tiempo escasa, invertida en la relación paterno-filial favorecerá una edad de inicio temprana en el consumo de alcohol en el adolescente. Los motivos principales son que las interacciones habituales entre padres, madres e hijos transmiten a nivel global, un control y/o educación que beneficie la cantidad de conocimientos preventivos sobre sustancias negativas para la salud, en este caso el alcohol. (3)

Rees R., Valenzuela A., en el año de 2018, en su investigación que titulan “Características de la estructura individual y familiar de un grupo de adolescentes abusadores de alcohol y / o cannabis” formuló como objetivo de este estudio el describir la personalidad y otras características individuales en un grupo de adolescentes consumidores de alcohol y / o cannabis y las características estructurales de sus familias.

Este tipo de estudio es descriptivo y de corte transversal. Se reclutó a todos los adolescentes que consultaron en el Centro Terapéutico RUKANTU entre enero y junio de 2016). Se decidió excluir a los adolescentes institucionalizados y a los que presentaran comorbilidad con un trastorno psicótico o del ánimo y/o retraso mental

moderado a severo y/o daño orgánico cerebral. Se reunió a veintitrés adolescentes con sus familias; dos presentaban una depresión mayor y uno una esquizofrenia, por lo que fueron excluidos del estudio; cuatro no completaron las evaluaciones, tres debido a inasistencias reiteradas y uno por detención del adolescente, arrojando un grupo final de 16 sujetos.

Cada adolescente fue evaluado de forma individual por medio de una entrevista arrojaba los siguientes datos: nombre, edad, sexo, escolaridad, antecedentes mórbidos físicos y psiquiátricos, historia sexual, actividades recreacionales y extraprogramáticas, antecedentes penales o delictuales, actividad laboral y características del consumo: droga, edad de inicio, frecuencia, forma individual o grupal y poliabuso. El diagnóstico individual se realizó según el DSM-IV. En la misma ocasión se aplicó el Minnesota Multiphasic Personality Inventory I MMPI-I. Para la caracterización estructural de las familias se escogió el MCO-3D por conectar aspectos extraídos de la investigación con sus aplicaciones prácticas clínicas, terapéuticas y evolutivas.

La familia fue encuestada para pesquisar los siguientes datos: número de integrantes, núcleo familiar (mono o biparental, reconstituido, etc.), ubicación entre los hermanos, edad, escolaridad, ocupación y antecedentes mórbidos de los padres y nivel socioeconómico. Respecto a los resultados, el grupo en estudio estuvo conformado por 12 hombres y 4 mujeres cuyas edades oscilaron entre los 14 y 18 años. La mayoría estudiantes y su rendimiento escolar bajo con calificaciones menor a 5.0. La muestra se compuso de diez familias biparentales y 5 monoparentales y en todas ellas era la madre el progenitor presente; sólo una era reconstituida. En ocho el adolescente abusador era el menor y en cuatro el mayor, uno era hijo único.

Los hallazgos respecto del consumo de alcohol y marihuana concuerdan con las estimaciones nacionales, que muestran que son las sustancias más consumidas, mayoritariamente por hombres, y que sus prevalencias de vida son de 28,4% y 16,8% respectivamente, el rango de la edad de inicio del consumo muestra que el abuso de sustancias sigue comenzando temprano en la adolescencia, pero pareciera que la edad mínima se ha adelantado hasta la prepubertad. En las familias llama la atención que en 2/3 están presentes ambos progenitores, pues se tiende a prejuiciar que el porcentaje de separación es alto.

De los 16 adolescentes estudiados, cinco pertenecían a una familia monoparental, diez a una familia nuclear y uno a una familia reconstituida. Los individuos mostraron rasgos de personalidad caracterizados por un bajo control impulsivo, una tendencia hacia comportamientos agresivos y distorsión de la prueba de realidad y una gran dificultad para el ajuste social. En relación con lo anterior también es interesante que la mitad de los sujetos eran el menor de los hermanos y un cuarto de ellos el mayor, existiendo casi otro cuarto en otras ubicaciones, lo que no sugiere una relación clara en la ubicación del sujeto entre los hermanos y el consumo de alcohol y/o drogas. (4)

Olivarez J.U. , Charro Baena,B. Prieto Urzua, M en el año de 2017 realizan un estudio denominado “ESTRUCTURA FAMILIAR Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES con el objetivo de analizar la relación entre el consumo de alcohol, la estructura o tipología familiar y el afecto que los adolescentes perciben de sus padres. La metodología fue un estudio descriptivo inferencial mediante un cuestionario ad hoc, muestreo estratificado de centros de E.S.O de Madrid, España.

Para este estudio se obtuvo una muestra de 2890 adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y 18 años. El 52.6% fueron varones y el 47.4% mujeres. se recabo una muestra representativa de adolescentes de la comunidad de Madrid procedentes de 10 centros educativos obligatorios de nivel de secundaria. se realizó un muestreo estratificado con error muestral del 2.5%, 95% de nivel de confianza y varianza poblacional del 50%. Se elaboró un cuestionario el cual estuvo estructurado en siete partes: variables sociodemográficas , uso y abuso de alcohol, práctica del botellón, motivos para consumir y abusar del alcohol y contexto relacional en el que se produce el uso del alcohol.

El afecto se evaluó con el ítem ¿sientes que tu familia te quiere? con tres opciones de respuesta (siempre, a veces, nunca). En cuanto a la estructura familiar (N=2890), el 79,8% de los adolescentes pertenecían a una familia nuclear, el 12,3% a una familia monoparental (el 11,1% monoparental y el 1,2% monoparental), el 5,2% vivía en una familia reconstituida (en el 3,8% la nueva unión conyugal la había realizado la madre, en el 0,3% la nueva pareja era por parte del padre y el 1,1% era una familia reconstituida, pero la custodia estaba compartida entre padre y madre, por lo que el adolescente vivía habitualmente con los dos), el 0,9% vivía con su familia extensa (abuelos, tíos, etc.), y por último, el 0,2% de casos eran adolescentes que se encontraban en un centro de Protección de Menores.

La edad media de inicio en el consumo de alcohol fue de 12.06 años. El 54.8% de los encuestados consumió alcohol al menos una vez en su vida, el 42.2% una vez el último año y el 24.9% en los últimos treinta días. La tipología familiar no resulto significativa para el consumo de alcohol, pero si para el abuso (19% de adolescentes pertenecientes a familias monoparentales y 12.5% a reconstituidas paternas) . Los pertenecientes a familias monoparentales eran los que más bebían a diario con sus pares (15,6%) y los de monoparentales los que más bebían solos en fines de semana (13,6%) o entre semana (6,4%).se encontró una relación significativa entre el afecto familiar percibido y el uso/abuso de alcohol.

El autor termina concluyendo que el tipo de familia incide en el abuso del alcohol de los adolescentes y la función del padre o la madre afecta en ello. El afecto familiar que percibe el adolescente actúa como un factor de protección

frente al alcohol ejerciendo un efecto preventivo de la presión del grupo de iguales para dicho consumo. (5)

Páez Cala, M.L. , Castaño, J.J realizan un estudio en el año de 2019 denominado “Familia y el uso y abuso de potenciales adictivos en jóvenes” con el objetivo de indagar la relación existente entre algunas variables familiares la funcionalidad familiar, la satisfacción familiar y la tipología familiar, con las conductas adictivas como el consumo de alcohol, de sustancias psicoactivas ilegales. Dicho estudio fue realizado en un contexto de estudiantes de pregrado de una universidad de Manizales, Colombia. Para cuantificar las variables referentes a la familia, se empleó el Apgar Familiar (funcionalidad familiar), el cuestionario de Olson (satisfacción familiar) y se caracterizó la tipología familiar.

Por otro lado, las variables referentes a la adicción se cuantificaron por medio del test de AUDIT, cuestionario DAST.. No se encontraron relaciones significativas entre las variables familiares y las variables de adicción a excepción, de la asociación identificada entre consumo de drogas y alcohol en presencia de hermanos en la familia, igualmente la familia monoparental o disarmonia entre la pareja el consumo de alcohol fue más alto por parte del hermano mayor.

En el estudio participaron 318 estudiantes de pregrado. El 60.1% mujeres, la edad promedio de la muestra fue de 17 a 23 años de estrato social 4. el 40.25% pertenece a familia nuclear. El consumo de alcohol es de 80.3%, el cuestionario de AUDIT muestra un consumo riesgoso de 42.6% entre quienes consumen bebidas alcohólicas. Las cifras anteriores muestran, en relación con el consumo, alto para la ingesta de alcohol, y para las drogas, dentro de lo esperado en poblaciones universitarias.

Como conclusión, el autor de este estudio confirma la relación entre las variables familiares y variables adictivas para estudiantes de secundaria pero no para universitarios. Producto de este estudio, se plantea de que para jóvenes universitarios, las variables familiares pierden su importancia en beneficio de otras variables como los amigos, búsqueda de autonomía y diferenciación e incluso independencia residencial de su familia. Finalmente esto permite afirmar que la conducta adictiva es determinada por factores individuales y contextuales que requieren un complejo abordaje. (6)

Vargas Navarro Pedro, Parra Vera Danilo y colaboradores en el año 2015 realizan un estudio denominado " estructura y tipología familiar en pacientes con dependencia o abuso de sustancias psicoactivas en un centro de rehabilitación de adicciones en el municipio de Chía Cundinamarca” con el objetivo de

determinar la tipología familiar de un grupo con dependencia o abuso de sustancias psicoactivas entre ellas el alcohol, que estaban en un centro de rehabilitación de adicciones.

Se aplicó el programa Atlas ti versión 5.5. A través de una metodología descriptiva cualitativa-interpretativa se estudió a 10 pacientes y sus familias que cumplieron con los criterios de inclusión los cuales fueron: mayores de 15 años, diagnóstico de dependencia y/o abuso de alcohol, marihuana, cocaína, o anfetaminas que cumplieran los criterios de inclusión del DSM-IV-TR y que se encontraran en plan terapéutico o fase de remisión, participar en un centro de adicciones. En la selección de la familia se consideró que estuviera presente al menos un miembro del núcleo primario o secundario del paciente.

El trabajo de campo se realizó durante tres meses mediante observación no participante, entrevista no estructurada y revisión de la historia clínica del paciente. Formaron el grupo 7 pacientes menores de 19 años (4 varones y 3 mujeres de 15-19 años), 1 mujer de 35 años ,2 varones adultos (1 de 24 años y otro de 56 años) y al menos un miembro de sus familias. En total 6 varones y 4 mujeres.

Todos los adolescentes eran estudiantes solteros, que llevaban entre 1 a 10 años de consumo con patrón diario. De los adultos una era desempleada, otro estudiaba y trabajaba y otro trabaja de forma independiente. Dos eran solteros y uno divorciado, llevaban entre 12 y 36 años de consumo. Se indagaron aspectos de la tipología familiar como poder, normas, vínculos, límites, existencia de triangulación, mitos, creencias, la expresión del afecto. Los resultados arrojaron que las familias entrevistadas, siete eran monoparentales vinculadas a la relación por separación, con una organización no convencional respecto a roles de género, dos nucleares y una reconstituida.

El autor concluye que la familia monoparental favorece la soledad, la dificultad para establecer reglas, la desidealización del padre en la estructura familiar. Finalmente se concluyó que en las 10 familias del estudio es frecuente encontrar características de la tipología familiar como la comunicación deficiente o inadecuada, la ausencia de autoridad, reglas y límites, la presencia de triangulaciones, falta de cohesión, y el cambio de roles convencionales respecto al género. La búsqueda del afecto de la madre ante la ausencia emocional y la falta del padre suscitada por la separación de la pareja , se encontró como un factor esencial subyacente al comportamiento adictivo o al consumo excesivo de alcohol y otras drogas , configurándose así, un patrón de abandono parental. (7)

ALCOHOLISMO

El consumo de alcohol en México forma parte de la vida cotidiana, ya sea como acto social y/o cultural. En los últimos años, se ha observado un aumento riesgoso en la tolerancia para el consumo de alcohol especialmente cuando está ligado a situaciones de diversión. Según datos obtenidos en la última encuesta ESTUDES, la edad promedio de inicio en el consumo de alcohol está en los 13.8 años de edad. La familia desempeña un papel crucial en el desarrollo del niño (a) tanto en el periodo infantil, como en la adolescencia.

El último informe Foessa (2015) pone de manifiesto cómo las tipologías familiares, las relaciones intrafamiliares han manifestado profundos cambios en nuestro país. Se ha diversificado la estructura familiar, aumentan las familias monoparentales (por separación o maternidad en solitario), las familias reconstituidas, familias homoparentales, familias muticulturales, etc., que suponen una diversidad de formas de vivir la familia en la actualidad. (8) La familia desempeña un papel de protección y resiliencia o bien, puede convertirse en un factor de riesgo respecto al consumo de alcohol. Respecto a la tipología familiar, diversos estudios comentan que la familia nuclear es el tipo con la que se asocia un menor consumo de alcohol por parte de los adolescentes.

Los que viven con ambos padres biológicos (familia nuclear) tienen menos probabilidad de consumir alcohol, en comparación con los que viven en familias con un solo progenitor (familia monoparental) o en familias con nuevas uniones conyugales (familia reconstituida). Por lo anterior, se ha encontrado que adolescentes que viven con padrastros o madrastas, tiene mayor probabilidad de consumir alcohol. Para algunos autores, la tipología familiar en sí, no es un elemento directo que influya en el consumo de alcohol en el adolescente; en cambio, el afecto y cariño familiar que pueda existir entre padres e hijos y un sistema claro de organización familiar (reglas y normas familiares) son aspectos básicos que pueden explicar el mayor o menor consumo de alcohol en los adolescentes.

De hecho, este estilo educativo de la familia, es considerado como uno de los factores de riesgo o protección más significativos que puede haber. Un factor de riesgo asociado al consumo de alcohol en los adolescentes es la ausencia de supervisión y control por parte de los padres. El desconocimiento de las actividades de los hijos, así como la ausencia de normas y disciplina, incrementan el riesgo del consumo de alcohol en esta etapa que es la adolescencia.

Por otro lado, el control parental no solo es un factor de protección que previene el consumo de alcohol, sino que, además retrasa la edad de inicio del consumo de este. En familias en las que los padres son permisivos o tienen actitudes más de liberales hacia el uso de alcohol por parte de sus hijos, los adolescentes muestran un mayor consumo. (5)

El papel de la familia es fundamental, ya que no solo influye directamente en la conducta de los hijos, sino que además modula otras variables que son decisivas en el consumo de alcohol con los adolescentes, como las relaciones con iguales. Cuando el adolescente vive en un entorno familiar no adecuado, se siente incomprendido, no atendido o no querido, desplazado en el caso de tener hermanastros (en familias reconstituidas), buscando un mayor apoyo en ese grupo de iguales y las necesidades de adaptación en ese grupo, se incrementarán.

El consumo de alcohol excesivo supone un riesgo para la salud de las personas por ello es importante recordar que existen diversas formas de consumos, dicho consumo genera enfermedad y daño tanto en quien bebe como en las personas que lo rodean y finalmente tiene además un impacto social. Dicho de otro modo, el alcohol está implicado en varias enfermedades, trastornos y lesiones, así como en múltiples problemas de diversa índole.

La característica esencial del alcoholismo, así como de la dependencia es la presencia de un conjunto de signos y síntomas conductuales, cognitivos y fisiológicos que indican que el individuo consume la sustancia a pesar de conocer los daños que este ocasiona a su salud. Al hablar de dependencia es importante conocer los siguientes conceptos:

- ✓ Tolerancia: necesidad de recurrir a cantidades cada vez mayores de la sustancia, para alcanzar el efecto deseado.
- ✓ Abstinencia: cambios de comportamiento desadaptativo, cognitivo y fisiológicos que tienen lugar cuando la concentración de la sustancia disminuye después de haber mantenido un consumo prolongado.

Los trastornos de alcohol que se pueden presentar en el adolescente son los siguientes: las digestivas, hepatopatías, accidentes de tráfico, problemas familiares, conductas auto y hetero agresivas como suicidios, violencia, deterioro de las relaciones socio-familiares, celos y celotipias, homicidios y conducta sexual de riesgo. (9) Un gran porcentaje de adolescentes presentan ansiedad y depresión como consecuencia en el consumo del alcohol (24.54% y 26.36% respectivamente, además de lo anterior, conduce a problemas de identidad, baja autoestima, tendencia al aislamiento y otros problemas de salud mental. (10)

La encefalopatía alcohólica aguda (delirium tremens) es la principal y es un estado tóxico confusional y se acompaña de trastornos somáticos. (11) Otro síndrome de abstinencia es la respuesta del organismo ante la retirada de la

droga después de un estado de dependencia de la misma y que se caracteriza por un síndrome que se desarrolla posterior a la interrupción o reducción del consumo prolongado de grandes cantidades de alcohol y que se alivia con frecuencia tras la administración de alcohol u alguna otra droga depresora del SNC. (11)

Acorde a la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 realizada por la Secretaría de Salud, el 71% de la población total ha consumido alcohol alguna vez en la vida (80.1% hombres y 62.6% mujeres); 49.1% (41.8 millones) en el último año (59.8% hombres y 39% mujeres) y el 35.9% en el último mes (48.1% hombres y 24.4% mujeres). El consumo excesivo de alcohol en el último mes se presentó en el 19.8% (16.8 millones) de la población; 29.9% hombres y 10.3% mujeres. La posible dependencia al alcohol fue de 2.2% (1.8 millones) (hombres 3.9% y mujeres 0.6%).

Respecto a la población adolescente se puntualizó que el 39.8% ha consumido alcohol alguna vez en la vida (41.7% hombres y 37.9% mujeres) y 28% (4 millones) ha consumido en el último año (28.8% hombres y 27.2% mujeres). Por lo anterior se puede concluir que el uso de alcohol es el principal problema de consumo en nuestro país y afecta especialmente a los adolescentes.

Según el consenso académico mexicano de especialistas en Medicina Familiar 2005, familia significa: Grupo social organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados lazos ya sea consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad. (12)

El Diccionario de la Lengua Española señala que, por familia, se debe entender "al grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una ellas. Número de criados de uno, aunque no vivan dentro de su casa. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje." En esta definición, en la cual están reunidas tres acepciones de lo que se debe entender por familia, se esboza ya una cierta jerarquización y distribución del poder dentro del seno familiar.

La familia, es un grupo social organizado como un sistema abierto y dinámico, en cambio constante, que se inicia con la unión de dos personas, en una relación conyugal y que en la mayoría de las ocasiones termina con la muerte de ambos. Sin embargo, cada vez es más frecuente la separación o el divorcio como alternativa (2). El interés de la medicina por el estudio sistemático y científico de la familia, se debe, en gran medida, al enfoque ecológico del proceso de salud y enfermedad. Con este enfoque, el individuo deja de ser visto como ente y cobran interés los factores biopsicosociales, los cuales se generan en la propia familia y afectan en una u otra forma a la salud del individuo.

En el caso de México, aunque también en el de muchos otros países, la familia ha tenido que protagonizar nuevos roles. Frente a las políticas de ajuste macroeconómico que han aplicado los gobiernos para contrarrestar situaciones de crisis, las familias han tenido que absorber distintos costos económicos y sociales. Cada vez hay más familias en condiciones vulnerables y las fuentes de tensión y desintegración familiar se amplían.

En particular las responsabilidades de las mujeres se han incrementado y no se han dado los ajustes de funciones al interior del hogar, para reasignar funciones o modificar roles. La ruptura de los vínculos familiares ha tenido como consecuencia que muchos niños y jóvenes queden abandonados a sus propios medios, además

de que dejan de asistir a la escuela, viven en condiciones muy desfavorables y se exponen, cada vez más, a riesgos como la drogadicción, la explotación laboral, los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual. (3)

TIPOLOGÍA FAMILIAR

De acuerdo con el Dr. Irigoyen Coria, depto. Medicina familiar UNAM, la clasificación de la familia desde el punto de vista social puede efectuarse acorde a diferentes criterios, los cuales se muestran en el Diagrama 1.2. (13)

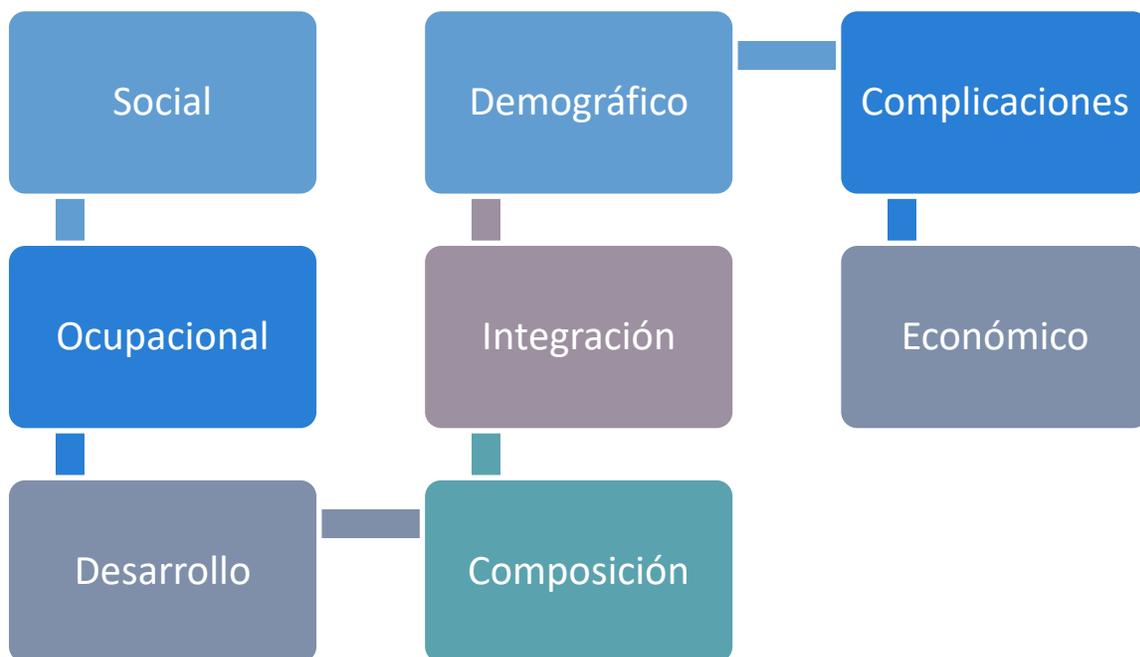


Diagrama 1.2 *Criterios de clasificación de la familia.*

A continuación, se explican específicamente cada uno de los criterios que nos permiten hablar de la clasificación de la familia

- 1) Desde el punto de vista antropológico y social:
 - a) Por lazos exclusivamente consanguíneos: Familia como principal institución y base de las sociedades humanas.
 - b) Por lazos consanguíneos, afines o ficticios: Otras instituciones cumplen la función de la familia.
- 2) Desde el punto de vista ocupacional:
 - a) Campesina;
 - b) Obrera;

- c) Profesional (de acuerdo a la ocupación de uno o ambos cónyuges).
- 3) Desde el punto de vista de su desarrollo:
 - a) Moderna: se refiere a la familia en la que la madre trabaja en iguales condiciones que el padre o aquella sin figura paterna donde la madre trabaja para sostener la familia.
 - b) Tradicional: es aquella en la que el padre es el único proveedor de sustento para la familia y la madre se dedica al hogar y a los hijos.
 - c) Arcaica: su prototipo es la familia campesina que se sostiene con los productos de la tierra que trabajan.
 - 4) Desde el punto de vista demográfico.
 - a) Rural: habita en el campo y no cuenta con todos los servicios intradomiciliarios (agua potable, luz eléctrica, drenaje, etc.).
 - b) Suburbana: tiene las características del medio rural pero está ubicada dentro de medio urbano.
 - c) Urbana: se encuentra en una población grande y cuenta con todos los servicios.
 - 5) Desde el punto de vista de su integración:
 - a) Integrada: ambos cónyuges viven en la misma casa y cumplen con sus funciones respectivas.
 - b) Semi-integrada: ambos cónyuges viven en la misma casa pero no cumplen adecuadamente sus funciones.
 - c) Desintegrada: los cónyuges se encuentran separados.
 - 6) Desde el punto de vista de su composición:
 - a) Nuclear: cuenta con esposo, esposa con o sin hijos.
 - b) Seminuclear: (monoparental) solo cuenta con un conyugue, e hijos.
 - c) Nuclear simple: Padre y madre con 1 a 3 hijos.
 - d) Nuclear numerosa: Padre y madre con 4 hijos o más
 - e) Nuclear Extendida: Familia con más de dos generaciones conviviendo en el hogar, esto es, por lo menos existe un padre de otra persona que es padre a su vez (viven desde abuelos hasta nietos). Puede ser ascendente o descendente
 - f) Nuclear Extensa compuesta: los anteriores que además conviven con otros sin nexo legal (amigos, compadres, etc.)
 - g) Reconstituida: Familia en la que dos adultos previamente separados o divorciados se hacen cónyuges, y por lo menos uno de ellos tiene hijo(s) de su compromiso anterior que lleva a vivir al hogar común, pudiendo tener o no nueva descendencia. (12)
 - 7) Desde el punto de vista de sus complicaciones.
 - a) Interrumpida: aquella en la que la unión conyugal se disuelve ya sea por separación o divorcio.
 - b) Contraída: cuando fallece uno de los padres.
 - c) Reconstruida: se aplica a la familia en la que uno o ambos conyugues tuvo una pareja previa. (13)
 - 8) Desde el punto de vista del nivel económico:
 - a) Pobreza familiar nivel 1: Ingreso per cápita suficiente para cubrir el valor de la canasta básica. Recursos suficientes para cubrir los gastos en: vestido y

calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.

Carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.

- b) Pobreza familiar nivel 2: Ingreso per cápita suficiente para cubrir el valor de la canasta básica. Carencia de recursos para cubrir los gastos en: vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.

Carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.

- c) Pobreza familiar nivel 3: Ingreso per cápita inferior al valor de la canasta básica.

Carencia de recursos para cubrir los gastos en: vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.

Carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo. (14)

MARCO CONCEPTUAL

Dentro del presente documento se hará uso de conceptos diversos, mismos que se describen a continuación.

La familia desde el punto de vista del médico familiar es un grupo social organizado con un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sea consanguíneos, legales y/o de afinidad. (14)

Se define a la tipología *familiar* como el conjunto de pautas funcionales conscientes o inconscientes que organizan las formas de interactuar los miembros de la familia. *La tipología familiar* hace referencia al método de clasificación en el cual se identifican modelos, grupos o tipos característicos que se excluyen entre sí. Dicho de otra manera, es la forma en que se agrupan las familias. (15)

Dentro de la Medicina Familiar se estudia el *consumo de alcohol* en adolescentes en primer nivel de atención, así como la frecuencia y trastornos que se derivan de su ingesta, aunado a ello es preciso identificar la influencia que tiene la tipología familiar como factor determinante en el consumo. A continuación, se precisan los conceptos de alcohol, trastorno y frecuencia y tipología familiar, así como el Test AUDIT, instrumento que se utiliza para efectuar la medición de la frecuencia y trastornos relacionados al consumo excesivo de alcohol.

La definición del *alcohol* constituye un grupo amplio de compuestos orgánicos derivados de los hidrocarburos conteniendo uno o más grupos hidroxilos. El etanol (alcohol etílico) es uno de ellos y es el principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas. (OMS 1994). (16)

Alcoholismo como enfermedad se define como un trastorno que tiene una causa biológica primaria y una evolución natural previsible. (17)

Consumo de alcohol puede describirse en términos de gramos de alcohol consumidos o por bebidas estándar consumidas. Según la OMS una bebida estándar es la que contiene aproximadamente 10 gr de alcohol, el equivalente a una lata de cerveza de 330ml y a una copa de vino de 140ml al 12% o un vaso de destilado de 40 ml al 40%. (16). Autoadministración de una sustancia psicoactiva. (17)

Trastorno debido al uso de sustancias psicoactivas (disorder, psychoactive substance use) Término genérico utilizado para referirse a las enfermedades mentales, físicas y del comportamiento que tienen importancia clínica y se asocian al consumo de sustancias psicoactivas. Compárese con las expresiones “problema relacionado con el alcohol” y “problema relacionado con las drogas”, que abarcan también alteraciones y episodios que no tienen interés clínico. (17)

La *adolescencia* es una etapa entre la niñez y la edad adulta que cronológicamente se inicia por cambios puberales y se caracteriza por transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, siendo muchas veces generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, que por lo general suelen ser positivos. (18) Es difícil establecer los límites cronológicos de la adolescencia, de acuerdo a la OMS “la adolescencia es la etapa que ocurre entre los 10 y 19 años de edad considerándose en dos fases: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19). (18) Estas fases de la adolescencia son las que establece el IMSS.

III. JUSTIFICACIÓN

Existe información epidemiológica suficiente en nuestro país que avala que los adolescentes son los más vulnerables al consumo de alcohol como lo declara la Comisión Nacional para el desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA 2013). Si bien, la edad promedio de iniciación en el consumo es alrededor de los 13 años, la edad de inicio más baja es de los 8 años. Uno de cada 4 adolescentes de nivel estudiantil, reconoce haber consumido alcohol alguna vez en su vida iniciando su consumo entre los 8 y 11 años de edad. (19)

México ocupa el tercer lugar en consumo de alcohol en el continente americano con un porcentaje del 86% del total de la población afectando un 70% de los adolescentes y Aguascalientes no es la excepción. (20) En la entidad de Aguascalientes hablando más específicamente de la población joven en el mes de abril se incrementa el consumo de alcohol y drogas tanto ilícitas como lícitas o al menos esa es la percepción de los propios adolescentes. La tolerancia social es baja, sobre todo en la familia, el 95.3% de los adolescentes consideró que su familia no aprobaba el consumo de alcohol, pero se observa que la tolerancia social percibida por los jóvenes es mayor en particular la percibida por los amigos. (21)

Una amplia proporción de las agresiones y los crímenes violentos involucran a una o más personas que han estado bebiendo antes de que ocurra el hecho (22); un promedio de entre 40 y 50% de los crímenes violentos han sido cometidos por personas en estado de ebriedad, aunque esta proporción varía en cada país y cultural (23).

Por otro lado también se tiene información sobre los daños al propio adolescente por el alcohol, además de las anteriores tenemos el suicidio, enfermedades neuropsiquiátricas (ansiedad, trastornos del sueño, depresión, daños al sistema nervioso central, daño cerebral, trastornos adictivos, etc.), enfermedades gastrointestinales (cirrosis hepática, pancreatitis y diabetes tipo II), enfermedades cardiovasculares, problemas reproductivos, cáncer, problemas óseos y problemas de mortandad.

El consumo de alcohol, por parte de los adolescentes, amerita atención especial. Entre ellos, el 3.6% de los hombres y el 2.1% de las mujeres, (el 2.9% de la población), cumplen con el criterio de abuso/dependencia¹⁹ del alcohol y el 48.4% toman de 1 a 3 copas en un solo día. Ambos patrones de consumo permiten definir que, al menos el 51% de la población adolescente del país tiene problemas con el consumo de alcohol. Considerando que al menos el 20% de los adolescentes del país reportaron no acudir a la escuela, resulta que de los jóvenes desertores con problemas de adicción al alcohol, son cuando menos el 10% de la población adolescente a nivel nacional (24).

En México los accidentes de tránsito son la primera causa de fallecimiento en jóvenes y adolescentes entre los 15 y 29 años de edad, afirmó la investigadora del

Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), Sandra Treviño Siller. Se estima que entre el 40 y el 60 por ciento de los incidentes mortales están relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas, ya que entorpecen los procesos eléctricos que se generan en el sistema nervioso central. De acuerdo con el Consejo Nacional Para la Prevención de Accidentes (CONAPRA), 1.4 millones de personas resultan con lesiones y 1.2 millones con alguna discapacidad.

Existen beneficios para la salud si se reduce o suspende el consumo de alcohol. Parte del daño causado por el alcohol es inmediatamente reversible; todos los riesgos agudos pueden revertirse completamente si se elimina el alcohol. Los jóvenes que disminuyen su consumo al pasar a la edad adulta joven reducen los riesgos relacionados con el alcohol

Las intervenciones basadas en el sistema de Salud Pública para tratar el consumo de riesgo y perjudicial del alcohol reducen el consumo y también demuestran una disminución de los problemas relacionados con el alcohol y la mortalidad asociada a él.

Por tanto, la presente investigación es relevante a efecto de lograr una detección oportuna y una intervención preventiva de los adolescentes de la región y del país, referente a frecuencia y trastornos que ocasiona el consumo de alcohol, siendo preciso identificar si la tipología familiar es un factor determinante en el consumo de dicha sustancia de la población ya señalada.

Con esta investigación se obtendrá el conocimiento y la información sobre a qué tipología familiar pertenecen el mayor número de adolescentes con el problema de alcoholismo de tal forma que el médico familiar podrá realizar las intervenciones necesarias para modificar la percepción negativa en el adolescente con respecto al consumo de alcohol, lo que impacta en la reducción de las complicaciones ocasionadas por su consumo, por ende, en la reducción de costos a nivel institucional derivados de la atención que implica.

Debido a la gran necesidad de detectar adolescentes en riesgo de consumo de alcohol, se pretende implementar en la UMF 9, la aplicación rutinaria del Test - AUDIT. (25)

Se ha descrito en diversos estudios que en las familias con adicciones hay factores de riesgos derivados de su tipología familiar, organización, valores y comportamientos característicos que forman parte de la estructura familiar. (15). Sin embargo, no se encontraron estudios que avalen, que efectivamente, la tipología familiar sea factor decisivo para el inicio a temprana edad en el consumo de alcohol de los adolescentes.

El conocer la tipología familiar del paciente proporciona al médico familiar un camino en la intervención para ayudar a los bebedores con consumo perjudicial o de riesgo o bien a reducir o suspender el consumo de alcohol y con ello poder evitar las consecuencias nocivas de su consumo ya sea excesivo episódico o excesivo habitual en el adolescente el cual se verá beneficiado con lo anterior.

Además, disminuirá los costos de manera considerable en el instituto, en la atención a estos pacientes.

El análisis de la información obtenida de la aplicación del test -AUDIT y de las entrevistas relativas a la determinación de la tipología familiar se diseminará a través de una entrega de resultados con el cuerpo médico perteneciente a la UMF 9 del estado referido, médicos tratantes de los adolescentes que se verán favorecidos con su intervención para la prevención y tratamiento del alcoholismo.

IV. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

El alcohol es un factor importante de riesgo de mortalidad y carga de morbilidad en todo el mundo, se encontró que esta situación se repite también en la región de América latina, donde el alcohol ocupó el primer lugar entre los factores que contribuyen a la carga de morbilidad en países como México y Brasil (26). Según un informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2016 murieron más de 3 millones de personas a consecuencia del consumo nocivo de alcohol, lo que representa 1 de cada 20 muertes. Más de las tres cuartas partes de esas muertes correspondieron a hombres. En general, el consumo nocivo de alcohol causa más del 5% de la carga mundial de morbilidad.

Actualmente el consumo de bebidas alcohólicas en México forma parte de la vida cotidiana, ya sea como un acto social y/o cultural el cual se ha ido consolidado dentro de las costumbres sociales. Se observan incrementos dramáticos en el índice de consumo de alcohol en adolescentes, en 1998 se reportó que 27% de adolescentes varones lo consumían y para el 2002 un 35.6 % lo cual nos habla del origen de que se hayan incrementado los trastornos relacionados con el consumo de alcohol en adolescentes. La encuesta Nacional de Adicciones realizada en 2011, mostró que en la población con edades entre los 12 y 17 años la prevalencia de cualquier droga aumentó significativamente, entre estas drogas se menciona el alcohol.

El uso de alcohol, en adolescentes ha sido objeto de varios estudios, debido a que en los últimos años se ha observado un incremento progresivo de la incidencia del consumo, que se inicia a edades cada vez más tempranas tanto a nivel mundial como nacional y Aguascalientes no ha sido la excepción.

En la literatura internacional investigadores sostienen que durante la niñez y adolescencia, los padres de familia juegan un papel fundamental en el desarrollo de los valores sociales y el fomento de la adopción de actitudes prosociales y estilos de vida saludables. Es por ello que se considera que el ambiente familiar, los estilos de crianza, la relación entre padres e hijos, conflictos percepción parental del consumo de alcohol en suma la tipología familiar, pueden determinar la proclividad a ciertos factores de riesgo en el adolescente. (19)

La población mexicana tiene ciertas características socioculturales, así como su estructura o tipología familiar, que funcionan como factores de protección o riesgo según sea el caso y que propician que este problema sea menor en otros países, pero no así en México.

Es relevante recalcar que la tipología familiar a la cual pertenece el adolescente es considerablemente importante, puesto que influye sobremedida en el consumo de sustancias adictivas, siendo desde la niñez y la adolescencia las etapas de vida donde mayormente se observa el inicio del consumo, no importando ni sexo, religión, nivel socioeconómico, siendo esto en la actualidad un problema de salud pública. Sin embargo, existe un gran vacío en la información referente a este tema, ya que no hay estudios suficientes que avalen, que efectivamente, la tipología

familiar sea determinante en el consumo de alcohol en el adolescente, de ahí la importancia de realizar este estudio.

Hasta el día de hoy existen pocos estudios que apunten al análisis de la tipología de las familias de los adolescentes con trastornos de alcohol que permiten dar una intervención más personalizada en materia de salud a efecto de lograr disminuir los gastos que erogan los estados por los efectos que se obtienen de dicha problemática.

Debido a lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación: **¿Cuál es la tipología familiar predominante en los trastornos asociados al consumo del alcohol en adolescentes registrados en el programa JuvenIMSS en la UMF 9?**

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la tipología familiar predominante en la presencia de trastornos asociados al consumo de alcohol en adolescentes registrados en el Programa JuvenIMSS en la UMF 9.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer si los adolescentes registrados en el programa JuvenIMSS en la UMF 9 presentan algún trastorno asociado al consumo de alcohol.
2. Identificar la tipología familiar de los adolescentes registrados en el programa JuvenIMSS en la UMF 9.
3. Explicar si la presencia de trastornos asociados al consumo de alcohol en los adolescente registrados en el programa JuvenIMSS en la UMF 9 tiene mayor frecuencia en un determinado tipo de familia.

VI. HIPÓTESIS

No se requiere hipótesis debido al tipo de estudio.

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Tipo de estudio: observacional, descriptivo y transversal, no experimental.

UNIVERSO DE TRABAJO

Universo de trabajo: Pacientes de la UMF 9.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Población de estudio: 455 adolescentes pertenecientes al programa JuvenIMSS de la UMF 9.

POBLACIÓN ACTUAL

Población actual: Todos los adolescentes pertenecientes al programa JuvenIMSS de la UMF 9 que cumplan con los criterios de inclusión.

TIPO DE MUESTREO

Tipo de muestreo: Muestra Aleatoria simple, obtenida por conveniencia.

TAMAÑO DE MUESTRA

Tamaño de la muestra: 319 adolescentes.

$$\text{Fórmula: } n = \frac{z^2_{\alpha} pq}{e^2(N-1) + z^2_{\alpha} pq}$$

Donde:

m= *Tamaño de muestra buscado.*

N= *Tamaño de población o universo.*

Z= *Parámetro estadístico que depende del nivel de confianza (NC).*

e= *Error de estimación máximo aceptado.*

p= *Probabilidad de que ocurra el evento estimado (éxito).*

$q = (1-p)$ Probabilidad de que no ocurra el evento estudiado.

Sustituyendo:

$m =$ se desconoce.

$N = 455$

$Z = 1.96$

$e = 3$

$p = 50\%$

$q = 50\%$

$$\text{Fórmula: } n = \frac{1.96^2 \cdot 0.5(0.5)}{3^2(N-1) + 1.96^2 \cdot 0.5(0.5)}$$

$$n = 319.20$$

La población de estudio se conforma por adolescentes registrados en el programa JuvenIMSS con una población total de 455 adolescentes, se realizará un estudio observacional, transversal y descriptivo con una muestra aleatoria simple teniendo un límite de confianza del 95% y un margen de error del 3% y por lo tanto al realizar el cálculo de la población finita el resultado obtenido de la muestra es de 319.20 adolescentes registrados en el programa JuvenIMSS de la UMF 9 perteneciente al estado de Aguascalientes.

Se entrevistará a 319.20 adolescentes registrados en el Programa JuvenIMSS de la UMF 9 previo consentimiento informado tanto por ellos como por sus padres o tutores, mismos que cumplan con los criterios previamente establecidos de selección –de exclusión y de inclusión- explicándoles a los adolescentes y a sus padres en qué consistirá el estudio.

Para el presente estudio se utilizará como instrumento el AUDIT (Alcohol Use Disorders Identifications Test, Saunders et al., 1993) el cual es un cuestionario de tamizaje de 10 reactivos para la identificación de trastornos por consumo de

alcohol. El instrumento en sus primeras 3 preguntas se refiere a la frecuencia del consumo y las otras 7 se refieren a los trastornos causados por el alcohol. El AUDIT al identificar el nivel de riesgo, sugiere un tipo de tratamiento que va desde “Educación sobre el alcohol” hasta “Derivación al especialista”.

El punto de corte para identificar niveles de riesgo dentro de este estudio fue de 8, que en concordancia con múltiples estudios ha sido catalogado como el mejor instrumento para la detección de consumo excesivo y dependencia del alcohol. (27)

La forma de interpretación será la siguiente, una puntuación mayor de 1 en los reactivos 2 y 3 se considera consumo excesivo o en riesgo, donde la persona ultrapasa el consumo sensato, una puntuación por encima de 0 en los ítems 4, 5 y 6 implica la presencia o inicio de riesgo a dependencia y una puntuación por encima de 0 en cualquiera de los reactivos del 7 al 10, se considera consumo perjudicial, indica que la persona ya está experimentando daños relacionados con el uso de alcohol.

También se utilizará un cuestionario para determinar la tipología familiar, así como el nivel socioeconómico, mismo que consiste en 14 preguntas, de las cuales 6 obtienen datos del adolescente, 3 de la madre, 3 del padre y 2 de la dinámica familiar en conjunto (Ver anexo 4).

UNIDAD DE ESTUDIO

Unidad de estudio:

- a) Adolescentes del programa JuvenIMSS

Lugar: Unidad de Medicina Familiar número. 9 del IMSS del Estado de Aguascalientes.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- a) Edad entre los 10 y 19 años.
- b) Sexo indistinto.
- c) Que acepten participar y que su padre o tutor firme la carta de consentimiento informado.
- d) Que estén registrados en el programa JuvenIMSS en el momento del estudio.
- e) Que no tenga alguna discapacidad mental.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- a) Que no acudan el día y hora de la encuesta.
- b) Menores de 10 y mayores de 19 años.
- c) Que no acepte participar.
- d) Que su padre o tutor no firme la carta de consentimiento informado.
- e) Que tenga alguna discapacidad mental.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- a) Encuesta incompleta.
- b) Que desistan de su participación en cualquier momento del proceso.

DESCRIPCIÓN DEL TEST AUDIT INSTRUMENTO USADO EN LA INVESTIGACIÓN

El Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol es utilizado para identificar a las personas con un patrón de consumo perjudicial o de riesgo de alcohol. El AUDIT fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la valoración breve. Puede ayudar en la identificación del consumo excesivo de alcohol como causa de la enfermedad presente.

También proporciona un marco de trabajo en la intervención para ayudar a los bebedores con consumo perjudicial o de riesgo a reducir o cesar el consumo de alcohol y con ello puedan evitar las consecuencias perjudiciales de su consumo. La primera edición de este manual fue publicada en 1989 (Documento N^o. WHO/MNH/89.4) y fue actualizada en 1992 (WHO/PSA/92.4). Desde ese momento su utilización se ha extendido tanto entre el personal sanitario como entre los investigadores del alcohol.

El Test AUDIT se aplicará en su modalidad autopase en virtud de que requiere poco tiempo, es fácil de administrar y proporciona respuestas precisas sobre la información deseada, dicho instrumento consta de 10 preguntas, las primeras tres relacionadas al consumo de riesgo de alcohol, las siguientes tres a los síntomas de dependencia y las últimas cuatro relativas al consumo perjudicial (ver tabla 1.3 para conocer el contenido específico de cada pregunta).

DOMINIOS DEL AUDIT	
Número de pregunta	Contenido
1	Frecuencia de consumo
2	Cantidad típica
3	Frecuencia de consumo elevado
4	Pérdida del control sobre el consumo
5	Aumento de relevancia del consumo
6	Consumo matutino
7	Sentimientos de culpa tras el consumo
8	Lagunas de memoria
9	Lesiones relacionadas al alcohol
10	Otras personas se preocupan por el consumo

Tabla 1.3 *Contenido por número de pregunta del TEST AUDIT.*

El análisis de los datos obtenidos tras la aplicación del test permitirá un estudio de asignación de tratamiento con personas que tengan un amplio rango de gravedad de los problemas con el alcohol.

Tras efectuar la sumatoria de los puntos se debe dar la siguiente interpretación a las puntuaciones del AUDIT: Puntuaciones entre 8 y 15 son las más apropiadas para un simple consejo enfocado en la reducción del consumo de riesgo. Puntuaciones entre 16 y 19 sugieren terapia breve y un abordaje continuado. Puntuaciones iguales o mayores a 20 claramente requieren una evaluación diagnóstica más amplia de la dependencia de alcohol.

Lo anterior implica que el tratamiento que se le dará a la información es:

- a) Las puntuaciones en un rango de 8 y 15 representarán un nivel medio de problemas con el alcohol.
- b) Mientras que las puntuaciones iguales o mayor a 16 representan un nivel alto de problemas con el alcohol. (25)

Para la realización de las acciones relativas a la recolección de la información de esta investigación, una vez autorizado dicho estudio por el comité pertinente, se solicitará autorización a la dirección de la Unidad Médico Familiar número 9 del Estado de Aguascalientes.

La aplicación tanto de la encuesta sociodemográfica como del test AUDIT se efectuará en un solo día a los adolescentes que forman parte del Programa JuvenIMSS. Dicha aplicación se llevará a cabo de forma presencial cubriendo con las medidas que garanticen la seguridad de los involucrados, considerando el tamaño de la muestra la dosificación del tiempo para la toma de las mismas se específica en el anexo correspondiente.

Se le explicará y entregará la carta de consentimiento informado a los involucrados en el estudio, precisando además el objetivo del estudio. Posteriormente se aplicarán los instrumentos de la investigación. Al concluir con el total de las herramientas aplicadas a nuestra muestra de estudio se procederá a la captura de datos con la revisión posterior en una base de datos hecha en el programa estadístico SPSS última versión; con el fin de realizar el análisis de los datos y con ello organizar la información de los resultados, conclusión y recomendaciones de la investigación.

Álvarez Montero S. y Gallego Casado P. en el año de 2001 realizaron un estudio denominado “Papel del test AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) para la detección de consumo excesivo de alcohol” fue una investigación de revisión sistemática en la que se hizo una búsqueda en Medline, se buscaron revisiones sistemáticas.

El objetivo de este estudio fue validar la utilidad del test de AUDIT para la detección del consumo y abuso del alcohol en atención primaria. Los criterios

de selección de dicho estudio fueron los siguientes: se realizó en atención primaria, en idioma inglés, en pacientes con problemas de alcoholismo.

Dicho estudio concluye que, a pesar de sus limitaciones metodológicas, ha proporcionado datos procedentes de estudios de calidad. Hasta el momento, las evidencias favorecen al test de AUDIT frente al CAGE para la detección de consumo excesivo de alcohol. Por tanto, se puede concluir que en la práctica clínica el test AUDIT puede ser útil para realizar la detección de pacientes con un consumo excesivo de alcohol, considerándolo positivo un punto de corte de 8 para hombres e inferior para mujeres. (27)

Babor Thomas F., Higgins-Biddle John C, Saunders John B. y Mointero Maristela G. En 2001 describe el manual de test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol con el objetivo de describir como utilizarlo para la identificación de las personas con un patrón de consumo perjudicial o riesgo de alcohol.

En 1989 publican la primera edición en inglés del manual del AUDIT (documento Núm. WHO/MNH/89.4) y actualizada en 1992 (WHO/PSA/92.4). El AUDIT fue desarrollado en 1982 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el principal objetivo de utilizarlo como un método simple de screening del consumo excesivo del alcohol tanto en países en vías de desarrollo como países desarrollados.

El AUDIT se aplica como una entrevista oral o como un cuestionario escrito de auto-pase. Las ventajas de estos dos métodos consisten en que es cuestionario requiere de menos tiempo para su aplicación, fácil de aplicar, proporciona respuestas más precisas, se puede aplicar a grupos de pacientes a la vez: por otro lado la entrevista permite la clarificación de respuestas ambigüas, se puede aplicar a pacientes con dificultad para leer, permite el feedback (retroalimentación) directo al paciente y el inicio del consejo breve. En cuanto a tiempo de aplicación ambos métodos se puede administrar en 2-4 minutos y ser puntuado en pocos segundos.

El AUDIT ha sido validado en pacientes de atención primaria en 6 países(Noruega, Australia, Kenia, Bulgaria, Estados Unidos de Norteamérica y México) siendo el único test de screening que ha sido diseñado específicamente para uso internacional; es breve, rápido y flexible; diseñado para personal de atención primaria; es consistente con las definiciones de la CIE-10 de dependencia y consumo perjudicial de alcohol. Se centra en el consumo reciente de alcohol.

Cada una de las preguntas tiene una serie de respuestas y cada respuesta tiene una escala de puntuación de 0 a 4. Se recomienda una puntuación igual o mayor a 8 como indicador de consumo de riesgo y consumo perjudicial. En general, una puntuación igual o mayor a 1 en las preguntas 2 y 3 indica un consumo de riesgo. Una puntuación por encima de 0 en las preguntas 4 a 6 implica la presencia o el inicio de una dependencia de alcohol. La puntuación obtenida en las preguntas 7 a 10 nos indica daños relacionados al consumo de alcohol. (25)

En las muestras de desarrollo del test un valor de corte de 8 puntos, condujo a la a una sensibilidad del AUDIT para diversos índices de consumo situándose por encima de 0.90. La especificidad en los diversos países y entre los diferentes criterios se situaba como media en valores superiores de 0.80. Se ha demostrado que el AUDIT tiene una precisión igual o superior comparándolo con otros tests de screening. Se ha visto un alto coeficiente de correlación (0.78) entre el AUDIT y el CAGE. Diversos estudios describen la fiabilidad del AUDIT dichos resultados indican una alta consistencia interna sugiriendo que el AUDIT mide un constructo único de modo fiable.

Un estudio de fiabilidad test-retest indico una alta fiabilidad ($r=0.86$). Desde que el manual del usuario del AUDIT se publicó por primera vez en 1989 el test a cumplido muchas de las expectativa, su fiabilidad y validez han sido establecidas en estudios de investigación de investigación llevados en varios ámbitos y en muchos países. (25)

Se ha demostrado que el AUDIT tiene una precisión igual o superior cuando es comparado con otros tests de screening. Bohn, et al. Hallaron una alta correlación entre el AUDIT y el MAST ($r=0.88$) tanto para hombres como para mujeres y correlaciones de 0.47 y 0.46 para hombres y mujeres respectivamente.

Gómez-Maqueo Emilia, Gómez Hernández Hugo, Morales Rodríguez Brenda y Pérez ramos Marisol realizan un estudio de tipo transversal en el año de 2010 titulado “Uso del AUDIT y el DAST-10 para la identificación de abuso de sustancias psicoactivas y alcohol en adolescentes”, con el objetivo de evaluar la confiabilidad, validez y la discriminación del DAST 10 y el AUDIT el cual se usa para detectar adolescentes en riesgo por el abuso de sustancias psicoactivas y alcohol. Se realiza un muestreo aleatorio simple estratificado en un plantel de bachillerato en la Ciudad de México a 915 alumnos.

La validez de constructo y confiabilidad del AUDIT: la validez de estructura interna del AUDIT fue probada mediante un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal. El análisis factorial reveló dos factores que explican el 53% de la varianza total. El primero se denominó "Identificación de trastornos por consumo de alcohol" y el segundo "Frecuencia del consumo de alcohol". Los pesos factoriales obtenidos en cada factor fueron superiores a 0.73; el valor de coeficiente alpha de la escala total fue de 0.82, encontrándose una correlación significativa entre las puntuaciones de la identificación de trastornos por consumo de alcohol y la frecuencia del consumo ($r=0.56$, $p=0.01$). (28)

En este estudio se llegó a la conclusión de que el AUDIT es el mejor instrumento para la detección de consumo excesivo y dependencia de alcohol, ya que las escalas son válidas y confiables en su aplicación en población de estudiantes de bachillerato en México, lo cual puede ser útil para su posterior aplicación. La unidimensionalidad del DAST-10 no responde a lo esperado ya que estudios similares han obtenido el mismo factor con los análisis factoriales aplicados (Bedregal et al. 2006).

Así mismo, los dos factores identificados en el AUDIT han sido reportados anteriormente (Álvarez et al., 2001) lo que aumenta su efectividad, porque se puede conocer la frecuencia del consumo de alcohol, así como los trastornos asociados a este. También se encontraron diferencias entre los varones y las mujeres, siendo los primeros quienes presentan mayores niveles de riesgo en el consumo de alcohol. (28)

García Carretero, M.A, Novalbos, J.P., Martínez,J.M. en el año de 2016 realizan un estudio denominado "Validación del test para la identificación de trastornos por uso de alcohol en población universitaria: AUDIT y AUDIT-C" con el objetivo de determinar las propiedades psicométricas de los cuestionarios Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT y AUDIT-C) para la detección de problemas de consumo de alcohol en universitarios. En dicho estudio participaron 1309 estudiantes (59.1% mujeres), con una edad media de 21.7 años con un rango de edad de 18 a 78 años.

La validez del contenido se evaluó comparando las puntuaciones medias en dos grupos de estudiantes con consumo de alcohol diferentes. También se compararon las puntuaciones de cada ítem del AUDIT con las puntuaciones medias obtenidas en el diario del consumo en cada uno de los tres grupos de estudiantes con consumos de alcohol de riesgo bajo, medio y elevado.

En los resultados se observó que según el Diario de consumo semanal el 68.1% de los estudiantes consumió alcohol en la última semana, siendo más frecuente en hombres (73.1%) que en mujeres (64.6%). Según el AUDIT el 26.5% de la muestra presentó problemas de consumo de alcohol, de los cuales el 20.1% son bebedores de riesgo y el 6.4% bebedores con problemas físico-psíquicos y probable SDA. Estudio de la fiabilidad muestra la medida de consistencia interna (alfa de Cronbach) del AUDIT aporta un resultado de 0,75; por dominios, la subescala Consumo de riesgo obtuvo un valor de 0,83, Síntomas de Dependencia un 0,79, y Consumo perjudicial un valor de 0,75. Respecto a la fiabilidad, el coeficiente de correlación de Spearman fue del 0,87, lo que indica una buena concordancia.

A manera de conclusión, se determina que numerosos estudios de validación del AUDIT obtienen una buena sensibilidad y especificidad utilizando diferentes puntos de corte en función del sexo, dado que a igualdad de consumo las probables repercusiones del alcohol son más frecuentes en la mujer, por lo que se recomienda reducir el punto de corte a emplear en el sexo femenino de cara a posteriores intervenciones. En cuanto a la validez interna, los resultados de sensibilidad y especificidad obtenidos para el AUDIT (Sensibilidad = 32-96%, y Especificidad = 84-96%) se sitúan en el extremo más alto del rango de valores publicados. (29)

Cortés Tomás, M.T., Giménez Costa, J.A., Motos Selles, P., realizan un estudio en 2017 denominado “Revisión de los artículos de consumo de AUDIT para mejorar la detección de consumo excesivo de alcohol en los jóvenes” con el objetivo de analizar la idoneidad de una versión mejorada del AUDIT. Se evaluaron un total de 906 menores (568 mujeres y 438 hombre) entre las edades de 15 y 17 años con una edad media de 15.99 años.

Se recolectó información sobre aspectos sociodemográficos, patrones de consumo y la auditoría que contiene los artículos mejorados. Se utilizó un diario de autoinforme en el cual cada día de la semana, los participantes debían indicar el tipo y la cantidad de bebidas consumidas y el tiempo aproximado en que se tomó alcohol, los estudiantes también contestaron el AUDIT.

En este estudio la consistencia interna de AUDIT y AUDIT-C fue de 0.74 y 0.83, respectivamente. Se utilizó la definición consensuada de BD para mejorar el ítem 3. De las tres dimensiones que incluye el AUDIT (frecuencia de cantidad, síntomas de dependencia y consecuencias del mismo), la primera es la más utilizada para determinar el consumo en los jóvenes (Chung et al., 2002 ; Thomas y McCambridge, 2008 ; Seguel et al., 2013).

También se mejoró la redacción del ítem 2, cambiando el número de bebidas por el número de SDU españolas. En los resultados al comparar la efectividad de las distintas versiones del AUDIT, se recomienda que los investigadores y las clínicas usen la combinación de los ítems revisados 2 y 3 para asegurar una identificación más precisa de BD (clasificación de jóvenes como borracheras) menor de edad. Un punto de corte de 5 para esta prueba permitiría la identificación del 94% del BD menor de edad y reduciría notablemente los falsos positivos.

Los resultados anteriores respaldan las conclusiones obtenidas en la revisión realizada por Clarck y Moss (2010) con respecto a las versiones abreviadas del AUDIT que parecen ser más útiles en jóvenes incluso cuando se limitan al elemento 3. En poblaciones adolescentes, se ha encontrado que los autoinformes son confiables y válidos cuando se llevan a cabo de manera confidencial, en comparación con otros protocolos de encuesta en el que los jóvenes percibieron que corrían un gran riesgo de ser identificados (Fowler y Stingfellow, 2001 ; Degenhardt et al., 2013). (30)

Rial Boubeta, A., Golpe Ferreiro, S. Braña Tobio, y colaboradores realizan un estudio en el año de 2017 titulado “Validación del Test de identificación de trastornos por consumo de alcohol (AUDIT) en población adolescente española”. El objetivo de este trabajo es validar empíricamente uno de los instrumentos de cribado de consumo de alcohol como es el AUDIT en la población adolescente española. En España y otros países el AUDIT se ha aplicado en los servicios de atención primaria aunque recientemente se aplicó a población universitaria (García Novalbos, Martínez y O’Farrall, 2016).

Se realizó un análisis descriptivo mediante el cálculo de estadísticos de tendencia central y de dispersión, comparaciones en función del sexo (aplicación de prueba t de student) y de edad (a través de un ANOVA unifactorial y un contraste post hoc de Tukey) para la evaluación de la consistencia interna se calculó el coeficiente alfa de Cronbach.

Estos resultados permiten utilizar al AUDIT con adolescentes con garantías psicométricas. Ya para concluir el autor refiere que los resultados obtenidos en este trabajo permiten constatar el adecuado comportamiento psicométrico del AUDIT en el ámbito de los adolescentes. Desde el punto de vista de la consistencia interna, el índice alfa obtenido (0.82) es satisfactorio, siendo muy similar al de otros estudios realizados tanto en población adulta dentro y fuera de España (Pradhan et al., 2012) como con adolescentes de otros países (Kelly y Donovan, 2001; Santis et al., 2009)

DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

No se realiza asociación.

VARIABLES INDEPENDIENTES

Trastornos relacionados al consumo de alcohol.

Tipología Familiar.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

La operacionalización de variables se encuentra en la tabla 1.2

Variable	Operacionalización	Categorización de valores	Definición	Indicador	Nivel de medición	Unidad de medida	Índice	Valor
Factores de riesgo sociodemográficos								
Sexo	Sin necesidad de definición operacional	Cualitativa	Sexo del adolescente.	Masculino Femenino	Nominal	No aplica	De 0 a 1	Femenino=0 Masculino=1
Lugar de Nacimiento	Sin necesidad de definición operacional	Cualitativa	Lugar donde nació el adolescente.	Estado	Nominal	No aplica	De 0 a 1	Pertenece al estado de aplicación = 0 De otro = 1
Tipología familiar por composición	Personas que habitan en la casa del adolescente de forma permanente al momento de responder.	Cualitativa	Tipología familiar criterios diversos: personas que viven en la casa del adolescente.	-Vivo solo. -Mi pareja y yo No. de hijos. -Con mi mamá, mi papá y yo. No. de hermanos. -Con mi mamá y yo. No. de hermanos. -Con mi papá y yo. No. de hermanos. -Con mamá y papá, hijos y otro (s) pariente (s) -tío, primo, abuelo, etc.- -Con mamá o papá, hijos y otro (s) pariente (s) -tío, primo, abuelo, etc.- -Con mamá, su pareja y yo. Número de hermanos y hermanastros. -Con papá, su pareja y yo. Número de hermanos y hermanastros. -Con pariente (s) -abuelo (s), tío (s), primo (s), etc. -Otros. ¿Quiénes?:	Nominal	No aplica	De 0 a 1	-Vivo solo=0 -Mi pareja y yo No. de hijos=1 -Con mi mamá, mi papá y yo. No. de hermanos=1 -Con mi mamá y yo. No. de hermanos=1 -Con mi papá y yo. No. de hermanos=1 -Con mamá y papá, hijos y otro (s) pariente (s) -tío, primo, abuelo, etc.=1 -Con mamá o papá, hijos y otro (s) pariente (s) -tío, primo, abuelo, etc.=1 -Con mamá, su pareja y yo. Número de hermanos y hermanastros=1 -Con papá, su pareja y yo. Número de hermanos y hermanastros=1 -Con pariente (s) - abuelo (s), tío (s), primo (s), etc.=1 -Otros. ¿Quiénes? =1
Lugar donde vive	Lugar de residencia al momento de responder.	Cualitativa	Tipología familiar por criterio demográfico: Ubicación geográfica de vivienda actual del adolescente.	Colonia y estado	Nominal	No aplica	De 0 a 1	Pertenece al estado de aplicación =0 De otro = 1
Edad del adolescente	Sin necesidad de definición operacional	Cuantitativo	Edad del adolescente al momento de responder.	Años	Intervalo	Años	De 0 a 1	11= 0 12=1 13=1 14=1 15=1 16=1 17=1
Estado civil del adolescente	Soltero, casado, unión libre.	Cualitativa	Tipología familiar por criterio de composición: Estado jurídico civil del adolescente al responder.	Soltero Casado Unión libre	Nominal	No aplica	De 0 a 1	Soltero= 0 Casado= 1 Unión libre= 1
Edad de la madre	Edad de la madre en caso de que viva con ella, al momento de responder.	Cuantitativo	Edad de la madre al momento de responder, si habita con ella.	Años	Intervalo	años	De 0 a 1	20-30=1 40-50=1 Más de 60=1
Escolaridad de la madre	Nivel de estudios de la madre en caso de que viva con ella, al	Cualitativa	Tipología familiar por criterio Nivel	Analfabeta Primaria Secundaria	Nominal	No aplica	De 0 a 1	Analfabeta=1 Primaria=1 Secundaria=1

	momento de responder.		educativo.	Bachillerato Licenciatura Posgrado				Bachillerato=1 Licenciatura=1 Posgrado=1
Ocupación de la madre	Tipo de trabajo de la madre en caso de que viva con el adolescente al momento de responder.	Cualitativa	Tipología familiar por criterio ocupacional y de desarrollo: Empleada o desempleada.	Hogar Empleado Comerciante	Nominal	No aplica	De 0 a 1	Empleado=1 Desempleado=1
Edad del padre	Edad del padre en caso de que viva con él, al momento de responder.	Cuantitativa	Edad del padre con al momento de responder, si vive con él.	Años	Intervalo	Años	De 0 a 1	20-30=1 40-50=1 Más de 60=1
Escolaridad del padre	Nivel de estudios del padre en caso de que viva con él, al momento de responder.	Cualitativa	Tipología familiar por criterio de nivel educativo.	Analfabeta Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura Posgrado	Nominal	No aplica	De 0 a 1	Analfabeta=1 Primaria=1 Secundaria=1 Bachillerato=1 Licenciatura=1 Posgrado=1
Ocupación del padre	Tipo de trabajo el padre en caso de que viva con el adolescente al momento de responder.	Cualitativa	Tipología familiar por criterio ocupacional y de desarrollo: Empleado o desempleado.	Hogar Empleado Comerciante	Nominal	No aplica	De 0 a 1	Empleado=1 Desempleado=1
Estado civil de la madre y/o padre	Situación jurídica de los padres del adolescente al momento de nacer.	Cualitativa	Tipología familiar por criterio de composición, integración y complicaciones.	Soltero casado Divorciado Unión libre	Nominal	No aplica	De 0 a 1	Soltero= 1 Casado= 1 Unión libre= 1
¿Quién aporta dinero para el sostén de la familia?	Integrantes de la familia que tienen ingresos fijos o intermitentes, los cuales se destinan a los gastos familiares.	Cualitativa	Tipología familiar por criterio de nivel económico: Ingresos de familiares de todos los integrantes.	Hermanos Padre Madre Otro Adolescente	Nominal	No aplica	De 0 a 1	Hermanos= 1 Padre= 1 Madre= 1 Otro= 1 Adolescente= 1
Frecuencia de consumo de alguna bebida alcohólica	Cantidad de consumo de bebidas alcohólicas por un período de tiempo.	Cuantitativa	Consumo de riesgo de alcohol: Frecuencia de Consumo de bebidas alcohólicas por mes y por semanas	0= Nunca 1= Una o menos veces al mes 2= 2 a 4 veces al mes 3= 2 a 3 veces a la semana 4= Mas de 4 veces a la semana	De razón	Mes Semanas	De 0 a 4	Puntuación mayor de 1 se considerará consumo de riesgo.
Consumiciones de una bebida alcohólica en un día normal	De tres bebidas o más se considera factor de riesgo.	Cuantitativa	Consumo de riesgo de alcohol: Cantidad típica de bebidas alcohólicas por día	0= 1 o 2 1= 3 o 4 2= 5 o 6 3= De 7 a 9 4= Más de 10	De razón	Unidades	De 0 a 4	Puntuación mayor de 1 se considerará consumo de riesgo.
Frecuencia de tomar 6 bebidas alcohólicas o más en un día	Cantidad mayor de 6 bebidas alcohólicas por día al mes implica consumo de riesgo.	Cuantitativa	Consumo de riesgo de alcohol: Frecuencia de consumo elevado, 6 bebidas alcohólicas por día o más	0= Nunca 1= Menos de una vez al mes 2= Mensualmente 3= Semanalmente 4= Diario o casi diario	De razón	Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente Semanalmente Casi diario	De 0 a 4	Puntuación mayor de 1 se considerará consumo de riesgo.
Frecuencia del último año de ser incapaz de dejar de beber una vez empezado	Una vez al mes cuando menos implica un inicio de riesgo a dependencia o presencia.	Cuantitativa	Trastorno asociado al consumo de alcohol: Síntoma de dependencia, pérdida de control sobre el consumo.	0= Nunca 1= Menos de una vez al mes 2= Mensualmente 3= Semanalmente 4= Diario o casi diario	De razón	Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente Semanalmente Casi diario	De 0 a 4	Una puntuación por encima de 0, implica presencia o inicio de riesgo a dependencia.
Frecuencia del último año de	Cuando menos una vez al mes implica	Cuantitativa	Trastorno asociado al consumo de	0= Nunca 1= Menos de una vez al mes	De razón	Nunca Menos de	De 0 a 4	Una puntuación por encima de 0, implica

imposibilidad en acciones por haber tomado	presencia o inicio de riesgo a dependencia.		alcohol: síntoma de dependencia, aumento de relevancia del consumo.	2= Mensualmente 3= Semanalmente 4= Diario o casi diario		una vez al mes Mensualmente Semanalmente Casi diario		presencia o inicio de riesgo a dependencia.
Frecuencia del último año de beber en ayunas para recuperarse de haber bebido mucho el día anterior	Cuando menos una vez al mes implica presencia o inicio de riesgo a dependencia.	Cuantitativa	Trastorno asociado al consumo de alcohol: síntoma de dependencia, consumo matutino.	0= Nunca 1= Menos de una vez al mes 2= Mensualmente 3= Semanalmente 4= Diario o casi diario	De razón	Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente Semanalmente Casi diario	De 0 a 4	Una puntuación por encima de 0, implica presencia o inicio de riesgo a dependencia.
Frecuencia del último año de haber tenido remordimientos y culpas por haber bebido mucho	Cuando menos una vez al mes implica presencia o inicio de riesgo a dependencia.	Cuantitativa	Trastorno asociado al consumo perjudicial de alcohol: Remordimiento o culpa por beber demasiado.	0= Nunca 1= Menos de una vez al mes 2= Mensualmente 3= Semanalmente 4= Diario o casi diario	De razón	Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente Semanalmente Casi diario	De 0 a 4	Una puntuación por encima de 0 se considera consumo perjudicial.
Frecuencia de no poder recordar lo que sucedió la noche anterior por haber tomado alcohol	Cuando menos una vez al mes implica consumo perjudicial.	Cuantitativa	Trastorno asociado al consumo perjudicial de alcohol: Lagunas de memoria.	0= Nunca 1= Menos de una vez al mes 2= Mensualmente 3= Semanalmente 4= Diario o casi diario	De razón	Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente Semanalmente Casi diario	De 0 a 4	Una puntuación por encima de 0 se considera consumo perjudicial.
Existencia de daño propio ó a otros en virtud del alcohol ingerido	Cuando menos una vez al mes implica consumo perjudicial.	Cualitativa	Trastorno asociado al consumo perjudicial de alcohol: Presencia de daño a su persona o a otros como consecuencia de consumo de alcohol.	0= No. 2= Sí, pero no en el curso del último año. 4= Sí, el último año.	Nominal	No aplica	De 0 a 4	Una puntuación por encima de 0 se considera consumo perjudicial.
Existencia de si algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por el consumo de bebidas alcohólicas o sugerencia de que deje de beber	Cuando menos una vez al mes implica consumo perjudicial.	Cualitativa	Trastorno asociado al consumo perjudicial de alcohol: Otras personas se percatan de que existe un problema de alcohol en el joven.	0= No. 2= Sí, pero no en el curso del último año. 4= Sí, el último año.	Nominal	No aplica	De 0 a 4	Una puntuación por encima de 0 se considera consumo perjudicial.

Tabla 1.2 Operacionalización de variables.

PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Toda vez que se han determinado los criterios de inclusión, exclusión y eliminación en los pacientes adolescentes con trastornos asociados al consumo alcohol del programa JUVENIMSS de la Unidad de Medicina Familiar número 9 del Estado de Aguascalientes, especificando el muestreo, se procederá a la aplicación de los instrumentos que forman parte del estudio.

En un primer momento, se explicará a padres de familia el propósito de la aplicación tanto del cuestionario sociodemográfico como del instrumento AUDIT, dando con ello espacio a la autorización de la carta de consentimiento de los involucrados, recordando además que en cualquier parte del proceso se tiene la libertad de retirarse del estudio.

Posteriormente previo consentimiento de los involucrados se procederá a la aplicación del cuestionario sociodemográfico a efecto de conocer la tipología familiar de los pacientes, dicho cuestionario consta de 14 ítems, los cuales son: sexo, lugar de nacimiento del adolescente, personas que viven en casa, lugar de vivienda del adolescente, edad del adolescente, estado civil del adolescente, edad de la madre, escolaridad de la madre, ocupación de la madre, edad del padre, escolaridad del padre, ocupación del padre e integrantes que contribuyen al sostén económico de la familia.

Por último, se dará respuesta al test- AUDIT versión auto-pase a efecto de determinar los trastornos asociados al consumo de alcohol en el adolescente. Previa respuesta se explica a los adolescentes y padres de familia o tutores el propósito.

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La recolección de la información se llevará a cabo mediante la aplicación tanto del cuestionario sociodemográfico como del test AUDIT, se efectuará de forma presencial a efecto de monitorear el proceso, teniendo la ventaja de ser controlados y guiados por el propio encuestador.

Una vez efectuada la toma de la muestra estimada, se procederá a verificar que los instrumentos obtenidos cumplan con los criterios de inclusión, en caso de que alguno se sitúe conforme a los criterios de exclusión no se tomará en cuenta para la concentración de los datos. Dicha concentración se efectuará haciendo uso de herramientas de paquetería del Microsoft office. Posteriormente esta información se pasará al programa SPSS versión 26, donde se analizarán los datos obtenidos.

Para la descripción de características sociodemográficas, como variables cuantitativas se obtendrán medidas estadísticas de tendencia central como la mediana y media.

Es necesario especificar que para la sistematización y descripción de los aspectos sociodemográficos se obtendrán el parámetro de tendencia central con exclusión de los cuantiles de las medidas. Respecto al tratamiento de toda la información, una vez efectuado el concentrado se hará uso del programa SPSS en su última versión para lograr un análisis de datos sistemático, de igual forma, respecto a las frecuencias y porcentajes se realizará estadística descriptiva.

CONDICIONANTES DEL PLAN DE ANÁLISIS

- ✓ Preguntas del test -AUDIT y de cuestionario de tipología familiar.
- ✓ Tipo de Variable del instrumento para determinar la tipología familiar.
- ✓ Diseño del instrumento para determinar la tipología familiar.

Condicionantes que se especifican en los anexos correspondientes.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO Y LOGISTICA

Posterior a la autorización del presente estudio por SIRELCIS y contando con la previa autorización del comité local de investigación y ética en investigación en salud, se pretende dar parte y solicitar autorización a la autoridad de la UMF9 a efecto de comenzar con la investigación de la tipología familiar y los trastornos asociados al consumo de alcohol en adolescentes del programa JuvenIMSS de la unidad medico familiar ya señalada.

Para efectuar el estudio es preciso efectuar análisis de caso de 319 adolescentes registrados en el programa JuvenIMSS de entre 10 y 19 años que cumplan con los criterios previamente establecidos de exclusión y de inclusión, para lo cual se les explicará tanto al adolescente como a sus padres o a quien en su caso ejerza la patria potestad o bien al tutor, en qué consiste su participación, explicando además el contenido de las preguntas a las que darán respuesta, el motivo por el que se realizan éstas y la necesidad de responderlas adecuadamente, solicitando además que firmen la hoja de consentimiento informado explicando que posterior a su autorización en cualquier momento podrán ejercer su derecho a no seguir participando si así lo desean. También se les informará el objetivo del presente estudio, así como los beneficios y riesgos acerca del mismo.

Posterior a ello, se entregará y se aplicará un instrumento que nos permita tener acceso a las variables sociodemográficas, cuya función, es determinar la tipología familiar de los adolescentes, en caso de dudas se resolverán por parte del aplicador; y el test AUDIT ya estandarizado para acercarnos a los trastornos del alcohol del adolescente. Al concluir con el total de los instrumentos aplicados, se procederá a la captura de datos con la revisión posterior en una base de datos elaborada previamente en el programa estadístico SPSS versión 26; esto, con la finalidad de realizar el reporte de los resultados, la conclusión de los mismos y recomendaciones de nuestro estudio.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Posterior a ello se aplicarán dos instrumentos de recolección de datos: un cuestionario de características sociodemográficas que permitirá la detección de la tipología familiar del adolescente y el test AUDIT que nos apoyará en la identificación de trastornos relacionados al consumo de alcohol en los adolescentes.

ORGANIZACIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Posterior a la aplicación de los instrumentos respectivos se efectuarán las gráficas y tablas respectivas haciendo uso de plataformas digitales y herramientas de paquetería de Microsoft Office.

Se hará uso del paquete estadístico IBM SPSS Versión 26 a efecto de lograr un mejor uso de los datos obtenidos de los instrumentos, de igual forma se elaborarán tablas de síntesis con datos de estadística descriptiva.

VIII. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio será estrictamente confidencial y apegado a los principios morales propios de cada paciente, así como de ética y profesionalismo médico. De acuerdo a los artículos 34 y 39 este estudio requerirá de hoja de consentimiento informado y mantiene el derecho de confidencialidad de los pacientes dentro de los lineamientos de la declaración de Helsinki.

Tiene congruencia con la normativa aplicable dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social dado el diseño. Tanto la solicitud con consentimiento informado como la aplicación del instrumento de investigación, se efectuarán de manera personal y privada siempre considerando la integridad física, psicológica y moral de cada paciente.

De acuerdo a los lineamientos de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de investigación para la salud vigente en nuestro país, el presente trabajo se desarrollará conforme al título segundo capítulo 1, artículo 17, categoría "I" el cual dice: Investigación sin riesgo son estudios que emplean técnica y métodos de investigación documental y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se puede considerar : cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros en los que no se identifique o traten aspectos sensitivos de su conducta, lo cual no provocará ningún daño.

Así mismo la investigación no procederá contra ninguna recomendación contenida en la declaración de Helsinki, enmendada en la 41 asamblea Mundial en Hong Kong en septiembre de 1989 y Edimburgo, Escocia, octubre 2000 y la nota de clasificación del párrafo 29, agregada en la asamblea General de la AMM, Washington 2002.

El proyecto se apegará a lo estipulado en la Ley Federal de Salud en materia de investigación para la salud. El criterio que prevalecerá corresponde al relativo a la dignidad y protección de los derechos y el bienestar de los participantes, pues se evitará hacer juicio o comentarios acerca de las respuestas vertidas en los cuestionarios y asegurará la confiabilidad de dichos artículos (artículo 13).

La participación será voluntaria, pues requiere previa forma de consentimiento informado y se protegerán los principios de individualidad y anonimato de los sujetos de investigación (artículo 14, fracción V). Esta investigación no contempla riesgos para los adolescentes en virtud, de que no tendrán lugar procedimientos invasivos (artículo 17, fracción 11).

IX. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

RECURSOS

HUMANOS

Un investigador principal (tesista), tutor de tema y metodológico, además solicitaremos el apoyo del personal del Medicina Familiar en la identificación de los pacientes que reúnan los criterios de selección del UMF No. 9 del IMSS.

FÍSICOS Y TECNOLÓGICOS

Computadora personal, cuestionarios, acceso al acervo bibliográfico de la institución, internet, software de análisis estadístico, paquete estadístico SPSS y office, USB, conexión a internet, base de datos Conricyt, impresora y demás recursos que nos proporcione el instituto o que se necesiten para llevar al cabo la investigación.

FINANCIEROS

Este estudio se realizará con financiamiento propio mostrado en la tabla 1.4

ARTÍCULO	COSTO
Computadora	\$8,000.00
Internet	\$1,000.00
Hojas	\$ 400.00
Impresiones	\$300.00
Plumas	\$25.00
Lápices	\$8.00

Tabla 1.4 Costos de financiamiento.

FINANCIAMIENTO

El propio tesista asume los gastos totales derivados en virtud de que se hará uso sólo de recursos propios

FACTIBILIDAD

La factibilidad de esta investigación es posible, ya que no representa o genera costo alguno ni para el Instituto ni para el adolescente en estudio y por otra parte dicho estudio no ocasionará daño alguno al medio ambiente y dará el beneficio social en nuestra población de estudio. Además de que el protocolo de investigación no representa ningún riesgo para el entrevistado. Se encontró dentro de los términos legales, siendo posible la realización de este estudio en nuestro entorno social.

Por otra parte, debido al vacío existente en el manejo integral del problema identificado y con el fin de poder mejorar las acciones en el primer nivel de atención con la detección oportuna del consumo y abuso de alcohol en el derechohabiente adolescente, se obtendrá el beneficio a nivel institucional, ya que disminuirá significativamente los altos costos derivados de la atención y/o complicaciones que pudiera presentar el paciente.

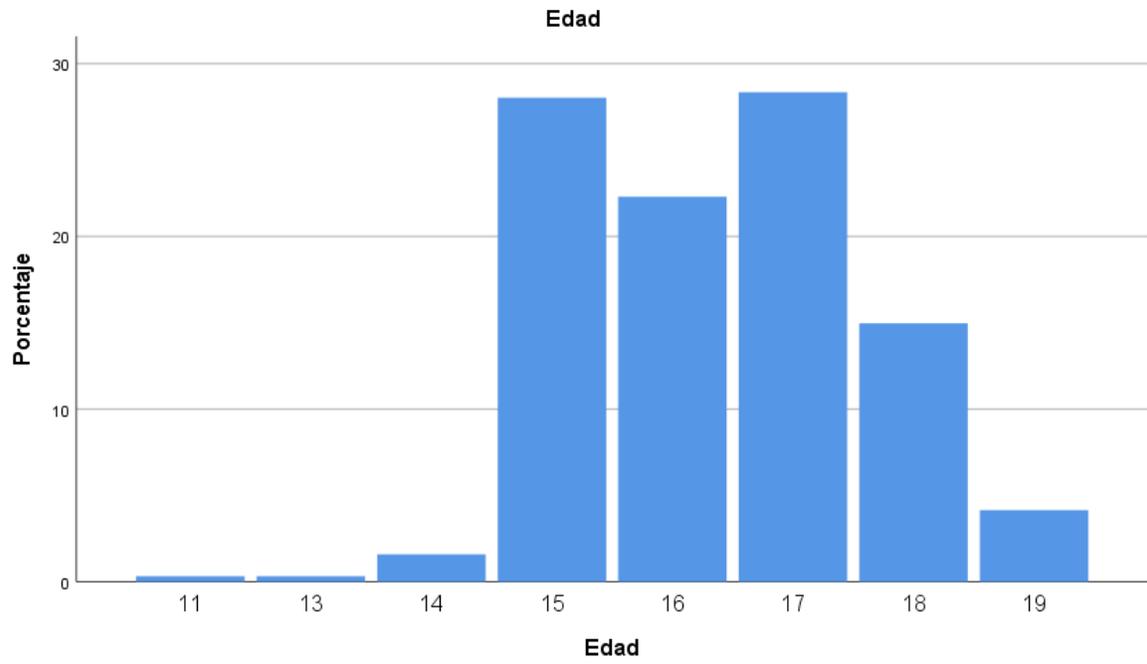
X. RESULTADOS

Es importante señalar que del total de la muestra realizada de 319 adolescentes se eliminaron 5, en virtud de que estos, no concluyeron con los instrumentos de recolección de datos.

En **la Tabla 1** se observa que **la edad** de los encuestados oscila entre los 11 y los 19 años de edad, de igual forma es importante señalar que la edad que mayor predomina de los encuestados corresponde a los 17 años de edad representando el 28.3 % del total de los encuestado y en segundo lugar, predomina la edad de 15 años con el 28% (ver gráfica 1).

		Edad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	11	1	.3	.3	.3
	13	1	.3	.3	.6
	14	5	1.6	1.6	2.2
	15	88	28.0	28.0	30.3
	16	70	22.3	22.3	52.5
	17	89	28.3	28.3	80.9
	18	47	15.0	15.0	95.9
	19	13	4.1	4.1	100.0
	Total	314	100.0	100.0	

TABLA 1. EDAD.

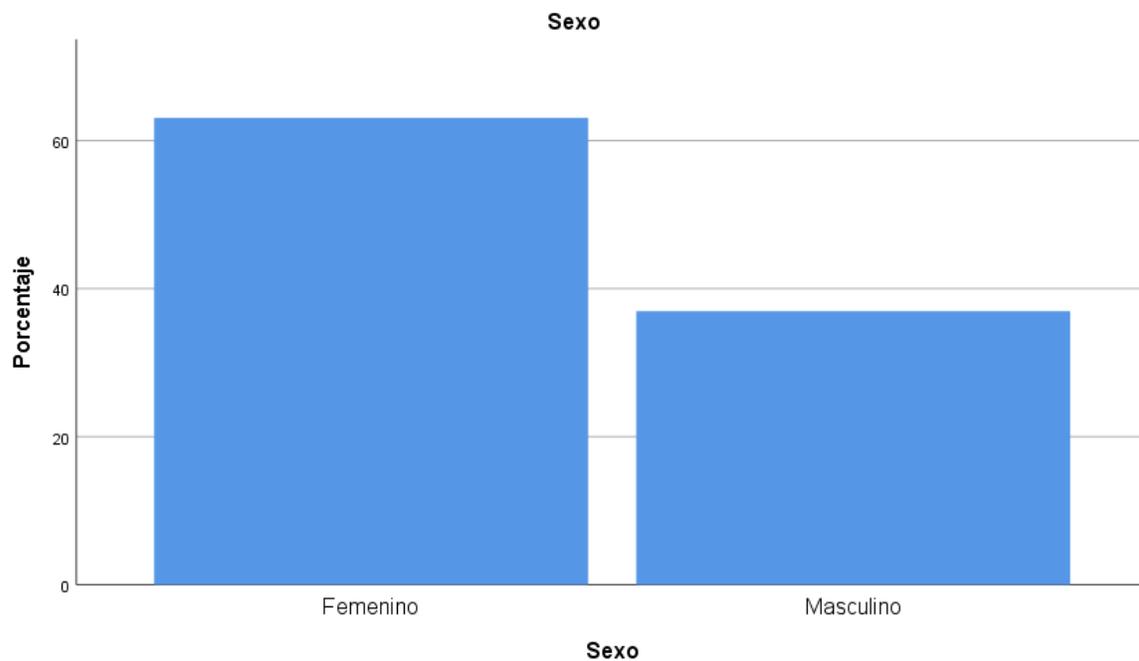


GRÁFICA 1. EDAD.

En la **tabla 2** podemos observar que respecto al **sexo** de los encuestados la mayoría son masculinos con un porcentaje de 63.1 % del total, mientras que el 36.9% son de sexo femenino (ver gráfica 2).

		Sexo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Femenino	198	63.1	63.1	63.1
	Masculino	116	36.9	36.9	100.0
	Total	314	100.0	100.0	

TABLA 2. SEXO.

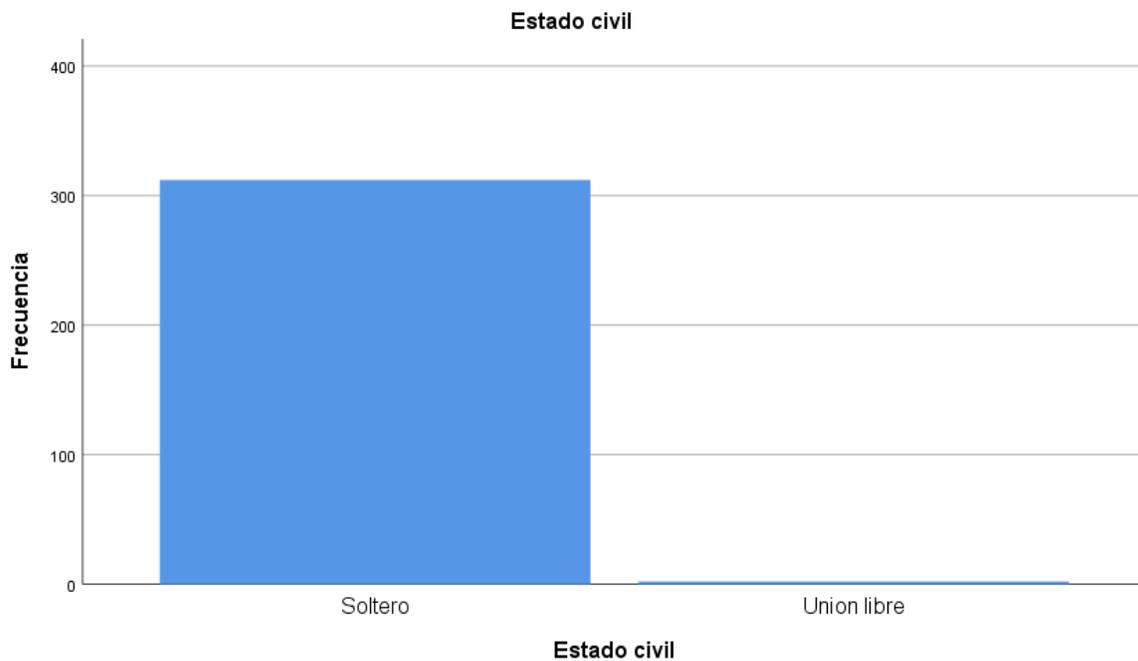


GRÁFICA 2. SEXO.

Como se observa en la **tabla 3** sólo 2 de los adolescentes encuestados tenían como **estado civil** unión libre, cantidad que corresponde al .6% del total mientras que el 99.4% sigue soltero (Ver gráfica 3).

		Estado civil			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltero	312	99.4	99.4	99.4
	Unión libre	2	.6	.6	100.0
	Total	314	100.0	100.0	

TABLA 3. ESTADO CIVIL.

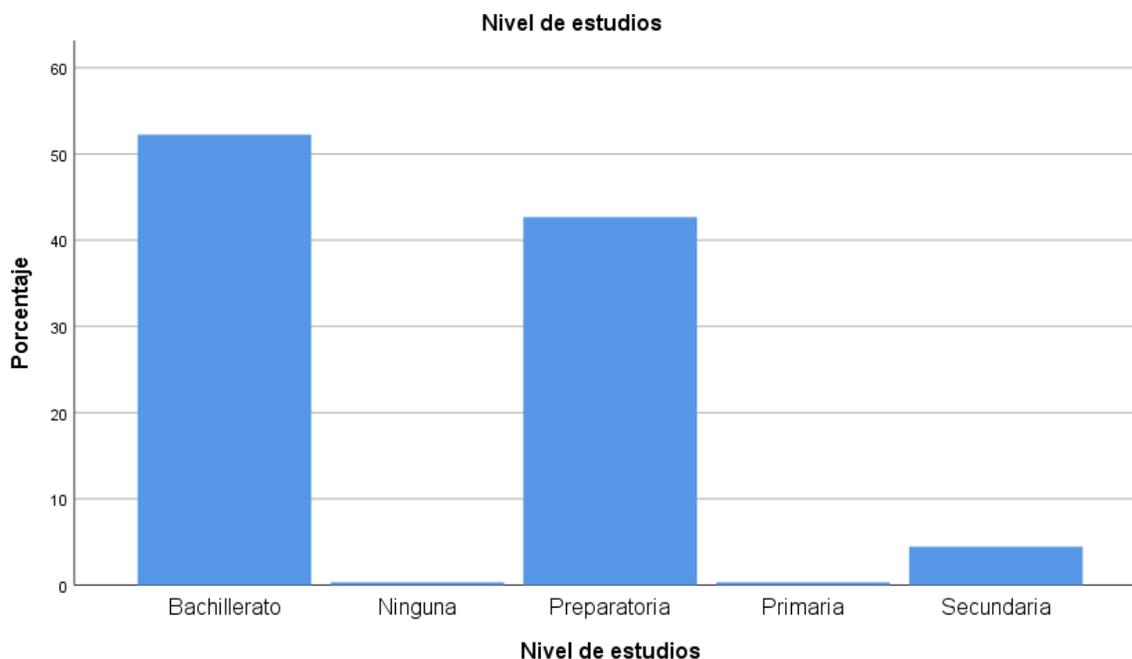


GRÁFICA 3. ESTADO CIVIL.

En la **tabla 4** se especifica el **nivel de estudios** de los adolescentes que integran la muestra, el porcentaje más elevado corresponde a estudiantes de bachillerato que corresponde al 52.2% y al de preparatoria que corresponde al 42.7%, mientras que los más bajos son el 0.3% para los que terminaron la primaria solamente y otro .3% para quienes no lograron concluir el grado mínimo de escolaridad de educación básica (Ver gráfica 4).

		Nivel de estudios			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bachillerato	164	52.2	52.2	52.2
	Ninguna	1	.3	0.3	52.5
	Preparatoria	134	42.7	42.7	95.2
	Primaria	1	.3	0.3	95.5
	Secundaria	14	4.5	4.5	100.0
	Total	314	100.0	100.0	

TABLA 4. NIVEL DE ESTUDIOS.



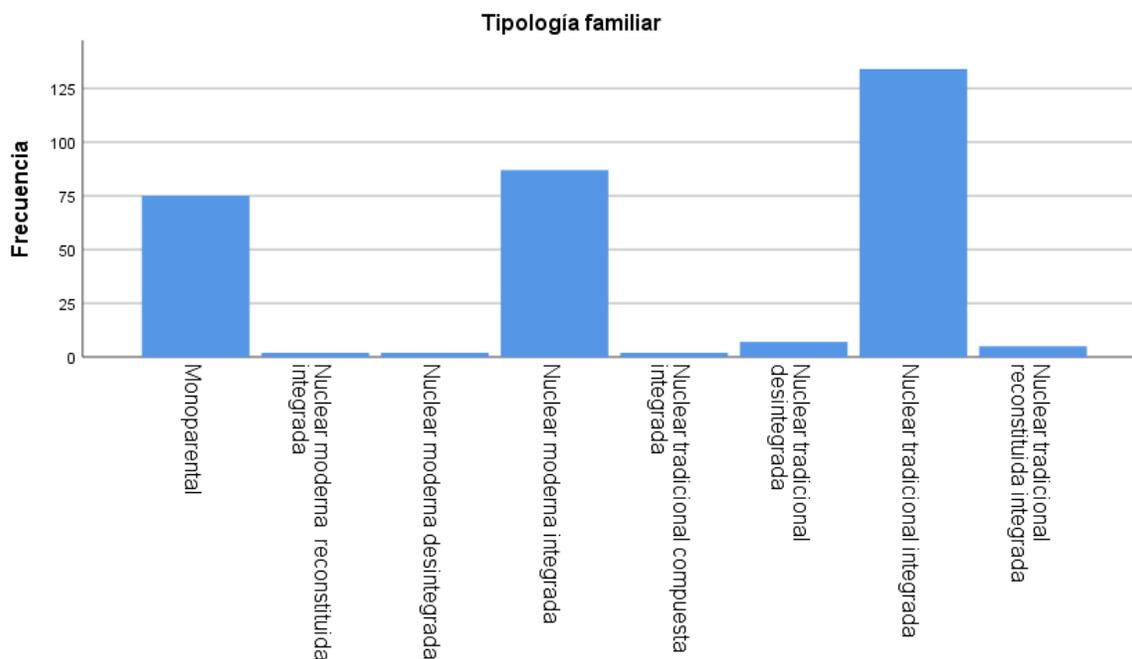
GRÁFICA 4. NIVEL DE ESTUDIOS.

En la **Tabla 5** se observa que la **tipología familiar** de los adolescentes encuestados que predominan en mayor medida corresponde a las de tipo nuclear tradicional desintegrada con una frecuencia de 134, a la nuclear moderna integrada con una frecuencia de 87 y finalmente en un tercer lugar tenemos a la familia monoparental cuya frecuencia corresponde a 75 (Ver gráfica 5).

Tipología familiar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Monoparental	75	23.9	23.9	23.9
	Nuclear moderna reconstituida integrada	2	.6	.6	24.5
	Nuclear moderna desintegrada	2	.6	.6	25.2
	Nuclear moderna integrada	87	27.7	27.7	52.9
	Nuclear tradicional compuesta integrada	2	.6	.6	53.5
	Nuclear tradicional desintegrada	7	2.2	2.2	55.7
	Nuclear tradicional integrada	134	42.7	42.7	98.4
	Nuclear tradicional reconstituida integrada	5	1.6	1.6	100.0
	Total	314	100.0	100.0	

TABLA 5. FRECUENCIA DE LA TIPOLOGÍA FAMILIAR DEL TOTAL DE LA MUESTRA.



GRÁFICA 5. FRECUENCIA DE LA TIPOLOGÍA FAMILIAR DEL TOTAL DE LA MUESTRA.

La **Tabla 6** manifiesta la **frecuencia de las puntuaciones totales** arrojadas en el test AUDIT donde se observa que 87 de los adolescentes tienen puntuaciones menores de 8 lo que representa el 59.55 del total, mientras que 40 adolescentes tienen una puntuación entre 8 y 15 lo que representa al 12.73% del total, y se manifiesta un 0% de adolescentes con puntuación entre 16 y 19, y un total de 87 adolescentes con puntuaciones mayores o iguales a 20 lo que representa el 27.7%.

De lo anterior es importante señalar que sólo el 32.16% del total no presenta ningún trastorno asociado al consumo de alcohol, el 12.73% serán los más apropiados para un simple consejo enfocado en la reducción del consumo de riesgo, y el 27.7% requerirá una evaluación más amplia de la dependencia al alcohol.

Encontrando que las puntuaciones iguales a 0 de dicho instrumento fueron de tan solo el 17.19% de los adolescentes, y que el 42.35% obtuvo puntuaciones menores de 8 representando un nivel bajo de problemas con el alcohol.

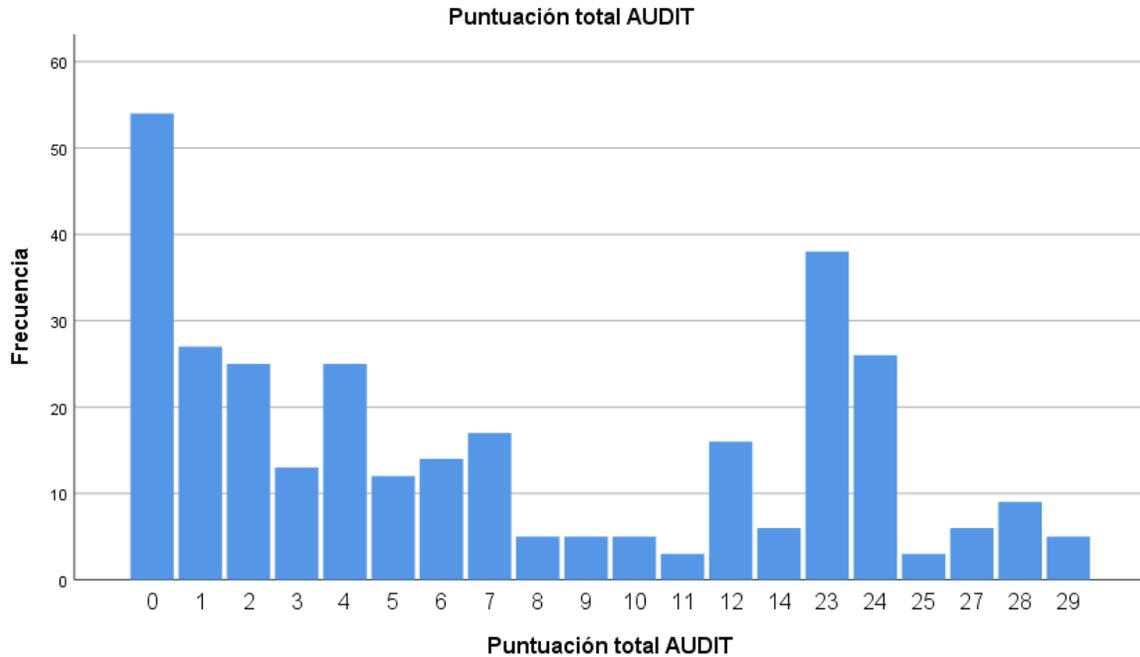
Se halló además que las puntuaciones del AUDIT en un rango de 8 y 15 corresponden al 12.73% quienes representan un nivel medio de problemas con el alcohol, mientras que el 27.7% representan un nivel alto.

Por tanto, es importante señalar que el 39.9% de los adolescentes presentan uno o varios trastornos asociados al consumo de alcohol (Ver gráfica 6)

Puntuación total AUDIT

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	54	17.2	17.2	17.2
	1	27	8.6	8.6	25.8
	2	25	8.0	8.0	33.8
	3	13	4.1	4.1	37.9
	4	25	8.0	8.0	45.9
	5	12	3.8	3.8	49.7
	6	14	4.5	4.5	54.1
	7	17	5.4	5.4	59.6
	8	5	1.6	1.6	61.1
	9	5	1.6	1.6	62.7
	10	5	1.6	1.6	64.3
	11	3	1.0	1.0	65.3
	12	16	5.1	5.1	70.4
	14	6	1.9	1.9	72.3
	23	38	12.1	12.1	84.4
	24	26	8.3	8.3	92.7
	25	3	1.0	1.0	93.6
	27	6	1.9	1.9	95.5
	28	9	2.9	2.9	98.4
	29	5	1.6	1.6	100.0
	Total	314	100.0	100.0	

TABLA 6. FRECUENCIA DEL TOTAL DE LA PUNTUACIÓN DEL TEST AUDIT



GRÁFICA 6. FRECUENCIA DEL TOTAL DE LA PUNTUACIÓN DEL TEST AUDIT

En la **Tabla 7** observamos las **puntuaciones totales** del Test AUDIT en **referencia con el sexo** de los participantes.

Tabla Sexo*Puntuación total AUDIT

Recuento

		Puntuación total AUDIT																			Total	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	14	23	24	25	27	28		29
Sexo	F	31	24	18	9	11	8	10	12	2	1	1	2	12	4	21	19	3	5	4	1	198
	M	23	3	7	4	14	4	4	5	3	4	4	1	4	2	17	7	0	1	5	4	116
Total		54	27	25	13	25	12	14	17	5	5	5	3	16	6	38	26	3	6	9	5	314

TABLA 7. FRECUENCIA DEL TOTAL DE LA PUNTUACIÓN DEL TEST AUDIT POR GÉNERO.

La **gráfica 8** muestra cuáles son los **trastornos más comunes** entre los adolescentes y cuáles son los que representan una menor frecuencia, encontrando que el dominio del test AUDIT con puntuaciones más elevadas corresponde al consumo de riesgo de alcohol, mientras que el dominio con menor puntuación corresponde al consumo perjudicial de alcohol.



GRÁFICA 8. FRECUENCIA DE LOS TRASTORNOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL

La **Tabla 9** especifica las **puntuaciones del test AUDIT y la tipología familiar**, es posible apreciar que las puntuaciones más bajas pertenecen a la familia Nuclear tradicional integrada, mientras que las puntuaciones más altas son de adolescentes que pertenecen a la familia monoparental.

Tabla Tipología familiar*Puntuación total AUDIT

Recuento		Puntuación total AUDIT																			Total	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	14	23	24	25	27	28		29
Tipología	Monoparental	1	3	3	0	2	1	0	0	2	1	1	0	1	2	27	19	1	2	5	4	75
familiar	Nuclear moderna	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	reconstituida																					
	integrada																					
	Nuclear moderna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	desintegrada																					
	Nuclear moderna	14	6	12	6	7	3	7	10	2	2	2	1	5	0	2	3	1	1	2	1	87
	integrada																					
	Nuclear	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	tradicional																					
	compuesta																					
	integrada																					
	Nuclear	3	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
	tradicional																					
	desintegrada																					
	Nuclear	36	15	10	5	14	8	4	4	1	2	2	0	10	4	9	4	1	3	2	0	134
	tradicional																					
	integrada																					
	Nuclear	0	2	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
	tradicional																					
	reconstituida																					
	integrada																					
Total		54	27	25	13	25	12	14	17	5	5	5	3	16	6	38	26	3	6	9	5	314

TABLA 9. FRECUENCIA DEL TOTAL DE LA PUNTUACIÓN DEL TEST AUDIT POR TIPOLOGÍA FAMILIAR.

En la **tabla 10** se muestran las **respuestas del Test AUDIT** respecto a la **frecuencia de consumo y la tipología**, podemos observar que en la tipología familiar monoparental y nuclear tradicional integrada tienen mayor frecuencia en las puntuaciones más elevadas.

Tabla Tipología familiar*Frecuencia del consumo elevado

Recuento

		Frecuencia del consumo elevado					Total
		0	1	2	3	4	
Tipología	Monoparental	9	4	2	55	5	75
familiar	Nuclear moderna reconstituida integrada	0	2	0	0	0	2
	Nuclear moderna desintegrada	0	2	0	0	0	2
	Nuclear moderna integrada	43	27	7	8	2	87
	Nuclear tradicional compuesta integrada	2	0	0	0	0	2
	Nuclear tradicional desintegrada	7	0	0	0	0	7
	Nuclear tradicional integrada	75	27	12	18	2	134
	Nuclear tradicional reconstituida integrada	2	1	2	0	0	5
Total		138	63	23	81	9	314

TABLA 10. FRECUENCIA DEL CONSUMO ELEVADO Y TIPOLOGÍA FAMILIAR.

En la **tabla 11** se muestran las **respuestas del Test AUDIT** respecto a la **cantidad típica y la tipología familiar**, podemos observar que en la tipología familiar monoparental, nuclear tradicional integrada y nuclear moderna integrada tienen mayor frecuencia en las puntuaciones más elevadas.

Tabla Tipología familiar*Cantidad típica

Recuento

		Cantidad típica					Total
		0	1	2	3	4	
Tipología familiar	Monoparental	8	4	5	51	7	75
	Nuclear moderna reconstituida integrada	2	0	0	0	0	2
	Nuclear moderna desintegrada	0	2	0	0	0	2
	Nuclear moderna integrada	40	21	13	10	3	87
	Nuclear tradicional compuesta integrada	2	0	0	0	0	2
	Nuclear tradicional desintegrada	4	3	0	0	0	7
	Nuclear tradicional integrada	77	17	18	16	6	134
	Nuclear tradicional reconstituida integrada	2	0	2	1	0	5
	Total	135	47	38	78	16	314

TABLA 11. CANTIDAD TÍPICA Y TIPOLOGÍA FAMILIAR.

En la **tabla 12** se sistematiza la **frecuencia del consumo elevado** respecto a la tipología familiar, observando que la tipología familiar monoparental y nuclear tradicional integrada tienen la frecuencia mayor en las puntuaciones más elevadas.

Tabla Tipología familiar*Frecuencia del consumo elevado

Recuento

		Frecuencia del consumo elevado					Total
		0	1	2	3	4	
Tipología familiar	Monoparental	9	4	2	55	5	75
	Nuclear moderna reconstituida integrada	0	2	0	0	0	2
	Nuclear moderna desintegrada	0	2	0	0	0	2
	Nuclear moderna integrada	43	27	7	8	2	87
	Nuclear tradicional compuesta integrada	2	0	0	0	0	2
	Nuclear tradicional desintegrada	7	0	0	0	0	7
	Nuclear tradicional integrada	75	27	12	18	2	134
	Nuclear tradicional reconstituida integrada	2	1	2	0	0	5
	Total	138	63	23	81	9	314

TABLA 12. FRECUENCIA DEL CONSUMO ELEVADO Y TIPOLOGÍA FAMILIAR.

Lo relativo a la **pérdida del control sobre el consumo y la tipología familiar** se visualiza en la **tabla 13**, siendo la familia monoparental con la mayor frecuencia.

Tabla Tipología familiar*Pérdida del control sobre el consumo

Recuento

		Pérdida del control sobre el consumo				Total
		0	1	2	3	
Tipología familiar	Monoparental	13	2	31	29	75
	Nuclear moderna reconstituida integrada	2	0	0	0	2
	Nuclear moderna desintegrada	0	0	2	0	2
	Nuclear moderna integrada	50	20	10	7	87
	Nuclear tradicional compuesta integrada	2	0	0	0	2
	Nuclear tradicional desintegrada	4	0	3	0	7
	Nuclear tradicional integrada	89	16	21	8	134
	Nuclear tradicional reconstituida integrada	5	0	0	0	5
	Total	165	38	67	44	314

TABLA 13. PÉRDIDA DEL CONTROL SOBRE EL CONSUMO Y TIPOLOGÍA FAMILIAR.

En lo que respecta al **consumo matutino y la tipología familiar** es posible observarlo en la **tabla 14**, siendo la familia monoparental con la mayor frecuencia en puntuaciones de mayor riesgo, mientras que la tradicional integrada tienen la frecuencia más alta en la puntuación que representa un menor riesgo para la salud de los adolescentes.

Tabla Tipología familiar*Consumo matutino

Recuento

		Consumo matutino				Total
		0	1	2	3	
Tipología familiar	Monoparental	14	1	24	36	75
	Nuclear moderna reconstituida integrada	2	0	0	0	2
	Nuclear moderna desintegrada	2	0	0	0	2
	Nuclear moderna integrada	66	11	5	5	87
	Nuclear tradicional compuesta integrada	2	0	0	0	2
	Nuclear tradicional desintegrada	7	0	0	0	7
	Nuclear tradicional integrada	105	10	8	11	134
	Nuclear tradicional reconstituida integrada	5	0	0	0	5
	Total	203	22	37	52	314

TABLA 14. CONSUMO MATUTINO Y TIPOLOGÍA FAMILIAR.

La **tabla 15** muestra lo relativo al **trastorno del sentimiento de culpa** tras el consumo de alcohol y la tipología familiar en la que se presenta con mayor frecuencia.

Tabla Tipología familiar*Sentimiento de culpa tras el consumo

Recuento

		Sentimiento de culpa tras el consumo					Total
		0	1	2	3	4	
Tipología	Monoparental	10	5	60	0	0	75
familiar	Nuclear moderna reconstituida integrada	2	0	0	0	0	2
	Nuclear moderna desintegrada	0	0	0	2	0	2
	Nuclear moderna integrada	62	15	10	0	0	87
	Nuclear tradicional compuesta integrada	2	0	0	0	0	2
	Nuclear tradicional desintegrada	4	0	3	0	0	7
	Nuclear tradicional integrada	85	23	21	0	5	134
	Nuclear tradicional reconstituida integrada	3	2	0	0	0	5
Total		168	45	94	2	5	314

TABLA 15. SENTIMIENTO DE CULPA TRAS EL CONSUMO Y TIPOLOGÍA FAMILIAR.

En la **tabla 16** se observa lo pertinente a las **lagunas de memoria y la tipología familiar**, encontrando mayor frecuencia de las puntuaciones con mayor riesgo para la salud en la tipología familiar monoparental.

Tabla cruzada Tipología familiar*Lagunas de memoria

Recuento

		Lagunas de memoria				Total
		0	1	2	3	
Tipología familiar	Monoparental	10	7	49	9	75
	Nuclear moderna reconstituida integrada	2	0	0	0	2
	Nuclear moderna desintegrada	0	2	0	0	2
	Nuclear moderna integrada	65	12	7	3	87
	Nuclear tradicional compuesta integrada	2	0	0	0	2
	Nuclear tradicional desintegrada	7	0	0	0	7
	Nuclear tradicional integrada	77	34	21	2	134
	Nuclear tradicional reconstituida integrada	5	0	0	0	5
	Total	168	55	77	14	314

TABLA 16. LAGUNAS DE MEMORIA Y TIPOLOGÍA FAMILIAR.

La **tabla 17** manifiesta las **lesiones relacionadas con el alcohol y la tipología familiar**, es posible observar que los accidentes en el último año tienen menor frecuencia en comparación con los del año pasado, además la familia monoparental presenta una frecuencia mucho mayor en relación con el resto de las tipologías familiares.

Tabla Tipología familiar*Lesiones relacionadas con el alcohol

Recuento

		Lesiones relacionadas con el alcohol			Total
		0	2	4	
Tipología familiar	Monoparental	16	52	7	75
	Nuclear moderna reconstituida integrada	0	2	0	2
	Nuclear moderna desintegrada	2	0	0	2
	Nuclear moderna integrada	75	9	3	87
	Nuclear tradicional compuesta integrada	2	0	0	2
	Nuclear tradicional desintegrada	7	0	0	7
	Nuclear tradicional integrada	112	16	6	134
	Nuclear tradicional reconstituida integrada	5	0	0	5
	Total	219	79	16	314

TABLA 17. LESIONES RELACIONADAS CON EL ALCOHOL Y TIPOLOGÍA FAMILIAR.

La **tabla 18** muestra la **preocupación** que otros tienen por el **consumo de alcohol** de los adolescentes y su **tipología familiar**.

Tabla cruzada Tipología familiar*Otros se preocupan por el consumo

Recuento

		Otros se preocupan por el consumo			Total
		0	2	4	
Tipología familiar	Monoparental	19	51	5	75
	Nuclear moderna reconstituida integrada	2	0	0	2
	Nuclear moderna desintegrada	0	2	0	2
	Nuclear moderna integrada	61	17	9	87
	Nuclear tradicional compuesta integrada	0	2	0	2
	Nuclear tradicional desintegrada	7	0	0	7
	Nuclear tradicional integrada	110	20	4	134
	Nuclear tradicional reconstituida integrada	5	0	0	5
	Total	204	92	18	314

TABLA 18. PREOCUPACIÓN DE OTROS POR EL CONSUMO DEL ADOLESCENTE Y TIPOLOGÍA FAMILIAR.

XI. DISCUSIÓN

A través del presente estudio se logró cumplir con los diferentes objetivos específicos establecidos con anterioridad, por lo cual se expone lo siguiente:

Debido a la experiencia obtenida en el estudio respecto a los trastornos asociados al alcohol, se compararon las puntuaciones del AUDIT con datos que reflejan un grado bajo, medio y alto de dependencia de alcohol.

Encontrando que las puntuaciones iguales a 0 de dicho instrumento fueron de tan solo el 17.19% de los adolescentes, y que el 42.35% obtuvo puntuaciones menores de 8 representando un nivel bajo de problemas con el alcohol. Se halló además que las puntuaciones del AUDIT en un rango de 8 y 15 corresponden al 12.73% quienes representan un nivel medio de problemas con el alcohol, mientras que el 27.7% representan un nivel alto. Por tanto, es importante señalar que el 39.9% de los adolescentes presentan uno o varios trastornos asociados al consumo de alcohol.

Respecto a la tipología familiar de los adolescentes del programa se encontró que el tipo de familia predominante corresponde a la nuclear tradicional integrada con un porcentaje de 42.7%, seguida de la nuclear moderna integrada con un 27.7% y de la monoparental con un 23.9%, por otro lado las familias con un menor predominio son; a) nuclear tradicional desintegrada con un 2.2%; b) nuclear tradicional reconstituida integrada con un 1.6%; c) nuclear moderna reconstituida integrada con un 0.6%; d) nuclear moderna desintegrada con un 0.6%; e) nuclear tradicional compuesta integrada con un 0.6%.

Ahora bien, al efectuar un análisis de los diferentes trastornos asociados al consumo de alcohol se visualizó lo siguiente:

1. De los 187 adolescentes que se encontraron con 0 trastornos asociados al consumo de alcohol tenemos que el 51.33% pertenecen a la familia nuclear tradicional integrada, el 34.22% a la nuclear moderna integrada y el 14.43 % a otro tipo de familia.
2. De los 40 adolescentes con algunos trastornos asociados al consumo de alcohol el 47.5% forma parte de una familia nuclear tradicional integrada, el 30% a una nuclear moderna integrada, un 15% forma parte de la familia monoparental y el 7.5% restante pertenece a otras familias.

3. De los 87 adolescentes con un mayor número de trastornos asociados al consumo de alcohol el 66.66% pertenece a la familia monoparental, mientras que el 33.33% pertenece a otro tipo de familia distinta.

XII. CONCLUSIÓN

Un porcentaje significativo de los adolescentes perteneciente al programa JuvenIMSS presenta diferentes trastornos asociados al consumo de alcohol, cuya tipología familiar predominante corresponde a la monoparental.

La detección de la presencia o ausencia de trastornos asociados al consumo de alcohol, y la identificación de la tipología familiar a la que pertenecen los adolescentes con un mayor número de trastornos asociados al consumo de alcohol constituyen una herramienta clave que proporciona una oportunidad para educar a las familias y pacientes sobre el consumo de alcohol dentro de los niveles de bajo riesgo y los riesgos que supone el consumo de alcohol.

RECOMENDACIONES

El presente escrito no plantea intervención del médico relacionada con medicina preventiva a tipologías de familia propensas a un mayor número de trastornos asociados al consumo de alcohol, no obstante, se marca la pauta para acceder a niveles más analíticos que permitan diagnósticas oportunamente y atender a adolescentes y familias con mayor exposición al uso del alcohol. De manera tal que puedan aplicarse por el médico una serie de pasos sistemáticos que posibiliten la detección y aplicación de medidas preventivas o bien un trato más personalizado en la atención a trastornos relacionados con el consumo perjudicial del alcohol en la salud de los adolescentes logrando con ello incidir en la ya mencionada problemática social y de salud que tiene lugar en el Estado.

XIII. ANEXOS

ANEXO 1. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.
Búsqueda de información									
Revisión Bibliográfica									
Planteamiento del problema.									
Análisis Planteamiento									
Formulación de Marco Teórico									
Análisis de Marco Teórico									
Diseño y metodología de Protocolo									
Análisis de Diseño y metodología									
Registro de Protocolo ante el Comité de Investigación.									
Aprobación de Protocolo									
Trabajo de Campo									
Registro y captura de información									
Análisis e Interpretación de Resultados									
Discusiones planteamiento de Conclusiones.									
Autorización.									
Elaboración de tesis.									
Difusión de resultados.									

ANEXO 2. CARTA CONSENTIMIENTO

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (padres o representantes legales de niños o personas con discapacidad)



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (padres o representantes legales de niños o personas con discapacidad)

Nombre del estudio:	“Tipología familiar predominante y los trastornos asociados al consumo de alcohol en adolescentes en el programa JuvenIMSS en la UMF 9”.
Patrocinador externo (si aplica): *	No aplica.
Lugar y fecha:	UMF 9 Aguascalientes, Ags. Marzo de 2020.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Estamos invitando a su hijo (a) a participar en un protocolo de investigación, esto, con el objetivo de identificar la tipología familiar que predomina en la frecuencia y en los trastornos asociados al consumo de alcohol en adolescentes registrados en el programa JuvenIMSS en la UMF 9. Ya que México ocupa el tercer lugar en consumo de alcohol en el continente americano con un porcentaje del 86% del total de la población afectando un 70% de los adolescentes y Aguascalientes no es la excepción. De tal forma que el médico familiar pueda identificar las necesidades que puedan modificar la percepción negativa que pudiera tener con respecto al consumo de alcohol, lo que impactará en la reducción de las complicaciones ocasionadas por su consumo.
Procedimientos:	Si usted acepta que su hijo (a) sea participe en este estudio, se le aplicará una encuesta para obtener datos sociodemográficos y un instrumento llamado AUDIT (Alcohol Use Disorders Identifications Test) lo cual le tomará 10 minutos de su tiempo, y el cual es un cuestionario de tamizaje de 10 reactivos para la identificación de trastornos por consumo de alcohol. El instrumento en sus primeras 3 preguntas se refiere a la frecuencia del consumo y las otras 7 se refieren a los trastornos causados por el alcohol. Con esta investigación obtendrá el conocimiento y la información sobre la tipología familiar a la que pertenece y sobre los trastornos asociados al consumo de alcohol.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno, se me ha explicado que no existe ningún riesgo en relación al estudio, ya que mi hijo solo contestará una encuesta de datos sociodemográficos y un test relacionado a la frecuencia y trastornos ocasionados por el consumo de alcohol.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Tanto mi hijo como Yo tendremos el conocimiento sobre los trastornos ocasionados por el consumo de alcohol lo cual permitirá tener una mejor percepción en relación a los efectos negativos del consumo de alcohol en relación a la persona que lo consume.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna y explícita por escrito sobre cualquier procedimiento alternativo que pudiera ser ventajoso para mí hijo, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le planteé acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos y/o beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. En el caso de que a mi hijo se le detecte algún trastorno, se le canalizará a trabajo social, al médico familiar o bien si así se requiere se le derivará a la instancia requerida ya sea intra o extrainstitucional para que se le brinde la atención y las intervenciones necesarias y oportunas para su recuperación para evitar posibles complicaciones derivadas del consumo de alcohol.
Participación o retiro:	Se me ha explicado y entiendo que yo soy libre de decidir si mi hijo (a) participe en este estudio y que conservo el derecho de retirarlo del estudio en cualquier momento en que Yo lo deseé o crea conveniente, sin que esto afecte en ningún momento la atención que recibe por parte

del instituto; así como también obtener una respuesta clara y precisa ante cualquier duda que me surja durante la investigación.

Privacidad y confidencialidad:

El investigador principal me ha dado el compromiso y la plena seguridad de que no se identificará a mi hijo en las publicaciones o presentaciones que se deriven de este estudio y que los datos relacionados a su privacidad serán tratado en forma confidencial y únicamente serán identificados por los investigadores de este estudio. La información proporcionada será confidencial y solo se usará para el estudio y análisis estadístico. Así mismo se me informó que la encuesta se le aplicará de forma grupal, en el aula de la clínica 9 en presencia de una trabajadora social y el investigador, permaneciendo yo, fuera del aula para que no influya la contestación de la encuesta con mi presencia.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

- No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio.
- Si acepto que mi familiar o representado participe y que se le tome la muestra solo para este estudio.
- Si acepto que mi familiar o representado participe y que se le tome la muestra para este estudio y estudios futuros conservando su sangre hasta por ___ años tras lo cual se destruirá la misma.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dr. Juan Esteban Meza García
Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar No. 9
Teléfono del trabajo: 449 972 47 77 Ext. 206
Teléfono particular: 449 123 65 14
Correo electrónico: jmeza692000@yahoo.com.mx

Colaboradores: Dr. Eumir Ponce de León Alcaraz
Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar No. 9
Teléfono del trabajo: 449 972 47 77 Ext. 148
Teléfono particular: 449 898 87 85
Correo electrónico: dreumirponce@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

**Nombre y firma de ambos padres
Tutores o representantes legal**

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-003-002

ANEXO 3. CARTA DE ASENTAMIENTO DE MENORES DE EDAD (8 A 17 AÑOS)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de asentimiento en menores de edad (8 a 17 años)

Nombre del estudio:

“Tipología familiar predominante y los trastornos asociados al consumo de alcohol en adolescentes en el programa JuvenIMSS en la UMF 9”.

Número de registro institucional

Objetivo del estudio y procedimientos:

Te estamos invitando a que participes en un estudio sobre el tema del alcoholismo, para saber las características o tipo de familia en las que es más frecuente encontrar trastornos o daños asociados al consumo de alcohol en adolescentes.

Se te aplicará una encuesta para obtener datos tuyos como lugar de nacimiento, lugar donde creciste o criaste, también datos de tus papás como escolaridad, si los dos trabajan o nada más uno de ellos, en que trabajan, si están casados o no, las edades de ellos, etc. También se te pedirá que contestes un cuestionario llamado AUDIT (Alcohol Use Disorders Identifications Test) el cual consta de 10 reactivos para la identificación de trastornos ocasionados por consumo de alcohol. El instrumento en sus primeras 3 preguntas se refiere a la frecuencia del consumo y las otras 7 se refieren a los trastornos causados por el alcohol.

Hola, mi nombre es Juan Esteban Meza García y trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer acerca del tipo de familia que predomina y los trastornos ocasionados por el consumo de alcohol en el adolescente y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en que contestes una encuesta y un cuestionario.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas o resultados sin que tú lo autorices, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio. (Si se proporcionará información a los padres, favor de mencionarlo en la carta)

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (x) en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre. Si **no** quieres participar, déjalo en blanco.

Sí quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento: _____

Fecha: _____

ANEXO 4. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN ADULTOS ADOLESCENTES (18 A 19 AÑOS)



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación adultos adolescentes (18 a 19 años)

Nombre del estudio:	“Tipología familiar predominante y los trastornos asociados al consumo de alcohol en adolescentes en el programa JuvenIMSS en la UMF 9”.
Patrocinador externo (si aplica): *	No aplica.
Lugar y fecha:	UMF 9 Aguascalientes, Ags. Marzo de 2020.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Le estamos invitando a que participe en un protocolo de investigación con el objetivo de identificar la tipología familiar que predomina en la frecuencia y en los trastornos asociados al consumo de alcohol en adolescentes registrados en el programa JuvenIMSS en la UMF 9. México ocupa el tercer lugar en consumo de alcohol en el continente americano con un porcentaje del 86% del total de la población afectando un 70% de los adolescentes y Aguascalientes no es la excepción. De tal forma que el médico familiar pueda identificar las necesidades que puedan modificar la percepción negativa que pudiera tener con respecto al consumo de alcohol, lo que impactará en la reducción de las complicaciones ocasionadas por su consumo.
Procedimientos:	Si acepta participar en este protocolo se le aplicará una encuesta para obtener datos sociodemográficos y un instrumento llamado AUDIT (Alcohol Use Disorders Identifications Test) el cual es un cuestionario de tamizaje de 10 reactivos para la identificación de trastornos por consumo de alcohol. El instrumento en sus primeras 3 preguntas se refiere a la frecuencia del consumo y las otras 7 se refieren a los trastornos causados por el alcohol. Con esta investigación obtendrá el conocimiento y la información sobre la tipología familiar a la que pertenece y sobre los trastornos asociados al consumo de alcohol.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno, se me ha explicado que no existe ningún riesgo en relación al estudio, ya que solo contestaré una encuesta de datos sociodemográficos y un test relacionado a la frecuencia y trastornos ocasionados por el consumo de alcohol.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Obtendré el conocimiento sobre los trastornos ocasionados por el consumo de alcohol lo cual permitirá tener una mejor percepción en relación a los efectos negativos del consumo de alcohol en relación a mí persona.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna y explícita por escrito sobre cualquier procedimiento alternativo que pudiera ser ventajoso para mí, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le planteé acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos y/o beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. En el caso de que se me detecte algún trastorno se me canalizará a trabajo social, al médico familiar o bien si así se requiere se me derivará a la instancia requerida ya sea intra o extrainstitucional para que se me brinde la atención y las intervenciones necesarias y oportunas para mi recuperación para evitar posibles complicaciones derivadas del consumo de alcohol.
Participación o retiro:	Se me ha explicado y entiendo que tengo la libertad absoluta de participar en este estudio y que conservo el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento en que Yo lo deseé o crea conveniente, así como también obtener una respuesta clara y precisa ante cualquier duda que me surja durante la investigación.

Privacidad y confidencialidad:

El investigador principal me ha dado el compromiso y la plena seguridad de que no se identificará mi nombre o mi persona en las publicaciones o presentaciones que se deriven de este estudio y que los datos relacionados a su privacidad serán tratado en forma confidencial y únicamente serán identificados por los investigadores de este estudio. La información proporcionada será confidencial y solo se usará para el estudio y análisis estadístico. Así mismo se me informó que la encuesta se me aplicará en forma grupal, en el aula de la clínica 9 en presencia de una trabajadora social y el investigador.

En caso de colección de material biológico (si aplica)

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autorizo que se tome la muestra
Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio
Su autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros

Disponibilidad de tratamiento

médico en derechohabientes (si aplica): No aplica

Beneficios al término del estudio:

Detección y prevención oportuna de los trastornos ocasionados por el consumo de alcohol mediante la intervención oportuna del Médico Familiar, asimismo implementar acciones preventivas para mejorar la calidad de vida en los integrantes de mi familia.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dr. Juan Esteban Meza García
Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar No. 9
Teléfono del trabajo: 449 972 47 77 Ext. 206
Teléfono particular: 449 123 65 14
Correo electrónico: jmeza692000@yahoo.com.mx

Colaboradores: Dr. Eumir Ponce de León Alcaraz
Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar No. 9
Teléfono del trabajo: 449 972 47 77 Ext. 148
Teléfono particular: 449 898 87 85
Correo electrónico: dreumirponce@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-003-002

ANEXO 5. CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Este cuestionario es confidencial, por favor conteste todas las preguntas y si alguna no entiende pregunte al encuestador.

1	Sexo	a) Femenino: _____ b) Masculino: _____
2	Lugar de Nacimiento	_____
3	Personas que viven en tu casa	a) Vivo solo: _____ b) Mi pareja y yo: _____ No. de hijos: _____ c) Con mi mamá, mi papá y yo: _____ No. de hermanos: _____ d) Con mi mamá y yo: _____ No. de hermanos: _____ e) Con mi papá y yo: _____ No. de hermanos: _____ f) Con mamá y papá, hijos y otro (s) pariente (s) -tío, primo, abuelo, etc.-: _____ g) Con mamá o papá, hijos y otro (s) pariente (s) -tío, primo, abuelo, etc.-: _____ h) Con mamá, su pareja y yo: _____ Número de hermanos: _____ No. De hermanastros: _____ i) Con papá, su pareja y yo: _____ Número de hermanos: _____ No. De hermanastros: _____ j) Con pariente (s) -abuelo (s), tío (s), primo (s), etc.-: _____ k) Otros: _____ ¿Quiénes?: _____
4	Lugar donde vives	_____
5	Edad del adolescente	_____
6	Estado civil del adolescente	a) Casado: _____ b) Unión libre: _____ c) Soltero: _____ d) Separado o divorciado: _____
7	Edad	
8	Escolaridad	Datos de la madre l) Ninguna: _____ ¿sabe leer y escribir?: sí: _____ no: _____ m) Primaria: _____ n) Secundaria: _____ o) Preparatoria: _____ p) Licenciatura: _____ q) Maestría: _____
9	Ocupación	a) Campesina: _____ b) Obrera: _____ c) Comerciante: _____ d) Empleada de comercio: _____ e) Empleada de gobierno: _____ f) Técnica: _____ g) Profesionista: _____ h) Hogar: _____
10	Edad	
11	Escolaridad	Datos del Padre a) Ninguna: _____ ¿sabe leer y escribir?: sí: _____ no: _____ b) Primaria: _____ c) Secundaria: _____ d) Preparatoria: _____ e) Licenciatura: _____ f) Maestría: _____
12	Ocupación	i) Campesina: _____ j) Obrera: _____ k) Comerciante: _____ l) Empleada de comercio: _____ m) Empleada de gobierno: _____ n) Técnica: _____ o) Profesionista: _____ p) Hogar: _____
13	Estado civil de la madre y/o padre	Datos Familiares a) Casado: _____ ¿Viven juntos?: sí: _____ no: _____ b) Unión libre: _____ c) Soltero: _____ d) Separado: _____ e) Divorciado: _____ f) Viudo: _____ g) Se volvió a casar: _____
14	¿Quién aporta dinero para el sostén de la familia?	a) Padre: _____ b) Madre: _____ c) Ambos: _____ Yo: _____ b) Todos: _____ c) Otro (s): _____ ¿Quién (s)?: _____

ANEXO 6. TEST AUDIT

Cuadro 10 Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol: Versión de Auto-Pase

PACIENTE: Debido a que el uso del alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su uso de alcohol. Sus respuestas serán confidenciales, así que sea honesto por favor.

Marque con una X en el cuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta.

Preguntas	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 más 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	De 7 a 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
					Total

ANEXO 7. MANUAL OPERACIONAL

Número	Aspecto
1	Una vez aprobado el presente protocolo, se iniciará el proceso para la aplicación de los instrumentos que demanda el estudio.
2	La muestra se efectuará con un total de 319 adolescentes previamente seleccionados pertenecientes al programa JuvenIMSS de la UMF 9, del estado de Aguascalientes.
3	Previa cita de adolescentes y padres de familia o en su caso tutores, se les explicará brevemente cuál es el propósito del estudio y la forma en que participarán, en caso de que sea su voluntad formar parte, éstos firmarán una carta de consentimiento al igual que sus padres o quien en su caso ostente la representación jurídica del menor.
4	Antes de comenzar con la aplicación de los instrumentos, se le informará al adolescente, que tiene derecho a abandonar el proceso en cualquier momento en caso de que sea esa su voluntad.
5	Una vez que se tenga dicha autorización expresa en el documento pertinente, se informará al paciente adolescente que el cuestionario sociodemográfico tiene como fin teleológico identificar la tipología familia a la que pertenece con el propósito de identificar si esta incide en su consumo de alcohol. Aunado a ello, se solicitará al menor que proceda a dar respuesta al cuestionario mencionado, completando la información requerida o bien seleccionando el inciso que corresponda a su realidad. El aplicador estará presente durante el llenado del instrumento para dar respuesta al suceso que se presente, pudiendo ser: dudas del paciente, su desistimiento, o de cualquier índole.
6	Concluido el cuestionario sociodemográfico, se informará al paciente adolescente que el test AUDIT en su versión autopase tiene como fin teleológico identificar la presencia o ausencia de algunos trastornos de alcohol con el propósito de tener conocimiento de si su consumo de alcohol, representa un perjuicio para su salud y de ser el caso poder proporcionarle una atención medica de mayor calidad y personalizado acorde al resultado obtenido. Se marcará con una x, la respuesta a las diez preguntas que mejor describa su consumo de alcohol. Cada respuesta se puntúa utilizando los números situados en la parte superior de cada columna de respuestas. Se escribe la cifra adecuada asociada con cada respuesta en la columna de la derecha. A continuación, se suman todos los números en esa

columna para obtener la puntuación total. La interpretación que se dará al total de la puntuación corresponde: puntuaciones entre 8 y 15 son las más apropiadas para un simple consejo enfocado en la reducción del consumo de riesgo. Puntuaciones entre 16 y 19 sugieren terapia breve y un abordaje continuado. Puntuaciones iguales o mayores a 20 claramente requieren una evaluación diagnóstica más amplia de la dependencia de alcohol.

- 7 La duración de la respuesta a los instrumentos oscila entre los 8 y los 12 minutos por paciente. Razón por la cual se implementará la aplicación de los instrumentos de forma simultánea a 20 pacientes por sesión, programando 3 sesiones al día.

XIV. BIBLIOGRAFÍA

1. Lucio GME, Gómez hernández HL, Morales Rodríguez B, Pérez ramos M. Uso del AUDIT y el DAST-10 para la identificación de abuso de sustancias psicoactivas y alcohol en adolescentes. Revista colombiana de Psicología. 2009 Enero-Junio; 18(1): p. 9-17.
2. Feito Crespo L, Aza Blanc G. El PAPEL DE LA FAMILIA EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS DE ADOLESCENTES Y JÓVENES ESPAÑOLES. Universidad Pontificia Comillas Madrid Facultad de ciencias humanas y sociales. 2106 mayo.
3. Ferrer Bolufer A, Gandolfo García RR, García Luna C, Lidon Chilleron C. Grado de influencia de la familia sobre la edad de inicio de consumo de alcohol en adolescentes. Revista de Fundamentos de Psicología. 2013; 5(1).
4. Rees R, Valenzuela A. Características individuales y de la estructura familiar de un grupo de adolescentes abusadores de alcohol y/o marihuana. Revista chilena de Neuropsiquiatría. 2108 julio; 41(3).
5. Uroz Olivarez j, Charro Baena B, Prieto Urzúa M, Meneses Falcón C. ESTRUCTURA FAMILIAR Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES. Health and Addictions. Salud y drogas. 2018 enero; 18(1): p. 107-118.
6. Páez Cala L, Castaño Castrillón JJ. Familia y el uso y abuso de potenciales adictivos en jóvenes. Informes Psicológicos. 2019; 19(1): p. 105-118.
7. Navarro PV, Parra Vera D, Arevalo Zamora C, Cifuentes Gaytan LK, Valero Carvajal J, Sierra de Jaramillo M. Estructura y tipología familiar en pacientes con dependencia o abuso de sustancias psicoactivas en un centro de rehabilitación de adicciones en el municipio de Chía Cundinamarca. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2015 febrero; 44(3): p. 166-176.
8. Castro T M, Meil G. Nuevas familias para un nuevo siglo. Situación social. 2015;: p. 302-314.
9. Facundo FRG, Pedrão J, López García KS, Esparza Almanza , Rodríguez Aguilar L. TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL (AUDIT) EN ADOLESCENTES Y JOVENES MARGINALES DE BANDAS JUVENILES DE MEXICO. Pesquisa Esc Anna Nery Rev Enferm. 2007; 11(4).
10. Arias Molina Y, Cabrera Hernández Y, Herrero Solano Y. Autoestima, ansiedad y depresión en adolescentes con consumo de riesgo de alcoholismo. Multimed. Revista Médica. Granma. 2019 mayo-junio; 23(3).
11. Ontanilla Reyes E, Garrido Miranda JM. Trastornos relacionados con el consumo de alcohol. Drogodependencia y alcoholismo: cuidados de enfermería. 2007; 14.
12. Membrillo Luna A, Fernandez Ortega MA, Quiroz Pérez JR. Familia. intriducción al estudio

- de sus elementos. segunda ed. México, D.F.: Editores de textos mexicanos; 2008.
13. Irigoyen-Coria A. Fundamentos de Medicina Familiar. séptima ed. Mexico. D.F.: Medicina familiar mexicana; 2015.
 14. II. Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias. Archivos de Medicina Familiar. 2005; 7(1): p. 15-19.
 15. Vargas Navarro P, Parra Vera MD, Arévalo Zamora C, Cifuentes Gaitan LK, Valero Carvajal J, Sierra de Jaramillo M. Estructura y tipología familiar en pacientes con dependencia o abuso de sustancias psicoactivas en un centro de rehabilitación de adicciones en el municipio de Chia cundinamarca. Revista Colombiana de psiquiatría. 2015 febrero; 3(44): p. 166-176.
 16. Ahumada Cortéz JG, Gámez Medina E, Valdéz Montero C. EL CONSUMO DE ALCOHOL COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA. Ra Ximhai. 2017 julio-diciembre; 13(2): p. 13-24.
 17. Salud OMdl. Glosario de términos de alcohol y drogas. primera. ed. consumo. Mdsy, editor. Madrid, España: Mnisterio de sanidad y consumo.; 1994.
 18. Pineda Pérez S, Aliño Santiago M. El concepto de la adolescencia. Manual de prácticas clínicas para la atención.en la adolescencia. .
 19. J. RVM, Zereceda Gyax J, Otiniano Campos F. Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar. Primera ed. Canesa A, editor. Lima, Perú: Industria gráfica MACOLE S.R.L.; 2013.
 20. F MG, Cabrera Jiménez M, Pérez Barajas C, Amaro Franco M. El consumo de Alcohol en Adolescentes de una secundariai de ciudad nezahualcóyotl frecuencia y características sociales, 2015. Revista Especializada en Ciencias de la Salud. 2015; 18(1).
 21. Centro de Integracion Juvenil AC. Consumo de drogas "Alguna vez en la vida". Anual. Aguascalientes: Secretaria de Salud del Estado de Aguascalientes., : Centros de Integración Juvenil, Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas. México, 2018 ; 2018.
 22. Permanen Kea. Proportions of Crimes Associated with Alcohol and Other Drugs. In. Canadá: Ottawa: Canadian Centre on Substance Use; 2002.
 23. Murdoch D,PROyRD. Alcohol y crímenes de violencia. In.: International Journal of the Addictions; 2004. p. 1065-1081.
 24. ciudadana. Sdyp. Deserción escolar y conductas de riesgo en adolescentes. México: Secretaría de Seguridad Pública. Gobierno Federal., Dirección General de Prevención del Delito y Participación Ciudadana.; 2011.
 25. Monteiro TFB|CHB|JBSMG. Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol AUDIT. Manual. Ginebra: Organización Mundial de la Salud,

Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias; 2001. Report No.: WHO/MSD/MSB/01.6a.

26. Ezzati M, Lopez AD, Ray MC. Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Ginebra: OMS; 2004.
27. Álvarez MS, Gallego CP, Latorre de la Cruz C, Bermejo FF. Papel del test del AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) para la detección de consumo excesivo de alcohol en atención primaria. Medifam. 2001; p. 553-557.
28. Lucio GME, Gómez hernández HL, Morales Rodríguez B, Pérez ramos M. Uso del AUDIT y el DAST-10 para la identificación de abuso de sustancias psicoactivas y alcohol en adolescentes. Revista colombiana de Psicología. 2010 Enero-Junio; 18(1): p. 9-17.
29. García Carretero MA, Novalbos Ruiz P, Martínez Delgado JM, O'Ferrall González C. Validación del test para la identificación de trastornos por uso de alcohol en población universitaria: AUDIT y AUDIT-C. Adicciones. 2016; 28(4).
30. Cortés Tomás MT, Giménez Costa A, Motos Sellés P, Sancerni Beitia MD. Revisión de artículos de consumo de AUDIT para mejorar la detección de consumo excesivo de alcohol en los jóvenes. Frente Psychol. 2017 mayo; 8(910).
31. Arnáiz G, Conde Martel A, Aguiar Bautista J. Utilidad diagnóstica del cuestionario Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) para detectar el consumo de alcohol de riesgo en atención primaria. Medicina clínica. 2001; 116(4): p. 121-124.
32. C FR. Ciclo vital y Sistema familiar. Medifam. 1991; 2.
33. Villatoro Velázquez, Medina-Mora Icaza e, Martín del Campo Sánchez R, Fregoso Ito DA. El consumo de drogas en estudiantes de México: tendencias y magnitud del problema. Salud mental. 2016 julio-agosto; 39(4): p. 193-203.
34. JA VV, Reséndiz Escobar E, Mujica Salazar, A, Bretón Cirett M. Encuesta Nacional del Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco: Reporte de Alcohol. Primera ed. Salud Sd, editor. México, D.F.: Comisión Nacional contra las Adicciones CONADIC; 2017.
35. Garza Elizondo T. trabajo con familias abordaje medico e integral. tercera ed. Garza Elizondo T, Gutierrez Herrera RF, editors. Mexico, D.F.: El manual moderno; 2015.
36. Salud OMdl. Glosario de términos de alcohol y drogas. primera ed. consumo Mdsy, editor. MADRID, España: Ministerio de sanidad y consumo; 1994.
37. Carro RA, Chávez Aguilar V, García Peña MdC, Pons Álvarez ON. Medicina Familiar. segunda ed. Iniestra RC, editor. México, D.F.: Corinter Corporativo Intermédica sa de cv; 2013.
38. Uribe Alvarado jI, Verdugo Lucero jC, Zacarías Salinas X. Relación entre percepción de riesgo y consumo de drogas en estudiantes de bachillerato. Psicología y Salud. 2011 enero-

junio; 21(1): p. 47-55.

39. Rees R, Valenzuela A. Características individuales y de la estructura familiar de un grupo de adolscntes abusadores de alcohol y/o marihuana. Revista chilena de neuropsiquiatria. 2003 julio; 41(3).
40. Polo MD, Díaz R, Escera C, Sánchez-Turet M, Grau C. Caracterización del alcoholismo familiar. Anuario de Psicología. 1995;(66).
41. Neil M, Monnet BJ. Problemas de alcohol en la Familia:Un informe para la Unión Europea. Adicciones. 1999; 11(1): p. 3-6.
42. Avilés A, Cárcamo E, Araya C. Hablemos de la familia-Desarrollo personal. Cide. 1991.
43. O FH, Vohringer C C, Espinoza Z M. TRABAJO CON FAMILIAS EN DEPENDENCIA A DROGAS Y VULNERABILIDAD SOCIAL DESDE EL MODELO DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA. CONACE. 2004 Mayo.
44. Lizarde Alonso V, Librada Escibano MV, Astorga Vergara Ma. Glosario de términos de alcohol y drogas Consumo MdSy, editor. Madrid; 1994.