



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 41

COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR ASOCIADA A LOS
TRASTORNOS POR CONSUMO DEL ALCOHOL EN SUJETOS
DE 20 A 45 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
41 DE MARZO DE 2021 A FEBRERO DE 2022

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

P R E S E N T A:

HÉCTOR ALAN ZAVALA SÁNCHEZ
alanzavalasan@gmail.com

Facultad de Medicina



ASESOR DE TESIS:
ACHO FEDERICO GARCÍA MARTÍNEZ

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX.
2022



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR





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.

**“COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR ASOCIADA A LOS
TRASTORNOS POR CONSUMO DEL ALCOHOL EN SUJETOS DE
20 A 45 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 41 DE
MARZO DE 2021 A FEBRERO DE 2022”**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.
PRESENTA

DR. HÉCTOR ALAN ZAVALA SÁNCHEZ

AUTORIZACIONES:



DR. ACHO FEDERICO GARCÍA MARTÍNEZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA
DIRECTOR DE TESIS



DRA. MACEDONIA GUADALUPE MORENO TOVAR
COORDINADORA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 41, DELEGACIÓN NORTE

Dra. Fátima Aguilar Morales
DIRECTORA
Mat. 9836465
IMSS Ced. Prof. 7440177



DRA. AGUILAR MORALES FÁTIMA
DIRECTORA DE UMF.



“COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR ASOCIADA A LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DEL ALCOHOL EN SUJETOS DE 20 A 45 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 41 DE MARZO DE 2021 A FEBRERO DE 2022”

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.
PRESENTA:

DR. HÉCTOR ALAN ZAVALA SÁNCHEZ

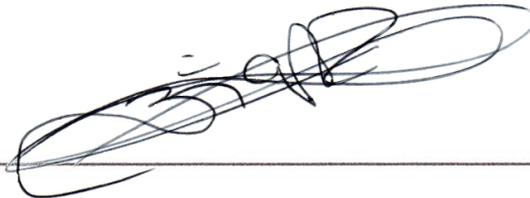
AUTORIZACIONES:



DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



ACTA DEL DICTAMEN DEL SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud No. 3511
UNIDAD FAMILIAR RUP 14

Registro COFCER 018 CI 09 017 037
Registro COMERCIAL COMERCIAL 09 CEI 051 1038082

Fecha: Lunes, 19 de abril de 2021

M.E. ACHO FEDERICO GARCIA MARTINEZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Cohesión y adaptabilidad familiar asociada a los trastornos por consumo del alcohol en sujetos de 20 a 45 años en la Unidad de Medicina Familiar 41 de Marzo de 2021 a Febrero de 2022** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**.

Número de Registro Institucional

R-2021-3511-031

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

DR. ANDRÉS LEÓN SANTAMARÍA

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3511

IMSS
SECRETARÍA DE SALUD



DEDICATORIA

Porque un trabajo de investigación también es resultado del reconocimiento y apoyo que nos ofrecen las personas que nos estiman. Dedico este trabajo a mi familia por su tiempo y palabras de aliento que me brindaron durante este camino, por haberme orientado con sus consejos; por haber sido mi apoyo y mi fuerza durante toda mi carrera profesional y a lo largo de mi vida.

A mi mamá quien me enseñó que aun la tarea más grande se puede lograr si se hace un paso a la vez. Por haber sido mi guía en cada paso de mi vida y por haber estado conmigo en los momentos que más la he necesitado. Agradezco cada palabra de aliento y el haberme exigido cuando decaía y todo parecía complicado, porque sin sus palabras no estaría cumpliendo lo que hasta hoy he logrado.

A mi tío Roberto, a quien quiero como un padre. Por haber tenido siempre tiempo para apoyarme profesional y emocionalmente, por haber formado parte de cada paso en este largo camino y por hacerme sentir orgullo de quien soy.

A mi tío Eduardo, quien me ha apoyado desde mi infancia hasta convertirme en quien hoy soy. Por cada palabra y cada risa que hicieron mi camino más fácil.

A mi novia Cynthia, con quien he crecido personal y profesionalmente. Agradezco sinceramente su apoyo a lo largo de toda mi carrera profesional, por su incondicionalidad y amor en cada una de mis ideas y mis proyectos.

A Dios quien ha sido mi guía durante mi vida, brindándome sabiduría para culminar con éxito cada una de las metas propuestas.

En memoria de mamá Mac, mi abuelita, quien siempre confió en mí y creyó que todo esto era posible, por todo su amor y apoyo en cada decisión tomada.

Gracias porque este logro no solo es mío, también es suyo.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México y al Instituto Mexicano del Seguro Social, por haberme brindado la oportunidad de seguir preparándome en mi trayectoria profesional. Por permitirme ser parte del gran equipo de trabajo que conforman y por prepararme para ser un mejor profesionalista para servir a mi país.

Así mismo, deseo expresar mi agradecimiento a mi director de tesis, Doctor Acho Federico García Martínez y al doctor Mauricio Franco Posadas, por la dedicación y apoyo a este trabajo; por el respeto a mis sugerencias e ideas y por el rigor a las mismas. Agradezco su conocimiento preciso y riguroso, por su orientación y atención a mis dudas sobre metodología, ya que sin ello no habría sido posible la culminación de este proyecto.

El proceso de investigación siempre es fruto de ideas y esfuerzo que corresponden a otras personas. En este caso mi más sincero agradecimiento a mis docentes, doctora Macedonia Guadalupe Moreno Tovar, Doctora Cristina, Doctora Wendy, Doctora Alma y Doctora Bárcena quienes con su apoyo y consejos guiaron el proceso para conseguir lo que hoy he logrado. Ustedes formaron parte importante de esta historia, con sus aportes profesionales que las caracterizan. Gracias por sus palabras de aliento, por su dedicación, perseverancia y tolerancia.

A los pacientes que formaron parte de esta investigación, por su colaboración, paciencia y amabilidad prestada durante este proceso, ya que sin ellos no habría sido posible llevar a cabo este proyecto.

A todos, gracias.

DATOS DEL ALUMNO

Apellido paterno	Zavala
Apellido materno	Sánchez
Nombre	Héctor Alan
Universidad	Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad	Facultad de Medicina
Carrera	Médico Cirujano
No. de cuenta	308327315
Especialidad	Medicina Familiar

DATOS DEL ASESOR

Apellido paterno	García
Apellido materno	Martínez
Nombre	Acho Federico

DATOS DE LA TESIS

Título	Cohesión y adaptabilidad familiar asociada a los trastornos por consumo del alcohol en sujetos de 20 a 45 años en la Unidad de Medicina Familiar 41 de Marzo de 2021 a Febrero de 2022.
No. de páginas	53
Año	2022

Resumen

Título: Cohesión y adaptabilidad familiar asociada a los trastornos por consumo del alcohol en sujetos de 20 a 45 años en la Unidad de Medicina Familiar 41 de Marzo de 2021 a Febrero de 2022.

Introducción: ENSANUT 2018-19 informó que la prevalencia del consumo de alcohol anual es de 94.3%; en los hombres de 94.7% siendo de mayor frecuencia la población entre 20 a 45 años. Las relaciones del sistema familiar influyen en el proceso de salud enfermedad.

Objetivo: Analizar la asociación que existe entre la cohesión y adaptabilidad familiar con el trastorno por consumo del alcohol en sujetos de 20 a 45 años.

Material y métodos: Estudio transversal, analítico. Se realizó en la UMF 41 en el periodo de Marzo de 2021 a Febrero de 2022, en adultos con consumo de alcohol. Tamaño de muestra 500. Se estudiaron variables sociales, familiares y clínicas. La asociación de las variables se efectuó mediante la razón de momios de prevalencia con nivel de significancia del 95%. Se efectuó análisis multivariado y bivariado para análisis de datos. La escala de FACES III identificó la cohesión y adaptabilidad familiar con la que cuentan los sujetos de estudio. Con la escala de tamizaje AUDIT se reconoció el patrón de consumo de alcohol.

Resultados y análisis: La muestra de pacientes dependientes de alcohol, la mayor parte fueron mujeres, sin embargo, el ser hombre eleva el riesgo de presentar consumo de alcohol perjudicial y dependiente a casi dos veces (RMP= 1.57; IC 95% 1.08-2.28). Se identificó que a menor estudio educativo mayor consumo de alcohol (RMP=1.65; IC 95% 1.14-2.40). La posibilidad de presentar consumo perjudicial y dependencia al alcohol se incrementa casi 2 veces al tener cohesión familiar de tipo no relacionada y aglutinada (RMP=1.56; IC 95% 1.09-2.23).

Conclusiones: Existe riesgo de consumo perjudicial y dependiente de alcohol al ser hombre, tener bajo nivel de escolaridad y tener familia no relacionada aglutinada.

Palabras clave: Familia, Familia nuclear, Trastornos inducidos por alcohol, Beber alcohol, Beber en exceso.

Abstract

Title: Family cohesion and adaptability associated with alcohol use disorders in subjects aged 20 to 45 years in the Family Medicine Unit 41, March 2021 to February 2022.

Authors: García Martínez Acho Federico¹, Zavala Sánchez Héctor Alan²

Introduction: ENSANUT 2018-19 reported that the prevalence of annual alcohol consumption is 94.3%; 94.7% in men, the most frequent being the population between 20 and 45 years of age. Family system relationships influence the health-disease process.

Objective: To analyze the association between family cohesion and adaptability with alcohol use disorder in subjects aged 20 to 45 years.

Material and methods: Cross-sectional, analytical study. It was carried out in UMF 41 in the period from March 2021 to February 2022, in adults with alcohol consumption. Sample size 500. Social, family and clinical variables were studied. The association of the variables was made using the prevalence odds ratio with a significance level of 95%. Multivariate and bivariate analyzes were performed for data analysis. The FACES III scale identified the family cohesion and adaptability of the study subjects. With the AUDIT screening scale, the pattern of alcohol consumption was recognized.

Results and analysis: The sample of alcohol dependent patients, most of them were women, however, being a man increases the risk of presenting harmful and dependent alcohol consumption almost twice (RMP= 1.57; 95% CI 1.08-2.28). It was identified that the lower the educational level, the higher the alcohol consumption (RMP=1.65; 95% CI 1.14-2.40). The possibility of presenting harmful consumption and alcohol dependence increases almost 2 times when having unrelated and agglutinated family cohesion (ORP=1.56; 95% CI 1.09-2.23).

Conclusions: There is a risk of harmful and dependent alcohol consumption when a man being, having a low level of schooling and having an unrelated family.

Keywords: Family, Nuclear family, Alcohol-Induced Disorders, Alcohol Drinking, Binge Drinking.

CONTENIDO

1	Introducción	- 1 -
2	Justificación	- 5 -
3	Planteamiento del problema	- 7 -
4	Objetivos.....	- 9 -
5	Hipótesis	- 10 -
6	Material y Métodos	- 11 -
6.1	Diseño y tipo de estudio	- 11 -
6.2	Lugar donde se lleva a cabo el estudio	- 11 -
6.3	Tiempo	- 11 -
6.4	Población de estudio	- 12 -
6.5	Criterios de selección	- 12 -
6.6	Tamaño de la muestra	- 13 -
6.7	Operacionalización de variables	- 14 -
6.8	Análisis estadístico.....	- 16 -
6.9	Método de obtención de información	- 18 -
6.10	Descripción del estudio	- 21 -
7	Aspectos Éticos	- 22 -
8	Resultados.....	- 27 -
9	Discusión	- 42 -
10	Conclusiones	- 44 -
11	Recomendaciones o sugerencias.....	- 44 -
12	Referencias bibliográficas	- 45 -
13	Anexos	- 48 -
13.1	Anexo 1. Consentimiento informado	- 48 -
13.2	Anexo 2. Instrumento de recolección de datos	- 49 -

13.3	Anexo 3. Escala AUDIT	- 51 -
13.4	Anexo 4. FACES III.....	- 52 -
13.5	Anexo 5. Hoja de resultados para el paciente.....	- 53 -

1 INTRODUCCIÓN

En el mundo cada año se producen 3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,3% de todas las defunciones, en general, el 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones es atribuible al consumo de alcohol, calculado en términos de la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad, datos de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) El alcohol, de acuerdo con la OMS se define como una sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia, se ha utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos. El consumo nocivo de alcohol conlleva una pesada carga social y económica para las sociedades.¹

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el consumo de alcohol en América es aproximadamente un 40% superior a la media mundial, en el año 2000 el alcohol fue el más importante de riesgo para la salud en países de renta media baja y los países de América. De todas las muertes atribuibles al alcohol, el 28% se debieron a lesiones, como las causadas por accidentes de tránsito, autolesiones y violencia interpersonal; el 21% a trastornos digestivos; el 19% a enfermedades cardiovasculares, y el resto a enfermedades infecciosas, cánceres, trastornos mentales y otras afecciones.²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que, en América Latina, el primer lugar de consumo de alcohol lo ocupa Chile con el 9.6 litros per cápita mientras que México ocupa el décimo lugar con un consumo de 7.2 litros per cápita. Una bebida alcohólica estándar contiene entre 12 y 15 gramos de alcohol. Para la OMS un consumo excesivo es cuando una mujer ingiere más de 40 gramos y el hombre, 60 gramos. Se considera un problema de salud cuando se ingieren más de 50 gramos en el caso de las mujeres y 70 gramos en el caso de los hombres. Es importante señalar que el consumo de más de 60 gramos de alcohol también produce daños a la salud y es hoy uno de los principales factores de morbilidad, discapacidad y mortalidad, además de agente causante de más de 200 enfermedades, provocando a nivel mundial aproximadamente 303 millones de muertes al año. Algunos de los factores de riesgo ambientales incluyen el desarrollo económico, la cultura y la disponibilidad de alcohol, así como la globalidad y los niveles de aplicación y

cumplimiento de las políticas pertinentes. De acuerdo con la OMS. Mientras que la OPS asegura que las personas de bajo nivel socioeconómico son más vulnerables a las consecuencias negativas del consumo nocivo.³

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, define bebida alcohólica como aquella que contenga alcohol etílico en una proporción de 2% y hasta 55% en volumen y al alcoholismo al síndrome de dependencia o adicción al alcohol etílico.⁴

En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19, referente al consumo de bebidas alcohólicas en población adulta (mayores de 20 años) la prevalencia global de consumo anual es de 94.3% (49 812 800 consumidores); en los hombres de 94.7% (29 907 700 consumidores) y en las mujeres de 93.7% (19 905 100 consumidoras). La razón de consumo de alcohol hombre: mujer es de 1. Entre los adultos que han referido consumir bebidas alcohólicas, tienen un patrón de consumo diario 1.8% (937 300 consumidores) (2.9% en hombres, 0.3% en mujeres) y de consumo mensual 9.3% (4 718 500 consumidores) (11.4% en hombres, 6.0% en mujeres). En México, 94.3% de la población adulta ha consumido por lo menos una copa de una bebida alcohólica en el último año con un patrón de consumo diario y mensual de 1.8 y 9.6% respectivamente. El consumo de alcohol de manera excesiva es de 43.6% en hombres y 23.5% en mujeres. Al igual que en otras encuestas nacionales y globales, estos hallazgos confirman el problema de salud pública a nivel estatal y nacional.³

El término "funcionamiento familiar" se ha utilizado con frecuencia en el contexto de la investigación en salud. La literatura sugiere que el funcionamiento familiar efectivo resulta cuando los miembros de la familia desempeñan sus respectivos roles, realizan con éxito tareas prácticas y mantienen relaciones dentro y fuera del contexto familiar.⁵

La funcionalidad familiar, es el conjunto de atributos (adaptabilidad, participación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutoria) que caracteriza a la familia como sistema. La familia funcional es capaz de realizar los ajustes necesarios ante los procesos de cambio que faciliten la adaptación de cada miembro durante diversas crisis.⁶

Fava G y Cols. alude que el recurso más importante de un paciente es la familia, el grupo que ayuda al paciente a funcionar. Las familias tienen una influencia poderosa en la salud igual a los factores de riesgo médicos tradicionales. El apoyo emocional (ser escuchado, cuidado y empatizado) es el tipo de apoyo más importante e influyente que brindan las familias. Las relaciones familiares negativas, críticas u hostiles, a su vez, tienen una influencia más fuerte y perjudicial en la salud que las relaciones positivas o de apoyo.⁷

Cada familia es única y se encuentra expuesta a dificultades culturales, económicos y religiosos que inducen a la familia a tener formas singulares y distintas de relacionarse y construir sus vínculos, a este proceso inestablemente estable se le da el nombre de dinámica familiar.⁸

La cohesión familiar se define como la dimensión que evalúa el grado en que los miembros de la familia están separados o conectados entre sí y son capaces de apoyarse unos a otros. Se define como el vínculo emocional entre los miembros. De esta manera los niveles de cohesión oscilan entre: Desligada (D), Separada (S), Conectada (C) y Aglutinada (A). Adaptabilidad familiar es la dimensión examina la habilidad del sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y reglas de relación en respuesta a una demanda situacional o de desarrollo. Los niveles de adaptabilidad dan lugar a los niveles: Rígida (R), Estructurada (E), Flexible (F), Caótica (C).⁹

Así como la función y dinámica familiar influyen en el consumo de alcohol, el consumo de este puede afectar negativamente al entorno de quien consume, hecho que es llamado daño a terceros. Entre los efectos se encuentran el daño sobre la familia del bebedor y progenie, ya que frecuentemente se bebe en el hogar y en familia, según el ensayo realizado por ramón Florenzano et. al.¹⁰

Asimismo, se realizaron una revisión de algunos modelos que ayudarían a explicar la ocurrencia de eventos violentos asociados al consumo de alcohol. Dos de ellos son el modelo de efecto proximal y el modelo de efecto crónico. El primero de ellos alude a que las intoxicaciones por consumo de alcohol pueden alterar la capacidad de procesamiento de la información, provocando sobre-reacción ante provocaciones percibidas e inhibiendo la capacidad de autocontrol de las personas, aumentando la probabilidad de ser parte de un hecho de violencia.¹¹

Por lo anterior, es necesario comprender la etapa inicial del consumo de alcohol en un nivel de riesgo y la relación que se entabla con la familia, como factor de riesgo en el aumento de consumo de alcohol. Como objetivo principal, la determinación de la asociación de la dinámica y funcionalidad familiar en el consumo de alcohol para poder atender la problemática, dando un diagnóstico temprano y una intervención oportuna.

2 JUSTIFICACIÓN

Magnitud: El consumo de alcohol es uno de los principales problemas de salud al generar enfermedades crónicas, problemas de comportamiento, estado de ánimo inestable, falta de juicio, problemas de atención, de memoria. De igual forma al alcoholismo provoca problemas familiares como conflictos conyugales, divorcios, maltratos, agresividad, alteración de las normas costumbres y valores. El costo por dar tratamiento como consecuencia del alcoholismo es más bajo si se detectara a tiempo o se previniera e incluso es común que esto se traduzca en ausentismo laboral o pérdida del puesto de trabajo afectando a la economía a nivel nacional creando un impacto social y económico repercutiendo al final en el núcleo familiar. Los adultos de 20 a 45 años tienen alto índice de alcoholismo, se pretende identificar los factores que se asocian a el mismo. Es importante investigar que tanto influye la familia como factor causal del alcoholismo. Se requiere de más información académica y estudios que permitan evidenciar el problema de salud y generar cambios estructurales en el modelo de atención médica.

Factibilidad: Generar planes nacionales regionales y locales de salud que informen adecuadamente en tiempo y forma el daño que ocasiona el alcohol, así como el fortalecimiento de la dinámica familiar para que no sean víctimas de la dependencia del alcohol. Se requiere mayor capacitación del personal de salud para contrarrestar el problema de adicción.

Vulnerabilidad: Si se detectan a tiempo las familias disfuncionales, se asesora y otorgaría tratamiento de manera oportuna y así disminuiría la prevalencia de los trastornos del consumo del alcohol y con ello los círculos sociales básicos se verán beneficiados de manera mutua al permitir que se creen enlaces familiares afectivos fuertes.

Trascendencia: La relevancia del estudio, radica en tener una comprensión integral de los factores de riesgo, antecedentes y consecuencias de la dinámica familiar ineficaz que puede llevar al desarrollo de consumo de alcohol. Se contribuye a proporcionar un contexto para la comprensión de que la familia puede ser un detonante del abuso del alcohol, y es clave fundamental para disminuir los trastornos del consumo del alcohol, trascendiendo en la determinación de una

intervención oportuna y así dejar de ser una carga significativa para el sistema de salud.

Viabilidad: El poder estudiar la dinámica familiar, permite proporcionar una intervención oportuna desde el núcleo familiar, que como ya se ha mencionado, es esta una parte central en el desarrollo de la salud-enfermedad, beneficiando así a la población y al sistema de salud, ya que al tener un mejor entendimiento sobre las cuestiones familiares que desencadenan el desarrollo de trastorno de consumo de alcohol, podrá evitarse que se presente un problema para el sistema de salud, debido a las numerosas complicaciones que se tienen debido al consumo desmedido de dicha sustancia, las cuales van desde problemas psicológicos, sociales hasta cardiovasculares que representan un alto índice de mortalidad.

Con esta investigación se pretende mejorar la atención primaria que se da al paciente con problemas en el consumo de alcohol, desde el enfoque familiar lo que implicará que teniendo una intervención oportuna se prevenga el problema de salud pública que representa el alcoholismo en nuestro país.

3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La familia es promotora de los cambios en la cultura y en la sociedad misma, a través de los acontecimientos y sucesos internos y externos que la propia familia experimenta y vive. La familia como célula vital de la sociedad es procreadora de los cambios socioculturales, por lo que las instituciones públicas deben tomar como prioridad la educación familiar, respondiendo a las necesidades de un desarrollo integral de la persona. Los sucesos que se presenten al interior de la familia marcan la evolución de los factores económicos, políticos y educacionales, determinando así la evolución de la cultura y de la sociedad misma. De ahí la importancia que la familia desarrolle relaciones de interacción entre sus miembros que la conforman al igual que la comunicación de sentimientos, pensamientos, ideas, educación y formación que conllevan al conocimiento y entendimiento de cada uno de sus integrantes, mejorando así las relaciones y los acuerdos que fomentan la cualidad de vida y el bien común y al mismo modo potenciar el desarrollo social.

Se debe tomar en cuenta el área físico, cognitivo, emocional y social que se vincula a la transculturación de valores, costumbres y habilidades que se van transfiriendo de generación en generación. Las relaciones del subsistema familiar influyen en el proceso de salud enfermedad. En el subsistema conyugal se abarca la relación entre cónyuges, una pareja que decide unirse para integrar una familia, siendo la pauta de la complementariedad y de la acomodación mutua, la pauta de la complementariedad le permite a cada cónyuge ceder sin sentir que se ha entregado o vencido. Este subsistema puede constituirse en un refugio ante el estrés externo y en la base para el contacto con otros sistemas sociales. Asimismo, se deben desarrollar límites que lo protejan de la interferencia de las demandas y necesidades de otros sistemas. El nacimiento de un hijo ocasiona un cambio radical en la organización familiar, ya que al parecer que en este subsistema surge la necesidad de reorganizar los límites y las funciones familiares, satisfacer sus necesidades básicas e iniciar manejo de nuevas relaciones sin renunciar al apoyo que caracteriza al subsistema conyugal.

El desarrollo de la madurez personal llevará a la pareja a afrontar las diferentes etapas del ciclo vital de la familia, la dinámica familiar y el poder en los subsistemas familiares, que de ser positivas habrán logrado trascender hacia una plenitud de

vida, pero de ser negativas, incurrirán en el proceso de alteraciones en la relación salud enfermedad.

El alcohol es una droga aceptada por la sociedad, que pasa inadvertida como tal y puede venderse en adultos sin restricciones fuertes. La venta de este producto repercute en la canasta básica de las personas con ingresos mínimos. Este producto repercute en la disfuncionalidad familiar y al mismo tiempo es un círculo vicioso, al ser la familia la que puede ocasionar el consumo de alcohol.

Por lo tanto, el objetivo principal de este estudio fue analizar la asociación de la cohesión y adaptabilidad familiar con los trastornos de consumo de alcohol, entendiéndose como la cohesión y adaptabilidad familiar como factor de riesgo para el consumo de alcohol en población adulta.

Es necesario analizar el consumo de alcohol y la relación que se entabla con la familia, a necesidad de mejorar las intervenciones terapéuticas. Por lo que se lleva a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la asociación entre la cohesión y adaptabilidad familiar con los trastornos por el consumo del alcohol en sujetos de 20 a 45 años?

4 OBJETIVOS

Objetivo general

- Analizar la asociación que existe entre la cohesión y adaptabilidad familiar con el trastorno por consumo del alcohol en sujetos de 20 a 45 años.

Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas (sexo, edad, escolaridad, lugar de residencia) en sujetos con consumo de alcohol entre 20 a 45 años.
- Distinguir los trastornos por consumo de alcohol en sujetos entre 20 a 45 años.
- Distinguir el tipo de cohesión y adaptabilidad familiar en sujetos con consumo de alcohol entre 20 a 45 años.
- Relacionar los trastornos por consumo de alcohol en sujetos de 20 a 45 años.
- Relacionar la cohesión y adaptabilidad familiar en sujetos con consumo de alcohol entre 20 a 45 años.
- Comparar los grupos por trastornos de consumo de alcohol con grupos de cohesión y adaptabilidad familiar en sujetos con consumo de alcohol entre 20 a 45 años.

5 HIPÓTESIS

Hipótesis de Trabajo

Existe asociación (RMP >1) entre la cohesión y adaptabilidad familiar con los trastornos por consumo de alcohol en sujetos de 20 a 45 años.

Hipótesis nula

No hay asociación entre la cohesión y adaptabilidad familiar con los trastornos por consumo de alcohol en sujetos de 20 a 45 años.

6 MATERIAL Y MÉTODOS

6.1 DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

El diseño de estudio es observacional de tipo transversal, analítico y de recolección prolectiva.

6.2 LUGAR DONDE SE LLEVA A CABO EL ESTUDIO

Se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 41 “Magdalena de las Salinas” los grupos de población que son atendidos en la unidad son múltiples, pues la unidad de encuentra localizada en lo que hace 50 años se consideraba como la periferia de la pobreza, donde personas de otros estados de la república migraban a la ciudad en busca de trabajo. En la unidad médica se dan servicios, medicina preventiva, planificación familia, detecciones, nutrición odontología, laboratorio y consulta de medicina general en turno matutino y vespertino.

6.3 TIEMPO

La etapa de ejecución del estudio comprendió un periodo Marzo de 2021 a Febrero de 2022.

6.4 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Sujetos de 20 a 45 años, derechohabientes, con trastornos por consumo de alcohol.

6.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de Inclusión
<ul style="list-style-type: none">- Hombre o mujer derechohabiente del IMSS adscritos a la UMF 41.- Edad de 20 a 45 años.- Consumo del equivalente a tres vasos o copas de bebidas alcohólicas a la semana.- Acepte participar en el estudio.

Criterios de No Inclusión
<ul style="list-style-type: none">- Sujetos que no acepten firmar el consentimiento informado.- Sujetos sin un círculo familiar inmediato o de convivencia cotidiana.

Criterios de Eliminación
<ul style="list-style-type: none">- Encuestas resueltas de forma incompleta o incorrecta.- Instrumentos de recolección de datos que expongan la confidencialidad del sujeto de investigación.

Clasificación de grupos

Se identificaron dos grupos de estudio, adultos de 20 a 45 años con consumo de alcohol y adultos de 20 a 45 años sin consumo de alcohol. En cada grupo se identificó el nivel cohesión y el nivel de adaptabilidad que presenta cada sujeto de estudio.

6.6 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se empleó la fórmula para cálculo de la muestra de poblaciones finitas. El tamaño de la muestra no probabilístico, considerando que el universo de la unidad de medicina familiar es finito y las variables son de tipo categóricas, se conoce a N como el número total de casos esperados, que en este caso N= 26 199.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Dónde:

- N = Total de la población
- Z_{α} = 1.96 al cuadrado (considerando que la seguridad es del 95%)
- p = Proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)
- d = precisión (5%).

$$n = \frac{26\ 199 * 1.96^2 * 0.05 * 0.95}{5^2 * (26199 - 1) + 1.96^2 * 0.05 * 0.95} = 379$$

N= 26199

- Z_{α} = 1.96
- p = 0.05
- q = 0.95
- d = 5

Técnica de Muestreo

Los sujetos de investigación serán obtenidos mediante un muestreo no probabilístico (a conveniencia) los cuales serán obtenidos de la sala de espera de los diferentes servicios de la unidad.

6.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable: Consumo de alcohol en riesgo

Definición conceptual: Indicador que determina el nivel de riesgo de consumo de alcohol¹³.

Definición operacional: Se considera el consumo de alcohol en riesgo cuando el sujeto de investigación ha contestado en la pregunta 2 de la escala de AUDIT opciones 3 consumiciones de bebidas alcohólicas en adelante en un día. Una vez concretado este examen, se procede a clasificar en consumo de riesgo o perjudicial.

Escala de medición: Ordinal

Indicador: Normal. Bajo riesgo. Consumo perjudicial del alcohol. Dependencia de alcohol.

Variable: Cohesión familiar

Definición conceptual: Unidad familiar, intelectual, y/o física que los miembros de una familia sienten entre sí²⁰.

Definición operacional: Determinada por la escala de FACES III.

Escala de medición: Cualitativa nominal politómica

Indicador: Familia no relacionada. Familia semirelacionada. Familia relacionada. Familia aglutinada

Variable: Adaptabilidad familiar

Definición conceptual: Habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propia del desarrollo²⁰.

Definición operacional: Determinada por la escala de FACES III.

Escala de medición: Cualitativa nominal politómica

Indicador: Familia rígida. Familia estructurada. Familia flexible. Familia caótica.

Variable: Edad

Definición conceptual: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo²¹.

Definición operacional: La referida por el paciente y corroborado por la cartilla nacional de salud.

Escala de medición: Cuantitativa discreta

Indicador: 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45

Variable: Nivel de escolaridad

Definición conceptual: División de los niveles que conforman el Sistema Educativo Nacional. Estos son: básico, medio superior y superior²¹.

Definición operacional: La referida por el paciente.

Escala de medición: Cualitativa ordinal

Indicador: Sin instrucción escolar. Sabe leer y/o escribir. Primaria. Secundaria. Preparatoria. Licenciatura. Otra.

Variable: Estado civil

Definición conceptual: Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia²¹.

Definición operacional: La referida por el paciente.

Escala de medición: Cualitativa nominal politómica

Indicador: Soltero. Unión/concubino. Casado. Separado / divorciado. Viudo

Variable: Sexo

Definición conceptual: Condición biológica que distingue a las personas en mujeres y hombres²¹.

Definición operacional: La referida por el paciente y corroborado con la visualización del fenotipo.

Escala de medición: Cualitativa nominal dicotómica.

Indicador: Hombre. Mujer.

Variable: Lugar de residencia

Definición conceptual: Lugar de alojamiento específico (vivienda o morada) donde normalmente las personas duermen, comen, preparan sus alimentos y se protegen del medio ambiente, y al que pueden volver en el momento que lo deseen²¹.

Definición operacional: La referida por el paciente.

Escala de medición: Cualitativa nominal dicotómica.

Indicador: Ciudad de México. Estado de México.

Variable: Turno de trabajo

Definición conceptual: Ver horario de trabajo²¹.

Definición operacional: La referida por el paciente.

Escala de medición: Cualitativa nominal dicotómica.

Indicador: Matutino. Vespertino. Nocturno. Mixto.

6.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Mediante estadística descriptiva se realizó el análisis de la muestra obtenida, determinando así la frecuencia y proporciones respecto a las características sociodemográficas tales como edad, sexo, religión, estado civil, escolaridad, lugar de residencia, mostrando además las medidas de resumen que permitan la caracterización más idónea, eligiendo aquellas que sean mejor representativas: se aplicaron medidas de tendencia central tales como media aritmética y como medida de dispersión la desviación estándar; en el caso de no cumplir con criterios de normalidad, se optó por la mediana aritmética como medida de tendencia central y los rangos intercuantiles como medidas de dispersión.

Las frecuencias fueron representadas mediante gráficos de barras, mientras que las proporciones obtenidas se representaron con gráficos de sector. Los criterios de normalidad fueron representados con histogramas. Para la mediana y los rangos intercuantiles, fueron representados mediante gráficas de box-plot.

Como medida de estadística inferencial para llevar a cabo la asociación entre las variables independientes con las dependientes, se utilizará la fórmula de la razón de momios de prevalencia (RMP), aceptando que ésta es positiva en el caso de ser superior a la unidad. Como medida de comprobación, se obtendrá el intervalo de confianza al 95% del cual se esperará no pase por la unidad.

6.9 MÉTODO DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

Mediante entrevista directa, con la escala de FACES III se identificó la cohesión y adaptabilidad con la que cuentan los sujetos de estudio y mediante AUDIT, la escala de tamizaje de detección de trastornos por consumo de alcohol se encontró a los sujetos que consuman alcohol en un nivel de riesgo.

AUDIT, el Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol, identifica a las personas con un patrón de consumo perjudicial o de riesgo de alcohol, desarrollado por la Organización Mundial de la Salud como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol que ayuda al clínico a identificar si la persona presenta un consumo perjudicial o dependencia de alcohol. Comprende 10 preguntas sobre consumo reciente, síntomas de la dependencia y problemas relacionados con el alcohol. La validez en las muestras de desarrollo del test, un valor de corte de 8 puntos condujo a una sensibilidad en el AUDIT para diversos índices de consumo problemático que se situaba generalmente por encima de 0,90. La especificidad en los diversos países y entre los diversos criterios se situaba como media en valores superiores de 0,80. Una puntuación igual o mayor a 1 en la pregunta 2 o la pregunta 3 indica un consumo en un nivel de riesgo. Una puntuación por encima de 0 en las preguntas 4-6 (especialmente con síntomas diarios o semanales), implica la presencia o el inicio de una dependencia de alcohol. Los puntos obtenidos en las preguntas 7-10 indican que ya se están experimentando daños relacionados con el alcohol. La interpretación a las puntuaciones de AUDIT son las siguientes: 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.¹³

Existen cuatro niveles de riesgo: La Zona I se refiere al consumo de bajo riesgo o la abstinencia. El segundo nivel, la Zona II, comprende el consumo de alcohol por encima de las recomendaciones de bajo riesgo, que están generalmente indicadas cuando la puntuación del AUDIT está entre 8 y 15. Una intervención breve que utiliza

el consejo simple o consejo y materiales educativos es el método más adecuado para estos pacientes. El tercer nivel, la Zona III, está sugerido para puntuaciones del AUDIT en el rango de 16 a 19. El consumo de riesgo y perjudicial puede ser abordado mediante una combinación de consejo simple, terapia breve y monitorización continuada, estando indicada una mayor evaluación diagnóstica si el paciente no responde o se sospecha una posible dependencia de alcohol. El cuarto nivel de riesgo está sugerido por puntuaciones del AUDIT por encima de 20. Estos pacientes deben derivarse a un especialista para una evaluación diagnóstica y un posible tratamiento de la dependencia de alcohol.

Asimismo, la escala de evaluación de funcionamiento familiar (FACES III), permite evaluar la dinámica familiar, a través de las dimensiones del sistema familiar: cohesión y flexibilidad. FACES III fue desarrollado para evaluar dos dimensiones principales en el modelo circumplex: adaptabilidad y cohesión de la familia. Esta medida evalúa el grado en que los miembros de la familia son adaptables y apegados a su familia. La cohesión familiar se refiere a los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen entre sí, en tanto que la flexibilidad familiar se refiere a la capacidad de una familia para adaptar el liderazgo, los roles y las reglas en respuesta a eventos o estrés.¹⁰ El modelo circumplex es un sistema de clasificación de 16 tipos de familias y tres o más tipos generales: equilibrado, de rango medio y extremo. Hay cuatro niveles de adaptabilidad familiar: rígido, estructurado, flexible y caótico (muy alto). Los dos niveles centrales (estructurado y flexible) se consideran los niveles equilibrados de adaptabilidad familiar y los dos niveles extremos (rígido y caótico) se consideran los niveles desequilibrados de adaptabilidad familiar. Además, hay cuatro niveles de cohesión familiar: desconectado, separado, conectado y enredado. Al igual que para la adaptabilidad familiar, los dos niveles centrales (separados y conectados) se consideran los niveles equilibrados de cohesión familiar y los dos niveles extremos (desconectado y enredado) se consideran los niveles desequilibrados de cohesión familiar. También se ha demostrado la fiabilidad y validez de FACES III; consta de 10 ítems de cohesión y 10 ítems de adaptabilidad. El instrumento pide a los encuestados que indiquen con qué frecuencia ocurrió el comportamiento descrito en su familia en una

escala Likert de 1 (casi nunca) a 5 (casi siempre). Las puntuaciones totales de cohesión y adaptabilidad oscilaron respectivamente entre 10 puntos y 50 puntos.¹⁴

6.10 DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Previa autorización del comité de ética, del SIRELCIS y del director de la UMF 41. Se abordó al sujeto de estudio en la sala de espera, calculando su edad con la vista. Se presentó el residente y le preguntó al paciente si consume bebidas alcohólicas de forma discreta. Preguntó cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal, si este responde ≥ 3 se consideró como consumo de alcohol en riesgo.

El sujeto fue invitado a participar en el estudio. Se llevó al sujeto de estudio en la sala de dental. El sujeto conoció cómo se llama el estudio, fue informado por el investigador de los objetivos al igual que los fines del estudio y fue informado porque se le consideró candidato al estudio.

Se le informó de los posibles beneficios de su participación en el estudio. El sujeto recibió información de los posibles riesgos y perjuicios del estudio. El sujeto fue informado de que se respetará la confidencialidad de sus datos nombrando explícita y correctamente la ley general de salud.

El sujeto tuvo garantía de que sus dudas respecto al estudio fueron resueltas por el investigador y se otorgó el contacto con el investigador (teléfono y correo electrónico) para aclarar cualquier duda. Al sujeto se le informó que puede retirarse del estudio cuando quiera y sin que ello suponga alterar la relación médico paciente y sin que se deriven castigos o pérdida de beneficios.

Se le pidió al sujeto de estudio que leyera y firmara la carta de consentimiento informado detalladamente. Se le preguntó cada pregunta del instrumento de recolección de datos, las escalas AUDIT y FACES III, en un tiempo de máximo de 10 minutos.

Ningún sujeto de estudio indicó que no deseaba participar en el protocolo de investigación y no hubo ninguna deserción. Una vez concluido las escalas de evaluación se le pidió al paciente que continuara con sus actividades normales.

Se le otorgó al paciente la hoja de resultados de su evaluación de dichas escalas y se concluyó el procedimiento.

7 ASPECTOS ÉTICOS

Los aspectos éticos relacionados con la investigación se basan en diferentes acuerdos internacionales. La declaración de Helsinki, su última versión fue publicada en 2013 en el Journal of American Medical Association (JAMA), sus principios fueron aplicados, los cuales se contemplaron en el presente estudio de investigación:

- El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica.
- El deber del médico es promover y velar por la salud de los pacientes
- El progreso de la medicina se basa en la investigación, que en últimos términos debe incluir estudios en seres humanos.
- El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y manejo de las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas.
- La investigación médica está sujeta a normas éticas para asegurar el respeto de los seres humanos.
- En la investigación, el médico debe proteger la vida, salud, integridad, autodeterminación y confidencialidad de la información personal a cada participante.
- La investigación debe realizarse de forma que se reduzca el daño al medio ambiente.
- Se debe asegurar la compensación y tratamiento apropiado para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación.
- La investigación solo debe llevarse a cabo cuando la importancia es mayor que el riesgo y los costos
- La investigación médica en un grupo vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades o prioridades de salud de este grupo y la investigación no puede realizarse en un grupo no vulnerable.

- Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.
- La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria.
- Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestado formalmente.
- Los investigadores, autores, auspiciadores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación y difusión de los resultados de su investigación. Los investigadores tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes.

En el presente estudio de investigación se contempló seguir con las recomendaciones del Código de Nuremberg, que incluyen:

- Es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano.
- El experimento debe ser útil para el bien de la sociedad, irremplazable por otros medios de estudio y de la naturaleza que excluya el azar.
- Basados en los resultados de la experimentación animal y del conocimiento de la historia natural de la enfermedad o de otros problemas en estudio, el experimento debe ser diseñado de tal manera que los resultados esperados justifiquen su desarrollo.
- El experimento debe ser ejecutado de tal manera que evite todo sufrimiento físico, mental y daño innecesario.
- Ningún experimento debe ser ejecutado cuando existan razones a priori para creer que pueda ocurrir la muerte o un daño grave, excepto, quizás en aquellos experimentos en los cuales los médicos experimentadores sirven como sujetos de investigación.

- El grado de riesgo a tomar nunca debe exceder el nivel determinado por la importancia humanitaria del problema que pueda ser resuelto por el experimento.
- Deben hacerse preparaciones cuidadosas y establecer adecuadas condiciones para proteger al sujeto experimental contra cualquier remota posibilidad de daño, incapacidad y muerte.
- El experimento debe ser conducido solamente por personas científicamente calificadas. Debe requerirse el más alto grado de destreza y cuidado a través de todas las etapas del experimento, a todos aquellos que ejecutan o colaboran en dicho experimento.
- Durante el curso del experimento, el sujeto humano debe tener libertad para poner fin al experimento si ha alcanzado el estado físico y mental en el cual parece a él imposible continuarlo.

De acuerdo con el informe de Belmont creado por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos, titulado “Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación”, se efectuaron sus principios fundamentales en el presente estudio de investigación, que son:

- Respeto a las personas: protegiendo su autonomía, es decir la capacidad que tienen de decidir con toda libertad si desean o no participar en el estudio una vez explicados todos los riesgos, beneficios y potenciales complicaciones. Este principio implica también la protección de sujetos con mayores riesgos como mujeres embarazadas o grupos susceptibles con autonomía limitada como presos, menores de edad, enfermos mentales o personas con cualquier tipo de discapacidad.
- Beneficencia: este principio implica que debe buscarse siempre incrementar al máximo los potenciales beneficios para los sujetos y reducir los riesgos.
- Justicia: los riesgos y beneficios de un estudio de investigación deben ser repartidos equitativamente entre los sujetos de estudio.

Por último, cabe mencionar que el Convenio de Oviedo relaciona la bioética con la defensa y promoción de los derechos humanos, al tiempo que establece un conjunto

de directrices éticas referentes a la protección de la dignidad humana en actividades vinculadas con la protección de la salud y la investigación, especialmente en nuevos ámbitos como la biomedicina, por lo que se tomaron en cuenta para integrar en el presente estudio de investigación:

- Primacía del ser humano
- Acceso equitativo a los beneficios de la sanidad
- Obligaciones y estándares profesionales
- Consentimiento.
- Vida privada y derecho a la información
- Genoma Humano
- Extracción de órganos y de tejidos de donantes vivos para trasplantes
- Sanciones

De acuerdo con las normas nacionales, se sometió este estudio de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, de acuerdo a lo establecido en el artículo 17, en su categoría II.- Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 MI. en dos meses.

Por lo anterior se consideró este estudio de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de salud, categoría II.- Investigación con riesgo mínimo. Además, se toma en cuenta el artículo 20, 21 y 22 del título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, donde se realizó carta de consentimiento informado por escrito, se le explicó al paciente sobre sus riesgos y beneficios de su

participación en el protocolo de investigación, el paciente tuvo la libertad de retirarse del estudio en cualquier momento.

Por último, cabe mencionar que la presente investigación tiene como precedente el protocolo de investigación de acuerdo con el artículo 115 de la ley general de salud. Se garantizó la confidencialidad de la información y no se hicieron públicos los datos personales.

En caso de divulgación científica de la presente investigación, la autoría quedará en el siguiente orden:

- Dr. Héctor Alan Zavala Sánchez
- Dr. Acho Federico García Martínez

8 RESULTADOS

Análisis Univariado

Se obtuvo una muestra de 500 sujetos, de los cuales no hubo eliminación, el 64.6% (n=323) fueron mujeres. Se tuvo media de 32.13±7.45 años, no teniendo distribución normal ($p = <0.001$, *Kolmogorov Smirnov*), en la tabla y gráfica 1 se aprecia que los datos tienen un comportamiento irregular, tiendo sesgo a la derecha.

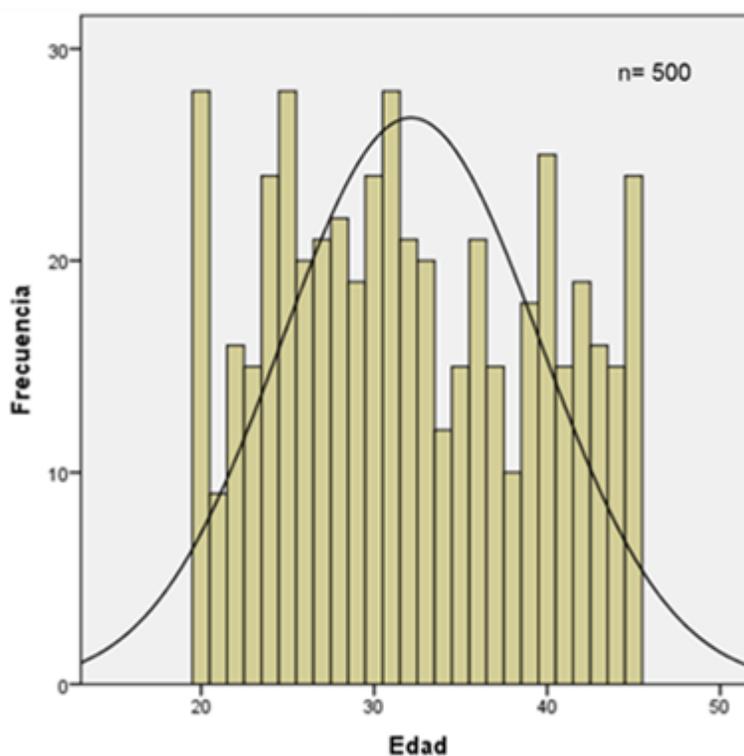
Tabla 1. Descripción de edad

Estadístico	Valor (n=500)
Media	32.1
Mediana	31.0
Moda	20*
Desviación estándar	7.46
Varianza	55.61
Asimetría	0.13
Curtosis	-1.14
Rango	25
Mínimo	25
Máximo	45
Percentil 25	26
Percentil 50	31
Percentil 75	39

*Existen múltiples modas, se muestra el valor más pequeño.

Fuente: Valores obtenidos del programa SPSS versión 24.

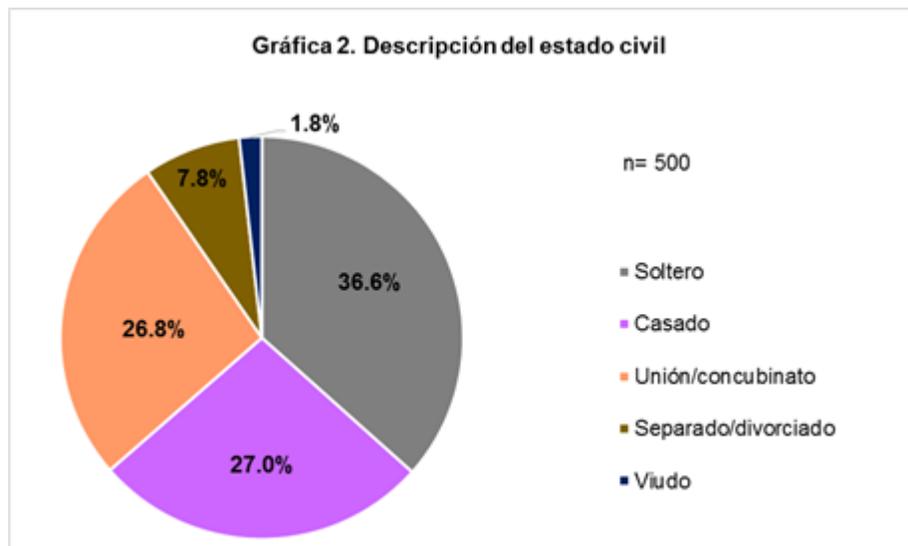
Gráfica 1. Histograma con curva de distribución normal



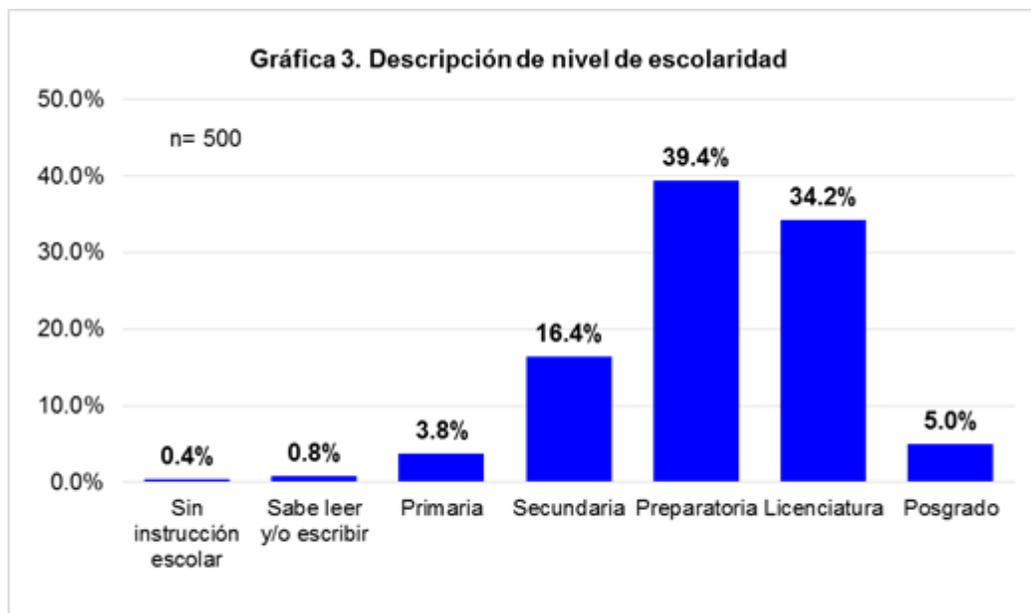
Fuente: Valores obtenidos del programa SPSS versión 24.

En las variables sociodemográficas se encontró lo siguiente:

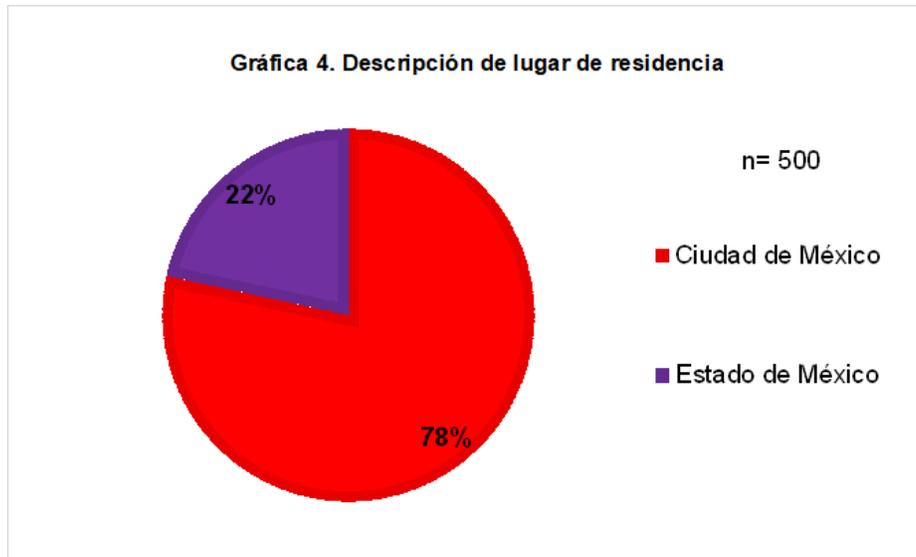
- El 36.6% (n= 183) son solteros siendo la categoría que predominó, sin embargo, los casados y unión libre siendo los que tienen pareja suman el 53.8% (n= 269) (gráfica 2).
- El grado escolar con porcentaje es de bachillerato con 39.4% (n= 197), seguido de licenciatura con 34.2% (n= 171) (gráfica 3).
- El 78.4% (n= 392) radican en la Ciudad de México, el resto en el Estado de México (gráfica 4).
- Del turno laboral, el mixto tuvo 47.2% (n=236) y el matutino con 37.2% (n= 186) (gráfica 5).



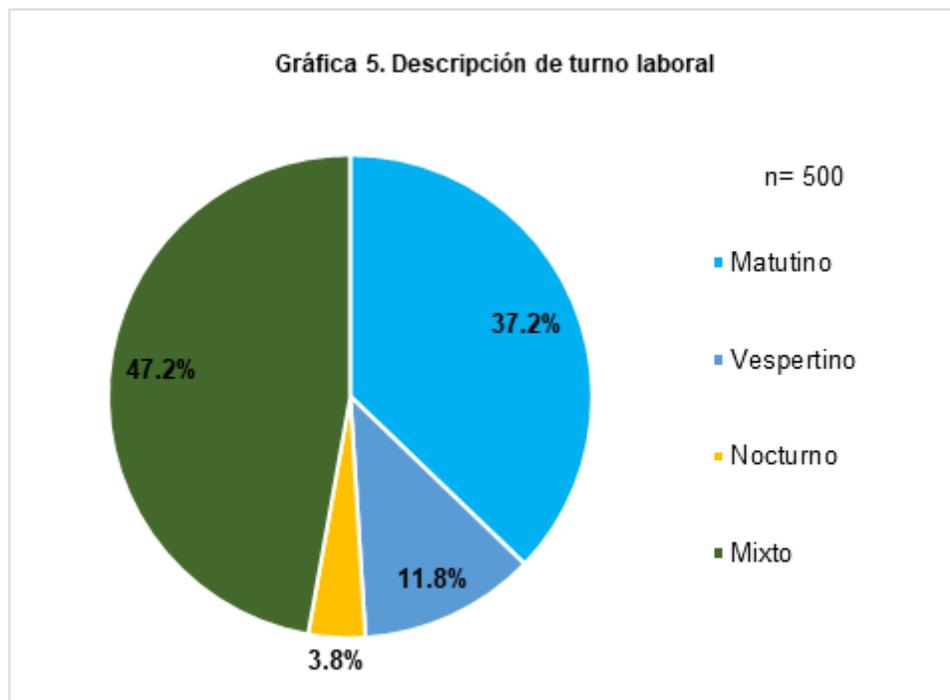
Fuente: Valores obtenidos del programa SPSS versión 24.



Fuente: Valores obtenidos del programa SPSS versión 24.

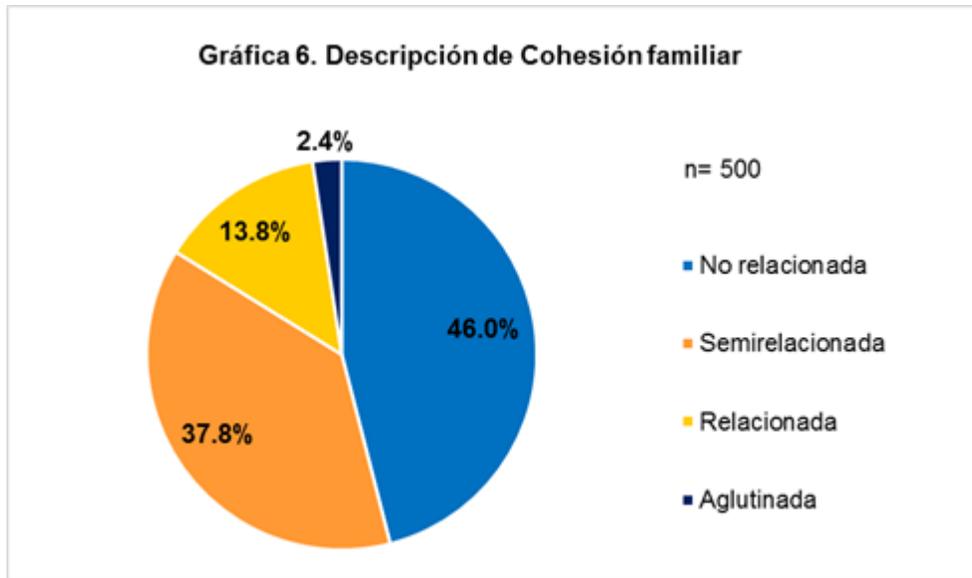


Fuente: Valores obtenidos del programa SPSS versión 24.



Fuente: Valores obtenidos del programa SPSS versión 24.

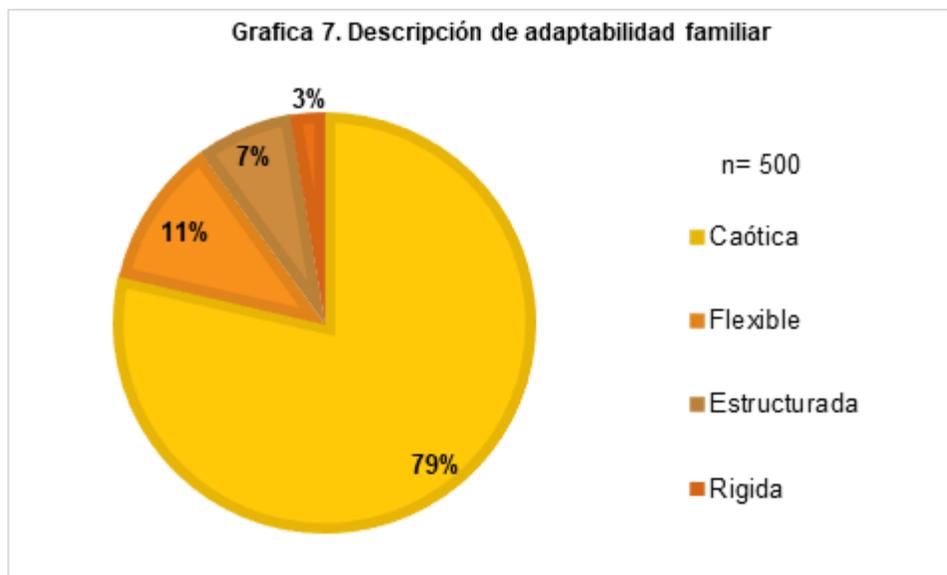
De la primera evaluación del FASE III, Cohesión familiar, se identifica que la familia No Relacionada es la más predominante con 46% (n= 230), seguido en orden de familia Semirelacionada, Relacionada y por último Aglutinada (gráfica 6). Las familias Semirelacionada y Relacionada presentan el 51.6% (n= 258), siendo la Cohesión adecuada familiarmente.



Fuente: Valores obtenidos del programa SPSS versión 24.

Adaptabilidad

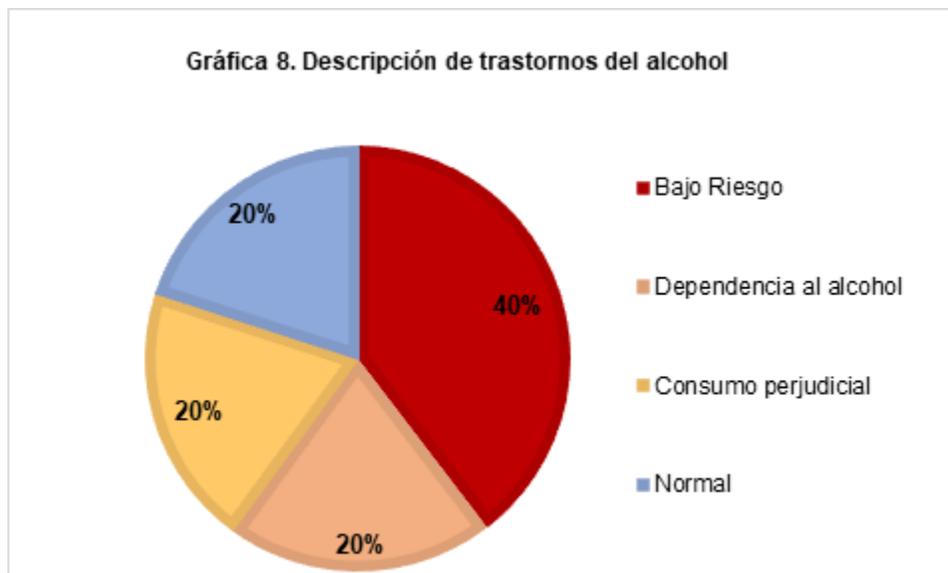
Con respecto al tipo de adaptabilidad familiar predominante fue el caótico con 78.6% (n=393) seguido de la familia flexible con 11.4% (n=57) y familia estructurada con el 7.4% (n=37) (grafica 7).



Fuente: Valores obtenidos del programa SPSS versión 24.

Por trastorno del consumo de alcohol el 39.6% (n=198) presentó un consumo de alcohol de bajo riesgo, seguido del 20.4% (n=102) para consumo dependiente de

alcohol; el consumo perjudicial de alcohol se mostró en 20% (n=100) y el 20% (n=100) declaró no consumir alcohol (gráfica 8).



Fuente: Valores obtenidos del programa SPSS versión 24.

Análisis Bivariado

Las comparaciones de grupos se realizaron con trastorno de consumo de alcohol (variable dependiente) con las dimensiones de sociodemográficas, cohesión y adaptabilidad familiar, encontrando diferencias significativas en sexo (tabla 3), estado civil (tabla 4), nivel de escolaridad (tabla 5), en cohesión (tabla 8) y adaptabilidad familiar (tabla 9); no hubo diferencias significativas en la edad (tabla 2), turno laboral (tabla 6) ni lugar de residencia (gráfica 7).

Tabla 2. Comparación de la edad con el trastorno por consumo de alcohol.

	Rango promedio	Suma de rangos	<i>p</i> *
Perjudicial y Dependencia	255.93	51697.00	0.425
Normal y Bajo riesgo	246.82	73553.00	

*U de Mann-Whitney

Fuente: Valores obtenidos del programa SPSS versión 24.

Tabla 3. Comparación del sexo con el trastorno del consumo de alcohol

	Normal	Bajo Riesgo	Consumo perjudicial	Dependencia al alcohol	<i>p</i> *
n=500	n	n	n	n	
Mujer	79	126	64	54	0.002
Hombre	21	72	36	48	
Total	100	198	100	102	

*Chi cuadrada de Pearson

Fuente: Valores obtenidos del programa SPSS versión 24.

Tabla 4. Comparación del estado civil con el trastorno de consumo de alcohol

n=500	Normal n	Bajo Riesgo n	Consumo perjudicial n	Dependencia al alcohol n (%)	p*
Soltero	37	79	30	37	0.037
Unión/concubino	21	56	34	23	
Casado	27	50	29	29	
Separado / divorciado	9	13	6	11	
Viudo	6	0	1	2	
Total	100	198	100	102	

*Chi cuadrada de Pearson

Fuente: Valores obtenidos del programa SPSS versión 24.

Tabla 5. Comparación del nivel de escolaridad con el trastorno de consumo de alcohol

n= 500	Normal n	Bajo Riesgo n	Consumo Perjudicial de Alcohol n	Dependencia de Alcohol n	p*
Sin instrucción escolar	2	0	0	0	<0.001
Sabe leer y/o escribir	2	0	1	1	
Primaria	4	3	6	6	
Secundaria	22	18	15	27	
Preparatoria	29	87	44	37	
Licenciatura	39	76	30	26	
Posgrado	2	14	4	5	
Total	100	198	100	102	

*Chi cuadrada de Pearson

Fuente: Valores obtenidos del programa SPSS versión 24.

Tabla 6. Comparación del turno laboral con el trastorno de consumo de alcohol

n=500	Normal n	Bajo Riesgo n	Consumo Perjudicial de Alcohol n	Dependencia de Alcohol n	<i>p</i> *
Matutino	31	83	35	37	0.289
Vespertino	15	21	10	13	
Nocturno	2	4	6	7	
Mixto	52	90	49	45	
Total	100	198	100	102	

*Chi cuadrada de Pearson

Fuente: Valores obtenidos del programa SPSS versión 24.

Tabla 7. Comparación de lugar de residencia con trastorno de consumo de alcohol

n=500	Normal n	Bajo Riesgo n	Consumo Perjudicial n	Dependencia n	<i>p</i> *
Ciudad de México	83	152	81	76	0.41
Estado de México	17	46	19	26	
Total	100	198	100	102	

*Chi cuadrada de Pearson

Fuente: Valores obtenidos del programa SPSS versión 24.

Tabla 8. Comparación de la cohesión con el trastorno de consumo de alcohol

n=500	Normal n	Bajo Riesgo n	Consumo Perjudicial de Alcohol n	Dependencia de Alcohol n	<i>p</i> *
No relacionada	38	87	41	64	0.008
Semirelacionada	44	80	41	24	
Relacionada	16	27	17	9	
Aglutinada	2	4	1	5	
Total	100	198	100	102	

*Chi cuadrada de Pearson

Fuente: Valores obtenidos del programa SPSS versión 24.

Tabla 9. Comparación de la adaptabilidad con el trastorno de consumo de alcohol

n=500	Normal	Bajo Riesgo	Consumo Perjudicial de Alcohol	Dependencia de Alcohol	<i>p</i>
Rígida	0	4	4	5	0.033
Estructurada	9	8	7	13	
Flexible	14	19	11	13	
Caótica	77	167	78	71	
Total	100	198	100	102	

*Chi cuadrada de Pearson

Fuente: Valores obtenidos del programa SPSS versión 24.

Asociación

Se efectuó la comparación de grupos de forma dicotómica (tabla 10) para efectuar la asociación mediante la razón de momios de prevalencia.

La cohesión se dividió en dos grupos, el primero como normofuncional (no relacionada y aglutinada) y el segundo como disfuncional (relacionada y semiestructurada); mismo proceso se efectuó en la variable de adaptabilidad familiar. con respecto.

La edad se dividió en dos grupos correspondiente a la adultes temprana (20 a 31 años) y el segundo a la adultes media (32 a 45 años).

Los trastornos de consumo de alcohol fueron divididos en dos grupos: El primero se refiere al primer nivel de riesgo, correspondiente al consumo de bajo riesgo y la abstinencia, el segundo grupo contiene los trastornos con afección sistémica ocasionados por el alcohol.

Tabla 10. Asociación de variables estudiadas con trastorno de consumo de alcohol

	Perjudicial y dependencia (n= 202)	Normal y bajo riesgo (n= 298)	RMP	IC 95%	<i>p</i>
Cohesión					
No relacionada y Aglutinada	111	131	1.56	1.09 – 2.23	0.016
Semiestructurada y Relacionada	91	167			
Adaptabilidad					
Rígida y Caótica	158	248	0.72	0.46 – 1.14	0.160
Estructurada y Flexible	44	50			
Sexo					
Hombre	84	93	1.57	1.08 – 2.28	0.017
Mujer	118	205			
Edad (años)					
32 a 45	95	151	0.86	0.60 – 1.24	0.424
20 a 31	107	147			
Estado civil					
Sin pareja	87	144	0.81	0.57 – 1.16	0.248
Con pareja	115	154			
Escolaridad					
Bachillerato y menos	137	167	1.65	1.14 – 2.40	0.008
Licenciatura y más	65	131			
Lugar de residencia					
Ciudad de México	157	235	0.94	0.61 – 1.44	0.762
Estado de México	45	63			
Turno laboral					
Nocturno y Mixto	107	148	1.14	0.80 – 1.63	0.468
Matutino y Vespertino	95	150			

RMP: Razón de momios de prevalencia

IC 95%: Intervalo de Confianza al 95%

p: Chi cuadra de Pearson

Fuente: Valores obtenidos del programa SPSS versión 24.

Los factores que determinan consumo perjudicial y dependencia de alcohol son la cohesión familiar no relacionada y aglutinada (RMP=1.56; IC95% 1.09-2.23 0.016 $p < 0.05$), el sexo masculino (RMP=1.57; IC95% 1.08-2.28 0.017 $p < 0.05$) y la escolaridad básica (RMP=1.65; IC95% 1.14-2.40 0.008 $p < 0.05$).

Análisis de correspondencia múltiple

Con respecto a la relación que existe entre la cohesión y adaptabilidad familiar con el trastorno por consumo del alcohol en sujetos de 20 a 45 años, se construyeron tres variables que son cohesión, adaptabilidad y dependencia, cuyo comportamiento se puede observar en la Tabla 11. En el caso de la primera variable el mayor porcentaje se encuentra en la categoría no relacionada (46%), en la segunda se focaliza en el rubro de caótica (78.6%), mientras que en la tercera en mayor porcentaje es de personas que se encuentran con bajo riesgo (39.6%).

Tabla 11. Frecuencia de las variables

COHESION			ADAPTABILIDAD			DEPENDENCIA		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
No relacionada	230	46.0	Rígida	13	2.6	Normal	100	20.0
Semirelacionada	189	37.8	Estructurada	37	7.4	Bajo Riesgo	198	39.6
Relacionada	69	13.8	Flexible	57	11.4	Consumo Perjudicial de Alcohol	100	20.0
Aglutinada	12	2.4	Caótica	393	78.6	Dependencia de Alcohol	102	20.4
Total	500	100.0	Total	500	100.0	Total	500	100.0

Fuente: Valores obtenidos del programa SPSS versión 24.

Para llevar a cabo un análisis de las tres variables es necesario utilizar alguna técnica del análisis multivariado que cumpla con dos condiciones: 1) debe de tomar en cuenta el tipo de variable, que en este caso se trata de variables categóricas; 2) La técnica debe tener la capacidad de mostrar la interacción que existe entre estas variables.

Así, la propuesta es llevar a cabo un análisis de correspondencia múltiple. Esta técnica analiza el comportamiento que tienen las categorías de cada una de las

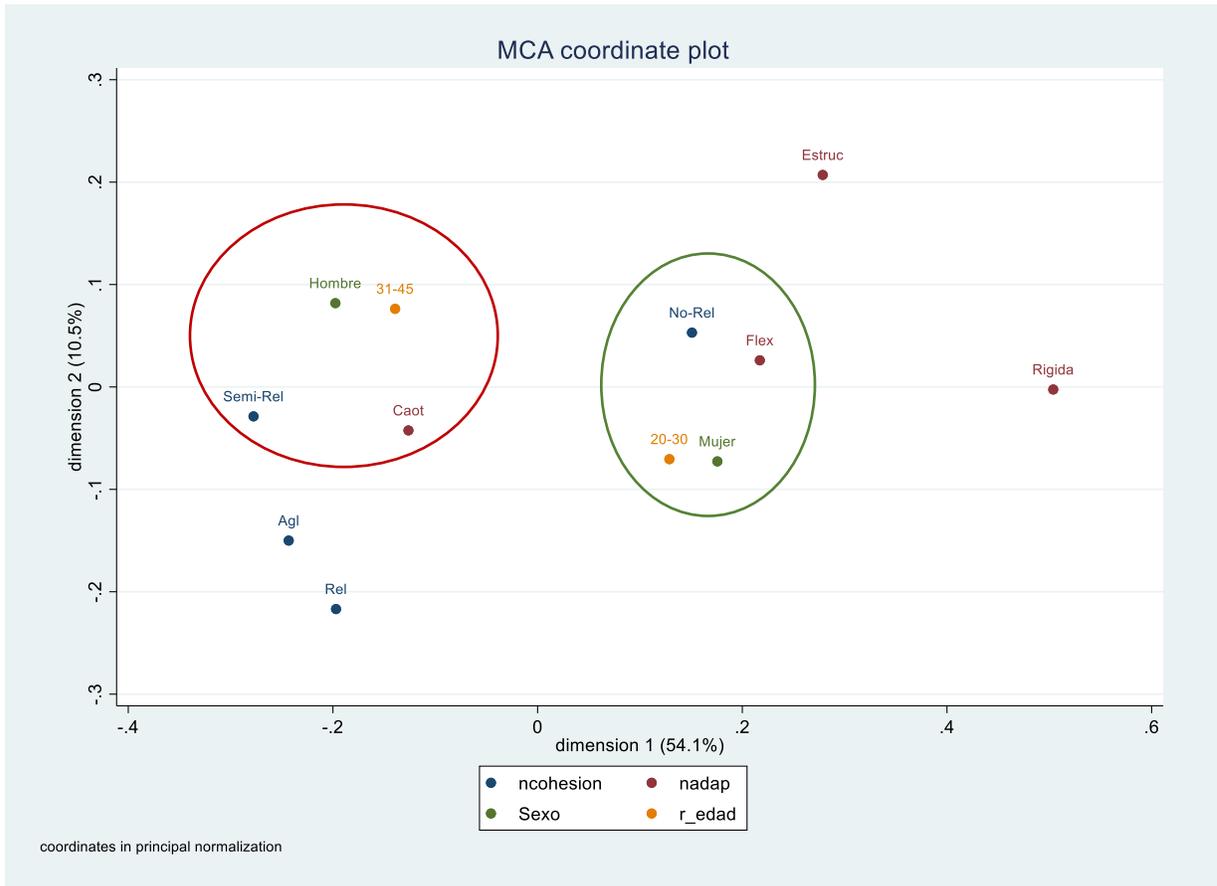
variables y se grafican en un eje coordenado para identificar qué tan cerca o distante se encuentran cada una de las categorías. De esta forma, es factible analizar gráficamente el comportamiento de las variables y así determinar cómo se lleva a cabo la interacción entre categorías.

Dado que el objetivo del estudio es enfocarse en el comportamiento que tienen las variables de cohesión y adaptabilidad de aquellas personas que tienen dependencia, se lleva a cabo un filtro en la base de datos para considerar únicamente a las personas que fueron clasificadas en el rubro de dependencia de alcohol. Además, para complementar el análisis, se incorporan las variables de sexo y rango de edad para así tener una idea más clara de las diferencias que existen en los grupos. En resumen, las variables con las cuales se corre el modelo son: cohesión, adaptabilidad, sexo y edad.

En la gráfica XIX se muestran los resultados del modelo. Tal y como se puede observar al analizar el comportamiento conjunto de las variables se detectan dos grupos diferentes. El primero de ellos (círculo rojo) se encuentra constituido por hombres de 31 a 45 años que tienen una adaptabilidad caótica y que al mismo tiempo su nivel de cohesión puede ser considerado como semi relacionado. Por el otro, gracias al modelo se logra identificar de 20 a 30 años que tienen una adaptabilidad flexible y que además el nivel de cohesión es de no relacionado.

De acuerdo con el modelo, el resto de las categorías no están relacionadas y pueden tratarse de caso raros o bien es necesario recolectar una muestra mucho más grande para poder identificar su comportamiento conjunto.

Gráfica 9. Análisis de correspondencia múltiple.



Fuente: Valores obtenidos del programa SPSS versión 24.

Con el análisis multivariado de correspondencias múltiples se puede afirmar que la asociación entre la cohesión y adaptabilidad familiar está diferenciada por el sexo y la edad de las personas, tal y como se mostró en la gráfica anterior.

9 DISCUSIÓN

Dentro del estudio, la mayor parte de la población analizada (65%) fueron mujeres con una media de edad de 32 años, predominantemente solteros (36.5%) con educación preparatoria (34.9%) seguido de nivel licenciatura (34.2%).

En el análisis de asociación mediante la obtención de razón de momios de prevalencia, se observó que el ser hombre aumenta poco más de 1.5 veces la posibilidad de presentar consumo de alcohol perjudicial y dependiente (RMP 1.57, IC 1.08-2.28). Dicho hallazgo concuerda con lo estudiado por Pendersen y cols quienes encontraron que los hombres presentan mayor consumo de alcohol respecto a las mujeres⁶ difiriendo con lo reportado por Abreu¹¹ y Fauci¹² quienes hallaron que la mayor población con consumo de alcohol era representada por mujeres.

Comparable con los resultados presentados en el estudio de Abreu y cols, en el cual se encontró que la mayor población de bebedores no había concluido la educación primaria, mientras que la menor asociación de consumo de alcohol se presentó en la población con educación superior completa¹¹; en el presente estudio se pudo observar que el nivel educacional disminuye en casi dos veces la posibilidad de presentar consumo dependiente y perjudicial de alcohol (RMP 1.65, IC 1.14-2.40), encontrándose que los sujetos con un nivel educacional mayor presentaron menos consumo de alcohol.

Asimismo, se encontró asociación con el tipo de cohesión familiar, hallando que el consumo de alcohol perjudicial y dependiente aumenta en más de 1.5 veces en personas con cohesión familiar no relacionada y aglutinada (RMP 1.56, IC 1.09-2.23) a diferencia del grupo con consumo Normal y de bajo riesgo cuyo tipo de cohesión familiar se encontró como Semiestructurada y Relacionada.

Comparando el análisis de asociación con el análisis multivariado se reafirma que el mayor consumo de alcohol es presentado por hombres y la cohesión familiar no relacionada se asocia con el aumento de consumo de alcohol. Derivado de la naturaleza del análisis multivariado se puede diferenciar el grupo estudiado por sexo y por edad observando que los hombres se encuentran en un grupo etario mayor que las mujeres.

A diferencia de lo encontrado por Fauci¹² quien observó que la mayor parte de la población bebedora se encontraba soltera respecto a la población que no consumía alcohol; en este estudio se puede observar que el estado civil no se encuentra asociado con el consumo dependiente de alcohol (RMP 0.81, IC 0.57-1.16).

De igual manera, se encontró que la edad no presenta asociación con el consumo de alcohol (RMP 0.86, IC 0.6-1.24), lo cual difiere con lo reportado por Pendersen y cols⁶ quienes concluyeron que existía asociación entre el consumo de alcohol y la edad de los sujetos. Respecto al lugar de residencia y así como turno laboral no se encontró asociación con el aumento de consumo de alcohol (RMP 0.97, IC 0.61-1.44; RMP 1.14, IC 0.80-1.63 respectivamente).

La relación significativa de consumo de alcohol perjudicial y de dependencia entre cohesión no relacionada y aglutinada (cohesión disfuncional) sea debido a que la autonomía del individuo esté más influenciado por los factores extrínsecos de su familia, por la pérdida de vinculación entre los mismos. La no relación de adaptación familiar con el nivel de riesgo de consumo de alcohol puede explicarse a que el consumo de alcohol sea predominado por los factores propios del individuo y culturales de la región y no por el tipo de organización y respuesta estructural familiar; llama la atención que la mayor parte de adaptación familiar encontrada en esta investigación fue caótica (78.6%) no permitiendo variación de los datos con los niveles de riesgo de consumo de alcohol.

Finalmente, se probó que existe asociación entre las variables cohesión, sexo y nivel educacional con la dependencia de alcohol. Confirmando que la dinámica familiar repercute en los trastornos de consumo de alcohol, siendo la cohesión no relacionada y aglutinada de tipo inestable viendo que la familia como sistema, cumple un rol de cuidado que le permite satisfacer las necesidades de sus miembros en las diferentes etapas del ciclo vital.

10 CONCLUSIONES

-Existe asociación entre la dimensión de cohesión familiar de tipo no relacionada y aglutinada con el consumo perjudicial y dependiente de alcohol.

-Existe riesgo de consumo perjudicial y dependiente de alcohol con la cohesión familiar de tipo no relacionada, el sexo masculino y la escolaridad básica.

-El ser hombre eleva el riesgo de presentar consumo de alcohol perjudicial y dependiente a casi dos veces comparándolo con la mujer.

-Se identificó que a menor estudio educativo mayor consumo de alcohol.

-La posibilidad de presentar consumo perjudicial y dependencia al alcohol se incrementa casi 2 veces al tener cohesión familiar de tipo no relacionada y aglutinada.

-No existe riesgo de consumo de alcohol con la adaptabilidad familiar, la edad, el estado civil y el lugar de residencia.

-Se puede afirmar que la asociación entre la cohesión y adaptabilidad familiar está diferenciada por el sexo y la edad de las personas.

11 RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS

Se requiere un espacio muestral más grande para poder identificar más medidas de asociación.

Se sugiere estudios posteriores de carácter longitudinal y enfocado a los pilares de la familia.

12 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [homepage en internet]. Ginebra: OMS; c2018 [actualizada 16 de septiembre 2018; consultado 13 de noviembre de 2020]. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
2. Organización Panamericana de la Salud [homepage en internet]. Washington: OPS; c2019 [actualizada agosto 2019; consultado 13 de noviembre de 2020]. Disponible en <https://www.paho.org/es/temas/alcohol>
3. INEGI, Secretaria de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19 [monografía en internet] México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2020. [consultado 10 de noviembre de 2020]. Disponible en https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf
4. Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Diario Oficial de la federación. (21 de agosto de 2009).
5. Zhang Y.: Family functioning in the context of an adult family member with illness: A concept analysis. PMC [revista en internet] 2018 [consultado 2 de noviembre de 2020] (27) 15-16. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29700875/>
6. Pendersen W. von Soest T.: Socialization to binge drinking: a population-based, longitudinal study with emphasis on parental influences. ELSEVIER [revista en internet] 2013 [consultado 3 de noviembre de 2020] (2) 587-592. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23993083/>
7. Keitner G.: Family assessment in the medical setting. Adv Psychosom Med [revista en internet] 2019 [consultado 2 de noviembre de 2020] (32) 203-222. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22056906/>
8. Sanchez G. Aguirre M. et. al.: Sobre la dinámica familiar. Revisión documental. Cult. Educ. Soc. [revista en internet] 2015 [consultado 16 de noviembre de 2020] (2) 117-138. Disponible en

<file:///C:/Users/Usuario1/Downloads/1049-Texto%20del%20art%C3%ADculo-3812-1-10-20160912.pdf>

9. Villareal D. Paz A. Family Cohesion, Adaptability and Composition in Adolescents from Callao, Peru. Instituto Peruano de Orientación Psicológica, Lima, Perú. [revista en internet] 2017 [consultado 16 de noviembre de 2020] (5) 21-64. Disponible en <http://www.scielo.org.pe/pdf/pyr/v5n2/a02v5n2.pdf>
10. Florenzano R. Echeverria A. et. al.: Alcohol's impact on children and families. A population survey. Revista chilena pediátrica [revista en internet] 2016 [consultado 2 de noviembre de 2020] (3) 162-168. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26525133/>
11. Silva M. Eleoterio A.: Prevalence and factors associated with binge drinking among Brazilian young adults, 18 to 24 years old. Revista brasileña de epidemiologia. [revista en internet] 2020 [consultado 04 de noviembre de 2020] 23. Disponible en https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2020000100486&lng=en&nrm=iso&tlng=en
12. Fauci V. Squeri R. et. al.: Young people, young adults and binge drinking. J Prev Med Hyg. [revista en internet] 2019 [consultado 4 de noviembre de 2020] (4) 60. disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6953446/>
13. Morales L., De a Villa Moral M. et. al.: Psychometric properties of the Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) in adolescents and young adults from Southern Mexico. Epub [revista en internet] 2019 [consultado noviembre 2 2020] (81) 39-46. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31199963/>
14. Youn J. Kim S. et. al.: Relationship between Family Adaptability, Cohesion and Adolescent Problem Behaviors: Curvilinearity of Circumplex Model. Korean J Fam Med [revista en internet] 2013 [consultado 2 de noviembre de 2020] (3) 169-177. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23730484/>
15. Nse.amai.org [internet]. México: nse; 2018 [actualizado 2018]; [citado 4 de noviembre de 2020]. Disponible en <http://nse.amai.org/wp-content/uploads/2018/04/Cuestionario-NSE-2018.pdf>

16. Ponce E. Gomez F. et.al.: Construct validity of FACES III questionnaire in spanish (México). Elsevier [revista en internet] 2015 [consultado 4 de noviembre de 2020] (10) 624-630. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12525338/>
17. Mayorga C. Gallardo L. et. al.: Psychometric properties of APGAR-family scale in a multiethnic sample of Chilean older people. Revista médica chilena [revista en internet] 2019 [consultado 2 de noviembre de 2020] (10) 1283-1290. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32186636/>
18. Hamilton E. Carr A.: Systematic Review of Self-Report Family Assessment Measures. Fam process [revista en internet] 2016 [consultado 2 de noviembre de 2020] (1) 16-30. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26582601/>
19. Noblega M. Nulez J. et. al.: Psychometric Properties of a Spanish Version of the Experiences in Close Relationships-Revised Scale. Revista de psicología [revista en internet] 2018 [consultado 5 de noviembre de 2020] (2) 1-13. Disponible en <file:///C:/Users/Usuario1/Downloads/52308-229-180918-1-10-20190312.pdf>
20. [González H. Medicina Familiar. 1ª ed. Alfil; 2005](#)
21. [Instituto nacional de Estadística y Geografía \[Página principal en Internet\]. México: INEGI; 2010 \[actualizada en febrero 2018; consultado 10 octubre 2020\] https://www.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=ENOE15](#)

13 ANEXOS

13.1 ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS) CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN
Nombre del estudio:	Cohesión y adaptabilidad familiar asociada a los trastornos por consumo del alcohol en sujetos de 20 a 45 años en la Unidad de Medicina Familiar 41 de Marzo de 2021 a Febrero de 2022.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica.
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar Número 41 del IMSS, Delegación 1 Norte, Ciudad de México. de Marzo de 2021 a Febrero de 2022.
Número de registro:	En trámite.
Justificación y objetivo del estudio:	Solicitamos su colaboración para realizar una investigación que determina la relación que existe entre la dinámica familiar con los trastornos por consumo de alcohol, con la finalidad de mejorar medidas terapéuticas más apropiadas contra el alcoholismo.
Procedimientos:	El paciente responderá una serie de preguntas que corresponden a la escala FACES III, AUDIT, AMAI, con la finalidad de valorar la asociación entre la cohesión y adaptabilidad familiar asociada a los trastornos por consumo de alcohol.
Posibles riesgos y molestias:	Es una investigación de riesgos mínimos.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	La finalidad del estudio es en beneficio para los pacientes con alcoholismo, y radica en identificar la asociación entre la dinámica familiar y los trastornos producidos por consumo de alcohol y así plantear mejores terapias y para mejorar su calidad de vida.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Contribuye a la ayuda de crear una nueva intervención terapéutica para lograr mejoras en la forma de intervenir en el tratamiento del paciente, contribuyendo a disminución real del alcoholismo, considerada hoy en día una pandemia invisible de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud.
Participación o retiro:	Acepta participar en la investigación sin fines de lucro y en uso de sus facultades mentales, recibiendo respuestas a todas las dudas y aclaraciones que se presenten con respecto a la investigación. Usted es libre de decidir si participa en este estudio y podrá retirarse del mismo en el momento que lo desee sin ningún tipo de represalia.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos obtenidos durante el estudio son de carácter confidencial, serán codificados y protegidos de tal manera que solo pueden ser identificados por los Investigadores de este estudio o, en su caso, de estudios futuros.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigadores:	Dr. Acho Federico García Martínez. Médico Epidemiólogo adscrito al turno matutino en la UMF 41 delegación Norte Ciudad de México. Teléfono: 0445523712140. Dr. Héctor Alan Zavala Sánchez. Médico residente de Medicina Familiar, Matrícula: 98358780. Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 41 delegación Norte Ciudad de México. Teléfono: 0445544505138.
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

13.2 ANEXO 2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

No. de folio: _____

Fecha: _____

COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR ASOCIADA A TRASTORNOS POR CONSUMO DEL ALCOHOL EN SUJETOS DE 20 A 45 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 41.

Instrucciones: La siguiente encuesta tiene por objetivo analizar la asociación que existe entre la cohesión y adaptabilidad familiar con el trastorno por consumo del alcohol en sujetos de 20 a 45 años. Consiste en la aplicación de un cuestionario que recolecta datos sociodemográficos y dos instrumentos: el primero de ellos (FACES III) sirve para evaluación clínica de la cohesión y adaptabilidad familiar; el segundo (AUDIT) identifica a las personas con un patrón de consumo perjudicial o de riesgo de alcohol. Le pedimos se sirva en contestar los siguientes reactivos con la mayor sinceridad posible; gracias.

Sección I: Variables sociodemográficas Instrucciones: Sírvase en responder los siguientes reactivos respecto a sus datos sociodemográficos.

1. Edad: _____ años

2. Nivel de escolaridad

Sin instrucción	<input type="radio"/>	Sabe leer y/o escribir	<input type="radio"/>	Primaria	<input type="radio"/>	Secundaria	<input type="radio"/>	Preparatoria	<input type="radio"/>	Licenciatura	<input type="radio"/>	Otra	<input type="radio"/>
-----------------	-----------------------	------------------------	-----------------------	----------	-----------------------	------------	-----------------------	--------------	-----------------------	--------------	-----------------------	------	-----------------------

3. Término de instrucción

Conclusa	<input type="radio"/>	Inconclusa	<input type="radio"/>
----------	-----------------------	------------	-----------------------

4. Estado civil

Soltero	<input type="radio"/>	Unión Libre/Concubino	<input type="radio"/>	Casado	<input type="radio"/>	Separado / Divorciado (a)	<input type="radio"/>	Viudo	<input type="radio"/>
---------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	--------	-----------------------	---------------------------	-----------------------	-------	-----------------------

5. Sexo

Femenino	<input type="radio"/>	Masculino	<input type="radio"/>
----------	-----------------------	-----------	-----------------------

6. Lugar de residencia

Gustavo A. Madero	<input type="radio"/>	Tlalnepantla	<input type="radio"/>	Azcapotzalco	<input type="radio"/>	Otro: _____	<input type="radio"/>
-------------------	-----------------------	--------------	-----------------------	--------------	-----------------------	-------------	-----------------------

7. Ocupación

Profesionista	<input type="radio"/>	Ayudante general	<input type="radio"/>	Empleado	<input type="radio"/>	Administrativo	<input type="radio"/>	Directivo	<input type="radio"/>	Dueño Negocio	<input type="radio"/>	Otro: _____	<input type="radio"/>
---------------	-----------------------	------------------	-----------------------	----------	-----------------------	----------------	-----------------------	-----------	-----------------------	---------------	-----------------------	-------------	-----------------------

8. Turno laboral

Matutino	<input type="radio"/>	Vespertino	<input type="radio"/>	Nocturno	<input type="radio"/>	Mixto	<input type="radio"/>	Otro: _____	<input type="radio"/>
----------	-----------------------	------------	-----------------------	----------	-----------------------	-------	-----------------------	-------------	-----------------------

Sección II: FACES III

Instrucciones: A continuación, encontrará una serie de afirmaciones acerca de cómo son las familias, ninguna de dichas frases es falsa o verdadera. Por eso usted encontrará cinco (5) posibilidades de respuesta a cada pregunta. Le pedimos a usted que sirva leer con detenimiento cada una de las proposiciones y contestar a ellas sinceramente, marcando con una (x) la alternativa que según usted refleja cómo vive en su familia.

PREGUNTA:	CASI NUNCA O NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE O SIEMPRE
9. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.					
10. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.					
11. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
12. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.					
13. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.					
14. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
15. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con otras personas que no son de nuestra familia					
16. Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas.					
17. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia					
18. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.					
19. Nos sentimos muy unidos.					
20. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.					
21. Cuando nuestra familia se reúne para hacer algo no falta nadie.					
22. En nuestra familia las reglas cambian.					
23. Con facilidad podemos planear actividades en la familia.					
24. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
25. Consultamos unos con otros para tomar decisiones.					
26. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.					
27. La unión familiar es muy importante.					
28. Es difícil decir quien hace las labores del hogar					

Sección III: Test de AUDIT

Instrucciones: Registre las respuestas cuidadosamente. Entiendo por «bebidas alcohólicas» bebidas tales como cerveza, vino, vodka, etc. Sus respuestas serán confidenciales, así que sea honesto por favor. Marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta.

29. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

Nunca <input type="radio"/>	Una o menos veces al mes <input type="radio"/>	De 2 a 4 veces al mes <input type="radio"/>	De 2 a 3 más veces a la semana <input type="radio"/>	4 o más veces a la semana <input type="radio"/>
-----------------------------	--	---	--	---

30. ¿Cuántos consumos de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

1 o 2 <input type="radio"/>	3 o 4 <input type="radio"/>	5 o 6 <input type="radio"/>	De 7 a 9 <input type="radio"/>	10 o más <input type="radio"/>
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------	--------------------------------

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

Nunca <input type="radio"/>	Menos de una vez al mes <input type="radio"/>	Mensualmente <input type="radio"/>	Semanalmente <input type="radio"/>	A diario o casi diario <input type="radio"/>
-----------------------------	---	------------------------------------	------------------------------------	--

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

Nunca <input type="radio"/>	Menos de una vez al mes <input type="radio"/>	Mensualmente <input type="radio"/>	Semanalmente <input type="radio"/>	A diario o casi diario <input type="radio"/>
-----------------------------	---	------------------------------------	------------------------------------	--

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

Nunca <input type="radio"/>	Menos de una vez al mes <input type="radio"/>	Mensualmente <input type="radio"/>	Semanalmente <input type="radio"/>	A diario o casi diario <input type="radio"/>
-----------------------------	---	------------------------------------	------------------------------------	--

34. ¿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 <input type="radio"/>	Menos de una vez al mes <input type="radio"/>	Mensualmente <input type="radio"/>	Semanalmente <input type="radio"/>	A diario o casi diario <input type="radio"/>
-----------------------------	---	------------------------------------	------------------------------------	--

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

Nunca <input type="radio"/>	Menos de una vez al mes <input type="radio"/>	Mensualmente <input type="radio"/>	Semanalmente <input type="radio"/>	A diario o casi diario <input type="radio"/>
-----------------------------	---	------------------------------------	------------------------------------	--

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

Nunca <input type="radio"/>	Menos de una vez al mes <input type="radio"/>	Mensualmente <input type="radio"/>	Semanalmente <input type="radio"/>	A diario o casi diario <input type="radio"/>
-----------------------------	---	------------------------------------	------------------------------------	--

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

No <input type="radio"/>	Si, pero no en el curso del último año <input type="radio"/>	Si, el último año <input type="radio"/>
--------------------------	--	---

38. ¿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 <input type="radio"/>	Si, pero no en el curso del último año <input type="radio"/>	Si, el último año <input type="radio"/>
--------------------------	--	---

Expresamos nuestro agradecimiento por su tiempo y colaboración en esta encuesta.

13.3 ANEXO 3. ESCALA AUDIT

PREGUNTA	0	1	2	3	4	Puntuación
1. ¿Con que 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. ¿Cuántos consumos 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 diario	
4. ¿Con que 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 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 diario	
6. ¿Con que 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 diario	
7. ¿con que frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi diario	
8. ¿Con que frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había está bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi diario	
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Si, 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		Si, el último año	
TOTAL						

ANEXO 4. FACES III

PREGUNTA	CASI NUNCA O NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A VECE S	MUCHA S VECES	CASI SIEMPRE O SIEMPRE	PUNTUACION
Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.						
En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.						
Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.						
Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.						
Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.						
Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.						
Nos sentimos más unidos entre nosotros que con otras personas que no son de nuestra familia						
Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas.						
Nos gusta pasar el tiempo libre en familia						
Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.						
Nos sentimos muy unidos.						
Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.						
Cuando nuestra familia se reúne para hacer algo no falta nadie.						
En nuestra familia las reglas cambian.						
Con facilidad podemos planear actividades en la familia.						
Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.						
Consultamos unos con otros para tomar decisiones.						
En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.						
La unión familiar es muy importante.						
Es difícil decir quien hace las labores del hogar						
TOTAL						

13.4 ANEXO 5. HOJA DE RESULTADOS PARA EL PACIENTE



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOJA DE RESULTADOS PARA EL PACIENTE**

**COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR ASOCIADA A
LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DEL ALCOHOL EN
SUJETOS DE 20 A 45 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR 41, DE MARZO DE 2021 A FEBRERO DE 2022**

Participante:	
Consumo de alcohol	
Adaptabilidad familiar	
Cohesión familiar	