



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO DE INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

IMSS

UNIDAD ACADÉMICA

C.H.G.Z. No.32, GUASAVE, SIN.

**CONSUMO RIESGOSO Y DAÑO DE ALCOHOL Y DISFUNCIÓN
FAMILIAR EN EL ADOLESCENTE, DE LA U.M.F No. 26 LA
ENTRADA, GUASAVE, SIN**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. MAYRA MARIBEL MONTOYA CAMACHO

Guasave, Sinaloa

28 de Febrero 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

CONSUMO RIESGOSO Y DAÑINO DE ALCOHOL Y DISFUNCIÓN FAMILIAR
EN EL ADOLESCENTE DE LA U.M.F. No. 26 LA ENTRADA, GUASAVE, SIN.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MAYRA MARIBEL MONTOYA CAMACHO

AUTORIZACIONES:



DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.

**CONSUMO RIESGOSO Y DAÑINO DE ALCOHOL Y DISFUNCIÓN
FAMILIAR EN EL ADOLESCENTE
DE LA U.M.F. No.26 LA ENTRADA GUASAVE, SINALOA**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. MAYRA MARIBEL MONTOYA CAMACHO

AUTORIZACIONES:

DR. ALBERTO VALDEZ COTA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN C.H.G.Z. No.32. GUASAVE,
SINALOA

DRA. PAULA FLORES
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD C.H.G.Z.
No.1 CULIACAN, SINALOA.

DR. FLAVIO NEDEL ACOSTA CASTRO
JEFE DE DEPARTAMENTO CLINICO
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

ERROR: undefined

OFFENDING COMMAND: !M?#'#!M?#'#!M?#'#!M?#'#!M?#'#!M?#'#!M?#'#!

STACK:

ÍNDICE

Págs.

1.- Marco Teórico.....	1
1.1.- Concepto de familia.....	9
2.- Planteamiento del problema.....	10
3.- Justificación.....	11
4.- Objetivos.....	13
5.- Metodología.....	14
5.1.- Material y métodos.....	15
5.2.- Descripción del método.....	16
5.3.- Material.....	19
5.4.- Tabla de variables de estudio.....	20
5.5.- Criterios.....	21
6.- Variables de estudio.....	22
7.- Análisis estadístico.....	23
8.- Cronograma de actividades.....	24
9.- Resultados.....	25
10.- Gráficas.....	27
11.- Discusión.....	36
12.- Comentarios.....	38
13.- Conclusiones.....	39
14.- Referencias bibliográficas.....	40
15.- Anexos.....	42

1.- MARCO TEORICO

El consumo del alcohol ha sido catalogado en nuestros tiempos como la toxicomanía de mayor relevancia medico-social a nivel mundial por efectos extraordinariamente nocivos sobre la salud debido a su repercusión biológica, psicológica y social. (1,2)

La ingesta de bebidas alcohólicas es parte integrante del estilo de vida de muchos pueblos llegando en ocasiones a ser mas “normal y deseable” que el no consumo en el mundo occidental. Como parte de aceptación se han desarrollado diferentes actitudes ante la ingestión del alcohol con diversos grados de tolerancia socio cultural. (3,4)

Actualmente en el mundo que nos toca vivir, esta demostrado que el alcoholismo ya se ha instalado con vigor en la juventud sumiéndola en cruentas circunstancias que años atrás estaba reservada a gente de mayor edad. (5)

Las definiciones empleadas actualmente bajo el término de alcoholismo o síndrome de dependencia del alcohol, según el DSM-IV la describe como dificultades repetidas ocasionadas con el alcohol en al menos tres de las siete áreas que se presentan agrupadas en un periodo de doce meses. Dichas dificultades consisten en cualquier combinación de tolerancia, abstinencia, ingestión de cantidades de alcohol mayores de las pretendidas en periodos largos, incapacidad para controlar el uso de alcohol, abandono de actividades importantes por beber. (6)

Es importante enfatizar los siguientes conceptos relacionados con el consumo de alcohol.

A) Tolerancia: Adaptación cerebral a la presencia de altas concentraciones de alcohol.

B) Dependencia física: Síntomas de abstinencia que ocurren cuando disminuye, o cesa el consumo de alcohol.

1. Que sobrepase la norma de consumo habitual en un medio determinado.

Es decir, que existe realmente un abuso del tóxico y que este abuso no sea transitorio, sino un patrón de comportamiento estable.

2. Que se hayan producido daños tanto orgánico como psíquico y social.

3. Que exista un nivel de esclavitud ante el tóxico que determine que el sujeto, a pesar de reconocer el efecto dañino por experiencia propia no sea capaz de detener el consumo.

C) Etapas del alcoholismo

1. Consumo moderado (bebedores sociales).

❖ Hombres que ingieren 2 o menos bebidas al día.

❖ Mujeres / ancianos que ingieren una o menos bebidas al día.

2. Consumo riesgoso: Se considera a los individuos que no tienen aparentemente problemas médicos, sociales o legales relacionados con el consumo del alcohol pero beben excesivamente.

❖ Hombres que ingieren más de 14 bebidas por semana o más de 4 bebidas en una sola ocasión.

❖ Mujeres / ancianos que ingieren más de 7 bebidas por semana o más de 3 bebidas en una ocasión.

3. Consumo dañino (problemas y daños): Los hábitos del bebedor que abusa del alcohol por lo general resultan en problemas de salud ocupacionales, legales o sociales.
4. Dependencia. Cuando existe abuso tóxico de comportamiento estable con daños tanto orgánico como psíquico y social, donde el individuo no es capaz de detener el consumo.

El alcohol es un depresor del sistema nervioso central. Actúa sobre las células principalmente las del cerebro (neuronas) disminuyendo su actividad. Ocasionando trastornos de conducta, si se ingiere más de una copa por hora altera las funciones mentales superiores, el juicio, la razón, la memoria, la concentración y la comprensión, movimientos corporales y sensibilidad al dolor. Todo esto afecta la estabilidad individual y familiar. (7)

En cuanto a las características para la definición de “intoxicación legal” requiere una concentración de alcohol en sangre de al menos 80 a 100 mg/dl, los cambios de comportamiento psicomotores y cognitivos aparecen en concentraciones tan bajas de 20 a 30 mg/dl (una o dos copas). Un sueño profundo, se puede observar con una concentración doble a lo que marca la intoxicación legal, y la muerte puede sobrevenir con concentraciones entre 300 y 400 mg/dl. (6)

El consumo del alcohol es un grave problema de salud pública esta relacionado con cinco de las diez principales causas de defunción, tales como enfermedades del corazón, accidentes automovilísticos, patologías cerebro vasculares, cirrosis hepática,

homicidios, además de asociarse con lesiones en riñas y los problemas de violencia familiar.(8)

Existen factores de riesgo para el inicio del consumo de alcohol del adolescente. Los cuales pueden ser individuales como las características personales: agresividad, rebeldía, timidez, ocasionándole dificultad para la integración social, y para establecer relaciones interpersonales por lo que se considera que se involucran mas fácilmente en la adicción a esta droga. (9)

La adolescencia es una etapa de la vida en la cual suceden sistemáticamente cambios relacionados con actividades asumidas por los jóvenes en los aspectos psicológicos socioculturales y biológicos. En los adolescentes hay tanta ambivalencia que a veces actúan como niños, y otras como adultos “muy especiales” que no desean escuchar consejos, ni orientaciones. Les satisface experimentar, probar por si mismos, y les resulta mas fácil cometer errores. (10,11)

Según la organización mundial de la salud (OMS) describe la adolescencia como un periodo de pasaje a otro momento del desarrollo del ser humano de la que es necesario destacar los aspectos conflictivos más comunes y las variaciones en forma de periodos de crisis, biopsicosociales que son preparatorias para el progreso hacia la juventud y etapa adulta. (12)

Aunque a sido muy discutida las fronteras de su inicio la organización panamericana de la salud. La categoría etáreo mas aceptada ha sido la propuesta por la OMS que va de los 10 a los 19 años de edad.

“Florenzano Urzua propone una definición de la adolescencia según su nivel de desarrollo psicológico:

Adolescencia temprana: la cual corresponde al periodo entre los 10 y 13 años, de acuerdo al modelo, en esta etapa prevalecen los cambios fisiológicos propios de la pubertad. Adolescencia media correspondiente al periodo entre los 14 y 16 años en este periodo se intensifican los procesos de individualización y autonomía como por ejemplo la separación del adolescente hacia la familia. Adolescencia tardía correspondiente al periodo entre los 17 y 19 años, en esta ultima etapa el proceso central es logro de identidad, que implica una auto imagen estable a lo largo del tiempo”. (13)

La influencia familiar que tiene que ver con el entorno y las relaciones entre ella. Como la poca claridad de reglas familiares, escasa disciplina y conflictos familiares en presencia de los hijos, la falta de participación de los padres con los hijos, consumo de alcohol en la familia , todos estos factores los pone en una situación con muy pocos o nulos apoyos para rechazar el consumo de esta droga. (7)

El alcoholismo se encuentra dentro de las crisis paranormativas de la familia con experiencias adversas inesperadas habitualmente ocasionan mayor disfunción familiar.
(14)

En nuestro país el 49% de los suicidios y 38% los homicidios se cometen bajo el efecto de bebidas alcohólicas, además que el 38% de los casos de lesión ocurren por el consumo excesivo de bebidas embriagantes en particular entre jóvenes de 15 a 25 años de edad etapa en la que los accidentes ocupan la primera causa de muerte. (15,16)

Cabe señalar que en relación a los graves efectos de publicidad hacia la tendencia a incidir en el uso del alcohol. Hoy día alrededor de 37 países del mundo cuentan con una avanzada legislación tendiente a proteger a los jóvenes del efecto de la publicidad de las compañías que producen bebidas alcohólicas. Han formulado leyes para mejorar la orientación de las compañías alcohólicas, que rigen la emisión de mensajes, estableciendo estrategias para contra restar o desnormalizar el consumo de alcohol. (17)

En comparación con países de desarrollo de Europa y Asia y con los latinoamericanos, México ocupa el segundo lugar en mortalidad de hombres y el tercero en mujeres por cirrosis hepática, CONADIC (2004). Por otra parte según el sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones el 38.5% de menores infractores cometieron algún delito por efecto del alcohol y los accidentes son la principal causa de muerte de los 15 a 24 años de edad. (16)

Para la organización mundial de la salud del año 2002 refiere que el consumo de alcohol en los adolescentes se inicia a los 11, 7 años. Su comportamiento en varios países sería de la siguiente manera: en Canadá el 40% de adolescentes han comenzado a beber a los 12 años, en Inglaterra los varones se inician en el consumo del alcohol a los 13 años, Colombia el 76% de ellos beben a los 17 años, en la India el 47% de los

universitarios beben una vez por semana, en Estados Unidos el 42% de los varones y el 15% de la mujeres a los 17 años también beben una vez por semana.(15)

En la Encuesta Nacional de Adicciones 2002, realizada en sujetos de 12 a 65 años de edad cerca de 32 millones 300 mil personas dijeron que consumen alcohol y 13 millones afirmaron haberlo usado alguna vez en la vida. De los adolescentes entre 12 y 17 años de edad 3 millones aceptaron haber ingerido bebidas alcohólicas en el último año (25% de las personas de este rango de edad). Los jóvenes en zonas urbanas beben en promedio entre 5 a 7 copas por ocasión. De 1998 al 2002 el consumo de alcohol creció entre los adolescentes de 27% al 35% en hombres y 18% al 25% en mujeres. (15)

La adolescencia es relevante en el ciclo vital individual y en el familiar, debido a que involucra importantes cambios físicos y emocionales que producen gran impacto a nivel personal, en la familia y en la sociedad.

Los médicos familiares y generales deben brindar una atención integral y continua a las familias y considerar su preparación para cuando se encuentren en esa etapa del ciclo vital al fortalecer con guías anticipatorias de salud a este grupo tan vulnerable.(14)

Según el censo general de población y vivienda 1990-2000. En el mundo viven alrededor 1.000 millones de adolescentes entre 10 y 19 años. Que es la edad que se considera para los fines operativos la “adolescencia” y en ellas el 85% vive en países en desarrollo. En México de acuerdo con el consejo nacional de la población en julio del 2003.

La población alcanzó los 104.2 millones de habitantes. De los cuales el 21% pertenece al grupo de adolescentes. (18)

En relación a la prevalencia el consumo problema de alcohol existen datos en un estudio realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social en el año de 1993 a 1994 siendo aprobado en octubre del 2001, encontrando una prevalencia de consumo riesgo del 15.4% y dañino el 2.6% para el sexo masculino y un 3.7% de consumo riesgoso y 0.6% consumo dañino para la mujer. (19)

La edad para ingerir su primera copa completa es entre los 18 y 29 años para las mujeres y entre los 12 y los 15 años para el hombre. (SSA.2004). (20)

Los adolescentes pueden estar comprometidos en varias formas con el alcohol. Es común que intente experimentar con el mismo desde edades tempranas y desgraciadamente no ven la relación entre sus acciones con el presente y las consecuencias del mañana. Ellos tienen la tendencia a sentirse indestructibles e inmunes hacia los problemas que otros experimentan. (21, 22)

1.1.- CONCEPTO DE FAMILIA

La familia es un grupo primario en el que los individuos aprenden las normas básicas de comportamiento humano y las expectativas sociales. El grupo familiar proporciona apoyo familiar y protección a sus miembros y les permite su crecimiento y desarrollo, una función especialmente importante en la adolescencia.

Es importante señalar que la funcionalidad familiar no debe de ser entendida como un elemento “estático” de las familias, por el contrario debe ser evaluada el tomar en cuenta su gran dinamismo. Es un gran error designar a una familia como funcional o disfuncional, como si se tratara de un diagnóstico definitivo etiquetándola bajo la idea que así a permanecido o permanecerá por tiempo indefinido. En realidad la familia se enfrenta en forma constante a múltiples factores que producen estrés tanto a nivel individual como familiar por lo que se apoya con los recursos con que cuenta para tratar de llevar a cabo sus funciones fundamentales y disminuir el estrés a niveles más tolerables.

La disfunción se presenta cuando la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés o favorece un grado todavía mayor del mismo. La importancia de los médicos familiares reside en evaluar la funcionalidad familiar en la medida que nos permite comprender como lo daña a la salud.

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente el consumo de alcohol en los jóvenes es un problema de salud generalizado y común en toda la sociedad. Siendo el grupo familiar el que proporciona apoyo y protección a sus integrantes, y les permite un desarrollo psicológico y social en esta etapa tan vulnerable de la vida del individuo.

¿Cual es el grado de consumo riesgoso y dañino de alcohol y disfunción familiar en el adolescente de 10 a 19 años de la U.M.F. No.26 La Entrada, Guasave, Sinaloa, México?

3.- JUSTIFICACIÓN

Según la OMS el consumo de alcohol en adolescentes de inicia a los 11.7 años de edad, más de 75,000 adolescentes se agregan anualmente a las primeras etapas de la enfermedad. En Canadá el 40% de adolescentes han comenzado a beber a los 12 años.

En la encuesta nacional de adicciones (ENA) 2002 de los adolescentes entre los 12 y 17 años, tres millones aceptaron haber ingerido bebidas alcohólicas en el último año (25% de las personas de este rango de edad).

En estadísticas de consumo riesgoso y dañino de alcohol la ENA, en México no ha empleado el AUDIT como instrumento de medición del alcoholismo. En consecuencia no se conoce nacionalmente la magnitud de este problema.

El alcoholismo representa uno de los principales problemas de salud a nivel mundial y es un fenómeno muy frecuente, independientemente del sexo, la raza, la educación, el estrato socioeconómico o la ocupación. Siendo la adolescencia una etapa difícil del desarrollo, donde se pueden favorecer las conductas del consumo del alcohol, ya sea por la reafirmación de la independencia, la virilidad, la toma de decisiones o la imitación a los adultos; y es probable que se presente en esta etapa del ciclo vital una crisis paranormativa lo cual conllevaría a una disfunción familiar la cual se genera cuando las relaciones intra familiares son afectadas por una comunicación incoherente, confusa e indirecta; las reglas familiares se tornan rígidas e injustas para sus miembros y se

distorsionan sus roles con desajustes emocionales y conflictos que alteran una buena función familiar.

En la U.M.F. No.26 no se tienen antecedentes de este tipo de estudio.

4.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar el grado de consumo riesgos y dañino de alcohol y el grado de disfunción familiar en el adolescente de 10 a 19 años de la U.M.F. No. 26 la Entrada, Guasave, Sinaloa

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar el nivel de consumo riesgoso y dañino de alcohol.
- Describir el grado de cohesión y adaptabilidad.
- Registrar edad, género, escolaridad de la población adolescente en estudio.

5.- METODOLOGÍA

- **TIPO DE ESTUDIO:** Encuesta descriptiva.
- **POBLACIÓN OBJETIVA:** Adolescente de 10 a 19 años.
- **ESTUDIO REALIZADO:** Del 1° de Septiembre al 15 de Diciembre del 2005.
- **UNIDAD ULTIMA DE MUESTREO:** Pacientes adolescentes de 10 a 19 años de edad.
- **TAMAÑO DE MUESTRA:** 90 adolescentes de 10 a 19 años.
- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** Adolescentes de 10 a 19 años de edad, derechohabientes de la U.M.F. No.26., ambos sexos, que acudan a consulta por cualquier motivo, (que acepten entrar en el estudio) que contesten de manera voluntaria.
- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:** No derechohabientes de la U.M.F. No.26.
- **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:** Encuestas incompletas.
- **INFORMACIÓN A RECOLECTAR:** Encuesta de Faces III y un cuestionario para identificar consumo riesgoso y dañino de alcohol.
- **MÉTODO O PROCEDIMIENTO:** Entrevistas directas aplicando dos encuestas; Faces III y AUDIT para consumo riesgoso y dañino de alcohol.

5.1.- MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de encuesta, prospectiva y descriptiva con 90 pacientes adolescentes de 10 a 19 años de edad; ambos sexos, derechohabientes, de la U.M.F. No.26. La Entrada, Guasave, Sinaloa del día 1° de Septiembre al 15 de Diciembre del 2005. A quienes se les aplicó el instrumento Faces III para evaluación de disfunción familiar y el cuestionario AUDIT. Siendo los siguientes criterios de selección.

INCLUSIÓN: Adolescentes de 10 a 19 años, ambos sexos, derechohabientes a la U.M.F. No.26 La Entrada, Gve., Sin.; turno matutino, todos lo que acudan a consulta, que acepten entrar al estudio y que contesten completa y en forma voluntaria las encuestas.

EXCLUSIÓN: Pacientes ambos sexos, que no sean de 10 a 19 años y no derechohabientes.

ELIMINACIÓN: Encuestas incompletas.

MÉTODO O PROCEDIMIENTO: Entrevista directa aplicando las encuestas para identificar el consumo riesgoso y dañino de alcohol con el AUDIT y otro de disfunción familiar con la escala Faces III.

5.2.- DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO

El procedimiento para la obtención de la muestra se llevo a cabo, investigando diariamente a todos los adolescentes de 10 a 19 años, que acudieron a consulta externa en la U.M.F. No.26. La Entrada, Guasave., Sinaloa. En el Horario de 8horas. A 14horas., realizando 90 encuestas, que contaran con los criterios para consumo riesgoso y dañino de alcohol y disfunción familiar. Utilizando la entrevista directa con un cuestionario para consumo riesgoso y dañino de alcohol y aplicando el Faces III para disfunción familiar.

El instrumento de medición AUDIT, diseñado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1982, para identificar personas cuyo consumo de alcohol se haya convertido en un problema de salud, que consiste en 10 preguntas que abordan el consumo, frecuencia e intensidad del consumo de alcohol. Las 3 primeras preguntas están relacionadas con la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol, por lo que permiten la estimación de la abstinencia o el consumo riesgoso. Las 3 siguientes preguntas están relacionadas con la dependencia del alcohol, mientras que las preguntas 7 y 8 son dirigidas al consumo dañino y las 2 últimas se relacionan con problemas causados por alcohol, incluyendo reacciones psicológicas adversas. Cada pregunta tiene de 3 a 5 opciones que discriminan la frecuencia y cantidad de consumo. A cada opción se la da un valor numérico partiendo de cero en el nivel inferior y en orden progresivo hasta 2 ó 4 puntos (dependiendo del número de opciones). La sumatoria de los puntos aportados con cada pregunta da como resultado el índice de la escala AUDIT, con un máximo posible de 39 puntos. Con el fin de caracterizar el consumo de alcohol que constituye un

problema para la salud, la OMS sugirió inicialmente un punto de corte de 11 puntos, el cual se cambió más tarde a 8 puntos de la escala de AUDIT. Este último punto de corte es más sensible (95%) que el anterior, aunque menos específico (88%), pero está más acorde con la reducción en los límites de consumo seguro de alcohol o normal, cuando el puntaje en el AUDIT es menor de 9 puntos. A su vez se establecieron dos puntos de corte adicionales dentro del consumo “problema” de alcohol, considerando una calificación entre 9 y 18 puntos como riesgoso y cuando la calificación fue mayor a 18 puntos se considero como consumo dañino.

FACES III. (Family Adaptability and Cohesion Evolution Scales).

Es un instrumento creado por Olson y Cols (1988), con el respaldo de 25 años de investigación y más de 700 publicaciones científicas; que nos permite evaluar la cohesión y adaptabilidad del funcionamiento familiar, los cuales constituyen las dos dimensiones centrales del módulo circunflejo. Es una versión breve, de tan solo 20 ítem, 10 por dimensión. Los puntajes obtenidos mediante FACES III han propiciado la clasificación de familias y considerarlas en tres categorías: balanceadas, en rango medio y extremas.

Dentro del módulo circunflejo, hay cuatro niveles de cohesión familiar, escalonadas desde el extremo de la baja cohesión hasta el de la alta: No relacionada, semirelacionada, relacionada y aglutinada. Los dos niveles moderados o balanceados de la cohesión han sido denominados semirelacionada y relacionada.

Hay también cuatro niveles de adaptabilidad familiar desde la baja a la extremadamente alta: rígida, estructurada, flexible y caótica. Los dos niveles de adaptabilidad moderada o balanceada han sido denominados flexibles y estructurados.

Para cada dimensión; los niveles balanceados y moderados se consideran de probable funcionamiento normal y las áreas extremas seguramente contienen las familias mas patológicas.

Combinando los cuatro niveles de cada una de las dos dimensiones se obtienen 16 subtipos del sistema familiar o de pareja. Cuatro de ellos son moderados (tipos balanceados), ocho tipos son extremos en una dimensión y moderados en otra (tipos de rango medio) y cuatro tipos son extremos en ambas dimensiones (tipos extremos).

El FACES III facilita al investigador o al clínico ubicar a los miembros individuales de una familia o a grupos familiares dentro del modulo circunflejo.

5.3.- MATERIAL

- ❖ Papel.
- ❖ Tinta
- ❖ Lápiz
- ❖ Pluma
- ❖ Borrador
- ❖ Hoja de recolección de datos
- ❖ Computadora
- ❖ Copiadora
- ❖ Recursos Humanos
- ❖ USB

5.4.- TABLA DE VARIABLES DE ESTUDIO

<i>NOMBRE DE VARIABLE</i>	<i>DEFINICIÓN</i>	<i>TIPO DE VARIABLE</i>
SEXO	DE ACUERDO A FENOTIPO	NOMINAL
EDAD	AÑOS	NUMERICO
ESCOLARIDAD	GRADO MÁXIMO DE ESTUDIOS	ANALFABETA PRIMARIA SECUNDARIA PREPARATORIA PROFESIONAL
GRADO DE DISFUNCIÓN FAMILIAR	DE ACUERDO A CLASIFICACION DE FACES III	ORDINAL
CONSUMO RIESGOSO Y DAÑINO DE ALCOHOL	DE ACUERDO AL CUESTIONARIO AUDIT	NOMINAL

5.5.- CRITERIOS

INCLUSIÓN:

- Pacientes de ambos sexos de 10 a 19 años de edad.
- Que sean derechohabientes de la U.M.F. No.26. La Entrada, Guasave, Sinaloa.
- Que acepten entrar al estudio.
- Que acudan a consulta por cualquier motivo.
- Que acepten la encuesta.
- Que sean del turno matutino.

EXCLUSIÓN:

- No derechohabientes de la U.M.F. No. 26. La Entrada, Guasave, Sinaloa.
- Pacientes ambos sexos que no sean de 10 a 19 años de edad.

ELIMINACIÓN:

- Encuestas incompletas.

6.- VARIABLES DE ESTUDIO

- ❖ Adolescente de 10 a 19 años de edad
- ❖ Consumo riesgo y dañino de alcohol
- ❖ Cohesión y adaptabilidad

7.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO

- **PARA VARIABLES NOMINALES.**

Estadística descriptiva: Frecuencia, proporciones, porcentajes, intervalos de confianza. (IC 95%).

- **PARA VARIABLES NUMÉRICAS.**

Se calculo medidas de tendencia central y de dispersión; (Medida y Mediana), (desviación estándar, rango y varianza) respectivamente.

La representación se hizo en cuadros, gráficos de pastel y barras de acuerdo al tipo de variable.

8.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Elaboración del protocolo	08 meses
Evaluación del comité local	01 mes
Registro del proyecto	01 mes
Recolección de datos	06 meses
Análisis de interpretación de los datos	02 meses
Redactar el informe final	01 mes

9.- RESULTADOS

De acuerdo a la población estudiada que forman un total de 90 derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la U.M.F. No.26 La Entrada, Guasave, Sinaloa, adolescentes de 10 a 19 años de edad, ambos sexos entrevistados por separado, en fechas diferentes en la consulta externa. 45 personas pertenecieron al sexo masculino (50%), y 45 personas (50%) del sexo femenino. Ver gráfica 1.

En relación al grado de escolaridad en curso de la población estudiada encontramos en primaria 18 (20%), secundaria 20 (22%), preparatoria 44(48.88%), profesional 8 (8.88%). Ver gráfica 2.

De acuerdo a la encuesta AUDIT, para identificar el consumo problema de alcohol (riesgoso y dañino) se encontró que 80 personas (88.88%) sin problema, y 9 personas (10%) tienen consumo riesgoso, y 1 persona (1.11%) consumo dañino.

De acuerdo al grado de escolaridad de la población estudiada los entrevistados mas afectados con consumo problema de alcohol riesgoso y dañino son los que se encuentran cursando el nivel de preparatoria siendo 8 personas de 44 y 2 personas de 8 en profesional.

En cuanto al sexo de la población estudiada encontramos que el mas afectado fue el sexo masculino, siendo 7 (15.55%) con consumo riesgoso de alcohol y 1 (2.22%) con consumo dañino, y en el sexo femenino 2 (4.44%) tienen consumo riesgoso.

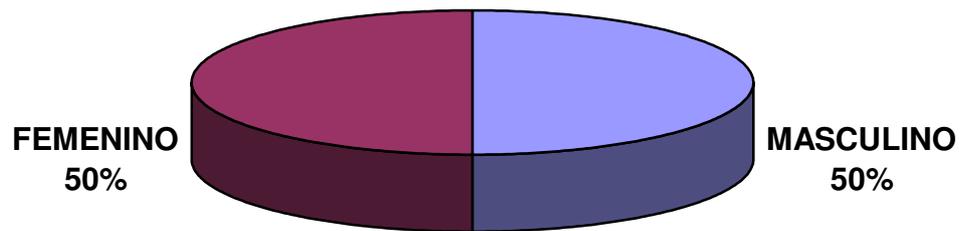
De acuerdo a los puntajes obtenidos mediante el FACES III, se encuentra la clasificación de familias a 19 personas (21.11%) dentro de las balanceadas, 29 personas (32.22%) en rango medio y 42 personas (46.66%) en extremas.

En la relación de evaluación de familia con consumo riesgoso y dañino de alcohol encontramos en familias balanceadas 0 personas, en rango medio 2 personas y en familias extremas 8 personas.

En relación a cohesión encontramos un 90% con consumo problema de alcohol y en adaptabilidad un 80% los cuales se encuentran en el área extrema.

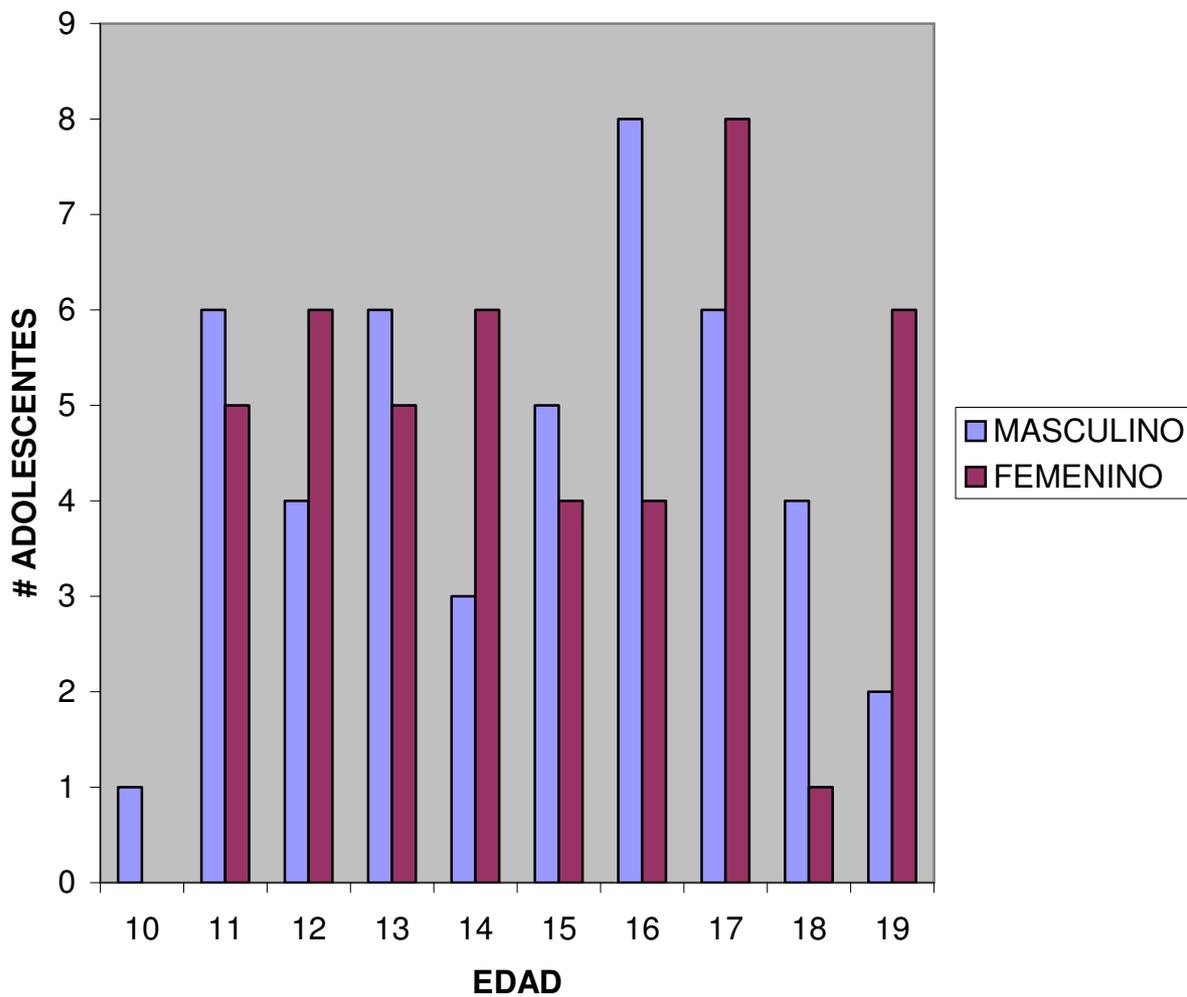
10.- GRÁFICAS

GRÁFICA 1.- DISTRUBUCION POR GENERO DE LA POBLACION EN ESTUDIO



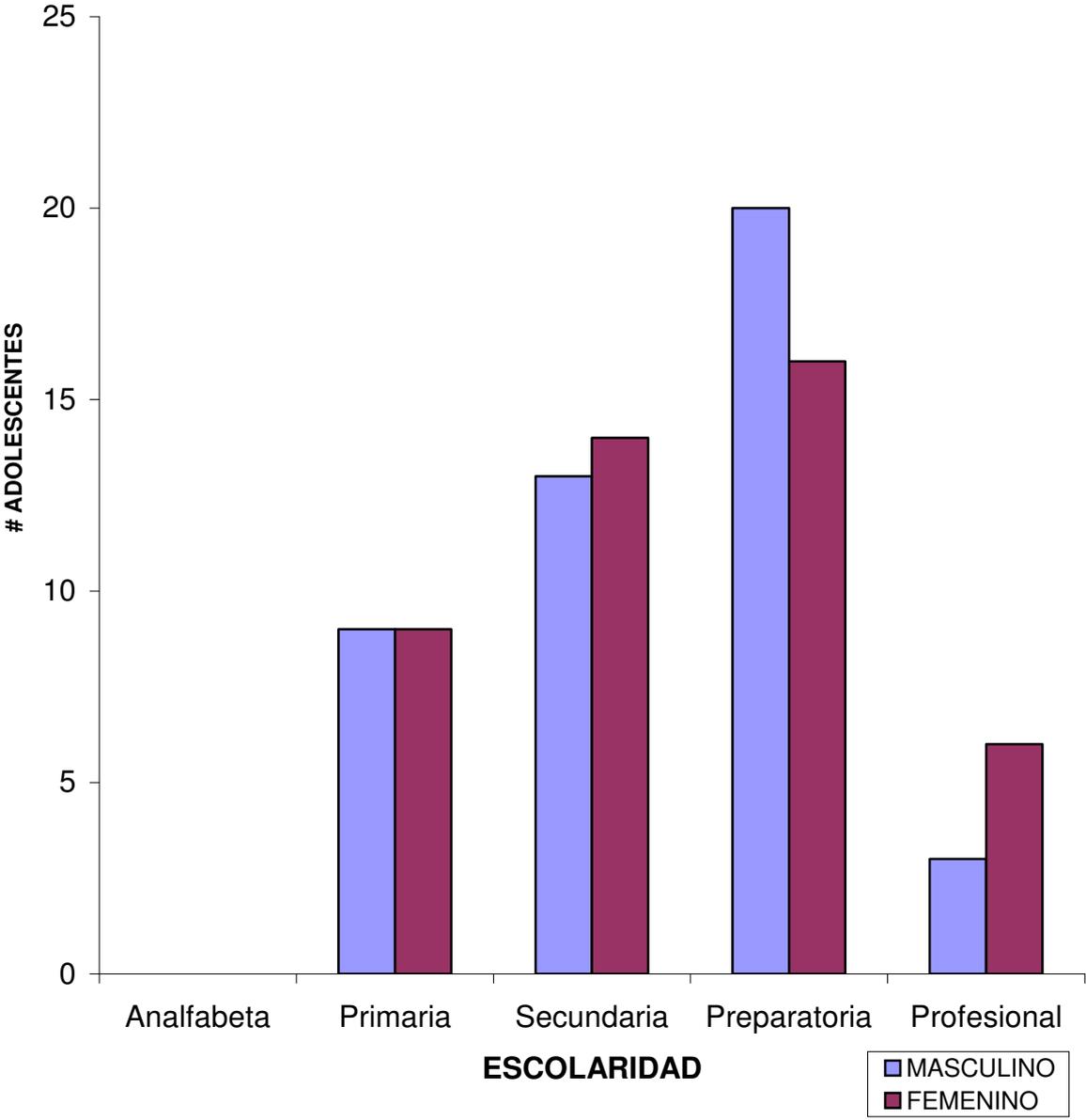
FUENTE: Encuesta directa

GRÁFICA 2.- DISTRIBUCION POR EDAD Y GÉNERO DE LA POBLACION EN ESTUDIO



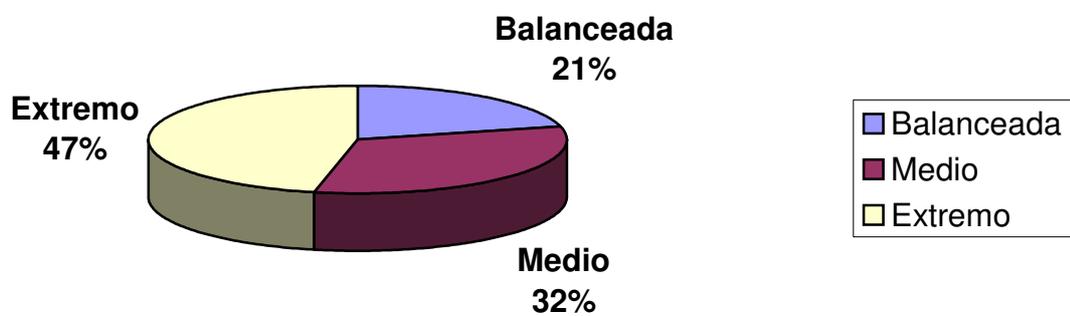
FUENTE: Encuesta directa

GRÁFICA 3.- ESCOLARIDAD POR GENERO DE LA POBLACION EN ESTUDIO



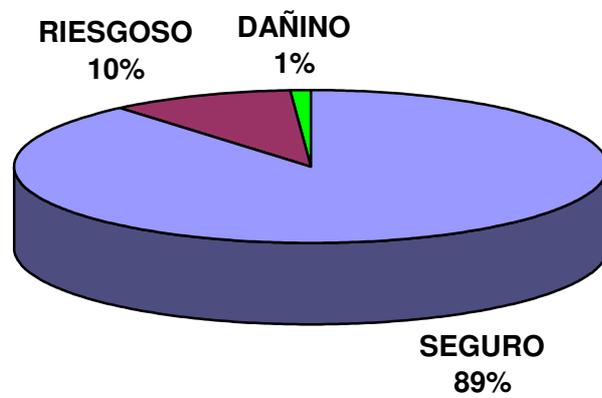
FUENTE: Encuesta directa

GRÁFICA 4.- TIPO DE LA FAMILIA POR FACES III



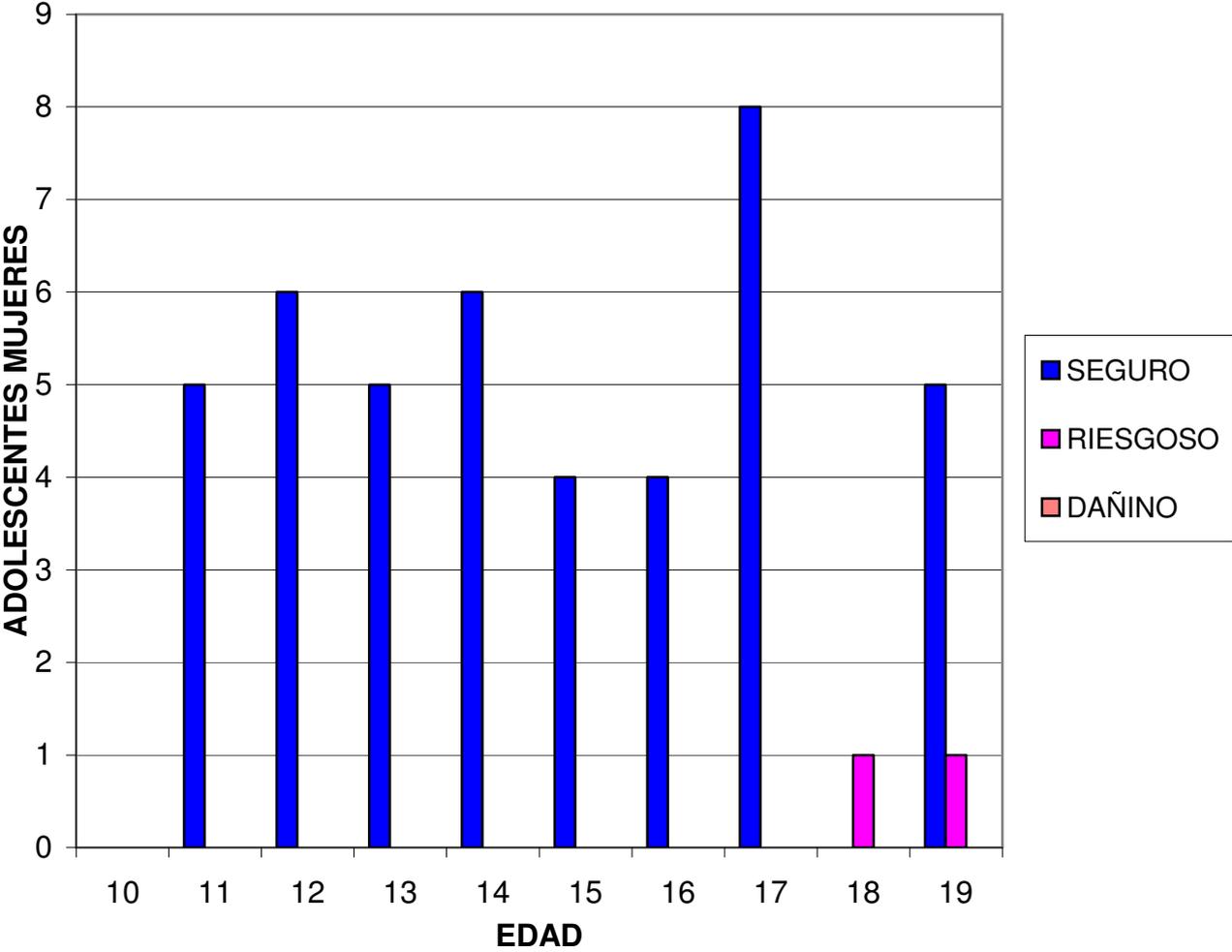
FUENTE: Encuesta directa

GRÁFICA 5.- CONSUMO DE ALCOHOL EN LA POBLACION DE ESTUDIO



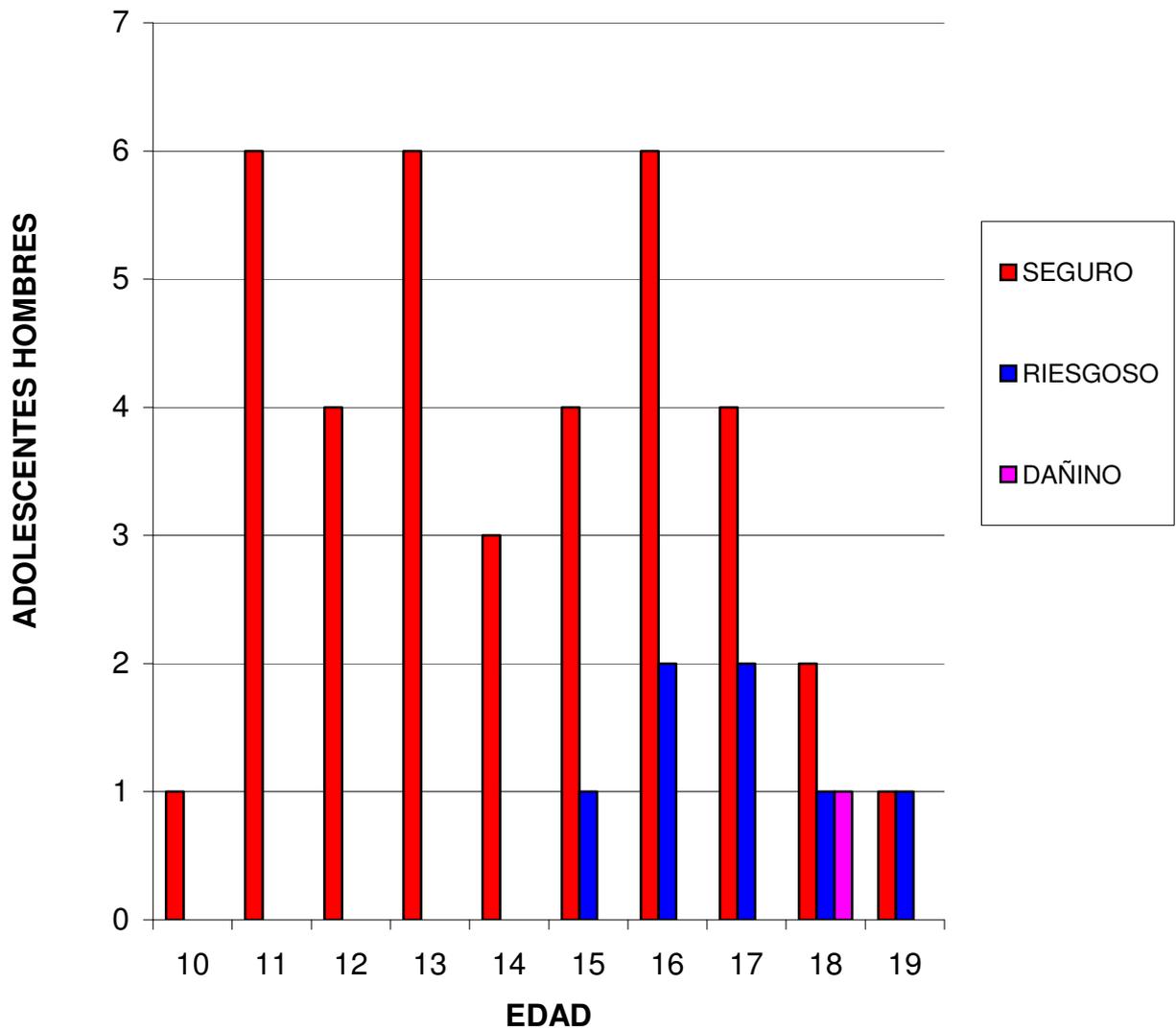
FUENTE: Encuesta directa

GRÁFICA 6.- CONSUMO PROBLEMA DE ALCOHOL EN MUJERES ADOLESCENTES



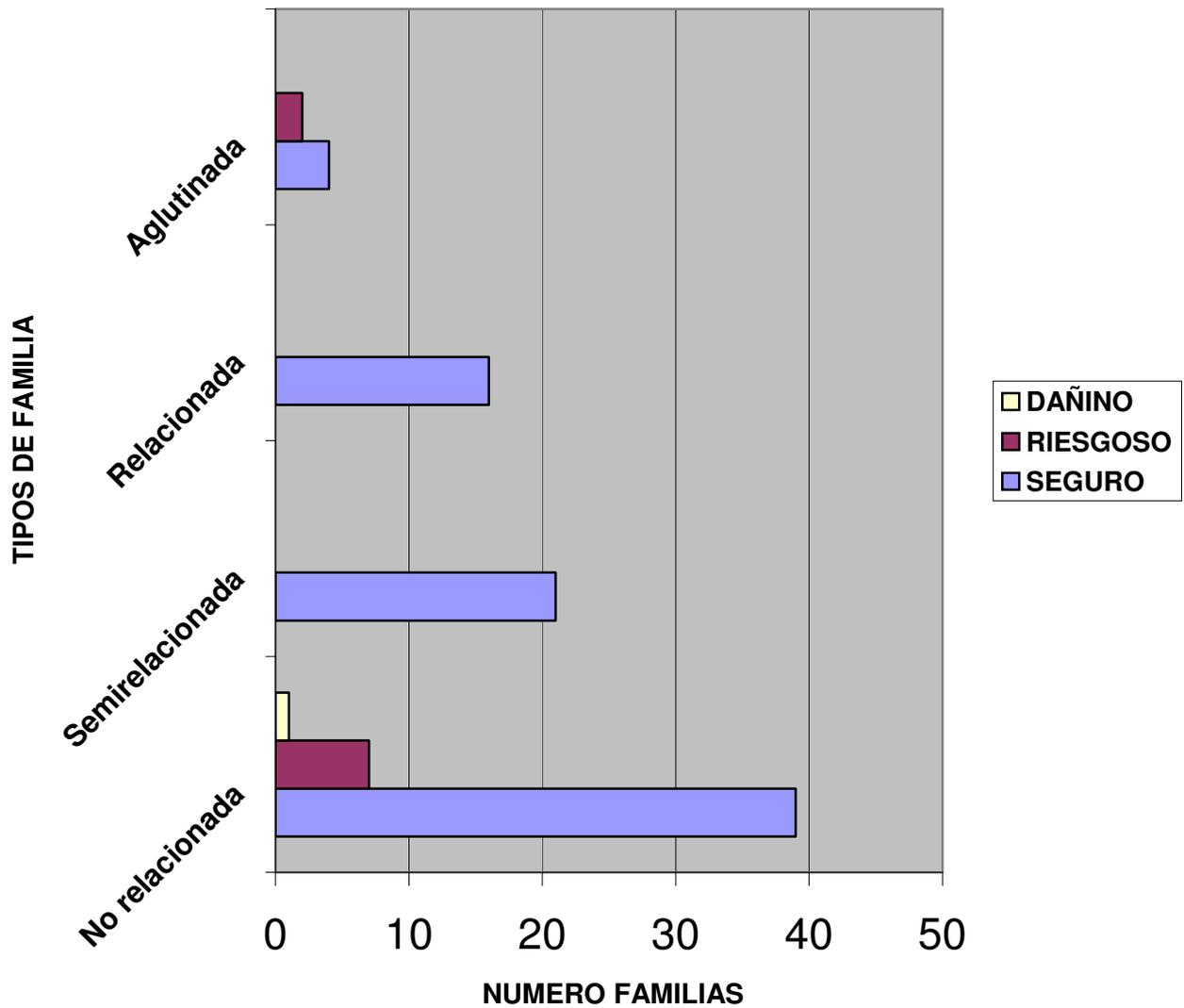
FUENTE: Encuesta directa

GRÁFICA 7.- CONSUMO PROBLEMA DE ALCOHOL EN HOMBRES ADOLESCENTES



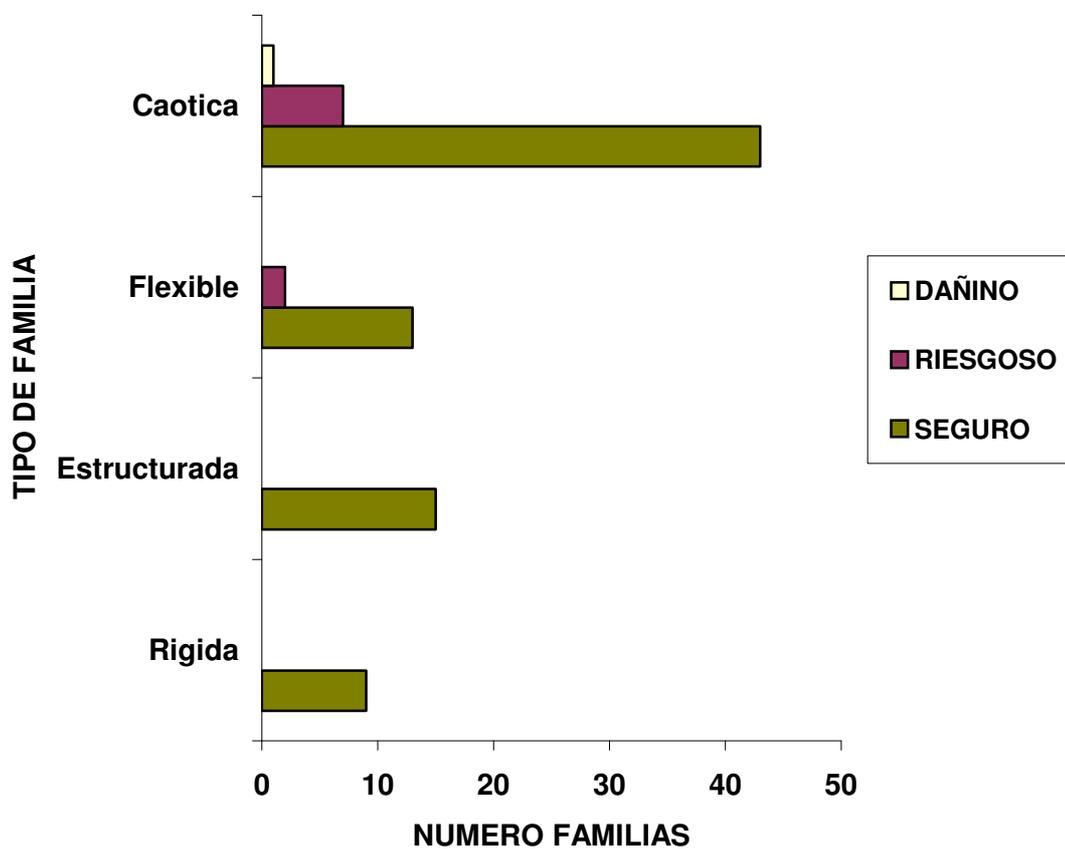
FUENTE: Encuesta directa

GRÁFICA 8.- TIPOS DE FAMILIA SEGUN LA COHESION FAMILIAR EN CONSUMO PROBLEMA DE ALCOHOL



FUENTE: Encuesta directa.

GRÁFICA 9.- TIPOS DE FAMILIA SEGUN LA ADAPTABILIDAD FAMILIAR



FUENTE: Encuesta directa

11.- DISCUSIÓN

Se realizó el presente estudio para determinar el grado de consumo problema riesgo y dañino de alcohol y su relación con la funcionalidad familiar en el adolescente de 10 a 19 años, según el FACES III, evaluando el grado de cohesión las familias pueden ser no relacionadas, semirelacionadas, relacionadas y aglutinadas; en donde se encontró que las familias no relacionadas son un total de 47 personas (52.22%) siendo el mas afectado. Así mismo respecto a la adaptabilidad donde las familias se clasifican en: rígidas, estructuradas, flexibles y caóticas, encontramos que el tipo caótico fue el mas afectado con un total de 51 personas (56.66%), se considero para ambas dimensiones los 3 niveles balanceado, medio y extremo. Correspondiendo al rango extremo el más afectado obteniendo un total de 42 personas (46.66%).

En relación al consumo problema de alcohol encontramos que un 10% corresponde al consumo riesgoso y el 1.11% se encuentra con consumo dañino, siendo más frecuente en el sexo masculino correspondiendo el 7.77% para consumo riesgoso en este sexo y el 1.11% para el consumo dañino y en relación al sexo femenino encontramos el 2.22% para el consumo riesgoso y 0% en el consumo dañino.

Es importante enfatizar en el marco de análisis, el hecho de que la mayoría de los casos con consumo problema de alcohol el grupo familiar se presenta en los niveles extremos de las dos dimensiones en la no relacionada y en la caótica y en familias

extremas las cuales por sus características son susceptibles a desarrollar una inestabilidad en la dinámica familiar.

Es importante mencionar que en relación al consumo problema de alcohol y disfunción familiar los datos obtenidos en las encuestas de la población estudiada, los resultados coinciden con estudios previos realizados en la C. De La Habana Cuba en donde se estima que el 88.9% con riesgo de alcoholismo viven en hogares disfuncionales el cual fue realizado en el año 2003 en adolescentes de 15 a 19 años.

12.- COMENTARIOS

En la actualidad no hay duda que el consumo de alcohol es el problema de drogadicción más importante en el mundo entero por las repercusiones tanto físicas, como mentales y sociales; este no puede de modo alguno desvincularse de todo lo que afecta, entre ellos los dependientes del medio y lo más importante la familia.

Dentro del proceso preventivo lo primordial sería concluir estudios más amplios sobre el consumo problema de alcohol y dar seguimiento al inicio y evolución del mismo, principalmente en la adolescencia pues en estas edades es posible realizar acciones oportunas de prevención y educación para la salud; ya sea reforzando programas institucionales ya establecidos sobre el consumo de alcohol, y en relación al médico familiar una de nuestras principales funciones es brindar una atención integral y continua con las familias; así mismo considerar su preparación para cuando se encuentren en esta etapa tan difícil que es la adolescencia al fortalecer con guías anticipatorias de salud como; fomentando el deporte, recreación sana y eventos culturales con apoyo de las instituciones educativas.

Dentro de las causas que limitaron el estudio fueron los que no contestaron de manera convincente por lo que se duda la veracidad de la encuesta.

13.- CONCLUSIONES

De acuerdo con los datos encontrados en las encuestas de los pacientes con consumo problema de alcohol, según el FACES III se encontró una relación significativa del consumo problema de alcohol con familias de rango extremo y en las dimensiones de cohesión a familias no relacionadas, y en la dimensión de adaptabilidad a familias caóticas. Por lo que podemos concluir que el consumo problema de alcohol afecta en forma importante la dinámica familiar, este tipo de familia tiende a un disfunción familiar.

Aunado el consumo problema de alcohol a la etapa de la adolescencia en donde el joven necesita de la familia como un soporte que lo ayude a enfrentar los problemas de esta etapa, necesita de su apoyo, a través de vínculos estables para que pueda ordenar en forma adaptativa su realidad que parece incierta.

Para finalizar es importante enfatizar que no se puede hablar de disfunción familiar como algo estable y fijo, sino como un proceso que se tiene que estar reajustando constantemente.

14.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. González Menéndez R. Psicoterapia del alcoholismo y otros fármacos. Edit. Científico Técnico. C Habana, 23-25, 1996.
2. González, F: La epidemiología del alcoholismo, sus objetivos y obstáculos. Revista del hospital psiquiátrico de La Habana. 2000: Pág. (177-190).
3. González R. Clínica y terapéutica de las adicciones para el medico general San Luís – 1998-29-30, 35-36.
4. México Secretaria de Salud. Alcoholismo. Información para la población rural, México, D.F. editorial CONADIC.1995.22-4.
5. González R. Alcohol y otras drogas. Adicciones Santiago Cuba. Edith Oronte. 1998-Vol. 25:27-30.
6. Braunwald, Fauci, Kasper, Hauser, Longo, Jameson. (2002) Harrison Principios de Medicina Interna. México, D.F. editorial MCGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. (3000-3001).
7. Fernández Cáceres, Alpízar Ramírez, Gómez Martínez, Sandoval Quintero; Mujer y Drogas 2005 Adicciones y Género (49-50).
8. Revista. Publicación Centro de Integración Juvenil A.C. No. 26. Octubre-Diciembre. 2002 (9)
9. Solís Rojas, Sánchez Guerrero, Cortes Fuentes. Drogas 2005: La 100 preguntas mas frecuentes. Centros de integración juvenil (62-66.)
10. Álvarez, S. (2001). Temas de Medicina General Integral: Volumen 1.

11. Gutiérrez, Baró, E. & Aneiros, Ribia, R. (1999). Toxicomanía y Adolescencia. Realidades y Consecuencias. La Habana.
12. Organización mundial de la salud. Documento básico para las decisiones técnicas sobre la salud de los jóvenes- ginebra. Asamblea mundial de salud 1997.
13. Florenzano R. Desarrollo Psicológico. En: Silber T, Munist M, Maddaleno M, Suárez E, editores. Manuel de medicina de la adolescencia. Washington, D.C. OPS; 1992.p. 75-78.
14. PAC-MF-1 La familia como unidad de estudio p.29. Salud del adolescente p.6.
15. Revista. Publicación Centro de integración juvenil A.C. No.32. Enero-Marzo 2005.
16. CONADIC. Consejo Nacional Contra las Adicciones. México (2004) <http://www.coadic.gob.mx>.
17. Revista. Publicación Centro de Integración Juvenil A.C. No.29- Julio-Diciembre 2003.
18. Sinaloa: Censo general de población y vivienda 1990-2000; INEGI. <http://www.sinaloa.gob.mx>
19. Morales García JIC, Fernández Gárate IH, Tudón Garcés H, Escobedo de la Peña J, Zárate Aguilar A, Madrazo Navarro. Consumo Riesgoso y Dañino de Alcohol Salud Pública Méx. 2002; 44.
20. SSA. Secretaria de Salud (2004). Programa de adicciones, alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas. México
21. Espada JP; Méndez X; Kennet Griffin k. Adolescencia: Consumo de alcohol y otras drogas. <http://www.psiquiatria.com>
22. Sierra M. El alcoholismo en la adolescencia. <http://www.misionrg.com>

15.- ANEXOS

La calificación en cohesión es igual a la suma de los puntajes en los ítems nones.

Cohesión:	No relacionada	10-34
	Semirelacionada	35-40
	Relacionada	41-45
	Aglutinada	46-50

La calificación en adaptabilidad es igual a la suma de los puntajes en los ítems pares.

Adaptabilidad:	Rígida	10-19
	Estructurada	20-24
	Flexible	25-28
	Caótica	29-50

Cuestionario faces III

Ficha de identificación:

Nombre _____ Edad _____
Número de afiliación _____ Clínica _____
Consultorio _____ Turno _____ Fecha _____
Sexo _____ Estado Civil _____ Escolaridad _____

DESCRIBA A SU FAMILIA:

- 1.- Los miembros de la familia se dan apoyo entre si
Nunca (1) Casi nunca (2) Algunas veces (3) Casi siempre (4) Siempre (5)
- 2.- En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.
Nunca (1) Casi nunca (2) Algunas veces (3) Casi siempre (4) Siempre (5)
- 3.- Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.
Nunca (1) Casi nunca (2) Algunas veces (3) Casi siempre (4) Siempre (5)
- 4.- Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.
Nunca (1) Casi nunca (2) Algunas veces (3) Casi siempre (4) Siempre (5)
- 5.- Nos gusta convivir solamente con los familiares cercanos.
Nunca (1) Casi nunca (2) Algunas veces (3) Casi siempre (4) Siempre (5)
- 6.- Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.
Nunca (1) Casi nunca (2) Algunas veces (3) Casi siempre (4) Siempre (5)
- 7.- Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.
Nunca (1) Casi nunca (2) Algunas veces (3) Casi siempre (4) Siempre (5)
- 8.- Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.
Nunca (1) Casi nunca (2) Algunas veces (3) Casi siempre (4) Siempre (5)
- 9.- Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
Nunca (1) Casi nunca (2) Algunas veces (3) Casi siempre (4) Siempre (5)
- 10.- Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.
Nunca (1) Casi nunca (2) Algunas veces (3) Casi siempre (4) Siempre (5)

- 11.- Nos sentimos muy unidos.
 Nunca (1) Casi nunca (2) Algunas veces (3) Casi siempre (4) Siempre (5)
- 12.- En nuestra familia los hijos toman las decisiones.
 Nunca (1) Casi nunca (2) Algunas veces (3) Casi siempre (4) Siempre (5)
- 13.- Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.
 Nunca (1) Casi nunca (2) Algunas veces (3) Casi siempre (4) Siempre (5)
- 14.- En nuestra familia las reglas cambian.
 Nunca (1) Casi nunca (2) Algunas veces (3) Casi siempre (4) Siempre (5)
- 15.- Con facilidad podemos planear actividades en familia.
 Nunca (1) Casi nunca (2) Algunas veces (3) Casi siempre (4) Siempre (5)
- 16.- Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
 Nunca (1) Casi nunca (2) Algunas veces (3) Casi siempre (4) Siempre (5)
- 17.- Consultamos unos con otros para la toma de decisiones.
 Nunca (1) Casi nunca (2) Algunas veces (3) Casi siempre (4) Siempre (5)
- 18.- En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.
 Nunca (1) Casi nunca (2) Algunas veces (3) Casi siempre (4) Siempre (5)
- 19.- La unión familiar es muy importante.
 Nunca (1) Casi nunca (2) Algunas veces (3) Casi siempre (4) Siempre (5)
- 20.- Es difícil decir quién hace las labores del hogar.
 Nunca (1) Casi nunca (2) Algunas veces (3) Casi siempre (4) Siempre (5)

PUNTUACIÓN

Nones
 Puntos_____

Pares
 Puntos_____

Anexo I
PREGUNTAS Y ALTERNATIVAS DE RESPUESTA DEL CUESTIONARIO AUDIT

	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia toma bebidas alcohólicas?	Nunca	Cada mes o menos	2 a 4 veces al mes	2 o más veces a la semana	4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántas copas toma en un día?	1 a 2	3 a 4	5 a 6	7 a 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma seis o más copas en una sola ocasión?	Nunca o casi diario?	Menos de una vez al mes	Una vez al mes	Una vez a la semana	Diario o casi diario
4. ¿Cuántas veces en el último año notó que una vez que comenzó a tomar ya no podía parar?	Nunca o casi diario?	Menos de una vez al mes	Una vez al mes	Una vez a la semana	Diario o casi diario
5. ¿Cuántas veces en el último año el tomar bebidas alcohólicas interfirió con sus actividades normales?	Nunca o casi diario?	Menos de una vez al mes	Una vez al mes	Una vez a la semana	Diario o casi diario
6. ¿Cuántas veces en el último año tuvo que tomar un primer trago por la mañana para poder funcionar después de haber tomado el día anterior?	Nunca o casi diario?	Menos de una vez al mes	Una vez al mes	Una vez a la semana	Diario o casi diario
7. ¿Cuántas veces en el último año tuvo remordimiento o sentimientos de culpa después de tomar bebidas alcohólicas?	Nunca o casi diario?	Menos de una vez al mes	Una vez al mes	Una vez a la semana	Diario o casi diario
8. ¿Cuántas veces en el último año no ha podido recordar lo que pasó la noche anterior debido a que tomó bebidas alcohólicas?	Nunca o casi diario?	Menos de una vez al mes	Una vez al mes	Una vez a la semana	Diario o casi diario
9. Debido a que tomó bebidas alcohólicas, ¿usted o alguien ha resultado lastimado?	No		Sí, pero no en el último año		Sí, durante el último año
10. ¿Existe algún amigo, pariente o médico que conozca su consumo de bebidas alcohólicas o que le haya sugerido suspenderlo?	No		Sí, pero no en el último año		Sí, durante el último año

