



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO  
SOCIAL



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 55  
FRESNILLO, ZACATECAS.

***“GRADO DE DISFUNCIÓN FAMILIAR E  
INVOLUCRAMIENTO DEL ESTUDIANTE  
ADOLESCENTE CON EL CONSUMO DE ALCOHOL”***

Trabajo para obtener diploma de especialista en Medicina Familiar

Presenta:

**DR. FRANCISCO JAVIER GUERRERO FRAUSTO**

Residente de Medicina Familiar Modalidad Semipresencial



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.

**“GRADO DE DISFUNCIÓN FAMILIAR E INVOLUCRAMIENTO DEL ESTUDIANTE ADOLESCENTE CON EL CONSUMO DE ALCOHOL”**

TRABAJO PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

**DR. FRANCISCO JAVIER GUERRERO FRAUSTO**

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR MODALIDAD SEMIPRESENCIAL

AUTORIZACIONES:

**DRA. MARÍA DEL CARMEN FRAIRE GALINDO**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICO GENERALES EN HOSPITAL GENERAL DE ZONA Nº 1 CON MEDICINA FAMILIAR, ZACATECAS.

**DR. JOSÉ ARMANDO PÉREZ RAMÍREZ**

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALÚD HGZ No. 1 ZACATECAS, ZACATECAS.

ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS

**DR. EDUARDO MARTÍNEZ CALDERA**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES UMF No 55 FRESNILLO, ZACATECAS

ASESOR CLÍNICO

**DRA. MARÍA DEL CARMEN FRAIRE GALINDO**  
MÉDICO FAMILIAR

ZACATECAS; ZACATECAS. 2008  
**“GRADO DE DISFUNCIÓN FAMILIAR E INVOLUCRAMIENTO DEL  
ESTUDIANTE ADOLESCENTE CON EL CONSUMO DE ALCOHOL”**

TRABAJO PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

**P R E S E N T A**

**DR. FRANCISCO JAVIER GUERRERO FRAUSTO**  
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR MODALIDAD SEMIPRESENCIAL

**A U T O R I Z A C I O N E S**

**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA**

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDRÓZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**

COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

## ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| 1. Marco Teórico                              | 6  |
| 2. Planteamiento del problema                 | 18 |
| 3. Justificación                              | 19 |
| 4. Objetivo de la investigación               | 21 |
| 4.1 Objetivo general                          | 21 |
| 4.2 Objetivos específicos                     | 21 |
| 5. Metodología                                | 21 |
| 5.1 Tipo de estudio                           | 21 |
| 5.2 Población de estudio                      | 22 |
| 5.2.1 Población                               | 22 |
| 5.2.2 Lugar                                   | 22 |
| 5.2.3 Tiempo                                  | 22 |
| 5.3 Criterios de Selección                    | 22 |
| 5.3.1 Criterios de Inclusión                  | 22 |
| 5.3.2 Criterios de Exclusión                  | 22 |
| 5.2.3 Criterios de Eliminación                | 22 |
| 5.4 Diseño de la muestra                      | 22 |
| 5.4.1 Tamaño de la muestra                    | 23 |
| 6. Variables                                  | 23 |
| 6.1.1 Variables en estudio                    | 23 |
| 6.1.2 Definición Operacional de las variables | 24 |
| 6.2 Procedimiento para recopilar información  | 31 |

|  |    |
|--|----|
| 6.3 Consideraciones Éticas                 | 32 |
| 7. Resultados                              | 33 |
| 8. Discusión                               | 35 |
| 9. Conclusiones                            | 38 |
| 10. Bibliografía                           | 39 |
| 11. Anexos                                 | 43 |
| 11.1 Anexo 1. Consentimiento informado     | 43 |
| 11.2 Anexo 2. Hoja de recolección de datos | 45 |
| 11.3 Anexo 3 Gráficas y tablas             | 54 |

## 1. MARCO TEÓRICO

La familia es el grupo social primario que desde la perspectiva del médico familiar, es considerada como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad, en donde sus integrantes funcionan como un sistema dinámico, cuyos elementos se estimulan mutuamente para cumplir expectativas y objetivos comunes.

La familia se compone de uno o varios subsistemas, cual engranaje en una maquinaria: el subsistema conyugal (integrado por el esposo y su cónyuge), el subsistema paterno-filial (conformado por los padres e hijos) y el subsistema fraternal (el cual está compuesto por los hermanos), con características que como unidad las hacen únicas e irrepetibles pero con similitudes con otras, como lo son las características tipológicas en cuanto a composición, desarrollo, demografía, ocupación, etc, así como otras características, y que según Satir, son útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar mediante el estudio de la dinámica familiar, los límites y el tipo de comunicación debido a que lo que acontece a un integrante de la familia afecta al otro y al grupo como tal.

Se considera que una familia es normofuncional cuando sus integrantes son capaces de cumplir sus tareas que le están encomendadas de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo: cuidado, afecto, alimentación, etc.. Cuando una familia no puede ejercer sus funciones, se dice que es una familia disfuncional.<sup>3</sup>

En este sentido, la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, y de acuerdo a ello, el buen o mal funcionamiento de este sistema es un factor determinante en la conservación de la salud o aparición de la enfermedad entre sus miembros.

Toda familia presenta dificultades cotidianas que deben ser afrontadas a lo largo de las distintas fases de su ciclo vital. La imposibilidad de transformarse ocasiona la incompatibilidad de las tareas evolutivas de los miembros de la familia, problema que puede desembocar en disfunción familiar.

La familia disfuncional utiliza patrones de interacción recurrentes que dificultan el desarrollo psicosocial de sus miembros, su adaptación y la resolución de conflictos. La familia patológica, ante situaciones que generan estrés, responde

umentando la rigidez de sus pautas transaccionales y de sus límites; es notoria su falta de motivación y resistencia a toda posibilidad de cambio, por lo que se ve imposibilitada para realizar de un modo adecuado las funciones familiares, afectándose áreas como la educación y el desarrollo afectivo.

La disfunción familiar puede manifestarse a través de un conjunto de respuestas motoras, cognitivas y psicofisiológicas en un intento de adaptación en sus integrantes y en donde se pone de manifiesto el funcionamiento sistémico y dialéctico entre soma y psiquis y en donde los procesos psicosociales están dados por una amplia gama de fenómenos que influyen sobre el proceso salud enfermedad como las costumbres, creencias, actitudes, valores sociales y estilos de vida, y estas a su vez lo hacen en el pensar, sentir y actuar de los individuos.

Por otra parte, la familia en crisis no es necesariamente disfuncional; la crisis es un modo de enfrentar las pérdidas, problemas interpersonales o los conflictos internos. En este sentido, durante el ciclo de vida que atraviesa la familia cuando uno de sus hijos llega a la adolescencia, la familia como sistema puede atravesar por una crisis no normativa o inesperada, entre otras el alcoholismo -o bien el consumo de otro tipo de drogas- pueden ocasionar mayor disfunción que otro tipo de evento crítico. Como grupo social, cada familia mantiene una actitud muy particular frente al consumo de bebidas alcohólicas ya que en el seno familiar se transmiten creencias, valores y conductas de padres a hijos.

Si nos remontamos a los orígenes relativos al consumo humano de bebidas etílicas, encontramos que la palabra alcohol, proviene del árabe alkuhi que significa esencia o espíritu, es la droga socialmente aceptada más consumida en el mundo, Su utilización por el hombre, en forma de brebaje, data de los albores de la humanidad, inicialmente vinculada con actividades religiosas, luego de consumo colectivo. Desde la más remota antigüedad se conocen los efectos nocivos del uso y abuso en el consumo de bebidas alcohólicas. En la misma Biblia se hace referencia a los esfuerzos humanos para el cultivo de la uva, y en donde se reporta que “Noé comenzó a cultivar la tierra, y plantó una viña. Un día Noé bebió vino y se emborrachó, y se quedó tirado y desnudo en medio de su tienda de campaña.” Es a fines del siglo XVIII cuando se comienza a hablar de los síntomas y signos relacionados con el alcohol, entre ellos delirium tremens (Sutton 1813), refiriéndose las primeras referencias médicas sobre la embriaguez y los efectos del alcohol en la salud. Sin embargo, es hasta el siglo XIX cuando un grupo de médicos determinan como enfermedad el consumo habitual de bebidas alcohólicas y acuñan los términos de alcoholismo y adicción. En la actualidad, el alcoholismo es catalogado como una enfermedad crónica, progresiva y fatal, caracterizada por tolerancia y dependencia física y por cambios orgánicos y patológicos, con predominio en población del sexo masculino, aunque es cada



vez mayor su frecuencia en mujeres en general, con incremento alarmante en la incidencia a nivel mundial.

Las definiciones empleadas actualmente de alcoholismo, son similares de la que hizo Magnus Huss en 1849. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1976, propuso el término “síndrome de dependencia del alcohol (SDA)” descrito como un trastorno de conducta crónico, manifestado por un estado psíquico y físico, que conduce compulsivamente a ingesta excesivas de alcohol con respecto a las normas sociales y dietéticas de la comunidad, de manera repetida, continua o periódica con objeto de experimentar efectos psíquicos que acaben interfiriendo en la salud y en las funciones económicas y sociales del bebedor.

En la actualidad muchos países dedican cuantiosos recursos humanos y financieros al manejo de esta toxicomanía y en las investigaciones para dar solución a este mal. En Europa se estima su costo entre 2 y 3 % del producto nacional. En Estados Unidos se calcula que su significación económica está en los alrededores de los 100 billones de dólares anualmente. Además, se vincula mundialmente con el 50 % de las muertes ocurridas en accidentes de tránsito y el 30% de los homicidios y arrestos policiales. Reduce de 10 a 15 años la expectativa de vida y determina el 30% de las admisiones psiquiátricas y el 8 % de los ingresos por psicosis.

Salvo algunos países de cultura hindú o islámica donde el consumo de alcohol es menor como consecuencia de tradiciones o influencia religiosa, alrededor del 70 % de la población, por encima de los 15 años, ingiere alcohol en determinada cantidad, del 3-5 % son dependientes y, de ellos, el 10 % se convertirán en bebedores problema en algún momento de su vida. Actualmente España ocupa el 4º lugar mundial en el consumo de alcohol después de Francia, Luxemburgo y Alemania. Se calcula que el alcoholismo puede incidir hasta en el 40 % en los ingresos de los servicios de urgencia y que el 2 % de los enfermos que ingresan en los servicios médicos hospitalarios sufren de una enfermedad causada o agravada por el abuso de alcohol.

El alcoholismo se encuentra entre las primeras causas de muerte en varios países como España, en donde ocupa el tercer lugar. En los Estados Unidos ocupa el primer lugar de los fallecidos entre los 15 y 45 años de edad.

En México, el problema del consumo de alcohol y el alcoholismo es un fenómeno que ha sido documentado desde el siglo XVI existiendo una gran variedad de bebidas fermentadas que eran consumidas por los diferentes grupos indígenas que vivían en el país. Al respecto y de acuerdo con Taylor, en esa época, las

nociones de moderación parecían centrarse en las ocasiones en las que se podía beber, en quien podía hacerlo y menos en cuanto se consumía. En ocasiones rituales, en las que estaba permitido el consumo de alcohol, los hombres adultos aparentemente podían beber hasta el estupor sin vergüenza. Este mismo autor identifica dos patrones de consumo primordiales: consumo sólo por parte de la nobleza, con fuertes penas para los trasgresores, y consumo popular en ocasiones rituales asociadas con la agricultura, la religión y los ciclos de la vida, como el nacimiento, el matrimonio y la muerte, con penas menores a quienes violaban estas disposiciones.

Otros investigadores sugieren la existencia de normas diferentes para grupos de población y de acuerdo con las ocasiones de consumo.

Según otros autores, el permiso de intoxicarse durante ciertas fiestas se extendía a las mujeres; al respecto, también el Códice Mendocino señala la edad de 60 años para que hombres y mujeres empezaran a beber sin restricciones.

La conquista española trajo consigo la modificación de los patrones tradicionales de consumo, éstos cambiaron de un uso ocasional, limitado a ciertas festividades, a otro profano indiscriminado. Más tarde se introdujeron las bebidas destiladas y la cantidad de personas que bebían y se intoxicaban se incrementó. De acuerdo con Taylor esto se asoció con tres factores: 1) la inclusión de una proporción mayor de aquellos que formaban parte del grupo social de estrato social menor, esto es, los más pobres, llamados "macehuales", en el grupo de bebedores; 2) el ajuste de la intoxicación ritual a las numerosas festividades del calendario cristiano, y 3) a la comercialización del pulque. Otras razones pudieron estar relacionadas con la ausencia de normas que restringían el uso con la disminución de la autoridad de los líderes indígenas y de la ausencia de una normatividad efectiva de las nuevas autoridades.

La introducción de bebidas alcohólicas destiladas y la derogación de las antiguas reglas tuvieron un efecto desmoralizador en la población indígena. Más aún, los españoles pronto reconocieron y utilizaron el alcohol como instrumento imperialista. El alcohol era una de las pocas cosas que los españoles tenían y los indígenas deseaban vehementemente y por lo cual contraían deudas y se vendían como esclavos junto con sus hijos. R. Bunzel, 1940.

En la actualidad, el alcoholismo es un síndrome de origen multifactorial, en donde intervienen factores biológicos, factores genéticos, factores educacionales, psicológicos y ambientales. 11

Hoy en día existe un alcohólico por cada 10 personas que han consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida, y la cifra de estas últimas llega

aproximadamente al 70 % de la población mundial, excluyendo a los países islámicos. En México 69.4 % de los hombres mayores de 20 años y 58.6 % de las mujeres quedaron clasificados como tomadores actuales. La base de datos de la OMS muestra que México tiene un consumo per cápita de 4.6 litros, pero los bebedores de ambos sexos en realidad consumen 5.6 litros los hombres tomadores 8.1 litros.

Se estima que su abuso representa 9% del costo total de la enfermedad en México, y se acompaña de padecimientos como cirrosis hepática, lesiones por accidentes de vehículos de motor, dependencia y homicidios. Además, se tienen evidencias respecto a que los efectos del alcohol en jóvenes los hace más propensos que los adultos a tener comportamientos de alto riesgo, a la depresión e intento de suicidio, y a asumir conductas violentas. Así mismo existe información suficiente acerca de que la influencia de los padres en los jóvenes ejerce un mayor efecto en el consumo de tabaco y alcohol en la interacción con adultos. No menos importantes son las influencias de tipo familiar, escolar, comunitaria o de medios masivos de comunicación, que potencian los efectos de otros factores como los precios y la accesibilidad a los productos. Esta susceptibilidad social parece incrementarse en la adolescencia y declinar después de los 20 años de edad. Están presentes además otros factores de tipo psicosocial como cierto grado de desequilibrio emocional, estrés, inteligencia emocional, etc., que influyen en la decisión de los individuos de consumir estas sustancias. La adolescencia constituye la etapa de mayor riesgo para iniciarse en el abuso de sustancias tóxicas. El alcohol es la droga más consumida por los adolescentes. Está implicado en más de la mitad de las muertes de jóvenes por accidentes viales y constituye la primera causa de muerte entre jóvenes de 15 a 24 años. En España, el 95 % de los adolescentes ha tenido acceso al alcohol y un 36 % se inicia en el alcohol antes de los 16 años. Tradicionalmente, la adolescencia ha representado un periodo crítico en el inicio y experimentación en el consumo de sustancias. La familia ha sido uno de los contextos en el que los investigadores han localizado un mayor número de factores de riesgo y protección en relación con el consumo de sustancias en los adolescentes. Por ejemplo, se ha observado que las pautas de interacción familiar, como la comunicación deficiente, los frecuentes conflictos, la baja cohesión, el excesivo castigo o el consumo de los propios padres, repercuten directamente en el consumo de los hijos, asimismo, se ha visto que existen variables indirectas que se relacionan a su vez con el consumo. Las variables mediadoras explican como un acontecimiento o estímulo externo toma significado psicológico interno e influye en las respuestas del organismo.

Las características de funcionamiento familiar, en términos de cohesión, adaptabilidad, expresividad y conflicto, influyen en el consumo de sustancias de

los hijos, fundamentalmente, porque influyen previamente en sus autoevaluaciones o autoestima. Estos resultados son coherentes con la perspectiva del interaccionismo simbólico según el cual las autoevaluaciones de una persona se construyen a partir de los feedbacks (retroalimentaciones) (reacción-Respuesta) percibidos de los otros significativos. Las percepciones que el adolescente tiene de la calidad de las relaciones en su contexto familiar (grado de vinculación entre sus miembros, de adaptabilidad a los cambios, expresividad y conflicto) influyen en su autoestima.

Entre los diferentes factores de riesgo en el consumo de sustancias adictivas en adolescentes, podemos encontrar la impulsividad, la conducta antisocial, la búsqueda de sensaciones y el autoconcepto.

Algunos estudios han encontrado que sujetos que en la niñez son hiperactivos, con falta de atención, problemas de conducta, impulsividad y fracaso escolar, con una historia familiar de alcoholismo, cuando son adultos se relacionan con el abuso de alcohol y otras drogas.

Otras investigaciones han encontrado que los sujetos drogodependientes realizan un gran número de conductas antisociales y tienen un pobre concepto de sí mismos o baja autoestima. Es posible que individuos afectados por trastornos de tipo ansioso y evitativo utilicen el alcohol para paliar las manifestaciones de estas personalidades ya que el trastorno precede la mayoría de las veces al uso del alcohol. El consumo de alcohol entre adolescentes, de forma escondida o abierta, se asocia a lesiones graves por accidentes y muerte precoz. La restricción de la venta de bebidas alcohólicas es una medida más eficaz que la persuasión. En los estados Unidos, el consumo de alcohol está presente en el 50 % de los pacientes traumatizados por cualquier causa.

El consumo de alcohol y drogas es una conducta cuya prevalencia presenta actualmente una curva ascendente a nivel mundial. Mientras más joven el adolescente inicia el consumo de alcohol, mayores son las posibilidades de desarrollar un problema de alcoholismo en el adulto. En los Estados Unidos, la incidencia de alcoholismo ha aumentado sosteniéndose durante los años 90 de 3,3 millones de nuevos usuarios en 1990 a 5,6 millones en el 2000, siendo este incremento casi el doble en los menores de 18 años (de 2,2 millones en 1990 a 4,1 millones en el 2000). En México el abuso de alcohol representa el 9% total de la enfermedad, cuyo consumo per capita es de 5.54 litros, uno de cada cinco ingresos a salas de urgencia en nuestro país se asocia con alcohol y es uno de los países con mayores tasas de mortalidad por cirrosis hepática, reportándose que el 55 % de los varones y 27 % de las mujeres iniciaron su consumo antes de los 18 años. En Zacatecas, en el año 2006 se entrevistó a 723 adolescentes de entre 10

y 19 años de edad, los cuales representan 309 936 adolescentes. De éstos, 48.8 % fueron hombres y 51.2 % mujeres. La encuesta permitió estimar que 14.8 % habían ingerido bebidas que contenían alcohol y la prevalencia de esta conducta de riesgo en los adolescentes de Zacatecas fue menor a la media reportada a nivel nacional (17.7%). Al comparar los porcentajes del consumo de alcohol de al menos alguna vez en la vida según sexo de los adolescentes, se identifica que en el caso de los hombres, este es mayor (19.5%) que el reportado por las mujeres (10.4%) Se reporta que 27.6% de los adolescentes de 15 a 19 años y 5.0 % de los adolescentes de 10 a 14 años dijeron haber ingerido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida.

El alcoholismo gradualmente se ha convertido en una característica de la adolescencia. Este es un período de riesgo para el inicio y consumo de sustancias adictivas. Durante la infancia la familia transmite modelos, valores y actitudes que previenen o que, por lo contrario, favorecen las conductas adictivas. En la adolescencia la influencia de los pares y el medio sociocultural pasa a ser más importante. Los valores y actitudes de los familiares y de los pares son claves para comprender la conducta adictiva.

Es el alcohol la droga más popular en todos los niveles sociales, siendo el vino desplazado por la cerveza en este grupo etario.

La ingesta de alcohol por parte de los adolescentes se da principalmente los fines de semana y en días feriados. Tal parece que no hay actividad recreativa en los jóvenes que no pueda desarrollarse sin la presencia del alcohol para ser “realmente” recreativa. Se ingiere alcohol antes y durante la asistencia a un salón de baile, y lo que es muy típico en nuestra población se bebe alcohol en el “tercer tiempo” de una actividad deportiva.

El desconocimiento de los adolescentes, sobre los peligros que entraña la ingesta excesiva de alcohol sobre la salud, una cultura adulta tolerante junto con adolescentes con escasa percepción de los peligros del alcohol, genera un medio propicio para el incremento del consumo. Un estudio realizado en gemelos demostró que el ambiente influye más que la carga genética.

Se define abuso de alcohol como un uso repetido que produce consecuencias negativas. Para que se considere abuso se deben presentar al menos una de las siguientes consecuencias:

- 1.- Consecuencias a nivel escolar, académico o laboral (no poder rendir al nivel normal en la escuela o el trabajo por haber usado alcohol)
- 2.- A nivel físico (uso de alcohol cuando es peligroso, como conducir un ve-

hículo o usar maquinaria peligrosa).

3.- A nivel legal.

4.- A nivel social o interpersonal (irritabilidad con los padres, peleas con

Amigos, pérdida de relaciones sociales, etc.) Las cinco etapas de adquisición de uso de alcohol explican, desde el no uso, hasta el uso continuo de bebidas alcohólicas, se describen a continuación:

1. Precontemplación.- cuando no se considera utilizar bebidas alcohólicas.
2. Contemplación.- cuando se piensa seriamente en iniciar el consumo de bebidas alcohólicas.
3. Preparación.- Cuando se pretende consumirlas en el futuro inmediato.
4. Acción.- Cuando se inicia el uso de bebidas alcohólicas.
5. Mantenimiento.- Cuando se continúa el consumo de bebidas alcohólicas por más de seis meses.

En estudiantes de educación media la mayoría de ellos se han ubicado en las primeras etapas, tales como la contemplación y precontemplación, es decir donde no se consideran consumir alcohol. En estudiantes de educación media superior se han ubicado en etapas de preparación, es decir que han consumido una o dos ocasiones y consideran usarlo en un futuro. El hecho de continuar estudiando se ha considerado como factor protector para el inicio de uso de drogas, probablemente el hecho de mantenerse por mas tiempo ocupado en actividades escolares, los mantiene alejados del consumo de algunas drogas.

Los síntomas de aviso del abuso de alcohol pueden incluir:

Una baja en el rendimiento escolar

Un cambio en los grupos de amigos

Un comportamiento delictivo

El deterioro en las relaciones familiares

Cambios físicos como: ojos enrojecidos, tos persistente y un cambio en los hábitos de comer y dormir. La dependencia del alcohol puede incluir lagunas mentales ("blackouts"), síntomas físicos al dejar de usar alcohol, retraimiento y otros problemas del funcionamiento en el hogar, en la escuela y en el trabajo.

La adolescencia es una etapa 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.

Al adolescente se le dificulta de manera importante asimilar la información y evaluar las consecuencias de sus acciones futuras, lo que merma su capacidad de adherencia a las recomendaciones que se le realicen sobre prevención.

El término adolescencia, del latín “adolescere” (crecer), literalmente significa creciendo o cambiando, es decir, crecer hacia la madurez o la adultez.

Se caracteriza por un desequilibrio propiciado porque el hecho de que la madurez biológica se completa antes que la psicológica. Desde el punto de vista psicosocial, lo que la caracteriza es el “cambio” ante nuevas necesidades. Los estudios antropológicos y sociales no dejan duda en cuanto al grado en que las condiciones familiares y culturales que rodean al adolescente dificultan o facilitan su tránsito a la adultez. Aunque no hay un acuerdo en el tiempo podemos señalar en forma práctica que la adolescencia se divide en tres etapas: temprana, media y tardía. En el hombre la primera abarca de 12 a 14 años, la segunda de 14 a 16 años y la última de 16 a 18 años. En la mujer cada una de estas etapas comprende 2 años pero se inicia a los 10 años. La adolescencia es un período de límites mal definidos que comienza con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y termina cuando cesa el crecimiento somático. La cronología más admitida es la establecida por la OMS, que considera periodo de adolescencia propiamente dicha el comprendido entre 14 y 18 años, con una fase de preadolescencia de 11 a 13 años, correspondientes a la pubertad, y otra de postadolescencia o juventud de los 19 a los 24 años.

En el desarrollo psicosocial del adolescente se distinguen las tres etapas ya enunciadas: 1) Adolescencia inicial (11-13 años), Adolescencia media (14-16 años), Adolescencia superior (17-20 años) cada una con sus propias características. La adolescencia es un período bio-psicosocial entre los 10 y los 20 años, donde tienen lugar modificaciones corporales y adaptación a nuevas estructuras psicológicas y ambientales que conducen de la infancia a la adultez. La organización Mundial de la Salud (OMS) la clasifica en tres estadios: pubertad, adolescencia y juventud. La pubertad se define como el conjunto de modificaciones puramente orgánicas, comunes a todas las especies con fenómenos neuro-hormonales y antropométricos; la adolescencia, es el período de transición bio-psicosocial que ocurre entre la infancia y la vida adulta; y la juventud es el estado que abarca los momentos intermedios y finales de la adolescencia así

como los primeros de la edad adulta, y en un encuadre social comprende los grupos erarios entre los 15 y los 25 años. Hay autores como Bianculli que consideran la adolescencia como una etapa del ciclo vital, de gran importancia, que ha sido considerada un segundo nacimiento, un nuevo desprendimiento. El conflicto central reside en superar un <<proceso de duelo>> que abarca: pérdida del cuerpo infantil, pérdida de los primitivos vínculos familiares, y sustitución por otros nuevos menos conocidos y pérdida de las identificaciones y procesos mentales infantiles.

La cultura también juega un papel importante; por ejemplo, es posible que muchos de los adolescentes, vivan en un ambiente difícil, debido a que la crianza y patrones culturales tradicionales, no corresponden con su diario vivir en un mundo cada vez más tecnológico, complejo y demandante. El aprendizaje cultural que ellos tienen en su sociedad, también establece patrones de su papel en el futuro además de estilos de vida, y estilos de actuar. En el ámbito de intervención psicológica, ha sido el enfoque cognitivo-conductual el primero en dar respuesta a los problemas planteados por la adicción a drogas y sigue siendo hoy en día el más ampliamente utilizado por los profesionales y el más ampliamente validado científicamente.

El APGAR familiar es un cuestionario de aplicación rápida y sencilla para explorar la función familiar, desarrollado por Smilkstein en 1978 que nos permite conocer si la familia puede considerarse un recurso útil para los miembros del grupo familiar; o si por el contrario la familia puede influir empeorando la situación que vive el miembro de la familia a quien se aplica el instrumento. Esta constituido por 5 reactivos aplicables en una breve entrevista y en distintos momentos hasta percibir la variación. Se aplica a cada uno de los miembros de la familia, generalmente los mayores de 15 años, elige por separado una de las tres opciones de cada una de las preguntas: casi siempre, algunas veces o nunca. Con la suma de la puntuación obtenida se pueden hacer las deducciones y que clasifica la disfunción en una escala ordinal.

Por otra parte, la Escala de Involucramiento del Adolescente con el alcohol (EIAA) elaborada por Mayer y Filstead (1979), pretende diferenciar a los abusadores de alcohol de los bebedores no problema. Se trata de un cuestionario anónimo, autoaplicado, compuesto por 14 ítems que versan sobre la cantidad y frecuencia respecto a la bebida, tipo de bebidas consumidas, las situaciones en las cuales bebe, efectos y consecuencias de beber y cuya calificación final es en una escala cualitativa ordinal.



## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Aunado a la permisibilidad política y social, es bien sabido que la adolescencia es la etapa de la vida más difícil y vulnerable. En este periodo de conflictos, reajustes y adaptaciones de muy diversa índole, los adolescentes, dadas las características de su edad, son más proclives a probar y experimentar el consumo de sustancias estimulantes, con el riesgo de iniciar adicciones de consecuencias funestas. Dentro de las adicciones el alcoholismo ocupa un lugar preponderante; actualmente el alcohol se considera una droga legal comparativamente con otras sustancias estimulantes, la mayoría de los problemas relacionados con el alcohol empiezan entre los 16 y los 30 años, pero no es raro encontrar niños de 12 o 13 años que se intoxican regularmente bebiendo alcohol, Es también asunto importante y creciente el aumento en la incidencia de disfuncionalidad en las familias, entorno en el cual el adolescente es el elemento más vulnerable por las características propias de la etapa que están viviendo, y en muchas ocasiones se concatenan estas dos situaciones creando un ambiente poco propicio para un desarrollo adecuado del adolescente y orillándolo a buscar un refugio en el consumo de sustancias adictivas.

Por lo que se plantearía la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cual es el grado de disfuncionalidad familiar con el involucramiento del estudiante adolescente con el consumo de alcohol en los centros escolares Escuela Secundaria Federal No 1, “Lic. Benito Juárez” y Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial y de Servicios N° 1 de Fresnillo, Zacatecas, del 15 de mayo del 2008 al 15 de junio del 2008?**

### 3. JUSTIFICACIÓN

En el Estado de Zacatecas, entidad que cuenta con un millón 354 mil habitantes, en los 58 municipios operan 19 892 sitios para la venta de alcohol. Por cada 3 escuelas de educación básica existe un expendio de bebidas alcohólicas. En la capital del estado se otorga un permiso para vender licor por cada 62 personas; el consumo de alcohol en mujeres y adolescentes ha aumentado en 300%, según un estudio realizado por la Secretaría de Educación Pública y el Instituto nacional de Psiquiatría en Fresnillo, Zacatecas, es decir un permiso por cada 68 personas; y en Jerez, Zacatecas, un permiso por cada 46 personas.

Aunado a lo anterior, nuestra sociedad contemporánea se caracteriza por su constante cambio en todos y cada uno de sus ámbitos, lo cual la hace enfrentar diversas problemáticas. La familia no queda al margen de tales situaciones, ya que alrededor de ella confluyen dos situaciones: Por un lado el aumento impresionante en la incidencia de alcoholismo en la adolescencia con sus catastróficas consecuencias y por el otro el incremento en la incidencia de disfuncionalidad en las familias como consecuencia de cambios en las ideologías y pérdida de valores por parte de las mismas. Esta combinación de factores necesariamente debe generar alteraciones de diversa índole, mismas que debemos identificar y estudiar para incidir sobre ellas.

El presente estudio se realiza para identificar el grado de disfunción familiar e involucramiento del estudiante adolescente en el consumo de alcohol, ya que al tener conocimiento de ello se puede incidir mediante los diversos instrumentos con que cuenta la medicina familiar para evitar un problema de mayor magnitud

considerando la presencia de futuras complicaciones a corto, mediano y largo plazo. Dado que los adolescentes tienen mayor vulnerabilidad a las diversas influencias del entorno, máxime si este entorno es disfuncional, considerando así la importancia de un hogar funcional para el correcto desarrollo del adolescente, se llega a establecer que el consumo de alcohol por parte del adolescente es debido a un hogar disfuncional, entonces la factibilidad para evitar el consumo de alcohol en esta etapa vulnerable de la vida será mayor en la medida que se pueda mejorar el ambiente familiar.

En caso de soslayar este aspecto tan frecuente en nuestro medio podemos ser partícipes de la perpetuación de la problemática en el núcleo familiar, que doy por hecho necesariamente existe como consecuencia de tan importante fenómeno.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL:**

Identificar el grado de disfuncionalidad familiar e involucramiento del estudiante adolescente con el consumo de alcohol en los centros escolares Escuela Secundaria Federal No 1, "Lic. Benito Juárez" y Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial y de servicios N° 1 de Fresnillo, Zacatecas, del 15 de enero del 2008 al 18 de junio del 2008

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

**4.2.1** Determinar la prevalencia de alcoholismo en los adolescentes encuestados

**4.2.2** Identificar las características sociodemográficas de la población adolescente encuestada (edad, sexo, religión, año escolar, nivel socioeconómico).

**4.2.3.** Identificar la cantidad y frecuencia de la bebida, tipo de bebidas consumidas, las situaciones en las cuales bebe, efectos y consecuencias de beber.

## **5. METODOLOGÍA**

**5.1 TIPO DE ESTUDIO:** Encuesta comparativa (Estudio observacional, transversal, retrospectivo, analítico)

- ❖ *Observacional:* sólo se observa el fenómeno de estudio mas no se manipula
- ❖ *Transversal:* las variables que se han medido se midieron en un solo momento.
- ❖ *Prospectivo:* los hechos se dieron en forma contemporánea al inicio del estudio.
- ❖ *Analítico o comparativo.*

### **5.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO:**

#### **5.2.1. POBLACIÓN:**

Adolescentes de secundaria y preparatoria, de uno u otro, con rango de edad de 15 a 19 años.

#### **5.2.2 LUGAR:**

Ciudad de Fresnillo Zac. En las Escuelas Secundaria Federal No.1”Lic. Benito Juárez” y “Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial y de Servicios No. 1”.

#### **5.2.3 TIEMPO:**

En el período del 15 de enero al 18 de junio del 2008.

### **5.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **5.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

Adolescentes estudiantes del Centro de Bachillerato Industrial y de Servicios No. 1, y Escuela Secundaria Federal No. 1, Lic. Benito Juárez, cuya edad fluctúa entre 15 a 19 años cumplidos, turno matutino y vespertino, y participación voluntaria en la encuesta.

### 5.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Adolescentes que durante la aplicación de la entrevista hayan faltado en forma injustificada por permiso o por incapacidad por enfermedad general.

### 5.3.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Cuestionarios mal llenados.

## 5.4 DISEÑO DE LA MUESTRA

Muestreo probabilístico simple aleatorizado.

### 5.4.1. TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Para el cálculo de la muestra se utilizó la fórmula de estimación de proporción de una población infinita:

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

Donde:

Z= 95 % Nivel de confianza

P= 17% Proporción de observaciones que se espera obtener en una categoría.

Prevalencia minima de consumo de alcohol en adolescentes.

Q= 83% Es la contraparte del porcentaje de observaciones en una categoría: es igual a 1-P

d= 0.05 Error estándar o margen de error

Se utilizara la siguiente fórmula:

$$N = \frac{Z^2 (P) (Q)}{d^2}$$

$$N = \frac{(1.96)^2 (0.17) (0.83)}{(0.05)^2} = \frac{(3.8416) (0.1411)}{0.0025} = \frac{0.5420497}{0.0025} = 217$$

Quedando la muestra de estudio conformada por 217 escolares adolescentes.

## **6. VARIABLES:**

### **6.1.1 VARIABLES EN ESTUDIO:**

Alcoholismo en el adolescente.

Grado de disfuncionalidad familiar y características propias de el adolescente

- ❖ Características Sociodemográficas: edad, religión, escolaridad, nivel socioeconómico.
- ❖ Frecuencia de la bebida, tipo de bebidas consumidas, las situaciones en las cuales bebe, efectos y consecuencias de beber.
- ❖ Características de la familia: tipo de familia según su desarrollo, su composición, tipo y ciclo vital de la familia.

### **6.1.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE**

#### **VARIABLES:**

#### **Alcoholismo (en el adolescente)**

Definición conceptual: Dependencia al alcohol por parte del

Adolescente asociada con la aparición progresiva de trastornos en el comportamiento.

Es el acto de ingerir o beber sustancias líquidas que contengan alcohol etílico o etanol, tales como cerveza, vino, ron, destilados y otros.

El consumo de alcohol es una consecuencia de la problemática social y personal que puede vivir una persona, por ejemplo el adolescente que asiste a instituciones educativas.

Definición Operacional: Resultados obtenidos con la aplicación de la Escala de Involucramiento del Adolescente con el alcohol (EIAA) Mayer y Filstead:

0-19 Poco o no uso de alcohol

20-41 No problemas con el consumo

42-57 Abuso de alcohol

59-79 Alcohólico

Escala de medición: Escala cualitativa Ordinal.

Categorías: Poco o no uso de alcohol

No problemas con el consumo

Abuso de alcohol

Alcohólico

### **Disfuncionalidad familiar.**

Definición conceptual: Incapacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Incapacidad de la familia para ejercer sus funciones (cuidado, afecto, alimentación, etc).

Definición operacional: Grado de disfuncionalidad familiar diagnosticado con la aplicación del Apgar Familiar Integrado aplicado a los integrantes de la familia mayores de 15 años.

0-3 puntos - Disfunción severa.

4-6 puntos – Disfunción moderada

7-10 puntos – familia funcional

Escala de medición: Escala cualitativa Ordinal.

Categorías: Disfunción severa

Disfunción moderada

Familia funcional.

Nombre: **Edad.**

Definición conceptual: Tiempo que lleva existiendo una persona o ser vivo desde su nacimiento.



Definición operacional: Grupos de edad en años cumplidos de una persona al momento de levantar la encuesta.

Escala de medición: Cuantitativa discontinua

Categorías: Edad en años

Nombre: **Religión.**

Definición Conceptual: Conjunto de creencias y prácticas relativas a lo que un individuo o grupo considera como sagrado, en particular la divinidad.

Profesión y observancia de la doctrina religiosa.

Definición Operacional: Religión expresada por la familia del entrevistado.

Escala de medición: Cualitativa nominal politómica

Categorías: Católico  
Cristiano (Evangélico)  
Testigo de Jehová  
Mormón  
Otra.

Nombre **Escolaridad.**

Definición conceptual: Periodo durante el cual se asiste a la escuela para adquirir conocimientos.

Definición operacional: Grado escolar que tiene el encuestado a la fecha de aplicación del cuestionario.

1º. Secundaria      1º. Bachillerato  
2º. Secundaria      2º. Bachillerato  
3º. Secundaria      3º. Bachillerato.

Escala de medición:      Cuantitativa ordinal

Categorías:              Años estudiados.

Nombre:                    **Turno**

Definición conceptual:      División de la jornada de trabajo de doce horas en períodos de estudio.

Definición operacional:      Período en el cual el adolescente acude a realizar sus actividades académicas.

Escala de medición:      Cualitativa Nominal dicotómica

Categorías:              Matutino  
                                  Vespertino.

Nombre:                    **Ingreso Económico**

Definición conceptual:      Moneda corriente

Definición operacional:      Cantidad de dinero en pesos mexicanos proporcionado por los padres al adolescente para cubrir sus gastos.

Escala:                    Cuantitativa continua

Categorías:              <100.00  
                                  De \$100.00 a 200.00  
                                  De \$ 201 a 300.00  
                                  De \$ 301.00 a 500.00  
                                  Más de \$500.00

Nombre:                    **Nivel socioeconómico.**

Definición conceptual: Índice económico, social y cultural en el que se desenvuelve la existencia de un ciudadano.

Definición operacional: Nivel socioeconómico familiar identificado con la aplicación del Método de Graffar.

Estrato alto 04-06 puntos.

Medio alto 07-09 puntos.

Medio bajo 10-12 puntos.

Obrero 13-16 puntos.

Marginal 17-20 puntos.

Escala de medición: Ordinal.

Categoría: Estrato alto.

Medio alto.

Medio bajo.

Obrero.

Marginal.

Nombre: **Tipo de familia.**

Definición conceptual: La familia es una unidad micro social totalmente dependiente de la estructura social global de la cual recibe sus características y valores fundamentales.

Definición operacional: Tipo de familia al que pertenece el adolescente en el momento de aplicar la encuesta y de acuerdo a su desarrollo (moderna y tradicional) a su demografía (urbana-rural), por su conformación (nuclear, seminuclear, extensa y compuesta).

Escala de medición: Nominal

Categorías: **Desarrollo:** Moderna o tradicional.

**Demografía:** Urbana o rural.

**Conformación:** Nuclear, seminuclear, extensa y compuesta.

Nombre: **Ciclo vital de la familia.**

Definición conceptual: Evolución en el curso de la cual, la familia se contrae a medida que el medio social con el que cada uno de sus miembros está en contacto se va extendiendo.

Definición operacional: Ciclo vital de la familia según Geyman.

Matrimonio: inicia al consolidarse el vínculo matrimonial.

Expansión: La llegada del primer hijo y la incorporación de nuevos miembros de la familia.

Dispersión: La asistencia de uno de los hijos a la escuela.

Independencia: Formación de otra familia por parte de alguno de los hijos.

Retiro y muerte: El núcleo familiar se queda solo, ya sin hijos. Se da el llamado nido vacío. Ocurre la Muerte de uno de los cónyuges.

Escala de medición: Nominal politómica.

Categorías: Matrimonio, expansión, dispersión, independencia, retiro y Muerte.

Nombre: **Conocimiento del significado de Alcoholismo**

Definición conceptual: Nociones, datos o ideas que se tienen sobre la .  
práctica de ingestión de alcohol.

Definición operacional: Según lo refiera el encuestado.

Escala de medición: Nominal Dicotómica

Categorías: Si  
No

Nombre: **Procedencia de la información**

Definición conceptual: Origen del conocimiento que tiene el adolescente sobre  
Alcoholismo.

Definición operacional: Según lo refiera el encuestado con la aplicación del  
cuestionario.

Escala de medición: Nominal politómica

Categorías: Televisión, Radio. Internet, Escuela, Hogar.

Nombre: **Efectos por consumo de Alcohol.**

Definición conceptual. Implicaciones sobre el adolescente, derivadas  
del consumo de alcohol.

Definición Operacional: Según lo identificado con la Encuesta de Mayer y  
Filstead.

Escala de medición: Escala nominal politómica

- a) Desatado, holgado, relajado
- b) Moderadamente elevado
- c) Tomado

- d) Me llego a enfermar
- e) Pasarse, trastornarse.
- f) Me pierdo y al siguiente día no me acuerdo que pasó el día anterior.

Nombre: **Lugares donde suele beber el adolescente**

Definición conceptual: Espacio o sitio donde el joven acostumbra ingerir bebidas alcohólicas.

Definición operacional: La referida por el encuestado y con la aplicación de la Encuesta de Mayer y Filstead

Escala de medición: Nominal policotòmica

Categorías: Bares, Discotecas, Fiestas familiares, Fiestas con amigos, escuela, calle, Hogar, Eventos deportivos.

Nombre: **Intención para dejar de beber**

Definición conceptual: Abstenerse de ingerir bebidas alcohólicas con la aplicación de la Encuesta de Mayer y Filstead.

Definición operacional: Acto por parte del adolescente de privarse de beber alcohol e identificado con la aplicación de la Encuesta de Mayer y Filstead

Escala de medición: Nominal Dicotómica.

Categorías: Si  
No

## **6.2 PROCEDIMIENTO**

Una vez que fue aprobado el protocolo de estudio por el Comité Local de Investigación del Hospital General de Zona No. 1 “Dr. Emilio Varela Lujan” del IMSS en Zacatecas, Zacatecas; se obtuvo el listado de los escolares de las Escuela Secundaria Federal No 1, Lic. Benito Juárez” y Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial y de Servicios No. 1 de esta localidad integrando una base de datos; se les asignó un número y mediante tabla de números aleatorios se seleccionaron 217 escolares a los cuales se les solicitó autorización mediante carta de consentimiento informado previa información, motivación y capacitación sobre la importancia de realizar este estudio y sobre el llenado de dicho instrumento de recolección de datos.

Se capturó la información mediante 4 instrumentos integrados en un cuestionario estructurado, autoadministrado, con un total de 45 preguntas cerradas apropiadas para identificar las características sociodemográficas, el Método de Graffar el cual esta conformado por 4 preguntas cerradas que indagan la profesión del jefe de familia, el nivel de instrucción de la esposa, la principal fuente de ingreso y las condiciones de la vivienda obteniéndose un puntaje para establecer el nivel socioeconómico en una escala de tipo ordinal; y para establecer el diagnóstico de involucramiento del estudiante adolescente con el consumo de alcohol se aplicó la Escala de Mayer y Filstead, instrumento que consta de 14 preguntas cada una de ellas de opción múltiple y que nos permite evaluar el involucramiento con el alcohol en una escala de tipo ordinal. Dichos instrumentos se responden en un tiempo aproximado de 20 minutos por la persona entrevistada.

Los criterios de selección utilizados fueron: estudiantes escolares, de ambos sexos, que radiquen en la ciudad de Fresnillo, Zacatecas que estuvieron inscritos en el ciclo escolar 2007-2008 de las escuelas ya referidas. Se excluyeron a aquellos escolares que en el día de la aplicación de la encuesta faltaron por causas injustificadas, por permiso o incapacidad por enfermedad general. El tamaño de la muestra se determinó mediante la formula de estimación de

proporciones de una población infinita, de acuerdo a los siguientes supuestos, 17% de prevalencia de involucramiento del adolescente con el alcohol, precisión del 5% y nivel de confianza del 95%; la muestra requerida fue de 217 estudiantes.

El muestreo fue no probabilístico.

La variable dependiente analizada fue la funcionalidad familiar en una escala ordinal. Se obtuvo información de variables independientes: edad, religión, escolaridad, nivel socioeconómico, frecuencia de la bebida, tipo de bebidas consumidas, las situaciones en las cuales bebe, efectos y consecuencias de beber, características de la familia: tipo de familia según su desarrollo, su composición, tipo y ciclo vital de la familia.

Previo al reclutamiento de los pacientes se realizaron los siguientes procedimientos:

Capacitación de los participantes en el estudio, y la posterior aplicación personalizada del instrumento de recolección de datos en las escuelas participantes.

### **6.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El presente estudio no contraviene los aspectos éticos contemplados en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación de los Estados Unidos Mexicanos, así como en la Declaración de Helsinki y sus modificaciones en Edimburgo, Escocia, relativa a las buenas practicas medicas.

Se guardara confidencialidad de los datos obtenidos y se someterá para su aprobación al Comité Local de Investigación del IMSS del H.G.Z. # 1 de Zacatecas. Zacatecas, para su aprobación y registro.

Se solicitará consentimiento informado a todos los participantes. De los resultados que se obtengan se les informará a cada uno de los adolescentes.



## 7. RESULTADOS

Se encuestaron 217 adolescentes para identificar el grado de disfuncionalidad familiar e involucramiento con el alcohol, el promedio de edad de  $15.12 \pm 3.94$  años con rangos de edad de 12 a 19 años. El 49.9 % de los adolescentes entrevistados fueron del sexo femenino, 16.6% de los cuales provenían de hogares con disfunción familiar. (Gráfica 1).

El grupo de edad que predominó en nuestro estudio fue el de 15-16 años en un 39.17%. (Gráfica 2).

El 47.9% de las familias adolescentes entrevistados correspondieron al nivel socioeconómico medio bajo, encontrándose disfunción familiar en el 14.9% de ellas. (Gráfica 3).

El 8.8% de las familias de los adolescentes entrevistados presentaron disfunción familiar relacionada con la ausencia del padre relacionado a que este último trabaja fuera de la ciudad (Gráfica 4).

En cuanto a tipología familiar, el 76.5% de las familias de los adolescentes entrevistados fueron familias nucleares, siendo disfuncionales 21.6% de ellas. (Gráfica 5).

Respecto al núcleo familiar integrado el 55.3% no presentaron disfunción familiar, el 22% si lo presentaron. (Gráfica 6).

El 79.2% de las familias de los adolescentes entrevistados se encontraban en etapa de dispersión, presentando disfunción familiar el 21.6%. (Gráfica 7).

En cuanto a el desarrollo familiar, de las familias de los adolescentes encuestados encontramos mayor frecuencia de familias modernas en 52.54%, con disfuncionalidad familiar en el 15.21%. (Gráfica 8).

En el rubro de conocimiento del significado de alcoholismo por parte de la población entrevistada encontramos que el 13.36% no conocen el significado, y de ellos el 6.9% provienen de familias disfuncionales. (Gráfica 9). El 66.36% de los adolescentes estudiados opinaron que las consecuencias del alcoholismo son la afectación digestiva, hepática y familiar, siendo integrantes de familias disfuncionales el 20.28%. (Gráfica 10).

Respecto al consumo de alcohol por parte de los padres en las familias de adolescentes encuestados, predominó el consumo del padre con 45.16%, encontrándose disfuncionalidad en el 13.36% de dichas familias. (Gráfica 11).

El estudiante adolescente prefiere beber en fiestas de amigos en un 51.62%, encontrándose disfuncionalidad familiar en el 14.75% de las familias de los mismos. (Gráfica 12).

Respecto a la edad de ingesta del primer trago, predominó el grupo de edad de entre 10 y los 13 años, con 36.95%, encontrándose disfuncionalidad familiar en el 9.68% de las familias de dichos adolescentes. (Gráfica 13).

En cuanto a motivos de la ingesta del primer trago predominó la curiosidad con 60.37%, encontrándose disfuncionalidad en el 16.13% de las familias de los mismos. (Gráfica 14).

Referente a las personas con quienes suele beber el escolar adolescente, encontramos que lo hace con amigos coetáneos 61.76%, encontrándose disfuncionalidad en el 19.82% de esas familias. (Gráfica 15).

En relación con el diagnóstico de alcoholismo se encontró que 11.52% tienen problemas con el alcohol ya sea por abuso o bien alcoholismo franco, encontrándose disfuncionalidad familiar en 6.45%. (Gráfica 16).

El 23.96% de las familias de los adolescentes entrevistados presentaron disfunción moderada. (Gráfica 17).

Relativo al análisis comparativo entre el involucramiento con el alcohol y variables independientes, se encontró que los adolescentes con involucramiento con el alcohol con disfunción familiar tuvieron un OR de 3.7, valor de  $p < 0.001$  (IC 1.58-8.72), los adolescentes con involucramiento con el alcohol con disfunción familiar de familia no nuclear tuvieron un OR de 1.63, valor de  $p < 0.28$  (IC 0.65-4.03), los adolescentes con involucramiento con el alcohol en ciclo vital de independencia tuvieron un OR 1.57, valor de  $p < 0.3$  (IC 0.61-4.04), los adolescentes con involucramiento con el alcohol pertenecientes a familias modernas, tuvieron un OR de 1.40, valor de  $p < 0.42$  (IC 0.60-3.29), en cuanto al sexo de los

adolescentes con involucramiento con el alcohol, el sexo masculino tuvo un OR 1.29, valor de  $p < 0.53$  (IC 0.56-3.00). Como factor protector se encontró el bajo nivel socioeconómico con OR de 0.65 valor de  $p < 0.22$  (IC 0.19-1.47). (Tabla 1).

## 8. DISCUSIÓN

Se encontró que los adolescentes del sexo masculino tienen 1.29 veces (riesgo leve) mayor probabilidad de presentar un mayor involucramiento con el consumo de alcohol en comparación al sexo femenino; si bien es cierto que no se encontró significancia estadística, si se identificó significancia clínica esto con base en el hecho de haberse obtenido un OR de 1.29 con valor de  $p < 0.53$  e IC al 95% de 0.56-3.00.

De las causas posiblemente relacionadas con el grado de involucramiento del adolescente con el alcohol con significancia estadística se encontró que este grupo de población blanco que presentaron disfunción familiar tienen 3.7 veces (riesgo elevado) más posibilidades de presentar un mayor involucramiento con el consumo de alcohol en comparación con aquellos cuya familia aparentemente es funcional; esto se desprende al haberse obtenido un OR de 3.7 con valor de  $p < 0.001$  e IC al 95% de 1.58-8.72.

De igual manera se encontró que los adolescentes que no tienen la figura paterna, es decir con núcleo no integrado, tienen 1.63 veces (riesgo leve) mayor probabilidad de presentar un mayor involucramiento con el consumo de alcohol en comparación con aquellos cuyas familias tienen núcleo integrado; si bien es cierto que no se encontró significancia estadística, si se identificó significancia clínica esto se desprende al haberse obtenido un OR de 1.63 con valor de  $p < 0.28$  e IC al 95% de 0.65-4.03

Los adolescentes integrantes de familias que se encuentran en el ciclo vital familiar, (de acuerdo a la calificación de Geyman), en fase de independencia tienen la probabilidad de presentar 1.57 veces (riesgo leve) mayor probabilidad de presentar un mayor involucramiento con el consumo de alcohol en comparación con aquellos cuyas familias se encuentran en fase de dispersión; si bien es cierto que no se encontró significancia estadística, si se identificó significancia clínica

esto se desprende al haberse obtenido un OR de 1.57 con valor de p de  $<0.34$  e IC al 95% de 0.61-4.04.

Se encontró que los adolescentes de acuerdo al desarrollo familiar, forman parte de familias modernas, tienen 1.40 veces (riesgo leve) mayor probabilidad de presentar un mayor involucramiento con el consumo de alcohol en comparación con aquellos cuyas familias son tradicionales; si bien es cierto que no se encontró significancia estadística, si se identificó significancia clínica esto en base al hecho de haberse obtenido un OR de 1.40 con valor de p de  $<0.42$ . e IC al 95% de 0.60-3.29.

De los 217 adolescentes entrevistados es posible concluir que 65.90% de los padres tienen instrucción primaria, cifra mayor a la mencionada en otros estudios similares, en el mismo grupo etéreo, en el cual se menciona un 51.1% en este rubro;<sup>39</sup> 73.27% de los padres de los adolescentes consumen alcohol en el entorno familiar, cifra superior a la manejada en el ya citado estudio de Ramírez MR, Andrade D<sup>39</sup> en 26.73% n=58, de esas familias de los hogares el padre se encuentra fuera del núcleo familiar, siendo disfuncionales 8.76% n=19; 47.9% provienen de familias con estrato socioeconómico medio bajo, 36.4% de estrato obrero por lo que inferimos que las principales influencias para la inducción en el medio familiar al inicio de consumo de alcohol es el factor económico, que conlleva el factor de vivienda con espacios reducidos, 94.01% n=204, detalle que obliga a pensar en la falta de espacios para vivir con privacidad; la baja escolaridad de los padres, el padre bebedor son factores de riesgo también encontrados en este estudio, se analiza el nivel de escolaridad, el conocimiento del significado de alcoholismo y conocimiento de las consecuencias, que son variables analizadas como influencias para la inducción al consumo de alcohol.

El estudio señala evidencias de que los problemas en la familia son señal de un riesgo aumentado de uso de alcohol coincidiendo con estudios que versan sobre los efectos de una familia disfuncional sobre las conductas de los integrantes adolescentes<sup>(19)</sup>. Las familias de dependientes de alcohol presentan

disfunción en el área del afecto y establecimiento de límites y papeles en la estructura familiar<sup>(19,27)</sup>.

Haciendo una comparación entre el estudio de Ramírez MR<sup>(39)</sup> y nuestro estudio encontramos que la frecuencia de abuso es menor en nuestro estudio con 10.6% n= 23, contra 17.71% del estudio Ecuatoriano.<sup>39</sup> En cuanto al uso de alcohol nuestros números arrojan un resultado de 84.8% n=184 contra 87.52%, del multicitado estudio, cifras muy similares, que debemos tomar con las reservas de la diferencia de instrumentos para su medición. Donde si encontramos diferencia con respecto a dicho estudio, es en el rubro de edad de inicio del consumo de alcohol, siendo en nuestro estudio mayor en el grupo de 10-13 años de edad 35.9% n= 78 contra otros estudios que hablan de 14-15 años<sup>(17,18)</sup> como el periodo en el cual ingieren el primer trago con más frecuencia, coincidiendo eso si en que el factor que los motivo a hacerlo es la curiosidad.

Donde también encontramos coincidencia con varios estudios es en el tipo de bebida que ingieren, predominando la cerveza en las preferencias juveniles, en nuestro estudio con 57.1% n=124.<sup>(26)</sup> En cuanto al lugar donde suelen beber encontramos coincidencias con diversos estudios donde se habla del consumo de alcohol principalmente en fiestas, dando una cifra de 59%,<sup>(39)</sup> contra nuestro 51.61% n=112 de consumo en fiestas de amigos.

En conclusión, los resultados encontrados en el presente estudio arrojan información útil acerca de los nexos entre las variables objeto de análisis y presentan una potencial importancia teórica y sugerentes implicaciones prácticas. Confirma que las características del funcionamiento familiar influyen en el consumo de alcohol por parte de los hijos adolescentes ya que probablemente influyan en el desarrollo de su autoestima, tanto protectora como de riesgo.

## 9. CONCLUSIONES

El entorno ofrece diversas oportunidades a los adolescentes para iniciarse en el consumo de alcohol, más no debemos perder de vista que se trata de una situación prevenible, por lo que es vital que la familia, el docente, el médico de primer contacto, y las autoridades gubernamentales desarrollen actividades coordinadas encaminadas a la educación del adolescente, sobre conductas de riesgo relacionadas con el alcohol; la única manera de hacerlo inmune ante las situaciones predisponentes a las que de manera inevitable habrá de enfrentarse en el discurrir de su desarrollo a la edad adulta.

El inculcar valores en el hogar, educar en los centros escolares y la consejería médica, debe necesariamente redundar en una sinergia que actuará como un factor protector, respecto a la actitud del adolescente, ante los factores de riesgo para el inicio del consumo de alcohol en esta etapa difícil del desarrollo.

Dentro de la formación familiar respecto a los factores positivos y negativos que existen en la propia familia y el papel de ésta en los riesgos relacionados con el alcohol y en su prevención, el médico familiar puede ser un actor importante, al interactuar tanto con el adolescente, como con el núcleo familiar, realizando actividades de prevención así como de intervención breve con el simple consejo médico hasta la terapia breve estructurada y el seguimiento, en los casos ya diagnosticados, tratando de modificar conductas disfuncionales dentro de su dinámica, mismas que pudiesen orillar al adolescente a tener conductas de riesgo, al confiar más en sus pares que en sus padres, recibiendo por tanto mensajes equívocos, derivados de la inmadurez y la audacia, propias de ésta edad, los cuales incitarían potencialmente a buscar soluciones a su problemática en el consumo de alcohol.

## 10. REFERENCIAS

- <sup>1</sup> Huerta-González JL. La familia como unidad de estudio. Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. Med Fam 2005;( ) 9-56
- <sup>2</sup> Fernández-Ortega MA, Gómez- Clavelina FJ, Irigoyen –Coria AE. Conceptos Básicos para el estudio de las Familias. Arch. Med. Fam. 2005; 7(1):15-19
- <sup>3</sup> Cabrera-Piraval CE, Rodríguez-Pérez I, González- Pérez G, Ocampo-Barrios P, Amaya- López C. Aptitud clínica de los médicos familiares en la identificación de la disfunción familiar en unidades de medicina familiar de Guadalajara, México. Salud Mental 2006; 29(2):40-46
- <sup>4</sup> Mendoza-Solís LA, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza-Sánchez HF, Pérez-Hernández C. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención primaria. Arch Med Fam 2006; 8 (1): 27-32
- <sup>5</sup> Zapata-Gallardo JN, Figueroa-Gutiérrez M, Méndez-Delgado N, et al. Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. Bol Med Hosp Infant Mex 2007; 64: 295-301
- <sup>6</sup> Huerta –Martínez N, Valadés-Rivas B, Sánchez –Escobar L. Frecuencia de disfunción familiar en una clínica de medicina familiar del ISSSTE en la Ciudad de México.1-2.
- <sup>7</sup> Azcarate-García E, Ocampo-Barrio P, Quiroz Pérez JR. Funcionamiento familiar en pacientes integrados a un programa de diálisis peritoneal: intermitente y ambulatoria. Arch Med Fam 2006; 8(2): 97-102
- <sup>8</sup> Tovar-Granada C, Sánchez-Escobar L, Ponce-Rosas R, Irigoyen-Coria A, Morales-López H. Autopercepción de disfunción familiar en un grupo de familias de la ciudad de México. Arch Med Fam 2003; 5(3):92-95
- <sup>9</sup> Irigoyen-Coria A, Morales H. Nuevo Diagnóstico familiar 2005; 11-17

PARTE

- <sup>10</sup> Génesis 9:20
- <sup>11</sup> Díaz-Moreno H, Olmos-Espinosa R, Martínez de Hoyos C. Alcoholismo. *Medicine* 2007; 9(86); 5521-5528
- <sup>12</sup> García-Gutiérrez E, Lima-Mompó G, Aldana-Vilas L, Casanova-Carrillo P, Feliciano-Álvarez V. Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales. *Rev Cubana Med Milit* 2004; 33(3)
- <sup>13</sup> Barrientos-Villalobos L. las bebidas indígenas fermentadas y los patrones de consumo de alcohol en los grupos étnicos en México. Fundación de investigaciones sociales A.C. [www.alcoholinformate.org.mx](http://www.alcoholinformate.org.mx).
- <sup>14</sup> Alcalá-Ramírez J, González-Guzmán R. Consumo de alcohol y salud pública. *Educación permanente en salud* 2005; 15: 1-8 PARTE
- <sup>15</sup> Rodríguez-Santos O, Baldo-Soria R, Cardoso- Cristiá S. Consumo de alcohol, alcoholismo y rasgos psicológicos de la personalidad. *Rev. Cubana Gen Integr*;16(3):265-9
- <sup>16</sup> Alcalá-Ramírez J, González-Guzmán R. Consumo de alcohol y salud pública. *Educación permanente en salud* 2005; 15:1-8 PARTE
- <sup>17</sup> Urquieta JE, Hernández-Ávila M, Hernández B. El consumo de tabaco y alcohol en jóvenes de zonas urbanas marginadas en México. Un análisis de decisiones relacionadas. *Salud Pública Méx* 2006; 48 (1) 30-40
- <sup>18</sup> Berenguer-Carreras L. Alcoholismo en adolescentes: influencia de los acontecimientos vividos en la infancia. *Aten primaria* 2004; 34 (4): 122-128
- <sup>19</sup> Musitu G, Jiménez T, Murgui S, Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. *Salud Pública Méx.* 2007; 49(1):3-10
- <sup>20</sup> Llorens- Aleixandre N, Palmer-Pol A, Perelló-Del Rio MJ, Características de personalidad en adolescentes como predictores de la conducta de consumo de sustancias psicoactivas. *Trastornos adictivos* 2005; 7(2): 90-6



- <sup>21</sup> Prado- Robles V, Crespo-Iglesias, Brenlla-González J, Páramo-Fernández M. Relación entre consumo de alcohol y rasgos patológicos de personalidad en una muestra de alumnos universitario. *Trastornos Adictivos* 2007; 9(2): 126-31
- <sup>22</sup> Saitz R. Unhealthy alcohol use. *N Eng J Med* 2005; 352:596-607.
- <sup>23</sup> Salazar E, Ugarte M, Vázquez L, et al. Consumo de alcohol y drogas y factores psicosociales asociados en adolescentes de Lima. *An Fac Med* 2004; 65 (3): 179-187
- <sup>24</sup> Encuesta Nacional de Adicciones, 2002.
- <sup>25</sup> Encuesta nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa, Zacatecas. Primera edición, diciembre de 2007
- <sup>26</sup> Moreno J. Valores, Actitudes hacia el alcohol y consumo en adolescentes varones. *Rev Filos y Psic* 2006; 13 (1): 195-211
- <sup>27</sup> Rhee SH. Genetic and environmental influences on substance initiation, use and problema use in adolescents. *Arc gen Psychiat* 2003; 60:1254-1256
- <sup>28</sup> Soutullo Esperón C. El Alcohol y los adolescentes. Clínica Univ. Navarra. [www.cun.es/areadesalud/tu-perfil/infancia/el-alcohol-y-los-adolescentes/](http://www.cun.es/areadesalud/tu-perfil/infancia/el-alcohol-y-los-adolescentes/)
- <sup>29</sup> Guzmán-Facundo FR, Alonso-Castillo MM. Adquisición del uso de alcohol en un grupo de adolescentes mexicanos: El efecto de la relación con los amigos. *SMAD Rev Electrónica de Salud Mental, Alcohol y drogas* 2005; oo2 (1): 1-13
- <sup>30</sup> Vogelmann, OA, Gutiérrez GL, Morales-Berturen SM, Viglione GE, Lojo J, Bogado Z, Ojeda JA. Abuso del Alcohol en adolescentes. *Comunicaciones Científicas y Tecnológicas* 2004; [www.unne.edu.ar/Web/cyt/](http://www.unne.edu.ar/Web/cyt/) com 2004/3-Medicina/M-064.

- <sup>31</sup> Meneses-Garduño J, Armengol-Ortiz JA, Arias- Castillo L, Piña-Assaf C. Salud del Adolescente. PAC MF-1 1999; (1): 4-69.
- <sup>32</sup> Martínez-Martínez R, Crecimiento y Desarrollo. La salud del niño y del adolescente. 2005; 1561-1572
- <sup>33</sup> Callabed J. Adolescencia. Características fisiopatológicas generales. Tratado de pediatría 2007; (1): 881- 882
- <sup>34</sup> Mafla AC. Adolescencia: cambios bio-psicosociales y salud oral. Coloma Med. 2008; 39:41-57
- <sup>35</sup> Martínez-Hernández LA, López-Carbajal MJ, Armengol-Agis D. Intervención del médico familiar en alcoholismo. Rev. Med. Inst. Mex Seguro Soc. 2006; 44 (2): 181-188
- <sup>36</sup> Irigoyen-Coria A, Morales H. APGAR Familiar. Nuevo Diagnóstico Familiar 2005; 59-64
- <sup>37</sup> Huerta-González JL. El estudio de la salud familiar. Medicina familiar la familia en el proceso salud-enfermedad 2005; 57-117
- <sup>38</sup> Moberg P. Identifying Adolescents with Alcohol Problems. Journal of Studies on Alcohol 1983; 44(4): 701-721
- <sup>39</sup> Ramírez MR, Andrade D. La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes. Rev Latino-am Enfermagem 2005; 13 (Número especial): 813-8

## ANEXO 1

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado: **“GRADO DE DISFUNCION FAMILIAR E INVOLUCRAMIENTO DEL ESTUDIANTE ADOLESCENTE CON EL CONSUMO DE ALCOHOL”** a realizarse en la ciudad de Fresnillo Zacatecas, registrado ante el Comité Local de Investigación del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en Zacatecas, Zacatecas con folio número F- 2008- 3301-19 y número de registro R- 2009-3301-6.

El objetivo de este estudio es determinar el grado de disfunción familiar e involucramiento del estudiante adolescente con el consumo de alcohol.

Declaro que se me ha informado que dicho estudio será con toda la discreción, seriedad, responsabilidad y confidencialidad por el personal que lo realice.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar dudas que le plantee acerca de los procedimientos que se llevan a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo de la Institución.

El investigador principal me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Agradezco tu apoyo para el adecuado desarrollo de dicho evento. Para cualquier aclaración al presente estudio puedes comunicarte con el Médico encargado Dr. Francisco Javier Guerrero Frausto del consultorio 2 turno vespertino de la U.M.F No. 55.

Fresnillo, Zacatecas, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2007.

\_\_\_\_\_

Nombre y firma del entrevistado

\_\_\_\_\_

Nombre y firma de un testigo

\_\_\_\_\_

Nombre firma de un testigo

\_\_\_\_\_

Dr. Francisco Javier Guerrero Frausto

Investigador.

## ANEXO 2

### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

#### INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 55 FRESNILLO ZAC.

#### “DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE ALCOHOLISMO EN EL ADOLESCENTE”

FECHA \_\_\_\_\_

FOLIO \_\_\_\_\_

1.- Edad: \_\_\_\_\_

2.- Sexo:

- 1.- Masculino
- 2.- Femenino

3.- ¿Religión?

- 1.- Católico
- 2.- Cristiano (Evangélico)
- 3.- Testigo de Jehová
- 4.- Mormón
- 5.- Otra.

4.- Grado escolar:

- 1.- 1º secundaria.
- 2.- 2º secundaria.
- 3.- 3º secundaria.
- 4.- 1º preparatoria
- 5.- 2º preparatoria
- 6.- 3º preparatoria

5.- Turno Escolar

- 1.- Matutino
- 2.- vespertino

6.- ¿Cuanto dinero te dan para gastar por semana?

- 1.- Menos de \$100.00
- 2.- De \$ 100.00 a 200.00
- 3.- De \$ 200.00 a 300.00
- 4.- De \$ 300.00 a 500.00
- 5.- Más de \$500.00

7.- ¿Aparte de estudiar trabajas?

- 1.- Si.- ¿en que trabajas? \_\_\_\_\_
- 2.-No

8.-Edad de tu padre.-

- 1.- 26-36 años
- 2.- 37 a 47
- 3.- 48 a 58
- 4.- Más de 58
- 5.- Finado
- 6.- No lo conozco.

9.-Edad de tu Madre.-

- 1.- 26-36
- 2.- 37-47
- 3.- 48- 58
- 4.- Más de 58
- 5.- Finada
- 6.- No la conozco

10.-Estado civil de tus padres

- 1.- Casados
- 2.- Divorciados
- 3.- Separados
- 4.- Unión libre
- 5.- Madre soltera
- 6.- Padre soltero

**Método de Graffar**

11.- Profesión del jefe de familia

1. Universitario, alto comerciante, gerente de empresa, etc.
2. Profesionista técnico, mediano comerciante o de pequeña industria
3. Empleados sin profesión, técnica definida o universidad inconclusa.
4. Obrero especializado: Tractoristas, taxistas, etc.
5. Obrero no especializado, servicio doméstico etc.

12.- Nivel de instrucción de la madre

1. Universitaria o su equivalente
2. Enseñanza técnica superior y / o secundaria completa.
3. Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos)

4. Educación primaria completa.
5. Primaria incompleta, analfabeta

13.- Principal fuente de ingresos

1. Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar)
2. Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, etc.), deportistas profesionales.
3. Sueldo quincenal o mensual
4. Salario diario o semanal
5. Ingresos de origen público o privado (subsidios)

14.- Condiciones de la vivienda

1. Amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias
2. Amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias.
3. Espacios reducidos pero confortable y buenas condiciones sanitarias.
4. Espacios amplios o reducidos, pero con deficientes condiciones sanitarias.
5. Improvisada, construida con materiales de desecho, o de construcción relativamente sólida, pero con deficientes condiciones sanitarias

15.- ¿Trabaja tu padre fuera de la ciudad?

- 1.-Sí
- 2.-No

16.- ¿con quien vives?

- 1.- Con tus padres
- 2.- Solo con tu madre
- 3.- Sólo con tu padre
- 4.- Con tíos o abuelos
- 5.- Otros

17.- Respecto a tus hermanos:

- 1.- Estudian
- 2.- Trabaja alguno(s)
- 3.- ¿Alguno de ellos (as) es casado (a)?

18.- ¿Tu Mamá trabaja fuera de casa?

- 1.- Sí
- 2.- No

19.- ¿Conoces el significado de alcoholismo?

- 1.- Sí
- 2.- No

20.- ¿En donde recibiste información sobre el consumo de alcohol?

- 1.- En la televisión
- 2.- en la radio
- 3.- Vía Internet
- 4.- En la escuela
- 5.- En el hogar

21.- ¿Para ti que consecuencias son las que causa el alcoholismo?

- 1.- Trastornos digestivos
- 2.- Daño a nivel del Hígado
- 3.- Daños en el ambiente familiar
- 4.- Todas las anteriores
- 5.- Ninguno

22.- ¿Consumen alcohol tus padres?

- 1.- Ninguno de ellos
- 2.- Sólo mi padre
- 3.- Sólo mi madre
- 4.- Ambos.

23.- ¿Con que frecuencia?

- 1.- Nunca
- 2.- En fiestas
- 3.- Cada mes



- 4.- Cada 15 días
- 5.- Cada semana
- 6.- Diariamente

24.- ¿Consumes alcohol delante de tus padres?

- 1.- Sí
- 2.- No.

25.- Lugares donde sueles beber:

- 1.- Bares
- 2.- Discotecas
- 3.- Fiestas familiares.
- 4.- Fiestas de amigos
- 5.- En la escuela
- 6.- En la calle
- 7.- En el hogar
- 8.- Eventos deportivos

26.- ¿Dejarías de consumir alcohol?

- 1.- Sí
- 2.- ¿Por qué sí? \_\_\_\_\_
- 2.- No
- 3.- ¿Por qué no? \_\_\_\_\_

### Escala sobre consumo de alcohol en los adolescentes (Mayer y Filstead)

Ítem 1.- ¿Con que frecuencia bebes?

- a) Nunca (0)
- b) Una o dos veces al año (2)
- c) Cada fin de semana (4)
- d) Varias veces en una semana (5)
- e) Diariamente (6)

Ítem 2.- ¿Cuándo tomaste tu última bebida?

- a) Nunca tomo (0)
- b) No por más de un año (2)
- c) Entre 6 meses y 1 año (3)
- d) Hace varias semanas (4)
- e) La semana pasada (5)
- f) Ayer.....(6)
- g) Hoy.....(7)

Ítem 3.- Generalmente empiezo a tomar porque:

- a) Me gusta el sabor (1)
- b) Ser como mis amigos (2)
- c) Sentirme como adulto (3)
- d) Me siento nervioso, tenso y lleno de problemas (4)
- e) Me siento triste, solo y apenado conmigo mismo (5)

Ítem 4.- ¿Qué tipo de bebida consumes?

- a) Vino (1)
- b) Cerveza (2)
- c) Bebidas mezcladas (3)
- d) Licor fuerte (4)
- e) Sustituto de alcohol.  
(Pintura, tinner, medicamentos para la tos, enjuague bucal, tónico para el cabello) (5)

Ítem 5.- ¿Cómo consigue usted sus bebidas?

- a) Vigilado por los padres (1)
- b) De hermanos y hermanas(2)
- c) De la casa sin el conocimiento de los padres (3)
- d) De los amigos (4)
- e) Comprada con identificación falsa (5)

Ítem 6.- ¿Cuándo tomo usted su primer trago?

- a) Nunca (0)
- b) Recientemente (2)
- c) Después de los 15 años (3)
- d) Entre los 14 y los 15 años (4)
- e) Entre los 10 y los 13 años (5)
- f) Antes de cumplir los 10 años (6)

Ítem 7.- ¿A que hora del día acostumbra a beber?

- a) Con las comidas (1)
- b) En la noche (2)
- c) En la tarde (3)
- d) Principalmente en la mañana o cuando me despierto (4)
- e) A veces me levanto cuando estoy dormido y me tomo un trago (5)

Ítem 8.- ¿Porqué ingiere usted su primer trago?

- a) Por curiosidad (1)
- b) Me la ofrecen mis padres o parientes (2)
- c) Mis amigos me invitan (3)
- d) Para sentirme como un adulto (4)
- e) Para sentirme borracho y activado (5)

Ítem 9.- ¿Cuánto bebe cuando bebe?

- a) 1 trago (1)
- b) 2 tragos (2)

- c) De 3 a 6 tragos (3)
- d) 6 o más tragos (4)
- e) Hasta que me sienta tomado (5)

Ítem 10.- ¿Con quien bebe usted?

- a) Padres o parientes solamente (1)
- b) Con hermanos y hermanas solamente (2)
- c) Con amigos de su edad (3)
- d) Con amigos más grandes que usted (4)
- e) Solo (5)

Ítem 11.- ¿Cuál es el efecto más importante que usted ha tenido con el alcohol?

- a) Desatado, holgado, relajado (1)
- b) Moderadamente elevado (2)
- c) Tomado (3)
- d) Me llevo a enfermar (4)
- e) Pasarse, trastornarse (5)
- f) Me pierdo y al siguiente día no me acuerdo de lo que pasó (6)

Ítem 12.- ¿Cuáles son los más grandiosos efectos que usted ha tenido en su vida, a causa de la bebida?

- a) Ninguno – No tengo efectos (0)
- b) ¿La bebida le impide poder hablar con alguien? (2)
- c) Me ayuda a pasármela bien (3)
- d) Me estorba para hacer mi trabajo (tareas) (4)
- e) He perdido amigos debido a la bebida (5)
- f) Por beber tengo problemas en casa (6)
- g) Te sientes volar y destruyes cosas propiedad (7)
- h) Me he accidentado, me he lastimado y he sido arrestado y castigado en la escuela por beber (8)

Ítem 13.- ¿Cómo te sientes con tu bebida?

- a) Ningún problema (1)
- b) Puedo controlarme y poner mis límites (2)
- c) Puedo controlarme, pero mis amigos fácilmente me inducen (3)
- d) Con frecuencia me siento mal por la bebida (4)
- e) Necesito ayuda para controlarme (5)
- f) He tenido ayuda profesional para controlar mi bebida (6)

Ítem 14.- ¿Cómo lo ven los demás?

- a) Ven la situación como normal para mi edad (0)

- b) Cuando tomo tiempo a negar a mi familia y amigos (2)
- c) Mi familia o amigos me orientan para controlar mi bebida o dejar de tomar (3)
- d) Mi familia o amigos me dicen que busque ayuda para mi problema (4)
- e) Mi familia o amigos ya han ido a pedir ayuda para mi problema de la bebida (5)

### **APGAR FAMILIAR**

- 1. – Adaptabilidad.
- 2. – Participación.
- 3. – Crecimiento.
- 4. – Afecto.
- 5. – Resolución.

### **PREGUNTAS:**

1. - ¿Esta satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por una situación crítica?

Casi siempre (2) \_\_\_\_ Algunas veces (1) \_\_\_\_ Casi nunca (0) \_\_\_\_

2. - ¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma como participa con usted en la resolución de ellos?

Casi siempre (2) \_\_\_\_ Algunas veces (1) \_\_\_\_ Casi nunca (0) \_\_\_\_

3.- ¿Encuentras que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar o hacer cambios en su estilo de vida?

Casi siempre (2) \_\_\_\_ Algunas veces (1) \_\_\_\_ Casi nunca (0) \_\_\_\_

4. - ¿Esta satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de malestar o bienestar?

Casi siempre (2) \_\_\_\_ Algunas veces (1) \_\_\_\_ Casi nunca (0) \_\_\_\_

5.- ¿Le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan

juntos?

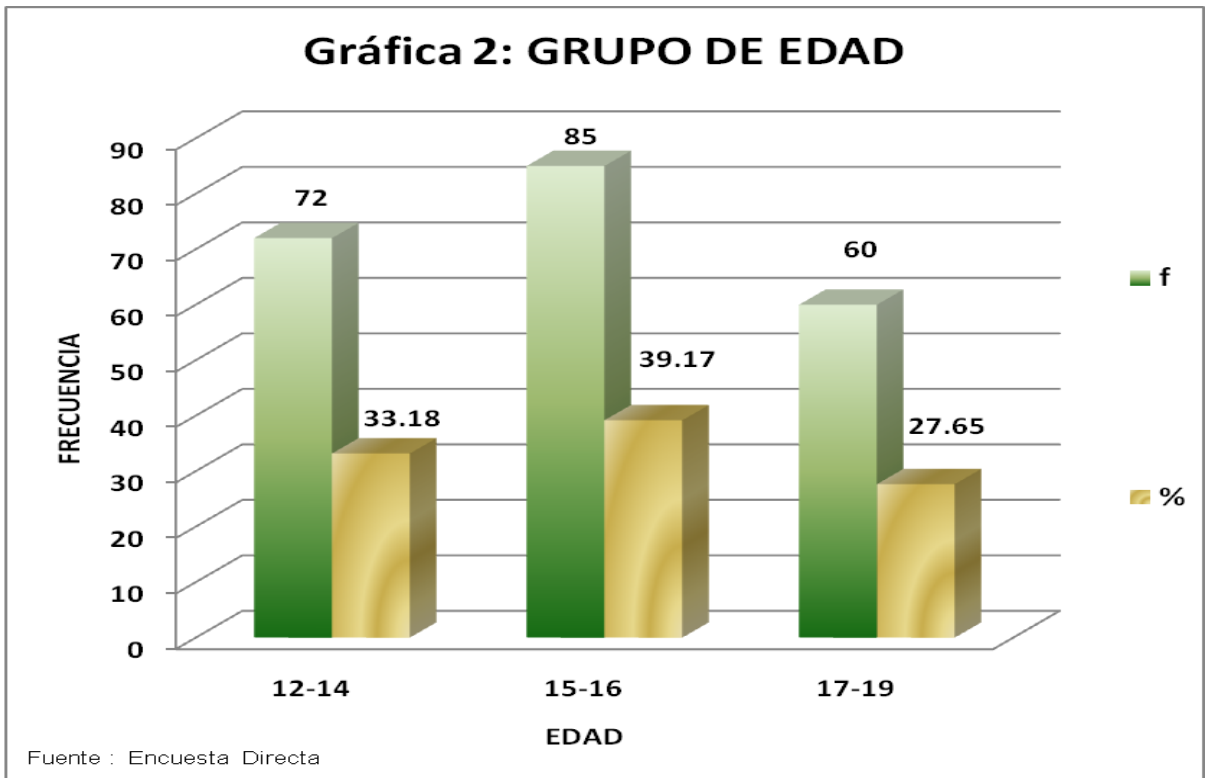
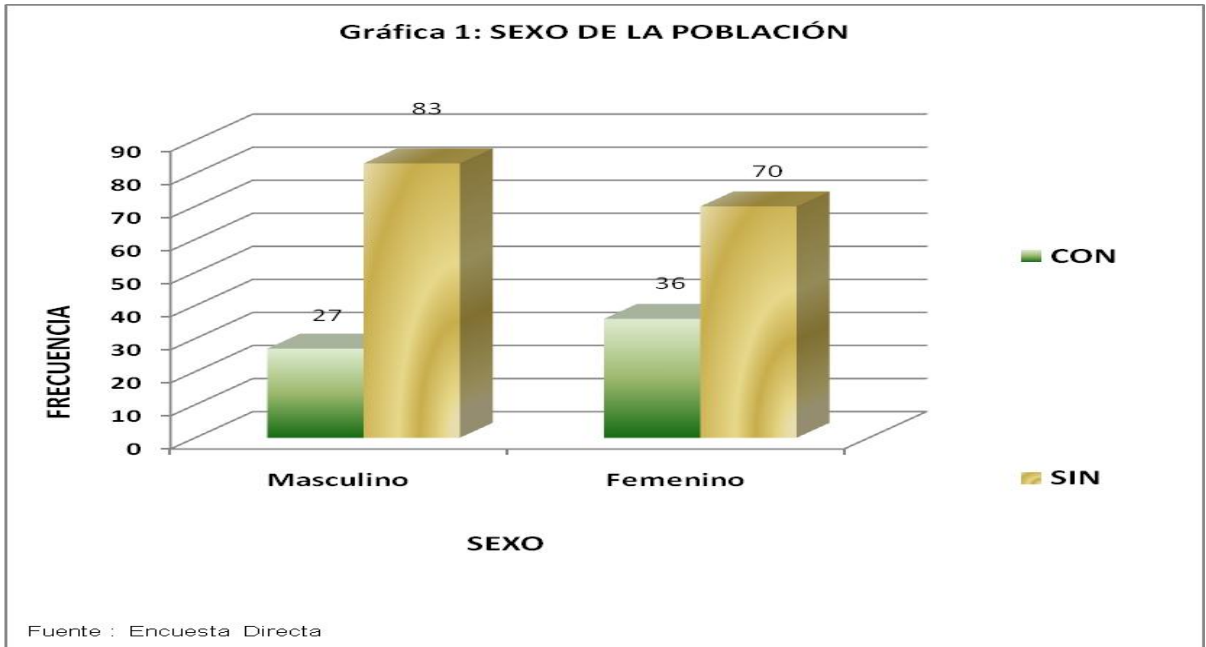
Casi siempre (2) \_\_\_\_\_ Algunas veces (1) \_\_\_\_\_ Casi nunca (0) \_\_\_\_\_

Resultados: 0 a 3    Disfunción grave

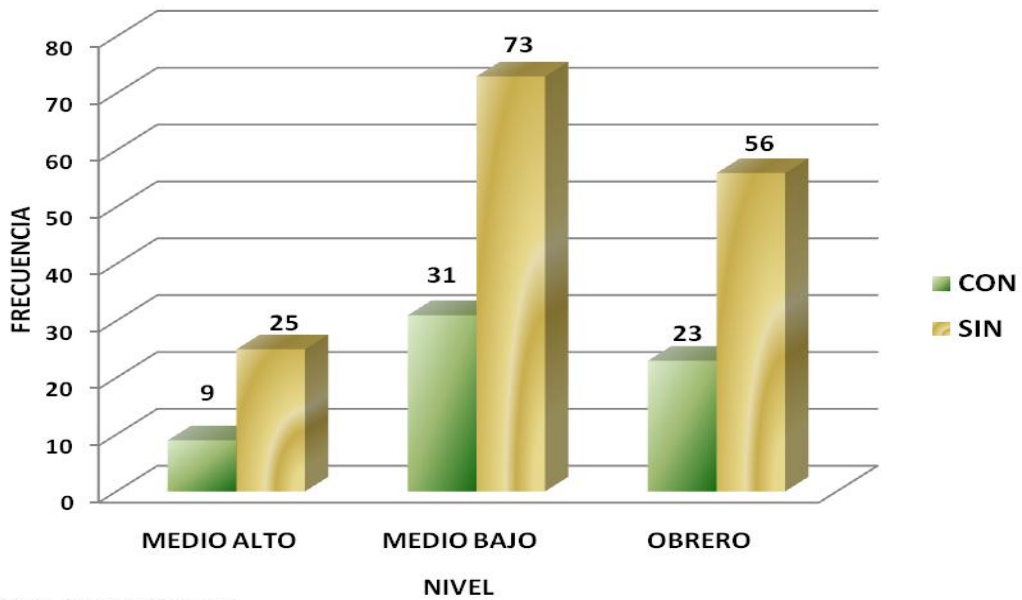
0 a 4    Disfunción moderada

5 a 10    Disfunción severa

### ANEXO 3 TABLAS Y GRÁFICAS

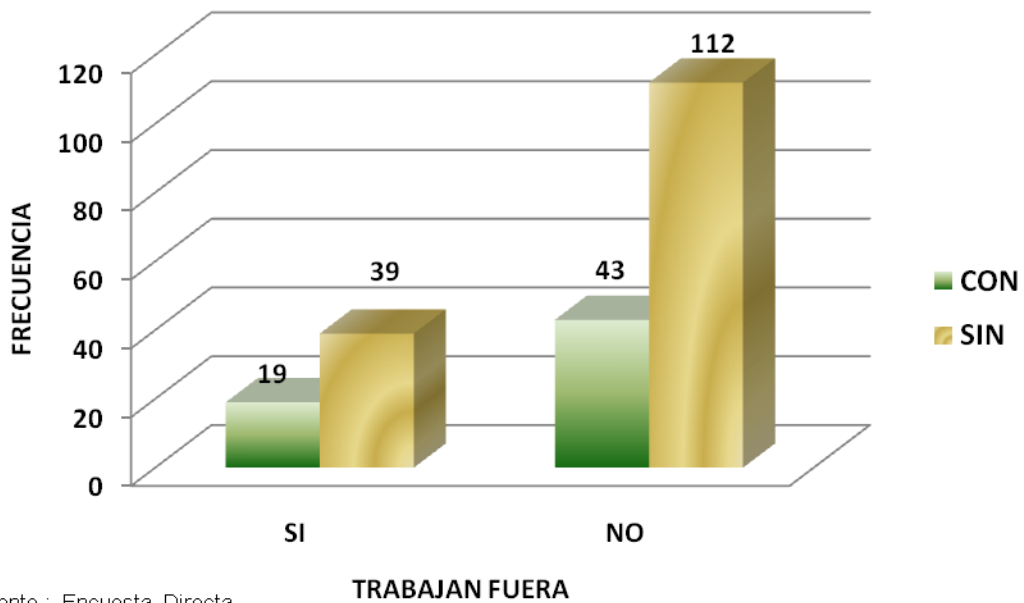


### Gráfica 3: NIVEL SOCIOECONÓMICO



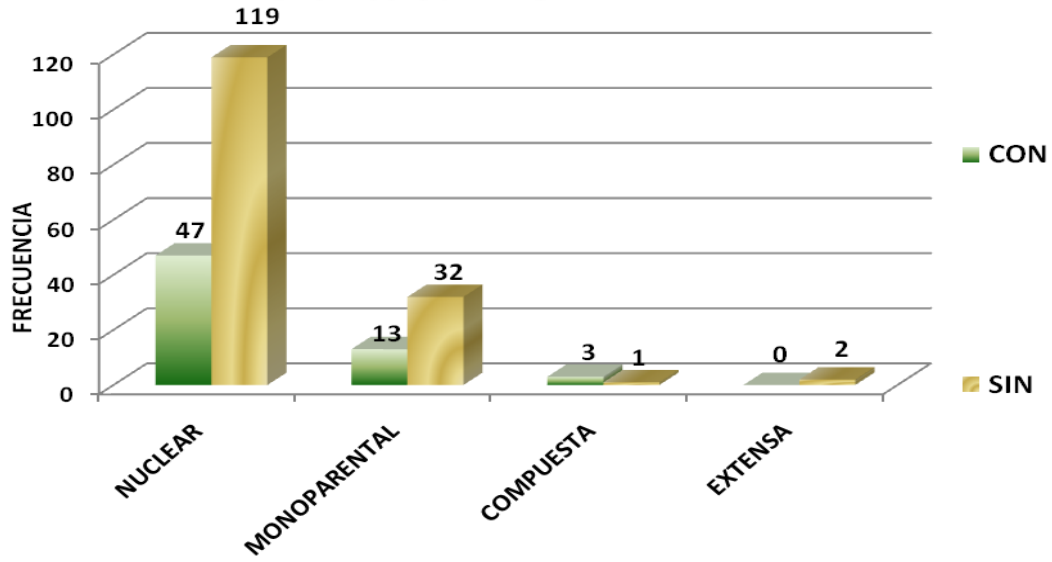
Fuente : Encuesta Directa

### Gráfica 4: RELACIÓN DE PADRES QUE TRABAJAN FUERA DE LA CIUDAD



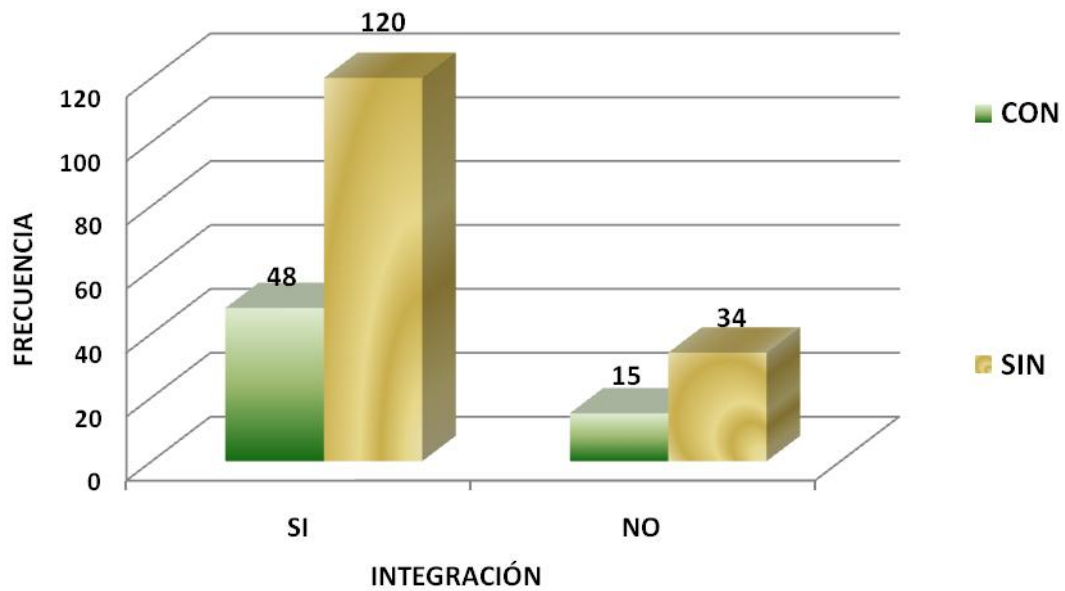
Fuente : Encuesta Directa

### Gráfica 5: TIPO DE FAMILIA



Fuente : Encuesta Directa

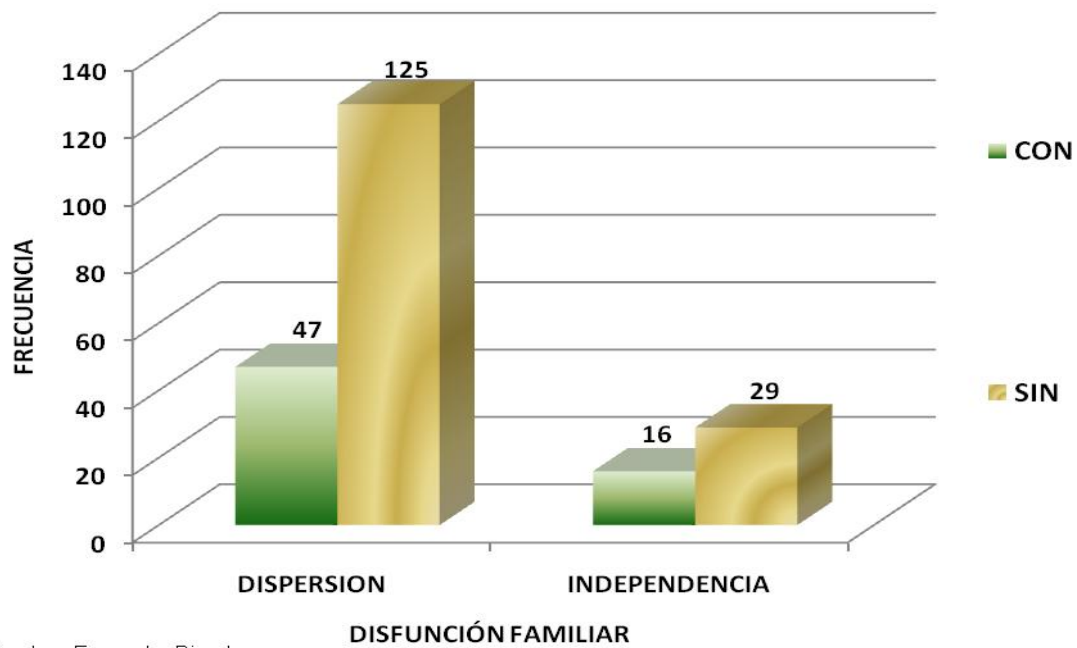
### Gráfica 6: INTEGRACIÓN DEL NÚCLEO FAMILIAR



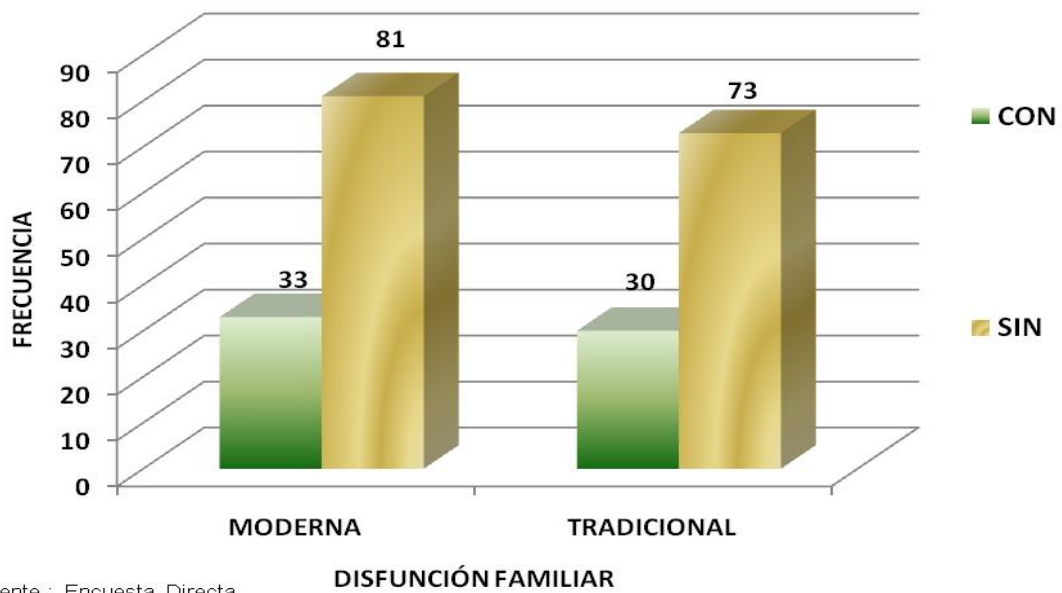
Fuente : Encuesta Directa



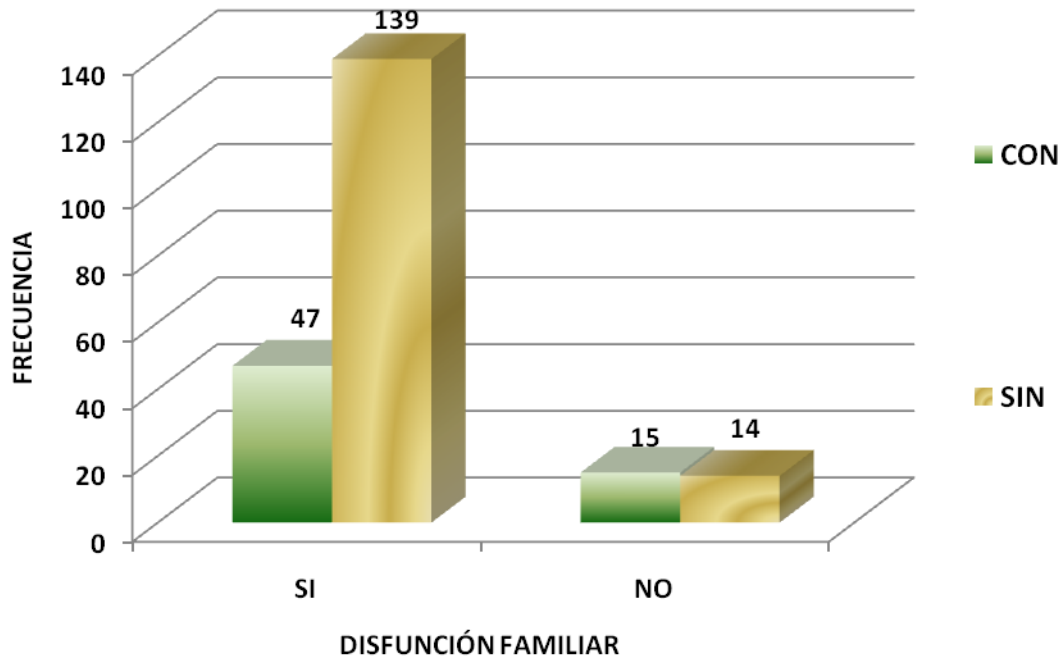
### Gráfica 7: CICLO VITAL FAMILIAR



### Gráfica 8: DESARROLLO FAMILIAR

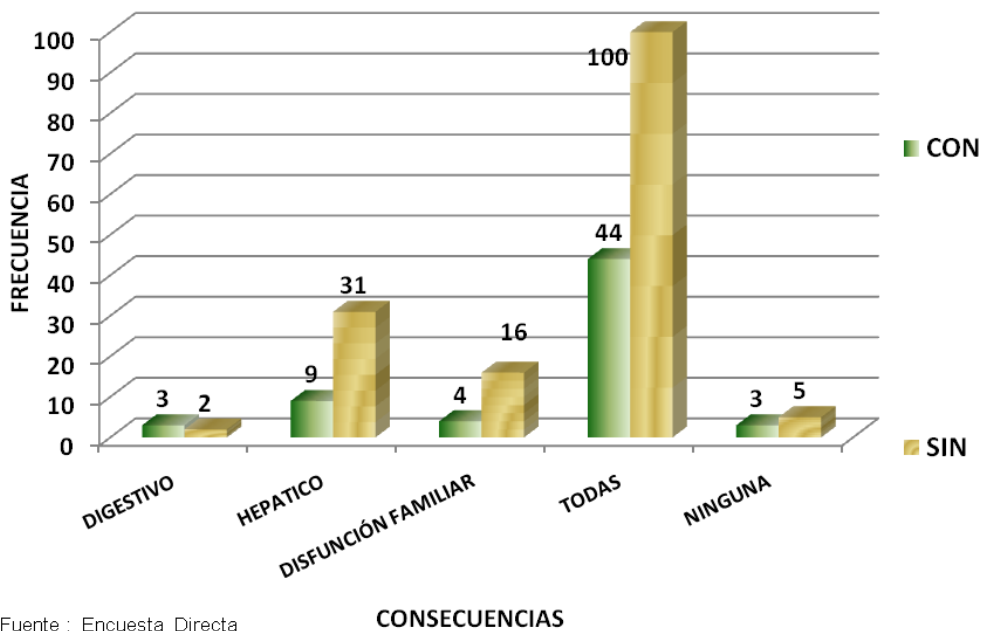


**Gráfica 9: CONOCIMIENTO DEL SIGNIFICADO ALCOHOLISMO**



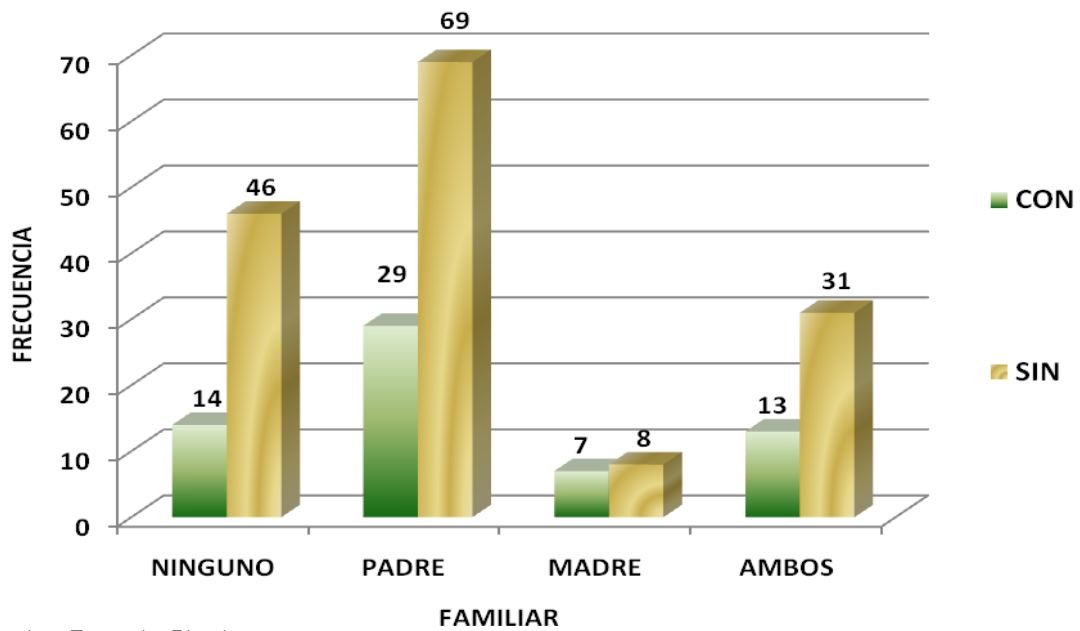
Fuente : Encuesta Directa

**Gráfica 10: CONOCIMIENTO DE LAS CONSECUENCIAS DEL ALCOHOLISMO**



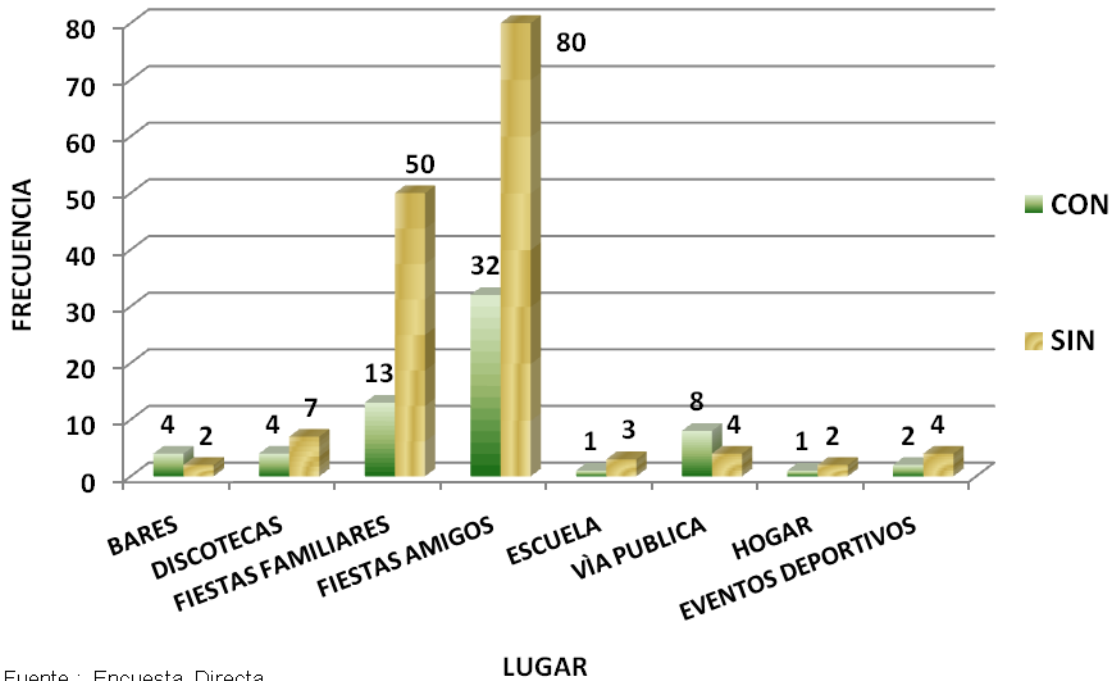
Fuente : Encuesta Directa

**Gráfica 11: CONSUMO DE ALCOHOL POR PARTE DE LOS PADRES**



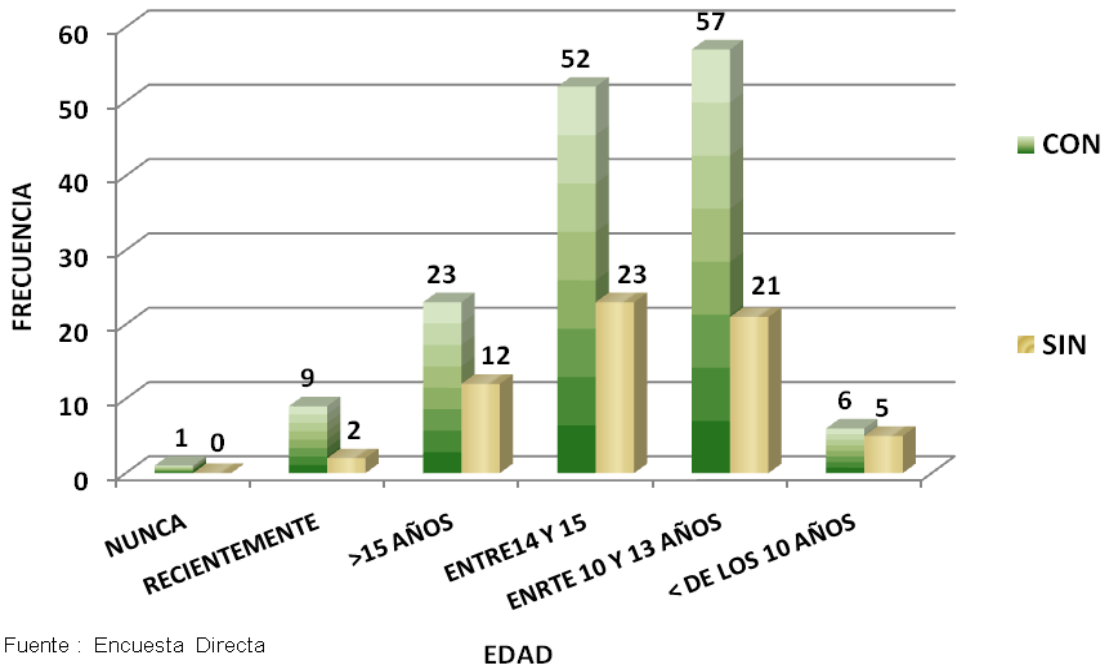
Fuente : Encuesta Directa

**Gráfica 12: LUGARES DONDE BEBE EL ADOLESCENTE**

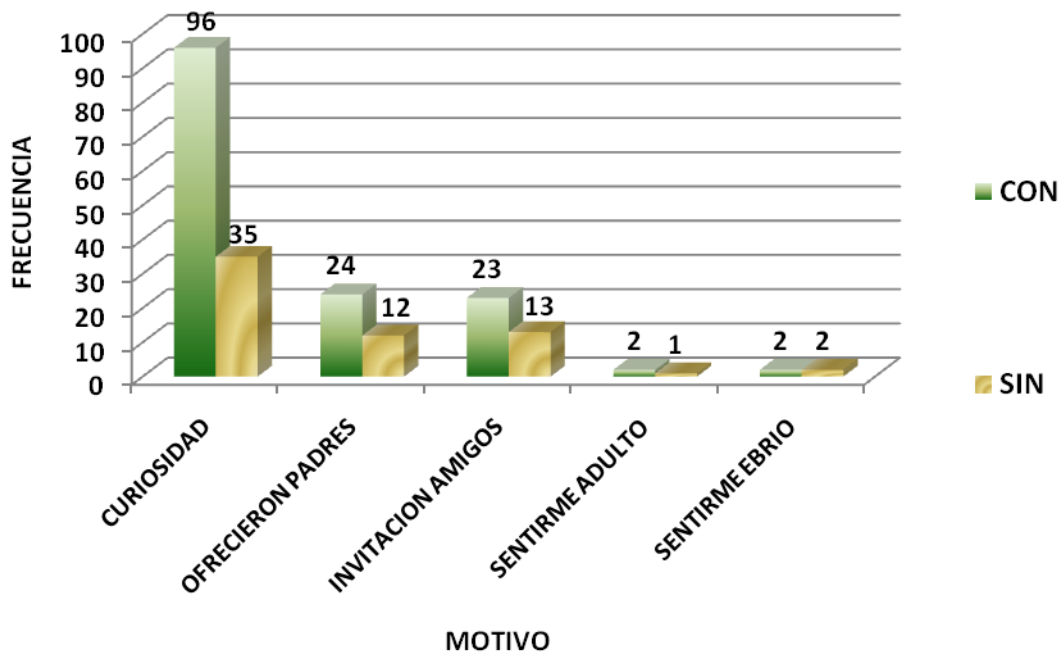


Fuente : Encuesta Directa

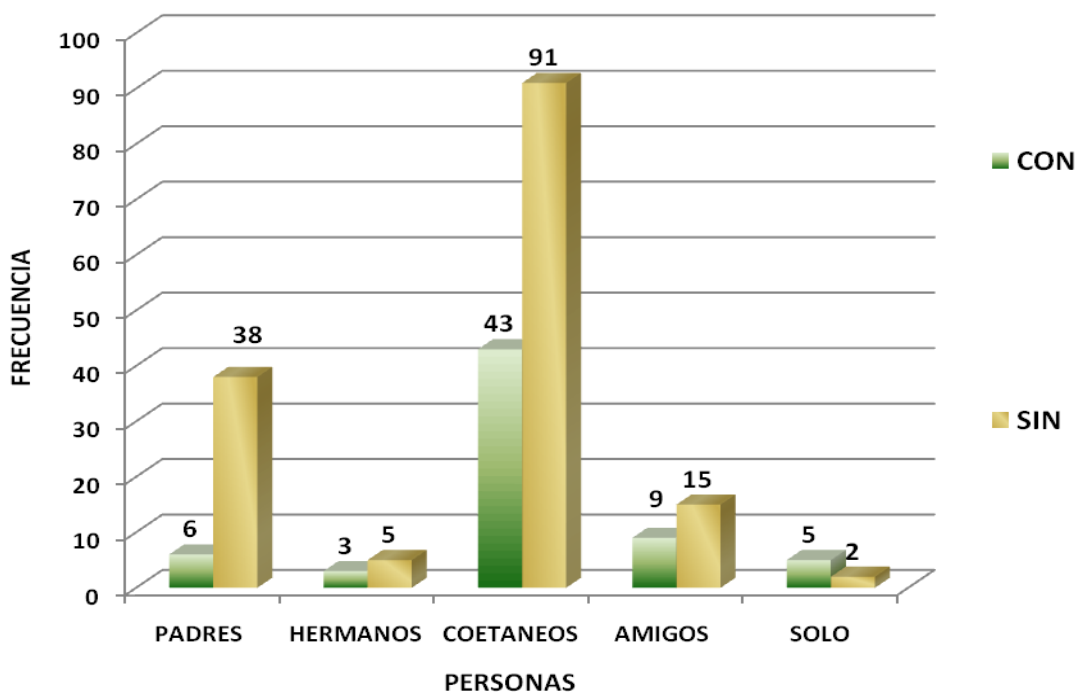
### Gráfica 13: EDAD DE INICIO DE INGESTA



### Gráfica 14: MOTIVO DE PRIMERA INGESTA

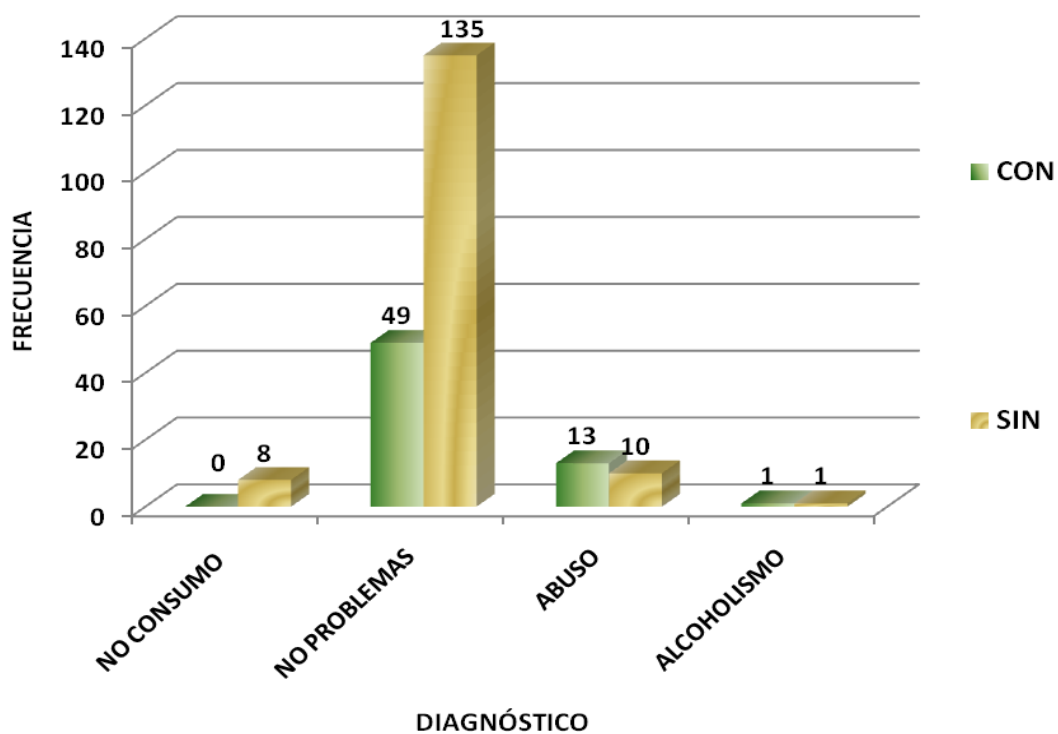


### Gráfica 15: PERSONAS CON LAS QUE TOMA



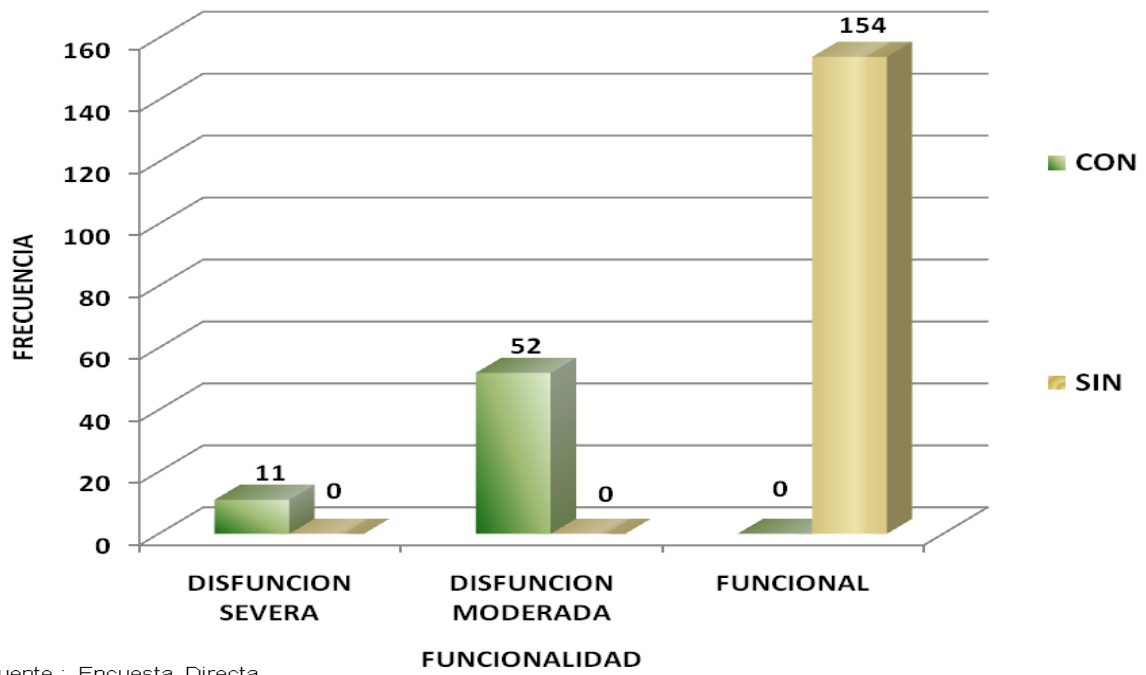
Fuente : Encuesta Directa

### Gráfica 16: DIAGNÓSTICO DE ALCOHOLISMO



Fuente : Encuesta Directa

### Gráfica 17: FUNCIONALIDAD FAMILIAR



Fuente : Encuesta Directa

Tabla 18. Características de los adolescentes entrevistados para identificar su involucramiento con el alcohol en los centros escolares, Escuela Secundaria Técnica N° 1 "Lic. Benito Juárez" y "Centro de Bachillerato Industrial y de Servicios No.1" Fresnillo; Zac. Enero-Junio 2008.

|  | Con involucramiento<br>n= 25 | No involucramiento<br>n= 192 | OR ¥ | p                 |
|--|------------------------------|------------------------------|------|-------------------|
| <b>Funcionalidad Familiar**</b>        |                              |                              |      |                   |
| <b>Funcional</b>                       | 11                           | 143                          |      |                   |
| Disfuncional                           | 14                           | 49                           | 3.7  | 0.001 (1.58-8.72) |
| <b>Nivel socioeconómico**</b>          |                              |                              |      |                   |
| <b>Alto</b>                            | 6                            | 28                           |      |                   |
| Bajo                                   | 19                           | 164                          | 0.54 | 0.22 (0.19-1.47)  |
| <b>Tipo de familia**</b>               |                              |                              |      |                   |
| <b>Nuclear</b>                         | 17                           | 149                          |      |                   |
| <b>No nuclear</b>                      | 8                            | 43                           | 1.63 | 0.28 (0.65-4.03)  |
| <b>Ciclo vital**</b>                   |                              |                              |      |                   |
| <b>Dispersión</b>                      | 18                           | 154                          |      |                   |
| Independencia                          | 7                            | 38                           | 1.57 | 0.34 (0.61-4.04)  |
| <b>Desarrollo familiar**</b>           |                              |                              |      |                   |
| <b>Tradicional</b>                     | 10                           | 93                           |      |                   |
| Moderna                                | 15                           | 99                           | 1.40 | 0.42 (0.60-3.29)  |
| <b>Sexo**</b>                          |                              |                              |      |                   |
| <b>Femenino</b>                        | 11                           | 97                           |      |                   |
| Masculino                              | 14                           | 95                           | 1.29 | 0.53 (0.56-.3.00) |
| <b>Consumo de alcohol por padres**</b> |                              |                              |      |                   |
| <b>No</b>                              | 6                            | 52                           |      |                   |
| Si                                     | 19                           | 140                          | 1.17 | 0.74 (0.44-3.10)  |
| <b>Padre trabaja fuera de la cd.</b>   |                              |                              |      |                   |
| <b>No</b>                              | 18                           | 140                          |      |                   |
| <b>Si</b>                              | 6                            | 52                           | 0.89 | 0.82 (0.33-2.38)  |

Fuente: Encuesta directa

\*\* Cuestionario sobre estilos de vida en el paciente diabético (IMEVID)

¥ Razón de Momios