



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.9.
ACAPULCO, GUERRERO.



**ALCOHOLISMO EN LOS ADOLESCENTES COMO FACTOR DE
RIESGO PARA LA DISFUNCION FAMILIAR EN LA U.M.F. No. 20
DE COYUCA DE CATALAN, GUERRERO.**

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMADO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

CARMEN SOLANO RAMÍREZ

ACAPULCO, GRO.

FEBRERO, 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

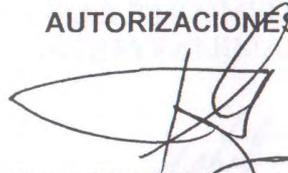
**ALCOHOLISMO EN LOS ADOLESCENTES COMO
FACTOR DE RIESGO PARA LA DISFUNCION FAMILIAR
EN LA UMF No 20 DE COYUCA DE CATALAN,
GUERRERO.**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

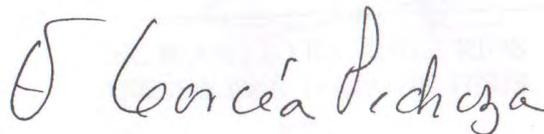
PRESENTA

DR. CARMEN SOLANO RAMIREZ

AUTORIZACIONES



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



DR. FELIPE DE JESUS 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.

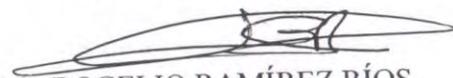
**ALCOHOLISMO EN LOS ADOLESCENTE COMO FACTOR DE
RIESGO PARA LA DISFUNCION FAMILIAR EN LA U.M.F. No. 20
DE COYUCA DE CATALAN, GUERRERO.**

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR.

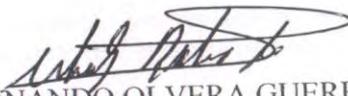
PRESENTA:

CARMEN SOLANO RAMÍREZ.

AUTORIZACIONES:



DR. ROGELIO RAMÍREZ RÍOS.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.9 ACAPULCO, GRO.



DR. JESÚS FERNANDO OLVERA GUERRA
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS.



DR. ROGELIO RAMÍREZ RÍOS.
ASESOR DEL TEMA DE TESIS.



DRA. VICTORIA CUEVA ARANA
COORDINADORA DELEGACIONAL
DE EDUCACIÓN EN SALUD.

ACAPULCO, GRO.

FEBRERO 2009.

DEDICATORIAS

A Dios le agradezco la vida, la salud y fortaleza frente a los retos y a los Obstáculos, por que ha marcado el camino de mi vida, ya que sin el no hubiera sido posible llegar a la meta que me he fijado.

A mi papá, mis hermanas Francisca y Martha por fe en mí. Por su apoyo incondicional, su comprensión generosa y su tolerancia infinita. Expresarme siempre su afecto incondicional.

A mis asesores y maestros: **Dra. Victoria Cueva Arana, Dr. Rogelio Ramírez, Dr. Víctor Guerrero y Dr. Robles** por su valiosa, desinteresada y generosa labor de enseñar el saber, su inagotable entusiasmo y por sus acertados consejos y sugerencias para nuestra formación profesional.

A mis compañeros Dra. Verónica Rivera, Rosa Navarro y Francisco Alemán un reconocimiento especial por su apoyo incondicional que me ayudaron a llevar a cabo mis aspiraciones. Por procurar siempre los mejores compañeros de compartir sus conocimientos y por su apoyo moral y espiritual.

A mi esposo Francisco con mucho cariño, gracias por su comprensión, por compartir todos los momentos de mi vida, por celebrar mis logros y motivar mi superación profesional.

A mis hijos: Carmina Lizbeth y Francisco Antonio, razón de mi ser y sentido en la vida, que me dan fuerza para superarme cada día y ojala les sea de ejemplo para su superación, en la esperanza de que vivirán en un mundo mejor.

A TODOS INFINITAMENTE ¡GRACIAS!

RESUMEN:

Título: alcoholismo en los adolescentes como factor de riesgo para la disfunción familiar en la U.M.F. No. 20 de Coyuca de Catalán, Guerrero.

Objetivo: identificar los trastornos por alcoholismo en los adolescentes como factor de riesgo para la disfunción familiar en la U.M.F. No. 20 de Coyuca de Catalán, Gro.

Diseño: estudio descriptivo.

Material y método: se estudiaron 200 adolescentes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 20 de Coyuca de Catalán, Gro, del 1º de octubre del 2007 al 31 de marzo del 2008. Previo consentimiento informado, se aplicó la escala de AUDIT, para detectar el alcoholismo y un instrumento para medir el clima de percepción familiar (FF SIL). Se analizó la información en el Software Statistical Package of the Social Sciences para Windows (SPSS.V.12.0).

Resultados: las características de los adolescentes con algún grado de alcoholismo se da con mayor frecuencia a los 16 y 17 años y la dependencia alcohólica a los 17 años, el consumo perjudicial predominó en el sexo femenino y dependencia alcohólica en sexo masculino. El adolescente de segundo año de bachillerato en su mayoría se identificó sin alcoholismo, pero presenta mayor frecuencia el consumo perjudicial y dependencia alcohólica.

El estrato socioeconómico bajo, la escolaridad de tercer año de bachillerato y la etapa media de la adolescencia son factores asociados significativamente a la disfunción familiar. El alcoholismo no se identificó como riesgo para disfunción familiar.

Conclusiones: En nuestra población estudiada encontramos, que el alcoholismo no se relaciona con la disfunción familiar, pero si se relaciona con el estrato socioeconómico, la escolaridad, y la etapa de la adolescencia.

Palabras clave: alcoholismo, adolescentes, disfunción familiar.

SUMMARY:

I title: alcoholism in the adolescents like factor of risk for the familiar disfunción in the U.M.F. No 20 of Coyuca of Catalan, Guerrero.

Objective: to identify the upheavals by alcoholism in the adolescents like factor of risk for the familiar disfunción in the U.M.F. No 20 of Coyuca de Catalàn, Gro.

Design: descriptive study.

Material and method: 200 adolescents assigned to the Familiar Medicine Unit studied No 20 of Coyuca of Catalan, Gro, of 1° of October from the 2007 to the 31 of March of the 2008. Previous informed consent, was applied the AUDIT scale, to detect the alcoholism and an instrument to measure the climate of familiar perception (FF SIL). The information in Software Statistical Package was analyzed of the Social Sciences for Windows (SPSS.V.12.0).

Results: the characteristics of the adolescents with some degree of alcoholism occur to the 16 most frequently and 17 years and the alcoholic dependency to the 17 years, the detrimental consumption predominated in feminine sex and alcoholic dependency in masculine sex. The adolescent of second year of baccalaureate in its majority I identify myself without alcoholism, but it presents/displays greater frequency the detrimental consumption and alcoholic dependency. The low socioeconomic layer, the schooling of third year of baccalaureate and the average stage of the adolescence are factors associate significantly to the familiar disfunción. The alcoholism was not identified like risk for familiar disfunción.

Conclusions: In our studied population we found, that the alcoholism is not related to the familiar disfunción, but it is related to the socioeconomic layer, the schooling, and the stage of the adolescence.

Key words: alcoholism, adolescents, familiar disfunción.

INDICE:

Contenido	No. De Pág.
1. Marco Teórico.....	1
2. Planteamiento del problema.....	9
3. Justificación.....	11
4. Hipótesis.....	13
5.Objetivos.....	13
6. Metodología.....	14
6.1. Tipo de estudio.....	14
6.2. Población, lugar y tiempo de estudio.....	14
6.3. Tipo y tamaño de la muestra.....	14
6.4. Criterios de inclusión.....	14
6.5. Criterios de exclusión.....	14
6.6. Criterios de eliminación.....	14
6.7. Instrumento de recolección de datos.....	16
6.8. Método de recolección de datos.....	16
6.9. Procedimientos estadísticos.....	16
6.10. Cronograma.....	17
6.11 Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio.....	17
6.12. Consideraciones éticas.....	17
7. Resultados.....	18
8. Discusión.....	26
9. Conclusiones.....	29
10. Referencias.....	31
11. Anexos 1.....	34

Anexo 2.....	35
Anexo 3.....	36
Anexo 4.....	37
Anexo 5	38
Anexo 6.....	39

1.- MARCO TEORICO.

La sociedad actual está en constante transformación y enfrenta múltiples problemas entre ellas las adicciones y específicamente el consumo del alcohol, constituyendo uno de los más grandes problemas sociales y de salud de nuestros tiempos. Este fenómeno se presenta a edades cada vez más tempranas en el desarrollo del individuo.¹

Desde la más remota antigüedad se conocen los efectos nocivos del uso y abuso en el consumo de bebidas alcohólicas. El alcoholismo es una enfermedad crónica progresiva y fatal, caracterizada por tolerancia y dependencia física y por cambios orgánicos patológicos. Existe predominio del sexo masculino, aunque es cada vez mayor la adicción en el sexo femenino y en jóvenes en general. El alcoholismo es aceptado universalmente como uno de los principales problemas de salud pública en todo el mundo, ya que representa una grave amenaza al bienestar de la humanidad.

De las definiciones empleadas en la actualidad, una de las aceptadas internacionalmente es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el término “síndrome de dependencia del alcohol” (SDA), descrito como un trastorno de conducta crónico, manifestado por un estado psíquico y físico de ingerir alcohol de manera repetida, continua o periódica con objeto de experimentar efectos psíquicos y que acaban interfiriendo en la salud y en las funciones económicas y sociales del bebedor.²

La OMS en el año 2005 presenta una nota descriptiva. “El consumo nocivo y el consumo peligroso de alcohol” son factores de riesgo de ser víctimas de actos de violencia juvenil. La violencia juvenil adopta muchas formas como intimidación, violencia en bandas, agresiones sexuales, agresiones en las calles, bares y clubes

nocturnos. El consumo peligroso puede reducir el autocontrol y la capacidad de procesar la información de llegada y de evaluar los riesgos, e incrementar la labilidad emocional y la impulsividad, los que hace a algunos bebedores más propensos a recurrir a la violencia³

El alcohol es una sustancia que dependiendo de la cantidad y frecuencia consumida puede ser considerada como una toxina o una droga. Su consumo en el mundo occidental es aceptado y valorado socialmente. En Estados Unidos 51% de las mujeres y 72% de los hombres consumen alcohol; en Colombia esta cifra alcanza el 90%;³ en Brasil osciló entre 4.7% a 12.2%, en Chile reportó un 11%.⁴

En la Ciudad de México, al menos 700 mil menores de edad tienen problemas por el consumo excesivo de alcohol y ésta enfermedad se localiza en cuarto lugar de las diez principales causas de discapacidad. El 10% de las bebidas alcohólicas es consumido por mujeres sobre todo en las ciudades y 32 millones de mexicanos son alcohólicos.⁵

Debido a su prevalencia y a la forma en que los mexicanos consumen alcohol, la edad de inicio es a los 15 años en un 40%, a los 17 años el 60% con baja frecuencia pero en grandes cantidades y con marcada tendencia a la embriaguez, el consumo de alcohol representa un grave problema de salud pública en México.⁶

El alcoholismo es un trastorno caracterizado por unas grandes variabilidades clínicas, y en el que se influyen factores culturales, sociales, ambientales, mentales, biológicos, genéticos. Presenta una elevada concurrencia con otras enfermedades, especialmente con problemas conductuales y de personalidad, todo ello hace que el grupo de pacientes diagnosticados como alcohólicos sea un grupo heterogéneo, en el que se incluyen alcoholismo de muy diferente naturaleza etiológica e incluso

patogénica.⁷

La herencia genética en la personalidad antisocial también se ha puesto de manifiesto en diversos estudios de adopción y de gemelos. Los gemelos monocigotos concuerdan en un 51% de los casos y los dicigotos en un 22% lo que indica que los factores genéticos puede ser incluso más determinantes en la personalidad antisocial que en el alcoholismo.⁷

La OMS define la adolescencia como el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, cambia de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia económica. La adolescencia se inicia entre los 10 y los 21 años y se divide en tres etapas: adolescencia temprana de los 10 y los 14 años, donde ocurren la mayoría de los cambios biológicos, adolescencia media entre los 15 y 17 años, predomina la interrelación psicológica, y adolescencia tardía: entre los 18 y los 21 años.⁸

La etapa de la adolescencia se caracteriza con cambios drásticos y rápidos en el desarrollo físico, mental, emocional y social que provoca contradicciones en el proceso de búsqueda del equilibrio consigo mismo y con la sociedad a la que el adolescente debe incorporarse. La adolescencia es una etapa decisiva en la adquisición y consolidación en los estilos de vida⁹.

Durante la adolescencia se consolida la personalidad y es la etapa en que aparecen las conductas de riesgo. Se entiende como conducta de riesgo aquella en que es ejecutada con intencionalidad consciente o no, tiene la probabilidad de producir daño o lesión a uno mismo o a los demás. Mientras más joven los adolescentes inician el consumo de alcohol, mayores son las probabilidades de desarrollar un problema de alcoholismo de adulto.¹⁰

En la adolescencia temprana existe menor interés de los padres, intensa amistad con adolescentes del mismo sexo, ponen a prueba la autoridad, necesidad de privacidad, aumenta habilidades cognoscitivas y el mundo de fantasía, falta de control de los impulsos, preocupación por los cambios, incertidumbre acerca de su apariencia. En la adolescencia media: periodo de máxima interrelación y de conflicto con los padres, aumento de la experimentación sexual, sentimiento de vulnerabilidad, conductas irresistibles, generadores de drogas, preocupación por la apariencia. En la adolescencia tardía: se encuentran emocionalmente próximos a los padres, a sus valores, existiendo metas vocacionales reales.¹¹

En México, los estudios realizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente sobre el alcoholismo en población de escolares de enseñanza media y media superior, ha permitido conocer algunos riesgos que se asocian al abuso del alcohol, circunstancias más frecuentes entre quienes beben y conducen después de haber bebido. Una revisión bibliográfica internacional de los factores asociados en el abuso del alcohol en los jóvenes, indica que en los universitarios el consumo tiende a ser mayor, inclusive entre los jóvenes que no asisten a las universidades y que el periodo de mayor consumo se da entre 18 y 21 años de edad.¹²

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, entre 1991 y 2002 se registraron alrededor de 13 mil consultas anuales por trastornos mentales y del comportamiento provocado por el alcohol en los servicios de Medicina Familiar; cerca de 4000 en la consulta de especialidades y poco más de 20 mil en Urgencias.¹³

El primer problema del enfermo de abuso de alcohol es que no tiene conciencia de

su padecimiento o trata de ocultar su problema, no demanda consulta por su enfermedad primaria sino por sus complicaciones, no identifica la oportunidad de tratarse en el primer nivel de atención y recurre a la medicina alternativa o tradicional.¹⁴

El alcoholismo es una enfermedad grave, que afecta a todos los miembros de la familia. Se dice que es una enfermedad de contagio familiar, a menudo provoca problemas o rupturas importantes, tanto del matrimonio como de malos tratos y numerosos problemas de salud física y mental. La interacción entre las personas alcohólicas y los que en ella conviven origina tensiones y emociones negativas, que en principios el propio afectado y la familia se resisten a relacionar con la ingesta de bebida alcohólica, esto lleva a desarrollar una relación de codependencia, una relación interpersonal patológica, donde la actitud fundamental consiste, durante un período de tiempo en un intento de ayuda al alcohólico, aun a costa del propio sacrificio. Esto hace que el codependiente-coadicto se convierta en cómplice de la enfermedad y contribuya a perpetuarla.¹⁵

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 de los adolescentes. Por ejemplo, se ha observado que las pautas de interacción familiar, como la comunicación deficiente, los frecuentes conflictos, y la baja cohesión, el excesivo castigo o el consumo de alcohol en los propios padres, repercuten directamente en el consumo de los hijos.¹⁶

Existen varios métodos para identificar el alcoholismo en los adolescentes, uno de ellos es la escala de AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) que permite identificar a los sujetos adolescentes cuyo consumo de alcohol se haya convertido en un problema de salud. Consta de 10 preguntas y tiene una sensibilidad del 92% y especificidad de 94%, fue diseñado por la Organización Mundial de la Salud en 1982, aprobado en México desde 1989, cuya versión en español fue elaborada por De la Fuente y Kershenovich en 1992 incluida en la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones; de acuerdo a las afirmaciones positivas: las tres primeras miden la cantidad y frecuencia del consumo habitual y ocasional del alcohol, las siguientes tres preguntas se refieren a la aparición de posibles síntomas de dependencia, y las cuatro últimas evalúan los problemas recientes y pasados al consumo del alcohol.¹⁷

La dinámica familiar, es un proceso en el que intervienen interacciones, transacciones, sentimientos, pautas de conducta, expectativas, motivaciones y necesidades entre los integrantes de una familia; este proceso se efectúa en un contexto cambiante, en cada etapa evolutiva familiar y permite o no la adaptación, el crecimiento, desarrollo, madurez y funcionamiento del grupo familiar. Con base en estos conceptos se puede considerar que una familia es funcional cuando cumple con sus funciones como un sistema, y la forma como los integrantes interactúan y se organizan para el cumplimiento de estas funciones.¹⁸

El funcionamiento familiar es considerado como la dinámica interactiva y sistémica que se produce entre los miembros de la familia y se evalúa a través de las

categorías de armonía, cohesión, rol, comunicación, afecto, permeabilidad y adaptabilidad, se puede medir por medio del instrumento de funcionamiento familiar (FF SIL), que fue diseñado y validado en Cuba por De La Cuesta Freyomel. Consta de 14 proporciones y 7 categorías, que definen el funcionamiento familiar. Estas son cohesión, armonía, comunicación, afecto, adaptabilidad, rol, y permeabilidad. La puntuación se obtiene por la suma de los ítems y se considera: de 70 a 42 familia funcional, de 42 a 14 familia disfuncional.¹⁹

El estrato socioeconómico influye poderosamente sobre diversos elementos vinculados a la salud. Se han identificados enfermedades relacionadas con la pobreza y se ha señalado la importancia de evaluar el peso de este fenómeno económico-social sobre la salud individual y familiar. No es lo mismo que la enfermedad aparezca en una familia de escasos recursos económico a que ocurra en una familia económicamente estable, la crisis económica en la primera va a ser mayor que la desorganización provocada por la enfermedad se va a percibir en todos los ámbitos. El estrato socioeconómico es un factor de riesgo importante que se relacionan directamente con el alcoholismo, el porcentaje aumenta sistemáticamente a medida que se asciende en la escala de estrato socioeconómico.²⁰

Para evaluar el estrato socioeconómico se obtuvo mediante el Método Graffar Méndez Castellano, es confiable que hace un uso óptimo, es un método oficial desde el año 1995 en todas las investigaciones iniciado en Venezuela y actualmente es utilizado en México desde el año 2001.²¹

El método se basa en 4 variables: Profesión del jefe de la familia, nivel de instrucción de la madre, principales fuente de ingreso de la familia y condiciones de la vivienda,

el puntaje va del 1 a 5 y se indican los diferentes niveles en que se subdivide cada variable.

Se agruparon de la siguiente manera: estrato socioeconómico alto 04-06

Estrato socioeconómico medio alto y medio estrato socioeconómico medio 07-12.

Estrato socioeconómico bajo estrato socioeconómico bajo 13-20.^{21,22}

Estrato socioeconómico alto son directores de empresas y organizaciones con alto nivel educativo, incluidos los que trabajan por cuenta ajena como asalariados fijos o eventuales, engloba a los trabajadores de servicios de restauración, servicios personales, de protección seguridad y los dependientes de comercio, los que trabajan por cuenta propia; así como los profesionales de las Fuerzas Armadas.

Estrato socioeconómico medio son hogares con el perfil de peones y trabajadores, profesionales de las Fuerzas Armadas de la escala básica, que dispone de un status de nivel medio profesión-ocupación, y el estrato socioeconómico bajo son los trabajadores de la agricultura, pesca, peones de construcción y transporte, con bajo o sin nivel educativo.^{21,22}

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El consumo de alcohol es una conducta cuya prevalencia presenta actualmente una curva ascendente a nivel mundial, no es una simple enfermedad, es un factor social que afecta a todas las sociedades, ya que se sufre de forma psíquica la negación del problema así como de sus familiares, hace que su tratamiento sea difícil, progresivamente se va convirtiendo en una enfermedad crónica, es una de las principales causas de desintegración familiar, típicamente el desorden se inicia en etapas tempranas de la vida y los datos revelan que en las mujeres es más tardío que en los hombres.²³

Las consecuencias más notables del abuso crónico de alcohol no son las secuelas biomédicas que sufre el individuo alcohólico, sino el efecto de beber sobre las relaciones de pareja, sociales y laborales. La presencia de un miembro alcohólico en una familia tiene importantes consecuencias, como son la fuerte asociación entre consumo de alcohol y violencia familiar, abuso de los niños, incesto, un porcentaje más elevado de divorcios.²⁴

Las diferentes investigaciones sobre el tema han destacado una diversidad de respuestas de los adolescentes, como por ejemplo, la curiosidad, imitación, búsqueda de placer y deseo de evasión; el incremento registrado en las últimas décadas, a nivel mundial, del consumo inmoderado de alcohol entre los adolescentes, se ha transformado en un tema de preocupación tanto para las Instituciones de Educación como las de Salud y Seguridad Pública.

Las conductas de imitación de modelos adultos o de pares es un tema particularmente significativo. En efecto, generalmente los adolescentes imitan, por una parte, los comportamientos de los padres en relación al consumo de bebidas, y también a los grupos de pares. Esto está bien cuando los padres, por ejemplo, son moderados y normales, pero entraña un grave riesgo cuando estos modelos tienen conductas extremas: es decir, cuando son o bebedores exagerados o cuando muestran actitudes excesivamente prohibitivas existiendo un bajo grado de comunicación y de apoyo tanto del padre como de la madre destacando la existencia del conflicto en ambos padres. Las consecuencias del alcoholismo pueden extenderse a asistir con irregularidad a la escuela, no realizar las actividades que les indica cada materia, tener que faltar a clase, mostrar bajo rendimiento en los exámenes e incluso desaprobar los mismos.²⁵

El alcoholismo es una enfermedad grave que afecta a todos los miembros de la familia, a menudo provoca problemas o rupturas familiares importantes y numerosos problemas de salud mental y física, cuando hay una disfunción familiar contribuye a un factor de riesgo causando deterioro en la calidad de vida en los pacientes jóvenes y adultos afectando la economía familiar. El consumo del alcohol incrementa el riesgo de experimentar con otras drogas, principalmente en el caso de los hombres, y de incurrir en prácticas sexuales de riesgo y, de intentos de suicidios, situaciones dos veces más frecuentes en quienes beben y conducen. Los estudios han demostrado que el dejar de consumir alcohol mejora la calidad de vida, por lo que surge la siguiente pregunta:²⁶

¿Es el alcoholismo en los adolescentes un riesgo para la disfunción familiar en la U.M.F. No. 20 de Coyuca de Catalán, Gro?

3.- JUSTIFICACIÓN.

El interés por abordar los estudios de los factores que inciden en el abuso del alcohol en población escolar, surge a partir de un fenómeno observado internacionalmente, el incremento del abuso del alcohol en adolescentes menores de 20 años. Los estudios realizados en México en poblaciones de enseñanza media y media superior, indican que los problemas más frecuentes documentados en éste grupo fueron, los arrestos, los problemas familiares, y las consultas médicas. Por otra parte, se ha encontrado evidencias de que el consumo tiende a aumentar en los estudiantes que cursan los semestres más avanzados.^{11,26}

La mayoría de los estudios de la genética, biología molecular y las investigaciones sociales concuerdan en que los individuos con historia familiar del alcoholismo son más vulnerables a padecer cuadros severos de alcoholismo y otras desventajas neuropsicológicas, además predisponen en general, tanto a hombres como a mujeres a un amplio rango de problemas, uno de los cuales es el propio alcoholismo. Algunos factores que afectan la gravedad de esta adicción son el sexo del descendiente, la presencia de consumo en ambos progenitores y el inicio temprano de consumo.²⁷

Un inconveniente al margen de la familia y que tiene que ver con elementos teóricos de conceptualización de la relación entre familia y alcoholismo es que se debe considerar los factores ambientales familiares como agentes causales del desarrollo del alcoholismo, la disfunción del comportamiento familiar se considera una reacción a las tensiones asociadas con el abuso crónico de alcohol por uno o más miembros

de la familia, el conocimiento clínico ha confirmado que la respuesta del alcohólico al tratamiento es mejor cuando se incluye a los miembros de la familia en el proceso de tratamiento.²⁸

La familia se encuentra sometida a presión interna originada por la evolución de sus miembros y subsistemas, desarrollo individual, familiar y a presión externa originada en los requerimientos para acomodarse a las instituciones sociales que influyen sobre los miembros de la familia. Cuando una familia sufre una crisis familiar, una característica importante es la temporalidad pudiendo ser transitoria o continua. Las familias con un enfermo alcohólico, por su carácter de permanente provocan mayores dificultades en la respuesta adaptativa de la familia. Una familia con un enfermo, presenta un evento tensionante que afecta no sólo al enfermo, sino a cada uno de sus integrantes y a la familia como un todo.²⁹

Por lo que el objetivo de este estudio es identificar los trastornos por alcoholismo en los adolescentes como riesgo para la disfunción familiar en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 de Coyuca de Catalán, Gro.

4.- OBJETIVOS.

4.1 GENERAL.

Identificar los trastornos por alcoholismo en los adolescentes como un riesgo para la disfunción familiar en la UMF No. 20 de Coyuca de Catalán, Gro.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Estimar la prevalencia de los trastornos por alcoholismo en los adolescentes adscritos a la U.M.F. No. 20 de Coyuca de Catalán Guerrero.

Identificar las características sociodemográficas de los adolescentes como edad, sexo, escolaridad, etapa de la adolescencia, estructura familiar y estrato socioeconómico.

5.- METODOLOGIA.

5.1 TIPO DE ESTUDIO.

Transversal descriptivo.

5.2 POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.

El presente estudio se realizó en adolescentes de ambos sexos, adscritos a la UMF No. 20 en Coyuca de Catalán, Gro., y que acudieron a consulta durante el periodo comprendido entre octubre de 2007 a marzo de 2008.

5.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO.

Se incluyeron a 200 adolescentes adscritos y que acudieron a consulta a la UMF No. 20 de Coyuca de Catalán, Guerrero, no se realizó cálculo de tamaño de muestra ya que se realizó por conglomerado.

5.4 CRITERIOS DE INCLUSION.

1.-Adolescentes adscritos y que acudieron a la consulta en la UMF No. 20 de Coyuca de Catalán, Guerrero.

2.- Adolescentes de uno u otro sexo.

5.5 CRITERIOS DE EXCLUSION.

Adolescentes que no acudieron a la cita.

5.6 CRITERIOS DE ELIMINACION

Cuestionario incompleto o ilegible.

VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
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 enfrenta.	Se aplicó un cuestionario de percepción del funcionamiento familiar (FF SIL) Consta de 14 preguntas:	Cualitativa.	1.-Familia funcional: 70-57 puntos. 2.-Familia disfuncional: 42- 28 puntos
Alcoholismo	Es una enfermedad por el consumo incontrolado de bebidas alcohólicas a un nivel que interfiere con la salud física o mental del individuo	Se aplicó el Test de AUDIT consta de 10 preguntas.	Cualitativa.	1) 0 a 3 sin alcoholismo, 2) 3 a 7 consumo perjudicial, 3) 8 o más: dependencia alcohólica.
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Se interrogó sobre los años cumplidos al momento de la encuesta.	Cuantitativa.	años.
Sexo	Características físicas, sociales y biológicas que distingue al hombre de la mujer.	En lo que respondió en el interrogatorio directo.	Cualitativa.	1) Masculino. 2) Femenino
Escolaridad	Periodo de tiempo durante el cual se asiste al bachillerato.	Mediante interrogatorio se obtuvo el grado de estudio del adolescente.	Cualitativa.	1) Primer año. 2) Segundo año. 3) Tercer año.
Etapas de la adolescencia	Etapas donde predominan cambios físicos y emocionales.	Se interrogó sobre los años cumplidos del adolescente en el momento de la encuesta.	Cuantitativa.	1) Temprana 10-15 años. 2) Media 16-17 años. 3) Tardía 18-20 años
Estructura familiar	Es una organización que interactúan los miembros de una familia.	Se preguntó a cada uno de adolescentes con quien vivían.	Cualitativa.	1.- Nuclear. 2.- Extensa 3.- Compuesta.
Estrato socioeconómico	Son condiciones en las que viven cada grupo familiar.	Obtenido al aplicar los criterios contenidos en el método de Graffar consta de 20 preguntas.	Cualitativa.	1) 4-6 puntos estrato socioeconómico alto 2) 07-12 estrato medio 3) 13-20 estrato bajo.

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO.

Previa autorización del comité local de investigación se realizó un estudio transversal descriptivo en 200 adolescentes adscritos que acudieron a la consulta de UMF No. 20 en Coyuca de Catalán, Guerrero y que cumplieron con los criterios de inclusión, participando en forma libre y voluntaria, se les aseguró confidencialidad de la información y se solicitó consentimiento informado (anexo 2). Se recolectó la información a través de un formato donde se registraron los nombres, número de afiliación, edad, sexo, escolaridad, etapas de la adolescencia, estructura familiar estrato socioeconómico y alcoholismo anexo 3. Se les aplicaron tres cuestionarios en forma anónima, la escala de AUDIT para detectar el alcoholismo. (Anexo 4). Se aplicó el cuestionario FF SIL para medir la estructura familiar. (Anexo 5), y el método de Graffat para medir el estrato socioeconómico. (Anexo 6).

5.7 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS:

Se llenó un formato de identificación con nombre, número de afiliación, edad, alcoholismo, escolaridad, etapas de la adolescencia, funcionalidad familiar, estrato socioeconómico (Anexo No. 3)

5.8 METODO DE RECOLECCION DE DATOS:

Los datos que se obtuvieron se capturaron en una hoja de control donde se anotaron los datos de identificación, resultados obtenidos de los cuestionarios, la escala de AUDIT, FF SIL y método de Graffar. (Anexo No.7)

5.9 ANALISIS ESTADISTICOS

Se realizó una base de datos y análisis en el Software Statistical Package of the Social Sciences para Windows (SPSS v.12.0).

5.10 CRONOGRAMA

Se anota en el anexo 1.

5.11 RECURSOS PARA EL ESTUDIO.

HUMANOS:

El investigador, asesores de la investigación, adolescentes con alcoholismo con factores de riesgo en la disfunción familiar adscrito a U.M.F. No. 20 de Coyuca de Catalán, Guerrero.

MATERIALES:

Hojas blancas, fotocopias, lápices, borradores, sacapuntas.

FINANCIEROS:

Todos los gastos que se generaron fueron cubiertos por la investigadora.

5.12 CONSIDERACIONES ETICAS.

El presente estudio se apegó al profesionalismo y ética médica dentro del marco legal que establece el IMSS así como leyes que rigen el sistema de salud:

a) La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4º, en el diario oficial de la Federación el 6 de abril de 1990.

b) La Ley General de Salud, publicada en el diario Oficial de la Federación en 1984, en sus artículos; 2º. Fracción VII; 7º, fracción VIII; 68º. Fracción IV; 96, 103; 115; fracción V; 119 fracción I; 141; 160; 164; 168, fracción VI; 174, fracción I; 186; 189, fracción I; 238, 321 y 334.

c) El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación en el Diario Oficial de la Federación, el 6 de enero de 1987.

d) El acuerdo por el que se dispone el establecimiento de Coordinadores de Proyectos Prioritarios de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de octubre de 1984.

e) Código Internacional de Ética Médica, fue adoptado 13º Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, en Londres, Inglaterra en octubre de 1968 y en 35º Asamblea Mundial en Venecia, Italia en octubre de 1963.

f) La “Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial” 1964 y sus modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989, que establece los principios éticos para las investigaciones médicas en los seres humanos. Pero por tratarse un estudio transversal descriptivo, se solicitó consentimiento informado a los adolescentes que participaron, se les informó sobre los objetivos del estudio y los beneficios del mismo, aclarando que no existe ningún riesgo del estudio, otorgando confidencialidad en los resultados.

6.- RESULTADOS.

De los 200 adolescentes incluidos, predominó la edad de 17 años con 93 (46.3%), sexo femenino 119 (59.5%), y masculino 81 (40.5%). En la etapa de la adolescencia predominó la etapa media 162 (81%), seguido de la tardía 22 (11%), la etapa temprana 16 (8.8%). En la escolaridad prevaleció el tercer año de bachillerato 74 (37%), seguidos de segundo año 64 (32%), y primer año 62 (32%).

Cuadro No. 1 características sociodemográficas de los adolescentes.

N= 200	n	%
EDAD		
15 años	15	7.5
16 años	70	34.5
17 años	93	46.3
18 años	16	8.0
19 años	6	3.0
SEXO		
Masculino	81	40.5
Femenino	119	59.5
ESCOLARIDAD (BACHILLERATO)		
Primer año	62	31.0
Segundo año	64	32.0
Tercer año	74	37.0
ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA		
Temprana	16	8.0
Media	162	81.0
Tardía	22	11.0

Fuente: encuesta estructurada.

En las características familiares que predominaron en la mayoría de los adolescentes son: el estrato socioeconómico bajo 148 (73.6%), estrato medio 49 (24.4%), estrato alto 3 (1.5%). En cuanto a su estructura familiar reportaron 103 (51.2%), familias nucleares y no nucleares 97 (50.3%). En cuanto a su funcionalidad familiar predominó las familias disfuncionales 130 (64.7%), mientras que 70 (34.8%) fueron funcionales. ^{Cuadro 2}

Cuadro 2: Características familiares

Variables	n	%
Estructura familiar		
Nuclear	103	51.2
No nuclear	33	46.5
Estrato socioeconómico		
Bajo	148	73.6
Medio	49	24.4
Alto	3	1.5
Funcionalidad familiar		
Funcional	70	34.8
Disfuncional	130	64.7
Total	200	99.5

Fuente: encuesta estructurada

En referencia a la frecuencia del alcoholismo que se presentó en el estudio predominó consumo perjudicial 156 (77.6%), dependencia alcohólica 21 (10.4%), sin alcoholismo 23 (11.4%) ^{Cuadro No. 3}

Cuadro 3: Frecuencia del alcoholismo

Alcoholismo	n	%
Sin alcoholismo	23	11.4
Consumo perjudicial	156	77.6
Dependencia alcohólica	21	10.4
Total	200	99.4

Fuente: encuesta estructurada

En las características del alcoholismo y la edad, predominó el consumo perjudicial con 70 (35%), en el grupo de 17 años, siendo menor en el grupo de 19 años 5 (2.5%), en el alcoholismo y el sexo predominó el sexo femenino 99 (49.5%) con consumo perjudicial, sin alcoholismo 11 (5.5%), dependencia alcohólica 9 (4.5%).

El sexo masculino con consumo perjudicial en 57 (28.5%), sin alcoholismo 12 (6%), similar a la dependencia alcohólica.

En cuanto a la relación del alcoholismo y escolaridad, prevaleció consumo perjudicial en segundo año de bachillerato 53 (26.5%), seguido de dependencia alcohólica 48 (24%), y un número menor en primer año sin alcoholismo 1 (0.5%).

La relación del alcoholismo y las etapas de la adolescencia, predominó la etapa media y el consumo perjudicial 134 (67%), mientras que en la etapa tardía 11 (5.5%); sin alcoholismo en etapa media 11 (5.5%).

La relación entre alcoholismo y estrato socioeconómico, prevaleció el estrato socioeconómico bajo con consumo perjudicial en 109 (54.5%), seguido de estrato socioeconómico medio 45 (22.5%), y estrato alto 2(1%), sin alcoholismo y estrato bajo 21 (10.5%), estrato medio 1(0.5%), similar al estrato alto, dependencia alcohólica y estrato bajo 18 (9%), estrato medio 3 (1.5%).

Asociación de alcoholismo y estructura familiar predominó consumo perjudicial y

familia nuclear 26 (13%), dependencia alcohólica 21 (10.5%), sin alcoholismo 22 (11%), consumo perjudicial con familia nuclear 10 (5%), sin alcoholismo 1 (0.5%).

Cuadro No. 4 características del alcoholismo en los adolescentes.

n=200	Sin alcoholismo		Consumo perjudicial		Dependencia alcohólica	
	n	%	n	%	n	%
Edad						
15 años	1	5	10	5	4	2
16 años	2	1	65	32.5	3	1.5
17 años	15	7.5	70	35	8	4
18 años	5	2.5	6	3	5	2.5
19 años			5	2.5	1	0.5
Total	23	11.5	156	78	21	10.5
Sexo						
Masculino	12	6	57	28	12	6
Femenino	11	5.5	99	49.5	9	4.5
Total	23	11.5	156	78	21	10.5
Escolaridad (bachillerato).						
Primer año	1	5	17	8.5	15	7.5
Segundo año	55	27.5	53	26.5	48	24
Tercer año	6	3	4	2	11	5.5
Total	62	31	74	32	74	32
Etapas de la Adolescencia						
Temprana	1	5	17	8.5	5	2.5
Media	11	5.5	134	67.0	11	5.5
Tardía	4	2	11	5.5	6	3
Total	16	8	162	81.0	22	11
Estrato Socioeconómico						
Bajo	21	10.5	109	54.5	18	9.0
Medio	1	5	45	2	3	1.5
Alto	1	5	2	1		
Total	23	11.5	156	78	21	10.5
Estructura familiar						
Nuclear	22	11.0	146	73	21	10.5
No nuclear	1	5	10	5		
Total	23	11.5	156	78	21	10.5

Fuente: encuesta estructura.

La relación de la edad y funcionalidad familiar predominó el grupo de 17 años y familia disfuncional 58 (29%), siendo menor en el grupo de 15 años 3 (1.5%) en familia funcional.

Cuadro No. 5 relación de la edad y funcionalidad familiar.

Edad	Disfuncional		Familia Funcional		Total	
	n	%	n	%	n	%
15 años	12	6	03	1.5	15	7.5
16 años	43	21.5	27	13.5	70	30
17 años	58	29	35	17.5	93	46.5
18 años	11	5.5	5	2.5	16	8
19 años	6	3	6	3	6	3
Total	130	65	70	35	200	100

Fuente: encuesta estructurada.

La comparación del sexo y funcionalidad familiar se observó un mayor número de familias disfuncionales en el sexo femenino 82 (41%), seguido por el sexo masculino 48 (24%).

	Disfuncional		Funcional		Total	
	n	%	n	%	n	%
Masculino	48	24	33	16.5	81	20.5
Femenino	82	41	37	18.5	119	59.5
Total	130	65	70	30	200	100

Cuadro No.6 comparación del sexo y funcionalidad familiar.

Fuente: encuesta estructurada.

La relación del la escolaridad y función familiar prevaleció las familias disfuncionales

en el tercer año 50 (25%), seguida de segundo año 41 (20.5%), y un número menor de familias funcionales en el primer año 23 (11.5%). ^{Cuadro No.7}

Cuadro 7: relación de escolaridad y funcionalidad

Escolaridad	Familia					
	Disfuncional		Funcional		Total	
	n	%	n	%	n	%
Primer año	23	11.5	39	19.5	62	31
Segundo año	41	20.5	23	11.5	64	32
Tercer año	50	25	24	12	74	37
Total	130	65	70	30	200	100

Fuente: encuesta estructurada.

La relación de la funcionalidad familiar y las etapas de la adolescencia predominaron las familias disfuncionales en la etapa media con 81 (40.5%), mientras que en la etapa tardía 17 (8.5%), la etapa temprana en 13 (6.5%). ^{Cuadro 8}

Cuadro 8: relación de las etapas de la adolescencia y funcionalidad familiar

Etapa de la adolescencia	Familia					
	Disfuncional		Funcional		Total	
	n	%	n	%	n	%
Temprana	13	6.5	3	1.5	16	8
Media	81	40.5	52	26	162	81
Tardía	17	8.5	5	2.5	22	11
Total	130	65	70	35	200	100

La relación entre funcionalidad familiar y estrato socioeconómico prevalecieron las familias disfuncionales y el estrato socioeconómico bajo en 102 (51.0%), seguido de estrato medio con 25 (12.5%), y estrato alto 3 (1.5%). ^{Cuadro 9}

Cuadro 9: relación de funcionalidad y estrato socioeconómico

Familia Estrato socioeconómico	Disfuncional		Funcional		Total	
	n	%	n	%	N	%
Bajo	102	51	43	21.5	145	72.5
Medio	25	12.5	24	12	49	24.5
Alto	3	1.5	3	1.5	6	3
Total	130	65	70	35	200	100

Fuente: encuesta estructurada.

En la relación de la funcionalidad familiar y estructura familiar se detectó mayor disfuncionalidad en las familias nucleares 123 (61.5%), y 7 (3.5%) en las no nucleares. ^{Cuadro 10}

Cuadro 10: relación de estructura familiar y disfunción familiar

Estructura familiar	Familia Disfuncional		Funcional		Total	
	n	%	n	%	N	%
Nuclear	123	61.5	66	33	189	94.5
Extensa	7	3.5	4	2	11	5.5
Total	130	65	70	35	200	100

Fuente: encuesta estructurada.

Al comparar el alcoholismo y estructura familiar se detectó en las familias nucleares; consumo perjudicial en 82 (41%), dependencia alcohólica 11 (5.5%), sin alcoholismo 10 (5%) y en las no nucleares encontramos un consumo perjudicial en 74 (37%), sin alcoholismo 13 (6.5%), y dependencia alcohólica 10 (5%). ^{Cuadro 11}

Cuadro 11: relación del alcoholismo y funcionalidad familiar.

Alcoholismo	Familia					
	n	<u>Disfuncional</u> %	n	<u>Funcional</u> %	Total	
					n	%
Sin alcoholismo	19	9.5	04	02	23	11.5
Consumo Perjudicial	100	50	56	28	66	33
Dependencia alcohólica	11	5.5	10	5	21	10.5
Total	130	35	70	35	200	100

Fuente=encuesta estructurada.

7.- DISCUSION.

López García muestra los resultados del Test de AUDIT en adolescentes, observando que 34.7% de ellos, presentaron un consumo perjudicial y el 14.8% dependencia alcohólica,³⁰ en nuestro estudio se reportó el doble en consumo perjudicial y en dependencia alcohólica fue menor.

Herrera y col. realizaron un estudio en jóvenes escolares en el Estado de México en donde encontraron que en el grupo de edad de 17 años un 60% de los varones presentan un consumo perjudicial de alcohol y en las mujeres un 60% había empezado a usar alcohol a los 18 años,^{6,31} en nuestro estudio los resultados son similares.

De la Cruz Morales muestra los resultados de la frecuencia de los adolescentes en consumo perjudicial y dependencia alcohólica de 4.4% en las mujeres y de 17.9% en los hombres,^{25, 32} a diferencia de nuestro estudio que se presenta diez veces más el consumo perjudicial en sexo femenino y también mayor en el masculino.

Eduardo Salazar realizó un estudio en 42 adolescentes del Colegio Nacional de Lima encontrando el mayor porcentaje de alcoholismo en tercer año de bachillerato 15.1%,^{23,33} en nuestro estudio también se presenta un número mayor en este grado.

Wilfredo Guibert, realizó un estudio en dos centros escolares de la Habana, en la etapa de la adolescencia, se encontró que en el nivel medio superior hubo predominio de alcoholismo (87.3 %) y que el mayor número de ellos se encuentra en

la adolescencia tardía (48.3 %), ³⁴ en nuestro estudio se presentó en forma inversa encontrando un número cinco veces mayor en la adolescencia media.

Morales en su estudio del alcoholismo y estrato socioeconómico reportó que predomina en el estrato socioeconómico alto, ^{22,35} en nuestro estudio se presentó en forma inversa.

Zapata G en un estudio que realizó en una escuela medio superior reporta (33%) de adolescentes con disfunción familiar, no hubo diferencia significativa en cuanto a edad; pero sí en género, (30.1%) en el masculino y (36.7%) en el femenino, ³⁶ en nuestro estudio reportó disfunción familiar en la edad de 17 años en el sexo femenino (42%) y en el masculino (24%).

Parra Jiménez comenta en un estudio realizado en la Universidad de Murcia España que todos afirman ser familias funcionales, ³⁷ a diferencia del presente estudio que reportó la mitad de los adolescentes con disfunción familiar.

Magallanes J en el estudio realizado en una escuela media superior en Universidad del Valle de Colombia en relación al estrato socioeconómico y disfunción familiar encontró que el 53.8% correspondieron al nivel medio, 44.1% nivel alto y 9.7% estrato socioeconómico bajo, ³⁸ en nuestro estudio se presentó dos veces más la disfunción familiar en el estrato socioeconómico bajo.

Jiménez reportó en el estudio de familia y adolescentes que la asociación establecida entre la estructura y la funcionalidad, evidencia que las familias no nucleares son

disfuncionales en un 55.2%,³⁹ a diferencia de nuestro estudio que reporta predominio de la estructura familiar nuclear.

Jesús Magallanes en el estudio realizado en 349 estudiantes de Medicina en la Universidad del Valle en Cali, Colombia, reporta predominio de la familia nuclear con 56.4% seguida de la familia no nuclear 44.5%,⁴⁰ en nuestro estudio se reporta familia nuclear en la mayoría de los adolescentes.

8.- Conclusiones.

En los adolescentes usuarios de la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No.20 predominó el grupo de edad de 17 años, sexo femenino, tercer año de bachillerato, etapa media de la adolescencia, estrato socioeconómico bajo, estructura familiar nuclear y familia disfuncional, con un consumo perjudicial del alcohol.

Las características del alcoholismo son; el consumo perjudicial se da con mayor frecuencia a los 16 y 17 años y la dependencia alcohólica a los 17 años, el consumo perjudicial predominó en el sexo femenino y dependencia alcohólica en sexo masculino. El adolescente de segundo año en su mayoría se identificó sin alcoholismo, pero presenta mayor frecuencia el consumo perjudicial y dependencia alcohólica.

El estrato socioeconómico bajo, la escolaridad, la etapa de la adolescencia media son factores relacionados a la disfunción familiar. La edad, el sexo, la estructura familiar, el alcoholismo no se relaciona en forma significativa.

Unos de los objetivos propuestos de la investigación fue identificar el alcoholismo en los adolescentes como riesgo en la disfunción familiar. En este sentido, los resultados señalan en las respuestas una tendencia mayor de alcoholismo en los adolescentes y se incrementa en el sexo femenino.

9-. Propuestas:

1.- Reconocer que existe el problema de consumo de alcohol en los adolescentes, independientemente de la clase social.

2.-Prevenir el consumo de alcohol en la adolescencia, aplicando estrategias eficaces de promoción de la salud como realizar pláticas en escuelas y en las Unidades de 1o. y 2do. Nivel de atención.

3.- Evitar la publicidad y exigir que prohíba la venta de bebidas alcohólicas a menores de 18 años de edad, en nuestra comunidad.

4.-Fomentar la prevención de los problemas relacionados con el consumo de alcohol.

5.-Orientar adecuadamente a los padres, mejorando sus conocimientos acerca de cambios y comportamientos de sus hijos y fortaleciendo las relaciones interpersonales, de esta forma se beneficiará que los adolescentes adquieran satisfactoriamente las tareas impuestas por el desarrollo y consecuentemente el éxito en la vida adulta.

6.-Promover la participación del Médico Familiar en la intervención para brindarle información a los adolescentes en relación al abuso del alcohol.

7.- Educación para la salud reforzando los hábitos positivos de los adolescentes que atendemos.

10. REFERENCIAS

1. Ávila G. Factores protectores sobre el consumo de alcohol que promueven las maestras de preescolares. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005; 13(1):778-83
2. García E. Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales. *Rev Cub Med Militar* 2004; 33(3):1-8
3. Herrán O. Consumo de alcohol, riesgo de alcoholismo y alcoholismo en Bucaramanga. *Rev Med Colom* 2005; 36 3(1): 158-167
4. Hasin D. Consumo regular del alcohol en adolescentes. *Rev Anales Fac Med* 2003; 1(2): 1-12
5. Berruecos L. El consumismo y el alcoholismo en México. *Rev Salud Pub Mex* 2007; 43(1): 274-262
6. Herrera M. Inicio en consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de Morelos. *Rev Salud Pub Mex* 2004; 46(1):132-140
7. Poznyak V. Violencia juvenil y alcohol. *Rev Salud Pub Mex* 2006; 77(1):1-12
8. Jiménez M. Factores biológicos en alcoholismo y otras adicciones. *Rev Panam Salud Pub* 2004; 8(4):446-460
9. Fernández C. El consumo de alcohol y sustancias psicoactivas. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2005; 43(5):449-456
10. Rodrigo M. Relaciones padres hijos y estilo de vida en la adolescencia. *Rev Cient A Lat* 2004; 16(2):203-210
11. Urdaneta J. Desarrollo psicológico y social del adolescente. *Arch Ven Ped* 2002;

65(3): 26-34

12. Mora J. Expectativas relacionadas con el alcohol en la predicción del abuso en el Consumo en jóvenes. Rev Salud Mental 2005; 28(2): 82-90

13. Fernández C. El consumo de alcohol y sustancias psicoactivas. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2005; 43(5): 449-456

14. Martínez L. Intervención del médico familiar en el alcoholismo. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44(2):181-188

15. Santi A. Alcoholismo integración familia paciente desde la terapia ocupacional Rev Gallega de Terapia Ocupacional 2006; 4(1): 2-25

16. Gonzalo M. Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes un modelo de mediación. Rev Salud Pub Mex 2007; 49(1):3-10

17. Morales J. Prevalencia del consumo de riesgo y dañino del alcohol en derechohabientes del IMSS. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2002; 44(2):113-121

18. Ortiz M. La salud familiar, caracterización en el área de salud. Rev Cub Med Gen Int 1999; 15(4): 433-445

19. Rojas J. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Rev Arch Med Fam 2005; 7(1):15-19

20. Redondo A. Factores protectores a nivel familiar en pediatría. Rev An Esp Ped 2006; 2(1):1-12

21. Ortiz M. Diseño de intervención en funcionamiento familiar. Rev Cub Med Gen Integr 2005; 15(2): 1-15

22. Fantin M. Nivel socioeconómico y consumo de sustancias en una muestra de adolescentes escolarizados de San Luís, Argentina. Rev fund Hdad 2007; 1 (15):133-145
23. Méndez C. la estratificación social por el método de graffar Méndez Castellano Venezuela estandarización. Rev Venezolana 2005; 2(1) 25-83.
24. Salazar E. Consumo de alcohol y droga y factores psicosociales asociados en adolescentes de Lima. Rev An Fac Med 2004; 65(3): 1-8
25. Cruz J. Prevalencia de inicio en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en estudiantes de Morelos, Mex. Rev Salud Pub Mex 2004; 46(2):132-140
26. Cruz M. Prevalencia de consumo riesgoso y dañino de alcohol en derechohabientes del IMSS. Rev Salud Publica de Mex 2006; 44(2):113-121
27. Ramírez M. La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los adolescentes. Rev Cub Med Gen Integr 2005; 7(1): 1-12
28. Escalante G. Historia natural del alcoholismo. Rev Fac Med UNAM 2005; 2(1): 24-31
29. Fuentes M. Atención a familias en situaciones concretas. Rev Anales Salud Social Nacional 2004; 24(2): 83-90
30. López K. conducta antisocial y consumo de alcohol en adolescentes escolares. Rev latino-Am Enfermagem 2008; 16(2):1-7
- 31 Herrera M. Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. Rev Salud Pub Mex 2004; 46(2): 132-140.
32. De la cruz J. prevalencia de consumo de riesgo y dañino del alcohol en

derechohabientes del IMSS. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2002; 44(2):113-121

33. Salazar E. Consumo de alcohol y drogas y factores psicosociales asociados en adolescentes de Lima. Rev An Fac Med 2004; 65(3): 179-187

34. Wilfredo G. Comportamiento del alcohol en los estudiantes en las etapas de la adolescencia. Rev Cub Med Gen 2005; 21(1-2): 1-10

35. Fantin M. Nivel socioeconómico y consumo de sustancias en una muestra de adolescentes escolarizados de San Luís, Argentina. Rev fund Hda 2007; 1 (15):133-145

36. Zapata G. Disfunción en los adolescentes. Bol Med Hosp Infant Mex 2007; 64 (5): 264-269

37. Parra J. comunicación y conflicto familiar durante la adolescencia. Rev anales de psic 2004; 18(29):215-231

38. Magallanes J. Practicas de salud y su relación con las características sociodemográficas del nivel medio superior. Rev Colomb Med 2005; 26(2): 132-140

39. Jiménez C. Alteraciones psicológicas en el alcoholismo. Rev Anales Psicología 2005; 23(3): 322-327

40. Magallanes J. Practicas de salud y su relación con las características sociodemográficas del nivel medio superior. Rev Colomb Med 2005; 26(2): 132-140

ANEXO No.2.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
DELEGACION GUERRERO

Carta de consentimiento informado.

A quien corresponda:

Usted está siendo invitado a formar parte de un estudio de investigación y debe decidir si desea participar en él.

El estudio lleva por nombre “alcoholismo en los adolescentes como factor de riesgo en la disfunción familiar en la U.M.F. No.20 en Coyuca de Catalán, Gro,” se realizará en el Instituto Mexicano del Seguro Social. El propósito es generar información que permita orientar programas de prevención en los diferentes niveles y minimizar el riesgo del alcoholismo que lleve a la disfunción familiar.

El presente estudio no conlleva ningún riesgo para su salud, por lo contrario le ofrece a usted lo siguiente: tener una mayor información acerca de alcoholismo.

Su participación en este estudio es voluntaria, si usted decide no participar en el estudio, la atención médica que usted recibe actualmente no se verá afectada.

He leído y entendido este formato de consentimiento informado, y lo firmo por mi libre voluntad, sin haber estado sujeto a ningún tipo de presión o coerción para hacerlo.

Nombre: _____

ANEXO No. 3.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
DELEGACIÓN GUERRERO
FORMATO DE IDENTIFICACIÓN

Fecha_____

Nombre: _____

Numero de afiliación: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Alcoholismo: _____

Escolaridad _____

Etapas de la adolescencia _____

Funcionalidad familiar: _____

Estrato socioeconómico: _____

PRUEBA PARA IDENTIFICAR TRASTORNOS POR EL CONSUMO DE ALCOHOL

<p>1. ¿Qué tan frecuentemente ingiere bebidas alcohólicas? 0= Nunca. 1= Una vez al mes o menos. 2= Dos o cuatro veces al año. 3= Dos o tres veces por semana. 4= Cuatro o más veces por semana.</p>	<p>5. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber? 0= Nunca 1= Menos de una vez al mes 2= Mensualmente 3= Semanalmente 4= Diario o casi diario</p>
<p>2. ¿Cuántas copas se toma en un día típico de los que bebe? 0= 1 o 2 1= 3 o 4 2= 5 o 6 3= 7 a 9 4= 10 o más</p>	<p>6. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente bebió a la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior? 0= Nunca 1= Menos de una vez al mes 2= Mensualmente 3= Semanalmente 4= Diario o casi diario</p>
<p>3. ¿Qué tan frecuentemente toma seis o más copas en la misma ocasión? 0= Nunca 1= Menos de una vez al mes 2= Mensualmente 3= Semanalmente 4= Diario o casi diario</p>	<p>7. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido? 0= Nunca 1= Menos de una vez al mes 2= Mensualmente 3= Semanalmente 4= Diario o casi diario</p>
<p>4. Durante el último año ¿le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que había empezado? 0= Nunca 1= Menos de una vez al mes 2= Mensualmente 3= Semanalmente 4= Diario o casi diario</p>	<p>8. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente olvidó algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo? 0= Nunca 1= Menos de una vez al mes 2= Mensualmente 3= Semanalmente 4= Diario o casi diario</p>
<p>9. ¿Se ha lastimado o alguien ha resultado lesionado como consecuencia de su ingestión de alcohol? 0= No 2= Sí, pero no en el último año 4= Sí, en el último año</p>	<p>10. ¿Algún amigo, familiar o doctor se ha preocupado por la forma en que bebe o le ha sugerido que le baje? 0= No 2= Sí, pero no en el último año 4= Sí, en el último año</p>

Calificación: 0-3 sin riesgo de alcoholismo, 3-6 consumo perjudicial, y de 8 o más es dependencia alcohólica

ANEXO No. 5.

CUESTIONARIO DE FF SIL (CLIMA DE PERCEPCIÓN FAMILIAR).

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1.- Se toma desiciones para cosas importantes en la familia.					
2.- En mi casa predomina la armonía.					
3.- En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades.					
4.- Las manifestaciones de cariño forma parte de nuestra vida cotidiana.					
5.- Nos expresamos sin insinuaciones en forma clara y directa.					
6.- Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7.- Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8.- Cuando uno de las familias tiene un problema los demás los ayudan.					
9.- Se distribuyen la tarea de forma que nadie este sobrecargado.					
10.- Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11.- Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12.- Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13.- Los intereses y necesidades de cada uno son respetado por el núcleo familiar.					
14.- Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

Calificación: casi siempre (5), muchas veces (4), a veces (3), pocas veces (2), casi nunca (1).

Resultados: familia funcional (70-57), moderadamente funcional (56-43), disfuncional (42-28), severamente disfuncional (27-14).

Variables	Puntaje	Ítems
1. Profesión del Jefe de Familia	1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior)
	2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)
2.- Nivel de instrucción de la madre	1	Enseñanza Universitaria o su equivalente
	2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica Media
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
	4	Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)
	5	Analfabeta
3.-Principal fuente de ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
	3	Sueldo mensual
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo
	5	Donaciones de origen público o privado
4.- Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

El método se basa en 4 variables, el puntaje va del 1 a 5 y se indican los diferentes niveles en que se subdivide cada variable. Se suman las cantidades señaladas, calificando de la siguiente manera:

Estrato socioeconómico alto: 04-06.

Estrato socioeconómico medio 7-12,

Estrato socioeconómico bajo 13-20.