



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.92

**“COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR ASOCIADA AL CONSUMO DE ALCOHOL
EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 92”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA**

M. C. ABIGAIL HERNÁNDEZ TORRES

ASESORA DE TESIS:

E. EN MF DEVANE BELEM VEGA DE LUCIO

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 92

REGISTRO DE AUTORIZACIÓN: R-2022- 1401- 008

ESTADO DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR ASOCIADA AL CONSUMO DE ALCOHOL
EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 92”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

M. C. ABIGAIL HERNÁNDEZ TORRES

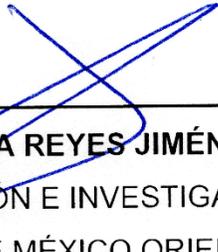
AUTORIZACIONES:



M. E. EN EDUCACIÓN FÁTIMA KORINA GAYTÁN NUÑEZ
COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE



M. EN MF. RODRIGO RAMÍREZ VALDÉZ
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 92, CIUDAD AZTECA
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE



M. EN EDUCACIÓN OLIVIA REYES JIMÉNEZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE



**“COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR ASOCIADA AL CONSUMO DE ALCOHOL
EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 92”**

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

M. C. ABIGAIL HERNÁNDEZ TORRES

AUTORIZACIONES:



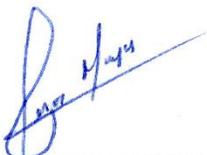
E. EN MF. DEVANE BELEM VEGA DE LUCIO

ASESORA DE TESIS, ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 92



M. EN EDUCACIÓN OLIVIA REYES JIMÉNEZ

COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 92



E. EN MF. MIREYA PÉREZ PÉREZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 92



**“COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR ASOCIADA AL CONSUMO DE ALCOHOL
EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 92”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO
DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

M. C. ABIGAIL HERNÁNDEZ TORRES

AUTORIZACIONES:



DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA UNAM



DR. GEOVANNI LÓPEZ ORTÍZ

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA UNAM



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADORA DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA UNAM





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **1401**.
H GRAL REGIONAL 196 Fidel Velázquez Sánchez

Registro COFEPRIS **17 CI 15 033 046**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 15 CEI 001 2017022**

FECHA **Miércoles, 27 de abril de 2022**

M.E. DEVANE BELEM VEGA DE LUCIO

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR ASOCIADA AL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 92**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2022-1401-008

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

ATENTAMENTE

Dr. GENARO ÁNGEL CUAZOCHPA DELGADILLO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1401

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

TESIS:

**“COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR ASOCIADA AL CONSUMO DE ALCOHOL
EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 92”**

INDICE DE CONTENIDO

I.	RESUMEN ESTRUCTURADO.....	1
II.	MARCO TEORICO.....	3
III.	JUSTIFICACIÓN.....	16
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
V.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	23
VI.	OBJETIVOS.....	23
VII.	HIPÓTESIS.....	24
VIII.	MATERIAL Y MÉTODOS	
	VIII.I Características donde se realizó el estudio.....	25
	VIII.II Diseño de Estudio.....	25
	VIII.III Universo de trabajo y grupo de estudio.....	26
	VIII.IV Criterios de selección.....	26
	VIII.V Tamaño de muestra.....	27
	VIII.VI Técnica de muestreo.....	28
IX.	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	29
X.	DESCRIPCION DEL ESTUDIO.....	34
XI.	INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.....	36
XII.	DISEÑO DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	38
XIII.	ASPECTOS ÉTICOS.....	40
XIV.	RECURSOS Y FINANCIAMIENTO.....	53
XV.	RESULTADOS.....	55
XVI.	DISCUSIÓN.....	71
XVII.	CONCLUSIONES.....	76
XVIII.	RECOMENDACIONES.....	78
XIX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80
XX.	ANEXOS.....	88

I. RESUMEN ESTRUCTURADO

Cohesión y adaptabilidad familiar asociadas al consumo de alcohol en adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar número 92.

Autores: Hernández T. A¹, Vega DL. DB²

Antecedentes: La Organización Mundial de la Salud considera el consumo de alcohol un serio problema de salud pública, se presenta en población adulta y en menores de edad. Se considera de origen multifactorial, donde factores micro y macro ambientales, como la familia, la sociedad y las características del propio individuo contribuyen al inicio y mantenimiento de esta conducta. La adolescencia es una etapa vulnerable ante esta problemática. Existe evidencia que la cohesión y adaptabilidad familiar alterada puede ser un determinante en el consumo de alcohol en el adolescente. **Objetivo:** Asociar la cohesión y adaptabilidad familiar al consumo de alcohol en adolescentes adscritos en la Unidad de Medicina Familiar No. 92. **Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio de tipo observacional, analítico, transversal y prospectivo de mayo 2022 a octubre 2022. Con una muestra de 168 adolescentes entre 15 y 19 años de edad adscritos la Unidad de Medicina familiar No. 92. Se aplicaron dos instrumentos de recolección para evaluar adaptabilidad y cohesión familiar, "FACES III", y consumo de alcohol, "Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol". Para conocer la asociación de las variables, se utilizó la prueba estadística de regresión logística multinominal. **Resultados:** Se incluyeron 168 adolescentes, donde se observó que el 63.1% (N=106) presenta una cohesión semirelacionada, 54.2% (N= 125) una adaptabilidad flexible y 72% se registra con una funcionalidad familiar balanceada. Respecto al consumo de alcohol 74.4% muestra un consumo de bajo riesgo, mientras 22% de alto riesgo. Se encontró que existe una asociación estadísticamente significativa entre cohesión y adaptabilidad familiar y consumo de alcohol con $p = .00$. **Conclusión:** Los adolescentes que presentan alteración en la cohesión y adaptabilidad familiar muestran un mayor consumo de alcohol, por lo que se debe desarrollar e implementar intervenciones enfocadas a la familia para aportar estrategias que coadyuven el buen funcionamiento familiar.

Palabras claves: Adaptabilidad y cohesión familiar, consumo de alcohol, Adolescencia.

¹Médico Cirujano. Residente de la Especialidad en Medicina Familiar UMF No. 92.

²Especialista en Medicina Familiar UMF No. 92.

ABSTRACT:

Family cohesion and adaptability associated with alcohol consumption in adolescents of the Family Medicine Unit number 92.

Authors: Hernández T. A¹, Vega DL. DB²

Background: The World Health Organization (WHO) considers alcohol consumption a serious public health problem, it occurs in the adult population and in minors. The effects of alcohol on the body are numerous and diverse. It is considered to be of multifactorial origin, where micro and macro environmental factors, such as family, society, and the characteristics of the individual himself, contribute to the initiation and maintenance of this behavior. Adolescence is a vulnerable stage in the face of this problem. There is evidence that altered family cohesion and adaptability may be a determining factor in adolescent alcohol consumption. **Objective:** To associate family cohesion and adaptability with alcohol consumption in adolescents assigned to the Family Medicine Unit No. 92. **Material and Methods:** An observational, analytical, cross-sectional and prospective study was carried out from May 2022 to October 2022. With a sample of 168 adolescents between 15 and 19 years of age assigned to the Family Medicine Unit No. 92. Two collection instruments will be applied to assess adaptability and family cohesion, "FACES III", and alcohol consumption, "Alcohol Use Disorders Identification Test". To know the association of the variables, the statistical test of multinomial logistic regression was used. **Results:** 168 adolescents were included, where it was observed that 63.1% (N=106) present a semi-related cohesion, 54.2% (N=54.2) a flexible adaptability and 72% register with a balanced family functionality. Regarding alcohol consumption, 74.4% show low-risk consumption, while 22% show high risk. It was found that there is a statistically significant association between family cohesion and adaptability and alcohol consumption with $p = .00$. **Conclusion:** Adolescents who present alterations in family cohesion and adaptability show a greater alcohol consumption, so family- focused interventions must be developed and implemented to provide strategies that contribute to good family functioning.

Keywords: Family adaptability and cohesion, alcohol consumption, adolescence.

¹Surgeon. Resident of the Specialty in Family Medicine UMF No. 92.

²Specialist in Family Medicine UMF No. 92.

II. MARCO TEORICO

Cohesión y adaptabilidad familiar

Olson, Sprenkleen y Russel (1989) definen el funcionamiento familiar como la interacción de vínculos afectivos entre miembros de la familia (cohesión) y que pueda ser capaz de cambiar su estructura con el fin de superar las dificultades evolutivas familiares (adaptabilidad). Esta teoría contempla las situaciones que atraviesan la familia durante la vida y los cambios que deben realizar en su estructura para lograr una adaptación y una cohesión, que ayuden a una mejor estabilidad para el crecimiento saludable de los integrantes.¹

Además, establece que un funcionamiento familiar balanceado es aquel que posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están asignados. Muchas veces este funcionamiento puede ser adecuado, pero otras veces puede verse afectado por algunas situaciones o factores estresantes que se presenten a lo largo del ciclo evolutivo de la familia, como en el caso que tengan un adolescente que consume alcohol.²

Olson, en su modelo circumplejo considera que existen tres dimensiones centrales en el funcionamiento familiar: **Cohesión**, que considera a los vínculos familiares y la independencia individual, la segunda dimensión es **Adaptabilidad**, que es un proceso de asimilación con el grupo. Por último, la dimensión **Comunicación**, donde recaen los mecanismos para emitir y descifrar mensajes.³

La **cohesión** se define como el grado de vinculación emocional que tienen los miembros de los sistemas familiares entre sí; grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia.⁴

En el modelo circumplejo de evaluación familiar desarrollado por Olson, Rusell y Sprenkle se realiza una clasificación de acuerdo al grado de cohesión:

- ✓ Aglutinada: Se refiere a un apego excesivo, debido a que existe mucha proximidad entre los miembros de la familia y por lo tanto manejan una muy alta cohesión.

- ✓ Conectada: Se refiere a que existe una proximidad en un nivel alto o moderado entre los miembros de la familia, por lo que el tipo de cohesión es moderada o alta.
- ✓ Separada: El nivel de proximidad es moderado o bajo entre los miembros de la familia, por lo que la cohesión se clasifica como moderada o baja.
- ✓ Desligada: se refiere a que existe una escasa proximidad que se puede traducir como un desapego entre los miembros de la familia, por lo que manifiestan un nivel de cohesión muy baja o nula.⁵

De estos cuatro niveles de cohesión el conectado y separado se consideran facilitadores del funcionamiento familiar debido a que las familias logran tener una experiencia equilibrada entre independencia y unión. Mientras que las familias en las que la cohesión es desligada o aglutinada tienden a ser más disfuncionales.⁶

La **Adaptabilidad** se define como la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo. Es decir que la estructura familiar puede verse afectada ante un cambio como la desintegración de una familia nuclear la cual ocasiona cambios en las reglas y roles que los hijos muchas veces no están acostumbrados a realizar y para poder lograr esta habilidad tratan de adaptarse.^{7,8}

Al igual que la cohesión, el modelo antes mencionado enuncia cuatro niveles de adaptabilidad: rígida (muy baja adaptabilidad), estructurada (baja a moderada adaptabilidad), flexible (moderada a alta adaptabilidad) y caótica (muy alta adaptabilidad).⁹

Éstas se explican de la siguiente forma:¹⁰

- ✓ Caótica: es un tipo de familia caracterizada por la ausencia de liderazgo, cambio de roles, disciplina muy cambiante o ausente.
- ✓ Flexible: se caracteriza por ser una familia con disciplina democrática, liderazgo y roles compartidos, que pueden variar cuando la familia considere necesario.

- ✓ Estructurada, caracterizada porque a veces los miembros de la familia tienden a compartir el liderazgo o los roles, con cierto grado de disciplina democrática, dándose cambios cuando sus integrantes los solicitan.
- ✓ Rígida, son familias con un liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina rígida sin opción de cambios.

Así entonces, el funcionamiento familiar implica interacción sistémica entre cohesión y adaptabilidad; si sus niveles son moderados sugieren adaptabilidad, a diferencia de la disfuncionalidad que se ubica en niveles extremos.¹¹

Se ha descrito en algunos estudios que los factores que intervienen sobre la funcionalidad familiar alterada son: la ausencia física y emocional de los padres, la deficiente calidad de los vínculos entre los miembros del sistema familiar, la ausencia de relaciones positivas dentro de la familia, como la falta de confianza entre sus integrantes, las escasas manifestaciones de afecto y la percepción de escasa cercanía entre sus miembros.^{12, 13}

Entre los años de 1979 a 1989, como un intento de involucrar o integrar tanto la investigación teórica como la práctica, Olson et al. (1989) proponen una escala destinada a evaluar la percepción del funcionamiento familiar en dos dimensiones: la Adaptabilidad y la Cohesión familiar, el "FACES III". Sin embargo, de forma implícita evalúa la variable de la comunicación, que se torna subyacente o estructural de la adaptabilidad y de la cohesión, esto quiere decir que entre más adaptada y cohesionada sea una familia mejor serán sus procesos comunicacionales y por el contrario entre menos adaptada y cohesionada sea una familia sus estados comunicacionales serán escasos.^{14, 15}

La escala antes mencionada es de fácil aplicación e interpretación, tiene un alto nivel de confiabilidad y se ha constituido en un instrumento con excelentes perspectivas de aplicación, tanto en la práctica clínica como en proyectos de investigación. Presentando un alfa de Cronbach de 0.82.¹⁶

Es un instrumento de auto aplicación que evalúa dos principales funciones a través de 20 reactivos; donde 10 corresponden a la dimensión de cohesión y 10 a la Adaptabilidad, con 5 opciones de respuesta. El puntaje mínimo a obtener por dimensión es de 10 puntos y el

máximo es de 50 puntos. Para hallar la dimensión de cohesión, se suman los ítems impares y para la dimensión de adaptabilidad los ítems pares. Dependiendo de la combinación de niveles de cohesión y adaptabilidad, se obtienen 16 tipos de funcionamiento familiar.¹⁷

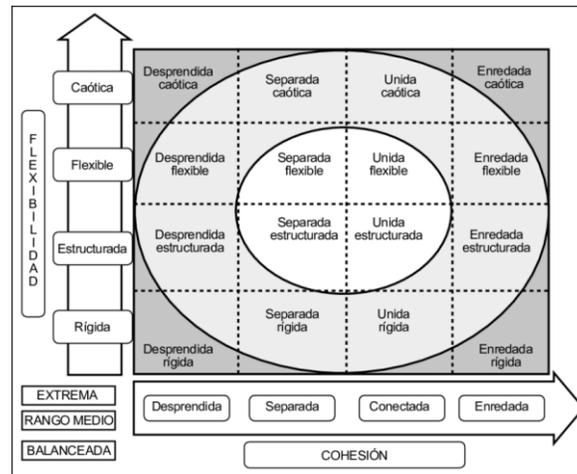


Figura 1. Modelo circumplejo para FACES III de Olson. Los ejes representan las dimensiones de cohesión y flexibilidad, a partir de ellos se genera la clasificación de 16 tipos familiares. Fuente: Manual Original del FACES-III de Olson.

Consumo de alcohol

El consumo de alcohol puede describirse en términos de gramos de alcohol consumido o por el contenido alcohólico de las distintas bebidas, en forma de unidades de bebida estándar. En Europa una bebida estándar corresponde a aquella que contiene alrededor de 10 gr de alcohol, en Estados Unidos y Canadá, contiene entre 12 y 14 gramos de alcohol.¹⁸

En México, de acuerdo a las Normas oficiales Mexicanas NOM-142 Y NOM-047 una unidad de bebida estándar contiene aproximadamente 13 gramos de etanol o alcohol etílico, semejante a lo contenido en una lata de cerveza de 330 ml al 5% aproximadamente, una copa de vino de 140 ml al 12% o un vaso de destilados de 40 ml al 40%.^{19,20}

Los patrones de consumo de alcohol se pueden definir de la siguiente manera:

Consumo de riesgo: Se considera un consumo de riesgo como aquel en el cual no existen consecuencias actuales relacionadas con el consumo de alcohol, pero sí riesgo futuro de

daño psicológico, social y físico. Es decir, es un patrón que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud si el hábito del consumo de alcohol persiste. El daño producido es, en general, directamente proporcional al nivel de consumo de alcohol, por tanto, no existe un nivel exento de riesgo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo describe como el consumo regular de 20 a 40g diarios de alcohol en mujeres y de 40 a 60g diarios en varones.²¹

Consumo perjudicial o dañino de alcohol: aquel que conlleva consecuencias tanto para la salud física (por ejemplo, cirrosis hepática) como para la salud mental (por ejemplo, depresión asociada al consumo) de la persona y está definido por la OMS como consumo regular promedio de más de 40g de alcohol al día en mujeres y de más de 60g al día en hombres.²²

Consumo excesivo de alcohol: definido como el consumo de cinco copas o más por ocasión en el último mes para los hombres; en el caso de las mujeres, cuatro copas o más por ocasión en el último mes.²³

Consumo excesivo episódico o circunstancial: implica el consumo, por parte de un adulto, de por lo menos 60g de alcohol en una sola ocasión. En los adolescentes y jóvenes se observa principalmente este tipo de consumo y se le denomina consumo de alcohol excesivo ocasional “binge drinking” que consiste en consumir seis o más bebidas estándar en un periodo de 2 horas para el hombre, y cuatro o más bebidas estándar para la mujer en ese periodo. Este patrón de consumo aumenta el riesgo de dependencia a la sustancia y de graves consecuencias a la salud.²⁴

Dependencia del alcohol: conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición con otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él.²⁵

En el DSM-IV, la dependencia se define como un grupo de síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento que indican que una persona presenta un deterioro del control sobre el consumo de la sustancia psicoactiva, y persiste en su consumo a pesar de las consecuencias adversas.²⁶

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en sus criterios de clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) define la dependencia del alcohol como el conjunto de manifestaciones fisiológicas, de conducta y cognitivas que se desarrollan tras el consumo repetido de la sustancia y que típicamente incluyen un fuerte deseo de consumir, dificultad de controlar el uso (se consume más o durante más tiempo del deseado o existen intentos infructuosos de abandonar la sustancia), persistencia en el consumo a pesar de consecuencias negativas, reducción o abandono de actividades sociales, ocupacionales o recreativas para consumir o como consecuencia del consumo, aumento de la tolerancia, aparición de síntomas de abstinencia o consumo para evitar los síntomas de abstinencia.²⁷

De acuerdo a la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el consumo de alcohol es un serio problema de salud pública, ya que las tendencias y proyecciones actuales apuntan a un aumento del consumo por habitante en los próximos 10 años, lo que hace imposible alcanzar el objetivo de reducción para el 2025, a menos de que se apliquen medidas eficaces para controlar el alcohol.²⁸

Los efectos del alcohol sobre el cuerpo son numerosos y diversos. El alcohol específicamente el etanol, es una potente droga psicoactiva con un número elevado de efectos negativos que pueden afectar de manera grave a nuestro organismo. El alcohol tiene un efecto bifásico sobre el cuerpo, es decir, que sus efectos cambian con el tiempo. Inicialmente, produce sensaciones de relajación y alegría, pero el consumo sostenido puede producir daños en los aparatos y sistemas del organismo.²⁹

El consumo excesivo de alcohol es un factor causal de más de 200 enfermedades, trastornos y lesiones. Los problemas relacionados con el alcohol y en particular con su consumo excesivo se encuentra dentro de los diez principales factores de riesgo de muerte y discapacidad.^{30,31}

En varios países el consumo de alcohol en la adolescencia produce gran preocupación, ya que reduce el autocontrol e incrementa comportamientos de riesgo, como las prácticas sexuales de riesgo o la conducción peligrosa. Además, es una causa subyacente de lesiones (en particular a consecuencia de accidentes de tránsito), violencia y muerte prematura. También puede generar problemas de salud que aparezcan en una etapa

posterior de la vida afectado la esperanza de vida. Más de una cuarta parte de las personas de entre 15 y 19 años del mundo, lo que supone 155 millones de adolescentes, son consumidores actuales de alcohol. En 2016, la prevalencia de ingesta episódica de grandes cantidades de alcohol en adolescentes de entre 15 y 19 años fue del 13,6%, estando los varones expuestos al mayor nivel de riesgo.³²

En un estudio realizado por Chaffee, Cheng y Hoeft (2021) encontraron que la prevalencia general del consumo de tabaco, cannabis y alcohol en los adolescentes no disminuyó durante la pandemia de COVID-19, lo que sugiere un acceso continuo, posiblemente a través de canales de acceso alternativos, como compras en línea o de padres u otros adultos.³³

En México, el consumo de alcohol es alto, en particular el consumo excesivo, que se presenta tanto en población adulta como en menores de edad. Siendo en las mujeres adolescentes donde se ha visto un incremento en el porcentaje de consumo excesivo los últimos años.³⁴

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-2019, el consumo de alcohol en los adolescentes presentó una prevalencia anual de 38.3% con un patrón de consumo diario y mensual de 0.8% y 262.6% respectivamente.³⁵

El problema de consumo de alcohol se considera multifactorial, donde factores micro y macro ambientales, como la familia, la sociedad y las características del propio individuo contribuyen al inicio y mantenimiento de esta conducta.³⁶

Factores de riesgo de la comunidad: poca relación de respeto para la comunidad, leyes y normas que fomentan el consumo de alcohol. El fácil acceso que se tiene a las drogas y al uso de armas. Factores de riesgo de la familia: los antecedentes de padres deprimidos, antisociales, conflictivos que consumen drogas, que ejercen poca disciplina y falta de supervisión, respeto y valores, mínima empatía familiar, los problemas de comunicación entre padres e hijos adolescentes; todo lo anterior favorece a un mayor riesgo de consumo abusivo de alcohol en los hijos. La referencia que tienen los hijos con respecto a sus padres también juega un papel importante para comprender el comportamiento de los jóvenes frente al consumo de alcohol. Si un adolescente percibe un modelo de consumo de alcohol

que observa dentro de su hogar como normal, adoptará este comportamiento dentro de su entorno con los amigos. Factores de riesgo escolares: el adolescente no está comprometido con su escuela ni con los deberes que ella implica lo que ocasiona un fracaso escolar. Factores de riesgo individuales y de los iguales: el inicio precoz de comportamientos de riesgo, consumo de drogas con los amigos, interacción con personas que tienen las mismas actitudes de rebeldía que no miden las consecuencias de sus actos ya que se encuentran en constante búsqueda de nuevas sensaciones.³⁷

Por otra parte, existen factores protectores que son atributos que ayudarán a evitar el consumo de alcohol, como son: autocontrol, aptitud académica, autoestima y autoconocimiento, supervisión parenteral, adecuada comunicación padres e hijos, estrategias de inclusión familiar y participación comunitaria, escuelas como espacios de protección al adolescente. Sin embargo, es importante remarcar que el rol de la familia es primordial para la prevención de la ingesta de alcohol, ya que, cada vez se consume a menor edad, se solicita una mayor presencia por parte de los cuidadores dentro del hogar, compartir tiempo de calidad con los hijos y ejercer un mayor control sobre las actividades que realizan los mismos.³⁸

En México, el 15 de noviembre de cada año se celebra el “Día Nacional contra el Uso Nocivo de Bebidas Alcohólicas” fecha que busca concientizar sobre los efectos negativos que produce el alcohol en la salud de los niños (as) y adolescentes. Para así evitar prácticas de riesgo y adoptar medidas para su prevención como: evitar ofrecer bebidas alcohólicas a los menores de edad, no venderles alcohol o comprarles bebidas alcohólicas, no mandar a comprar a los menores de edad bebidas alcohólicas o solicitarles que preparen alguna mezcla o coctel para sus padres o familiares cercanos. Además, se insta a los padres y a los adultos que en su interacción con el menor platique sobre los riesgos del consumo de alcohol a una edad temprana, conocer cuál es su opinión y mantener conversaciones sobre el tema, fomentando así actividades de esparcimiento sin involucrar el consumo de alcohol.³⁹

En nuestro país existen instrumentos con adecuadas propiedades psicométricas que evalúan el consumo de alcohol, así como diversos aspectos asociados a su consumo y percepción de riesgo.^{40, 41}

Uno de los instrumentos con los que se cuenta es el AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), el cual es un cuestionario autoadministrado, corto, flexible y fácil de utilizar. Elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a finales de los ochenta como parte de un estudio multicéntrico internacional. Se recomienda su uso sistemático como test de cribado, siendo uno de los más utilizados a nivel mundial por clínicos e investigadores.⁴²

El AUDIT es un cuestionario que consta de 10 ítems que evalúan la cantidad y frecuencia del consumo (ítems 1-3), los posibles síntomas de dependencia (ítems 4-6) y los problemas relacionados con el consumo de alcohol (ítems 7-10). El rango de puntuación oscila entre 0 y 40 puntos. Las 8 primeras preguntas se puntúan de 0 a 4 y las preguntas nueve y diez con 0, 2 y 4 puntos. La puntuación final permite identificar, en función del punto de corte establecido, la existencia de un posible consumo de riesgo. Cuenta con una buena consistencia interna, presentando un alfa de Cronbach que oscila entre 0.88-0.81 lo que significa que el instrumento tiene una fiabilidad entre 81 a 88%. Su sensibilidad es de 80% y especificidad 89%.⁴³

Además, es un apoyo en las intervenciones breves realizadas en pacientes con consumo de riesgo de alcohol. El nivel de riesgo de consumo de alcohol se clasifica en 4 zonas:

La **Zona I** se refiere al consumo de bajo riesgo o la abstinencia, generalmente indicada cuando la puntuación del AUDIT está entre 0 y 7. Este concepto se refiere no sólo a la cantidad de alcohol que se bebe, sino también a cómo y cuándo se ingiere y el efecto que su comportamiento puede tener en los demás cuando beben. La educación sobre el alcohol es la intervención de elección. La **Zona II** comprende el consumo de riesgo, generalmente indicada cuando la puntuación del AUDIT está entre 8 y 15. Es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. Los patrones de consumo de riesgo son importantes para la salud pública a pesar de que el individuo aún no haya experimentado ningún trastorno. El consejo simple apoyado con un folleto educativo es la intervención de elección. La **Zona III**, comprende el consumo perjudicial, generalmente indicada cuando la puntuación del AUDIT está el rango de 16 a 19. En este nivel los bebedores ya han experimentado problemas de salud físicos, mentales y sociales. El consejo simple, la terapia breve y seguimiento es la intervención de elección. La **Zona IV**, comprende el consumo dependiente, está sugerido por puntuaciones del

AUDIT por encima de 20. Estos pacientes deben derivarse a un especialista para una evaluación diagnóstica y un posible tratamiento de la dependencia de alcohol.^{44, 45, 46}

Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años. Normalmente la dividen en 2 fases; adolescencia temprana de 12 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años. Representa una etapa singular del desarrollo humano y un momento importante para sentar las bases de una buena salud.⁴⁷

La adolescencia tardía se caracteriza porque usualmente ya se han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su crecimiento disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones.⁴⁸

En general la adolescencia es un período de desarrollo en el que los jóvenes experimentan una serie de cambios biológicos, sociales y emocionales que pueden tener implicaciones para las relaciones sociales. Es una etapa en donde biológicamente el individuo progresa desde la aparición inicial de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual; psicológicamente los procesos psicológicos del individuo y las pautas de identificación evolucionan desde los niños a las del adulto; socialmente se realiza una transición del estado de dependencia socioeconómica total a una relativa independencia.⁴⁹

Aunque la adolescencia está considerada como una etapa saludable de la vida, en su transcurso se producen muertes, enfermedades y traumatismos en una proporción considerable. Gran parte de esos problemas se pueden prevenir o tratar. Durante esta fase, los adolescentes establecen pautas de comportamiento que pueden proteger su salud y las de otras personas a su alrededor, o poner su salud en riesgo en ese momento y en el futuro. Entre estas conductas podemos mencionar las relacionadas con la alimentación, la actividad física, el consumo de sustancias psicoactivas y la actividad sexual.⁵⁰

Los adolescentes suelen experimentar conflictos con los padres, cambios de humor y comportamientos de riesgo. Además, comienzan a renegociar sus relaciones con sus padres mientras luchan por una mayor autonomía. Debido a la gran cantidad de cambios que ocurren simultáneamente, muchos adolescentes pueden tener dificultades para adaptarse, lo que posteriormente puede ponerlos en riesgo de tener problemas de adaptación.⁵¹

Al ser la adolescencia una etapa que implica cambios en el desarrollo del ser humano, se considera una etapa vulnerable. Existen autores que han documentado que la funcionalidad familiar alterada puede ser un determinante crucial para el desarrollo de estilos de vida no saludables, como es el consumo de alcohol y comportamientos desadaptativos, así como el desarrollo de problemas emocionales durante la adolescencia, debido a que se rompe con la función socializadora de la familia hacia los hijos.^{52, 53}

Cohesión- adaptabilidad familiar y consumo de alcohol

Es importante considerar cuales son los factores que pueden inducir al menor a consumir alcohol, teniendo en cuenta el rol que cumple la familia por ser un agente principal en el desarrollo del ser humano. Se cuentan con investigaciones respecto al papel que juega la familia en el consumo de alcohol, como son las siguientes:

Alonso, Yáñez y Armendáriz (2017) realizaron una investigación sobre la funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria, en México. Identificó que 76.2% de los adolescentes presentan una buena funcionalidad familiar, 23% una disfuncionalidad moderada a severa y que el 39 % de los adolescentes presenta un consumo perjudicial y dependencia de alcohol. Además, concluyó que el consumo de bajo riesgo fue más alto en los adolescentes que refieren funcionalidad familiar (72.2%), en relación al consumo dependiente y dañino este fue más alto en los adolescentes que perciben disfunción familiar moderada (32%).^{54,}

Vázquez, Santamaría y Qirarte (2020) realizaron un estudio para determinar la relación entre el sistema familiar y consumo de alcohol en adolescentes estudiantes de bachillerato en zonas suburbanas del estado de Jalisco. Identificó que un 54.9% de los adolescentes se

ubica dentro de un consumo de alcohol sensato, 37.9% practica un consumo de riesgo y el 73.3% podría desarrollar dependencia al alcohol. Por otra parte, identificó que el 65.3% tiene un sistema familiar protector y el 34.7% pertenece a un sistema familiar de riesgo. Además, refiere la existencia de una relación estadísticamente significativa entre el sistema familiar y el consumo de alcohol de -0.282 (rho de Spearman). Concluyó que, a mayor sistema familiar protector, menor consumo de alcohol.⁵⁵

Barrantes y Vázquez (2016) realizaron una investigación para demostrar la correlación entre el funcionamiento familiar y el consumo de alcohol en los estudiantes universitarios del primer año de la carrera profesional de Ingeniería Civil de la Universidad Nacional de Cajamarca. Los resultados refieren que existe correlación entre la variable “Funcionamiento familiar” y la variable “Consumo de alcohol”, más no es una correlación significativa. Por otra parte, reportan que tampoco existe correlación entre la dimensión de cohesión familiar y el consumo de alcohol.⁵⁶

Coaquira y Arroyo (2017) realizaron una investigación para determinar la relación entre el funcionamiento familiar, el consumo de alcohol y el inicio sexual en estudiantes mujeres del 3ro, 4to y 5to de secundaria de un colegio nacional en el departamento de Junín. En el cual comprobaron que existe relación entre el funcionamiento familiar y la primera relación sexual ($p=0.01$), entre el consumo de alcohol y la primera relación sexual ($p=0.001$) y entre el funcionamiento familiar y el consumo de alcohol ($p=0.02$). Además, concluyó que existe relación entre el funcionamiento familiar en la dimensión adaptabilidad y cohesión y el consumo de alcohol de las estudiantes mujeres de un colegio nacional en Junín con un P valor de .003 y .000 respectivamente.⁵⁷

Paqui (2017) en Ecuador, realizó una investigación respecto a la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol en adolescentes de bachillerato de la Zona 7 Ecuador, con el propósito de establecer la relación entre la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol en este grupo. Concluyó que no existe asociación estadísticamente significativa cuando se analiza la funcionalidad familiar con el consumo de alcohol.⁵⁸

En resumen, la disfuncionalidad familiar incrementa el riesgo de consumo de alcohol en los adolescentes, dicho ambiente puede agravar las consecuencias biopsicosociales como la dependencia al alcohol de manera temprana, el involucramiento con otras drogas, el riesgo

de infecciones virales, el desarrollo de enfermedades de hígado y páncreas, la ejecución de conductas de riesgo como sexo sin protección y los accidentes automovilísticos.

Por lo anterior, es importante que el médico de primer nivel adquiera mayor conocimiento sobre la funcionalidad familiar (que engloba la cohesión y adaptabilidad familiar), y el consumo de alcohol en adolescentes para proponer intervenciones que tengan un enfoque en el cuidado de promoción de la salud y de prevención del riesgo de consumo de alcohol al interior de las familias, especialmente en los adolescentes debido a la etapa de transición y vulnerabilidad en la que se encuentran.

III. JUSTIFICACION

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el consumo de alcohol es un serio problema de salud pública, ya que las tendencias y proyecciones actuales apuntan a un aumento del consumo por habitante en los próximos 10 años, lo que hace imposible alcanzar el objetivo de reducción para el 2025, a menos de que se apliquen medidas eficaces para controlar el alcohol.²⁸

El consumo excesivo de alcohol es un factor causal de más de 200 enfermedades, trastornos y lesiones. Los problemas relacionados con el alcohol y en particular con su consumo excesivo se encuentra dentro de los diez principales factores de riesgo de muerte y discapacidad.³¹

El porcentaje de defunciones atribuibles al consumo de alcohol entre los hombres asciende al 7,7% de todas las defunciones, comparado con el 2,6% entre las mujeres.³⁰

En México, el consumo de alcohol es alto, en particular el consumo excesivo, que se presenta tanto en población adulta como en menores de edad. Siendo en las mujeres adolescentes donde se ha visto un incremento en el porcentaje de consumo excesivo los últimos años.³⁴

El consumo de alcohol en menores se asocia con un mayor riesgo de depresión, ansiedad, trastornos del sueño, autolesiones, comportamiento suicida y una mayor participación en otros comportamientos de riesgo, como el comportamiento sexual de alto riesgo, conducción de vehículos en estado de ebriedad y el comportamiento delictivo. El consumo de alcohol durante la adolescencia puede tener un impacto negativo en la asistencia y el rendimiento escolar.^{59, 60}

De las distintas etapas de la vida, la adolescencia se caracteriza por ser un grupo vulnerable y expuesto de recibir impactos por la publicidad, los medios de comunicación y la misma sociedad a través de diversos mensajes que generan adicción a distintas cosas, sobre todo aquéllas relacionadas a la ingesta de sustancias psicotrópicas (principalmente tabaco, drogas y alcohol).³

El consumo nocivo de alcohol en los adolescentes está influenciado por el entorno en que se desenvuelve y es multifactorial (violencia, falta de pertenencia a grupos en común, baja autoestima, familia disfuncional, dificultades económicas, entre otros).⁶¹

Así, una funcionalidad familiar alterada puede ser un determinante crucial para el inicio y mantenimiento de la conducta de consumo de alcohol en esta etapa de la vida. Por tanto, un pilar importante para reducir el consumo de alcohol en los adolescentes, es favorecer una adecuada cohesión y adaptabilidad familiar, formando una base sólida y generando un ambiente positivo en este sistema, con el objetivo de reducir las enfermedades que se relacionan con el consumo nocivo de alcohol. Además, una intervención temprana puede prevenir problemas relacionados con el alcohol en los adolescentes.^{54, 62}

Con la ejecución de este estudio, se busca realizar un tamizaje de detección del consumo de alcohol en adolescentes aplicando el Test de AUDIT, y mediante la aplicación del cuestionario FACES III conocer el nivel de su cohesión y adaptabilidad familiar. Así mismo, ver si existe asociación de este problema de salud con una adaptabilidad y cohesión familiar disfuncional.

Los participantes de este proyecto de investigación, se verán beneficiados al concientizar sobre los efectos negativos que ocasiona el alcohol, principalmente en los adolescentes, y cómo se asocia esta problemática con la adaptabilidad y cohesión familiar ya sea como un factor protector o desencadenante para el consumo nocivo de alcohol.

La utilidad de este estudio para la comunidad será sensibilizar a ésta sobre los riesgos del consumo de alcohol en la adolescencia y reconocer a la familia como un elemento clave para la prevención del alcoholismo y del abuso de las bebidas alcohólicas. Además, concientizara la importancia de crear y apoyar entornos sin alcohol sobre todo para adolescentes.

Los beneficios para la institución será concientizar a los trabajadores de la salud, principalmente fortalecer al médico de primer nivel en la actuación de la contención del alcoholismo a través de la detección temprana. Así como reforzar el compromiso en atención primaria para adoptar medidas que detecten de manera oportuna y contrarresten el uso nocivo del alcohol, gestionar los trastornos por consumo de alcohol y problemas de

salud asociados; así como favorecer un ambiente familiar positivo como factor protector.⁴⁵ Y de manera particular conocer la situación en la que se encuentra la Unidad de Medicina Familiar No. 92 en relación al consumo nocivo de alcohol en los adolescentes adscritos a esta unidad.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Trascendencia.

El abuso del alcohol y el alcoholismo han cobrado gran importancia en las últimas décadas debido a sus consecuencias sociales, sanitarias y económicas a nivel mundial.⁶³

Actualmente, el alcoholismo es aceptado como uno de los principales y grandes problemas que afectan a la humanidad y a la salud pública en el mundo, por representar una grave amenaza al bienestar y la vida del ser humano. Tiene predominio en el sexo masculino, aunque es cada vez mayor su adicción por el sexo femenino y en jóvenes en general. Por este motivo, varios países dedican cuantiosos recursos financieros a su investigación. En la lucha contra esta adicción las instituciones estatales de salud, entre otras, y la población en general, cumplen una importante función para prevenir y controlar esta enfermedad.⁶⁴

En México la mayor parte de los problemas reportados se asocian a la condición de abuso más que con la dependencia, sin embargo, ambos trastornos tienen consecuencias negativas en la salud. De acuerdo al Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) el consumo de alcohol en el país es alto, en particular el consumo excesivo, que se presenta no solo en la población adulta, sino también en menores de edad, siendo las mujeres adolescentes donde se ha visto un incremento en el porcentaje de consumo excesivo los últimos años.^{65,34}

Los problemas asociados al consumo nocivo de alcohol perjudican especialmente a los adolescentes, porque se considera un grupo vulnerable, debido que el consumo en edades tempranas afecta el desarrollo neurológico, debido a la neurotoxicidad del alcohol, situación que se agrava cuando se bebe en grandes cantidades o hasta la embriaguez. Por otra

parte, el consumo excesivo de alcohol durante la adolescencia se asocia con el consumo excesivo de alcohol durante la edad adulta.⁶⁶

El consumo de alcohol es causante de varias enfermedades entre las que destacan: cirrosis hepática, desórdenes neuropsiquiátricos y comportamentales, diabetes mellitus, cáncer, enfermedades cardiovasculares, daños en el hígado, estómago y sistema nervioso, desnutrición y anemia. Además, el uso nocivo de alcohol está vinculado a lesiones intencionales (suicidio y violencia) y no intencionales (accidentes de tráfico, caídas, traumatismos, envenenamientos, entre otros), a graves problemas sociales y de desarrollo, que incluyen violencia familiar, abuso de menores, ausentismo laboral y deserción escolar.^{30,67}

El problema del consumo de alcohol se considera multifactorial, donde factores como la familia, la sociedad y las características del propio individuo contribuyen en el inicio y mantenimiento de esta conducta. La funcionalidad familiar alterada puede ser un determinante decisivo para el inicio y mantenimiento de la conducta de consumo de alcohol en la adolescencia. Por tanto, una cohesión y adaptabilidad familiar disfuncional se convierte en un riesgo para el desarrollo de estilos de vida no saludables y de comportamientos desadaptativos, como el consumo de alcohol, así como el desarrollo de problemas emocionales.^{36,54}

Magnitud, frecuencia y distribución.

El alcohol es una de las sustancias psicoactivas más comúnmente usadas en el mundo. El consumo de alcohol se encuentra dentro de los diez principales factores de riesgo de muerte y discapacidad a nivel mundial. La OMS indica que el consumo nocivo de alcohol es una práctica que aumenta las posibilidades de que una persona padezca consecuencias adversas. Este tipo de consumo provoca anualmente 3 millones de muertes en el mundo lo que representa un 5.3% de todas las defunciones, en su mayoría hombres. En el grupo de edad de 20 a 39 años, un 13.5% de las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol. Además, se le atribuye el 5.1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones, calculado en términos de la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad (EVAD).^{31,30}

El uso nocivo de alcohol es factor causal de más de 200 enfermedades y trastornos. Sin embargo, la magnitud del problema no solo se remite a las consecuencias sanitarias, sino

también a las pérdidas sociales y económicas importantes tanto para las personas como para la sociedad en su conjunto.⁶⁶

Los adolescentes son un grupo esencialmente vulnerable. El consumo de alcohol antes de los 15 años de edad, se relaciona con un mayor riesgo de presentar alcoholismo en la edad adulta, por lo que cualquier consumo de alcohol en este grupo se considera de alto riesgo. En los adolescentes de 15 a 19 años, el consumo de alcohol es el factor de riesgo más importante con respecto a la enfermedad. Los efectos que se asocian al consumo temprano de bebidas alcohólicas son comportamientos que implican conductas riesgosas (conducción en estado de ebriedad, consumo de tabaco, autolesiones, episodios de violencia, comportamientos de riesgo en las relaciones sexuales), la reducción del rendimiento escolar y los conflictos interpersonales.^{68, 69}

Su uso es especialmente alarmante en las Américas, donde se estima que el consumo total per cápita es 25% superior al promedio mundial. El 54% de la población total son bebedores actuales, el 29% son abstemios y el 17% son ex bebedores. Aunque aparentemente ahora beben menos personas, las que lo hacen beben más. El consumo anual per cápita entre los bebedores fue de 15.1 litros y entre las personas mayores de 15 años de 8,0 litros. En los últimos cinco años se ha incrementado la tasa de episodios de consumo excesivo, tanto en hombres como en mujeres. El alcohol estuvo relacionado con el 5.5% de las muertes en la región de las Américas, es decir, con más 300,000 muertes al año. De éstas, 85,032 muertes (1.4%) anuales se atribuyeron exclusivamente al consumo de bebidas alcohólicas. El 64.9% de estas muertes pertenecieron a personas menores de 60 años y se debieron principalmente a hepatopatías (63.9%) y trastornos neuropsiquiátricos (27.4%), como la dependencia de alcohol. El número de hombres que fallecieron por consumir alcohol fue superior al de mujeres, representado los primeros un 83.1% de las muertes atribuibles exclusivamente al consumo de alcohol. Alrededor del 80% de las muertes en las cuales el consumo de bebidas alcohólicas fue una “causa necesaria” ocurrieron en tres de los países más poblados: Estados Unidos (36,9%), Brasil (24,8%) y México (18,4%).^{70, 71}

En las Américas el 40.5% de todos los bebedores actuales son bebedores episódicos pesados, es decir beben al menos 5 bebidas por ocasión al menos una vez al mes. La población total mayor de 15 años que son grandes bebedores episódicos representa un 21.3%. Mientras que los adolescentes de 15 a 19 años que son grandes bebedores

episódicos representan un 18.3%. Por otra parte, se registra que el 8.2% de la población mayor de 15 años muestra un trastorno por consumo de alcohol.⁶⁹

En México, el consumo de alcohol es alto, en particular el consumo excesivo, que se presenta tanto en población adulta como en menores de edad. Siendo en las mujeres adolescentes donde se ha visto un incremento en el porcentaje de consumo excesivo los últimos años. La Secretaría de Salud, refiere que los problemas familiares (10%) y la invitación de la propia familia (2.9%) son unas de las causas del inicio de su consumo.⁵⁹ En el 2015, el consumo de alcohol provocó 44,700 muertes (6.5% del total) y 5.2% (1.5 millones) de los años de vida saludables perdidos (AVISA) en México. El grupo de edad con mayor carga atribuible a este factor fue el de 15 a 49 años. Durante el año 2017 el consumo de alcohol se posicionó como el sexto factor de riesgo asociado a muerte prematura en población general, sin embargo, fue el cuarto factor de riesgo más importante para muerte prematura en los menores de 20 años y el quinto factor de riesgo para discapacidad, con diferencias importantes entre sexos.^{34,39}

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19 en nuestro país, la prevalencia global de consumo anual de bebidas alcohólicas entre los adultos es de 94.3% (49,812,800 consumidores); en los hombres de 94.7% (29,907,700 consumidores) y en las mujeres de 93.7% (19,905, 100 consumidoras). La razón de consumo de alcohol hombre: mujer es de 1. En cuanto al consumo excesivo (abuso) de alcohol entre los adultos se encontró que 35.5% (18,773,600) consumió de manera excesiva, 43.6% (13,775,900) en hombres y 23.5% (4,997, 800) en mujeres. Mientras en los adolescentes el consumo de alcohol presenta una prevalencia anual de 38.3% con un patrón de consumo diario y mensual de 0.8 y 26.6% respectivamente. El consumo de alcohol de manera excesiva es de 22.3% en hombres y 14.7% en mujeres.³⁵

Vulnerabilidad.

Los problemas relacionados con el alcohol y en particular con su consumo excesivo figuran entre los principales problemas de salud pública en el mundo, y constituyen una grave amenaza para la salud, el bienestar y la vida de la humanidad.³¹

El consumo de alcohol a una edad temprana se asocia con problemas futuros relacionados con el alcohol. Por lo anterior, es primordial dirigir esfuerzos en los adolescentes para evitar el desarrollo de tendencias adictivas al alcohol, el cual es considerado uno de los principales factores de riesgo a la salud de nuestro país, principalmente en los jóvenes y menores de edad.²⁵

En México, la Ley General de Salud considera el consumo de bebidas alcohólicas por menores de edad como uso nocivo de alcohol. Ante esta problemática el Congreso de la Unión, declaró el 15 de noviembre de cada año como “Día Nacional contra el Uso Nocivo de bebidas Alcohólicas”, con el objetivo de crear conciencia sobre los efectos negativos que produce el alcohol en la salud de los niños y adolescentes, y con esto, generar alternativas que influyan para explorar estilos de vida libres de alcohol.³⁹

En 1997 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), propuso en su *Programa institucional de fomento a la salud ante las adicciones*, que en la atención de medicina familiar se identificara a la población con alto riesgo de consumo de alcohol y a quienes ya son consumidores, reconociera los padecimientos relacionados con el consumo de alcohol para su tratamiento, aplicará modelos de intervención y derivará a los pacientes y sus familiares a grupos de autoayuda.⁴⁵

Sin embargo, los médicos de atención primaria pueden no detectar el consumo de alcohol debido a limitaciones de tiempo, falta de recursos, falta de capacitación, desconocimiento de los instrumentos de detección y actitudes hacia problemas de salud particulares, incluida la estigmatización de riesgo.⁷²

Considerando la poca asistencia de los adolescentes a consulta médica y la situación de pandemia que se vive en el país, la investigación se puede ver afectada si los sujetos de estudio no presentan disponibilidad para participar en el estudio y no se alcance el tamaño de la muestra. Además, existen escasos antecedentes de correlación entre las variables consumo de alcohol y funcionamiento familiar.

Factibilidad.

Para llevar a cabo este protocolo de estudio se hará uso de los recursos humanos como el investigador, el asesor, el coparticipe en el análisis estadístico de los resultados y se solicitará apoyo de ARIMAC para la obtención de datos de los adolescentes adscritos a la unidad de medicina familiar. En relación a la infraestructura se utilizarán las instalaciones de las mismas para realizar las encuestas.

Además, mediante el empleo de los instrumentos de medición elegidos (validados con un alfa de Cronbach superior al 0.8%) podremos determinar tanto la cohesión y adaptabilidad familiar y el consumo de alcohol de nuestros sujetos de estudio, sin vulnerar a nuestra población, ya que los instrumentos que se utilizaran para este estudio son cuestionarios escritos que no representan riesgo durante su aplicación.

Por todo lo anterior, la factibilidad para la presente investigación es aceptable, porque no demanda costos excesivos para su realización.

V. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la asociación entre cohesión y adaptabilidad familiar y el consumo de alcohol en adolescentes adscritos en la Unidad de Medicina Familiar número 92 durante el año 2022?

VI. OBJETIVOS

Objetivo general.

- Asociar la cohesión y adaptabilidad familiar con el consumo de alcohol en adolescentes adscritos en la Unidad de Medicina familiar número 92.

Objetivos específicos.

1. Determinar el grado de cohesión y adaptabilidad familiar mediante la aplicación de la escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III en los adolescentes adscritos de la UMF 92.
2. Conocer el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol mediante la aplicación del instrumento de detección del consumo de alcohol AUDIT en los adolescentes adscritos a la UMF 92.
3. Identificar las variables sociodemográficas más frecuentes en los adolescentes adscritos a la UMF 92 durante el año 2021 (edad, sexo, nivel educativo, estrato socio-económico).

VII. HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo (Hi)

Si existe alteración en la cohesión y adaptabilidad familiar, entonces se asociará a mayor consumo de alcohol en los adolescentes de la UMF 92.

Hipótesis nula (Ho)

Si existe alteración en la cohesión y adaptabilidad familiar, entonces se asociará a menor consumo de alcohol en los adolescentes de la UMF 92.

VIII. MATERIAL Y MÉTODOS

VIII.I Características donde se realizó el estudio.

El presente estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar #92, perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), delegación oriente del Estado de México. Con domicilio en Avenida Central y Santa Prisca, colonia Ciudad Azteca, C.P. 55120, Ecatepec de Morelos, Estado de México.

Unidad que proporciona atención a 44,359 derechohabientes tanto a trabajadores como a sus beneficiarios, de los cuales 853 son adolescentes en edades comprendidas entre los 15 y 19 años, de los cuales 523 son mujeres y 330 hombres.

VIII.II Diseño del estudio.

Para alcanzar el objetivo planteado y comprobar la hipótesis propuesta se planteó el siguiente diseño de investigación:

- **Por el control de la maniobra experimental: Observacional.**

Debido a que se limitó estudiar los fenómenos sin modificación de las variables del estudio: "cohesión y adaptabilidad familiar y el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol". Se observará y recolectará la información mediante cuestionarios que se aplicaran a los adolescentes, de la UMF 92 durante el año 2022.

- **Por el control de captación de la información: Prospectivo.**

Debido a que la recolección de datos se realizó posterior a la planificación del estudio, es decir, se efectuó después de aplicar a los adolescentes adscritos a la UMF 92 los instrumentos diseñados para evaluar la adaptabilidad y cohesión familiar (FACES III) y el consumo de alcohol (AUDIT).

- **Por la medición del fenómeno en el tiempo: Transversal.**

Porque la identificación de las variables sociodemográficas y la aplicación de los instrumentos FACES III y AUDIT para evaluar la adaptabilidad y cohesión familiar y

el consumo perjudicial de alcohol en nuestro grupo de estudio respectivamente se realizó en una sola ocasión para su medición.

- **Analítico:** porque el objetivo del estudio es la búsqueda de la asociación entre las variables cohesión y adaptabilidad familiar (variable independiente) con el consumo de alcohol (variable dependiente) en los adolescentes adscritos en la UMF 92 mediante estadística inferencial.

VIII.III Universo de trabajo y grupo de estudio.

La presente investigación se realizó en adolescentes de 15 a 19 años, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) adscritos a la UMF No. 92; que son miembros de una familia, que se encuentran en condiciones heterogéneas de salud, es decir, aparentemente sanos o con alguna patología de base exceptuando los que se mencionan en los criterios de selección. De acuerdo a los datos obtenidos a través del Área de Información Médica y Archivo Clínico (ARIMAC), la base de la población en la que se sustenta esta investigación es de 853 adolescentes registrados.

VIII.IV Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Adolescentes derechohabientes del IMSS adscritos a la UMF 92.
- Adolescentes en un rango de edad de 15 a 19 años
- Adolescentes que aceptaron con previa información participar en el estudio de forma voluntaria, mediante la autorización del consentimiento informado firmado por sus padres o representante legal y una carta de asentimiento de menores de edad firmada por el adolescente.

Criterios de exclusión:

- Adolescentes con diagnóstico o manejo médico de algún trastorno psiquiátrico como: esquizofrenia, trastorno depresivo mayor, ansiedad, trastornos alimenticios.

- Adolescentes consumidores o dependientes a otras drogas (cocaína, marihuana, éxtasis, LSD, crac, piedra, etc.)
- Adolescentes en estado de embriaguez al momento de la aplicación de las encuestas.

Criterios de eliminación:

- Adolescentes que no contesten en su totalidad los instrumentos de evaluación
- Sujetos de investigación que llenen de forma incorrecta la prueba.

VIII.V Tamaño de la muestra

Para el desarrollo de esta investigación, el tamaño de la muestra fue calculado mediante la fórmula de dos proporciones, tomado en cuenta como universo de trabajo 853 adolescentes de 15 a 19 años adscritos a la UMF No. 92. Con base a la formula antes mencionada y los datos previamente recabados de la población general de adolescentes derechohabientes, el tamaño de la muestra fue de 168 sujetos.

$$n_c = n_e = \frac{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}{(p_1 - p_2)^2} * (Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2$$

n = Tamaño de la muestra buscada

P1= Proporción esperada de alteración de la cohesión y adaptabilidad familiar en los adolescentes= 0.23% ⁽⁵⁴⁾

P2= Proporción esperada de consumo de riesgo, perjudicial y dependencia de alcohol en los adolescentes= 0.39% ⁽⁵⁴⁾

(P1-P2) = Diferencia de las proporciones entre ambos grupos.

Z_{α/2}= Valor del eje de las abscisas de la función normal estándar en dónde se acumula la probabilidad de (1-α). =1.96.

Z_β = Valor del eje de las abscisas de la función normal estándar, en dónde se acumula la probabilidad de (1-β). =1.28.

Para fines de este estudio se utilizaron los siguientes valores y se sustituyeron en la fórmula de la siguiente manera:

$$n = \frac{0.23 (1-0.23) + 0.39 (1-0.39)}{(0.23-0.39)^2} (1.96+1.28)^2$$

$$n = \frac{0.23 (0.77) + 0.39 (0.61)}{(-0.16)^2} (3.24)^2$$

$$n = \frac{0.17 + 0.23}{0.025} (10.50)$$

$$n = \frac{0.40}{0.025} (10.50)$$

$$n = 16 * 10.50 = 168$$

$$n = 168$$

VIII.VI Técnica de muestreo

Para la presente investigación se utilizó una técnica de muestreo probabilística, con una selección aleatoria simple; siendo incluidos los adolescentes adscritos a la UMF 92 que desearon participar en este estudio y que fueron autorizados por sus padres o tutores en los menores de edad.

IX. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
Cohesión y adaptabilidad familiar (Funcionalidad Familiar) - Variable Independiente	Es la interacción de vínculos afectivos entre miembros de la familia, lo que se considera como cohesión; los cuales pueden ser capaces de cambiar la estructura familiar con el fin de superar las dificultades evolutivas familiares lo que se conoce como adaptabilidad	Puntuaciones obtenidas en la escala FACES III de David Olson (1993), en donde se mide la dimensión de cohesión y la dimensión de adaptabilidad. Al cruzar ambas dimensiones en el modelo circunplejo se clasifica de la siguiente manera: a) Nivel balanceado b) Nivel medio c) Nivel Extremo Cuenta con un alfa de Cronbach de 0.82. ¹⁶	Cualitativa	Ordinal	a) Nivel balanceado b) Nivel medio c) Nivel Extremo

Cohesión familiar	<p>Distancia y proximidad que existe entre los miembros de una familia y comprende dos aspectos que son el lazo emocional que tienen los miembros de la familia entre sí y el grado de autonomía de cada miembro de la familia.⁵</p>	<p>Obtenida mediante la aplicación de la escala Faces III, que cuenta con un alfa de Cronbach de 0.82, con 20 ítems.¹⁶</p> <p>Se evaluará de acuerdo con los siguientes parámetros:</p> <p>No relacionada: 10-34</p> <p>Semirelacionada: 35-40</p> <p>Relacionada: 41-45</p> <p>Aglutinada: 46-50</p>	Cualitativa	Ordinal	<p>a) No relacionada</p> <p>b) Semirelacionada</p> <p>c) Relacionada</p> <p>d) Aglutinada</p>
-------------------	---	--	-------------	---------	---

Adaptabilidad familiar	La habilidad del sistema para cambiar su estructura de poder, la dinámica entre los roles y las reglas de las relaciones familiares en respuesta a estresores evolutivos y situacionales. ⁵	<p>Obtenida mediante la aplicación de la escala Faces III, que cuenta con un alfa de Cronbach de 0.82 con 20 ítems.¹⁶</p> <p>Se evaluará de acuerdo con los siguientes parámetros:</p> <p>Rígida: 10-19</p> <p>Estructurada: 20-24</p> <p>Flexible: 25-28</p> <p>Caótica: 29-50</p>	Cualitativa	Ordinal	<p>a) Rígida</p> <p>b) Estructurada</p> <p>c) Flexible</p> <p>d) Caótica</p>
------------------------	--	--	-------------	---------	--

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Consumo de alcohol- Variable Dependiente</p>	<p>Consumo de alcohol que conlleva consecuencias tanto para la salud física como para la salud mental de la persona. Definido por la OMS como consumo regular promedio de más de 40g de alcohol al día en mujeres y de más de 60g al día en hombres.</p>	<p>Obtenida mediante la aplicación del test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT). Cuenta con un alfa de Cronbach de 0.82, con 10 ítems. ¹⁶</p> <p>Se evaluará de acuerdo con los siguientes parámetros:</p> <p>Abstemio o consumo de bajo riesgo: 0-7</p> <p>Consumo de alto riesgo: 8-15</p> <p>Consumo perjudicial: 16-19</p> <p>Probable dependencia: 20- 40</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Ordinal</p>	<p>A) Abstemio o consumo de bajo riesgo</p> <p>B) Consumo de alto riesgo</p> <p>C) Consumo perjudicial</p> <p>D) Probable dependencia</p>
--	--	---	--------------------	----------------	---

Sexo	Condición biológica que distingue a las personas en mujeres y hombres.	Obtenido de la ficha de identificación del expediente o mediante interrogatorio directo.	Cualitativa	Nominal	A) Mujer B) Hombre
Edad	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento.	Edad del sujeto de investigación al momento actual, referida al momento del estudio.	Cuantitativa	Discreta	A) 15 años B) 16 años C) 17 años D) 18 años C) 19 años
Nivel educativo	Grado máximo de estudio	Grado escolar del sujeto de estudio referido al momento de la encuesta.	Cualitativa	Ordinal	A) Primaria B) Secundaria C) Preparatoria D) Licenciatura
Estrato-socioeconómico	Conjunto de variables económicas, sociológicas, educativas y laborales por lo que se califica a un individuo o un colectivo dentro de una jerarquía social.	Obtenido mediante la aplicación de la escala de Graffar-Méndez Castellanos. Estrato alto: 4-6 puntos Estrato medio alto: 7-9 puntos Estrato medio bajo: 10-12 puntos Estrato obrero: 13-16 puntos Estrato marginal: 17-20 puntos.	Cualitativa	Ordinal	A) Estrato alto B) Estrato medio alto C) Estrato medio bajo D) Estrato obrero E) Estrato marginal

X. DESCRIPCION DEL ESTUDIO

El presente estudio trato de determinar la asociación de la cohesión y adaptabilidad familiar con el consumo de alcohol en los adolescentes de la UMF No.92 mediante el uso de la escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III y el cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT).

Para llevarlo a efecto, se realizó una búsqueda intencionada y exhaustiva de información, a través de diversos buscadores como Google y PubMed central, utilizando múltiples referencias bibliográficas actualizadas y de significancia para esta investigación. Se solicitó información en el área de ARIMAC para la obtención de la población y grupo etario a estudiar, y a partir de los datos proporcionados calcular la muestra representativa con la que se trabajó. Una vez elaborado el protocolo de investigación, se solicitó el registro y aprobación del protocolo a través del Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS), el Comité de Investigación y Bioética local (1401-8) y el Comité de investigación en salud (1401) correspondiente.

Una vez que el protocolo de investigación fue aceptado y se obtuvo número de registro, se procedió a identificar en la consulta externa o se localizó mediante vía telefónica a los sujetos de estudio que cumplieron con los criterios de inclusión para invitarlos a participar en esta investigación.

Se abordó al adolescente y a su padre o tutor legal en la sala de espera o en el consultorio de Medicina Familiar, lugar donde se realizó la presentación del investigador, el cual se identificó mostrando su credencial de trabajo. Se otorgó alcohol gel para aseo y desinfección de manos, así como cubrebocas en caso de ser necesario, manteniendo durante todo el proceso medidas de sana distancia. Se proporcionó información sobre el objetivo del estudio y se explicó de forma clara y breve los beneficios que obtendría al finalizar la investigación. A continuación, se hizo la invitación para participar de forma voluntaria en el estudio, los que aceptaron participar, se les proporcionó y explicó el consentimiento informado el cual tenían que firmar **(ANEXOS 5)**. Adicionalmente a los adolescentes se les dio a firmar un asentimiento informado para ratificar su libre voluntad para participar. **(ANEXO 6)**.

Se les informó que todos los datos obtenidos durante el estudio serían resguardados, respetando la confidencialidad (no usando el nombre, ni número de seguridad social del participante solo un número de folio para perseverar su privacidad), y se utilizarían en este estudio únicamente con fines estadísticos, esto sin condicionar la atención recibida en el instituto. Se explicó que en todo momento podrían solicitar información que requirieran antes de la aplicación de los instrumentos de evaluación, o podrían negarse a continuar con la entrevista e interrogatorio en el momento que así lo decidieran sin tener alguna repercusión por parte del investigador.

Los adolescentes que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado, se les proporcionó un bolígrafo y una tabla de madera que sirvió de apoyo para contestar la ficha de identificación (**ANEXO 1**), el cuestionario de estrato socioeconómico (**ANEXO 2**) y los instrumentos de evaluación siguientes: Escala de evaluación del Funcionamiento Familiar FACES III (**ANEXO 3**) y el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol- AUDIT (**ANEXO 4**).

Se explicó de manera clara y precisa las instrucciones para llenar dichos cuestionarios antes de dar inicio a su contestación. El investigador responsable, estuvo pendiente de las incomodidades que pudieron surgir durante esta etapa y resolvió las dudas de los adolescentes.

Al finalizar el período de aplicación de los cuestionarios, se otorgó de manera individual y privada el resultado de sus cuestionarios. Posteriormente se le brindó una explicación pertinente sobre los riesgos del consumo de alcohol en la adolescencia y como la familia es un elemento clave para la prevención del alcoholismo y del abuso de las bebidas alcohólicas. Además, se entregó un tríptico informativo sobre los riesgos y medidas preventivas del consumo de alcohol en edades tempranas.

Por último, se procedió a recolectar la información por parte del investigador, para llevar a cabo el registro de los datos en el programa Excel y el programa SPSS para la tabulación de los mismos y se realizó un análisis estadístico con el modelo de regresión logística multinominal.

XI. INSTRUMENTOS

XI.I Escala de Evaluación del Funcionamiento Familiar FACES- III.

Descripción: La Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar - FACES III es la 3ª versión de la serie de escalas FACES y ha sido desarrollada para evaluar dos de las principales dimensiones del Modelo Circumplejo: la cohesión y la adaptabilidad familiar. Fue desarrollado con la finalidad de facilitar el enlace entre la práctica, la teoría y la investigación con familias.

Aplicación: El cuestionario se aplica a personas mayores de 10 años, que sean miembros de la familia con hijos y que sepan leer y escribir. Se pide al entrevistado que responda las preguntas de acuerdo a la escala de calificación, considerando cada aseveración con relación a su familia.

Es un instrumento de auto aplicación que evalúa dos principales funciones a través de 20 reactivos; donde 10 corresponden a la dimensión de cohesión y 10 a la Adaptabilidad, con 5 opciones de respuesta. El puntaje mínimo a obtener por dimensión es de 10 puntos y el máximo es de 50 puntos. Para hallar la dimensión de cohesión, se suman los ítems impares y para la dimensión de adaptabilidad los ítems pares. Dependiendo de la combinación de niveles de cohesión y adaptabilidad, se obtienen 16 tipos de funcionamiento familiar. **(VER ANEXO 3)**

Validación. Es de fácil aplicación e interpretación, tiene un alto nivel de confiabilidad y se ha constituido en un instrumento con excelentes perspectivas de aplicación, tanto en la práctica clínica como en proyectos de investigación. Cuenta con un alfa de Cronbach de 0.82. FACES III en español (México) es un instrumento con un proceso de medición fiable y válido.

XI.II Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos a la Consumo de Alcohol (AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test)

Descripción: El cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos a la Consumo de Alcohol fue desarrollado de forma multicéntrica por la Organización Mundial de la Salud

como un método de screening del consumo excesivo de alcohol. Además, facilita un marco de trabajo en la intervención para ayudar a bebedores con consumo perjudicial o de riesgo, con el objetivo de reducir o cesar el consumo de alcohol y con ello prevenir las consecuencias derivadas de esta situación.

Este test de screening presenta las siguientes ventajas: estandarización transnacional; identifica el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, así como una posible dependencia; es breve, rápido y flexible; diseñado para el personal de atención primaria; es consistente con las definiciones de la CIE-10 de dependencia y de consumo perjudicial de alcohol; se centra en el consumo reciente de alcohol y proporciona información de consumo en el año anterior.

Aplicación: Este instrumento de tamizaje nos permite identificar a las personas con un patrón de consumo de riesgo o perjudicial de alcohol. Está conformado por 10 ítems. Las primeras ocho preguntas tienen cinco opciones de respuestas, que se puntúan de 0 a 4 y las dos últimas preguntas tienen tres opciones de respuesta que se puntúan 0, 2 o 4. El rango de respuesta es de 0 a 40.

Las primeras tres preguntas exploran la frecuencia y la cantidad del consumo de bebidas alcohólicas. Una alta puntuación en estos ítems sugiere que la persona está bebiendo alcohol de manera abusiva. Una alta puntuación en las respuestas de las preguntas 5 a 6 muestra que existe dependencia de consumo de alcohol. Si existe altas puntuaciones en las preguntas 7 al 10 se le considera como un consumo dañino o perjudicial. El punto de corte para considerar riesgo, consumo perjudicial o incluso dependencia de alcohol es de 8 puntos (6 puntos en la mujer) o más en el total de puntos obtenidos en los 10 ítems. **(VER ANEXO 4).**

Validación: Su fiabilidad y validez han sido establecidas en estudios de investigación llevados a cabo en diversos ámbitos y en muchos países diferentes. Fue validado en México por Carreño García en 1998. Cuenta con una buena consistencia interna, presentando un alfa de Cronbach que oscila entre 0.88-0.81 lo que significa que el instrumento tiene una fiabilidad entre 81 a 88%. Su sensibilidad es de 80% y especificidad 89%.

XII. DISEÑO DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se hizo uso de una estadística descriptiva para conseguir el análisis de los resultados con apoyo del programa Excel de Microsoft con Windows 10; mediante el cual se realizó cuadros y gráficos de los datos obtenidos de las variables estudiadas, así como se clasificó y tabuló la información en el programa SPSS.

Para las variables cualitativas ordinales (cohesión y adaptabilidad familiar, consumo de alcohol, nivel educativo, estrato socioeconómico) y la variable cualitativa de tipo nominal (sexo) se utilizó frecuencia y porcentajes, y se representaron con gráficas de sectores y barras. En el caso de la variable cuantitativa continua como es la edad, por ser de distribución normal, se aplicó medidas de tendencia central, y se representó mediante grafica de sectores. Para la relación de variable dependiente que es el nivel de consumo de alcohol con la variable independiente que es el grado de cohesión y adaptabilidad familiar se utilizará el modelo de regresión logística multinominal.

NOMBRE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	PRUEBA ESTADISTICA	REPRESENTACION
Cohesión y adaptabilidad familiar	Cualitativa	Ordinal	Frecuencia y Porcentajes	Gráfica de barras
Consumo de alcohol	Cualitativa	Ordinal	Frecuencia y Porcentajes	Gráfica de sectores
Sexo	Cualitativa	Nominal	Frecuencia y Porcentajes	Gráfica de sectores
Edad	Cuantitativa	Discreta	Medidas de tendencia central. Dependiendo su distribución.	Gráfica de sectores

Nivel educativo	Cualitativa	Ordinal	Frecuencia y Porcentajes	Gráfica de barras
Estrato socioeconómico	Cualitativa	Ordinal	Frecuencia y Porcentajes	Gráfica de barras
Asociación de variables D-I Consumo de alcohol y Cohesión y Adaptabilidad familiar	Cualitativa	Ordinal	Estadística Inferencial. Regresión logística multinominal	Gráfica de barras.

XIII. ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio de investigación: Cohesión y adaptabilidad familiar asociada al consumo de alcohol en adolescentes de la unidad de medicina familiar No. 92, para su aprobación, se sometió a una revisión y autorización por parte del Comité Local de Ética 1401-8 e Investigación 1401 del Instituto Mexicano del Seguro Social, acorde a los estándares éticos y científicos que norman la investigación biomédica en humanos, así como de las guías éticas internacionales para la investigación del área biomédica.

En materia de salud este estudio se considera una investigación con riesgo mínimo para cada uno de los participantes. Los datos obtenidos fueron exclusivamente informativos, no requiriendo datos de información personalizada de los adolescentes participantes, ni registro de nombre o número de afiliación al IMSS.

La presente investigación es regulada por los lineamientos internacionales de buenas prácticas clínicas, como:

- ✓ El Código de Nuremberg.
- ✓ La Declaración de Helsinki enmendada por la 64ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, en Brasil 2013.
- ✓ El Informe de Belmont.

Y esta reglamentada por lineamientos nacionales bajo la supervisión de la comisión federal para la protección contra riesgos sanitarios (COFEPRIS); y por lo establecido en:

- ✓ Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes
- ✓ El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud y principios que la respaldan.
- ✓ Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012
- ✓ Ley federal de protección de datos personales en posesión de los particulares.
- ✓ Procedimientos para la evolución, registro, seguimiento, enmienda y cancelación de protocolos de investigación presentados ante el Comité local de investigación 2810-003-002 actualizado al 18 de octubre del 2018.

1. Código de Núremberg. ⁷⁴

Esta investigación se apega a los principios establecidos en el **Código de Núremberg** publicado el 20 de agosto de 1947. El estudio fue realizado y aplicado únicamente por la investigadora (persona con conocimiento del tema) a los sujetos de estudio, a quienes se brindó una explicación clara y precisa, sobre el objetivo del estudio.

De este código se destacan los siguientes puntos empleados para este protocolo: **I.** Se contó con el absoluto consentimiento y asentimiento informado de cada uno de los participantes y padres de familia o representante legal del adolescente para valorar su grado de cohesión y adaptabilidad familiar y su nivel de consumo de alcohol. Por tanto, al adolescente y a sus padres o representante legal se les entregó un consentimiento informado y una carta de asentimiento, con la cual el adolescente aprobó participar de manera voluntaria en la investigación. Después de firmar el consentimiento y asentimiento se aplicó los instrumentos de evaluación específicos: Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos a la Consumo de Alcohol, Escala de Evaluación del Funcionamiento Familiar FACES- III y Cuestionario socioeconómico. **II.** El presente estudio titulado “Cohesión y adaptabilidad familiar asociada al consumo de alcohol en adolescentes de la unidad de medicina familiar No. 92” es de utilidad para la sociedad porque permite identificar el tipo de consumo de alcohol en el adolescente, y su nivel de cohesión y adaptabilidad familiar, con el fin, de determinar si el ambiente familiar influye con el consumo de alcohol en la adolescencia. Por otro lado, permitirá sensibilizar a la sociedad sobre los riesgos del consumo de alcohol en la adolescencia y permitirá reconocer a la familia como un elemento clave para la prevención del alcoholismo y del abuso de las bebidas alcohólicas. **IV.** Los riesgos de esta investigación para el adolescente que participó son mínimos, ya que no tiene repercusiones físicas o mentales. Durante todo el proceso del estudio se trató de mantener cómodo y evitar molestias del participante, sin embargo, es importante mencionar que algunas preguntas contempladas dentro de los instrumentos de evaluación pudieron generar cambios emocionales momentáneos (como angustia, vergüenza, pena). Motivo por el que el participante siempre estuvo acompañado por el investigador de modo que no representó ningún tipo de afectación para el adolescente. **V y VI.** Esta investigación no produjo bajo ningún concepto daño grave en el participante porque no se llevaron procedimientos quirúrgicos invasivos, aplicación y/o administración de medicamentos, toma de muestra sanguínea o líquidos corporales, ni sobrepasa de ninguna forma, ni ante ninguna circunstancia un perjuicio para el adolescente debido que el estudio fue realizado únicamente para recolección de datos y el análisis de la

asociación del grado de cohesión y adaptabilidad familiar y el consumo de alcohol en los adolescentes de la UMF No. 92. **VII y VIII.** La elaboración y aplicación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos a la Consumo de Alcohol y la Escala de Evaluación del Funcionamiento Familiar FACES- III estuvo a cargo por la investigadora médica Abigail Hernández Torres quien cuenta con el título de Médica Cirujana expedido por la SEP y avalado por la Universidad Autónoma Metropolitana con cedula profesional 8207932, quien auxilió al adolescente, en la lectura de los instrumentos aplicados, solucionando dudas e inquietudes que surgieron durante el proceso. Además, la investigadora contó con la asesoría del especialista en Medicina Familiar quien posee los conocimientos clínicos y científicos necesarios para el presente estudio. **IX.** El participante quedó en libertad de interrumpir su participación en el estudio y retirarse cuando él así lo deseara, sin verse afectada su atención clínica en la unidad y sin ninguna repercusión o daño a su integridad.⁷⁴

2. Declaración de Helsinki.⁷⁵

El presente estudio se adhiere a los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, contenida en la declaración de Helsinki adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial en 1964 y su modificación en Hong Kong en 1989. Enmendada en Tokio, Japón en 1975, en Italia en 1983, en Sudáfrica en 1996, en Escocia en el 2000, en Corea en octubre del año 2009 y actualizada en la 64ª Asamblea General realizada en Fortaleza, Brasil en octubre de 2013. Porque se respetó el derecho de los adolescentes pertenecientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 92 de decidir de manera libre y voluntaria el participar en la investigación una vez que se informó y explicó de manera clara las características de ésta.

Con base en los principios básicos se realizó una investigación contando con conocimiento amplio y minucioso de la literatura científica sobre el tema a estudiar, con el respaldo de los comités locales 1401-8, aplicado por el investigador científicamente competente y bajo la supervisión del especialista en Medicina Familiar clínica y científicamente cualificado.

Este estudio se llevó a cabo bajo la aceptación voluntaria de participar en el estudio de cada sujeto de investigación, mediante la explicación clara y precisa del protocolo contenida en el consentimiento informado. Se dio al adolescente una amplia explicación de la investigación respecto a los objetivos, métodos y beneficios; los cuales incluyeron determinar el nivel de cohesión y adaptabilidad de su familia y conocer el consumo de alcohol en él. Una vez identificado su consumo de alcohol se brindó orientación sobre los riesgos a la salud física, psicológica y social y las medidas de prevención de esta práctica y de ameritar el caso se

refirió a su consultorio médico para darle un seguimiento apropiado. Si el adolescente presentó un consumo leve de alcohol se envió con su médico familiar, para que fuera derivado a los servicios de psicología para el manejo educativo y de consejería. Mientras el adolescente que mostró un consumo moderado y grave se solicitó a su médico familiar referirlo a la consulta de psiquiatría en segundo nivel de atención del Instituto y/o a los Centros de Atención y Prevención de las Adicciones del CONADIC para su tratamiento. Además, se hizo énfasis en favorecer un ambiente familiar positivo como medida de protección contra el consumo nocivo de alcohol y en caso de detectarse alteración en la funcionalidad familiar o casos de violencia secundario al consumo de alcohol, se ofreció información y consejería informativa al adolescente junto con sus padres o tutor legal (nivel 2 de intervención familiar); se explicó la situación detectada, los factores familiares de riesgo causantes de esta alteración y se ofreció una alternativa de solución y un registro de los acuerdos llegados. Adicionalmente se refirió a su médico familiar con el propósito de llevar una intervención oportuna en caso de existir alguna situación de crisis familiar, derivándolo a psicología y a trabajo social para realizar las acciones pertinentes de acuerdo a la situación.

Así mismo, se le dio a conocer los posibles riesgos previstos como cambios emocionales momentáneos (incomodidad, angustia y/o vergüenza) que podrían surgir durante la aplicación de los instrumentos de evaluación (Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos a la Consumo de Alcohol y la Escala de Evaluación del Funcionamiento Familiar FACES- III) o de la forma de abordarlo durante el proceso, por lo que se protegió en todo momento su integridad física y mental. Se le hizo entrega, lectura y explicación del consentimiento informado al adolescente que cumpliera con la mayoría de edad y a los padres o tutor legal del adolescente menor de edad. Adicionalmente se proporcionó, leyó y explicó al adolescente menor de 18 años el asentamiento informado. Una vez firmado de autorización estos documentos por el adolescente y el tutor legal se procedió a aplicar los instrumentos de la investigación.

En este proyecto únicamente se utilizaron los datos necesarios, respetando siempre la integridad del adolescente y resguardando sus datos personales. Se contó con estrategias para proteger la privacidad y dignidad de los participantes al establecer lugares con reservados para la realización de las encuestas. Participar en el estudio no afectó su atención clínica en la unidad, ya que no interfiere en el proceso de atención clínica ni implica un riesgo a su salud. Este estudio no representa intereses ocultos del investigador, fuera del científico; por lo que no cuenta con ningún conflicto de interés que afecte a la investigación.

En relación a la Investigación biomédica no clínica que incluye a seres humanos que es llevada en el presente estudio, el investigador fue el protector de la vida y la salud del sujeto participante en la investigación biomédica; los adolescentes participantes fueron aceptantes de ser sujetos de estudio de forma voluntaria e informada; de identificarse en el adolescente algún tipo de daño emocional, físico o social durante el proceso, el investigador o el equipo investigador tiene la obligación de suspender el estudio; teniendo presente en todo momento que en las investigaciones realizadas en el ser humano, el interés de la ciencia y la sociedad jamás debe prevalecer sobre consideraciones relacionadas con el bienestar de las personas.⁷⁵

3. Informe Belmont. ⁷⁶

Cumple con lo establecido en el informe de Belmont publicado en Estados Unidos de América el 30 de septiembre de 1978 respetando los aspectos éticos y pautas para la protección de los seres humanos y se apeg a los principios de:

Autonomía (el respeto por las personas). Los sujetos de este estudio fueron invitados a participar explicando de forma clara y sencilla el objetivo, el cual fue establecer la asociación de la cohesión y adaptabilidad familiar y el nivel de consumo de alcohol del adolescente mediante la realización de 2 cuestionarios que miden ambas variables, respetando su decisión de participar o no en la investigación, aceptando su opinión y brindando la libertad de elección.

El beneficio de participar es que se les dio a conocer a todos los participantes al finalizar el estudio los resultados de sus evaluaciones y en caso de ser necesario se derivaron a su consultorio médico para seguimiento y manejo idóneo. Todos los participantes tuvieron la decisión de aceptar sin presiones, bajo su libre decisión el participar y abandonar el estudio cuando así lo solicitaran. Lo anterior se respetó sin tener ninguna repercusión al respecto mediante malos tratos o afectar su atención en unidad de salud.

Beneficencia y no maleficencia. Expresada por 2 reglas generales, el no hacer daño y aumentar los beneficios y disminuir los posibles daños lo más que sea posible. Los participantes de este estudio conocieron los conceptos de adaptación y cohesión familiar, y de consumo de alcohol; adquirieron conocimiento sobre los efectos negativos que ocasiona el alcohol, y aprendieron cómo la adaptabilidad y cohesión familiar puede influir como un factor protector o desencadenante del consumo de alcohol. Además, de manera individual el

adolescente pudo conocer su nivel de consumo de alcohol y en caso de mostrar un consumo leve, moderado o grave ser referido al programa educativo de JuvenIMSS que imparte pláticas sobre prevención del alcoholismo y con su médico familiar, para que fuera derivado a los servicios de psicología (para el manejo educativo y de consejería), psiquiatría y/o a los Centros de Atención y Prevención de las Adicciones del CONADIC para su tratamiento según sea el caso. Lo anterior, con el fin de reducir las enfermedades que se relacionan y se desarrollan con esta práctica. Así mismo, en los casos que se detectó alteración importante de la funcionalidad familiar o violencia secundaria al consumo de alcohol, se ofreció información y consejería informativa al adolescente junto con sus padres o tutor legal (nivel 2 de intervención familiar); se explicando la situación detectada, los factores familiares de riesgo causantes de esta alteración y ofreciendo una alternativa de solución y un registro de los acuerdos llegados. Además, se notificó y envió a su médico familiar, para orientarlo e intervenir en caso de existir una situación de crisis (Nivel de intervención 3, sentimientos y apoyo emocional, consejería en crisis), derivándolo a psicología y notificando a trabajo social para llevar a cabo las acciones pertinentes.

El objetivo de este proyecto fue fomentar el bienestar de los sujetos de estudio al detectar de manera oportuna el consumo de alcohol en ellos, determinar el tipo de consumo presente y el nivel de adaptabilidad y cohesión familiar. Los resultados de este trabajo a nivel colectivo permitieron conocer el grado de cohesión y adaptabilidad familiar, el tipo de consumo de alcohol de los adolescentes de 15 a 19 años de la Unidad de Medicina Familiar No. 92 y la asociación entre estas variables. Lo anterior permitirá una intervención temprana para prevenir problemas relacionados con el alcohol en los adolescentes y así concientizar la importancia de crear y apoyar entornos sin alcohol. Además, de reforzar el compromiso en atención primaria para adoptar medidas que detecten de manera oportuna y contrarresten el uso nocivo del alcohol, gestionar los trastornos por consumo de alcohol y problemas de salud asociados; así como favorecer un ambiente familiar positivo como factor protector. Durante todo el proceso de la investigación se respetó la integridad de los sujetos de estudio guardando la debida intimidad al realizar las encuestas en lugares con privacidad.

Justicia. Este principio comprende la equidad e igualdad. Todos los sujetos de estudio fueron seleccionados en una edad comprendida de 15 a 19 años, sin considerar alguna otra característica como su nivel de escolaridad, nivel socioeconómico, apariencia física, etc. Los participantes en la investigación se trataron con el mayor grado de respeto sin distinción de credo, religión, nivel socioeconómico o procedencia de acuerdo a las necesidades específicas

de la población y los beneficios se distribuyeron equitativamente en forma individual en cada participante.

En esta investigación no se dio a conocer el nombre del paciente ya que se manejó por número de folio único y confidencial. Se respetaron en todo momento los principios de confidencialidad y la seguridad de los datos de la investigación.

Los participantes del estudio “Cohesión y Adaptabilidad Familiar asociado al Consumo de Alcohol en Adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar No.92” en cualquier momento de la investigación fueron libres de renunciar y no participar sin que esto causará molestia en el investigador ya que el sujeto de estudio es autónomo y puede negarse a participar en cualquier momento de la investigación. Además de que no tendría ninguna afectación en su atención médica. Todos los participantes obtuvieron los mismos beneficios y sin presentar riesgos.⁷⁶

4. Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.⁷⁷

La presente ley tiene como objeto reconocer a las niñas, niños y adolescentes como titulares de derechos, así como garantizar el respeto, la protección y promoción de los mismos; crear, regular y vigilar que se cumpla la responsabilidad de garantizar la protección, prevención y restitución en los casos necesarios. Además, establece las bases para que organismos públicos y particulares participen en dicho objetivo.

Titulo Segundo De los derechos de las niñas, niños y adolescentes:

Artículo 13. En esta investigación los adolescentes que participaron tienen el reconocimiento como portadores de derechos, mismos que serán garantizados al proteger y promoverse a través de un asentimiento informado que ellos puedan autorizar o no si así lo desean, aun si el consentimiento informado este firmado por el tutor legal o sus padres.

Capitulo Sexto, Artículo 39: En esta investigación no fue discriminado ningún adolescente por su condición física, religión, origen étnico, opinión, condición económica o social. Los adolescentes que cumplieron con los criterios de selección de la investigación titulada “Cohesión y Adaptabilidad Familiar asociada al Consumo de Alcohol en Adolescentes de la

Unidad de Medicina Familiar Número 92” se les invitó y pudieron participar en condiciones de igualdad, siendo respetados en todo momento sus derechos.

Capítulo Noveno, Artículo 50. Los adolescentes tienen derecho de disfrutar del más alto nivel de Salud. Por tanto, la presente investigación fue dirigida en conocer el grado de cohesión y adaptabilidad familiar, el nivel de consumo de alcohol que el adolescente presenta al momento del estudio y de dejar plasmada información que en futuras investigaciones pueda ser útil para la creación de estrategias que tengan mayor impacto en la prevención contra el consumo de alcohol en el adolescente, así como innovación de planes para gestionar los trastornos por consumo de alcohol y problemas de salud asociados con esta problemática, con el fin de generar entornos sin alcohol, especialmente en el ambiente familiar del adolescente, buscando siempre el beneficio del adolescente, reduciendo su morbilidad y garantizando así su derecho de salud óptima y disfrute la misma.

Capítulo Décimo Séptimo, Artículo 78. En esta investigación en todo momento se respetó la intimidad del adolescente y su familia. Además, de garantizar la protección de sus datos personales, salvaguardando la protección de su honra, imagen y reputación.⁷⁷

5. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.⁷⁸

Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1987, reglamentaria del párrafo tercero del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, última reforma publicado DOF 02-04-2014. Establece los lineamientos y principios a los cuales deberá someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud manteniendo intactos los derechos de los sujetos de estudio y garantizando la dignidad y el bienestar de los mismos.

Título Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I:⁷⁵

Artículo 13. En esta investigación se respetó la dignidad del sujeto de estudio, así como se protegieron sus derechos y su bienestar. Se ajustó a principios científicos y éticos, siempre con acciones en beneficio del participante evitando cualquier tipo de riesgo o daño, respetando siempre su autonomía y protegiendo su privacidad. En resumen, se brindó

respeto en todo momento al sujeto de estudio y se protegieron sus datos y la información proporcionada de manera confidencial.

Artículo 14. Se contó con un consentimiento informado por escrito previamente explicado y firmado de autorización por el sujeto estudio y su tutor legal, teniendo la libertad de concluir su participación en el momento que así lo deseara. La hoja de consentimiento informado fue entregada a cada uno de las participantes de manera personal.

Artículo 16. No se reveló el nombre del sujeto de estudio en ningún momento de la investigación, solo se le asignó un número de Folio (ID) por parte del investigado. Los datos fueron manejados exclusivamente por el investigador, ninguna otra persona o institución tuvo acceso a esta información.

Artículo 17. El presente estudio se categorizó como una investigación con riesgo mínimo (II), porque no realizó ninguna intervención ni modificación en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio, únicamente se aplicaron 3 cuestionarios: Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos a la Consumo de Alcohol (AUDIT), Escala de Evaluación del Funcionamiento Familiar FACES-III y un cuestionario del nivel de estrato socioeconómico, con el fin de evaluar la adaptabilidad y cohesión familiar y su asociación en el consumo de alcohol en el adolescente, considerando en todo momento el no dañar su integridad y cuidar su intimidad.

Artículo 20. En la investigación se otorgó un consentimiento informado por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación y su representante legal autoriza su participación en el estudio, teniendo conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 21. Se dio al sujeto de investigación y a su representante legal una explicación amplia, clara y completa del consentimiento informado en relación a la justificación, objetivos, procedimientos, molestias esperadas, beneficios y asuntos relacionados a la investigación como: la libertad de retirarse en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que afecte su atención médica en la unidad; la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad y la interpretación por escrito de los resultados a cada uno de los participantes al término del análisis de los cuestionarios.

Artículo 22. El consentimiento informado fue elaborado por la Dra. Abigail Hernández Torres (investigador principal) y aprobado por la comisión de ética 1401-8, este documento indicará el nombre de escolar y tutor legal, dos testigos y la relación con el sujeto en estudio, con firma y o huella digital que avalen dicha autorización.⁷⁸

Título Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo III De la Investigación en menores de edad o incapaces:⁷⁸

Artículo 36. Se obtuvo el consentimiento informado firmado de quienes ejercían la patria potestad o representación legal sobre el adolescente menor de edad.

Artículo 37. Se consiguió el asentimiento informado del adolescente menor de edad, explicándole previamente el proceso, riesgos y beneficios de la investigación.

Artículo 38. Este estudio presentó un riesgo mínimo con beneficio mayor para el adolescente menor de edad. Porque en caso de detectar algún problema en el consumo de alcohol y/o situaciones de violencia y afectación en la adaptabilidad y cohesión familiar se remitió a los servicios pertinentes para recibir orientación, atención y manejo médico oportuno.⁷⁸

6. Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que Establece Los Criterios Para La Ejecución De Proyectos De Investigación Para La Salud En Seres Humanos.⁷⁹

El actual estudio se apega a la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, considerando de importancia los siguientes apartados:

Apartado 6. De la presentación y autorización de los proyectos o protocolos de investigación. Este proyecto de investigación que lleva por título "COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR ASOCIADA AL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 92" fue sometido a evaluación por parte del comité de ética 1401-8, así como por el comité de investigación quién dictaminó que el presente estudio contiene todos los elementos necesarios solicitados para su autorización y desarrollo.

Apartado 7. Del seguimiento de la investigación y de los informes técnico-descriptivos. Se entregó de manera periódica el informe sobre el progreso y los avances de la investigación a

la asesora de tesis para sus indicaciones, aportaciones y observaciones necesarias para el estudio. Al término de esta investigación se realizó un informe completo y detallado acerca de los resultados obtenidos.

Apartado 8. De las instituciones o establecimientos donde se realiza una investigación. Esta investigación se llevó a cabo dentro de las instalaciones de la UMF 92 la cual cuenta con la infraestructura adecuada, los recursos profesionales en salud y materiales que se requieren para poder llevar a cabo la investigación. El investigador principal mantuvo informado al Comité de Ética 1401-8 sobre todo efecto adverso probable o directamente relacionado con la investigación. Asimismo, informó a dicho Comité sobre la ausencia de efectos adversos del proyecto de investigación que estuvo bajo su responsabilidad.

Apartado 10. Del Investigador principal. El investigador principal elaboró el presente estudio apegado a los aspectos metodológicos, éticos y de seguridad establecidos para salvaguardar el bienestar de los sujetos de estudio. Éste se consideró el responsable del proyecto, porque cuenta con la formación académica y experiencia probada en la materia, que le permitió dirigir la investigación a realizar. Con base al consentimiento informado se explicó lo siguiente: el estudio sería de aplicación gratuita y el participante tendría derecho a una indemnización en caso de sufrir daños a su salud directamente atribuibles a la presente investigación y contaría con la orientación y manejo médico gratuito aun cuando tomará la decisión de retirarse de la misma.

Apartado 11. De la seguridad física y jurídica del sujeto de investigación. El presente estudio garantizó la seguridad del adolescente en todo momento, sin identificar perjuicio para su bienestar e integridad.

Apartado 12. De la información implicada en investigaciones. En el presente estudio se protegerán los datos personales del adolescente, se respetó la confidencialidad desde el desarrollo hasta la divulgación de los resultados del estudio, apegados siempre a la legislación aplicable específica en la materia.⁷⁹

7. Ley Federal De Protección De Datos Personales En Posesión De Los Particulares.⁸⁰

El 5 de julio de 2010 se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares. La Ley es de orden público y de observancia general en toda la República y tiene por objeto la protección de los datos personales en posesión de los particulares, con la finalidad de regular su tratamiento legítimo, controlado e informado, a efecto de garantizar la privacidad y el derecho a la autodeterminación informativa de las personas y con respecto a la investigación es importante denotar los siguientes artículos.

Artículo 7. Los datos del adolescente para la presente investigación se recabaron de forma directa y transparente por medio del cuestionario socioeconómico y de los instrumentos de evaluación siguientes: el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos a la Consumo de Alcohol (AUDIT) y la Escala de Evaluación del Funcionamiento Familiar FACES- III. La información obtenida fue manejada con confidencialidad y con previa autorización del adolescente y el tutor legal plasmado en el consentimiento y asentimiento informado.

Artículo 8. El consentimiento y asentimiento informado para el presente estudio fue explicado de forma verbal con palabras sencillas. Además, fue entregado por escrito, explicando de forma clara sobre su contenido y justificación, dicho consentimiento y asentimiento pudo ser revocado por el participante en cualquier momento del estudio.

Artículo 9. El investigador obtuvo el consentimiento expreso y por escrito del sujeto estudio y tutor legal a través de su firma autógrafa, huella digital, o cualquier mecanismo de autenticación que al efecto se establezca.

Artículo 12. Todos los datos personales se limitaron al cumplimiento de lo previsto en el aviso de privacidad.

Artículo 13. El investigador como responsable, veló por el cumplimiento de los principios de la protección de datos personales como marca esta ley, adoptando todas las medidas necesarias, para poder garantizar que el aviso de privacidad, que se dio a conocer al

adolescente y a su tutor legal fue respetado en todo momento. Se realizó los cuestionarios de manera foliada (Folio único) resguardando el nombre del paciente siendo la investigadora principal la única que tuvo contacto con los participantes.

Artículo 14. El investigador responsable del estudio estuvo pendiente del cumplimiento de los principios de la Protección de Datos Personales como indica la ley, adoptando medidas necesarias que garantizaron la privacidad y confidencialidad del sujeto de estudio descrito en el consentimiento informado, el cual fue respetado en todo momento de la investigación y posterior a ella. Además, tomado en cuenta la Fracción V del este artículo el presente estudio se realizó de manera imparcial. Aplicándolo a todo aquel adolescente en edad comprendida de 15 a 19 años que deseó participar.

Artículo 16. Se protegió la privacidad del paciente por medio del folio, sin usar el nombre y se le pasó individualmente para contestar el cuestionario.⁸⁰

XIV. RECURSOS Y FINANCIAMIENTO

Recursos humanos

Investigador: Dra. Hernández Torres Abigail, Médico Residente de la Especialidad de Medicina Familiar, adscrita a la Unidad de Medicina Familiar N°92, Ciudad Azteca.

Colaboradores: Dra. Vega de Lucio Devane Belem, Especialista en Medicina Familiar.

Sujetos de Estudio: Sujetos derechohabientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N°92 del IMSS con base en los criterios de inclusión y quienes aceptaron la participación en la investigación autorizado en el consentimiento y asentimiento informado, así como sus tutores legales en el caso correspondiente.

Recursos físicos

Instalaciones: Área de consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar N°92 del IMSS, con ubicación en Av. Central y Santa Prisca, Colonia Ciudad Azteca C.P: 55120, Ecatepec de Morelos, Estado de México.

Materiales: Artículos de papelería como engrapadora, tabla para apoyo, hojas, lápiz o bolígrafo (el investigador principal cuenta con ellos); impresiones del formato de consentimiento informado, del cuestionario socioeconómico, de los instrumentos de evaluación y el tríptico impreso sobre el tema de estudio; cubrebocas y alcohol- gel.

Además de un equipo de cómputo portátil, paquetería de Microsoft office, bases de datos y buscadores digitales en internet, programa digital para citas bibliográficas, impresora.

Recursos financieros

Los gastos fueron llevados por el investigador principal, que utilizó la beca del Investigador proporcionada por Instituto Mexicano del Seguro Social.

DESCRIPCIÓN	COSTO
Hojas blancas	\$900
Paquete de bolígrafos	\$200
Cubre bocas	\$250
Alcohol gel	\$300
Copias	\$1000
TOTAL	\$2650

XV. RESULTADOS

Se realizó un estudio de tipo analítico, transversal y prospectivo, con una muestra obtenida mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple, dando como resultado un total de 168 adolescentes adscritos a la UMF No. 92, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión establecidos para la presente investigación, así como su autorización para participar en el mismo mediante el consentimiento y asentimiento informado. A éstos se aplicaron dos instrumentos de evaluación: “Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos a la Consumo de Alcohol” para determinar el tipo de consumo de alcohol y la “Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar - FACES III” para valorar la cohesión y adaptabilidad familiar. Actividad que se realizó de manera satisfactoria y afable, sin presentar inconvenientes durante el periodo de recolección de datos.

Los datos recabados se organizaron tanto en el programa Excel de Microsoft para Windows y en una matriz del programa estadístico SPSS v22.0, en los cuales se realizó el análisis descriptivo e inferencial. Para asociar las variables de estudio cohesión y adaptabilidad con consumo de alcohol se utilizó la prueba estadística modelo de regresión multinominal.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Edad

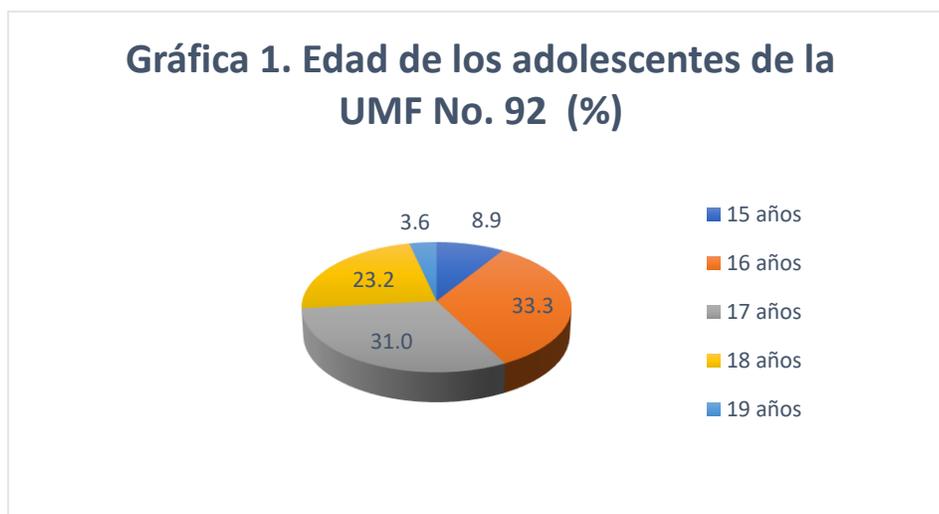
La media de edad de los adolescentes que fueron valorados en este estudio fue de 16.79, mientras que la mediana de 17 y la moda de 16 años.

Tabla 1. Análisis estadístico de edad de los adolescentes de laUMF 92. *

N	Válido	168
	Perdidos	0
Media		16.79
Mediana		17.00
Moda		16

Fuente: Datos obtenidos de la Cédula de Identificación de cohesión y adaptabilidad familiar asociada al consumo de alcohol en adolescentes de la unidad de medicina familiar número 92, junio 2022.

En la gráfica 1 se observa que, del rango de edad estudiado en los adolescentes, el grupo de edad que predomina con 33.3% (N=56) es el de 16 años, correspondiente con la moda. Mientras el grupo más bajo fue el de 19 años con el 3.6% N=6).



*Fuente: Datos obtenidos de la Cédula de Identificación de cohesión y adaptabilidad familiar asociada al consumo de alcohol en adolescentes de la unidad de medicina familiar número 92, junio 2022.

Sexo

El sexo con mayor porcentaje de presentación se encontró en los hombres 51.8% (N=87), mientras que las mujeres representaron el 48.2% (N=81) de la población de estudio (Tabla 2 y Gráfica 2).

Tabla 2. Análisis estadístico del sexo de los adolescentes de laUMF 92.

	Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mujer	81	48.2	48.2	48.2
	Hombre	87	51.8	51.8	100.0
	Total	168	100.0	100.0	

Fuente: Datos obtenidos de la Cédula de Identificación de cohesión y adaptabilidad familiar asociada al consumo de alcohol en adolescentes de la unidad de medicina familiar número 92, junio 2022.

Gráfica 2. Sexo de los adolescentes de la UMF No.92 (%)



Fuente: Datos obtenidos de la Cédula de Identificación de cohesión y adaptabilidad familiar asociada al consumo de alcohol en adolescentes de la unidad de medicina familiar número 92, junio 2022.

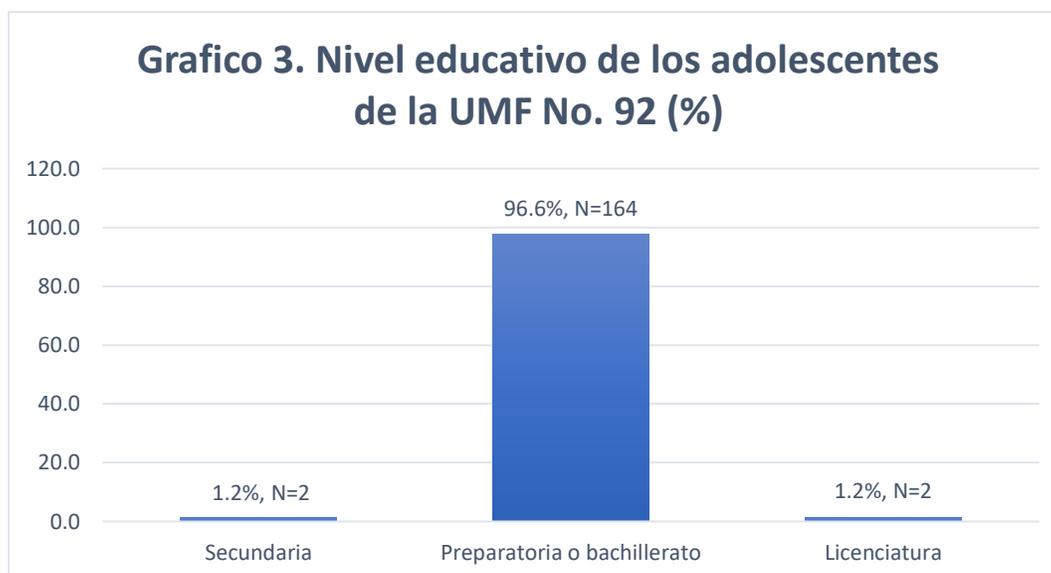
 Nivel educativo

Respecto al nivel educativo que los adolescentes presentan al momento de la realización del estudio, el 97.6% (N=164) cursa la preparatoria o bachillerato, el 1.2% (N=2) asiste a la secundaria, mientras que el otro 1.2% (N=2) estudia la licenciatura (Tabla 3 y Grafica 3).

Tabla 3. Análisis estadístico del nivel educativo de los adolescentes de laUMF 92.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Secundaria	2	1.2	1.2	1.2
Preparatoria o Bachillerato	164	97.6	97.6	98.8
Licenciatura	2	1.2	1.2	100.0
Total	168	100.0	100.0	

Fuente: Datos obtenidos de la Cédula de Identificación de cohesión y adaptabilidad familiar asociada al consumo de alcohol en adolescentes de la unidad de medicina familiar número 92, junio 2022.



Fuente: Datos obtenidos de la Cédula de Identificación de cohesión y adaptabilidad familiar asociada al consumo de alcohol en adolescentes de la unidad de medicina familiar número 92, junio 2022.

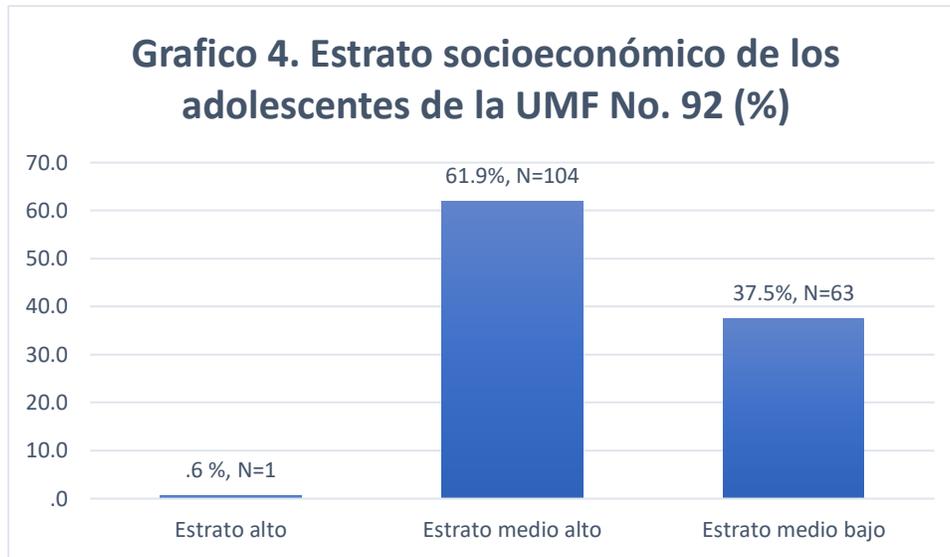
Estrato socioeconómico

En relación al estrato socioeconómico que los adolescentes presentan al momento de la aplicación del estudio, el 61.9% (N=104) son de estrato medio alto, el 37.5%(N=63) corresponde a un estrato medio bajo, mientras que solo el 0.6% (N=1) pertenece a un estrato alto (Tabla 4 y Grafica 4).

Tabla 4. Análisis estadístico del estrato socioeconómico de los adolescentes de la UMF 92.

Estrato socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Estrato alto	1	.6	.6	.6
Estrato medio alto	104	61.9	61.9	62.5
Estrato medio bajo	63	37.5	37.5	100.0
Total	168	100.0	100.0	

Fuente: Datos obtenidos de la Cédula de Identificación de cohesión y adaptabilidad familiar asociada al consumo de alcohol en adolescentes de la unidad de medicina familiar número 92, junio 2022.



Fuente: Datos obtenidos de la Cédula de Identificación de cohesión y adaptabilidad familiar asociada al consumo de alcohol en adolescentes de la unidad de medicina familiar número 92, junio 2022.

VARIABLES DE ESTUDIO.

🚦 Cohesión y adaptabilidad familiar

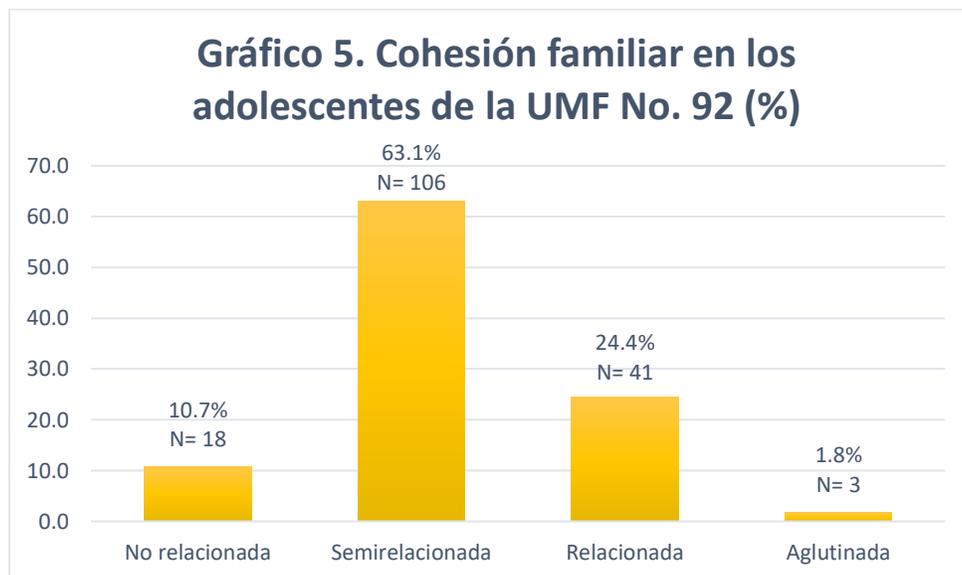
Los datos obtenidos de la aplicación de la escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES- III sobre la población de estudio se muestra en la Tabla 5. En relación a la cohesión familiar, se observó que los adolescentes presentan con mayor frecuencia una cohesión semirelacionada 63.1% (N=106), en segundo lugar, una cohesión familiar relacionada 24.4% (N=41), seguido de una cohesión no relacionada representada por un 10.7% (N=18) y en último lugar una cohesión aglutinada 1.8% (N=3). Descritos en la siguiente tabla y gráfica:

Tabla 5. Cohesión familiar en los adolescentes de la UMF No. 92.

	Cohesión familiar	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No relacionada	18	10.7	10.7	10.7
	Semirelacionada	106	63.1	63.1	73.8
	Relacionada	41	24.4	24.4	98.2
	Aglutinada	3	1.8	1.8	100.0
	Total	168	100.0	100.0	

Fuente: Datos obtenidos de la escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES- III, junio 2022.

En el gráfico 5 se puede observar que el grupo predominante corresponde a los adolescentes con cohesión familiar semirelacionada, mientras que el menor corresponde a los de cohesión familiar aglutinada



Fuente: Datos obtenidos de la escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES- III, junio 2022.

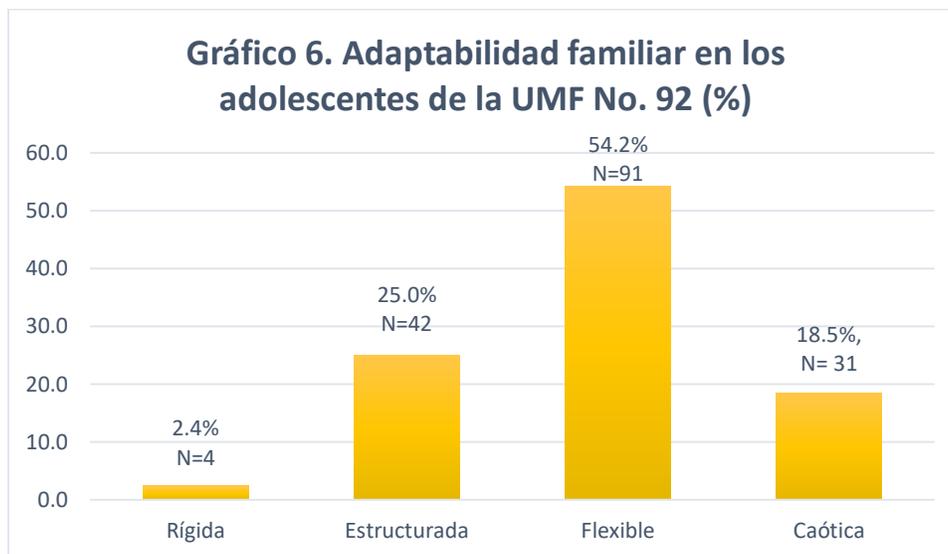
En relación a la adaptabilidad familiar, se observó un mayor porcentaje de los adolescentes con adaptabilidad flexible, representando 54.2% (N=91), en segundo lugar, una adaptabilidad estructurada con 24.4% (N=41), continuando con una adaptabilidad familiar caótica, con 18.5% (N=31) y en último lugar una adaptabilidad rígida 2.4% (N=4). Descritos en la siguiente tabla y gráfica:

Tabla 6. Adaptabilidad familiar en los adolescentes de la UMF No. 92.

	Adaptabilidad familiar	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Rígida	4	2.4	2.4	2.4
	Estructurada	42	25.0	25.0	27.4
	Flexible	91	54.2	54.2	81.5
	Caótica	31	18.5	18.5	100.0
	Total	168	100.0	100.0	

Fuente: Datos obtenidos de la escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES- III, junio 2022.

En el gráfico 6 se puede observar que el grupo predominante corresponde a los adolescentes con adaptabilidad familiar flexible, mientras que el menor corresponde a los de adaptabilidad familiar rígida.



Fuente: Datos obtenidos de la escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES- III, junio 2022.

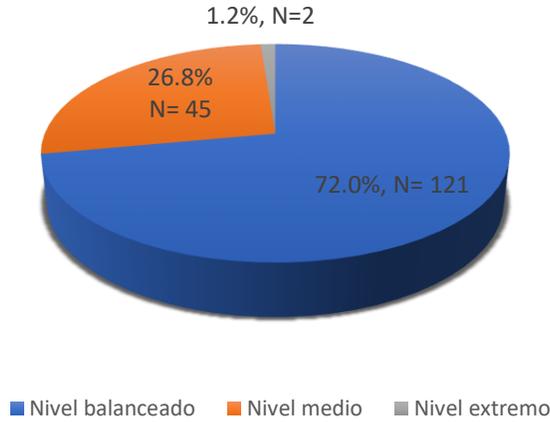
Al cruzar la dimensión de cohesión y adaptabilidad familiar en el modelo circumplejo se determinó el nivel de funcionamiento familiar de los adolescentes de la UMF 92; de manera que se engloba la adaptabilidad y cohesión como una sola unidad de estudio en la presente investigación. Se observó un mayor porcentaje de adolescentes con una funcionalidad familiar balanceada, representando un 72% (N=121), en segundo lugar, una funcionalidad familiar con nivel medio con 26.8% (N=45), y por último una funcionalidad extrema 1.2% (N=2). Descritos en la siguiente tabla y gráfica:

Tabla 7. Funcionalidad Familiar: Cohesión y Adaptabilidad familiar en los adolescentes de la UMF No. 92.

Funcionalidad familiar: Cohesión y Adaptabilidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nivel balanceado	121	72.0	72.0	72.0
Nivel medio	45	26.8	26.8	98.8
Nivel extremo	2	1.2	1.2	100.0
Total	168	100.0	100.0	

Fuente: Datos obtenidos de la escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES- III, junio 2022.

Gráfico 7. Funcionalidad familiar: Cohesion y Adaptabilidad familiar en los adolescentes de la UMF No. 92 (%).



Fuente: Datos obtenidos de la escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES- III, junio 2022.

Consumo de alcohol

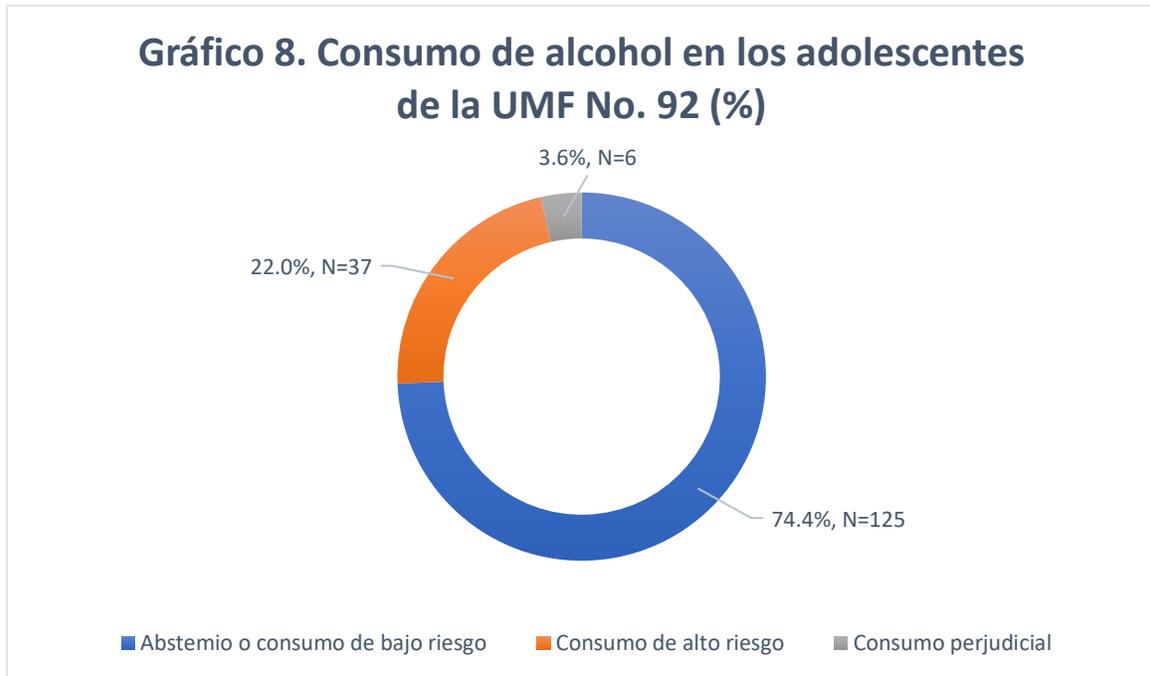
De acuerdo a la evaluación del cuestionario de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT) se encontró que el mayor porcentaje en relación al consumo de alcohol en los adolescentes de la UMF 92 es de tipo abstemio o consumo de bajo riesgo con un 74.4% (N=125). Es importante aclarar que, dentro de este rubro, el 25.6% (N=43) no consume alcohol, mientras que el 48.8% (N=82) de los adolescentes presenta un consumo de bajo riesgo. En segundo lugar, encontramos un consumo de alto riesgo con un 22% (N=37) y en último lugar un consumo perjudicial con 3.6% (N=6). Ver tabla 8 y Gráfico 8.

Tabla 8. Consumo de alcohol en los adolescentes de la UMF No. 92.

	Consumo de alcohol	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Abstemio o consumo de bajo riesgo	125	74.4	74.4	74.4
	Consumo de alto riesgo	37	22.0	22.0	96.4
	Consumo perjudicial	6	3.6	3.6	100.0
	Total	168	100.0	100.0	

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT), junio 2022

En el gráfico 8 se puede observar los distintos porcentajes de consumo de alcohol de la población de estudio siendo predominante el consumo abstemio o de bajo riesgo y el de menor prevaecía el consumo perjudicial de alcohol.



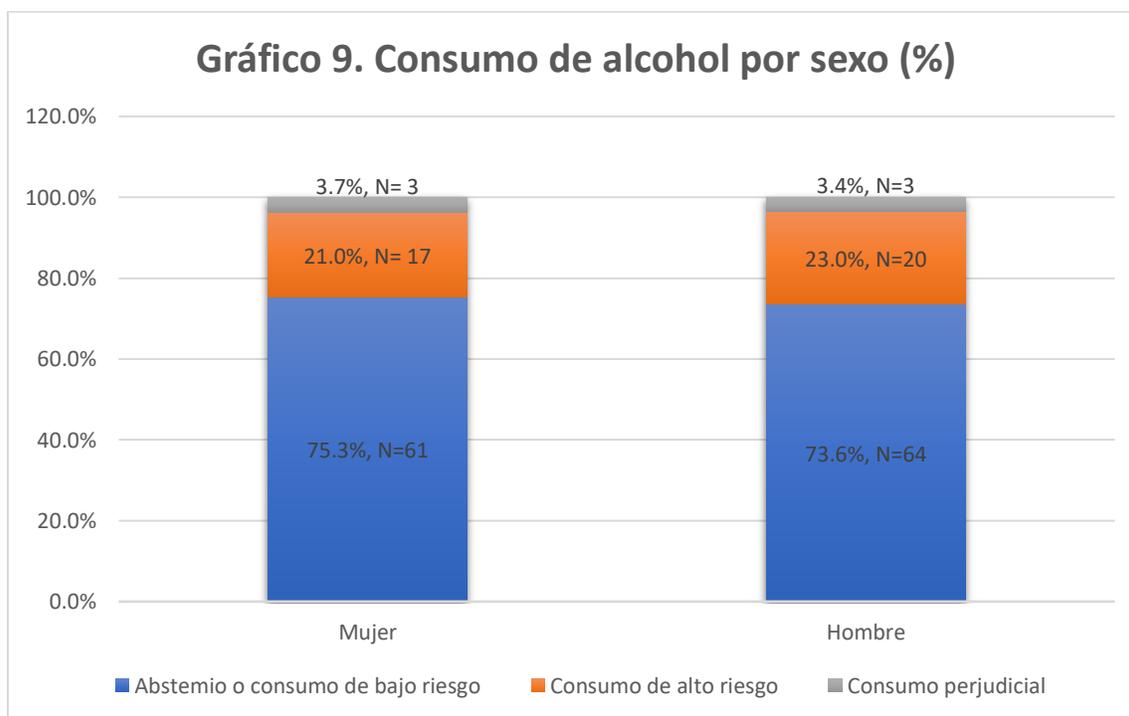
Fuente: Datos obtenidos del cuestionario de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT), junio 2022

En el gráfico y tabla 9 se pueden observar los porcentajes de los diferentes tipos de consumo de alcohol en los adolescentes de acuerdo al sexo. Donde se halló que las mujeres adolescentes presentan un consumo de alcohol de tipo abstemio o bajo riesgo en un 75.3% (N=61), seguido de un consumo de alto riesgo con un 21% (N=17), y por último un consumo perjudicial con un 3.7% (N=3). Mientras que los hombres presentan un porcentaje similar que las mujeres, donde el tipo de consumo de alcohol que predomina en ellos es de tipo abstemio o de bajo riesgo con un 73.6% (N=64), en segundo lugar, se presenta un consumo de alto riesgo con un 23% (N=20) y en tercer lugar un consumo perjudicial con un 3.4% (N=3). Demostrando que en ningún grupo se presentó una probable dependencia al alcohol.

Tabla 9. Tabla cruzada consumo de alcohol de los adolescentes por sexo.

			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
Consumo de alcohol	Abstemio o consumo de bajo riesgo	Recuento % dentro de Sexo	61 75.3%	64 73.6%	125 74.4%
	Consumo de alto riesgo	Recuento % dentro de Sexo	17 21.0%	20 23.0%	37 22.0%
	Consumo perjudicial	Recuento % dentro de Sexo	3 3.7%	3 3.4%	6 3.6%
Total		Recuento % dentro de Sexo	81 100.0%	87 100.0%	168 100.0%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT), junio 2022



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT), junio 2022.

ASOCIACION DE VARIABLES DE ESTUDIO

En los adolescentes de 15 a 19 años de la UMF 92, posterior a la aplicación de los instrumentos de estudio FACES III y AUDIT se encontró lo siguiente:

▪ Descripción del consumo de alcohol en relación a la cohesión familiar.

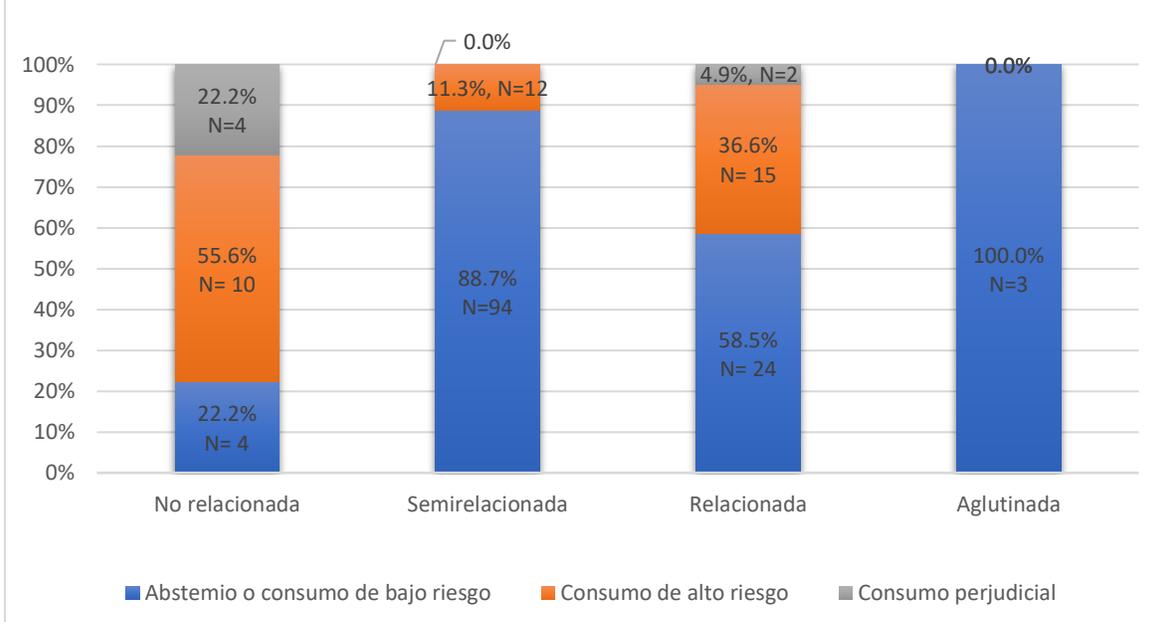
Del total de los adolescentes que presentan una cohesión familiar no relacionada (N=18), el 22.2 % (N=4) presentan un consumo de alcohol abstemio o de bajo riesgo, el 55.6% (N=10) consumo de alto riesgo y el 22.2%(N=4) consumo perjudicial de alcohol y no se registra dependencia. Mientras que los adolescentes que muestran una cohesión familiar semirelacionada (N=106), el 88.7% (N=94) tiene un consumo abstemio o de bajo riesgo, el 11.3% (N=12) un consumo de alto riesgo y no existe presencia de consumo perjudicial, ni dependencia. De los adolescentes que exhiben una cohesión relacionada (N= 41), el 58.5% (N=24) posee un consumo abstemio o de bajo riesgo, el 36.6% (N=15) consumo de alto riesgo y 4.9% (N=2) consumo perjudicial de alcohol. Por último, de los adolescentes con una cohesión familiar aglutinada (N=3), el 100% (N=3) presenta un consumo de alcohol abstemio o de bajo riesgo, sin presentar en este rubro consumo de alto riesgo, perjudicial o dependencia al alcohol. Ver tabla y gráfico 10.

Tabla 10. Tabla cruzada Consumo de alcohol y cohesión familiar en los adolescentes de la UMF No. 92.

			Consumo de alcohol			Total
			Abstemio o consumo de bajo riesgo	Consumo de alto riesgo	Consumo perjudicial	
Cohesión familiar	No relacionada	Recuento % dentro de Cohesión	4 22.2%	10 55.6%	4 22.2%	18 100.0%
	Semirelacionada	Recuento % dentro de Cohesión	94 88.7%	12 11.3%	0 0.0%	106 100.0%
	Relacionada	Recuento % dentro de Cohesión	24 58.5%	15 36.6%	2 4.9%	41 100.0%
	Aglutinada	Recuento % dentro de Cohesión	3 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 100.0%
Total		Recuento % dentro de Cohesión	125 74.4%	37 22.0%	6 3.6%	168 100.0%

Fuente: Datos obtenidos de la escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES- III y cuestionario de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT), junio 2022

Gráfico 10. Consumo de alcohol y cohesión familiar en los adolescentes de la UMF No. 92 (%)



Fuente: Datos obtenidos de la escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES- III y cuestionario de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT), junio 2022.

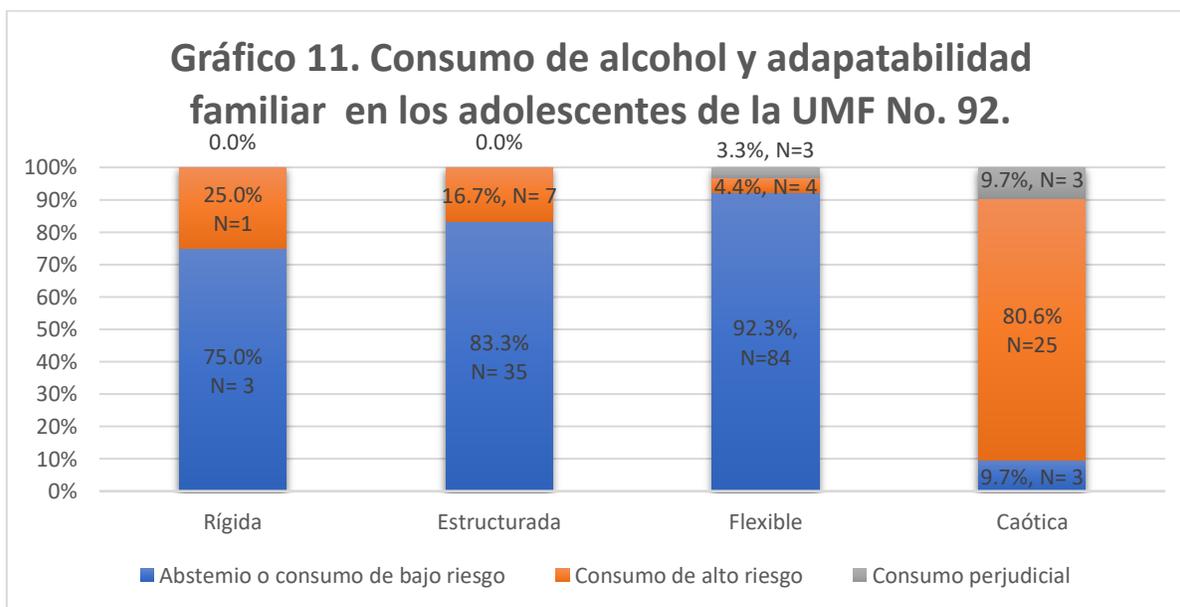
▪ **Descripción del consumo de alcohol en relación a la adaptabilidad familiar.**

Del total de los adolescentes que presentan una adaptabilidad familiar rígida (N=4), el 75 % (N=3) presentan un consumo de alcohol abstemio o de bajo riesgo, el 25% (N= 1) consumo de alto riesgo, sin presentar en este bloque consumo perjudicial ni dependencia. Mientras que los adolescentes que muestran una adaptabilidad familiar estructurada (N=42), el 83.3% (N=35) tiene un consumo abstemio o de bajo riesgo, el 16.7% (N=7) un consumo de alto riesgo y no existe presencia de consumo perjudicial, ni dependencia. De los adolescentes que exhiben una adaptabilidad familiar flexible (N= 91), el 92.3% (N=84) posee un consumo abstemio o de bajo riesgo, el 4.4% (N=4) consumo de alto riesgo y 3.3% (N=3) consumo perjudicial de alcohol. Por último, del grupo de adolescentes con una adaptabilidad familiar caótica (N=31), el 9.7% (N=3) presenta un consumo de alcohol abstemio o de bajo riesgo, el 80.6% (N= 25) consumo de alto riesgo, el 9.7% (N=3) consumo perjudicial de alcohol, sin registrar dependencia. Ver tabla 11 y gráfico 11.

Tabla 11. Tabla cruzada consumo de alcohol y adaptabilidad familiar en los adolescentes de la UMF No. 92.

			Consumo de alcohol			Total
			Abstemio o consumo de bajo riesgo	Consumo de alto riesgo	Consumo perjudicial	
Adaptabilidad familiar	Rígida	Recuento	3	1	0	4
		% dentro de Adaptabilidad familiar	75.0%	25.0%	0.0%	100.0%
	Estructurada	Recuento	35	7	0	42
		% dentro de Adaptabilidad familiar	83.3%	16.7%	0.0%	100.0%
	Flexible	Recuento	84	4	3	91
		% dentro de Adaptabilidad familiar	92.3%	4.4%	3.3%	100.0%
	Caótica	Recuento	3	25	3	31
		% dentro de Adaptabilidad familiar	9.7%	80.6%	9.7%	100.0%
Total		Recuento	125	37	6	168
		% dentro de Adaptabilidad familiar	74.4%	22.0%	3.6%	100.0%

Fuente: Datos obtenidos de la escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES- III y cuestionario de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT), junio 2022.



Fuente: Datos obtenidos de la escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES- III y cuestionario de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT), junio 2022.

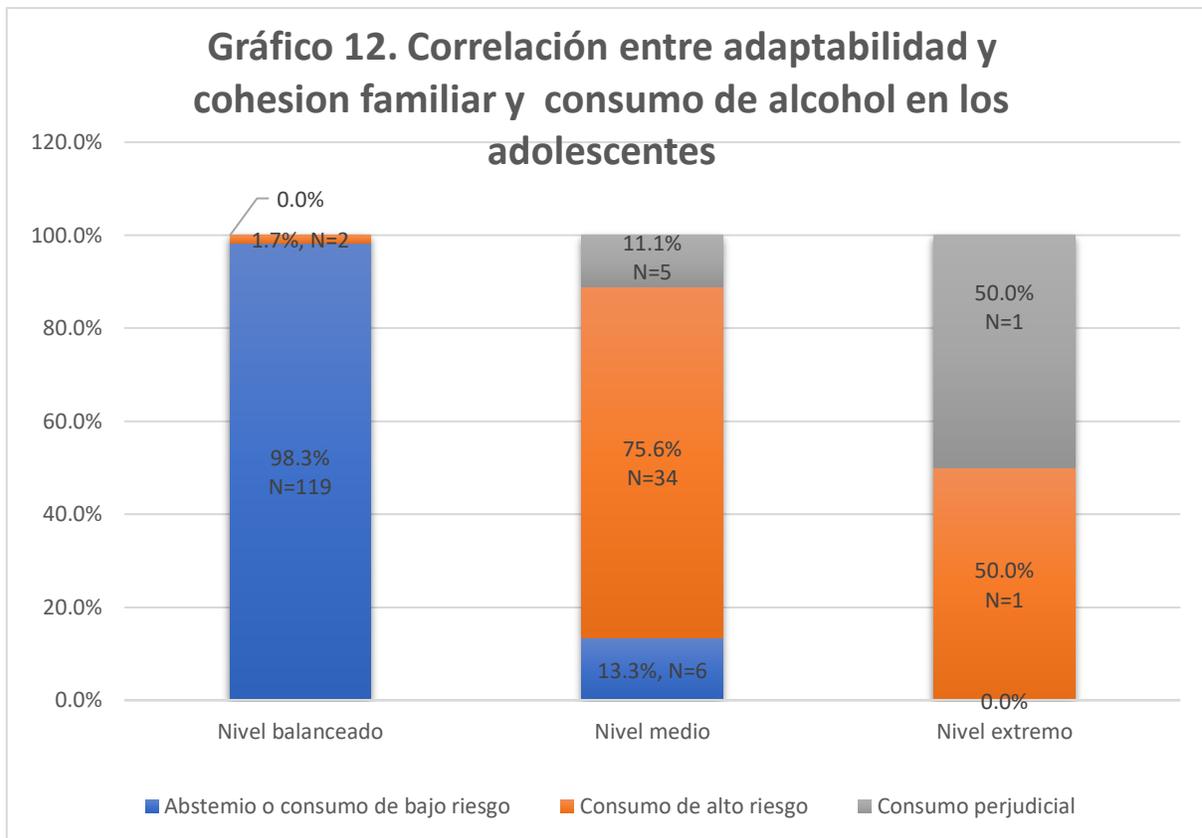
▪ **Cohesión y adaptabilidad familiar (funcionalidad) asociada al consumo de alcohol**

Se encontró que del total de adolescentes que presentan una funcionalidad familiar o cohesión y adaptabilidad balanceada (N=121), el 98.3 % (N=119) muestran un consumo de alcohol abstemio o de bajo riesgo, el 1.7% (N= 2) consumo de alto riesgo, sin existir en este grupo consumo perjudicial o dependencia al alcohol. También se observó que del total de los adolescentes que muestran una cohesión y adaptabilidad en el funcionamiento familiar de nivel medio (N=45), el 13.3 % (N=6) tiene un consumo de alcohol abstemio o de bajo riesgo, el 75.6% (N= 34) consumo de alto riesgo, mostrando un incremento significativo respecto al grupo anterior y un 11.1% (N=5) en el consumo perjudicial. Respecto a los adolescentes que presentan un nivel extremo en la funcionalidad familiar (N=2), no se observa un consumo abstemio o de bajo riesgo, mientras que el 50 % (N=1) presenta un consumo de alto riesgo y el otro 50% (N=1) está representado por un consumo perjudicial de alcohol. Ver tabla 12 y gráfico 12.

Tabla 12. Correlación entre cohesión y adaptabilidad familiar y el consumo de alcohol en los adolescentes de la UMF No. 92.

			Consumo de alcohol			Total
			Abstemio o consumo de bajo riesgo	Consumo de alto riesgo	Consumo perjudicial	
Cohesión y Adaptabilidad. (Funcionalidad familiar)	Nivel balanceado	Recuento	119	2	0	121
		% dentro de Funcionalidad familiar	98.3%	1.7%	0.0%	100.0%
	Nivel medio	Recuento	6	34	5	45
		% dentro de Funcionalidad familiar	13.3%	75.6%	11.1%	100.0%
	Nivel extremo	Recuento	0	1	1	2
		% dentro de Funcionalidad familiar	0.0%	50.0%	50.0%	100.0%
Total		Recuento	125	37	6	168
		% dentro de Funcionalidad familiar	74.4%	22.0%	3.6%	100.0%

Fuente: Datos obtenidos de la escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES- III y cuestionario de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT), junio 2022.



Fuente: Datos obtenidos de la escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES- III y cuestionario de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT), junio 2022.

- **Prueba estadística regresión multinominal**

Para asociar la cohesión y adaptabilidad familiar se utilizó la prueba de regresión multinominal, que es una generalización del modelo de regresión logística en la que la variable dependiente, Y, tiene tres o más categorías. Este modelo asume que Y tiene una distribución multinominal. Es, por tanto, una técnica multivariante de dependencia ya que trata de estimar la probabilidad de que ocurra un suceso en función de la dependencia de otras variables. Al aplicar esta prueba se obtiene un nivel de significancia de $p = .00$, es decir que existe relación entre ambas variables de estudio. Así, en el presente proyecto se comprueba que una alteración de la cohesión y adaptabilidad familiar o funcionalidad extrema, se relaciona con un mayor consumo de alcohol. En otras palabras, familias menos funcionales están relacionadas a un consumo de riesgo alto y perjudicial de alcohol en los adolescentes. Ver Tabla 13.

Tabla 13. Correlación entre adaptabilidad y cohesión familiar (funcionalidad) y consumo de alcohol en los adolescentes de la UMF No. 92.

Consumo de alcohol ^a		Error estándar	Sig.
Abstemio o consumo de bajo riesgo	Intersección	.664	.000
	[Cohesión y adaptabilidad=1]	1.098	.000
	[Cohesión y adaptabilidad=2]	0.000	
	[Cohesión y adaptabilidad=3]		
Consumo de alto riesgo	Intersección	.511	0.000
	[Cohesión y adaptabilidad =1]	1.062	0.000
	[Cohesión y adaptabilidad =2]	0.000	
	[Cohesión y adaptabilidad =3]		

a. La categoría de referencia es: Consumo perjudicial

Fuente: Datos obtenidos de la escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES- III y cuestionario de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT), junio 2022.

VI. DISCUSIÓN

Variables Sociodemográficas

Uno de los objetivos del presente trabajo fue la descripción de algunas características sociodemográficas de los adolescentes pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar número 92. Entre las características sociodemográficas recabadas de la cedula de recolección de datos se ha obtenido que a media de edad de los encuestados es de 16.7 años, prevaleciendo la edad de 16 años. En relación al sexo se aprecia una distribución uniforme, con ligero predominio de los hombres (51.8%). Lo cual corresponde con estudios anteriores, como el de Vázquez, Santamaría y Quirate (2020) en su artículo publicado en la revista del Instituto Mexicano del Seguro Social, que nos señala que, del total de los adolescentes participantes, el sexo predominante fue el masculino (54.6%). Mientras que la edad mínima registrada fue de 15 y la máxima de 19 años; intervalo de edad en el que se establece la principal edad de inicio en el consumo de alcohol (48.4%).⁵⁵

En relación al nivel educativo en este trabajo, se observa en el gráfico 3 que el grado de académico hegemónico en los adolescentes es la preparatoria o bachillerato (97.6%). Lo cual contrasta con estudios anteriores, como el descrito por Vázquez, Santamaría y Quirate en donde aproximadamente la mitad de los adolescentes que participaron se encontraban cursando la secundaria (49.6%) seguido de la preparatoria o bachillerato (29.2%).⁵⁵ Por otro lado, en el presente estudio en el gráfico 4 se aprecia que la mayor parte de la población objeto pertenece a un estrato socioeconómico medio alto (61.9%). Estas 2 últimas variables se pueden considerar parte de los factores que puede influir en el consumo de alcohol en la adolescencia, lo cual se reconoce en estudios anteriores por Obradors en 2014 y Bueno en 2016 que refieren que este problema es multifactorial, donde factores micro y macro ambientales como la familia, la sociedad, la escuela y las características del propio individuo y de los iguales contribuyen al inicio y mantenimiento de esta conducta.^{36, 37}

Cohesión y adaptabilidad familiar

Respecto a la cohesión y adaptabilidad familiar podemos apreciar en la gráfica 5 y 6, que el 63.1% de los sujetos estudiados presentó una cohesión semirelacionada y el 54.2% una adaptabilidad flexible, siendo estos el tipo de cohesión y adaptabilidad que predominan en los adolescentes. Datos que contrastan en estudios anteriores, como el de Medellín Fontes

(2012), donde realizó una investigación sobre el funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México; encontrando que el 51% de los participantes mostraron principalmente un tipo de cohesión relacionada y 51% una adaptabilidad caótica.⁵ Esta discrepancia de resultados puede ser debida a las características propias de la población de estudio que pueden ser distintas a otras, las cuales pueden ser alteradas por las redes familiares, sociales y propias de cada individuo. Sin embargo, la cohesión relacionada y semirelacionada se consideran facilitadores del funcionamiento familiar debido a que las familias logran tener una experiencia equilibrada entre independencia y unión.⁶ En esta investigación la obtención principalmente de adolescentes con cohesión familiar de tipo semirelacionada, se debe a que existe una moderada unión afectiva, lealtad y fidelidad con una tendencia marcada a la autonomía individual; se llegan a realizar actividades compartidas, tienen interés en conjunto y regularmente se prefieren las decisiones colectivas.⁵ Y en relación a la adaptabilidad familiar de tipo flexible que se observa principalmente en el estudio, se puede deber que la familia del adolescente se caracteriza por una disciplina democrática, liderazgo y roles compartidos, que pueden variar cuando la familia lo considere necesario. Es decir, tienen la habilidad para adecuar su funcionamiento con relación al ejercicio de poder, los roles y las reglas como respuesta a las situaciones generadas por el desarrollo de sus miembros.¹⁰ Además, en este estudio podemos observar que al cruzar la adaptabilidad y cohesión en el modelo circunplejo de Olson, se obtiene como resultado los niveles de funcionamiento familiar; siendo éste el reflejo integral de la adaptabilidad y cohesión familiar. En primer lugar, se presenta una funcionalidad balanceada (72%), en segundo lugar, un nivel medio (26.8%) y en tercer lugar un nivel extremo (1.2%). Lo cual presenta similitudes en orden de frecuencia con estudios anteriores como el de Alonso, Yáñez y Armendáriz (2017), que identificó que el funcionamiento familiar predominante desde la percepción de los adolescentes es el nivel balanceado o normal (76.2%) seguido de una funcionalidad de nivel medio (18%) y en último lugar un nivel extremo o disfuncionalidad severa (5.8%).⁵⁴ El alto porcentaje de una funcionalidad familiar balanceada en los adolescentes (72%) puede ser explicado en función de que éstos perciben recibir apego afectivo de su familia, el cual está caracterizado por un vínculo emocional entre sus miembros y la habilidad que el adolescente va adquiriendo dentro de su familia para adaptarse a nuevas y diferentes situaciones, demandas del contexto y de su familia.⁵⁴ Respecto al porcentaje restante, representado por una funcionalidad de nivel medio o extremo se puede deber a que los adolescentes sientan insatisfacción en las relaciones familiares, percibiendo un ambiente

de conflicto en la dinámica de sus familias, así como un limitado afecto y aceptación entre los integrantes de la familia, lo anterior concuerda con lo reportado con Ohannsnessian, Flannery, Simpson y Russell (2016) al referir que esta situación puede deberse a conflictos y tensiones entre sus miembros, cuando no se realizan los ajustes necesarios ante los cambios que son inherentes a la etapa de desarrollo de cada uno de sus miembros, o cuando existen eventos adversos que no son afrontados adecuadamente.^{51, 52, 53.}

Consumo de alcohol

En relación al consumo de alcohol se observa en el gráfico 8, que el 74.4% de los sujetos estudiados predomina un consumo de tipo abstemio o de bajo riesgo, seguido de un consumo de alto riesgo con un 22% y en una frecuencia mínima un consumo perjudicial con un 3.6%. Sin presentar ningún caso de probable dependencia al alcohol. Datos que contrastan en estudios anteriores, como el de Alonso, Yáñez y Armendáriz (2017), que identificaron que el 61% de adolescentes presentan un consumo sensato, seguido por el 22.6% quienes muestran un consumo dependiente y un 16.4% un consumo dañino o perjudicial.⁵⁴ Asimismo, se encontró discrepancia con los hallazgos de Vázquez, Santamaría y Quirarte (2020), quienes señalan que un 54.89% de los adolescentes tiene un consumo de bajo riesgo, el 37.85% un consumo de alto riesgo y el 7.26% lo clasificaron con una posible dependencia.⁵⁵ En estos estudios previos, los resultados en relación al tipo de consumo de alcohol resalta que un alto porcentaje de adolescentes reporta tener un consumo dependiente y dañino o perjudicial, a diferencia de las cifras obtenidas en el presente estudio donde el consumo de perjudicial o dañino es menor y sin ningún caso de dependencia, lo cual se pudiera explicar porque las condiciones para aplicar nuestro instrumento de medición no fue del todo óptima para que los adolescentes se sintieran con un máximo nivel de confianza. Sin embargo, es importante señalar que la tendencia de aumento en el tipo de consumo de los adolescentes observada en los anteriores estudios, puede evidenciar la vulnerabilidad que presenta este grupo debido a diversos factores relacionados con su etapa de desarrollo y relación familiar.⁵⁴ Por otro lado, a pesar que en los 3 estudios se muestra que predomina el tipo de consumo abstemio o de bajo riesgo, es importante destacar que solo por el hecho de ser menores de edad este consumo no se debería de presentar en esta población.

Aunque no hay estudios contundentes que relacionen de manera directa los distintos tipos de consumo de alcohol respecto al sexo del adolescente. Estudios anteriores como el de Zambrano en 2016, refiere que el consumo de alcohol tiene predominio en el sexo masculino, aunque es cada vez mayor su adición por el sexo femenino.⁶⁴ Por otro lado, las estadísticas nacionales expuestas por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) en 2020, reporta un consumo de alcohol excesivo en menores de edad y un incremento en el porcentaje de consumo excesivo en mujeres adolescentes en los últimos años.³⁴ En relación al tipo de consumo de alcohol en los adolescentes respecto al sexo, en el gráfico 9 se puede observar que del total de la población femenina el 75% presenta un consumo de alcohol de tipo abstemio o bajo riesgo, siendo este el que predomina en este grupo, seguido de un consumo de alto riesgo (21 %) y con menor frecuencia un consumo perjudicial (3.7%). Porcentajes similares que se presentan en la población de hombres adolescentes, donde el tipo de consumo que predomina es de tipo abstemio o de bajo riesgo con 73.6%, continuando con un consumo de alto riesgo con un 23% y en menor proporción un consumo perjudicial (3.4%). Estos resultados pudieran reforzar lo expuesto por Zambrano y el INSP en que cada vez se suman más mujeres en la adopción de esta conducta, observándose un incremento en las adolescentes hacia un tipo de consumo de alcohol cada vez mayor. Además, los resultados antes expuestos pudieran explicarse porque la sociedad ha aceptado gradualmente los distintos patrones de consumo en hombres como en mujeres, fortaleciéndose la conducta de consumo en el interior de las familias.⁵⁴

Asociación: cohesión y adaptabilidad familiar (funcionalidad familiar) y consumo de alcohol

El consumo de alcohol es considerado un problema de salud pública, el cual no solo afecta a personas adultas sino también a adolescentes.^{28, 34} Por ello, es importante considerar cuales son los factores que pueden inducir al menor a consumir esta sustancia, teniendo en cuenta el rol que cumple la familia por ser un agente principal en el desarrollo del ser humano.^{36,37,55} Además, es importante observar la cohesión y adaptabilidad de los adolescentes y si esto favorece el consumo de alcohol en los mismos.

De acuerdo a nuestra hipótesis de trabajo a comprobar de que una alteración en la cohesión y adaptabilidad familiar se asocia a un mayor consumo de alcohol en los adolescentes de la UMF 92; se obtiene los siguientes reportes:

Se encontró que en las familias con una adaptabilidad caótica en su funcionamiento presenta el mayor número de consumos de riesgo, a diferencia de las familias con un tipo de adaptabilidad flexible en las que se identifica el mayor número de casos de consumo de alcohol que no presentan riesgo. Estos resultados son similares a los encontrados en otros estudios, como el de Coaquira y Arroyo (2017), que obtuvo resultados similares aplicando las variables funcionamiento familiar, consumo de alcohol e inicio sexual, en adolescentes mujeres de secundaria, encontrando que existe relación entre el funcionamiento familiar en la dimensión adaptabilidad y el consumo de alcohol. Además, encontró que los estudiantes que consumen alcohol presentaban funcionamiento familiar rígido o caótico.⁵⁷ Estos resultados se pueden explicar, porque la familia con adaptabilidad caótica representa un factor de riesgo para el consumo de alto riesgo y perjudicial de alcohol, debido a que presenta ausencia de liderazgo por parte de las figuras parenterales, generando constantes cambios en los roles y las reglas de interacción, lo que conlleva además a una disciplina cambiante o ausente. A diferencia de las familias con adaptabilidad flexible que constituyen un factor de protección para el consumo de riesgo de alcohol, ya que presentan un liderazgo o roles compartidos, la disciplina se ejerce de forma democrática, con capacidad de adaptarse a las necesidades de sus integrantes.¹⁰

Se probó que existe una asociación estadística entre la adaptabilidad y cohesión del funcionamiento familiar y el nivel de consumo de alcohol, con una significancia de $p = .00$. Esto comprueba que la alteración o un nivel extremo en la cohesión y la adaptabilidad familiar se asocia con un mayor consumo de alcohol. Es decir, adolescentes con una alteración en la cohesión y adaptabilidad del funcionamiento familiar están relacionadas a un mayor consumo de alcohol en los adolescentes de la UMF 92. Estos resultados son similares a los estudios descritos por Alonso, Yáñez y Armendáriz (2017) y Vázquez, Santamaría y Quirarte (2020). Donde los primeros muestran que el consumo de bajo riesgo es más alto en los adolescentes que refieren funcionalidad familiar (72.2%), en relación al consumo dependiente y dañino que se presenta con mayor frecuencia en los adolescentes que perciben disfunción familiar moderada (32%).⁵⁴ Mientras los segundos, al realizar un estudio para determinar la relación entre el sistema familiar y consumo de alcohol en

adolescentes estudiantes de bachillerato en zonas suburbanas del estado de Jalisco probaron la existencia de una relación estadísticamente significativa entre el sistema familiar y el consumo de alcohol de -0.282 (rho de Spearman). Concluyendo que, a mayor sistema familiar protector, menor consumo de alcohol.⁵⁴ Sin embargo existen estudios que discrepan con estos resultados, como el de Paqui (2017), que aplicó las variables funcionamiento familiar y consumo de alcohol, encontrando que no existe asociación estadísticamente significativa entre funcionamiento familiar y el consumo de alcohol.⁵⁸ Este resultado podría deberse a que una funcionalidad familiar balanceada no es una garantía para que el adolescente evite consumir bebidas alcohólicas, en tanto que una funcionalidad extrema si puede asegurar que el adolescente adopte conductas de riesgo para la salud.^{36,37,38}

XVII. CONCLUSIONES

En relación con los objetivos, el estudio presenta lo siguiente:

Existe una asociación entre cohesión y adaptabilidad familiar y consumo de alcohol en los adolescentes de la UMF 92. Es decir, una alteración de la cohesión y adaptabilidad del funcionamiento familiar, es una variable predictora significativa de riesgo para el consumo de alto riesgo y perjudicial de alcohol en los adolescentes.

El tipo de cohesión familiar prevalente en los adolescentes es semirelacionada, representada por el 63.1% de la población, donde existe una independencia moderada, con límites generacionales claros, con un equilibrio entre estar solos y en familia. Aunque existe cierta separación emocional, no es extrema, pues en ocasiones, se demuestra correspondencia afectiva.

El tipo de adaptabilidad familiar prevalente en los adolescentes es flexible, conformada por el 54.2 % de la población, caracterizado por un liderazgo compartido, una disciplina que se ejerce de forma democrática, con capacidad de adaptarse a las necesidades de sus integrantes.

El funcionamiento familiar en los adolescentes se ubicó en un rango balanceado (74.2%), mostrando una dinámica familiar aceptable en adaptación y cohesión.

En lo que respecta a la variable "Consumo de alcohol" concluimos que se obtuvo el mayor porcentaje en el tipo de bebedor abstemio o de bajo riesgo con un 74.4% y en segundo lugar un consumo de alto riesgo 22%. Por tanto, importante poner en práctica medidas de prevención y detección del consumo de alcohol en los adolescentes, porque el hecho de ser menores de edad ésta práctica o no se debería de presentar.

En relación a las características sociodemográficas la media de edad se observa a los 16 años, con una distribución uniforme para ambos sexos, prevaleciendo un nivel académico medio superior y estrato socioeconómico alto.

Se concluye que el consumo de alcohol es una conducta nociva presente en los adolescentes, lo cual representa una amenaza en la salud de estos debido a la etapa de desarrollo en la que se encuentran. La cohesión y adaptabilidad, también conocida de manera integral como funcionalidad familiar es muy importante porque puede afectar significativamente la conducta sobre el consumo de alcohol llegando a niveles perjudiciales o dañinos. Por lo anterior, el profesional médico es un elemento clave para el desarrollo e implementación de intervenciones enfocadas a la familia con el objetivo aportar estrategias que coadyuven al funcionamiento familiar. Además, se espera que una adecuada promoción de la salud y prevención de consumo de alcohol al interior de las familias impacte positivamente en el desarrollo de conductas saludables entre sus miembros, pero especialmente en los adolescentes debido a la etapa de transición y vulnerabilidad en la que se encuentran.

XVIII. RECOMENDACIONES

- **Para el paciente:** 1) Buscar información fidedigna sobre las consecuencias y los efectos que conlleva el consumo de alcohol en la adolescencia, con el fin de prevenir su consumo desde temprana edad. 2) Mantener una buena relación y canal de comunicación con los padres que le permita expresar sus inquietudes respecto al tema, teniendo como principal objetivo evitar su consumo. 3) Planear actividades de esparcimiento que disfrute y que no implique beber alcohol. Por ejemplo: salir al cine, a un parque de diversiones, un museo o teatro; escuchar música o tocar instrumentos; practicar algún deporte como natación, fútbol, baloncesto; participar en actividades lúdicas, etc. 4) Evitar lugares o compañías que promuevan el consumo de alcohol. 5) Solicitar atención integral en la Unidad de Medicina Familiar en caso de presentar un consumo de alcohol de bajo o alto riesgo, con mira a suspender este hábito, y prevenir el daño debido a esta práctica y en caso necesario derivarlo a las instancias pertinentes. 6) Pedir orientación al médico familiar de su consultorio en caso de presentar alteración en su funcionamiento familiar, considerando que esta situación juega un papel preponderante para desarrollar conductas de riesgo como el consumo de alcohol.

- **Para el médico:** 1) Es importante que el médico de primer nivel adquiera mayor conocimiento sobre la cohesión y adaptabilidad familiar, y el consumo de alcohol en adolescentes para proponer intervenciones que tengan un enfoque en el cuidado de promoción de la salud y de prevención del riesgo de consumo de alcohol al interior de las familias, especialmente en los adolescentes debido a la etapa de transición y vulnerabilidad en la que se encuentran. 2) Proporcionar información a los adolescentes que sea precisa, adecuada y con un lenguaje entendible acorde a su edad, de tal manera que por ello pueda concientizarlos acerca de las consecuencias que produce el alcohol. 3) Dotar a los adolescentes información acerca del consumo de alcohol. 4) Promover estilos de vida saludables en los adolescentes a través del deporte. 5) Establecer una buena relación médico- paciente (adolescente) que permita durante la consulta la aplicación de escalas como el AUDIT o FACES III que ayudaran a detectar el riesgo de consumo de alcohol o alteración en la cohesión y adaptabilidad familiar, con el fin de realizar una detección oportuna y una adecuada intervención en el primer nivel de atención.

- **Para el Instituto (IMSS):** 1) Realizar programas de prevención e intervención de consumo de alcohol en adolescentes, así como también de influencia familiar en el consumo de alcohol, ya que los resultados obtenidos nos indican que la mayoría de los encuestados son bebedores de bajo riesgo. 2) Promover platicas informativas y preventivas sobre el consumo de alcohol en los adolescentes derechohabientes. 3) Hacer difusión y promoción a la población adolescente de integrarse a las estrategias instauradas por el instituto como el PrevenIMSS o JuvenIMSS, con la finalidad de adoptar un estilo de vida saludable e integral.

XIX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Olson D, Russell C, Sprenkle D. Modelo Circumplejo: Evaluación Sistémica y Tratamiento de las Familias. 1ra ed. EE. UU: Routledge; 1989.
2. Olson D. Modelo Circumplejo de Sistemas Familiares. En Walsh F. Proceso Familiares Normales. 3ra Edición. Nueva York: Mac Graw Hill; 2003
3. Castaño Castrillón JJ, Páez Cala ML. Funcionalidad familiar y tendencias adictivas a internet y a sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios. *psicol desde caribe* . 2020;36(2):177–206.
4. Huerta González JL. Medicina Familiar - La Familia En El Proceso Salud-Enfermedad. Alfil; 2006.
5. Medellín Fontes MM, Rivera Heredia ME, López Peñaloza J, Kanán Cedeño MEG, Rodríguez-Orozco AR. Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. *Salud Ment (Mex)* [Internet]. 2012 [citado el 4 de febrero de 2022];35(2):147–54.
6. Siguenza W, Buñay R, Guamán M, Funcionamiento familiar real e ideal según el modelo Circumplejo de Olson. Simposio Internacional de Neurociencia (Ecuador) [Internet]. 2017 [citado 2022 Ene 10]; Consultado en: [file:///C:/Users/abyht/Downloads/edison-timbe-maskana-neurociencias-procdngs-07%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/abyht/Downloads/edison-timbe-maskana-neurociencias-procdngs-07%20(2).pdf)
7. Villarreal-Zegarra D, Paz-Jesús A. Cohesión, adaptabilidad y composición familiar en adolescentes del Callao, Perú. *Propós represent*. 2017;5(2).
8. Alfonso Hernández C, Valladares González A, Rodríguez San Pedro L, Selín Ganén M. Comunicación, cohesión y satisfacción familiar en adolescentes de la enseñanza secundaria y preuniversitaria. *Cienfuegos* 2014. *Medisur*. 2017;15(3):341–9.
9. Olson DH, Portner J, Lavee Y. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III (FACES III). Minnesota: University of Minnesota; 1985. 1
10. Basurto Milla MJ. Funcionamiento familiar en adolescentes de una institución educativa pública en la Provincia de Huaraz - 2018. Universidad Nacional Federico Villarreal; 2019.
11. Martínez-Pampliega, A, Iraurgi I, Galíndez E, et al. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of Clinical and Health Psychology* [Internet] 2006. 6(2): 317-33
12. Lazzeri, G., Azzolini, E., Pammolli, A., Simi, R., Meoni, V., & Giacchi, M. V. (2014). Factors associated with unhealthy behaviours and health

- outcomes: a cross-sectional study among tuscan adolescents (Italy). *International Journal for Equity in Health*, 13, 83.
13. Jaime, V., Pérez, G., Rodríguez, D., Vega, D., & Díaz, R. Características del funcionamiento familiar con el paciente alcohólico. *Acta Medica del Centro*, 2014, 8(1), 1-7
 14. Jiménez L, Menéndez S, Lorence B, Hidalgo V. Análisis factorial de las escalas FACES (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales) con familias en situación de riesgo psicosocial. *Univ Psychol*. 2017;16(2).
 15. Schmidt V, Barreyro JP, Maglio AL. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? *Escr Psicol*. 2010;3(2):30–6.
 16. Consenso Estatal De Medicina Familiar Delegación Jalisco. *Manual De Clinimetría En Medicina Familiar*. México: Coordinación de Planeación y Enlace Institucional; 2016.
 17. Bazo-Alvarez JC, Bazo-Alvarez OA, Aguila J, et. al. Propiedades psicométricas de la escala de funcionalidad familiar FACES-III: un estudio en adolescentes peruanos *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016;33(3):462–70.
 18. Ahumada-Cortez, Jessica Guadalupe, Gámez-Medina, Mario Enrique, Valdez-Montero, Carlina, *El Consumo De Alcohol Como Problema De Salud Pública*. Ra Ximhai. 2017; 13(2): 13-24.
 19. NORMA Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. [Internet]. 2015 [citado 2021 Jun 12]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5403545&fecha=12/08/2015
 20. NORMA Oficial Mexicana NOM-142-SSA1/SCFI-2014, Bebidas alcohólicas. Especificaciones sanitarias. Etiquetado sanitario y comercial. [Internet]. 2014 [citado 2021 Jun 12]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5386313&fecha=23/03/2015
 21. Rosón Hernández B. Consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Prevalencia y métodos de detección en la práctica clínica. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. (2008).
 22. Anderson P, Gual A, Colon J. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. [Internet]. 2008. [citado 2021 Jun 12]. Disponible en: https://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf
 23. Quigley J. Alcohol use by Youth. *Pediatrics* [Internet]. 2019;144(1).

24. Alonso-Castillo MM, Yañez-Lozano Á, Armendáriz-García NA. Funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria. *Health and Addictions/Salud y Drogas*. 2017;17(1):87–96.
25. Committee on Substance Abuse, Kokotailo PK. Alcohol use by youth and adolescents: a pediatric concern. *Pediatrics* [Internet]. 2010 [citado el 4 de febrero de 2022];125(5):1078–87.
26. Ochoa Mangado E, Madoz-Gúrpide A, Vicente Muelas N. Diagnóstico y tratamiento de la dependencia de alcohol. *Med Segur Trab (Madr)* [Internet]. 2009 [citado el 4 de febrero de 2022];55(214):26–40
27. World Health Organization. *Lexicon of alcohol and drug terms*. Genève, Switzerland: World Health Organization; 1994.
28. World Health Organization (WHO). *Global status report on alcohol and health 2018*. [Internet]. 2018 [citado 2021 May 25]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&slug=who-s-global-status-report-on-alcohol-and-health-2018-1&Itemid=270&lang=en
29. Lillo Espinosa JL. Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr*. 2004;(90):57–71.
30. World Health Organization. *Alcohol*. [Internet]. 2018 [citado 2021 Jun 12]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
31. Gómez O., Alonso A., Razo C., et al. *Prioridades de Investigación en Salud en México*. [Internet]. México: Instituto Nacional de Salud Pública (INSP); 2017.
32. World Health Organization ([WHO](#)), [Adolescent and Young adult health](#). [Internet]. 2021 [citado 2021 Nov 12]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>.
33. Chaffee BW, Cheng J, Couch ET, Hoelt KS, Halpern-Felsher B. Adolescents' Substance Use and Physical Activity Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Pediatr*. 2021;175(7):715–722.
34. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). *El consumo excesivo de alcohol en adolescentes*. [Internet]. México: Gobierno de México; 2020 [citado 2021 Jun 16]. Disponible en: <https://www.insp.mx/avisos/el-consumo-excesivo-de-alcohol-en-adolescentes>

35. Levy S., Orozco V., Hernández H., et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-2019: Resultados Nacionales. México: Instituto Nacional de Salud Pública (INSP); 2020.
36. Obradors- Rial, N., Ariza, C., & Muntaner, C. Consumo de riesgo de alcohol y factores asociados en adolescentes de 15 a 16 años de la Cataluña Central: diferencias entre ámbito rural y urbano. [Internet]. 2014. Gaceta Sanitaria, 28 (5): 381-385
37. Bueno MP, Vázquez A. Programa de prevención de consumo de alcohol en adolescentes de 12 a 16 años en la unidad educativa latinoamericana. Edu.ec. Ecuador. 2018. [citado 2022 Ene 01]. Disponible en: <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/20510/1/UPS-CT009186.pdf>
38. Aguirre-Guiza NC, Aldana-Pinzón OB, Bonilla-Ibáñez CP. Factores familiares de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de una institución de educación media técnica de Colombia. Rev Salud Pública (Bogota) [Internet]. 2017;19(1):3–9.
39. Comisión Nacional contra las Adicciones. 15 de noviembre, “Día Nacional contra el Uso Nocivo de Bebidas Alcohólicas, 2019” [Internet]. gob.mx. [citado 2022 Feb 4]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/conadic/acciones-y-programas/15-de-noviembre-dia-nacional-contra-el-uso-nocivo-de-bebidas-alcoholicas-2019>
40. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol- AUDIT. [Internet]. 2018 [citado 2021 May 25]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&slug=who-s-global-status-report-on-alcohol-and-health-2018-1&Itemid=270&lang=en
41. Reyna-Barajas GV, Copertari-Isaacson LF, González-Betanzos F, et al. Estudio psicométrico del instrumento CARLOS (CRAFFT) en estudiantes universitarios mexicanos. Evaluar. 2016;16, 10-19.
42. García Carretero MÁ, Novalbos Ruiz JP, Martínez Delgado JM, O’Ferrall González C. Validación del test para la identificación de trastornos por uso de alcohol en población universitaria: AUDIT y AUDIT-C. Adicciones [Internet]. 2016;28(4):194.
43. Rial Boubeta A., Golpe Ferreiro S., Araujo Gallego M, et al. Validación Del “Test De Identificación De Trastornos Por Consumo De Alcohol” (Audit) En Población Adolescente Española. Behavioral psycho. 2017; 25(2): 371-386.
44. Raico Hernández ER, Reyna Aguilar YE. Funcionamiento familiar y riesgo de consumo de alcohol en adolescentes, Trujillo - 2019. Universidad Nacional de Trujillo; 2020.

45. Martínez- Hernández LA, Lopez-Carbajal MJ, Armengol-Agis D. Intervención del médico familiar en alcoholismo. Revisión de estrategias operativas. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2006;44(2):181–8.
46. Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para La Prevención, Tratamiento Y Control De Las Adicciones. Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos. Secretaría de Salud [Internet]. Org.mx. [citado 2021 Dic 15]. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR20.pdf>
47. Secretaria de Salud. ¿Qué es la adolescencia? [Internet]. gob.mx. [citado 2021 Ene 10]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/que-es-la-adolescencia>
48. Huaycani Mamani YM. Funcionalidad Familiar y Consumo De Alcohol En Adolescentes De La Institución Educativa Secundaria Industrial 32 Puno – 2019. [Tesis Superior]. Perú: Edu.pe Universidad Nacional Del Altiplano De Puno. 2020
49. Tena-Suck A, Castro-Martínez G, Marín-Navarrete R, et al. Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica. *Med. interna Méx.* 2018; 34(2): 264-277.
50. World Health Organization (WHO). Adolescent Healt. [Internet]. 2022 [citado 2022 Ene 01]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
51. Finan LJ, Schulz J, Gordon MS, Ohannessian CM. Parental Problem Drinking And Adolescent Externalizing Behaviors: The Mediating Role Of Family Functioning. *J Adolesc.* 2015; 43:100-110.
52. Abu-Rayya, H., y Yang, B. La familia no saludable funciona como un contexto psicológico que subyace a los problemas emocionales y de comportamiento de los niños australianos. *Revista Internacional de Salud Mental.* 2012; 8(1),1-8 pp.
53. Ohannessian CM, Flannery KM, Simpson E, Russell BS. Family Functioning and Adolescent Alcohol Use: A Moderated Mediation Analysis. *J Adolesc.* 2016; 49:19-27.
54. Alonso M., Yáñez A., Armendáriz N. Family functionality and alcohol use among high school teenager. *Health and Addictions.* 2017; Vol. 17(1): 87-96.
55. Barrantes M, Vazquez C. Funcionamiento familiar y consumo de alcohol en estudiantes universitarios de la carrera de Ingeniería civil de una universidad pública [Tesis]. Sarmiento J, editor. [Universidad Privada del Norte]; 201668–79.

56. Vázquez B., Santamaría J., Qirarte R. Sistema familiar y consumo de alcohol en adolescentes estudiantes de bachillerato de zonas suburbanas. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2021;28(3).
57. Coaquira Gil E. Arroyo Flores J. Funcionamiento familiar y consumo de alcohol relacionado al inicio sexual en estudiantes mujeres del 3ro, 4to y 5to de secundaria de un colegio nacional en el departamento de Junín, 2016-2017. [Tesis Licenciatura]. Lima: Universidad Peruana Unión., 2017.
58. Paqui, P. Funcionalidad familiar y su relación con el consumo de alcohol en adolescentes de bachillerato de la Zona 7 Ecuador. 2016. [Tesis Posgrado]. Ecuador: Universidad Nacional de Loja., 2016.
59. McCarty C., Ebel B., Garrison M., et al. Continuity of Binge and Harmful Drinking from late Adolescence to Early Adulthood. *Pediatrics* [Internet]. 2004;114(3): 714-719.
60. Engberg J., Morral A. Reducing substance use improves adolescents' attendance. *Addiction*. 2006; 101(12): 1741-1751.
61. Aguilar C. Proyecto DHA. TDAH: Población vulnerable a las adicciones. [Internet]. [citado 2021 Jun 05]. Disponible en: <https://cerebrofeliz.org/articulosdadh/poblacion-vulnerable.html>
62. Duffy D. Factores de riesgo y factores protectores asociados al consumo de alcohol en niños y adolescentes. *Salud y Sociedad*. 2014; Vol. 5(1): 40-52.
63. Blanco- Enríquez F.E., Díaz-Heredia L.P., Caro-Castillo C.V. La autotrascendencia en la prevención del consumo de alcohol en adolescentes hijos de padres consumidores. *Enferm*. 2019; 16(2): 216-226.
64. Zambrano Guerra FX, Martínez Pérez M, Alonso Cordero ME, Álvarez Padilla AL. Relación entre alcoholismo, el funcionamiento familiar y otras afecciones psicológicas. *Medimay*. 2016; 23(2): 11.
65. Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC). Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas: Actualización 2011-2012. [Internet]. México: CONADIC; 2011 [citado 2021 Jun 03]. Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/abuso_de_bebidas.pdf
66. Ruiz Hernández A. Reporte de la sociedad civil sobre el consumo nocivo de alcohol. [Internet]. México; 2020 [citado 2021 May 21]. Disponible en: <https://saludjusta.mx/wp-content/uploads/Reporte-de-la-sociedad-civil-sobre-consumo-nocivo-de-alcohol-1.pdf>

67. Centers for disease Control and Prevention (CDC). Alcohol use and your health. [Internet]. 2021 [citado 2021 Jun 04]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/alcohol/fact-sheets/alcohol-use.htm>
68. Windle M. Alcohol use among Adolescents and Young Adults. [Internet]. *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA)*. 2003 [citado 2021 Jun 07]. Disponible en: <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh27-1/79-86.htm>
69. Organización de los Estados Unidos Americanos (OEA). Informe sobre el consumo de drogas en las Américas. [Internet]. Washington, D.C.: Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD); 2019 [citado 2021 Jun 07]. Disponible en: <http://www.cicad.oas.org/main/pubs/Informe%20sobre%20el%20consumo%20de%20drogas%20en%20las%20Am%C3%A9ricas%202019.pdf>
70. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Unas 85.000 personas mueren al año por alcohol en las Américas, el mayor consumidor mundial. [Internet]. 2021 [citado 2021 Jun 07]. Disponible en: [https://news.un.org/es/story/2021/04/1490742#:~:text=En%20promedio%2C%2085.03%20muertes%20\(1,como%20la%20dependencia%20del%20alcohol](https://news.un.org/es/story/2021/04/1490742#:~:text=En%20promedio%2C%2085.03%20muertes%20(1,como%20la%20dependencia%20del%20alcohol)
71. Pan American Health Organization. Regional status report on alcohol and health in the Americas 2020. Organización Panamericana de la Salud; 2020.
72. Sterling S., Kline-Simon AH., Wibbelsman C., et al. Screening for adolescent alcohol and drug use in pediatric health-care settings: predictors and implications for practice and policy. *Addict Sci Clin Pract*. 2012; 7(1):13
73. Ponce Rosas ER, Gómez Clavelina FJ, Terán Trillo M, Irigoyen Coria AE, Landgrave Ibáñez S. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). *Aten Primaria* [Internet]. 2002 [citado el 4 de febrero de 2022];30(10):624–30.
74. Comisión Nacional de Bioética. E. Código de Nuremberg Normas éticas sobre experimentación en seres humanos [Internet]. Gob.mx. [citado 2021 Jul 16]. Disponible en: http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatintencional/2.INTL_Co d Nuremberg.pdf
75. Comisión Nacional de Bioética. Declaración de Helsinki. Antecedentes y posición de la Comisión Nacional de Bioética. [Internet]. Gob.mx. [citado 2021 Jul 16]. Disponible en: <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/helsinki.pdf>
76. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. Informe Belmont, Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. National Institutes of Health.

- [Internet]. Gob.mx. [citado 2021 Jul 16]. Disponible en: http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinacional/10_INTL_Informe_Belmont.pdf
- 77.** Sistema Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes. Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (reformada 20 junio 2018) [Internet]. Gob.mx. [citado 2022 Ene 15]. Disponible en: <https://www.gob.mx/sipinna/documentos/ley-general-de-los-derechos-de-ninas-ninos-y-adolescentes-reformada-20-junio-2018>
- 78.** Comisión Nacional de Bioética. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. [Internet]. Gob.mx. [citado 2021 Jul 20]. Disponible en: http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinacional/10_NAL_Reglamento_de_Investigacion.pdf
- 79.** Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. [Internet]. Gob.mx. [citado 2021 Jul 16]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013
- 80.** Cámara De Diputados Del H. Congreso De La Unión. Ley Federal De Protección De Datos Personales En Posesión De Los Particulares. [Internet]. Gob.mx. [citado 2021 Jul 16]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPDPPP.pdf>

XX. ANEXOS

ANEXO 1. CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN

FOLIO: _____

INSTRUCCIONES: Lee cuidadosa y atentamente las siguientes preguntas, anote una "X" la respuesta que usted considera correcta, según sea el caso. Si surgiera alguna duda, el investigador lo podrá apoyar brindando información clara sobre las preguntas que generen inquietudes, otra opción puede ser que el investigador llene el formato con la información que usted le proporcione.

1. SEXO:	MUJER			HOMBRE	
2. EDAD:	15 años	16 años	17 años	18 años	19 años
3. NIVEL EDUCATIVO	A) Primaria				
	B) Secundaria				
	C) Preparatoria/Bachillerato				
	D) Licenciatura				
4. ESTRATO SOCIECONÓMICO*	A) Estrato alto				
	B) Estrato medio alto				
	C) Estrato medio bajo				
	D) Estrato obrero				
	E) Estrato marginal				
*La pregunta numero 4 será llenado por el encuestador una vez que termine de contestar el cuestionario correspondiente.					

ANEXO 2. ESCALA DE GRAFFAR- MÉNDEZ CASTELLANOS

FOLIO: _____

INSTRUCCIONES: A continuación, se presentan una serie de enunciados que describen diferentes situaciones socioeconómicas, ante las cuales se te solicita que señales marcando una “X” cual se apega más a las características de tu familia. Por favor lee cuidadosamente cada enunciado y elige la opción que mejor describa la situación en que se encuentra tu familia, recuerda que ninguna respuesta es correcta o incorrecta, solo tienes que ser sincero y responder a todas las preguntas.

INTERPRETACIÓN: Esta escala nos ayuda a clasificar el estrato socioeconómico de las familias. Consta de la evaluación de 5 variables: profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso de la familia, condiciones de alojamiento. La puntuación mínima por obtener será 4 puntos y la puntuación máxima será 20 puntos, a mayor puntuación menor nivel socioeconómico.

ESTRATO	TOTAL, DE PUNTAJE OBTENIDO
ESTRATO I: Estrato alto	4-6
ESTRATO II: Estrato medio alto	7-9
ESTRATO III: Estrato medio bajo	10-12
ESTRATO IV: Estrato obrero	13-16
ESTRATO V: Estrato marginal	17-20

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 analfabeta (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	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujos sin exceso y suficientes espacios.
	3	Vivienda 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.
PUNTUACIÓN TOTAL		

ANEXO 3. ESCALA DE EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FACES- III

FOLIO: _____

INSTRUCCIONES: A continuación, se presentan una serie de enunciados que describen diferentes situaciones familiares, ante las cuales se te solicita que señales marcando una “X” como te sientes respecto a ellas. Por favor lee cuidadosamente cada enunciado y elige la opción que mejor describa cómo te sientes en cada situación, recuerda que ninguna respuesta es correcta o incorrecta, solo tienes que ser sincero y responder a todas las preguntas.

INTERPRETACIÓN: La Escala de evaluación del Funcionamiento Familiar consta de dos escalas; 20 ítems para cada una; donde 10 corresponden a la dimensión de cohesión y 10 a la Adaptabilidad, con 5 opciones de respuesta cuyas opciones son las siguientes:

Casi siempre o Siempre	= 5
Muchas veces o Frecuentemente	= 4
Algunas veces	= 3
De vez en cuando	= 2
Casi nunca o nunca	= 1

El puntaje mínimo a obtener por dimensión es de 10 puntos y el máximo es de 50 puntos.

Para hallar la dimensión de cohesión, se sumarán los ítems impares y para la dimensión de Adaptabilidad los ítems pares.

COHESIÓN		ADAPTABILIDAD	
No relacionada	10-34	Rígida	10-19
Semirelacionada	35-40	Estructurada	20-24
Relacionada	41-45	Flexible	25-28
Aglutinada	46-50	Caótica	29-50

De acuerdo al puntaje obtenido en cada escala (cohesión y adaptabilidad) se obtiene el tipo de familia y finalmente se correlacionan para determinar el nivel de funcionamiento familiar.

		Cohesión			
		No relacionada	Semi relacionada	Relacionada	Aglutinada
Adaptabilidad	Caótica	Caóticamente No relacionada	Caóticamente Semi relacionada	Caóticamente Relacionada	Caóticamente Aglutinada
	Flexible	Flexiblemente No relacionada	Flexiblemente Semi relacionada	Flexiblemente Relacionada	Flexiblemente Aglutinada
	Estructurada	Estructuralmente No relacionada	Estructuralmente Semi relacionada	Estructuralmente e Relacionada	Estructuralmente e Aglutinada
	Rígida	Rígidamente No relacionada	Rígidamente Semi relacionada	Rígidamente Relacionada	Rígidamente Aglutinada

Nivel Balanceado
Nivel Medio
Nivel Extremo

Escala De Evaluación Del Funcionamiento Familiar Faces- III

FOLIO: _____

No.	Pregunta	1 Casi Nunca o Nunca	2 De vezen cuando	3 A veces	4 Muchas Veces	5 Casi Siempre o Siempre
1	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.					
2	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.					
3	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
4	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.					
5	Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.					
6	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con otras personas que no son de nuestra familia.					
8	Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas.					
9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos					
11	Nos sentimos muy unidos.					
12	Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.					
13	Cuando nuestra familia se reúne para hacer algo no falta nadie					
14	En nuestra familia las reglas cambian.					
15	Con facilidad podemos planear actividades en la familia.					
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
17	Consultamos unos con otros para tomar decisiones.					
18	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.					
19	La unión familiar es muy importante.					
20	Es difícil decir quien hace las labores del hogar.					
PUNTUACIÓN TOTAL DE PREGUNTAS IMPARES						
PUNTUACIÓN TOTAL DE PREGUNTAS PARES						

ANEXO 4. CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEBIDOS A LA CONSUMO DE ALCOHOL (AUDIT)

FOLIO: _____

INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas se refieren a TU consumo de alcohol. Lee cuidadosamente las preguntas, elije la opción que más se acerque y marque la columna correspondiente con una "X". Conteste de acuerdo a lo sucedido en los últimos doce meses. Recuerda que ninguna respuesta es correcta o incorrecta, solo tienes que ser sincero y responder a todas las preguntas.

INTERPRETACIÓN: Este cuestionario nos permite identificar a las personas con un patrón de consumo de riesgo y perjudicial de alcohol y una probable dependencia. Está conformado por 10 ítems. Las primeras ocho preguntas tienen cinco opciones de respuestas, que se puntúan de 0 a 4 y las dos últimas preguntas tienen tres opciones de respuesta que se puntúan 0, 2 o 4. El rango de respuesta es de 0 a 40.

La calificación total se interpreta de la siguiente forma:

0 a 7	Abstemio o consumo de bajo riesgo
8 a 15	Consumo de alto riesgo
16 a 19	Consumo perjudicial
20 a 40	Probable dependencia

Calificación		0	1	2	3	4
Preguntas						
1	¿Con qué frecuencia se toma alguna bebida que contenga alcohol?	Nunca	Una vez al mes o menos	2 o 4 veces al mes	2 o 3 veces por semana	4 o más veces por semana
2	¿Cuántas bebidas que contengan alcohol se toma en un día típico cuando bebe?		1 o 2	3 o 4	5 a 9	10 o más

3	En los últimos doce meses, ¿qué tan frecuente tomó 6 o más copas en la misma ocasión?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
4	En los últimos doce meses, ¿le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que empezó?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
5	En los últimos doce meses, ¿qué tan frecuente dejó de hacer algo que debía hacer por beber?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
6	En los últimos doce meses, ¿qué tan frecuente bebió a la mañana siguiente después de beber en exceso el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
7	En los últimos doce meses, ¿qué tan frecuente se sintió culpable o tuvo remordimiento por beber?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario

8	En los últimos doce meses, ¿qué tan frecuente olvidó algo de lo que pasó cuando bebió?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
9	En los últimos doce meses, ¿se lastimó o alguien resultó lastimado cuando bebió?	No		Sí, pero no en el último año		Sí, en el último año
10	¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de tomar?	No		Sí, pero no en el último año		Sí, en el último año
Total						

ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

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

Nombre del estudio:	“Cohesión y adaptabilidad familiar asociada al consumo de alcohol en adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar Número 92”
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 92, Ecatepec de Morelos, Estado de México a _____ de _____ 2022
Número de registro institucional:	F-2022-1401-008
Justificación y objetivo del estudio:	Estamos invitando a su hijo adolescente a participar en este estudio, con el objetivo de detectar su nivel de consumo de alcohol y conocer la percepción que él tiene respecto a su ambiente familiar, con el fin, de determinar si un deteriorado entorno familiar puede influir en el consumo de alcohol de su hijo, si. Y en caso de encontrar algún problema referente al consumo de alcohol o una alteración en el ambiente familiar poder derivarlo con el profesional de salud para brindarle atención médica oportuna y así mejorar su calidad de vida. Es importante esta investigación porque en México el consumo de alcohol es un serio problema de salud pública, que afecta a los adolescentes. Existen diversos factores (ambientales, personales y familiares) que influyen en los niveles y hábitos de consumo de alcohol, así como en la magnitud de los problemas relacionados con el consumo de alcohol en los adolescentes. Entre los factores de riesgo familiar están: un ambiente familiar deteriorado (padres que ejercen poca disciplina; falta de supervisión, respeto y valores); la insatisfacción del hijo respecto de sus relaciones con la familia; la incompreensión paterna hacia los hijos; los problemas de comunicación entre padres e hijos; una mínima empatía familiar, etc. El conocer el ambiente familiar puede ser relevante para poder prevenir o intervenir en el consumo o abuso de alcohol, considerando que la familia tiene especial relevancia en la formación y crianza del individuo.
Procedimientos:	Si usted acepta que su hijo participe en el estudio, se le aplicará gel antibacterial y se le proporcionará un cubrebocas. Se le harán 3 cuestionarios referentes a su nivel socioeconómico, su consumo de alcohol y la percepción sobre su entorno familiar. Estos cuestionarios los deberá contestar con un lapicero con el que marcará con un tache o círculo su respuesta. El tiempo aproximado que le tomará a su hijo realizar esta actividad será de 30 a 60 minutos. Durante todo el proceso el investigador estará presente y mantendrá una sana distancia de 1.5 metros para aclarar dudas que existieran durante la aplicación de los cuestionarios.
Posibles riesgos y molestias:	La aplicación de los cuestionarios puede generar de manera momentánea en su hijo incomodidad o sentimientos de vergüenza, angustia o temor debido a que las respuestas son de carácter personal. La aplicación del cuestionario sobre el consumo de alcohol puede causar de forma breve temor, vergüenza o hasta culpa al responder con la verdad, ya que este mide la frecuencia y la cantidad del consumo de alcohol. Además, contiene preguntas orientadas en la detección de riesgos a la salud presentes al momento de la evaluación y preguntas encaminadas en la detección de una probable dependencia. En relación al cuestionario de la percepción del entorno familiar, se puede presentar una sensación de incomodidad o angustia transitoria, debido que incluye preguntas que evalúa la imagen que se tiene sobre la relación intrafamiliar, principalmente la relación afectiva entre los miembros de la familia y la forma de adaptación a las diferentes situaciones de la vida dentro y fuera del hogar.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Después de realizar los cuestionarios, el investigador le proporcionará a su hijo un tríptico que contiene información sobre los riesgos del consumo de alcohol, los factores que influyen en su desarrollo y mantenimiento y las medidas para su prevención. Lo anterior para hacer conciencia de los efectos negativos que produce el consumo de alcohol en la salud y así evitar esta práctica. Además, de considerar el entorno familiar como factor protector o desencadenante para el consumo de alcohol en la adolescencia. Por otra parte, de manera individual, se realizará una revisión de los cuestionarios de su hijo y se le explicará los problemas de salud detectados en relación a su consumo de alcohol, así como se le dará recomendaciones saludables para su vida diaria. Y en caso de detectar un consumo de riesgo, nocivo o dependencia al alcohol en su hijo o un ambiente familiar alterado, el investigador brindará información y consejería, se explicará la situación encontrada, los factores probables de la causa y dará una alternativa de solución. Además, se enviará a las áreas correspondientes del Instituto como su consultorio familiar, el JuvenilIMSS y Trabajo Social buscando el apoyo familiar para mejor resolución del problema.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al finalizar los cuestionarios, se le dará a su hijo el resultado de manera personal en un lugar cómodo y privado, siempre respetando el derecho de privacidad. Se dará a conocer el nivel de consumo de alcohol que tiene su hijo, así como la percepción que tiene de su entorno familiar. En caso de detectar un consumo nocivo de alcohol y/o alteración del ambiente familiar, se orientará sobre las alternativas de tratamiento como pláticas educativas referentes a los riesgos y prevención del alcoholismo y/o violencia familiar y promoción de ambientes y actividades recreativas libres de alcohol. Además, se canalizará a su consultorio médico y al programa de JuvenilIMSS para su seguimiento. Si su hijo presenta un consumo leve de alcohol el investigador lo referirá a su médico familiar, para que sea derivado a los servicios de psicología para el manejo educativo y de consejería. Si se presenta un consumo moderado y grave se enviará y se solicitará a su médico familiar referirlos a la consulta de psiquiatría del segundo nivel de atención del Instituto y/o a los Centros de Atención y Prevención de las Adicciones del CONADIC para su tratamiento. Y en caso de detectarse un entorno familiar alterado se ofrecerá información y consejería; se explicará la situación detectada, los factores familiares de riesgo causantes de esta alteración y se dará una alternativa de solución involucrando tanto a los padres como al adolescente. Conjuntamente se notificará a su médico familiar y a trabajo social para darle seguimiento a su caso y mandarlos a las áreas correspondientes.
Participación o retiro:	Usted es libre de decidir si su hijo participa en este estudio y podrá retirarse del mismo en el momento que lo desee sin ningún problema o represalia a su salud y sin que esto afecte la atención que recibe del Instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos que nos proporciona su hijo y usted se mantendrán en privado. Se les otorgará un número de folio con el cual se les identificará para no mencionar su nombre y sólo tendrá acceso a este número usted y el investigador.

Declaración de consentimiento:

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

No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio.

Si acepto que mi familiar o representado participe en el estudio.

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

Investigadora Responsable: Dra. Abigail Hernández Torres, matrícula: 96154727, Teléfono: 5585723956, Correo electrónico: abyht88@gmail.com

Colaboradores: Dra. Devane Belem Vega De Lucio, matrícula 97152400, Teléfono: 5540780537, Correo electrónico: miimssmeactualiza13@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx

_____ Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal	_____ Abigail Hernández Torres Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Testigo 1	_____ Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

ANEXO 6. ASENTIMIENTO INFORMADO

Clave: 2810-009-014



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

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

Nombre del estudio: “Cohesión y adaptabilidad familiar asociada al consumo de alcohol en adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar Número 92”

Número de registro institucional: F-2022-1401-008

- **Objetivo del estudio y procedimientos:** Este estudio nos ayuda a detectar tu nivel de consumo de alcohol y conocer la percepción que tienes respecto a tu ambiente familiar, con el fin, de determinar si existe un deteriorado entorno familiar el cual puede influir en tu consumo de alcohol. Y en caso de encontrar algún problema referente a tu consumo de alcohol o una alteración en el ambiente familiar poder derivarte con el profesional de salud para brindarte atención médica oportuna y así mejor tu calidad de vida

Si tus padres y tú aceptan participar en este estudio, se te aplicará gel antibacterial y se te proporcionará un cubrebocas. Se te harán 3 cuestionarios referentes al nivel socioeconómico familiar, tu consumo de alcohol y la percepción sobre tu entorno familiar. Estos cuestionarios los deberás contestar con un lapicero con el que marcarás con un tache o círculo tu respuesta. El tiempo aproximado que te tomará realizar esta actividad será de 20 a 30 minutos. Durante todo el proceso el investigador estará presente y mantendrá una sana distancia de 1.5 metros para aclarar tus dudas que existieran durante la aplicación de los cuestionarios. Al finaliza los cuestionarios en un área cómoda y privada se te entregarán los resultados y un tríptico informativo sobre los riesgos y prevención del consumo de alcohol.

Hola, mi nombre es Abigail Hernández Torres y trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer si el ambiente familiar influye con el consumo de alcohol en los adolescentes y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en contestar 3 cuestionarios, los mismos que deberás contestar con un lapicero con el que marcarás con un tache o círculo tu respuesta. El tiempo aproximado que te tomará realizar esta actividad será de 20 a 30 minutos. Durante todo el proceso el investigador estará presente y mantendrá una sana distancia de 1.5 metros para aclarar tus dudas que existieran durante esta actividad. Al finalizar los cuestionarios en un área cómoda y privada se te entregarán los resultados y un tríptico informativo sobre los riesgos y prevención del consumo de alcohol.

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

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

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

Sí quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento: Abigail Hernández Torres

Fecha: _____

Clave: 2810-009-014

ANEXO 7. TRIPTICO “CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ADOLESCENTES”



Peligros asociados al consumo

Peligros asociados al consumo

✚ Comportamiento sexual riesgoso.



✚ Evitar ofrecer bebidas alcohólicas a menores de edad, ni venderles alcohol o comprarles bebidas alcohólicas,

✚ Favorecer un ambiente familiar positivo

✚ Exhortar a los padres y a los adultos que en su interacción con el adolescente platique sobre los riesgos del consumo de alcohol a una edad temprana y mantener conversaciones sobre el tema,

✚ Facilita la adicción en la adultez



Mejor prevenir que lamentar...

El consumo de alcohol puede describirse en términos de gramos de alcohol consumido o por el contenido alcohólico de las distintas bebidas, en forma de unidades de bebida estándar.

BIBLIOGRAFIA

Tena-Suck A, Castro-Martínez G, Marín-Navarrete R, et al. Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica. *Med. interna Méx.* 2018; 34(2): 264-277.

ELABORACIÓN

Dra. ABIGAIL HERANDEZ TORRES
Residente de Medicina Familiar

SABIAS QUE.....

En México una unidad de bebida estándar contiene aproximadamente 13 gramos de etanol o alcohol etílico, semejante a lo contenido en una lata de cerveza de 330 ml al 5%, una copa de vino de 140 ml al 12% o un vaso de destilados de 40 ml al 40%.

Factores de Riesgo para el Consumo de

Genéticos.

Consumo de alcohol por parte de uno o ambos padres

Violencia intrafamiliar

Factores de Riesgo para el Consumo de

INDIVIDUALES
FAMILIARES
MEDIO-AMBIENTALES



Conflictos familiares

Manejo emocional deficiente

Presión Social

Peligros relacionados al consumo

⚠️ Accidentes mortales (de tránsito, homicidio, suicidios)



⚠️ Enfermedades que afectan distintos órganos de tu cuerpo, en especial el desarrollo cerebral que puede causar defectos cognitivos perdurables.

⚠️ Rendimiento académico reducido

