



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ  
FACULTAD DE MEDICINA

---

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON LA  
ESTRUCTURA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

MARÍA GUADALUPE SORIA GALLEGOS

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.

2006-2009





## AUTORIZACIONES

FACULTAD DE MEDICINA  
SECRETARÍA DE POSTGRADO  
Dr. Guillermo E. Stevens Amare.  
Secretario de Postgrado de la Facultad de Medicina, U.A.S.L.P.

---

Dra. Ana Luisa González Sánchez  
Coordinador Delegacional de Educación en Salud, I.M.S.S.

---

Dra. Martha Elena Vidales Rangel.  
Coordinador de Educación e Investigación en Salud,  
Unidad de Medicina Familiar No. 47, I.M.S.S.

---

Dra. María Guadalupe Alvarado Rodríguez.  
Profesora titular de la Residencia en Medicina Familiar,  
Unidad de Medicina Familiar No. 47, I.M.S.S.

---

Dra. Lourdes Velasco Rojas.  
Profesora Adjunta de la Residencia en Medicina Familiar,  
Unidad de Medicina Familiar No. 47, I.M.S.S.



**CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON LA  
ESTRUCTURA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

Número de Registro R-2008-2402-6  
TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA  
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

MARÍA GUADALUPE SORIA GALLEGOS

**ASESORES**

  
DR. ANTONIO AUGUSTO GORDILLO MOSCOSO  
Asesor metodológico y estadístico  
Cardiologo Hospital General de Zona No. 2, S.L.P  
Jefe del Departamento de Epidemiología Clínica  
Facultad de Medicina, UASLP

  
DRA. CATALINA RIVERA MARTÍNEZ  
Asesor Clínico  
Psiquiatra, terapeuta familiar, especialista en criminalística  
Profesora Unidad Psiquiatria de la Residencia de Medicina Familiar

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.

2006-2009

# ÍNDICE

	Pág
I. ANTECEDENTES.....	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	39
III. JUSTIFICACIÓN.....	41
IV. OBJETIVOS.....	42
V. MATERIAL Y MÉTODOS.....	43
1. Tipo y Diseño de Estudio.....	43
2. Población de estudio.....	43
3. Muestra.....	44
4. Criterios de Selección.....	46
5. Procedimientos.....	47
6. Variables de estudio.....	49
7. Plan de Análisis.....	52
8. Instrumentos de evaluación.....	53
9. Consideraciones éticas.....	56
10. Recursos Físicos y Materiales.....	57
VII RESULTADOS.....	57
VIII. DISCUSIÓN.....	71
IX. CONCLUSIONES.....	75
X. SUGERENCIAS.....	77
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
XII. ANEXOS.....	85

## 1.ANTECEDENTES

El abuso del alcohol fue reconocido desde épocas anteriores como un problema social. Es el hábito tóxico más extendido en el mundo. <sup>1</sup> Las Encuestas Nacionales de Adicciones realizadas en México, reportan que el consumo de drogas va en aumento.<sup>2</sup>

La edad de inicio de consumo de drogas ilícitas se encuentra en los 13 años; en los países del Caribe, el alcohol es la principal droga de consumo, se estima que entre 1960 y 1990, el número de adolescentes de 10 a 19 años de edad, aumentó 138% en la Región; datos de la Comisión Económica para América Latina estiman que en 1999, la población de 10 a 19 años representaba 21% de la población total de la región, siendo la distribución homogénea por sexo. <sup>3</sup>

El uso de drogas constituye un obstáculo serio al desarrollo intelectual y social de los jóvenes, que impide su evolución natural hacia la edad adulta madura al prolongar la dependencia y la inmadurez. <sup>4</sup>

La etiología del abuso de drogas comprende una compleja trama de interacciones entre factores biológicos, genéticos y psicosociales que tienen un diferente grado de importancia a lo largo del desarrollo de las personas, entre los factores específicos se ha señalado la estructura familiar alterada <sup>5</sup> La familia es el núcleo fundamental de toda sociedad.<sup>6</sup> Una familia funcional es aquella en la cual las comunicaciones, se efectúan mediante respuestas apropiadas, la mutualidad permite el reconocimiento mutuo de la identidad, de

modo tal que cada identidad personal es positiva, y significativamente considerada.<sup>12</sup>

Hoy encontramos formas de familias variadas y cambiantes, entre las diversas nuevas formas de familia existente, un nuevo fenómeno, una nueva forma de estructura familiar, la denominada familia monoparental.

En México según el Consejo Nacional de Población (CONAPO), el 22% de la población de adolescentes viven en hogares monoparentales con prevalencia de la madre.<sup>6</sup>

Los datos obtenidos por la Encuesta Nacional de Hogares sobre consumo de Drogas muestran que con independencia de la edad, raza, sexo y los ingresos familiares la probabilidad de consumir drogas, alcohol o tabaco es claramente inferior para los adolescentes que viven con padre y madre naturales.<sup>7</sup>

Adolescencia y alcohol: Los y las adolescentes, definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la población de 10 a 19 años de edad; en México, aumentaron en la segunda mitad del siglo XX de 5 a 21 millones, con una contribución relativa de alrededor de 22%.<sup>8</sup>

En el ámbito mundial, adolescentes y jóvenes representan la cuarta parte de la población; alrededor de 1700 millones de personas se encuentran en este grupo de edad, de los cuales 85% viven en los países en desarrollo.<sup>8</sup>

La adolescencia es el período que se extiende desde el inicio de la pubertad hasta la etapa en la que el muchacho ó muchacha se convierte en adulto.<sup>9</sup>

En ésta el niño forja su individualidad, crea un sistema de valores adultos y empieza a independizarse de sus padres.<sup>4</sup> La adolescencia comienza con los

cambios fisiológicos reconocibles de la pubertad, el hecho más destacado es el incremento de la síntesis y secreción de los esteroides sexuales, dando lugar a la maduración de los caracteres sexuales primarios y la aparición de los caracteres sexuales secundarios, éstos cambios físicos, engendran egocentrismo y aquí empieza la lucha del adolescente por su independencia; comienza a disminuir el contacto y la relación con la familia a favor de las relaciones con los de su grupo de edad;\*en general se consideran tres etapas: adolescencia temprana, media, y tardía. En la adolescencia temprana las relaciones disponibles dentro de la familia ya no son suficientes para gratificar las nuevas aspiraciones de una persona que progresivamente es más vigorosa, y sexual. El primer contacto con las drogas ocurre por lo general en esta época.

<sup>9</sup> La adolescencia constituye la etapa con mayor riesgo para iniciarse en el consumo de sustancias tóxicas. <sup>10</sup> La edad de inicio de consumo de drogas ilícitas se encuentra en los 13 años. <sup>3</sup> La Organización de las Naciones Unidas (ONU) estima una prevalencia mundial de 4.2% para cualquier droga ilícita en la población de 15 años en adelante, en tanto que en México el índice para la población de 12 a 65 años es de 1.2%.

El alcohol es la droga más consumida por los adolescentes. Está implicado en más de la mitad de las muertes de jóvenes por accidentes de circulación y constituye la primera causa de muerte entre jóvenes de 15 a 24 años. <sup>10</sup>

En México se estima una prevalencia de exposición al alcohol, en jóvenes de 10 a 19 años del 11%, llama la atención que desde los 15 años, 10% de jóvenes consumen alcohol, y que a los 19 años la prevalencia asciende a 31%. <sup>8</sup> En el

contexto internacional México se ubica entre aquellos países que tienen bajas tasas de consumo, pero que a su vez, reportan incremento del problema.<sup>17</sup>

Adolescencia en México: De acuerdo con el censo 2000, en México 21.3% de la población es adolescente, viven 29.7 millones de adolescentes y jóvenes; la población dependiente se redujo de 47.5% en 1970 a 31.9% en 2002; la población adolescente se encuentra en medianas y grandes urbes, encontrando que 57% de ellos se encuentra en ocho entidades de la República Mexicana con áreas urbanas más densas. Entre 35 a 40% de adolescentes viven en hogares de extrema pobreza. La gran mayoría viven en familias con madre y padre; el 26.6% han salido del hogar paterno. Entre adolescentes de 15 a 19 años de edad, 1.5% son jefes de familia. El 63.9% del total de jóvenes en este mismo grupo de edad viven en hogares nucleares y en hogares extensos. El 30 de cada 100 son monoparentales y, de las familias nucleares, son monoparentales solamente 14%. El CONAPO identifica al menos 12 tipos de grupos familiares y 22% de la población de adolescentes viven en hogares monoparentales con prevalencia de la madre. En cuanto al estado civil de las y los adolescentes, existen más mujeres solteras menores de 14 años de edad en áreas urbanas que en áreas rurales. Entre adolescentes de 10 a 15 años el 99% son solteros y el promedio de escolaridad en México es actualmente de 7.7 grados.<sup>18</sup>

Alcoholismo: El alcohol etílico también conocido como etanol, alcohol vinico, y alcohol de melazas, es un líquido incoloro y volátil, es utilizado en la elaboración de las bebidas ó licores comerciales y la concentración para cada bebida suele

expresarse en porcentaje de contenido alcohólico. El etanol es una sustancia que se puede administrar de diversas formas y absorber por múltiples vías, como sustancia psicoactiva, la principal y casi exclusiva vía de administración es la oral, el proceso de absorción intestinal se inicia inmediatamente después de su ingestión, la velocidad de eliminación del etanol es aproximadamente 100mg/kg/hr en un adulto medio de 70 kilos. En forma aguda el etanol afecta al individuo en múltiples órganos y sistemas orgánicos.<sup>13</sup>

El abuso de alcohol es el uso exagerado de cualquier tipo de bebida alcohólica, que afecta el funcionamiento social, laboral, o personal del individuo acompañado por consumo en circunstancias peligrosas, problemas legales relacionados, con la bebida y hábitos persistentes a pesar de las consecuencias interpersonales o sociales. Según la Asociación Americana de Psiquiatría el abuso de alcohol se caracteriza por un patrón de consumo exagerado durante un periodo de 12 meses, que le impide desarrollar su vida social normalmente. El abuso de alcohol fue reconocido desde épocas anteriores como un problema social, es el hábito tóxico más extendido en el mundo, en el año 1849 el sueco Magnus Huss le puso el término de alcoholismo a esta toxicomania, la primera definición hecha por Jellinek fue: todo uso de bebidas alcohólicas que cause daño de cualquier tipo al individuo, a la sociedad ó a los dos.

La OMS plantea: el alcoholismo es un trastorno conductual crónico manifestado por ingestas repetidas de alcohol, excesivas, respecto a las normas dietéticas y sociales de la comunidad y acaban interfiriendo la salud ó las funciones económicas y sociales del bebedor. El criterio tóxico del autor

español Alonso Fernández se refiere al daño biológico, psicológico ó social inherente a la ingestión inadecuada del tóxico; el criterio determinista se refiere a los mecanismos básicos de la ingestión nociva del alcohol ó la incapacidad del paciente para tomar la decisión de no beber, ó su ineptitud para decidir hasta cuando tomar. Esto se expresa en la práctica por los patrones de consumo siguientes: no poder mantenerse 2 días seguidos sin beber, no poder controlarse cuando se comienza a beber, necesitar de alcohol para enfrentar las exigencias de la vida. Para valorar un individuo como alcohólico se tiene en cuenta que cumpla los criterios tóxico y determinista, considerándose esto como alcoholismo primario, que es la entidad clínica que se caracteriza por la incapacidad del paciente de evitar esta conducta nociva. <sup>1</sup>

La Organización de las Naciones Unidas a través de su oficina contra las drogas y el delito, en el último informe presentado en abril del 2005, sobre las tendencias del consumo de drogas en el mundo, señala al alcohol etílico y a la nicotina como las sustancias de mayor consumo en el mundo. <sup>13</sup> Se considera bebedor de riesgo a un individuo que consume alcohol por encima de la "franja de riesgo", es decir 28 unidades en el varón y 17 en la mujer, también se puede considerar bebedor de riesgo, con independencia del nivel de alcohol ingerido, a los individuos con antecedentes familiares de alcoholismo y a los que hacen uso de alcohol en determinadas situaciones (embarazo, conducción de vehículos a motor ó maquinaria peligrosa). El término "unidades" equivale al inglés drinks y corresponde al contenido de un vaso de vino (100cc), una caña de cerveza (200cc) ó medio whisky (25cc). <sup>14</sup>El uso y abuso de alcohol es muy

común en los adolescentes, y puede tener consecuencias graves. Un 50% de las muertes debidas a accidentes, homicidios, y suicidios de personas entre los 15 y 24 años tienen que ver con el abuso de alcohol.

En México 49% de los suicidios y 38% de los homicidios en el país se cometen bajo los efectos de las bebidas alcohólicas, además de que 38% de los casos de lesiones ocurren como resultado del consumo excesivo de bebidas embriagantes, particularmente entre jóvenes de 15 y 25 años de edad.

Los jóvenes entre 15 y 19 años de edad, sufren accidentes automovilísticos relacionados con el alcohol que constituyen la primera causa de defunción concentrando el 15% de las muertes, los homicidios el 14.6% y los suicidios el 6% de los fallecimientos.<sup>15</sup>

El etanol cuando se consume en forma continuada y frecuente produce efectos adversos agudos y crónicos en la salud humana. En consumidores crónicos de alcohol, se han comprobado efectos adversos nutricionales, neurológicos, hepáticos y teratogénicos. En intoxicación aguda se pueden presentar alteraciones en el sistema nervioso central, gastrointestinal, endocrino y en el equilibrio ácido básico especialmente<sup>13</sup>

Factores de riesgo y protección para el desarrollo de alcoholismo: Las posibles etapas de la experiencia del adolescente con el alcohol incluyen la abstinencia (no uso), la experimentación, el uso regular (tanto recreacional como compensatorio a algún problema), el abuso y la dependencia. El uso recreacional repetitivo y regular puede llevar a otros problemas tales como la ansiedad y la depresión. Algunos adolescentes hacen uso del alcohol

regularmente para compensar el estado de ansiedad, depresión y la falta de destrezas sociales positivas.

Actualmente se acepta ampliamente que hay dos variables psicosociales entre los acontecimientos vitales, que juegan un papel significativo en el desarrollo de las adicciones: las experiencias en la niñez y posteriormente traumas en adultos.

Se ha encontrado que las tasas más altas de duelo, de enfermedad grave, y de abuso sexual en la niñez ó en la adolescencia eran más prevalentes entre los adolescentes consumidores de drogas que entre los no consumidores. También hay consistencia significativa en la evidencia que indica agresión y comportamiento antisocial en la niñez temprana como factor de riesgo principal para el consumo de drogas. La morbilidad psiquiátrica general en la niñez, independientemente del tipo de patología, se ha identificado como un factor de riesgo. Los factores más comúnmente investigados son los trastornos de conducta, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y los trastornos afectivos.<sup>16</sup>

El adolescente con un historial familiar de abuso del alcohol a quien le faltan las destrezas sociales puede moverse rápidamente de la experimentación hacia patrones de abuso serio o la dependencia. Algunos otros adolescentes, aunque sin un historial familiar de abuso, pero que experimentan, pueden también progresar hacia el abuso y la dependencia.

En particular, a los adolescentes con un historial familiar de abuso del alcohol se les aconseja que se abstengan y que no experimenten. Nadie puede

predecir con seguridad quien abusará o creará dependencia al alcohol; pero al que no bebió nunca se le puede garantizar que no tendrá problemas. Las conversaciones entre padres e hijos sobre la bebida pueden ayudar a los adolescentes a evitar el consumo de alcohol, antes de alcanzar la edad apropiada, la supervisión de un adulto es un factor clave, para los adolescentes. La mayoría de los estudios en el campo de la genética, la biología molecular y la investigación social concuerdan que los individuos con historia familiar de alcoholismo, son más vulnerables a padecer cuadros severos de alcoholismo y otras desventajas neuropsicológicas. Algunos factores que afectan la gravedad de esta adicción son: el sexo del descendiente, la presencia de consumo de ambos progenitores y el inicio temprano del consumo. Se han llevado a cabo estudios de varias generaciones en las que existe un familiar alcohólico, mediante diferentes diseños experimentales, que incluyen el estudio de los hábitos de consumo de parejas de hermanos gemelos y en hijos de padres alcohólicos, dados en adopción, en un intento por determinar la ocurrencia de problemas alcohólicos en progenies sucesivas. Diferentes revisiones dan cuenta de ello.<sup>17</sup>

Entre los factores de riesgo asociados al consumo de alcohol se pueden destacar los siguientes en el ámbito familiar: historia de alcoholismo y consumo de drogas en la familia; los hijos de padres alcohólicos tienen 3 veces más riesgo de ser alcohólicos, que los hijos de padres no alcohólicos; hay un creciente número de estudios que proporcionan evidencia de que los factores

genéticos pueden jugar un importante papel en la acumulación de casos en las mismas familias.

Además de los factores de transmisión genética los padres que usan y abusan de las drogas pueden influir directamente en el riesgo de que sus hijos también las consuman.<sup>5</sup>

También un factor de riesgo es la estructura familiar alterada; por ejemplo a través del divorcio de los padres, <sup>18</sup> haber tenido un mal ambiente en casa durante la infancia, se asocia de manera estadísticamente significativa con el abuso de alcohol.

Las dinámicas familiares y los estilos parentales, tales como el divorcio de los padres, la discordia entre los padres, la ruptura familiar, la comunicación negativa, la respuesta afectiva, el desarrollo de los roles, la disciplina inconsistente de los padres, y la violencia familiar, se han identificado como situaciones estresantes importantes en la vida de los consumidores de drogas. Las familias de los niños que consumen drogas estaban caracterizadas por padres distantes y no implicados y madres desbordadas. Tanto Bernardi *et al.* (1989) como Tennant y Bernardi (1988) señalaron las dificultades con la madre durante la niñez como indicadores del abuso de sustancias; esto enfatiza la importancia de la madre como la figura principal en la niñez.<sup>16</sup>

El embarazo en adolescentes parece ser un acontecimiento especialmente de riesgo. Los estudios mostraron una mayor incidencia de adolescentes embarazadas que abusaban de las drogas y que bebían alcohol. Sarvela y Ford señalaron que el riesgo era particularmente alto entre las adolescentes

embarazadas con problemas de salud mental. En las mujeres, el acoso sexual, violación, y otras experiencias traumáticas incrementaron el riesgo de consumo problemático de alcohol.

Cloninger describió ciertas características de la personalidad de los individuos en riesgo de desarrollar un alcoholismo de inicio temprano. Otra investigación documentó que las características de dificultad temperamental en la niñez temprana incrementaban la posibilidad de consumir tabaco, alcohol y marihuana en la adolescencia. Blackson y Tarter estudiaron los factores de afiliación individuales, familiares y de iguales que predisponen al inicio en el consumo de alcohol y drogas a edad temprana. <sup>16</sup>

La OMS recomienda la abstinencia completa de alcohol en los jóvenes menores de 18 años, puesto que el riesgo de dependencia en la edad adulta puede disminuir cuanto más tarde sea la incorporación del joven al consumo de bebidas alcohólicas. <sup>14</sup>

A nivel familiar se han identificado varios factores de riesgo, para el consumo de drogas, algunos específicos y muy ligados a la aparición de este problema, otros menos específicos, que comportan riesgos para otros trastornos psicosociales, pero incrementan notoriamente la probabilidad de que algunos de los miembros consuma drogas. Factores más específicos para el consumo de drogas: Ausencia de modelos definidos de autoridad y afecto, padres autocráticos, excesivamente rígidos y punitivos, ausencia de la figura paterna, presencia de un padre adicto al alcohol ó a las drogas, carencias en los modelos o comportamientos adecuados al contexto social, conflictos en la

pareja parental, relaciones familiares que estimulan la dependencia, consumo familiar de sustancia. Factores menos específicos para el consumo de drogas: padres permisivos o desinteresados, carencias económicas, carencias en los modelos sexuales de identificación, limitada participación de los padres en la formación de los hijos, expectativas muy altas o bajas, en relación al éxito esperado de los hijos, y desintegración familiar.<sup>12</sup>

Entre los factores de protección se han propuesto los siguientes:

a) Fuertes vínculos con la familia: un aspecto central de la teoría de la conducta (problema de Jessor) es que los adolescentes están en mayor riesgo, si se encuentran desligados de sus padres, ya que como consecuencia de ello se sentirán más necesitados de estar próximos a sus iguales y al mismo tiempo más influenciados ó predispuestos a su influencia.

b) Disciplina familiar adecuada y normas claras de conducta dentro de la familia: los padres protegen a sus hijos cuando establecen una normativa familiar clara, compuesta por pocas normas, bien definidas y bien comunicadas.

c) Cercanía, apoyo emocional y trato cálido y afectuoso a los hijos: según la teoría multietápica del aprendizaje social, la falta de calidez en las relaciones familiares, la inadecuación de las prácticas de disciplina familiar y el consumo de drogas en la familia, son variables relevantes para el contacto inicial con las drogas.

d) Altos niveles paternos de supervisión, control y apoyo a los hijos (la teoría de la interacción familiar): predice que la falta de supervisión y apoyo de los padres a sus hijos contribuye a debilitar el apego de éstos con la familia y la

probabilidad de que se relacionen con iguales que consumen drogas. Es importante que los padres adopten un papel activo en la vida de sus hijos, en especial en una serie de aspectos se han demostrado relevantes para la prevención del consumo de drogas: conocimiento de las actividades, intereses y necesidades de los hijos, identificación de los factores y situaciones de riesgo, fortalecimiento de los vínculos con la escuela, desarrollo de la autoestima y por último desarrollo de la competencia social y personal. <sup>3</sup>

El plan Europeo de actuación, sobre alcohol 2001-2005, identifica la necesidad de proporcionar ambientes de apoyo, en el hogar, la escuela, el lugar de trabajo, y la comunidad local, para proteger a los jóvenes de las presiones que los inducen a beber, y para reducir la amplitud y profundidad del daño relacionado con el alcohol, la gente joven es más vulnerable de sufrir daños físicos, emocionales, y sociales derivados de sus propios hábitos ó de los hábitos de beber de otras personas; hay fuertes vinculos entre consumos de alto riesgo, violencia, comportamientos sexuales de riesgo, accidentes de tráfico y otros accidentes, incapacidades permanentes y la muerte. <sup>24</sup>

En la Encuesta Nacional de Adicciones, realizado en nuestro país en 1998, se concluyó que es necesario avanzar en el estudio de factores que permitan identificar a los menores, con mayor probabilidad de desarrollar dependencia, quienes requieren intervenciones preventivas de mayor intensidad. <sup>15</sup>

Todo adolescente en quien se detecta el uso de drogas debe recibir atención médica y social de apoyo, cuanto más se pueda involucrar a la familia y al sistema de apoyo social del adolescente en el tratamiento, las posibilidades de

abstinencia son mayores. Los factores que decidirán si el adolescente puede ser atendido a nivel primario ó requerirá ser referido, dependerán de una serie de factores y de los niveles de atención disponibles. <sup>7</sup> Actualmente en México contamos con diversos programas de prevención, entre ellos el Modelo Chimalli, el cual está basado en los riesgos psicosociales, siendo este característico por ser participativo y vivencial de acción ecológica y de desarrollo humano. Su objetivo principal es crear ambientes protectores, modificar actitudes de riesgo y desarrollar habilidades de protección. Está diseñado para el trabajo con 4°. 5° y 6°. de primaria, el modelo trabaja al nivel de cada plantel escolar mediante la organización del llamado Plan de Acción Preventiva, que impone la creación de redes de prevención formadas por comunidad, alumnos, maestros, directivos y padres de familia. Dicho plan incluye, además de las actividades que decida la red, la realización de intervenciones grupales. Para esta población cuenta con instrumentos de diagnóstico y evaluación; siendo el fin común, promover aspectos de protección y desarrollo humano en la vida diaria del hogar y la escuela y tratar de integrar a la mayor población escolar, para con esto reforzar la protección brindada a los alumnos, como es el caso de la integración de maestros, directivos y padres de familia. Está fundamentado en un enfoque riesgo protección, y en un Modelo Transaccional Ecológico del crecimiento humano, donde la personalidad es vista como un proceso de autoafirmación que se encadena en una serie activa de crecientes adaptaciones al medio ambiente.”

La familia es el núcleo fundamental de toda sociedad, difiere de otros grupos humanos en muchos aspectos; como la duración e intensidad de los lazos afectivos que unen a sus integrantes y las funciones que estos desempeñan. Se considera que la familia es la célula fundamental de la sociedad, es decir, la unidad social básica.

La familia es una institución social, y como tal representa las características de necesaria y relativamente inmutable, lo cual no significa que como institución no se haya modificado. La familia es primordial en toda vida social, pero las maneras en que ella se manifiesta en la vida cotidiana han sufrido cambios: esto es lo que se denomina evolución de la familia. En la familia primitiva encontramos dos grandes doctrinas: la matriarcal y la patriarcal.

La matriarcal, afirma que la humanidad principió por aldeas sin que entre éstas hubiese lazos de unión. Era el dominio de la promiscuidad, y la madre era el centro de la familia. Esta familia matriarcal ha pasado por diversas fases en su evolución: la familia consanguínea, la familia punalúa, la familia sindiásmica, la familia patriarcal, y la familia monogámica.

Para la teoría patriarcal, la familia se ha estructurado en forma dispersa, las familias estaban separadas unas de otras y cada una tenía su propia cabeza que era un ascendiente paterno, generalmente el de más autoridad y mayor edad. Esta familia patriarcal se concentraba alrededor de su jefe, quien a su vez era el hombre más viejo. Esta teoría patriarcal se inicia con los griegos; los pensadores griegos y entre ellos Platón y Aristóteles mantuvieron esta posición.

La corriente patriarcal encuentra sus testimonios en el mundo clásico, más tarde logra una forma orgánica y sistematizada.

La familia es un grupo social especial que tiene a su cargo una dimensión específica de la experiencia humana: la vida y la reproducción; la familia nuclear ó tradicional continúa teniendo importantes funciones socioeconómicas; es el marco natural de apoyo emocional, económico y material esencial para el desarrollo de sus integrantes, para conservar y transmitir valores, educar, formar, motivar y apoyar.

Tanto la familia como las prácticas matrimoniales han evolucionado de una manera muy compleja, paralelamente con la diversificación de la sociedad y el estándar de vida, pues éste modifica las condiciones de existencia de la población, por lo que hoy hablamos de familias monoparentales <sup>19</sup>

La definición mínima de la monoparentalidad, toma la estructura familiar como principal elemento definitorio, desde la consideración de que cada tipo de familia comporta un único tipo de configuración familiar.

Familia monoparental Según Schlesinger. Es un padre ó una madre con uno ó más hijos /as solteros menores de 18 años viviendo juntos. Para Thompson y Gongla son aquellas familias, que no hogares en las que hay un padre ó madre solo criando a sus propios hijos/a/s. Para Alberdi. Es aquella, formada por personas "solas" con niños ó jóvenes dependientes económica y socialmente a su cargo, entendiendo por personas solas aquellas que no tienen pareja sexual estable con la que conviven, cualquiera que sea su estado civil. Iglesias de Ussel define aquella situación familiar de convivencia de uno o varios hijos

menores generalmente menores de 18 años, con uno sólo de sus progenitores, sea padre ó madre, por cualquier causa.

Para Fernández y Tobío, las que no viviendo en pareja, cualquiera que sea su estado civil, es decir, incluyendo a las parejas de hecho, conviven con al menos un hijo menor de 18 años. Para la Comisión de las Comunidades Europeas, es aquella formada por un progenitor que, sin convivir con su cónyuge ni cohabitando con otras personas, convive al menos con un hijo dependiente y soltero.

Y para las Naciones Unidas; es la variación de la familia nuclear de un solo adulto, compuesta por una madre o un padre y uno o varios hijos.

Uno de los criterios más importantes a diferenciar las diversas realidades monoparentales es lo que algunos autores han denominado las rutas de entrada ó causas precipitadoras de monoparentalidad.

Tradicionalmente se han distinguido tres rutas posibles: a) la maternidad solitaria ó extra-conyugal, b) la viudedad y c) la separación y/o divorcio, en las dos últimas, cuando además existe la presencia de uno ó más hijos como resultado de esa relación.

De cualquier forma, las posibilidades de entrada a la monoparentalidad son múltiples, si hacemos la distinción más refinada y exhaustiva entre aquellos casos de monoparentalidad no vinculados a la conyugalidad; esto es, que se produzca monoparentalidad al margen de ésta, y aquellos otros casos derivados de un vínculo matrimonial y que dan lugar a modos muy diversos de monoparentalidad. Autores como Millar incluyen la finalización de la

cohabitación como una ruta más de monoparentalidad sin existencia previa de conyugalidad y dentro de los casos vinculados a la conyugalidad el encarcelamiento de uno de los progenitores o su hospitalización, dos rutas que también han sido citadas por Rosenfeld y Rosenstein quienes hablan de enfermedad física ó mental. Otros tipos de monoparentalidad sin quiebra del vínculo matrimonial incluirían aquellas situaciones de separación por la ausencia parental debida a la emigración o por específicas profesiones que impiden la convivencia conyugal: por ejemplo progenitores vinculados a la marina ó al ejército. Al hablar de rutas de entrada hacia la monoparentalidad hay que ser consciente de la dificultad que en muchos casos supone localizar el momento en que la familia deviene en monoparental.

En este sentido si bien la muerte de uno de los progenitores o el nacimiento de un/a hijo/a al margen de la conyugalidad o la terminación de un matrimonio que no sea por muerte se presentan como rutas más ambiguas. Y esto es así por porque la separación no equivale a ruptura conyugal, pero sí en cambio puede suponer ausencia de convivencia matrimonial, y por tanto dar lugar a situaciones de monoparentalidad conyugales. De ahí que en una tipología de las distintas rutas de entrada a la monoparentalidad, nos parece importante discriminar no sólo aquellos casos de separación conyugal, de aquellos otros de separación no conyugal, sino también las distintas separaciones conyugales de facto (que no necesariamente conllevan una ruptura conyugal, pero si la suspensión a corto ó largo plazo de la convivencia matrimonial), de aquellas separaciones de jure ó legalmente formalizadas por sentencia judicial.

Almeda y Flaquer, señalan la necesidad de diferenciar entre a) núcleo monoparental: el grupo monoparental en sí mismo, definido como la configuración formada por un progenitor con alguno de sus hijos/as soltero/as; b) hogar monoparental: donde solo reside ese núcleo monoparental y c) familia monoparental: grupo monoparental que puede formar un hogar monoparental independiente o integrarse en un hogar más amplio en el que residen otros núcleos ó personas.

Esta distinción evita, por un lado, confundir lo que sería el grupo familiar monoparental con su situación residencial y por otro, permite identificar los diferentes tipos de hogares en los que habitan las familias. De esta forma, un núcleo monoparental puede compartir la vivienda con otras personas y conformar un hogar monoparental extenso, o bien ocupar la totalidad de una vivienda sin la presencia de otros núcleos o individuos, esto es, constituyéndose como hogar monoparental simple. <sup>20</sup>

México no escapa de las tendencias mundiales en cuanto a familias se refiere: la pluralidad de las unidades grupales, su transformación en el tiempo y en el espacio, las grandes diferencias entre generaciones y el ciclo de vida en el que se integran. Los cambios sociales que han ocurrido desde hace al menos un siglo han transformado los términos de existencia de las familias. El desarrollo de la perspectiva de género contribuyó a hacer más evidente la necesidad de transformar los arreglos familiares. Según datos del Consejo Nacional de Población, la transición demográfica ha contribuido a modificar el escenario en el cual se forman y desenvuelven las familias y los individuos, el número de

hogares se ha incrementado notablemente durante las últimas décadas, al pasar de 6.8 millones en 1960 a 22.7 millones en el 2000. Aún cuando el tipo de hogar más común en el país sigue siendo el nuclear, los hogares no familiares (que incluyen nuevos tipos de familia), han ganado peso gradualmente, en la actualidad los hogares no familiares en la sociedad son más frecuentes que hace poco más de dos décadas.<sup>11</sup>

Funcionalidad familiar: Una familia funcional es aquella en la cual las comunicaciones, se efectúan mediante respuestas apropiadas, la mutualidad permite el reconocimiento mutuo de la identidad, de modo tal que cada identidad personal es positiva, y significativamente considerada.

Los miembros de la familia funcional se comunican espontáneamente, con mensajes claros y sin contradicciones, gruesas, satisfaciendo la demanda implícita, y el significado de los mensajes intercambiados.

Una familia disfuncional es aquella en la cual las comunicaciones, aparecen francamente perturbadas. Estas son el referente semiológico que nos permite detectar cual es la perturbación y su gravedad en el sistema. Distintas situaciones pueden generar perturbaciones en la familia, la disfuncionalidad mostrará dramáticamente la incapacidad para resolverlas.<sup>12</sup>

Al hablar de funcionamiento familiar encontramos que no existe un criterio único de los indicadores que lo miden, algunos autores plantean que la familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros. Otros autores señalan como características

disfuncionales la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas. De manera general se recomiendan como indicadores para medir el funcionamiento familiar los siguientes:

1. Cumplimiento eficaz de sus funciones (económica, biológica, y socio cultural).
2. Que el sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros.
3. Que en el sistema familiar exista flexibilidad de las reglas y roles para la solución de asignación-asunción de roles. Se considera una familia funcional cuando las tareas o roles asignados a cada miembro, están claros y son aceptados por éstos. Es importante también para que la familia sea funcional que no haya sobrecarga de rol que puede ser debido a sobre exigencias, como podría ser en casos de madres adolescentes ó de hogares monoparentales y también se deben a sobrecargas genéricas que implican rigidez en cuanto a las funciones masculinas y femeninas en el hogar. También en este indicador debe analizarse la jerarquía o distancia generacional que puede darse de una manera horizontal o de una manera vertical. La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía, y cuando la jerarquía se confunde con el autoritarismo.

Otros indicadores para medir el funcionamiento familiar son:

4. Que en el sistema familiar se dé una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas.

5. Que el sistema familiar sea capaz de adaptarse a los cambios. La familia funciona adecuadamente cuando no hay rigidez y puede adaptarse fácilmente a los cambios, la familia es un continuo de equilibrio-cambio. Para lograr la adaptación al cambio, la familia tiene que tener la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas. Consideramos que este indicador de funcionamiento o sea, la capacidad de adaptación, es uno de los más importantes no sólo porque abarca todo el conjunto de vínculos familiares, sino también por el hecho de que la familia está sometida a constantes cambios porque tienen que enfrentar constantemente dos tipos de tareas que son las tareas de desarrollo y las tareas de enfrentamiento. Ambos tipos de tareas requieren en gran medida de la capacidad de adaptación, ajuste y equilibrio de la familia para lograr que ésta sea capaz de desarrollarse y enfrentar los momentos críticos de una manera adecuada y mantener el equilibrio psicológico de sus miembros. No se puede hablar de funcionalidad familiar como algo estable y fijo, sino como un proceso que tiene que estarse reajustando constantemente. La principal característica que debe tener una familia funcional es que promueva un desarrollo favorable a la salud para todos sus miembros, para lo cual es imprescindible que tenga: jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio.<sup>22</sup>

Consecuencias de las familias monoparentales: Un buen número de investigaciones han puesto de relieve los beneficios que el matrimonio aporta a las familias y a la sociedad.

En Estados Unidos, un grupo de investigadores sociales ha sintetizado en la publicación *Why Marriage Matters* las conclusiones de decenas de estudios sociológicos sobre este tema. A pesar de que en las dos últimas generaciones ha crecido mucho la aceptación social del divorcio, de la cohabitación, de las relaciones sexuales prematrimoniales y del nacimiento de los hijos fuera del matrimonio, la investigación llega a una conclusión fundamental: "El matrimonio es un bien social importante"

Breidablik y Meland encontraron diferencias significativas en relación a un grupo de adolescentes miembros de familias con padres divorciados, en los que se presentaban quejas físicas y emocionales, menor bienestar psicológico, desempeño menos eficiente, así como una mayor presencia de conductas de riesgo como el hábito de fumar. Concluyeron que la experiencia de divorcio para los hijos durante la infancia representa un evento estresante significativo con consecuencias en la salud mental durante la adolescencia. Y que dichas consecuencias deben ser consideradas al momento de planificar programas de prevención para este tipo de población. Eso sin mencionar que existen etapas y tareas durante el desarrollo psicosocial normal de los adolescentes, que se ven afectadas por el divorcio de los padres. Son muchos los factores que aumentan la vulnerabilidad de los adolescentes para presentar problemas físicos y psicológicos después del divorcio de los padres: la ausencia del padre, conflicto

entre los padres, problemas económicos, estresores de la vida diaria, adaptación de los padres, y la duración de la crisis.<sup>23</sup>

El matrimonio favorece las buenas relaciones entre padres e hijos. Aunque no estar casado afecta por igual a padres y madres en este sentido. Los estudios señalan que las madres solteras tienen más conflictos con sus hijos, y los supervisan menos, que las casadas.

Al llegar a adultos, los hijos de parejas casadas, aseguran disfrutar de mayor unión con sus madres que los hijos de parejas divorciadas. En un estudio sobre una muestra representativa de la población de Estados Unidos, el 30% de los jóvenes de padres divorciados afirmaban tener malas relaciones con sus madres, frente al 16% de los hijos cuyos padres seguían casados.

La relación con el padre corre un riesgo todavía mayor. El 65% de los jóvenes de padres divorciados tienen malas relaciones con ellos, mientras que si el padre sigue casado, la proporción es del 29%. En general los niños cuyos progenitores se divorcian o no se casan ven a sus padres con menor frecuencia, y sus relaciones con ellos son menos cordiales que las existentes entre hijos y padres cuando estos están casados y mantienen el vínculo. El divorcio parece tener efectos más negativos sobre las relaciones entre padres e hijos que el proseguir un matrimonio infeliz.

La cohabitación no es el equivalente funcional del matrimonio. Los hijos de estas parejas por su situación se parecen más a los hijos de familias monoparentales, o de padres que han vuelto a casarse después de un divorcio que a los padres casados y no divorciados.

El matrimonio es una especie de seguro contra la pobreza de madres e hijos.

Las investigaciones han mostrado de forma sistemática que tanto el divorcio como el tener hijos fuera del matrimonio hace que madres e hijos queden más desprotegidos económicamente. La influencia de la estructura familiar sobre la situación económica es considerable, aun después de descontar los efectos de otros factores, como la raza o los antecedentes familiares.

Los cambios en la estructura familiar son una causa importante de que las personas caigan en la pobreza (si bien el descenso de los ingresos del cabeza de familia es la primera de todas). Lo que más hace subir la tasa de pobreza infantil es el aumento de familias monoparentales.

Cuando los padres no se casan o el matrimonio se rompe, es más probable que los hijos sufran pobreza grave y persistente. La mayoría de los hijos extramatrimoniales pasan al menos un año en situación de pobreza extrema (ingresos familiares por debajo de la mitad del mínimo oficial). El divorcio, además del nacimiento de hijos fuera del matrimonio, tiene parte en ello. Entre una quinta y una tercera parte de las mujeres que se divorcian caen en pobreza tras la ruptura.<sup>7</sup>

El divorcio o la cohabitación sin vínculo de los padres tienen una repercusión negativa, importante y duradera sobre el rendimiento académico de los hijos.<sup>7</sup> Una serie de estudios realizados por H. Biller convergen con los resultados de Mc Lanahan en los que se hace una correlación positiva entre ausencia/presencia de ambos padres con el riesgo de deserción escolar, la presencia, y proximidad del padre está correlacionada con un mejor desempeño

en la escuela. Blanchard y Biller compararon en este sentido cuatro grupos de niños: padre ausente con pérdida anterior a los tres años de edad, padre ausente con pérdida posterior o los cinco años de edad, padre presente con menos de seis horas de convivencia por semana y padre presente con más de catorce horas de convivencia por semana.

Controlando el efecto de otras variables (coeficiente intelectual, nivel socioeconómico, por ejemplo), el estudio muestra que las variables "contacto con el padre" y "desempeño académico" están fuertemente correlacionadas. El desempeño escolar más bajo fue el del primer grupo, con pérdida del padre anterior a los tres años de edad. Otros trabajos de investigación concuerdan con estas conclusiones. La variable crítica en todos estos estudios es el grado de proximidad física y emocional con el padre (no necesariamente el padre biológico, sino con la figura paterna). Es muy probable que uno de los factores que perturban el desempeño académico como consecuencia de la ausencia de la figura paterna, sea un mayor riesgo de déficit de atención y/o hiperactividad.

<sup>18</sup> Los hijos de padres divorciados o no casados obtienen peores calificaciones, y presentan mayor probabilidad de repetir curso y de no terminar la enseñanza secundaria.

Estos efectos se dan con independencia de la raza o los antecedentes familiares <sup>7</sup>. En un trabajo de investigación realizado por McLanahan y Sandefur se encontró que el riesgo de permanecer sin estudiar, ni trabajar por períodos prolongados es un 50% más alto para jóvenes que crecieron sin su padre. El riesgo de interrumpir estudios secundarios es un 100% más alto, y el riesgo de

embarazo en la adolescencia es también un 100% más alto (las consecuencias de este fenómeno trascienden lo individual y familiar). El costo de asistencia federal a madres solteras adolescentes en Estados Unidos es de cuarenta mil millones de dólares por año. Es importante destacar que el aumento de riesgo para estas tres variables no aparece en el caso de muerte del padre. <sup>18</sup> Lo que demuestra que el divorcio impacta aún más psicológicamente que la muerte de los seres queridos. En el estudio realizado por Wadsworth, Pekham y Taylor se demuestra que los hombres de familia de clase social trabajadora, hijos de padres divorciados, a la edad de 26 años, ganaban de forma significativa menos ingresos si se los comparaba con los hombres de familia no divorciados. <sup>19</sup> Spruijt & Goede decidieron realizar una investigación para estudiar los efectos del divorcio en la dinámica familiar, con variables como la estructura familiar, la salud física y mental, las ideas de suicidio, el bienestar psicológico y la situación laboral en un grupo de adolescentes; de acuerdo a cuatro tipos de estructuras: familias intactas y estables, familias intactas y con conflictos, familias con un solo padre, y familias reconstruidas; encontraron que adolescentes miembros de familias divorciadas presentaron más problemas relacionales y experiencia de desempleo en relación a aquellos miembros de familias intactas y estables. Estos resultados no fueron tan significativos en los adolescentes miembros de familias intactas y con conflictos, así como en las familias reconstruidas. <sup>20</sup>

Existe una relación entre matrimonio y tasas bajas de consumo de alcohol y drogas, tanto en adultos como en adolescentes. Lo confirman varios estudios

que han seguido la trayectoria de los sujetos durante años. Los jóvenes que se casan tienden a reducir el consumo de alcohol y drogas.

También los hijos de padres casados presentan tasas más bajas de consumo de drogas con independencia de los antecedentes familiares. La proporción de adolescentes que ha probado la marihuana se duplica entre los que viven en familias monoparentales o recompuestas, y se triplica en el caso de los que viven sólo con el padre. Los adolescentes cuyos padres permanecen casados son los menos inclinados a fumar o a beber.

Los datos obtenidos por la Encuesta Nacional de Hogares sobre consumo de Drogas muestran que con independencia de la edad, raza, sexo, y los ingresos familiares la probabilidad de consumir drogas, alcohol o tabaco es claramente inferior para los adolescentes que viven con padre y madre naturales.

Los hijos de divorciados presentan tasas más elevadas de trastornos psicológicos y enfermedades mentales. Por lo común el divorcio somete a los hijos a un golpe emocional considerable e incrementa el riesgo de enfermedad mental importante. Dichos peligros para la salud mental no se desvanecen poco después del divorcio. Al contrario, los hijos de padres divorciados siguen, en su vida adulta, expuestos a mayor riesgo de depresiones y otras enfermedades mentales: en parte porque no llegan tan lejos en los estudios y porque presentan mayor probabilidad de divorciarse, de tener problemas conyugales y de sufrir dificultades económicas.

Parece que los efectos psicológicos del divorcio varían según la intensidad del conflicto entre los cónyuges. Cuando el conflicto matrimonial es fuerte y prolongado, el divorcio supone un alivio psicológico para los hijos.

El informe insiste en la depresión materna porque es a la vez, un grave problema de salud mental para las mujeres y un grave factor de riesgo para los hijos. Además de que las madres solteras tienen mayor probabilidad de sufrir depresión, las consecuencias de la depresión materna para el bienestar de los hijos son más agudas en los hogares monoparentales, probablemente porque la madre o el padre solo tiene menos apoyo y porque los hijos tratan menos con el otro progenitor, el no deprimido.<sup>7</sup> Caspi & Elder también encontraron que los conflictos de pareja estaban asociados con un elevado número de problemas de conducta en los hijos pequeños. Y que posteriormente, cuando adultos, experimentaban problemas con las relaciones interpersonales, afectándose negativamente la calidad de sus propios matrimonios. En este sentido, los conflictos de pareja entre los padres son considerados un factor de riesgo por ser un factor que actúa directamente sobre los hijos, porque los hijos muchas veces se atribuyen la culpa de los conflictos entre los padres, y porque los conflictos de pareja muchas veces vuelve a los padres menos afectivos y más críticos con los hijos. Esto explica porque existe un aumento de síntomas depresivos en los hijos, no sólo durante la infancia sino a lo largo de la vida. Existen algunos factores que durante la infancia y ante la presencia de un divorcio, generan una depresión durante la adolescencia, concluyeron que la baja autoestima durante la edad de 16 años era un factor que hacía más

vulnerables a los jóvenes para desarrollar síntomas de depresión indistintamente del género. Se observó que entre las hijas mujeres, los efectos a largo plazo estuvieron asociados a la baja autoestima, y a la falta de acercamiento con el padre. Sin embargo, cuando la relación con el padre era estrecha, disminuía el riesgo de desarrollar síntomas depresivos; a su vez, no se observó relación entre la baja autoestima, las relaciones poco satisfactorias con los padres y la depresión en los hijos hombres después de un divorcio. Se ha podido demostrar empíricamente, que los trastornos depresivos parecen aumentar con la edad, y que los adolescentes logran adaptarse a la experiencia de depresión de manera distinta, según el género.<sup>29</sup>

En un trabajo realizado por el sociólogo Duncan Timms, se realizó un seguimiento de todos los niños nacidos en Suecia en 1953; durante 18 años, se les realizó psicodiagnóstico a cada uno de estos 15,000 niños a intervalos regulares. Los que presentaron un grado mayor de disfunción psicológica fueron varones nacidos de madre soltera y que crecieron sin padre. Son convergentes con estas conclusiones los resultados de un seguimiento de más de 17,000 menores de 17 años que realizó en Estados Unidos el National Center for Health Statistics: el riesgo de disfunción psicológica es significativamente más alto para niños que han crecido sin padre (entre dos y tres veces más alto). Ronald y Jacqueline Angel, investigadores de la Universidad de Texas, publicaron un trabajo en 1993 en el que evalúan los resultados de todos los estudios cuantitativos que analizaron los efectos de la ausencia paterna. Dicen: "el niño que crece sin padre presenta un riesgo mayor

de enfermedad mental, de tener dificultades para controlar sus impulsos, de ser más vulnerable a la presión de sus pares, y de tener problemas con la ley. La falta de padre constituye un factor de riesgo para la salud mental del niño. <sup>18</sup> En el departamento de Psiquiatría de la Universidad de Michigan se encontró que los hijos de divorciados eran atendidos en una proporción de dos a uno con la población general. Estos niños sufrían, en la mayoría de los casos, síntomas asociados a la falta de control en la agresión. En los más pequeños, la agresividad era contra los padres separados y los hermanos. En los mayores, ya adolescentes, el problema tomaba forma de actos antisociales y delincuencia, así como alcoholismo y adicción a las drogas. <sup>20</sup> Fergusson & Woodward realizaron un estudio longitudinal con un grupo de jóvenes diagnosticados con depresión durante la etapa de adolescencia media (14-16 años). De acuerdo a los resultados concluyeron que un diagnóstico de este tipo y a esa edad, aumentaba significativamente el riesgo de padecer una depresión mayor en la adolescencia tardía (16-21 años), así como desórdenes de ansiedad, dependencia a la nicotina, abuso o dependencia de alcohol, intentos de suicidios, bajo desempeño académico, desempleo.<sup>21</sup> Otros autores han enfatizado la importancia de la depresión en el cuadro clínico de los niños de padres divorciados. En una investigación, también en los Estados Unidos, entre niños tratados como pacientes psiquiátricos ambulatorios de depresión media y severa, un alto porcentaje de la muestra era de niños de padres divorciados. En un estudio de seguimiento de una muestra nacional de 5.362 niños nacidos en la misma semana de 1946 en Inglaterra, se encontró que el 36.5% de los

hombres cuyas familias se habían visto afectadas por un divorcio o separación antes de los cinco años, sufrían algún tipo de trastorno. En este mismo estudio de Wadsworth, Pekham y Taylor, también se encontró que el 26.3% de las mujeres cuyas familias se rompieron antes de los 5 años, fueron hospitalizadas por enfermedades psiquiátricas o por úlceras gástricas, colitis o se hicieron delinquentes hacia los 21 años o se separaron o divorciaron antes de los 26 años o tuvieron hijos ilegítimos, comparadas con el 9.6% de las familias que no sufrieron divorcio. El 29% de los hombres cuyas familias se rompieron antes de que cumplieran 16 años, sufrieron antes de los 26 años de edad, problemas psicopatológicos o de inadaptación social, o se divorciaron o separaron antes de los 26 años, comparados con el 18% de los hombres de familias intactas. El 21% de las mujeres cuyos padres se divorciaron antes de los 16 años, hacia los 26 años, sufrieron lo mismo que los hombres que tuvieron hijos ilegítimos, comparadas con el 10.1% de las mujeres de familias no divorciadas.<sup>25</sup> Un niño que vive con la madre soltera, el padrastro o el compañero de la madre tiene más posibilidades de ser víctima de malos tratos. Como concluyen Martin Daly y Margo Wilson, vivir con un padrastro o una madrastra ha resultado ser el factor más frecuente en los casos de malos tratos graves. Según un estudio, entre los niños en edad preescolar, la probabilidad de ser víctima de abusos deshonestos, es cuarenta veces mayor para los que viven con un padrastro o madrastra que para los que viven con sus dos progenitores naturales<sup>7</sup>. En los casos de las hijas de divorciadas adolescentes se encontró frecuencia de

promiscuidad sexual, en mayor proporción que las hijas de matrimonios no divorciados.<sup>25</sup>

En Estados Unidos el 70% de los delincuentes juveniles, de los homicidas menores de 20 años y de los individuos arrestados por violación y otras ofensas sexuales graves, crecieron sin padre. En la comunidad negra, en la que la figura paterna ha virtualmente desaparecido, uno de tres menores de 25 años está preso o en libertad condicional.

La conexión entre ausencia del padre y delincuencia surge de numerosos trabajos de investigación. Dos economistas de la Universidad de California, Llad Phillips y William Comanor, basándose en un seguimiento de más de 15, 000 adolescentes que realiza anualmente el Center for Human Resources encuentran una fuerte asociación estadística entre ausencia del padre y delincuencia juvenil/violencia. El riesgo de actividad criminal en la adolescencia se duplica para varones criados sin figura paterna. También dos antropólogos M. West y M Konner, detectaron una relación entre ausencia del padre y violencia, al estudiar el funcionamiento de una serie de culturas diferentes. Las culturas con mayor involucración del padre en la crianza de los hijos son las menos violentas. Algunos trabajos de investigación sugieren que la función paterna tiene un rol crítico en instaurar la capacidad de controlar los impulsos en general y el impulso agresivo en particular, es decir la capacidad de autoregularse. Esta relación entre función paterna y control de impulsos tiene posiblemente un rol importante en las adicciones. De hecho el 50% de los toxicómanos en Francia y en Italia provienen de familias monoparentales.

La tasa de homicidios y crímenes violentos cometidos por menores de 20 años es más alta en comunidades con una proporción mayor de familias sin padre, controlando estadísticamente el peso de otras variables como nivel socioeconómico, raza o densidad y tamaño de la ciudad. Si se toma por ejemplo la tasa de nacimientos de madre soltera en cada uno de los 50 estados norteamericanos y la tasa de crimen violento en esos estados, la asociación estadística entre estas dos variables, es decir su correlación, es 0.825 (p menor a 0.01). A mayor tasa de nacimientos de madre soltera, mayor tasa de criminalidad, con un coeficiente de correlación sorprendentemente alto (como referencia, la correlación entre tasa de criminalidad y tasa de desempleo es 0.187). Si se toma la tasa de nacimientos de madre soltera y la tasa de homicidios por estado, la correlación es nuevamente alta: 0.8565 (p menor a 0.01). Mas aún si se toma la tasa de nacimientos de madre soltera y la tasa de homicidios por país, utilizando datos de las Naciones Unidas para 45 países, la correlación es 0.889 (p menor 0.01).

Dos de cada cinco jóvenes norteamericanos menores de 18 años viven, y han crecido sin su padre biológico. Ya sea como consecuencia de un divorcio, o de nacimientos de madre soltera. Un cuarenta por ciento de los menores de 18 años en Estados Unidos de Norteamérica vive en una familia monoparental. Este cuarenta por ciento representa más de veinte millones de niños y adolescentes. Las familias en las que los hijos viven con su padre y madre biológicos representaban en 1950 un 43% del total de las familias. En 1995 este porcentaje bajó al 25%, y el porcentaje de familias monoparentales subió al

35% del total de familias con hijos. Esta tendencia aparece en casi todos los países industrializados, con excepción de Japón e Israel. La tasa de nacimientos de madre soltera se duplicó o triplicó en los países del primer mundo entre 1960 y 1990. En Estados Unidos pasó del 5 al 35%, es decir un aumento del 600%, y es hoy la tasa más alta del mundo con una proyección a 5 años de 50%. Del total de nacimientos de madre soltera una tercera parte corresponde a madres solteras adolescentes.<sup>18</sup> En Inglaterra y Francia uno de cada tres matrimonios se divorcian, en los Estados Unidos uno de cada dos; ejemplos que son significativos de cómo el divorcio avanza en los países desarrollados. Más del 40% de los niños de estos países, vivirán con sus padres durante su primera etapa de la niñez y luego de un divorcio con uno de sus padres y su nueva pareja, en la segunda etapa de su vida. <sup>20</sup>

Thompson analizó los problemas sociales y clínicos en un grupo de adolescentes con padres divorciados utilizando el enfoque sistémico, con el propósito de explicar dicha vulnerabilidad e identificar las intervenciones más apropiadas para promover la salud mental en esta población. Entre otras medidas recomienda la mediación durante las distintas etapas del divorcio, las remisiones tempranas y la terapia entre hermanos, así como la implementación de programas en los centros educativos con el objetivo de identificar a aquellos estudiantes que requieran de este apoyo. Coincidiendo con Emery & Laumann-Billings en la necesidad de asistir a estos jóvenes y a sus familias durante las distintas etapas de transición. <sup>23</sup>

En 1989 la Asamblea General de las Naciones Unidas presentó en sus países miembros, una declaración de los Derechos del Niño, La declaración pone especial énfasis en el derecho del niño a tener una familia, y alienta a promover y proteger a la familia. Expresa específicamente que el niño "tiene el derecho de ser cuidado por sus padres" (artículo 7) y "tiene el derecho de tener una relación personal y contacto directo con ambos padres" (artículos 9, 10 y 18).<sup>18</sup>

En México durante el año 2004, se registraron 600 mil matrimonios y 67 mil divorcios, con respecto del 2003, los primeros disminuyeron un poco más de 16 mil, los segundos presentan una tendencia en aumento, poco más de 3 mil respecto al 2003, y casi 7 mil con respecto del 2002. En el ámbito nacional la edad promedio al momento de contraer nupcias en los hombres fue de 27.5, y en las mujeres 24.7. En 2004, por cada 100 enlaces realizados en el país, hubo 11.3 divorcios, esta proporción es prácticamente igual que el 2003, (11 divorcios por cada 100 matrimonios). Trece estados superan el indicador nacional. En el país la edad promedio de los hombres al divorciarse es de 37.2, y de las mujeres de 34.5. De las parejas que se divorciaron en 2004, casi la mitad tuvo un matrimonio con duración social de 10 años, ó más."

Instrumentos de evaluación: En el momento actual no existen pruebas específicas para el diagnóstico de alcoholismo; no obstante, los cuestionarios y escalas, son herramientas de gran ayuda en la detección de consumo de riesgo, consumo perjudicial ó alcoholismo. Por su validez, brevedad y sencillez el Cutting down, annoyance by criticism, guilty feeling, and eye-openers (CAGE), el Cuestionario Breve para alcoholismo (CBA) y el Alcohol Use

Disorders Identification Test (AUDIT) podrían considerarse como los cuestionarios de detección más útiles en Atención Primaria.<sup>26</sup> El AUDIT está basado en un proyecto de la OMS de colaboración entre seis países (Australia, Bulgaria, Kenya, México, Noruega y USA), que fue posteriormente estandarizado por Saunders y cols.<sup>26</sup> Es el único test de screening diseñado específicamente para uso internacional. Su objetivo es la detección temprana de personas con problemas de alcohol mediante procedimientos que fueran adecuados para los sistemas de salud, tanto en países en vías de desarrollo como en países desarrollados. Se han llevado a cabo un gran número de estudios para evaluar su validación y fiabilidad en diferentes muestras clínicas y comunitarias en todo el mundo. Para el punto de corte recomendado de 8, la mayoría de estudios han encontrado una sensibilidad muy favorable y una especificidad más baja, pero todavía aceptable, para los trastornos debidos al consumo de alcohol actuales de la CIE-10, así como para el riesgo de futuros daños. Se ha demostrado que el AUDIT tiene una precisión igual o superior cuando se compara con otros test de screening a través de una amplia variedad de criterios. Diversos estudios han descrito la fiabilidad del AUDIT, los resultados indican una alta consistencia interna, lo que sugiere que el AUDIT está midiendo un constructo único de modo fiable.<sup>27</sup>

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adolescencia constituye la etapa con mayor riesgo para iniciarse en el abuso de sustancias tóxicas; el alcohol es la droga más consumida por los adolescentes. En nuestro país, el 95% de los adolescentes ha tenido acceso al alcohol y un 36% se inicia en el alcohol antes de los 16 años. <sup>20</sup> En México 49% de los suicidios y 38% de los homicidios en el país, se cometen bajo los efectos de las bebidas alcohólicas particularmente entre jóvenes de 15 y 25 años.

Los jóvenes entre 15 y 19 años de edad, sufren accidentes automovilísticos relacionados con el alcohol que constituyen la primera causa de defunción. <sup>15</sup>

Dentro de los factores de riesgo específicos para el uso y abuso de drogas, uno de los que parece ser más importante es la utilización de éstas como un mecanismo de afrontamiento de situaciones o problemas. Para la teoría de Kandel, el modelado de los padres es crítico en las primeras etapas de consumo, mientras que en etapas posteriores la calidad de las relaciones entre padres e hijos cobra importancia. <sup>5</sup> Se reconoce que los adolescentes miembros de familias intactas tienen más relaciones emocionales positivas con sus padres.<sup>23</sup> También los hijos de padres casados presentan tasas más bajas de consumo de drogas, con independencia de los antecedentes familiares.<sup>7</sup> En la actualidad, los hogares monoparentales en la sociedad son más frecuentes que hace poco más de dos décadas. <sup>21</sup> En nuestro país existen diversos métodos encaminados a la reducción del consumo de alcohol en adolescentes, de estos

el modelo Chimalli, es uno de los que se enfocan en la identificación de factores y protección, sin embargo no se ha aplicado a los sistemas de salud.<sup>6</sup> Por lo tanto es importante plantearnos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre el consumo de alcohol en adolescentes con la estructura y funcionalidad familiar?

### **3. JUSTIFICACIÓN**

El consumo de alcohol en adolescentes, se considera en la actualidad un problema a nivel mundial, el cual se ha relacionado con el ambiente familiar, observándose un aumento de éste en familias monoparentales, sin embargo en nuestro país no existen estudios de este tipo, a pesar de que el aumento que se observa es similar al de las estadísticas internacionales. Por lo cual es importante conocer si el consumo de alcohol tiene alguna relación con la funcionalidad familiar, y no sólo con el hecho de pertenecer o no a una familia monoparental.

Con el fin de encontrar estrategias en el primer nivel de atención que nos acerquen a este grupo de individuos y así disminuir la prevalencia de alcohólicos, se realizó el presente estudio.

El reconocer una mayor frecuencia e intensidad de ingesta alcohólica en adolescentes que formen parte de familias disfuncionales ya sea mono o no monoparentales permitirá reforzar y optimizar el manejo de orientación familiar en estos grupos problemáticos.

El desconocer la prevalencia del alcoholismo en los adolescentes y su relación con la estructura y funcionalidad familiar, no nos permitirá impactar en las consecuencias asociadas, como son: los accidentes vehiculares, consumo de otras drogas, suicidios, homicidios, entre otros.

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL**

Determinar la asociación entre el consumo de alcohol en adolescentes y la estructura y la funcionalidad familiar.

### **ESPECÍFICOS**

1. Determinar la prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes del Centro de Integración Juvenil.
2. Determinar el grado de funcionalidad de acuerdo a la estructura familiar.
3. Determinar la intensidad del consumo de alcohol en adolescentes de familias monoparentales y no monoparentales.
4. Determinar el grado de funcionalidad familiar asociado a la intensidad de consumo de alcohol en adolescentes.
5. Determinar el grado de dependencia alcohólica en adolescentes consumidores.
6. Determinar la asociación del grado de dependencia alcohólica en adolescentes consumidores, con el tipo de familia.

## **4. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **UNIVERSO DE ESTUDIO**

Adolescentes del Colegio de Bachilleres No. 19 del turno vespertino, de los seis semestres, con un total de seiscientos alumnos.

Adolescentes del Centro de Integración Juvenil, con un total de aproximadamente 480 pacientes atendidos por primera vez de manera anual.

### **TIPO DE ESTUDIO.**

Observacional-analítico.

### **DISEÑO.**

Casos y controles.

### **UNIDAD DE INVESTIGACIÓN.**

Grupo de adolescentes consumidores de alcohol, del Centro de Integración Juvenil y del Colegio de Bachilleres número 19.

Grupo de adolescentes no consumidores de alcohol, del Colegio de Bachilleres número 19.

### **LÍMITE DE TIEMPO**

Noviembre 2007 a Noviembre 2008.

## ESPACIO

Aulas de escuela preparatoria COBACH, consultorios del Centro de Rehabilitación.

## TÉCNICA DE MUESTREO

No probabilístico por conveniencia.

## TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se utilizó la fórmula del programa estadístico R para calcular el tamaño de la muestra: two-sample comparison of proportions power calculation, la cual se utiliza cuando se comparan dos muestras. Se consideró un nivel de significancia de .05. Se consideró un total de 500 adolescentes para el cálculo del tamaño de la muestra.

```
power.prop.test(p1=0.5,p2=0.25,power=0.8)
```

```
n = 57.67344
```

```
p1 = 0.5
```

```
p2 = 0.25
```

```
nivel de significancia = 0.05
```

```
power = 0.8
```

```
alternative = two.sided.
```

```
> 58*1.20
```

Con esta fórmula tenemos un total de 58 pacientes para cada grupo, si consideramos un 12% de pérdida tendremos un total de 69.6 pacientes para cada grupo.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Adolescentes que tengan entre 15 y 19 años de edad.
2. Ambos géneros
3. Que acepten a participar en el estudio.

### CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

1. Adolescentes que cursen con enfermedades crónicas como son: diabetes, enfermedades oncológicas, renales o hepáticas en estado avanzado, con manifestaciones clínicas evidentes.
2. Adolescentes que presenten enfermedad mental avanzada que impida su participación.
3. Adolescentes sin estructura familiar reconocida.
4. Analfabetismo.

### CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

1. Adolescentes que dejen encuestas incompletas.

## **5.PROCEDIMIENTOS**

1. Diseño del protocolo de investigación.
2. Aprobación del protocolo, por el comité local de Investigación en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.) del Hospital General de Zona 1.
3. Se solicitó autorización a la dirección del Colegio de Bachilleres, así como a la dirección del Centro de Rehabilitación para realizar el trabajo de investigación.
4. Se informó a los adolescentes y a sus padres en que consistía el estudio y los test que se les aplicaron.
5. Se solicitó a los adolescentes y a sus padres la aprobación a participar en el estudio, mediante la firma del consentimiento informado.
6. No se incluyeron en el estudio, adolescentes en los cuales se identificara clínicamente que cursaran con alguna enfermedad crónica ó que tuvieran algún trastorno mental.
7. Se aplicó a los estudiantes que acudieron al Colegio de Bachilleres el test AUDIT, posteriormente se aplicó la encuesta para clasificarlos dentro de familias monoparentales ó no monoparentales, se aplicó el instrumento FF-SIL para evaluar la funcionalidad familiar y por último el test EIDA, para identificar la intensidad del consumo de alcohol, en el caso de ser consumidores.

8. A los pacientes que acudieron a la unidad de Rehabilitación, con consumo de alcohol, (abuso ó dependencia), se aplicó la encuesta para clasificarlos dentro de familias monoparentales ó no monoparentales, así como el test AUDIT, y el instrumento FF-SIL para determinar la funcionalidad familiar; y por último la Escala de Intensidad del alcoholismo para medir el grado de intensidad de la dependencia al alcohol. No se incluyeron adolescentes que vivieran solos.
9. Se recolectaron las encuestas aplicadas.
10. Se codificaron las respuestas de las encuestas.
11. Se clasificaron en dos grupos, definiéndose como caso: adolescentes con consumo de alcohol, determinándose por una puntuación en el test AUDIT mayor a 1, sin importar si tenían asociación con otras drogas. Se definió como control adolescentes detectados en el Colegio de Bachilleres No. 19 (COBACH), con una puntuación de AUDIT igual a 0. Por último se pareó por edad y sexo.
12. Se analizaron e interpretaron los resultados obtenidos por el investigador.

## 6. DEFINICIÓN DE VARIABLES

NOMBRE DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR	FUENTE
CONSUMO DE ALCOHOL	Trastorno crónico de la conducta caracterizado por la dependencia hacia el alcohol, expresado a través de 2 síntomas fundamentales la incapacidad de detenerse en la ingestión de alcohol y la imposibilidad de abstenerse de alcohol.	De acuerdo a los criterios del DSMIV De acuerdo al test AUDIT	Nominal	Grupo control Test AUDIT puntaje igual a cero Grupo Caso Test AUDIT, puntaje mayor a 1	Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol Manual AUDIT
ADOLESCENCIA	Período que se extiende desde el inicio de la pubertad hasta la etapa en la que el muchacho o muchacha se convierte en adulto	De acuerdo a la edad.	De intervalo	15-19 años	La familia, su dinámica y tratamiento
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	El funcionamiento de la familia puede evaluarse por el cumplimiento de las funciones básicas, la dinámica de las relaciones internas	De acuerdo al instrumento FF-SIL	Compuesta continua y Ordinal	Funcional 70-57 puntos Moderadamente funcional 56 a 43 Disfuncional 42 a 28 puntos Severamente disfuncional 27 a 14	Manual para la intervención en la salud familiar

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR	FUENTE
ESTRUCTURA FAMILIAR	Composición familiar	De acuerdo a la definición de monoparentalidad	Nominal	De acuerdo a la definición de monoparentalidad	Monoparentalidad Ejercicio de clarificación conceptual
INTENSIDAD DE LA DEPENDENCIA ALCOHÓLICA	Grupo de síntomas fisiológicos y conductuales que indican que el sujeto ha perdido el control sobre el uso del alcohol y que sigue bebiendo a pesar de las consecuencias adversas	De acuerdo a la Escala de Intensidad de la dependencia alcohólica	Ordinal	Dependencia severa mayor a 31 puntos Dependencia moderada 16-30 puntos Dependencia leve menor a 16 puntos	Instrumentos de evaluación del alcoholismo
SEXO	Conjunto de características físicas, biológicas y corporales con las que nacen los hombres y las mujeres	De acuerdo al fenotipo.	Nominal	Femenino Masculino	De acuerdo a la encuesta
EDAD	Tiempo en que una persona, animal ó planta ha vivido desde que nació.	De acuerdo a los años cumplidos	De intervalo	15-19 años	De acuerdo a la encuesta
ESCOLARIDAD	Período durante el cual se asiste a la escuela	De acuerdo al último grado de escuela que cursó ó está cursando.	Nominal	Primaria Secundaria Preparatoria	De acuerdo a la encuesta

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR	FUENTE
ESTADO CIVIL	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles	De acuerdo a su condición actual	Nominal	Soltero Casado Divorciado Unión Libre Viudo	De acuerdo a la encuesta
PRESENCIA DE HIJOS	Existencia de persona ó animal del sexo femenino ó masculino con respecto a su padre ó a su madre.	De acuerdo a la existencia	Nominal	Si No	De acuerdo a la encuesta

## 7. PLAN DE ANÁLISIS

Los datos se recogieron mediante la elaboración de una base de datos de los instrumentos de medición con soporte informático en el Programa Access Microsoft para Windows, versión profesional 2003®, posteriormente se analizaron con tabla en programa Excel.

Para el análisis de resultados, se utilizó estadística descriptiva en base a la operacionalización de variables, se reportó media y desviación estándar.

Se aplicó una prueba no paramétrica para comparar la relación entre tipo de familia y consumo de alcohol.

El análisis estadístico se realizó con apoyo del Programa R ver 5.0.1.

## **8. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN**

Se utilizaron tres instrumentos de evaluación: test AUDIT, test EIDA e instrumento FF-SIL. El AUDIT se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 10 ítems que abarcan el consumo de alcohol, la conducta asociada y los problemas derivados. Cada ítem cuenta con criterios operativos especificados para asignar las puntuaciones correspondientes. Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones en los 10 ítems. En cada ítem el valor de las respuestas oscila entre 0 y 4, el valor de la puntuación total oscila pues entre 0 y 40. \* El AUDIT ha sido validado en pacientes de atención primaria en seis países, es el único test de screening diseñado específicamente para uso internacional. En las muestras del desarrollo del test un valor de corte de 8 puntos, condujo a una sensibilidad para diversos índices de consumo problemático mayor de 0.90. La especificidad en los diversos países y entre los diversos criterios se situaba como media en valores superiores de 0.80. Se consideran cuatro niveles para la atención de los pacientes: En el primer nivel, (Zona de riesgo I) Puntuación menores de 8, que señalan consumo de bajo riesgo, el segundo nivel (zona de riesgo II) son puntuaciones entre 8 y 15, que indican un consumo de riesgo, pero también puede incluir pacientes que experimente daño y dependencia. El tercer nivel (Zona de Riesgo III) puntuaciones entre 16 y 19 sugieren consumo perjudicial ó dependencia, y el último nivel (zona de riesgo IV) puntuaciones superiores a 20 habla de dependencia alcohólica.\* La dependencia alcohólica puede ser evaluada con tres diferentes tipos de instrumentos; éstos se pueden diferenciar

según estén centrados en la dependencia y sus consecuencias. Aquellos que estén basados en el concepto del síndrome de dependencia propuesto por Edwards; y los dirigidos a medir la gravedad del síndrome de abstinencia por el alcohol, en el segundo grupo tenemos el Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ) , posteriormente han aparecido 2 versiones del SADQ una de 20 ítems, y otra de 24, la segunda se diseñó para ser utilizada en atención primaria, tomando como base ésta, se desarrolló el EIDA (Escala de Intensidad de la Dependencia Alcohólica), que consta de 30 preguntas repartidas en las siguientes subescalas: a) síntomas físicos, b) psicológicos, c) conductas para aliviar el síndrome de abstinencia, d) consumo de alcohol, e) dificultades para el control y f) reaparición de los síntomas con la recaída. Todas las versiones son autoaplicadas y duran unos 2-5 minutos en su elaboración.<sup>30</sup> El EIDA fue validado en español por Rubio et al en 1996.<sup>38</sup> Para su validación, se calculó la consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach con un valor de 0.89.<sup>47</sup>

Se utilizó el instrumento FF-SIL el cual fue diseñado y validado en Cuba, con el objetivo de evaluar el funcionamiento familiar, el test consta de 14 proposiciones, y 7 categorías que definen el funcionamiento familiar, éstas son cohesión, armonía, comunicación, afecto, adaptabilidad, rol y permeabilidad. La puntuación se obtiene, por la suma de los ítems, y se considera de 70 a 42, familia funcional, y de 42 a 14 familia disfuncional. Este instrumento evalúa el funcionamiento familiar a partir de la percepción de uno de los miembros, y su aplicación se realizará al miembro de la familia, que a criterio del equipo de

salud, tenga capacidad para responderla, en condiciones de privacidad adecuadas. <sup>29</sup> Para su validación, se realizó el análisis de consistencia interna mediante el cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach, el cual fue superior a 0.80, se calculó la validez de contenido, de constructo y de criterio. <sup>48</sup>

## 9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los datos proporcionados por los pacientes se trataron con confidencialidad, respetando la libertad y la autonomía de los pacientes.

Se siguieron los lineamientos de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Según el apartado III de Investigación biomédica no terapéutica que implique a personas y que menciona:

1. En la aplicación puramente científica de la investigación médica realizada en personas, es deber del médico seguir siendo el protector de la vida y la salud de la persona participante en la investigación médica.
2. Las personas participantes deben ser voluntarios, o bien personas sanas o pacientes cuya enfermedad no esté relacionada con el protocolo experimental.
3. El investigador o el equipo investigador debe suspender la investigación si estimasen que su continuación podría ser dañina para las personas.
4. En investigaciones en el hombre, el interés de la ciencia y la sociedad jamás debe prevalecer sobre consideraciones relacionadas con el bienestar de las personas.

### 10.RECURSOS FÍSICOS Y MATERIALES

MATERIAL	CANTIDAD	COSTO
Computadora	1	\$20,000
Impresora	1	\$3,000
Hojas de máquina	3,000	\$600
Cartuchos de tinta para impresora	3	\$600.00
Bolígrafos	2	\$6.00
TOTAL		\$24,206

## RESULTADOS

Se realizaron un total de 163 encuestas a adolescentes de 15 a 19 años de edad, de ambos sexos; de las cuales 68 se realizaron en el Centro de Integración Juvenil, y 95 en el COBACH número 19. En el primer grupo se identificaron 24 consumidores de bajo riesgo, 26 de riesgo, 8 con consumo responsable y 10 no consumidores; en el segundo grupo se identificaron 12 consumidores de riesgo, 11 de bajo riesgo, 11 con consumo responsable y 61 no consumidores. Para el análisis de asociación, se formaron 2 grupos integrados por 70 consumidores de riesgo, incluyendo los de bajo riesgo y 70 no consumidores, se parearon por edad y sexo. Se eliminaron 19 con consumo responsable, 3 consumidores de bajo riesgo y 1 no consumidor por falta de pareamiento, sin embargo se integraron en un análisis posterior no pareado. (Ver tabla 1).

Tabla 1. CONSUMO DE ALCOHOL

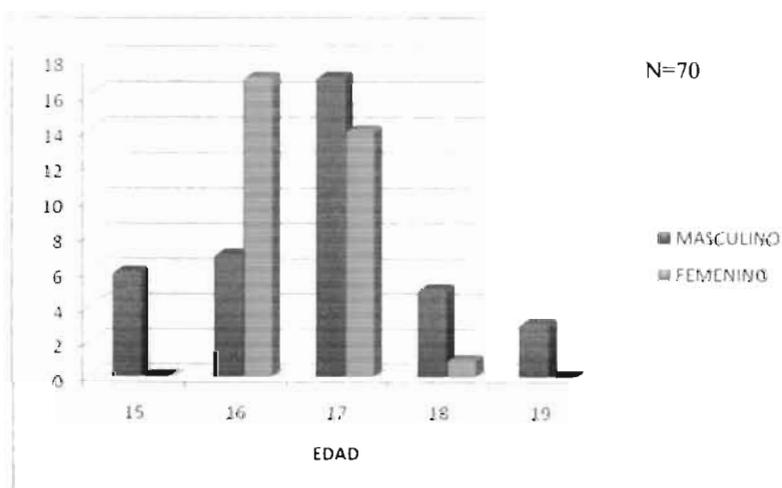
	<b>NO CONSUMIDORES (%)</b>	<b>CONSUMIDOR RESPONSABLE (%)</b>	<b>CONSUMIDOR DE BAJO RIESGO (%)</b>	<b>CONSUMO DE RIESGO (%)</b>
<b>CENTRO DE INTEGRACIÓN JUVENIL</b>	10 (14)	8(43)	24(68)	26(68)
<b>COBACH</b>	61 (86)	11(7)	11(32)	12(32)
<b>TOTALES</b>	71	19	35	38

Fuente: Test AUDIT

De los encuestados que acudieron al Centro de Integración Juvenil, 19 eran del sexo femenino (28%), del total de consumidores que acuden a recibir atención en este lugar.

Se encontró un total de 39 (56%) consumidores del sexo masculino y 31 (44%) del sexo femenino. De éstos, 31(44%) correspondían a adolescentes de 17 años. (Ver gráfico 1).

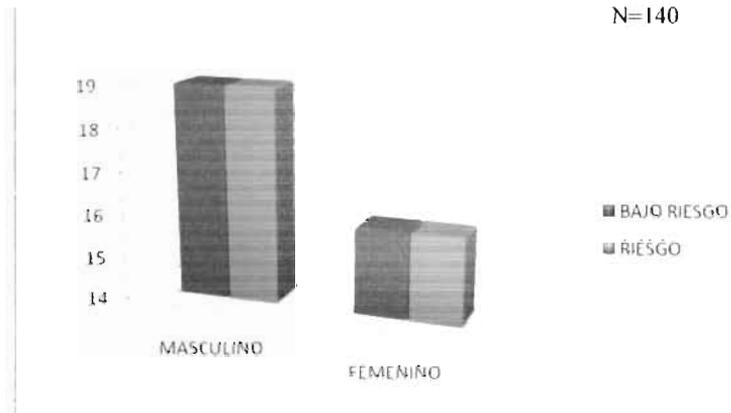
Gráfico 1 EDAD Y SEXO



Fuente: Encuestas.

De acuerdo al tipo de consumo, se encontró un total de 19 consumidores de bajo riesgo del sexo masculino y 16 del sexo femenino; la misma proporción se encontró en el consumo de riesgo. (Ver gráfico 2).

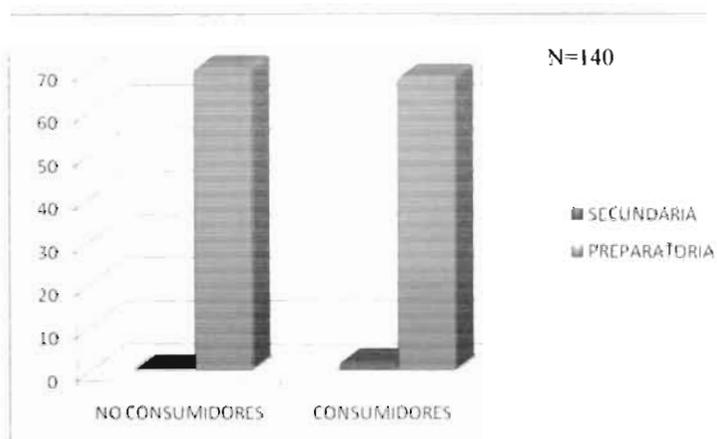
Gráfico 2 SEXO Y TIPO DE CONSUMO



Fuente: Encuestas y test AUDIT

Del grupo de no consumidores el total de encuestados, son de escolaridad preparatoria. En el grupo de consumidores, se encontraron 2 encuestados de escolaridad secundaria y el resto de preparatoria. (Ver gráfico 3).

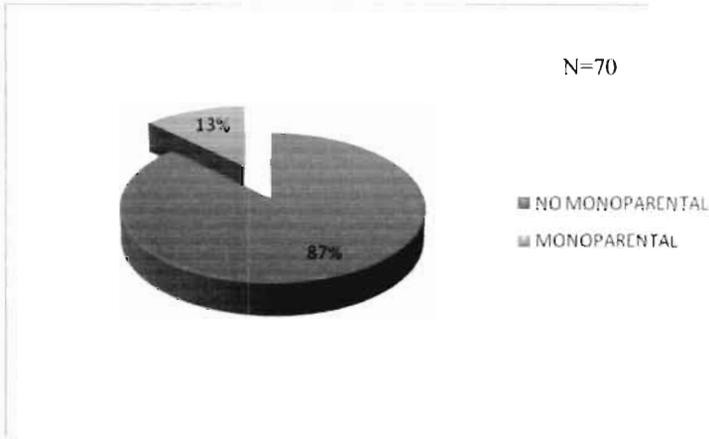
Gráfico 3 **ESCOLARIDAD Y CONSUMO DE ALCOHOL**



Fuente: Encuestas.

En el grupo de no consumidores, se encontró un total de 9 (12.6%) familias no monoparentales y 61 (87.14%) monoparentales. (Ver gráfico 4).

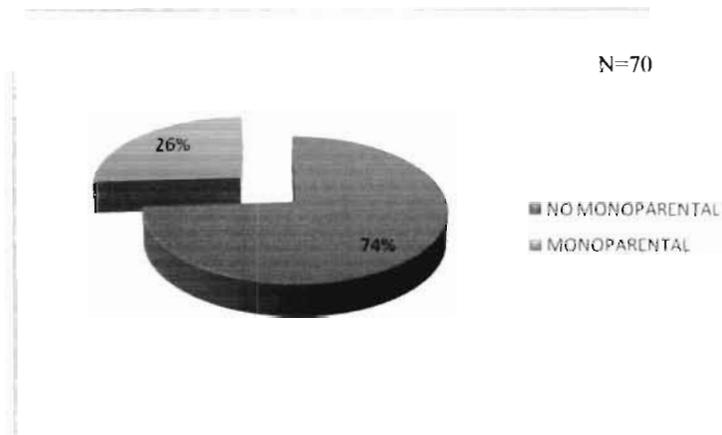
**Gráfico 4 NO CONSUMIDORES DE OH Y TIPO DE FAMILIA**



Fuente: Encuestas

En el grupo de consumidores, se encontró un total de 18 (25.7%) familias monoparentales y 52 (74.2%) no monoparentales. (Ver gráfico 5).

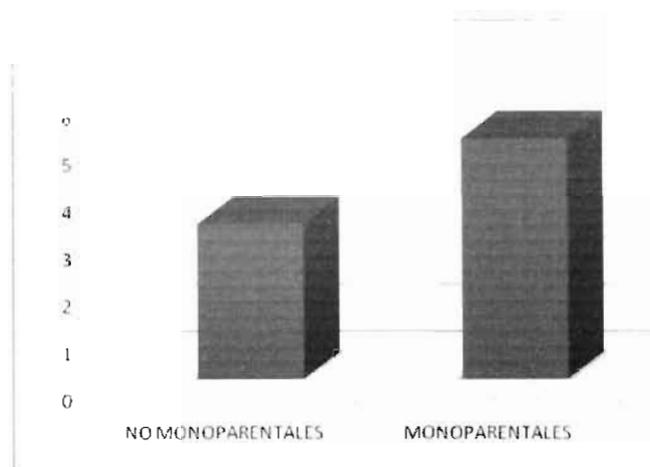
Gráfico 5 CONSUMIDORES DE OH Y TIPO DE FAMILIA



Fuente: Encuestas.

De acuerdo a la puntuación de AUDIT para valorar el consumo de alcohol, se encontró una media de 3.3 en las familias no monoparentales y de 5.1 en las monoparentales (ver gráfico 6), con una desviación estándar de 4.2 en familias no monoparentales y 4.9 en las monoparentales. Se encontró una moda de 0 en las familias no monoparentales y de 6.67 en las monoparentales,

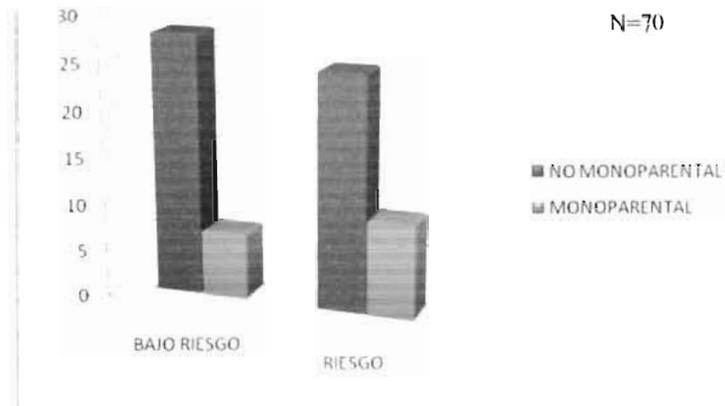
Gráfico 6 TIPO DE FAMILIA Y CONSUMO DE OH



Fuente: Encuestas y test AUDIT

Se encontró un total de 28 (40%) adolescentes con consumo de bajo riesgo y 25 (38%) con consumo de riesgo, que pertenecen a una familia no monoparental. En el caso de las familias monoparentales 7 (10%) adolescentes eran consumidores de bajo riesgo y 10 (14%) de riesgo. (Ver gráfico 7).

Gráfico 7 GRADO DE CONSUMO Y TIPO DE FAMILIA



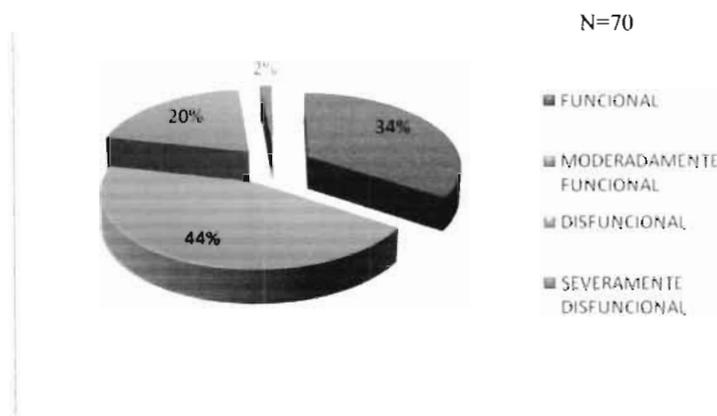
Fuente: Encuestas y test AUDIT

Se aplicó la prueba de rangos asignados de Wilcoxon para determinar la relación entre tipo de familia y consumo de alcohol, no encontrándose relación entre ambas variables, con un valor de p de 0.07277.

La evaluación de la percepción de la funcionalidad familiar del adolescente, clasificada como funcional, moderadamente funcional, disfuncional y severamente disfuncional, se determinó en ambos grupos, obteniéndose los siguientes resultados:

Se encontró un total de 55 (78%) familias funcionales y 15 (22%) disfuncionales. (Ver gráfico 8).

Gráfico 8 **NO CONSUMIDORES Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

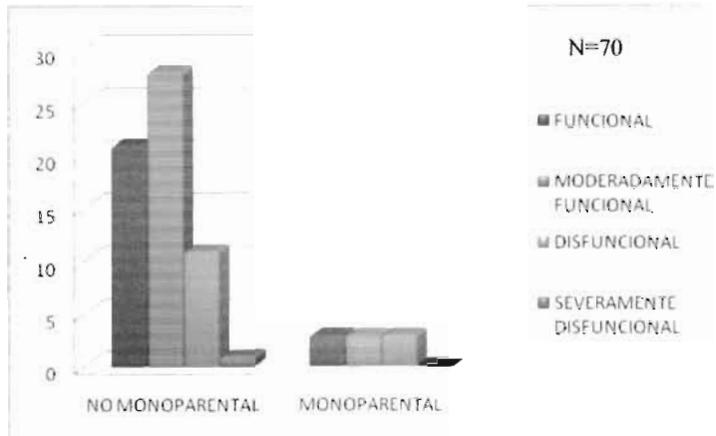


Fuente: Instrumento FF-SIL

De acuerdo al tipo de familia se encontró un total de 21 (30%) adolescentes perciben a su familia como funcional, 28 (40%) moderadamente funcional, 11 (16%) disfuncional y 1 (2%) severamente disfuncional, en el caso de las familias no monoparentales; 3(4%) como funcional, 3(4%) moderadamente funcional, 3 (4%) disfuncional y ninguno severamente disfuncional en las monoparentales. (Ver gráfico 9).

Gráfico 9 NO CONSUMIDORES DE OH

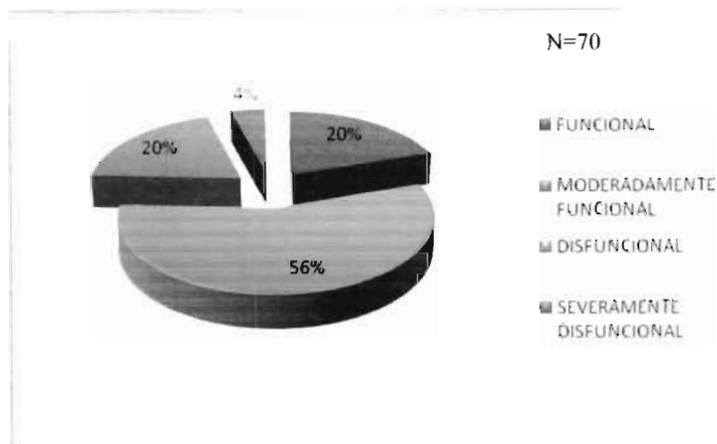
TIPO DE FAMILIA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR



Fuente: Instrumento FF-SIL y encuestas.

En el grupo de consumidores, se encontró un total de 43 (76%) familias funcionales y 17 (24%) disfuncionales, de estas 39 (56%) moderadamente funcionales y 3 (4%) severamente disfuncionales. (Ver gráfico 10).

Gráfico 10 CONSUMIDORES DE OH Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR



Fuente. Instrumento FF-SIL

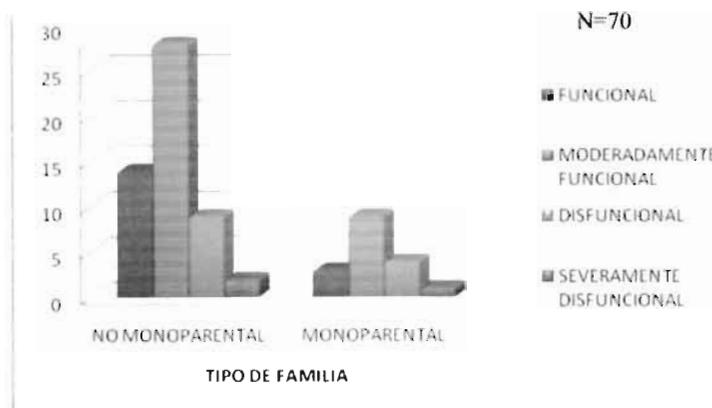
No se encontró relación entre el consumo de alcohol y funcionalidad familiar con una  $p$  de 0.2344.

Se consideró estadísticamente significativo un valor de  $p$  menor de 0.05 .

Se encontró un total de 14 (20%) adolescentes que percibían a su familia como funcional, 28 (40%) moderadamente funcional, 9 (13%) disfuncional y 1 (14%) severamente disfuncional, en aquellos que pertenecían a familias no monoparentales, 3(4.2%) funcional, 9 (13%) moderadamente funcional, 4(6%) disfuncional y 1(1%) severamente disfuncional en las monoparentales. (Ver gráfico 11).

Gráfico 11 CONSUMIDORES DE OH

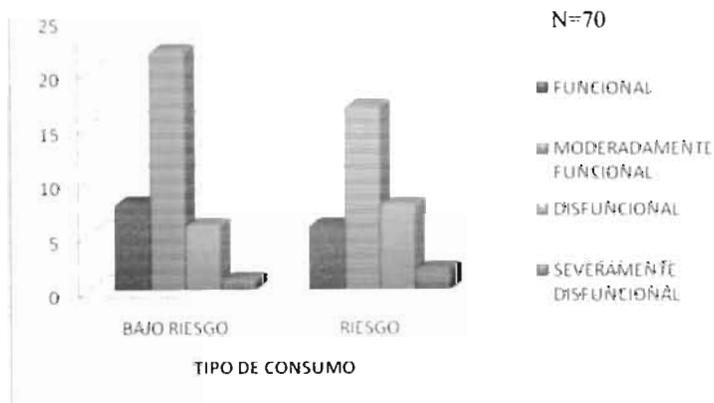
TIPO DE FAMILIA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR



Fuente: Instrumento FF-SIL y encuestas

Se encontró que en los consumidores de bajo riesgo, la funcionalidad familiar se percibía en 8 (11%) consumidores como funcional, en 22 (31%) moderadamente funcional, 6(8%) disfuncional y 1(1%) severamente disfuncional. En los de riesgo 6 (8%) percibieron a su familia como funcional 17 (24%) moderadamente funcional, 8 (11%) disfuncional y 2 (3%) severamente disfuncional. (Ver gráfico 12).

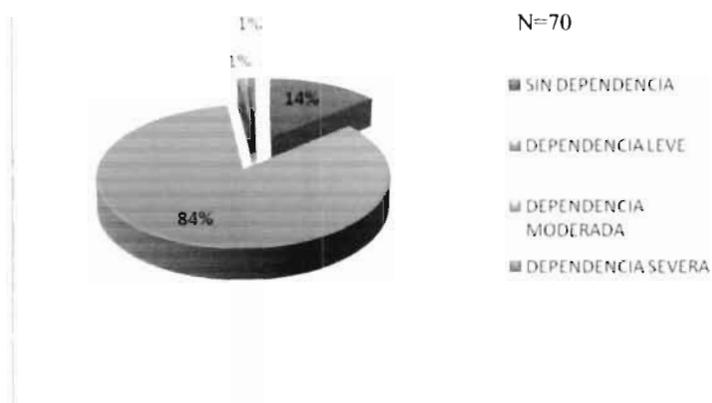
Gráfico 12 **FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y TIPO DE CONSUMO DE OH**



Fuente. Instrumento FF-SIL y test AUDIT

En el grupo de no consumidores con la EIDA (Escala de Intensidad de la Dependencia Alcohólica), se obtuvo un puntaje de 0; en el grupo de consumidores se identificaron 1 masculino de 17 años con dependencia moderada (1%), con un puntaje de 35 (corte de 21 a 37) y 1 masculino de 17 años con dependencia grave (1%), con un puntaje de 38 (corte mayor de 37). Se encontraron 10 consumidores con puntaje de 0, considerándose que no hay dependencia (14%), y el resto fue menor a 21 puntos que se clasifica como dependencia leve (84%), el mayor puntaje fue de 20 en un masculino de 17, un femenino de 17 y un femenino de 16 años respectivamente. (Ver gráfico 13).

Gráfico 13 CONSUMO DE OH Y DEPENDENCIA ALCOHOLICA

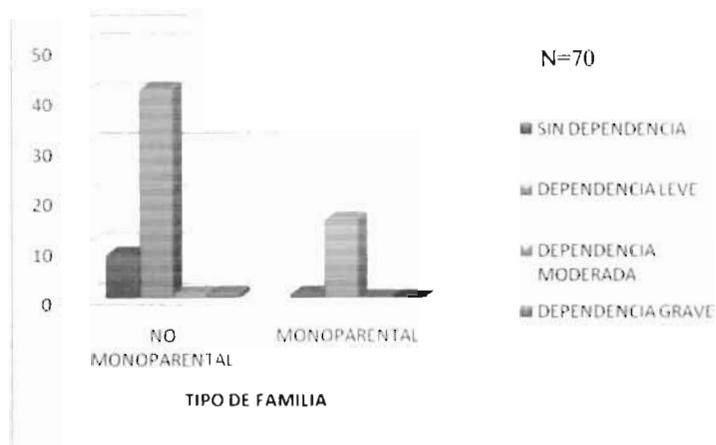


Fuente: Instrumento EIDA

El grado de dependencia alcohólica en las familias no monoparentales, fue de la siguiente manera: 9 (13%) sin dependencia, 42 (60%) con dependencia leve, 1 (1%) con dependencia moderada y 1 (1%) con dependencia grave; en las monoparentales 1 (1%) sin dependencia y 16 (23%) con dependencia leve. (Ver gráfico 14).

Gráfico 14 CONSUMIDORES DE OH

TIPO DE FAMILIA Y DEPENDENCIA ALCOHOLICA



Fuente. Instrumento EIDA y encuestas.

## DISCUSIÓN

De acuerdo a las estadísticas españolas existe una equivalencia en las tasas de consumo de alcohol entre los sexos, en las edades de 15 a 17 años.<sup>39</sup> Y en un estudio realizado en la Cd. de México, Rioverde, S.L.P. y Tamaulipas, por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, donde se comparó el consumo de alcohol se encontró un consumo del 58% a los 18 años<sup>40</sup> y en nuestro estudio, observamos una mayor proporción de consumidores en adolescentes de 17 años.

La evidencia epidemiológica nacional e internacional reconoce que el uso ocasional o continuo de alcohol tiene mayor prevalencia en el sexo masculino.<sup>38</sup> En España (2001) en un estudio, en el que se analizó la relación entre alteraciones psicológicas y consumo de alcohol se encontró que el porcentaje de consumo era igual en ambos sexos.<sup>39</sup> Y en un estudio realizado en Bolivia donde se determinó la frecuencia del consumo de alcohol y los factores de riesgo asociados al consumo, no se encontraron diferencias entre el género femenino y masculino.<sup>38</sup> En nuestro estudio, observamos que el mayor número de consumidores son del sexo masculino, lo cual coincide con las estadísticas internacionales.

En cuanto al tipo de consumo, en un estudio realizado en la Ciudad de México (2001), se encontró que la tasa de bebedores fuertes era del 16% entre los varones y del 0.8% entre las mujeres.<sup>42</sup> En nuestro estudio no encontramos diferencias en cuanto al sexo y tipo de consumo.

De acuerdo a la escolaridad, en el estudio realizado por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, se observó un mayor consumo en el nivel de bachillerato, comparado con el nivel secundaria.<sup>40</sup> En otro estudio realizado en Cuernavaca, Morelos en el 2004, se observó que los estudiantes de preparatoria y universidad, mostraron mayor posibilidad de iniciar el uso de drogas entre ellas el alcohol, comparado con estudiantes de secundaria.<sup>34</sup> En nuestro estudio encontramos que la mayor parte de los consumidores tenían escolaridad preparatoria.

Con respecto a la funcionalidad familiar, en un estudio realizado en Chile, en 1992; se encontró que un 59% de consumidores de alcohol eran hijos de familias disfuncionales y 52.3% de familias no disfuncionales.<sup>40</sup> En contraste en un estudio realizado en Bolivia en el año 2002, se encontró que el 66.7% de los adolescentes con familias gravemente disfuncionales eran consumidores y 73.3% provenían de hogares moderadamente disfuncionales.<sup>37</sup>

En España, se realizó un estudio donde se encuentra que la disfunción familiar grave se relaciona con un mayor consumo de tóxicos, con un 27% más consumo de alcohol, y un incremento cuantitativo de 4 unidades de bebida estándar por semana. En nuestro estudio se encontró la misma proporción de funcionalidad familiar en el grupo de consumidores y no consumidores.

De acuerdo al tipo de familia, en el estudio realizado en España, se reportó que la familia nuclear era la predominante, y que no se relacionaba con la funcionalidad ni con el consumo de drogas.<sup>41</sup>

En otro estudio realizado en la Ciudad de Guadalajara, se reportó que la familia destruida ó reconstituida, en la que se incluyen abandonos físicos de alguno ó ambos padres, era considerada como una situación que conllevaba al consumo de alcohol, de igual manera la ausencia de una figura parental significativa, no necesariamente por carencia real.<sup>36</sup>

En nuestros resultados, también encontramos mayor número de hogares no monoparentales. En cuanto a la dependencia alcohólica, los estudios transculturales que han compartido metodologías similares en México y Estados Unidos reportan que en nuestro país se tienen tasas de dependencia más bajas (8% en comparación con 18% de la población estadounidense).<sup>42</sup>

En nuestro estudio encontramos un 2% de dependencia moderada y grave; y un 84% para dependencia leve, con un total de dependencia del 86%.

## CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en este estudio muestran que el mayor número de consumidores son del sexo masculino, además son los que acuden con mayor frecuencia a recibir atención, a pesar de que el problema se identifica en ambos sexos. El tipo de familia que predominó fue el no monoparental en ambos grupos; en relación al grupo de consumidores, se encontró un mayor porcentaje de familias monoparentales comparado con el grupo de no consumidores, sin embargo no hay diferencia estadísticamente significativa. En ambos grupos, predominaron las familias moderadamente funcionales. No se encontró relación entre la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol. Con respecto al tipo de familia, ya sea monoparentales como no monoparentales, predominaron las moderadamente funcionales.

De acuerdo a la dependencia alcohólica, se encontró mayor porcentaje de dependencia leve, la cual se presentó en ambos tipos de familia.

A pesar de los elevados índices de consumo, son pocas las personas que buscan ayuda.

Según los resultados de este estudio, todos los adolescentes están en riesgo de presentar consumo de alcohol; no sólo los que provienen de familias disfuncionales, sino también de las funcionales, y esto es independiente del tipo de familia a la que pertenecen.

## **SUGERENCIAS**

Con la finalidad de prevenir el consumo de alcohol en los adolescentes se pueden realizar las siguientes acciones:

Establecer un programa de educación a los adolescentes, acerca del riesgo del consumo de alcohol y las consecuencias asociadas a este.

Concientizar a los profesionales de la salud, sobre la magnitud del problema del consumo de alcohol en los adolescentes.

Involucrar a los médicos familiares en la participación activa, de los programas educativos.

Realizar de manera rutinaria, en las instituciones educativas, que son un sitio de afluencia de adolescentes, la aplicación del test AUDIT, como método de screening, ya que es un instrumento validado para la detección de consumidores de alcohol de riesgo, el cual puede ser aplicado por parte del personal médico ó profesionales de la salud.

Derivar de manera oportuna a las instituciones correspondientes, los adolescentes que sean identificados como consumidores de alcohol de riesgo.

Promover en las Clínicas de Rehabilitación, la atención de consumidores de alcohol, en ambos sexos.

Implementar en la escuela preparatoria, el modelo Chimali, para la prevención de consumo de alcohol.

## 11. BIBLIOGRAFÍA.

1. Bolet Astoviza Miriam. El alcoholismo, consecuencias y prevención.  
Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas, V. 22 N. 1, Ene-Mar 2003.  
FISAC. ORG. MX.
  
2. Adolescencia... Boletín Bimestral de la Unidad de Investigación  
Epidemiológica y en Servicios de Salud del adolescente con el patrocinio de la  
Organización Panamericana de la Salud.  
Año 1 Numero 6 Guadalajara Jal. México nov-dic 1996
  
3. Matilde Maddaleno, MD Paola Morillo. Salud y desarrollo de adolescentes y  
jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década.  
Salud Pública de México vol. 45, suplemento 1 de 2003.
  
4. Adela Sánchez Masso. Modalidades de conducta ante el alcohol en  
adolescentes. Biblioteca Virtual en Salud. FISAC. ORG.MX  
[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol\\_2\\_3\\_98/san03398.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_2_3_98/san03398.htm)
  
5. Martínez González F. Prevención familiar del consumo de drogas.  
Trastornos Adictivos. Vol. 03-Numero 04 p. 263-279
  
6. Santos Preciado JI, Villa Barragán JP. La transición epidemiológica de las y  
los adolescentes en México. Salud Pública de México vol 45 suplemento 1 de  
2003.
  
7. Matrimonio: la unión más provechosa de las posibles.  
[www.aciprensa.com](http://www.aciprensa.com)

8. Celis de la Rosa Alfredo. La salud de adolescentes en cifras. Salud Pública de México vol 45 suplemento 1 de 2003.
9. Saucedo García J.M. Maldonado Duran. La familia su dinámica y tratamiento. Organización Panamericana de la Salud, 2003.
10. Belenguer Carreras. Alcoholismo en adolescentes: influencia de los acontecimientos vividos en la infancia. Atención primaria 2004; 34:212-213.
11. INEGI. México en corto. Matrimonios y divorcios en México 2006. [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx)
12. Medina-Mora Ma. Elena. Consumo de drogas entre adolescentes: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 1998. Salud Pública de México vol. 45, suplemento 1 de 2003.
13. Jairo Téllez Mosquera. Alcohol etílico: Un tóxico de alto riesgo para la salud humana socialmente aceptado. Rev. Fac. Med. Univ Nac. Coloma. 2006 Vol 54 No. 1
14. R. Cordoba García. Alcohol y reducción de daño: la intervención desde la atención primaria de salud. Trastornos Adictivos. Abril 2002. Volumen 04-Número 02 p. 83-87
15. Berrucos Villalobos Alfonso. Panorámica actual de la investigación social y cultural sobre el consumo del alcohol y el alcoholismo en México. Universidad Autónoma Metropolitana de México.

16. Hussein El-Shikh. Acontecimientos vitales y adicción: una revisión de la bibliografía. *The European journal of psychiatry*. Vol. 18. Num. 3 jul-sep 2004.
17. Natera-Rey Guillermina. La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres. *Salud Pública de México* vol. 43, núm 1 enero-febrero de 2001.
18. Chouchy Ricardo. Función Paterna y Familia Monoparental: ¿Cuál es el costo de prescindir del padre?  
Psicología y Psicopedagogía. Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL. Año I, No. 2 Junio 2002.
19. Oly Grisolia González. Organización y estructura de las nuevas realidades familiares. *Anuario de Derecho* No. 23-2001. Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas.  
Universidad de los Andes Mérida-Venezuela.
20. Barrón López Sara. Familias monoparentales: un ejercicio de clarificación conceptual y sociológica. *Revista del ministerio de Trabajo y asuntos sociales*.
21. García y Oliveira. Familias: creciente pluralidad y aspiración democrática.  
[www.andar.org.mx](http://www.andar.org.mx)
22. Herrera Santi Patricia María. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Rev. Cubana Med. Gen Integr.* Vol 13. Núm 6 Ciudad de La Habana nov-dic 1997.
23. Valdés Sánchez Nelson. Bienestar psicológico de los adolescentes en función de la estructura familiar.  
[www.Psicocentro.com](http://www.Psicocentro.com) 2003.

24. Declaración sobre jóvenes y alcohol. Conferencia Ministerial sobre jóvenes y alcohol. Estocolmo, Febrero de 2001.

25. El Divorcio. American Academy of Child and Adolescent.  
[www.apadeshi.org.ar](http://www.apadeshi.org.ar)

26. G. Portilla. Instrumentos de evaluación en el alcoholismo. Adicciones 2002, vol. 14 suplemento 1.

27. Thomas F Babor. AUDIT Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Organización Mundial de la Salud

28. Alcoholismo en adolescentes: influencia de los acontecimientos vividos en la infancia. Belenguer Carreras.  
Atención Primaria, septiembre 2004. Volumen 34-Número 04 p. 212-213.

29. Bernal Isabel Lauro. Manual para la intervención en la Salud Familiar. La Habana. Editorial Ciencias Médicas. 2002.

30. Jiménez et. al. Instrumentos de evaluación en el alcoholismo. Trastornos Adictivos 2003;5 (1):13-21.

31. Goldman H. Psiquiatría General.  
Ed. Manual Moderno. 4ª. Edición.

32. Nivel socioeconómico y consumo de sustancias en una muestra de adolescentes escolarizados de San Luis Argentina. Marina Beatriz Fantin. Fundamentos en humanidades. Año VIII-Núm I (15/2007) pp.13/145.

33. Estadísticas españolas. Observatorio Español sobre drogas.

34. Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. Salud Pública de México v 46 n. 2 Cuernavaca, abril 2004.

35. Salazar Eduardo. Consumo de alcohol y drogas y factores psicosociales asociados en adolescentes de Lima. Anales de la Facultad de Medicina. pags 179-187.

36. Jimenez Salvador, Valadez. Consumo de alcohol en adolescentes de una secundaria: investigación acción participativa. FISAC. ORG. MX

37. Arraiz, Gloria, Pérez Maritza. Frecuencia y factores de riesgo para el consumo de alcohol en adolescentes matriculados en la escuela bolivariana Turbio y la unidad Educativa San Miguel, Municipio Jiménez Lara 2002.

## ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
RESIDENCIA EN LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR  
ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN



No. De Encuesta: \_\_\_\_\_

Edad. \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Tiene hijos: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Favor de leer cuidadosamente la pregunta y contestar con una cruz la respuesta que corresponda a su situación. Si tiene alguna duda sobre la pregunta comentarla con el aplicador de la encuesta.

### 1. Usted vive con:

Ambos padres \_\_\_\_\_ Ambos padres y hermanos \_\_\_\_\_

Solamente con su padre \_\_\_\_\_ Solamente con su madre \_\_\_\_\_

Su padre y hermanos \_\_\_\_\_ Su madre y hermanos \_\_\_\_\_

Su padre, madre, hermanos y otros familiares \_\_\_\_\_

Su padre, hermanos, y otros familiares \_\_\_\_\_

Su madre, hermanos y otros familiares \_\_\_\_\_

### 2. Sus padres:

Viven juntos \_\_\_\_\_ Están separados \_\_\_\_\_ Están divorciados \_\_\_\_\_

Alguno de sus padres falleció \_\_\_\_\_

Su padre o madre, vive en otra ciudad ó país \_\_\_\_\_

Su padre o madre es madre ó padre soltero (favor de especificar) \_\_\_\_\_

Su padre o madre está en prisión \_\_\_\_\_

## TEST AUDIT

Ítems	Criterios operativos de valoración
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	0. Nunca 1. Una o menos veces al mes 2. De 2 a 4 veces al mes 3. De 2 a 3 veces a la semana 4. Cuatro o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	0. Una o 2 1. Tres o 4 2. Cinco o 6 3. De 7 a 9 4. Diez o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido en la noche anterior?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido como mínimo o sentimientos de culpa después de haber bebido?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?	0. No 2. Sí, pero no en el curso del último año 4. Sí, el último año
10. ¿Algun familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?	0. No 2. Sí, pero no en el curso del último año 4. Sí, el último año

## TEST EIDA (Escala de la Intensidad de la Dependencia Alcohólica)

Intente recordar un periodo de tiempo en los últimos 6 meses en los que usted haya bebido mucho. Ahora marque (X) en la casilla correspondiente la frecuencia con que las siguientes manifestaciones le ocurrieron durante ese periodo.

Durante ese periodo de tiempo que bebía mucho:

	Nunca o casi nunca (0)	A veces (1)	Frecuentemente (2)	Casi siempre (3)
1. Me despertaba sudando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me temblaban las manos a primera hora de la mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tenía náuseas a primera hora de la mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Todo mi cuerpo temblaba violentamente si no bebía algo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Me despertaba completamente bañado en sudor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tenía que llegarse la hora de levantarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tenía enojararme con alguien a primera hora de la mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Me sentía próximo a la desesperación al despertarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Me sentía muy nervioso al despertarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me sentía asustado al despertarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Me gustaba beber alcohol por la mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tenía ganas de beber alcohol al despertarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Me tomaba lo antes posible y de un trago las primeras copas de la mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Bebía por la mañana para calmar los temblores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sentía una fuerte necesidad de beber alcohol al despertarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Bebía más de 4 copas de licor al día (el equivalente es una botella de vino o 8 canas de cerveza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Bebía más de 8 copas de licor al día (el equivalente son 2 botellas de vino o 16 canas de cerveza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Bebía más de 16 copas de licor al día (el equivalente son 31/2 botellas de vino o 32 canas de cerveza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Bebía más de 32 copas de licor al día (el equivalente son 7 botellas de vino o 64 canas de cerveza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Llegaba a beber en menos de 1 hora 8 copas de licor (el equivalente son 2 botellas de vino o 18 canas de cerveza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Después de haber tomado algunas copas me apetecía seguir bebiendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Cuando comenzaba a beber me resultaba muy difícil parar hasta que no estaba bastante bebido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. No bebía alcohol hasta después de haber finalizado mis tareas (trabajo, estudio, reuniones, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Si bebía alcohol, no sobrepasaba el límite que me había propuesto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Había días en los que conseguía no beber nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## INSTRUMENTO FF-SIL PARA EVALUACION DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN  
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

San Luis Potosí, S.L.P. a            de            del 2008.

Por medio del presente autorizo que mi hijo (a), participe en el protocolo de investigación titulado CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON LA ESTRUCTURA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR. Registrado ante el Comité Local de Investigación con el número R-2008-2402-6. El objetivo del estudio es detectar la relación entre la estructura y funcionalidad familiar con el consumo de alcohol en adolescentes, con el fin de identificar estrategias para reducir el consumo.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en el llenado de una encuesta, en la cual se solicitan datos generales, un test para identificar el consumo de alcohol, el grado de funcionalidad familiar y la intensidad de la dependencia alcohólica; los cuales se manejarán de manera anónima y confidencial.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: no hay ningún riesgo ya que no se realiza ninguna intervención.

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

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

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones ó publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad, serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme

cambiar de parecer respecto a mi permanencia, de mi representado (a) en el mismo.

Nombre y firma de ambos padres ó tutores ó del representante legal

---

Nombre, firma y matricula del Investigador Responsable

---

Testigos

---

---

## 12. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES (GRAFICO DE GANTT)

	AGO -NOV 2006	DIC 06	ENE - SEP 2007	OCT 2007 - AGO 2008	SEP- OCT 2008	OCT - NOV 2008
Elaboración del marco teórico y antecedentes	X	X	X			
Búsqueda de instrumentos de evaluación			X			
Selección de muestra			X			
Elaboración del escrito protocolo	X	X	X			
Entrega de protocolo al comité y revisiones				X		
Aceptación del protocolo					X	
Realización de la investigación					X	
Introducir datos al programa estadístico						X
Obtener resultados						X
Analizar resultados						X
Realizar conclusiones						X
Presentación de resultados						X