



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA**

**Funcionalidad familiar relacionada con el consumo de alcohol  
en adolescentes escolares de la Institución Educativa José Carlos  
Mariátegui, distrito El Porvenir, Abril del 2016**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO  
CIRUJANO**

**AUTOR:**

MARCIAL BRIONES BRIONES

**ASESORES:**

DRA. FLOR DE MARIA ROBLES BRICEÑO

DR. ALEJANDRO EDUARDO CORREA ARANGOITIA

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

SALUD ESCOLAR Y ADOLESCENTE

**TRUJILLO – PERÚ**

**2016**

## **PÁGINA DEL JURADO**

---

Dra. ROSA ISABEL TORRES MORENO

**PRESIDENTE DEL JURADO**

---

Dr. GABRIEL ANDRÉS PÉREZ BALLENA

**SECRETARIO DEL JURADO**

---

Mg. JAIME ABELARDO POLO GAMBOA

**VOCAL DEL JURADO**

## DEDICATORIA

A mi Padre, Mario Briones García,  
por haberme enseñado a no  
rendirme, y continuar luchando  
incondicionalmente sobre cualquier  
adversidad.

A mi familia, por todo el afecto,  
apoyo y consejos muy importantes  
para el desarrollo y culminación de  
mi carrera.

Marcial Briones Briones

## **AGRADECIMIENTO**

### **A Dios**

Agradezco a Dios por ser mi Guía, protector y por haberme brindado las fuerzas necesarias para superar obstáculos y dificultades durante todo mi camino y cumplir mis metas con la carrera de Medicina.

### **A los docentes médicos.**

Quienes con su asesoramiento me ayudaron a que sea posible la realización de este trabajo de Investigación.

### **A la Universidad**

Por ser mi casa de estudios y haberme dado la oportunidad de obtener el título de médico cirujano.

Marcial Briones Briones

## **DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD**

Yo MARCIAL BRIONES BRIONES, con DNI N° 40816192 a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y auténtica.

Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Trujillo, 15 de Diciembre del 2016

---

MARCIAL BRIONES BRIONES

## **PRESENTACIÓN**

Señores miembros del Jurado:

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo presento ante ustedes la Tesis titulada: Relación entre la funcionalidad familiar con el consumo de alcohol en adolescentes escolares de la Institución Educativa José Carlos Mariátegui del distrito de El Porvenir en Abril del 2016; la misma que someto a vuestra consideración y espero que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el título Profesional de Médico Cirujano.

Marcial Briones Briones

## ÍNDICE

PAGINAS PRELIMINARES	
Página de jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaración de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
I.INTRODUCCIÓN	
1.1 Realidad Problemática	10
1.2 Trabajos Previos	11
1.3 Teorías Relacionadas al tema	15
1.4 Formulación al problema	23
1.5 Justificación del estudio	23
1.6 Hipótesis	23
1.7 Objetivos	24
II. METODO	
2.1 Diseño de investigación	24
2.2. Variables, operacionalización	24
2.3 Población, muestra y muestreo	25
2.4 Técnica e instrumentos de recolección de datos	27
2.5 Métodos de análisis de datos	28
2.6 Aspectos éticos	28
III. RESULTADOS	30
IV. DISCUSIÓN	34
V. CONCLUSIONES	38
VI. RECOMENDACIONES	39
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
VIII. ANEXOS	47

## RESUMEN

Se llevó a cabo una investigación con el **objetivo** de establecer la relación entre la funcionalidad familiar con el consumo de alcohol en adolescentes escolares de la Institución Educativa José Carlos Mariátegui del distrito de El Porvenir en Abril del 2016; **Método** fue no experimental: correlacional; en el que se incluyeron 242 escolares adolescentes **Resultados:** Referente a la funcionalidad familiar el 22.7% percibieron buena funcionalidad familiar, el 36.8% disfunción leve, el 21.5% disfunción moderada y el 11.6% disfunción severa. En cuanto al consumo de alcohol el 92.6% manifestaron no tener problemas en el consumo de alcohol, el 5.8% reportaron tener riesgo de consumo y el 1.7% presentaron consumo de alcohol. Se halló relación débil entre la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol en los adolescentes escolares con un  $r=0.158$  y una  $p=0.014$ . **Conclusiones:** Predominó la disfunción familiar leve, en la gran mayoría no hay riesgo de consumo de alcohol, encontrándose relación entre la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol.

**Palabras claves:** Funcionalidad familiar, consumo de alcohol, adolescentes escolares.



## ABSTRACT

Was carried out an investigation in order to establish the relationship between family functionality with alcohol use in teenage school children of Jose Carlos Mariategu educational institution in the District of El Porvenir in April 2016; Method was not experimental: correlation; in that it included 242 school teen Results: relating to the functionality family the 22.7% perceived good functionality family, the 36.8% dysfunction mild, the 21.5% dysfunction moderate and the 11.6% dysfunction severe. In terms of the consumption of alcohol the 92.6% said not to have problems in alcohol consumption, 5.8% reported having risk of consumption and 1.7% had alcohol consumption. Be found relationship weak between the functionality family and the consumption of alcohol in them teenage school with a  $r = 0.158$  and a  $p = 0.014$ . Conclusions: predominated to the dysfunction family mild, in the great majority not there is risk of consumption of alcohol; finding is relationship between the functionality family and the consumption of alcohol,

**Keywords:** Family functioning, alcohol, school adolescents.

## **I. INTRODUCCIÓN**

### **1.1. REALIDAD PROBLEMÁTICA**

La Organización Mundial de la Salud publicó en el 2010, que el uso nocivo del alcohol contribuyó de forma importante a la carga mundial de morbilidad, y ocupó el tercer lugar entre los principales factores de riesgo de muerte prematura y discapacidad a nivel mundial. Se estima que anualmente mueren 320 000 jóvenes entre 15 y 29 años, por causas relacionadas con el consumo de alcohol.<sup>1</sup>

Por otro lado, el alcohol se ha convertido en la sustancia psicoactiva de abuso más extendida entre los adolescentes a nivel mundial. En Europa en el 2010 se publicó que más del 90% de los jóvenes entre 15 y 16 años ya lo habían consumido. En España, la encuesta realizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, reportó que el 58% de la población estudiantil entre 14 y 18 años consumieron alcohol en los 30 días previos a la encuesta y que el 45% se embriagaron en el mismo período, detectándose un aumento del porcentaje respecto a años anteriores.<sup>2</sup>

En el Perú, los resultados del estudio de la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA, 2013) confirmaron que el alcohol sigue siendo la sustancia psicoactiva más consumida por escolares de ambos sexos; siendo la edad promedio de iniciación los 13 años, siendo 8 años la menor edad de iniciación en dicho consumo. Uno de cada cuatro estudiantes, declararon haber consumido alcohol alguna vez en su vida. Sin embargo, el 50% de los bebedores escolares comenzaron la ingesta cuando tenían entre 12 y 14 años. La incidencia anual del consumo de alcohol en los adolescentes fue de 11%.<sup>3</sup>

En cuanto a la funcionalidad familiar en Europa, se publicó un estudio acerca de la estructura y la funcionalidad de la familia del adolescente español, hallaron que la función familiar fue normal en el 54,5%, con disfunción leve en el 38,3% y disfunción grave en el 7,2. También describieron que la disfunción

familiar grave se relaciona con un mayor consumo de sustancias tóxicas, entre las que se incluyó el alcohol ( $p= 0,001$ ).<sup>4</sup>

En un estudio publicado en el 2012 y realizado en varias comunidades de Colombia, analizaron el funcionamiento familiar entre los estudiantes adolescentes entre 11 y 18 años de edad, encontrándose que el buen funcionamiento familiar fue de 21.4%, la disfunción familiar leve 35.9%, la funcionabilidad moderada y 25.5% y la disfunción severa 17.2%.<sup>5</sup>

En el Perú, también se desarrollaron estudios que determinaron el nivel de funcionalidad familiar, en adolescentes que asistieron a escuelas secundarias, como el realizado en el distrito de Los Olivos en Lima en el 2013. Donde hallaron que en 163 escolares adolescentes, la disfunción familiar severa alcanzó el 24,5%, la disfunción familiar moderada 26,4%, la disfunción familiar leve 25,8% y la buena función familiar fue de 23,3%.<sup>6</sup>

## 1.2. TRABAJOS PREVIOS

Castillo J, et al (Ecuador, 2014), quienes determinaron la prevalencia de disfuncionalidad familiar y factores asociados, en la provincia de El Oro en el 2014. Se trató de un estudio analítico de corte transversal; donde se entrevistaron a 250 familias. La disfuncionalidad familiar fue detectada a través del APGAR familiar, encontrándose que el 5,2% de las familias presentaron disfuncionalidad familiar. Se reportó asociación estadística entre la disfuncionalidad y el consumo de alcohol, obteniéndose significancia estadística de  $p=0,001$ . Concluyeron que existe relación entre la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol.<sup>7</sup>

Huitrón G, et al (México, 2013), determinaron las principales conductas de riesgo que incluyó el consumo de alcohol en una muestra de escolares adolescentes chilenos y mexicanos. Aplicaron un estudio transversal, en 1,568 adolescentes entre 10 y 21 años de edad, de los cuales 815 fueron chilenos y

753 mexicanos. Hallaron que la prevalencia del consumo de alcohol en los adolescentes chilenos y mexicanos fue 64.3% y 54.1% respectivamente. Por otro lado, los adolescentes mexicanos de familias disfuncionales tienen 1.7 veces más riesgo de consumir alcohol en comparación con los que pertenecen a un hogar funcional ( $p=0.001$ ), situación no hallada en los adolescentes chilenos ( $p>0.05$ ). Concluyeron que los adolescentes que provienen de familias percibidas como disfuncionales, tienen una mayor probabilidad de desarrollar ciertas conductas de riesgo como es el consumo del alcohol.<sup>8</sup>

Villarreal M, et al (México, 2013), realizaron un análisis psicosocial del consumo de alcohol en adolescentes mexicanos, considerando de forma simultánea las variables personales, familiares, escolares y sociales. Fue un estudio explicativo. La muestra fue conformada por 1.245 adolescentes de ambos sexos, procedentes de dos centros educativos de secundaria, entre 12 y los 17 años. Se aplicó el test del Agar familiar, hallaron que el consumo de alcohol se correlacionó negativamente con las variables de funcionamiento familiar ( $r=-0.07$ ;  $p < 0.05$ ).<sup>9</sup>

Sánchez I, et al (Cuba, 2013), determinaron la prevalencia de consumo riesgoso y dañino de alcohol en 315 adolescentes escolares. Se aplicó un estudio transversal. El 65,4 % fueron del sexo femenino. La edad de inicio más frecuente en la ingesta de bebidas alcohólicas fue los 12 años con 15 %. La cerveza fue la bebida con mayor consumo entre los adolescentes con un 86 %. Las categorías de nivel de consumo mostraron un consumo riesgoso de 17,1% y un consumo dañino de 2%.<sup>10</sup>

Ulate, D (Costa Rica, 2013), describieron la prevalencia de la percepción de la funcionalidad familiar de las personas adolescentes. Aplicó un estudio descriptivo, donde la población estuvo constituida por 124 adolescentes de sexto grado. Se desarrolló el APGAR Familiar. Halló que la prevalencia de buena función familiar fue del 68,6%, disfunción leve del 27,4% y disfunción

severa del 4%. La percepción de buena funcionalidad familiar por parte de los adolescentes estuvo relacionada con mayor comunicación con los padres ( $p=0,000$ ).<sup>11</sup>

Pérez A. (España, 2012), estableció la estructura y la función familiar del adolescente. Se aplicó un estudio descriptivo, mediante una encuesta en 1493 alumnos de educación secundaria en una zona urbana (Jaén) y otra rural (Granada). Se recogieron datos de la función familiar mediante la prueba de Apgar familiar. Entre los resultados halló que el promedio de edad fue  $14,5 \pm 0,6$  años. La función familiar tuvo la siguiente distribución: normal 74%, disfunción leve 18%, disfunción grave 8%. Concluyeron que tanto la estructura familiar como la función familiar, no varían según el sexo ni el año de estudio; en cambio los adolescentes de 16 años o más presentan una mayor percepción de disfunción familiar, que sus menores ( $p < 0,05$ ).<sup>12</sup>

Van Hoof J, et al (Rumania, 2012), abordaron los problemas de consumo de alcohol en adolescente en las ciudades Rumanas, con el fin de prevenir el consumo de alcohol. Fue un trabajo descriptivo, en 1,026 adolescentes. Los resultados mostraron que el 26% de las adolescentes señalaron no haber consumido alcohol en su vida, de los cuales 11% fueron varones y 14% mujeres. El promedio de edad de inicio del consumo de alcohol fue 13 años, el 15% de los encuestados indicaron haber estado ebrios (al menos una vez) antes de la edad de 13 años. Aproximadamente el 30% de los estudiantes bebían excesivamente en más de una ocasión en los 30 días previos a la encuesta. Alrededor del 5% de los estudiantes indicaron haber consumido excesivas cantidades de alcohol que lo llevaron a la embriaguez o la intoxicación.<sup>13</sup>

Onya H et al (Sudáfrica, 2012), determinaron el consumo del alcohol entre adolescentes en 20 escuelas secundarias de Sudáfrica. Se desarrolló un estudio descriptivo en 1600 estudiantes en el distrito de Mankweng en la Provincia de Limpopo. Se describió una prevalencia de consumo de alcohol

entre los estudiantes de 22,4%. Los hombres eran 2,4 veces más propensos a beber alcohol que las mujeres. Concluyeron que el asistir a los servicios religiosos y tener un mayor número de amigos que consumen el alcohol son los mejores predictores del consumo de alcohol entre estudiantes de secundaria, por lo tanto los resultados subrayan la importancia de abordar a la persona, familia, padres y escuela como parte de las iniciativas de educación para prevenir el consumo de alcohol entre estudiantes de secundaria.<sup>14</sup>

Kalavana T, et al (Chipre, 2011), examinaron la asociación entre la función familiar y el consumo de alcohol. Aplicaron un estudio correlacional, en 799 adolescentes escolares, con una edad promedio de 16,6 años. Entre los resultados obtenidos resalta que la disfunción familiar se correlacionó con el consumo de alcohol ( $r = 0,18$ ,  $p < 0.01$ ). Concluyeron que la disfunción familiar se relacionó positivamente al consumo de alcohol. En comparación con sus contrapartes masculinas, las mujeres adolescentes consumieron alcohol en menor frecuencia.<sup>15</sup>

Muyibi A. et al (Nigeria, 2010), este estudio evaluó la relación entre funcionamiento familiar y los factores de riesgo del comportamiento de adolescentes. El método aplicado fue una investigación transversal, en el Hospital del Colegio Universitario de Ibadán, realizado en 400 sujetos mediante el APGAR familiar. Entre los resultados de encontró que la edad de los adolescentes fue entre 10 y 19 años. La tasa de consumo de alcohol fue de 8% y se consideró como muy baja. Los puntajes obtenidos mediante el APGAR familiar, revelaron que el 84,5% de sujetos manifestaron tener una familia funcional y solo el 15,5% de los sujetos fueron clasificados por tener una familia disfuncional.<sup>16</sup>

Álvarez A, (México, 2010), analizó el consumo de alcohol en los adolescentes, a través de la realización de una investigación descriptiva transversal, en una facultad de enfermería en la ciudad de Querétaro. La muestra lo conformaron

109 adolescentes, entre 17 y 20 años. Para la obtención de los datos se aplicó el AUDIT. Estableciéndose que el 80,7% de adolescentes no tienen riesgo de consumo de alcohol, el 13,8% empezaron a tener problemas y 3,7% presentó riesgo elevado. Se concluyó que la mayoría de los adolescentes tuvieron bajo riesgo de consumo de alcohol.<sup>17</sup>

González J, et al (Perú, 2013), determinaron factores familiares relacionados al funcionamiento familiar en adolescentes de educación secundaria del colegio 2022 del Distrito de Los Olivos en Lima. El método fue de tipo descriptivo, transversal aplicado a 163 estudiantes. Entre los resultados destaca que el nivel de la disfunción familiar severa alcanzó el 24,5%, la disfunción familiar moderada 26,4%, la disfunción familiar leve 25,8% y la función familiar 23,3%.<sup>18</sup>

Huamaní M, (Perú, 2012), estableció la relación entre factores psicosociales con el consumo y riesgo de alcoholismo en los adolescentes de 4to y 5to de secundaria en el colegio estatal de San Juan de Miraflores en Lima. El estudio fue correlacional y trasversal, y aplicado a 270 estudiantes, Reportó que el 52,6% de los encuestados consumieron bebidas alcohólicas, relacionándolo con el consumo de alcohol de parte de los amigos; el 40,4% consumieron alcohol por problemas familiares, la falta de comunicación o disfunción familiar, solo el 20,4% de los adolescentes no presentaron ningún problema. Concluyó que los factores psicosociales influyen para el consumo de bebidas alcohólicas, son: las relaciones con los amigos bebedores, disfunción familiar y personalidad dependiente.<sup>19</sup>

### **1.3 Teorías relacionadas al tema**

El Ministerio de salud define a familia como la unidad básica de salud, conformada por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos, conviven bajo un mismo lugar, vinculados por lazos consanguíneos, legales y/o de afinidad, que están llamados al desarrollo humano pleno. Por otro lado la Organización Mundial de la Salud define familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción

y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial." La familia es el grupo primario de pertenencia de los individuos. En su concepción más conocida está constituida por la pareja y su descendencia.<sup>20</sup>

Por otro lado la funcionalidad familiar es el estado en que la familia se caracteriza por mantener relaciones familiares bien establecidas, que son de tipo positivo para todos sus miembros, mostrándose satisfacción de estar juntos, reconociendo que cada uno de ellos tiene intereses y necesidades individuales, con cierto grado de privacidad. Pueden existir coaliciones internas y competencias entre ellos, los límites de la familia son claros y unida, es una estructura de negociación para arreglar conflictos, hay empatía, apoyo emocional y comunicación, por consiguiente la funcionalidad familiar es la capacidad de resolver problemas y ayudar a sus miembros a desarrollar su potencial. Las familias funcionales son saludables porque predomina, un clima emocional afectivo positivo, que indica cómo cada sujeto se siente en relación con los demás y con el grupo en su conjunto, potenciando la integración familiar y elevando los recursos de la familia para enfrentar los conflictos, crisis y problemas que pueden presentarse en distintas etapas a lo largo del ciclo vital evolutivo familiar y de sus integrantes<sup>21</sup>

En cambio la familia disfuncional, tiene límites intergeneracionales borrosos, falta de actitud negociadora, existiendo poca atención a los sentimientos y opiniones de los demás, las pautas de interacción son fijas y rígidas, donde las funciones de los miembros no están establecidas, ni delimitadas. Existen una serie de características que afectan el funcionamiento familiar, el desarrollo de la identidad personal y autonomía de sus miembros, la flexibilidad de reglas y roles, comunicación clara y afectiva que permite compartir problemas y capacidad de adaptarse a los cambios.<sup>22</sup>



Las alteraciones en la funcionalidad familiar pueden provocar trastornos en la salud y el comportamiento de sus integrantes, especialmente en aquéllos más vulnerables. En este contexto social la funcionalidad familiar es un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia, haciendo que ésta funcione bien o mal como unidad. En una dinámica familiar normal hay una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite el desarrollo de sus individuos y les infunde el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás.<sup>24</sup>

Para diagnosticar o establecer la funcionalidad familiar, se han desarrollado varios instrumentos, entre los que se encuentra el APGAR familiar, que es un test que establece cinco componentes básicos de la función familiar, como es la adaptabilidad al medir la utilización de los recursos intra y extra familiares para resolver problemas, cuando el equilibrio familiar ha sido modificado (situaciones de crisis). Mide la cooperación de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y división del trabajo; el cómo comparte problemas y cómo se comunican para resolverlos.<sup>25</sup>

El APGAR familiar como test, se basa en la premisa, que los miembros de la familia perciben el funcionamiento de la familia y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos. Los componentes del APGAR familiar miden el ambiente emocional que rodea al paciente, así como la capacidad del grupo familiar para hacer frente a las diferentes crisis. Se conoce así el funcionamiento de la familia a través de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar y la percepción del propio funcionamiento familiar. Puede aplicarse a diferentes miembros de la familia y en distintos momentos y en determinadas circunstancias también puede ser útil el realizarlo en conjunto, en el transcurso de una entrevista familiar, y conocer "in situ" las opiniones de todos los integrantes del sistema familiar.<sup>25, 26</sup>

La otra variable de estudio es el consumo de bebidas alcohólicas, definida como el uso de cualquier bebida alcohólica una o más veces en la vida. El consumo de alcohol puede describirse en términos de gramos de alcohol consumido o por el contenido alcohólico de las distintas bebidas, en forma de unidades de bebida estándar. En Europa una bebida estándar contiene 10 gramos de alcohol. En Estados Unidos y Canadá, una bebida estándar contiene entre 12 y 14 gramos de alcohol. Por otro lado el consumo de riesgo es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud si el hábito del consumo persiste. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo describe como el consumo regular de 20 a 40g diarios de alcohol en mujeres y de 40 a 60g diarios en varones. El consumo perjudicial se refiere a aquel que conlleva consecuencias tanto para la salud física como para la salud mental de la persona y está definido por la OMS como consumo regular promedio de más de 40g de alcohol al día en mujeres y de más de 60g al día en hombres.<sup>27, 28</sup>

Existen diversos factores o circunstancias personales, familiares, sociales, que facilitan y favorecen el consumo de alcohol en adolescentes. Uno de los factores asociados es la maduración biológica. Otro es la publicidad de bebidas alcohólicas, donde el alcohol es sinónimo de mujeres lindas, sexo, música y alegría. El factor social es un factor predominante en el consumo de alcohol; los amigos, los pares más cercanos, parejas y entorno social se convierten en una influencia dominante que determina el consumo de sustancias. El consumir alcohol, hace parte de la selección y socialización entre amigos, puesto que debe existir aprobación por parte de los otros, evitando la exclusión social por parte de quienes consumen alcohol. Las actitudes de aprobación por parte de los pares constituyen un factor asociado con el consumo de alcohol en jóvenes.<sup>29</sup>

Se ha encontrado que también es influyente la relación con los padres, en especial aquellas en las cuales el joven tiene una relación conflictiva con estos,

y cuando sus comportamientos están ligados al consumo de sustancias. A partir de la relación con los padres y con los pares, adquieren gran importancia los sentimientos y las emociones de los jóvenes, resultado de esas interacciones; el consumo de alcohol se favorece o no de acuerdo con la percepción que tienen los parientes de este comportamiento y con sus actitudes, bien sean de aprobación o desaprobación, Existen otros factores propios del individuo, los cuales son denominados Situaciones personales, en donde se encuentran emociones desagradables frente a un evento, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol y necesidad física.<sup>30</sup>

Para clasificar el consumo de alcohol se considera las categorías: Consumo en el último mes o consumo actual: la persona declara haber usado bebidas alcohólicas una o más veces durante los últimos 30 días. Consumo en el último año o consumo reciente: la persona declara haber bebido alcohol una o más veces durante los últimos 12 meses. Consumo alguna vez en la vida: la persona declara que ha usado bebidas alcohólicas una o más veces en cualquier período de su vida.<sup>31</sup>

El consumo de alcohol puede conllevar a su dependencia. Existen tres tipos de dependencia. La dependencia física que es el estado fisiológico alterado, que se manifiesta cuando se suprime bruscamente su consumo, pudiendo aparecer trastornos, como el síndrome de abstinencia agudo, y que desaparecen al reanudar su consumo, se considera como sinónimo de adicción. En cambio la dependencia psíquica es la necesidad irreprimible de buscar y reiniciar el consumo de alcohol de forma regular o continuada, para producir placer o evitar el malestar, es sinónimo de hábito, motivado en un principio por la falta de sustancia en el cuerpo y posteriormente por la exposición a estímulos y conductas que recuerdan su consumo. Por otro lado la dependencia social es la necesidad de consumir como manifestación de pertenencia a un grupo social que proporciona signos de identidad claros. El alcoholismo es una patología multifactorial, debido a una alteración del funcionamiento de determinados

circuitos cerebrales que intervienen en el auto-control de la conducta de ingerir bebidas alcohólicas. Si no se detiene el curso de esta enfermedad aparecerán, de manera progresiva, consecuencias médicas, psiquiátricas y adictivas, que van a conducir al paciente a recaídas sucesivas y a que esta enfermedad se convierta en crónica.<sup>32</sup>

Las personas que inician el consumo de bebidas alcohólicas durante la adolescencia tienen mayor probabilidad de sufrir las consecuencias del consumo excesivo de alcohol al llegar a la vida adulta, entre las cuales se encuentran el riesgo de desarrollar alcoholismo o dependencia del alcohol. El alcoholismo cursa con períodos de remisión y recaídas. La edad de inicio suele situarse entre los 18 y los 25 años. Aunque algunas personas con dependencia del alcohol pueden dejar de beber por sus propios medios, otros necesitarán tratamiento de desintoxicación y deshabituación. La posibilidad de que un paciente alcohólico retorne a un consumo controlado, tras haber efectuado un tratamiento del alcoholismo, depende sobretodo de la gravedad de su dependencia. Sin embargo, la abstinencia continuada de alcohol es el objetivo óptimo y el que consigue el mejor funcionamiento global a largo plazo.<sup>33</sup>

En el cuadro clínico, el consumo de alcohol etílico a dosis bajas, tiene efectos rápidamente reversibles. A dosis moderadas o elevadas, ocasiona en el aparato digestivo trastornos de la motilidad esofágica, aparición de reflujo gastroesofágico, gastritis, trastornos del vaciado gástrico y diarreas. A nivel cardiovascular el consumo agudo da lugar a una reducción aguda de la función contráctil del corazón y a la aparición de arritmias cardíacas. Las alteraciones agudas de la función contráctil del corazón se deben a un efecto inotrópico negativo del etanol sobre el corazón, pero este efecto queda enmascarado por un efecto indirecto cronotrópico e inotrópico positivo secundario a la liberación de catecolaminas. Más importancia tiene la relación entre consumo de alcohol y arritmias cardíacas, que debe considerarse como una forma preclínica de miocardiopatía alcohólica. Los efectos sobre el sistema nervioso central,

conlleva a trastornos sobre la electrofisiología cerebral (potenciales evocados visuales y auditivos), el metabolismo cerebral y la circulación cerebral. Sin embargo existen posibles efectos beneficiosos del consumo de cantidades moderadas como antiséptico gástrico e intestinal, sobre el sistema cardiovascular (reducción de la mortalidad global y de la mortalidad coronaria) y sobre la enfermedad de Alzheimer.<sup>34</sup>

Entre los instrumentos que ayudan a tamizar el riesgo de dependencia de alcoholismo es el test AUDIT, este instrumento de tamizaje breve, rápido y flexible se usa para determinar el nivel de riesgo de consumo de alcohol en estudiantes universitarios y su relación con características personales y factores de contexto. Diseñado, a pedido de la OMS, por Saunders y colaboradores en la década de los 80's, contiene 10 preguntas que indagan acerca del consumo reciente de alcohol, con escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos, y con un puntaje total máximo de 40. Mediante una puntuación de 0 a 40, determina cuatro niveles o zonas de riesgo. La zona I se refiere al consumo de bajo riesgo o la abstinencia. El segundo nivel, la zona II, comprende el consumo de alcohol por encima de las recomendaciones de bajo riesgo, que están generalmente indicadas cuando la puntuación del AUDIT está entre 8 y 15 puntos. El tercer nivel, la zona III, está sugerida para puntuaciones el rango de 16 a 19 puntos. El cuarto nivel de riesgo, la zona IV, está sugerida para puntuaciones por encima de 20; de esta manera se identifica el consumo excesivo de alcohol y se proporciona un marco de trabajo para la intervención.<sup>35</sup>

Para la prevención del alcoholismo, habitualmente se utiliza la educación en las escuelas y las campañas de información pública. Sin embargo, la evidencia científica sugiere que dichas medidas preventivas carecen de eficacia. La prevención basada en la evidencia ha comprobado que las medidas preventivas más eficaces son las que controlan el precio y la disponibilidad de bebidas alcohólicas. Es decir, un aumento del precio, una restricción de los días, los horarios y el número de establecimientos de venta de bebidas alcohólicas,

consigue eficazmente una reducción de las consecuencias del consumo excesivo de alcohol; mientras que un aumento de la edad legal para poder tomar bebidas alcohólicas, consigue reducir no sólo el consumo de alcohol sino también la tasa de accidentes de tráfico en los jóvenes.<sup>36</sup>

La influencia familiar actúa como variable facilitadora de su inicio, además como un factor que favorece un nivel de consumo riesgoso o de abuso. Un porcentaje importante de jóvenes que tienen familiares que se embriagan, presentan un patrón de consumo riesgoso. Los jóvenes que tienen por lo menos un familiar que se embriaga con frecuencia, tienden a iniciar más temprano el consumo de alcohol. Lo anterior puede estar relacionado con creencias y expectativas que tenga la familia frente al consumo, si éstas son favorables, se aumenta la probabilidad de que los jóvenes las adopten y se expongan más fácilmente a situaciones de abuso. La falta de regulación familiar y social que perciben, en ausencia de referencias externas que permitan establecer sus propios límites en su conducta personal. Además, los jóvenes disfrutan en general de capacidad económica bastante mayor que la que tenían sus padres a esa edad, lo que hace posible un mayor consumo.<sup>29</sup>

La adolescencia es el período importante de crecimiento y maduración del ser humano; durante este período se establecen cambios singulares y características morfológicas del adulto. La adolescencia se inicia con la pubertad, esto es, con los signos más tempranos del desarrollo de las características sexuales secundarias, continua hasta que los cambios morfológicos y fisiológicos se aproximan a la edad adulta, por lo general cerca del final del segundo decenio de la vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos etapas. La primera etapa que es la adolescencia temprana que ocurre entre los 11 y 14 años. La segunda etapa o adolescencia tardía que trascurre entre los 15 y 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios fisiológicos, estructurales anatómicos y modificación en el

perfil psicológico y de la personalidad. Sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.<sup>39</sup>

#### **1.4 Formulación del problema**

¿Existe relación entre la funcionalidad familiar con el consumo de alcohol en adolescentes escolares de la Institución Educativa José Carlos Mariátegui del distrito de El Porvenir en Abril del 2016?

#### **1.5 Justificación del estudio**

La motivación del presente estudio radica en conocer el grado de percepción que tiene adolescente sobre la funcionalidad familiar y como estaría implicado en el consumo de bebidas alcohólicas. Dichos resultados brindará información relevante que permita establecer línea de base para estudios posteriores e incluso valorar el riesgo aplicando estudios explicativos.

Otro de los motivos que llevaron a elegir este tema como objeto de estudio, es que no hay estudios previos similares aplicados en el distrito de El Porvenir. Los resultados van a favorecer no solo a la población escolar adolescente, también a su entorno familiar, por cuanto en caso de hallarse disfunción familiar se realizaría el abordaje multidisciplinario para su resolución.

La ejecución del presente proyecto permitirá ampliar mi conocimiento y experiencia como futuro profesional médico, comprendiendo los fenómenos sociales como el consumo de alcohol, que afecta no solo a la etapa de vida adolescente, también se trasmite a la etapa adulta.

#### **1.6. Hipótesis**

Hi.- La funcionalidad familiar se relaciona con el consumo de alcohol en adolescentes escolares de la Institución Educativa José Carlos Mariátegui del distrito de El Porvenir en Abril del 2016

Ho.- La funcionalidad familiar no se relaciona con el consumo de alcohol en adolescentes escolares de la Institución Educativa José Carlos Mariátegui del distrito de El Porvenir en Abril del 2016

### 1.7. Objetivos

#### General

Determinar la relación entre la funcionalidad familiar con el consumo de alcohol en adolescentes escolares de la Institución Educativa José Carlos Mariátegui del distrito de El Porvenir en Abril del 2016.

#### Específicos

1. Establecer la funcionalidad familiar en los adolescentes escolares
2. Establecer el consumo de alcohol en los adolescentes escolares
3. Correlacionar la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol
4. Conocer algunas características de los escolares adolescentes como grado de estudio, género y edad.

## II. MÉTODO

### 2.1. Diseño de investigación

No experimental, Correlacional

### 2.2. Variables

Variable 1: funcionalidad familiar.	Cualitativo ordinal.
Variable 2: consumo de alcohol.	Cualitativo ordinal.



### 3.4.1. Operacionalización de variables

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Indicador</b>	<b>Tipo de variable</b>
Consumo de alcohol	Es el uso de cualquier bebida alcohólica una o más veces en cualquier período de su vida. <sup>27</sup>	Se determinará el consumo de alcohol mediante el Test AUDIT que establece 3 niveles	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sin problemas de alcohol</li> <li>2. Riesgo de consumo de alcohol</li> <li>3. Consumo de alcohol</li> </ol>	Cualitativo ordinal
<b>Funcionalidad familiar</b>	Es el estado caracterizado por mantener relaciones familiares bien establecidas, positivas en todos sus miembros, mostrándose satisfacción de estar juntos, reconociendo intereses y necesidades individuales, con cierta privacidad. <sup>21</sup>	Se tomará en cuenta lo obtenido tras la aplicación del test del Apgar familiar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Buena función familiar</li> <li>2. Disfunción familiar leve</li> <li>3. Disfunción familiar moderada</li> <li>4. Disfunción familiar severa</li> </ol>	cualitativo ordinal

### 2.3. Población, muestra y muestreo

#### **Población**

Fueron 647 alumnos adolescentes entre 11 y 19 años de edad que estuvieron matriculados en la Institución Educativa José Carlos Mariátegui” del Distrito del Porvenir en el mes de Abril del año 2016.

#### **Unidad de Análisis**

La unidad de análisis fue cada alumno adolescente de la Institución Educativa que cumplió con los criterios de selección.

### **Tamaño de muestra**

Para el presente diseño se utilizó la siguiente fórmula correspondiente a la proporción de una población finita, aplicable en estudios transversales.

$N = 647$  alumnos entre 11 y 19 años de edad.

$Z = 95\%$  (1.96)

$p = 0.5$  = se tomó en cuenta 0.5 que es la proporción óptima para obtener un mayor tamaño de muestra, debido a la diversidad de frecuencias descritas en los antecedentes

$q = 1 - P (1 - 0.5) = 0.5$

$E = 0.05$  = error de tolerancia

$$n = \frac{N Z^2 x p q}{(N-1) E^2 + Z^2 x p q}$$

$$n = \frac{647 (1.96)^2 x (0.5) (0.5)}{(646)(0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5)(0.5)}$$

$n = 242$  alumnos entre 11 a 19 años de edad

### **Muestreo**

Para la obtención de la muestra, la población se dividió en subpoblaciones es decir los 242 alumnos fueron obtenidos de manera estratificada, proporcional al número de alumnos en cada sección de la institución educativa, Para la selección en cada sección se usó de manera aleatoria sistemática, es decir se usó un factor, en este caso fue cada tres alumnos, considerando la nómina de matriculados. (Anexo 4)

## **Criterios de selección**

Criterios de Inclusión:

- Escolar adolescente que se encuentre entre la edad de 11 a 19 años de edad
- Escolar adolescente que se encuentre asistiendo a clases en el momento de la encuesta

Criterios de Exclusión:

- Escolar adolescente cuya ficha de recolección de datos esté incompleta.
- Escolar adolescente que no quiere llenar el cuestionario.
- Escolar adolescente cuyo padre, madre o tutor(a) no firmo la carta de consentimiento informado.

### **2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

La recolección de datos se obtuvo mediante una encuesta para lo cual se aplicó un cuestionario que consta de dos test.

La ficha de recolección de datos constó de tres partes la primera recogió información acerca de la edad y sexo. La segunda parte correspondió al test de APGAR familiar y la tercera parte correspondió al test AUDIT

El instrumento fue validado por un panel de expertos conformado por tres médicos familiares quienes evaluaron la pertinencia de los datos y el uso de los test respectivos. En cuanto a la confiabilidad estos test, son de uso universal. La confiabilidad del Test denominado APGAR familiar en la versión en idioma español, se ha hallado una fiabilidad test-retest superior a 0,75 y una consistencia interna elevada (Alpha de Cronbach = 0,84).<sup>40</sup>

En cuanto al Test AUDIT es utilizado actualmente por el Ministerio de Salud. El instrumento presentó un alfa-Cronbach de 0,75 demostrando buena consistencia interna. Los puntos de corte óptimos fueron ocho para Bebedor de riesgo en hombres y seis para mujeres.<sup>41</sup>

Previa autorización correspondiente de la Institución Educativa José Carlos Mariátegui y en coordinación con la Dirección y personal docente, se procedió a la recolección de datos de los escolares adolescentes.

Luego, se procedió a seleccionar de manera aleatoria a los escolares adolescentes considerando los criterios de inclusión y exclusión, se aplicó el instrumento en cada aula, el mismo que se realizó de manera individual, permitiendo que cada escolar tenga privacidad en el desarrollo de la aplicación del instrumento, cuyo tiempo promedio fue de 10 minutos. La encuesta se realizó en dos días.

## **2.5. Métodos de análisis de datos**

Los datos fueron tabulados y analizados mediante el paquete estadístico IBM SPSS versión 23 en español, tomando en cuenta el tipo de variable. Se consideró las frecuencias relativas o porcentuales los mismos que se plasmaron en tablas de entrada única y múltiple.

En cuanto a la estadística descriptiva, debido a la naturaleza del estudio que utilizó variables ordinales se estimaron medidas de frecuencia y porcentaje. Referente a la estadística analítica se usó la prueba estadística conocida como la R de Spearman, la cual se aplicó para asociar las variables.

## **2.6. Aspectos éticos**

Debido a que el presente trabajo de investigación fue aplicado dentro de las instalaciones de la institución educativa pública José Carlos Mariátegui, del Distrito del Porvenir, se solicitó al Director de dicho plantel educativo la autorización respectiva para la aplicación del cuestionario a los alumnos adolescentes.

Una vez aceptada la solicitud correspondiente, se envió una esquila a los padres de familia de los alumnos, con la finalidad de manifestarles sobre el

objetivo del estudio así como las condiciones de su realización y firmen el consentimiento informado. Una vez aceptado por los padres de familia se procedió a la ejecución del estudio, manifestando que los datos de cada estudiante serán mantenidos en el anonimato. Así mismo se respetó la decisión del adolescente de ser parte o no del estudio.

### III. RESULTADOS

**TABLA N° 1. FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS ADOLESCENTES ESCOLARES. INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI DEL DISTRITO DE EL PORVENIR EN ABRIL DEL 2016.**

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Frecuencia	Porcentaje
BUENA FUNCIÓN FAMILIAR	56	23.1
DISFUNCIÓN LEVE	96	39.7
DISFUNCIÓN MODERADA	56	23.1
DISFUNCIÓN SEVERA	34	14.0
Total	242	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

**TABLA N° 2. CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES ESCOLARES. INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI DEL DISTRITO DE EL PORVENIR EN ABRIL DEL 2016.**

CONSUMO DE ALCOHOL	Frecuencia	Porcentaje
SIN PROBLEMAS	224	92.6
RIESGO DE CONSUMO	14	5.8
CONSUMO	4	1.7
Total	242	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

**TABLA N° 3. CORRELACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ADOLESCENTES ESCOLARES. INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI DEL DISTRITO DE EL PORVENIR EN ABRIL DEL 2016.**

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	CONSUMO DE ALCOHOL							
	SIN PROBLEMAS		EN RIESGO		CONSUMO		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
BUENA FUNCIÓN FAMILIAR	55	22.7%	1	0.4%	0	0.0%	56	23.1%
DISFUNCIÓN LEVE	89	36.8%	7	2.9%	0	0.0%	96	39.7%
DISFUNCIÓN MODERADA	52	21.5%	4	1.7%	0	0.0%	56	23.1%
DISFUNCIÓN SEVERA	28	11.6%	2	0.8%	4	1.7%	34	14.0%
TOTAL	224	92.6%	14	5.8%	4	1.7%	242	100.0%

FUENTE: Fuente: Ficha de recolección de datos

CORRELACIONAL DE SPEARMAN:  $R= 0.158$   $p= 0.014$



**TABLA N° 4. CARACTERÍSTICAS DE LOS ESCOLARES ADOLESCENTES COMO EDAD, GÉNERO Y GRADO DE ESTUDIO. INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI DEL DISTRITO DE EL PORVENIR EN ABRIL DEL 2016.**

CARACTERÍSTICA	INDICADOR	SIN PROBLEMAS		EN RIESGO		CONSUMO DE ALCOHOL		TOTAL	
		Frecuencia	porcentaje	Frecuencia	porcentaje	Frecuencia	porcentaje	Frecuencia	porcentaje
GRADO DE ESTUDIO SECUNDARIO	PRIMER AÑO	53	94.6%	3	5.4%	0	0.0%	56	23.1%
	SEGUNDO AÑO	45	91.8%	4	8.2%	0	0.0%	49	20.2%
	TERCER AÑO	50	98.0%	0	0.0%	1	2.0%	51	21.1%
	CUARTO AÑO	47	95.9%	2	4.1%	0	0.0%	49	20.2%
	QUINTO AÑO	29	78.4%	5	13.5%	3	8.1%	37	15.3%
GENERO	MASCULINO	124	91.2%	9	6.6%	3	2.2%	136	56.2%
	FEMENINO	100	94.3%	5	4.7%	1	0.9%	106	43.8%
EDAD	11 A 13 AÑOS	83	94.3%	5	5.7%	0	0.0%	88	36.4%
	14 A 16 AÑOS	126	94.0%	4	3.0%	4	3.0%	134	55.4%
	17 A 18 AÑOS	15	75.0%	5	25.0%	0	0.0%	20	8.2%

**FUENTE: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### IV. DISCUSIÓN

En la Tabla N° 1 se observa la frecuencia de la funcionalidad familiar observándose el predominio de la disfunción leve con 39.7%, seguido de la funcionalidad familiar con 23.1%, similar porcentaje lo tuvo la disfunción moderada y finalmente la disfunción severa alcanzó el 14%.

Existen estudios similares a lo hallado en el presente estudio donde se halló que cerca de la cuarta parte de los adolescentes pertenecen a familias funcionales. Como el caso de un estudio publicado por Paniagua R et al<sup>5</sup> realizado en Colombia, cuyo resultados señalaron que el buen funcionamiento familiar fue de 21%. En el Perú, también se desarrollaron estudios como el de Gonzáles J, et al<sup>18</sup> quienes destacaron que el nivel de buena función familiar alcanzó el 23.3%. En cambio otros señalan un mayor porcentaje en cuanto a la funcionalidad familiar, en Europa Pérez A et al<sup>4</sup>, en su estudio publicado en España hallaron una buena función familiar en el 54,5% de encuestados. Mientras que Ulate D.<sup>11</sup> en Costa Rica, halló que la prevalencia de buena función familiar fue de 68,6%. El estudio de Muyibi A. et al<sup>16</sup> en Nigeria, reportó porcentaje mayor de buena función familiar con el 84,5%.

Una buena funcionalidad familiar es variable en la medida que exista comunicación entre los integrantes de la familia. Incluso cuando la dinámica familiar es normal hay una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite el desarrollo de sus individuos y les infunde el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás.<sup>24</sup> Además como lo recalco Ulate, D<sup>11</sup>, la percepción de buena funcionalidad familiar por parte de los adolescentes está relacionada con una mayor comunicación con los padres ( $p=0,001$ ), de allí la importancia de una buena relación sin embargo, hay otros factores que

pueden influir en dicha funcionalidad como es el nivel socioeconómico la violencia intrafamiliar y el abuso de sustancias tóxicas.<sup>29, 32</sup>

En la Tabla N° 2 se puede visualizar que el 92.6% de los adolescentes escolares no tiene problemas en el consumo de alcohol, mientras que el 5.8% están considerados como riesgo de consumo y solo el 1.7% se consideran consumidores de alcohol.

Estudios que aportaron resultados similares al presente trabajo, se menciona a Álvarez A,<sup>17</sup> en México, estableció que el 80,7% de adolescentes no tienen riesgo de consumo de alcohol, el 13,8% empezaron a tener problemas y 3,7% presentó riesgo elevado. Mientras que Sánchez I, et al<sup>10</sup> en Cuba, mostraron un consumo riesgoso de 17,1% y un consumo dañino de 2%. Van Hoof J, et al<sup>13</sup> en Rumania, hallaron que alrededor del 5% de los estudiantes indicaron haber consumido excesivas cantidades de alcohol que lo llevaron a la embriaguez o la intoxicación. En cambio el estudio de Huamaní M,<sup>19</sup> en Perú, reportó que el 52,6% de los encuestados consumieron bebidas alcohólicas, cifra mayor a lo encontrado en estudios previos.

Como puede apreciarse existen también diferencias entre los estudios. Una de las explicaciones lo da Huamaní M,<sup>19</sup> al señalar que el consumo de alcohol se debe en gran parte a los amigos; incluso el 40,4% de los consumidores de alcohol expresan que dicho problema se debe por problemas familiares, la falta de comunicación o disfunción familiar, y que en la quinta parte de los encuestados no se halló relación alguna acerca del consumo de alcohol.

Referente a la Tabla N° 3 se observa que existe relación entre la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol, tras aplicar el correlacional de Spearman. Se obtuvo un  $r=0.158$  indicando una correlación débil positiva (valores de 0 a 0.25 se considera relación débil) con significancia estadística

al obtenerse un  $p=0.014$ ; interpretándose que incrementándose la disfunción familiar, aumenta el consumo de alcohol.

Son diversos los estudios que señalan la relación de disfunción familiar con el consumo de alcohol entre ellos Castillo J, et al<sup>7</sup> en Ecuador, quienes concluyeron que existe asociación estadística entre la disfuncionalidad y el consumo de alcohol, ( $p=0,001$ ). También Huitrón G, et al<sup>8</sup> en México halló que las familias disfuncionales tienen 1.7 veces más riesgo de consumir alcohol en comparación con los que pertenecen a un hogar funcional ( $p=0.001$ ). En otro estudio mexicano Villarreal M, et al<sup>9</sup> hallaron que el consumo de alcohol se correlacionó con el funcionamiento familiar ( $r=0.07$ ;  $p < 0.05$ ). Así mismo hubo otros estudios que corroboraron dichos resultados, entre los que se encuentra Kalavana T, et al<sup>15</sup> en Chipre, incluso un estudio en el ámbito nacional como el de Huamaní M,<sup>19</sup>

Como puede observarse los estudios previos señalan que existe relación aunque en diverso grado y esto se debe que va a existir una mayor relación cuando mayor es la disfunción familiar y esto es producto de la poca comunicación que tiene los adolescentes en el entorno familiar especialmente los padres o las relaciones interpersonales. Así mismo la variedad de resultados puede deberse también a factores que pueden incrementar dicha relación como es la edad, esta última puede comportarse como una variable interviniente.<sup>27, 28</sup>

Al estimar la frecuencia de las características de la población estudiada se puede visualizar que hubo un mayor consumo de alcohol en los alumnos del quinto año de secundaria, incluso en ellos también hay un mayor riesgo de dicho consumo. En cuanto al género, se observa que es mayor en el sexo masculino. En cuanto a la edad, el 3% del intervalo de edad 14 a 16 años presentó consumo de alcohol, mientras que el mayor riesgo de consumo se observó en el intervalo de 17 a 18 años de edad.

Estos resultados solo son referenciales para caracterizar la población sin embargo, hay evidencia que en el caso del género hay estudios que señalan un predominio del sexo femenino como el de Van Hoof J, et al en Rumania<sup>13</sup>. Mientras que Onya H et al<sup>14</sup> en Sudáfrica, describió una prevalencia de consumo de alcohol entre los estudiantes masculinos fue de 22,4%. Los hombres tienen 2,4 veces más propensos a beber alcohol que las mujeres. En este caso el hecho que sea más frecuente en hombre o mujeres, va a depender de factores socioculturales como el machismo y la aceptabilidad del entorno social, como es el caso en el ámbito local y nacional.

## **V. CONCLUSIONES**

1. En los adolescentes escolares predominó al disfunción familiar leve.
2. En la gran mayoría de adolescentes escolares no hay riesgo de consumo de alcohol.
3. Existe relación entre la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol.
4. Entre las características de los escolares adolescentes se observó un mayor porcentaje de consumo de alcohol en los adolescentes del quinto grado de estudio secundario, en varones y entre los 14 a 16 años de edad.

## **VI. RECOMENDACIONES**

Realizar estudios que estimen la existencia de riesgo de consumo de alcohol cuando uno pertenece a una familia disfuncional, así mismo evaluar si otros factores sociales están involucrados en el consumo de alcohol en la población adolescente.

Difundir los resultados del presente estudio a los profesores de la referida institución educativa, como también al personal de salud donde se encuentra adscrito el colegio de manera que se puede intervenir los casos de consumo de alcohol para evitar consecuencias en la salud del alumno como del entorno familiar.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. OMS. Washington DC. 2010. (Citado 2 de Diciembre del 2015) Disponible en: <http://www.who.int/substanceabuse/activities/msbalcstrategies.pdf>
2. Salamó A, Gras M, Font-Mayolas S. Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. *Psicothema* 2010; 22(2):189-195. (Citado 1 de Diciembre del 2015) Disponible en: <http://www.unioviedo.net/reunido/index.php/PST/article/view/8889/8753>
3. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas - DEVIDA. Encuesta nacional del consumo de drogas en población general. Informe ejecutivo. Lima: 2013.
4. Pérez A, Pérez R, Martínez M, Leal F, Mesa I. Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. *Rev Atención Primaria* 2009 (Consulta en línea 1 de Diciembre del 2015); 39(2): 61-65. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656707708405?via=sd&cc=y>
5. Paniagua R, González C, Rueda S. Estadísticos sobre la tipología familiar y el funcionamiento familiar en adolescentes escolarizados de 11 a 19 años de edad. Mesa de salud mental. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Mayo de 2012 (consulta en línea 21 de Noviembre del 2015). Disponible en: [http://www.udea.edu.co/ortal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadNacionalSaludPublica/Diseno/archivos/Tab6/Tab3/Funcionamientoy\\_tipolog%C3%ADa\\_familiar%20en%20adolescentes.pdf](http://www.udea.edu.co/ortal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadNacionalSaludPublica/Diseno/archivos/Tab6/Tab3/Funcionamientoy_tipolog%C3%ADa_familiar%20en%20adolescentes.pdf)
6. Gonzáles J, Macuyama T, Silva Z. Factores familiares que influyen en las manifestaciones depresivas en adolescentes del 1.º al 5.º de secundaria de un colegio nacional mixto. *Rev enferm Herediana*. 2013 (Citado 23 de Noviembre del 2015).;6(2):66-77. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/download/1795/1806>.



7. Castillo J, Chacha S, Tinoco Y. Prevalencia de disfuncionalidad familiar y factores asociados en la Parroquia Paccha, perteneciente al cantón Atahualpa, Provincia De El Oro, 2014. Tesis Universidad de Cuenca Facultad De Ciencias Médicas. Ecuador. 2014. (Citado 5 de Diciembre del 2015) Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21243/1/TESIS.pdf>
8. Huitrón G, Denova E, Halley E, Santander S, Bórquez M, Zapata L, et al Conductas de riesgo en una muestra de adolescentes chilenos y mexicanos: un estudio comparativo. Papeles de población 2013, (Citado 30 de noviembre del 2015); 17(70), 33-47., Disponible en [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-74252011000400003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252011000400003&lng=es&tlng=es)
9. Villarreal M, Sánchez J, Musitu G. Análisis psicosocial del consumo de alcohol en adolescentes mexicanos. Rev Universitas Psychologica 2013 (Citado 23 de noviembre del 2015); 12(3): 857-868. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v12n3/v12n3a17.pdf>
10. Sánchez I, Roa V, Carlos A, Rodríguez A. Prevalencia de consumo riesgoso y dañino de alcohol en adolescentes de una escuela preuniversitaria urbana de Morelia. Rev Cubana Pediatr 2013 (Citado 1 de Diciembre del 2015); 80(4):23-30. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312008000400005&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312008000400005&script=sci_arttext)
11. Ulate D. Riesgo biopsicosocial y percepción de la función familiar de las personas adolescentes de sexto grado en la Escuela Jesús Jiménez Acta méd. costarric enero-marzo 2013 (Citado 2 de Diciembre del 2015); 55 (1),23-29. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022013000100004](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022013000100004)
12. Pérez A. Cambios en la Estructura y la Función Familiar de los Adolescentes Españoles entre 1997 y 2010. Sociedad Iberoamericana de información científica (Citado 3 de Diciembre del 2015). Noviembre 2012. Disponible en: <http://www.samfyc.es/pdf/GdTAdol/2012005.pdf>

13. Van Hoof J, Moll M. Adolescent Alcohol Consumption in Romania: A Blueprint for Measuring Alcohol Use. *Revista de cercetare ie social* 2012(Citado 28 de Noviembre del 2015);37,(1):77-90. Disponible en: [http://www.rcis.ro/images/documente/rcis37\\_04.pdf](http://www.rcis.ro/images/documente/rcis37_04.pdf).
14. Onya H, Tessera A, Myers B, Flisher A. Adolescent alcohol use in rural South African high schools. *Afr J Psychiatry* 2012 (Citado 3 de Diciembre del 2015) ;15:352-357, Disponible en: <http://www.omicsonline.com/open-access/JOP/JOP-15-469.pdf>.
15. Kalavana T, Lazarou C, Christodoulou C. Family environment in relation to eating and health risk behaviors in adolescents. *Research Journal Medical and Health Science Journal, MHSJ* 2011 (Citado 5 de Diciembre del 2015); 7(15): 15-25. Disponible en: [http://academicpublishingplatforms.com/downloads/pdfs/mhsj/volume7/201112181933\\_02\\_V7\\_Cyprus\\_Theano\\_Kalavana\\_et\\_all\\_Health-and\\_risk\\_behaviors.pdf](http://academicpublishingplatforms.com/downloads/pdfs/mhsj/volume7/201112181933_02_V7_Cyprus_Theano_Kalavana_et_all_Health-and_risk_behaviors.pdf)
16. Muyibi A, Ajayi I, Irabor A, Ladipo M. Relationship between adolescents' family function with socio-demographic characteristics and behaviour risk factors in a primary care facility. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine, North America*, 2, oct. 2010 (Citado 3 de Diciembre del 2015);2(1); 23-31. Disponible en: <http://www.phcfm.org/index.php/phcfm/article/view/177/161>}
17. Álvarez A, Alonso M, Guidorizzi A. Consumo de alcohol y autoestima en adolescentes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2010 May-Jun (Citado 3 de Diciembre del 2015); 18(S):634-640. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18nspe/a21v18nspe.pdf>.
18. Gonzáles J, Macuyama T, Silva Z. Factores familiares que influyen en las manifestaciones depresivas en adolescentes del 1.º al 5.º de secundaria de un colegio nacional mixto. *Rev enferm Herediana*. 2013 (Citado 23 de Noviembre del 2015).;6(2):66-77. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/download/1795/1806>
19. Huamaní M. Factores psicosociales relacionados con el consumo y riesgo de alcoholismo en adolescentes de 4to y 5to de secundaria en el Colegio Estatal

- de San Juan de Miraflores Lima. Tesis. Universidad Ricardo Palma. 2012. (Citado 1 de Diciembre del 2015) Disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/381>
20. Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad: Documento técnico/ Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Secretaría Técnica Comisión de Renovación del MAIS-BFC -- Lima: Ministerio de Salud; 2011
  21. Castejón J, Navas L. Aprendizaje, desarrollo y disfunciones: implicaciones en el adolescente y la familia. Alicante. España, Editorial Club Universitario. 2009. pp 337- 367.
  22. Zurro M, Cano F. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 3ª ed. Madrid Elsevier 2010 pp166
  23. González F, Gimeno A, Meléndez J. Córdoba A. La percepción de la funcionalidad familiar. Confirmación de su estructura bifactorial Escritos de Psicología 2012;5(1);34-39
  24. Rubinstein A, Terrasa S. Herramienta Clínica en Medicina Familiar. Editorial-Panamericana, 2º Edición. Argentina. 2006. Pag. 144.
  25. Ela-Asen K. Intervención Familiar. Madrid. Editorial-Paidós. España, 2007, pag.108.
  26. Suarez-Cuba M. El Médico Familiar y la atención a la familia. Rev. Papeña de Medicina Familiar 2006;3(4):95-100.
  27. Organización Mundial de la Salud. El consumo de Alcohol. Nota descriptiva 349. Washington DC. Febrero de 2011 (Citado 24 de Noviembre del 2015) OMS. Disponible en; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
  28. Organización Panamericana de la Salud Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washington D.C. 2009. OPS. (Citado 24 de Noviembre del 2015). Disponible en: <http://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=VpX64YMGAKoC&oi=fnd&pg=PA177&dq=consumo+de+bebidas+alcoholicas>

29. Anderson P, Gual A, Colon J. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C.: OPS, 2008
30. García A, Sánchez A. Drogas, sociedad y educación. 2ª ed. Murcia, Universidad de Murcia, Servicio de publicaciones. 2011. (Citado 2 de Diciembre del 2015). Disponible en: <http://books.google.com.pe/books?id=cKBq5sUzun0C&pg=PA82&dq=factores+sociales+en+el+alcoholismo+en+jovenes&hl=es&sa=X&ei=CXPQUu2JCefJsQSg7YGADA&ved=0CDkQ6AEwAg#v=onepage&q=factores%20sociales%20en%20el%20alcoholismo%20en%20jovenes&f=false>
31. Martínez V, Bartolomé R. Alcoholismo: bases para la intervención. La Mancha, Universidad de Castilla. 2010 (Citado 23 de Noviembre del 2015) Disponible en: [a+de+la+familia+en+el+alcoholismo&hl=es&sa=X&ei=m5CIUsvNlcSrKAem7IDgDg&ved=0CFoQ6AEwCTgK#v=onepage&q=influencia%20de%20la%20familia%20en%20el%20alcoholismo&f=false](http://books.google.com.pe/books?id=m5CIUsvNlcSrKAem7IDgDg&ved=0CFoQ6AEwCTgK#v=onepage&q=influencia%20de%20la%20familia%20en%20el%20alcoholismo&f=false)
32. Mack A, Franklin J, France R. Guía tratamiento del alcoholismo y las adicciones. Barcelona. Masson 2010
33. Giró J. Adolescentes: ocio y consumo de alcohol. Madrid. (Libro en internet) Entinema. 2007. (Citado 1 de Diciembre del 2015) Disponible en: <http://books.google.com.pe/books?id=88LVkE9V12kC&pg=PA11&dq=factores+sociales+en+el+alcoholismo+en+jovenes&hl=es&sa=X&ei=CXPQUu2JCefJsQSg7YGADA&ved=0CC0Q6AEwAA#v=onepage&q=factores%20sociales%20en%20el%20alcoholismo%20en%20jovenes&f=false>
34. Cruz F, Castro R, Girón S. Guía Clínica para el abordaje de trastornos originados por el consumo de alcohol. Consejería de igualdad y bienestar social de la Junta de Andalucía. Ed Día Cash SL 2012. (citado el 30 de noviembre del 2015) Disponible en: [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/indrogas/GUIA\\_CLINICA\\_ALCOHOL.pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/indrogas/GUIA_CLINICA_ALCOHOL.pdf)
35. Organización Mundial de la Salud. AUDIT Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol Pautas para su utilización en Atención Primaria. OMS. 2001. (Citado 2 de Diciembre del 2015). Disponible

en: [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/en/AUDIT\\_manualSpanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDIT_manualSpanish.pdf)

36. Coba J, Quintanilla R. Prevención del alcoholismo y la drogadicción. Bogotá. (Libro en internet) Ed. San Pablo. 2003. (citado el 22 de noviembre del 2015) Disponible en: <http://books.google.com.pe/books?id=OPwzA7RnLC&printsec=frontcover&dq=prevencion+del+alcoholismo&hl=es&sa=X&ei=4I2IUsX5EoX4kQfzzoHgAg&ved=0CDIQ6AEwAQ#v=onepage&q=prevencion%20del%20alcoholismo&f=false>
37. García A, Sánchez A. Drogas, sociedad y educación. 2ª ed. Murcia, Universidad de Murcia, Servicio de publicaciones. 2011.(Citado 22 de Diciembre del 2013). Disponible en: <http://books.google.com.pe/books?id=cKBq5sUzun0C&pg=PA82&dq=factor es+sociales +en+el+alcoholismo+en+jovenes&hl=es&sa=X&ei=CXPQUu2JCefJsQSg7YGADA&ved=0CDkQ6AEwAg#v=onepage&q=factores%20sociales%20en%20el%20alcoholismo%20en%20jovenes&f=false>
38. Coba, J, Quintanilla R. Prevención del alcoholismo y la drogadicción. Bogotá. (Libro en internet) Ed. San Pablo. 2003. (citado el 12 de noviembre del 2013) Disponible en: <http://books.google.com.pe/books?id=OPwzA7RnLC&printsec=frontcover&dq=prevencion+del+alcoholismo&hl=es&sa=X&ei=4I2IUsX5EoX4kQfzzoHgAg&ved=0CDIQ6AEwAQ#v=one page&q=prevencion%20del%20alcoholismo&f=false>
39. Organización Mundial de la Salud. Salud del adolescente. Washington. OMS. 2015. (Citado 2 de Diciembre del 2015). Disponible en: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/)
40. Forero L, Avendaño M, Duarte Z, Campo A. Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. rev.colomb.psiquiatr. [revista en la Internet]. 2006 Mar [citado 2 de Diciembre del 2015];35(1):23-29. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_artt\\_ext&pid=S0034-74502006000100003&lng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_artt_ext&pid=S0034-74502006000100003&lng=es).

41. García M, Novalbos J, Martínez J, O'Ferrall C. Validación del test para la identificación de trastornos por uso de alcohol en la población: AUDIT. Rev adicciones 2016 [citado 20 de Diciembre del 2016];28(4):194-201. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/775/729>
42. Asociación Mundial de Médicos. Declaración de Helsinki de la Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013, (Citado 24 de Noviembre bre del 2015).Disponible:[http://www.wma.net/es/30publications/10policies /b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage](http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage)
43. Dirección de planificación y presupuesto. Ministerio de Economía y Finanzas. Clasificador de gasto público. MEF. Lima. 2015. Disponible en: [http://www.unab.edu.pe/unab/index.php/component/phocadownload /category/12-investigacion?download=288:clasi ficador-de-gastos-del-mef](http://www.unab.edu.pe/unab/index.php/component/phocadownload/category/12-investigacion?download=288:clasi ficador-de-gastos-del-mef)

## ANEXOS 1

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Funcionalidad familiar relacionada con el consumo de alcohol en adolescentes escolares. Institución Educativa José Carlos Mariátegui Abril del 2016

#### I.- DATOS GENERALES

- a) Año de estudio:
- b) Sección:
- c) N° de orden en la lista
- d) Edad:..... años cumplidos
- e) Género: masculino ( )      femenino ( )

#### II.- TEST APGAR FAMILIAR.

Marque con una X la respuesta que Ud. cree se acerca más a la verdad

<b>FUNCIÓN</b>	<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor, etc					
Me satisface como compartimos en familia el tiempo para estar juntos.					

## TEST AUDIT

**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. 1 o 2
- 1. 3 o 4
- 2. 5 o 6
- 3. De 7 a 9
- 4. 10 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 mucho el día 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 remordimientos 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. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?**

- 0. No
- 2. Sí, pero no en el curso del último año
- 4. Sí, el último año

## ANEXO 2

### INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

#### TEST APGAR

Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación:

- 0: Nunca
- 1: Casi nunca
- 2: Algunas veces
- 3. Casi siempre
- 4: Siempre

#### **FUNCIÓN    PUNTAJE**

Buena función familiar	18 a 20 puntos
Disfunción familiar leve	14 a 17 puntos
Disfunción familiar moderada	10 a 13 puntos
Disfunción familiar severa	9 o menos puntos

## **TEST AUDIT:**

La valoración del test es distinta para hombres y mujeres. Una vez sumados el total de puntos que ha obtenido en el test, verá que su resultado se encuentra dentro de alguno de los siguientes apartados:

### **HOMBRES:**

Puntuación total de 0 a 7 puntos: No tiene problemas con el alcohol.

Puntuación total de 8-12 puntos: Su resultado en el test está dando señales de que es una persona que está empezando a abusar del alcohol. Debe moderar el consumo de alcohol.

Puntuación total de 13-40 puntos: El resultado en el test indica que tiene un problema serio con el alcohol. El primer paso para resolverlo consiste en asumir que sufre un problema muy serio con el alcohol. Debe iniciar un tratamiento inmediatamente.

### **MUJERES:**

Puntuación total de 0 a 5 puntos: No tiene problemas con el alcohol.

Puntuación total de 6-12 puntos: El test está dando señales de que está empezando a abusar del alcohol. Debe moderar el consumo de alcohol y consultar a un especialista para corroborar el resultado del test y tomar las medidas oportunas.

Puntuación total de 13-40 puntos: El resultado en el test indica que tiene un problema serio con el alcohol. Debe asumir que sufre un problema muy serio con el alcohol. Debe iniciar un tratamiento inmediatamente.

ANEXO N° 03

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN

El (La) que

suscribe: \_\_\_\_\_

de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (calle, numero, urbanización/  
sector,), por este medio, con toda libertad y sin ningún tipo de presión, acepto  
que mi menor hijo(a) ser parte de la investigación Científica:

Funcionalidad familiar relacionada con el consumo de alcohol en adolescentes  
escolares. De la Institución Educativa José Carlos Mariátegui. El Porvenir Abril  
2016

Esta Investigación será realizada por el estudiante de Medicina, Marcial Briones  
Briones, quien me informó el procedimiento de la participación durante el  
proceso, así mismo los datos que se obtenga serán de reserva exclusiva para el  
referido estudio manteniendo la confidencialidad de los datos personales,

Ante lo expuesto doy mi consentimiento a que mi hijo(a) participe en dicho  
estudio

El Porvenir, de Abril del 2016

\_\_\_\_\_  
Firma del encuestado

ANEXO 4

TABLA N° 5- DISTRIBUCION ESTRATIFICADA DE LA MUESTRA SEGÚN NUMERO DE ALUMNOS POR SECCIÓN.  
 INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI DEL DISTRITO DE EL PORVENIR EN ABRIL DEL 2016.

AÑO DE ESTUDIO	AULAS	POBLACIÓN	MUESTRA	Sección A	Sección B	Sección C	Sección D
PRIMER AÑO	4 secciones	153	56	14	15	13	14
SEGUNDO AÑO	4 secciones	130	49	12	12	13	12
TERCER AÑO	4 secciones	144	50	12	13	13	12
CUARTO AÑO	4 secciones	136	49	12	12	13	12
QUINTO AÑO	3 secciones	84	34	11	12	11	NA
	19	647	242				

FUENTE: REPORTE DE MATRICULAS INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI