

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR, CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA Y ABUSO DE ALCOHOL EN
EL PERSONAL DEL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO (SMV) DEL CUARTEL MILITAR
MARIANO BUSTAMANTE DE AREQUIPA 2013.**

RALPH AHÍRTON MALLMA VILCA

AREQUIPA – PERÚ

2013

I. PREAMBULO

El alcoholismo es una de las enfermedades de mayor repercusión biológica, psicológica y social, debido a que afecta no solo al individuo que la padece, sino que también puede afectar las relaciones familiares, sociales, laborales y tiene implicaciones económicas y materiales para cualquier sociedad.

Así, el alcoholismo es hoy en día quizá el principal problema de salud pública, tanto en nuestro país como en las Américas. Las actuales investigaciones basadas en evidencias demuestran que el consumo de alcohol y los patrones de ingesta de este se hallan en niveles perjudiciales, que superan las medias globales para muchos problemas relacionados con el alcohol. Tanto en mortalidad como morbilidad, así como en años de discapacidad, salud mental y costo económico.¹

Este estudio intenta hacer relevancia a este gran problema, el cual afecta a nuestra juventud, ya sean estudiantes de colegio o universitarios, o individuos que tienen un trabajo independiente desde corta edad; como es el caso del personal que se encuentra realizando su servicio militar voluntario, quienes se encuentran en el término de su adolescencia, y cuya labor es resguardar la soberanía nacional y que en el día a día realizan actividades físicas con y sin armamentos.

Existen muchos factores causales que tienen como consecuencia al alcoholismo, de igual forma el alcoholismo conlleva a empeorar las actividades personales, físicas, sociales y económicas de quienes lo consumen. Indudablemente la familia es el primer marco de referencia en el que se inicia la socialización y por lo tanto la personalidad del individuo²; otro hecho constatado indica que los grupos marginados, con un nivel socioeconómico

¹ CICUA, Diana. MÉNDEZ, Margaret; (2008). Bogotá, Factores en el consumo de alcohol en adolescentes. Pontificia Universidad Javeriana – Rev. Pensamiento Psicológico, Vol. 4 N° 11. Pág. 117.

² PONS DIEZ, Javier. BERJANO PEIRATS, Enrique; (1999) España. El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social. Psicología Social de la Universitat de València.

bajo, pueden tener hasta un 30% más de incidencia al consumo de alcohol de manera abusiva, en adolescentes.

Es por ello, que he decidido investigar la relación que existe entre el consumo de alcohol, funcionamiento familiar y nivel socioeconómico en adolescentes, que residen y laboran en el cuartel militar Mariano Bustamante de Arequipa, realizando su servicio militar voluntario actualmente; en base a cuestionarios preestablecidos y validados internacionalmente.

II. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

Relación entre el funcionamiento familiar, nivel socioeconómico y consumo excesivo de alcohol en el personal militar voluntario del Cuartel Militar Mariano Bustamante de Arequipa 2013.

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

En nuestro medio actualmente es una preocupación constante la alta incidencia del consumo de alcohol en jóvenes; múltiples estudios de investigación revelan parámetros estadísticos de incidencia y prevalencia potencialmente fiables a nivel social en la región sur y departamento de Arequipa, pero son muy pocos o nulos los registros acerca de este mal en el ámbito militar, el cual también es un sector importante de la sociedad, por ello se aplica este estudio, con el objetivo de relacionar el abuso de alcohol en adolescentes militares con el funcionamiento familiar y la calidad del nivel socioeconómico.

1.2.1. Área del conocimiento:

1.2.1.1. Campo: Ciencias de la Salud

1.2.1.2. Área: Medicina Humana

1.2.1.3. Especialidad: Psiquiatría

1.2.1.4. Línea: Alcoholismo

1.2.2. Operacionalización de variables

VARIABLE	INSTRUMENTO	INDICADOR	VALORES O CATEGORIAS	TIPO DE VARIABLE
CONSUMO DE ALCOHOL (variable dependiente)	Cuestionario de escala profesional para el diagnóstico de alcoholismo	Cumplimiento de criterios diagnósticos según el DSM-IV-TR y la CIE-10	<ul style="list-style-type: none"> • Usa alcohol • Abusa de alcohol 	Categórica nominal
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (variable independiente)	Cuestionario del funcionamiento familiar según Smilkstein	Nivel de funcionamiento familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Buen funcionamiento o • Disfunción familiar • Necesita apoyo 	Categórica nominal
CONDICION SOCIOECONOMICA (variable independiente)	Cuestionario socioeconómico de Amat y León	Nivel socioeconómico	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel socio-económico bajo • Nivel socio-económico medio • Nivel socio-económico alto 	Categórica nominal

1.2.3. Interrogantes básicas

- Cuál es la relación entre consumo excesivo de alcohol, nivel de funcionamiento familiar y la condición socioeconómica del personal SMV del Cuartel Militar Mariano Bustamante de Arequipa 2013?
- ¿Cuál es la condición socioeconómica del personal SMV del Cuartel Militar Mariano Bustamante de Arequipa 2013?
- ¿Cuál es el nivel de funcionamiento familiar del personal SMV del Cuartel Militar Mariano Bustamante de Arequipa 2013?

1.2.4. Tipo de investigación:

De campo, transversal, prospectivo, descriptivo y correlacional.



1.2.6 JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

Es objeto de motivación propia el plantearme realizar este proyecto de tesis, teniendo como finalidad determinar la relación que existe entre la condición socioeconómica y funcionamiento familiar en el consumo de alcohol en adolescentes, en este estudio se utilizará como muestra al personal que cumple servicio militar voluntario en el cuartel militar Mariano Bustamante de Arequipa.

Existe relevancia social debido a que los múltiples aspectos del alcohol en las diversas sociedades son actualmente un tema de interés permanente que la antropología de la salud ha investigado ya desde la década de los 40. La gran institucionalización de una droga como el alcohol requiere análisis específicos, por tanto se debe analizar su implicación en diferentes contextos sociales y culturales.³ En los países tercermundistas se aprecia que el consumo de alcohol se está elevando mucho y además la edad de comienzo de consumo está descendiendo. La familia se ve afectada en mayor o menor escala cuando uno de sus miembros padece el problema del alcoholismo. Dicho problema provoca situaciones tensas en el grupo familiar, perturba la convivencia en el hogar, además supone un importante impedimento para que se produzca un desarrollo normal en las relaciones afectivas así como de la comunicación familiar.

Existe relevancia cultural debido a que muchos de los principales motivos, por los cuales un adolescente se inicia en el consumo de alcohol es el de integrarse en un grupo donde los demás miembros también consumen alcohol. Se puede decir que el alcohol es una forma de acercarse a un grupo sociocultural, de buscar cierta identificación y aceptación por parte de este nuevo grupo, lo cual es muy frecuente en la época de la adolescencia. Hay que señalar que este aumento del consumo en los jóvenes, de ambos sexos, es preocupante ya que se sabe que un inicio precoz se asocia a un mayor consumo posterior.

³ DÍEZ HERNÁNDEZ, ITZIAR; (2003) España, La influencia del alcohol en la sociedad. Hospital Donostia. Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos. Pág. 176

Existe relevancia científica, al menos en el Perú el alcoholismo constituye la primera dependencia a sustancias psicoactivas y sus efectos se manifiestan en el ámbito familiar, personal, social y comunitario (SAAVEDRA CASTILLO, 1994)⁴. Investigaciones realizadas con poblaciones de escolares reportan un consumo de bebidas alcohólicas que alcanzan cifras que fluctúan entre el 19 y el 94%. El inicio del consumo en esta población, en el Perú, oscila entre los 11 y 13 años de edad. Además, las consecuencias cercanas y demostrables científicamente revelan un aumento de lesiones de ocio, reducción de la productividad laboral, enfermedades crónicas, cardíacas, del SNC, de dependencia y hasta de tendencia a algunos cánceres, etc.

Para poder llevar a cabo esta tesis se realizara una valoración del nivel de condición socioeconómico (AMAT Y LEÓN), valoración del funcionamiento familiar (SMILKSTEIN) y valoración del consumo de alcohol (Test AUDIT) con la finalidad de dar a conocer la situación en que se encuentra los adolescentes de esta entidad militar; logrando un conocimiento real y científico basados en el interés prioritario que es la salud física y mental para prevenir factores de riesgo y promover factores de protección y prevención.

Por lo mencionado anteriormente este trabajo es de relevancia social y cultural, se cita en un contexto contemporáneo, porque se realizara el estudio en una institución militar cuya coyuntura social, laboral y económica son fuertes condicionantes que pueden predisponer al consumo de bebidas alcohólicas; dicho estudio también muchas implicancias científicas, debido a la cantidad de consecuencias adversas, no solo psicológicas y sociales, sino también físicas que producen el consumo de drogas tan comunes como el alcohol.

⁴ SAAVEDRA CASTILLO, Alfredo. (2004) Lima, Violencia y salud mental. Asociación peruana de adiccionología. Rev. de la APAL. Vol. XXL N°1.

Es factible la realización de este trabajo de investigación porque se dispone de los elementos necesarios que ayudan a su realización como los recursos intelectuales, económicos y el apoyo de la institución involucrada.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 ALCOHOLISMO

2.1.1 DEFINICION

Durante tiempo el alcoholismo fue considerado como “vicio”, pero ahora ha sido definido por los organismos internacionales, como una enfermedad o síntoma de una enfermedad. Existen varias definiciones de alcoholismo, las más aceptadas son las de la Organización Mundial de la Salud, de Keller, Jellinek y las del Concejo Nacional de Alcoholismo de EEUU. Todas están de acuerdo de que se trata de un trastorno crónico caracterizado por la ingestión de bebidas alcohólicas que interfieren con la salud, y con el funcionamiento social y económico del individuo. Keller⁵ la define como un trastorno crónico de comportamiento manifestado por ingestión repetida de bebidas alcohólicas que excede las costumbres dietéticas y sociales de la comunidad y que interfiere con la salud y con el funcionamiento social del individuo.

Según esta definición cualquier modo de beber en cualquier cantidad que produzca bien sea daño físico, disfunción psicológica y/o social, sería considerado alcoholismo.⁶

La Asociación Norteamericana de Psiquiatría con el fin de unificar criterios, en la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)⁷, divide los trastornos relacionados al alcohol en dos grupos, al igual que para la mayoría

⁵ KELLER, Mark. (2012). Alcohol and Other drugs, british journal of addiction to alcohol & other drugs. Volume 60, Issue 1, pages 3 -5.

⁶ FAUCI. BRAUNWALD. KASPER. HAUSER. LONGO. JAMESON. LOSCALZO. Principios de medicina interna HARRISON 17⁹ edición. Alcohol y alcoholismo. Parte 16. Pág. 2726.

⁷ DSM-IV-TR. Criterios Diagnósticos para el Abuso de Alcohol y Dependencia, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ta Edición Washington, DC. Jun 07 2005.

de sustancias así: Síndromes mentales orgánicos inducidos por el alcohol (Ej. Intoxicación alcohólica, síndrome de abstinencia, delirio, entre otros), y Trastornos por el uso de alcohol (abuso de alcohol y dependencia alcohólica).

2.1.2 HISTORIA

El alcohol forma parte de nuestra cultura; en el mundo antiguo el acceso a agua potable era un problema, solía estar contaminada y era peligroso ingerirla. Hasta el siglo XVII no existía un sistema eficaz de alcantarillado y separación de aguas, por lo que el alcohol se usó como bebida diaria y fue muy popular, ya que era fuente necesaria para mezclarla con líquidos y una fuente de calorías, de ahí se ganó el apelativo de *aqua vitae* = agua de vida.

El alcohol se ha utilizado siempre, es la adicción que reina a lo largo de la historia del hombre. Lo bebían en la antigua Grecia y Roma, los señores y los siervos en la Edad Media y cuando los puritanos llegaron a América en 1620, e introdujeron la práctica de beber alcohol. El alcohol representaba más que una simple bebida, era la forma de celebrar importantes acontecimientos como tener una nueva casa, la fiesta de la cosecha, las bodas y los funerales. También se usaba como medicina para aliviar el dolor, bajar la fiebre o calmar la acidez de estómago⁸.

El alcohol y su consumo se mencionan en infinidad de pasajes de la Biblia y otros escritos históricos y religiosos, hay vino en la última cena de Jesús.

Es de destacar que el mayor viñedo del mundo está en España, con 480.000 hectáreas.

Existen organizaciones que promocionan la abstinencia del consumo de bebidas alcohólicas. La mayoría de las organizaciones anti alcohol han solicitado la aprobación de una normativa que prohíba su venta y consumo⁹. La creación de estas

⁸ ESPRESATE RENAU, Sinto. El alcoholismo a través de la historia. Rev. Libber Addictus.

⁹ VARGAS MONDACA, William. (2009), Alcohol y alcoholismo. Algunas consideraciones sobre la historia y magnitud del problema. Rev. Medicina y humanidades Vol. 1 N° 3.

organizaciones a favor de la abstinencia se remonta a principios del siglo XIX en Estados Unidos, cuando surgieron las primeras ligas anti alcohol en New York (1808), Massachusetts (1813) y Connecticut (1813). En Europa, este tipo de organizaciones se fundaron en las décadas de 1820 y 1830, siendo las más fuertes las de Gran Bretaña y los países escandinavos.¹⁰

Durante la década de 1920, en los Estados Unidos se declaró ilegal la producción, venta o importación de alcohol, período que se denominó Ley Seca y que duró trece años. En España está prohibida la venta de alcohol a los menores de 18 años.

2.1.3 EL ALCOHOL

Una bebida alcohólica es aquella bebida en cuya composición está presente el etanol en forma natural o adquirida, y cuya concentración sea igual o superior al 1 por ciento de su volumen.¹¹

Existen dos tipos de bebidas alcohólicas: las fermentadas y las destiladas.

Las bebidas fermentadas son las procedentes de frutas o de cereales que, por acción de ciertas sustancias microscópicas (levaduras), el azúcar que contienen se convierte en alcohol. Las bebidas fermentadas más comunes son el vino, la cerveza y la sidra.

Su contenido alcohólico suele ser de unos 10, 6 y 5 grados respectivamente.

Las bebidas destiladas se consiguen eliminando mediante calor, a través de la destilación, una parte del agua contenida en las bebidas fermentadas. El principio básico de esta acción reside en que el alcohol se evapora a 78 grados y el agua a 100 grados, por consiguiente tienen más alcohol que las bebidas fermentadas, entre 30-50

¹⁰ MARCIA RUSELL PH, D. Serie de conferencias RSA 2001. Epidemiología del uso, abuso, dependencia y morbilidad relacionada con el alcohol. Pág 4

¹¹ DÍEZ HERNÁNDEZ, ITZIAR; (2003) España, La influencia del alcohol en la sociedad. Hospital Donostia. Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos. Pág. 179.

grados. Entre las más conocidas se encuentra el pisco, el whisky, el vodka, el tequila, etc.¹²

Cálculo del consumo de alcohol: El contenido de alcohol de una bebida depende de la concentración de alcohol y del volumen contenido. Hay amplias variaciones respecto a la concentración de las bebidas alcohólicas utilizadas en diferentes países.

La OMS indica que la cerveza contiene entre el 2% y el 5% de alcohol puro, los vinos contienen entre el 10,5 y el 18,9%, los licores varían entre el 24,3% y el 90%. Por ello, es esencial adaptar los tipos de las bebidas a lo que es más común en el ámbito local y conocer a grandes rasgos cuánto alcohol puro consume una persona por ocasión y término medio.

2.1.4 EPIDEMIOLOGIA

El alcoholismo es el responsable de 2,3 millones de muertes prematuras en el mundo cada año, el 3,7% del total, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Asimismo, está vinculado con accidentes de circulación, suicidios, crímenes, violencia, desempleo y absentismo. Por ello, esta entidad está preparando una estrategia global para luchar contra el consumo excesivo del alcohol. Tras el tabaquismo y la hipertensión, la ingesta dañina de alcohol es el principal factor de riesgo para la salud entre las personas de los países industrializados, debido a que causa enfermedades cardiovasculares, cirrosis hepática y cánceres.¹³

En el manual DSM-IV se define a la dependencia de alcohol como “problemas repetidos, causados por el alcohol, cuando menos en tres de siete áreas funcionales reunidas en 12 meses; dos de los 7 puntos que son la tolerancia y la abstinencia, tienen importancia especial porque caracterizan hacia una evolución natural más grave. La

¹² Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas Presidencia Sra. D. ^a Carmen Moya García. Delegada del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Pág. 37

¹³ MARCIA RUSELL PH, D. Serie de conferencias RSA 2001. Epidemiología del uso, abuso, dependencia y morbilidad relacionada con el alcohol. Pág. 1

dependencia de alcohol se detecta en todos los países en que se obtiene el etanol irrestrictivamente y afecta a varones y mujeres de todos los estratos socioeconómicos, culturales o de raza".¹⁴

En los EE.UU., los blancos y afro americanos tienen tasas similares de abuso y dependencia de alcohol; Los hombres latinos tienen tasas mayores aunque la prevalencia es más baja en mujeres latinas que entre las mujeres de otros grupos étnicos. El bajo nivel educativo, desempleo y estado socioeconómico bajo se relacionan con los trastornos relacionados al alcohol.

En América Latina la tasa de prevalencia varía en 6.4 y el 23% de alcoholistas en la población general de ambos sexos mayores de 15 años de edad. Esto confirma que se trata de un problema relevante y prioritario, no solo a nivel individual sino también a nivel de salud pública. Se observa una proporción hombre/mujer de 6:1 y 12:1, más alta que la observada en el hemisferio norte.¹⁵

Se estima además que en el año 2002, el alcohol causó la muerte de una persona cada dos minutos en la Región et al. 2006 (Una interpretación de 323,000 muertes en 2002)].

Se estima que un 5.4% de todas las muertes en las Américas en 2002 fueron atribuibles al alcohol, en comparación con la cifra mundial de 3.7% (Rehm et al. 2006), es decir, 68% más que el promedio mundial.

En el Perú, en el año 2002, la prevalencia de consumo de alcohol era del 92%, en la población mayor de 15 años. En la ciudad de Arequipa, en 1999, la prevalencia de uso de alcohol era de 80.4 %, y de abuso de 9.15%. Y en 2009 se encontró una prevalencia de uso de alcohol de 92.75%, y de abuso de 27.84%.

En el Perú el alcohol avanza en forma alarmante, se estima que 1,4 millones de peruanos son adictos y una cantidad similar son consideradas abusadores de bebidas

¹⁴ Manual DSM IV: el diagnóstico de dependencia de alcohol anticipa un ciclo de problemas repetitivos con su consumo y el acortamiento de la vida de 10 años en promedio.

¹⁵ MINISTERIO DE SALUD. (2007) Perú. Guía Clínica Consumo Perjudicial y Dependencia de alcohol y drogas en personas menores de 20 años.

alcohólicas; de estas cantidades sólo el 10% reciben tratamiento de rehabilitación en un hospital. El Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social informó que de enero a julio de este año atendieron en el país unos 16.470 casos de personas afectadas por violencia familiar y sexual, en el 24% de los cuales el agresor estaba bajo el efecto del alcohol. La ciudad norandina de Huaraz encabeza la lista de violencia familiar por alcohol, y Jauja (centro andino) por abuso sexual. Sin embargo, la policía y organismo de derechos humanos señalan que la gran cantidad de mujeres y niños violentados física y sexualmente no denuncian la agresión por temor a sufrir nuevos abusos y por desconfianza en las autoridades. En el caso de los accidentes de tránsito, la policía asegura que el alcohol, con un 10,79%, es la cuarta causa de los 39.224 accidentes que se han producido en el primer semestre que han dejado el trágico saldo de 1.500 muertos. Cabe indicar que en las provincias donde se registran mayor consumo de alcohol son Ayacucho, Huancavelica, Cusco y la provincia constitucional del Callao. En estos lugares la edad de inicio de consumo promedio se ubica entre los 13 y 14 años

El alcohol está involucrado en 25-35% de todos los suicidios, y 50 a 70% de todos los homicidios. Figura prominentemente en las muertes accidentales y la violencia doméstica.

2.1.5 FACTORES ETIOPATOGÉNICOS

El alcoholismo no tiene una causa única, intervienen en su aparición múltiples factores¹⁶:

- **FACTORES BIOLÓGICOS**

GENÉTICOS. Algunas características independientes y precisas al parecer contribuyen al riesgo de este problema. Por ejemplo, algunas familias portan el riesgo de alcoholismo y farmacodependencia vinculados con los niveles altos de impulsividad, como se puede

¹⁶ PERALES, Alberto; ed. Manual de psiquiatría "Humberto Rotondo". 2ª ed., 1998

observar en el trastorno de personalidad antisocial. En otras familias, el riesgo de estas dos entidades se puede vincular con una vulnerabilidad genética a la esquizofrenia, crisis de pánico o la enfermedad maniaco-depresiva. La dependencia al alcohol frecuentemente tiene un patrón familiar y al menos algo de la transmisión puede ser trazado por factores genéticos. El riesgo de dependencia de alcohol es 3 a 4 veces mayor en los hijos de las poblaciones con dependencia alcohólica. La influencia hereditaria, también se atribuye al gen del receptor 2 de la dopamina; por otra parte las diferencias individuales en la velocidad del metabolismo del etanol y la severidad del daño hepático inducido por el alcohol están en parte genéticamente determinadas. Por ejemplo, una isoenzima de la deshidrogenasa alcohólica (omega-deshidrogenasa alcohólica) presente en la mucosa gástrica, pero no en el hígado, está ausente o disminuida en el 80% de la población japonesa, lo que explicaría su susceptibilidad al alcohol y al cáncer gástrico, ya que esta enzima oxida a los productos carcinogénicos.

- FACTORES DE LA PERSONALIDAD

La evolución natural indica que la edad en que una persona consume alcohol por lo general es la misma entre alcohólicos y no alcohólicos, pero la diferencia se hace en que aproximadamente entre los 20 y 25 años esta conducta cambia totalmente en las personas sin tendencias alcohólicas, ya sea porque sufren algún problema menor o aprenden una lección importante a raíz del consumo del alcohol, limitan su consumo a tan solo ser bebedores sociales; mientras que el resto de personas que son aproximadamente un 20% tienen a envolver sus problemas de una manera más complicada usando el alcohol como una salida sin saber que llevan la clara tendencia de convertirse en alcohólicos. Sabiéndose que el curso de este se convertirá en una historia de exacerbaciones y remisiones que los acompañara probablemente por el resto de su vida.

Los estudios prospectivos no han podido hallar evidencia para la personalidad adictiva. Los estudios retrospectivos no pueden separar patrones de conducta actuales

provocados por la enfermedad a partir de los factores de personalidad antes del inicio de la adicción.

- FACTORES SOCIALES

Una de las teorías explicativas del alcoholismo, postula que las conductas de ingestión excesivas son aprendidas y mantenidas por medio de refuerzos sociales y psicológicos. Dentro de este marco teórico, el beber excesivo y el alcoholismo pueden ser considerados como la etapa final de un proceso que se inicia con la adquisición de la conducta de ingestión de los padres, valores, normas, expectativas de efectos positivos, costumbres y hábitos asociados a los distintos niveles socio-económicos, pueden determinar contextos específicos en que se producen, la adquisición de la conducta de ingestión, las características de estos factores psicosociales son diferentes en los diversos grupos socioeconómicos. Se puede postular por lo tanto que la adquisición de las conductas se producen en gran parte en el hogar temprano y como resultado del proceso de socialización y actualización, procesos de aprendizaje que dependen en gran parte de las características del medio familiar temprano.

La ingestión de bebidas alcohólicas es un hecho predominantemente social. Las ocasiones de ingestión de bebidas alcohólicas, lleve o no a estados de embriaguez, funcionan como expresión y apoyo de la estructura social existente al estimular interacciones sociales y fortalecer identificaciones y solidaridades colectivas.

Las normas que regulan la ingestión y el comportamiento subsiguiente están insertas en la propia estructura social del grupo.

2.1.6 CRITERIOS DE DIAGNOSTICO DE ABUSO DE ALCOHOL

A. Un patrón de mala adaptación de uso de sustancias que lleva a un deterioro clínicamente significativo manifestado por uno o más de los siguientes ítems, que ocurran en un periodo de 12 meses¹⁷:

- 1) Uso recurrente del alcohol que lleva al incumplimiento de sus obligaciones más importantes en el trabajo, colegio o el hogar (Ej. ausencias repetidas o disminución en su productividad relacionado al uso del alcohol; faltas, suspensiones, o expulsiones del colegio debido al alcohol; descuido de los hijos o familia)
- 2) Uso recurrente del alcohol en situaciones en las cuales el uso es físicamente peligroso (Ej. conducir cuando está intoxicado).
- 3) Repetidos problemas legales debido al alcohol (Ej. Ser arrestado por cometer desórdenes en estado de intoxicación).
- 4) Continuar usando el alcohol a pesar de tener persistentes o recurrentes problemas sociales o interpersonales causados o exacerbados por los efectos del alcohol (Ej. Discusiones con el cónyuge debido a la intoxicación, peleas físicas).

B. Los síntomas no deben de cumplir los criterios para dependencia del alcohol.

2.1.7 CURSO CLÍNICO

Se ha determinado que el primer episodio de intoxicación alcohólica es más probable que ocurra entre los 13 y 19 años de edad; y la dependencia al alcohol se da entre los 20 y 30 años. No aparecen evidencias de síndrome de abstinencia, sino, hasta después que los demás aspectos de la dependencia se han desarrollado (tolerancia, compulsión, etc.). El abuso y la dependencia al alcohol tienen una evolución variable que frecuentemente se caracteriza por periodos de remisión y recaída; la decisión de detener la ingesta generalmente sigue a una crisis y es seguida por semanas a meses de abstinencia seguida por periodos limitados y controlados de consumo. Sin embargo,

¹⁷ GUAL, Anderson. COLON, j; (2008) Washington DC. Alcohol y atención primaria de la salud. Biblioteca Sede OPS. Informaciones clínicas básicos para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Pág. 6.

una vez que recae es muy probable que el consumo escale rápidamente y se desarrollen problemas severos.

Jellinek distingue 4 fases en la evolución de la enfermedad¹⁸:

- FASE PRE-ALCOHÓLICA

El individuo bebe en su medio social para disminuir sus tensiones, y desenvolverse en reuniones sociales tiene síntomas de culpabilidad y aumenta la tolerancia al alcohol, aún no tiene problemas en su funcionamiento.

- FASE PRODRÓMICA

Aparecen las “lagunas” o palimpsestos, se produce ausentismo laboral, disminuye su responsabilidad en el hogar, baja la autoestima, aislamiento social, y a veces estallidos de agresividad.

- FASE BÁSICA O DECISIVA

Se produce la dependencia física, su vida conyugal está deseada y su familia disgregada, perdió el trabajo y siente lástima por sí mismo, aparecen síntomas de abstinencia.

- FASE CRÓNICA

El deterioro de la personalidad es evidente, disminuye la tolerancia síndrome de abstinencia, y los episodios de delirium tremens; generalmente son irreversibles.

2.1.8 PROBLEMAS FÍSICOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL

Las lesiones orgánicas generadas por alcohol, en parte se derivan del desplazamiento calórico producido. Estudios al respecto indican que supone la mitad de las calorías ingeridas por un alcohólico, con la consiguiente pérdida de nutrientes esenciales, incluidas vitaminas. La malnutrición, también puede derivarse de un cuadro

¹⁸ JARAMILLO NELSON, Tratado de pediatría “Mc Graw-Hill/Interamericana de España, decimosexta ed. 2000. Pág. 52

malabsortivo por complicaciones gastrointestinales, como insuficiencia pancreática exocrina o mal metabolismo hepático.

La metabolización del alcohol etílico, incrementa la cantidad de NADH, que ocasiona trastornos metabólicos como acidosis láctica e hiperuricemia; por otro lado bloquea la gluconeogénesis y la oxidación de ácidos grasos, causando esteatosis hepática e hiperlipidemia. El abuso mantenido de alcohol produce mala utilización del oxígeno mitocondrial y reduce los mecanismos que bloquean la génesis de radicales libres, con la consiguiente muerte celular¹⁹. A nivel mitocondrial también inducen el metabolismo del citocromo P450E1, que metaboliza gran cantidad de fármacos y sustancias diversas a compuestos tóxicos, como la cocaína, disolventes industriales o antiinflamatorios.

En los pacientes alcohólicos se ha apreciado un incremento de ciertos tumores malignos de tractos respiratorio y gastrointestinal, y posiblemente mama. Esto podría relacionarse con tres factores: el incremento de actividad del citocromo P450E1, la potenciación mutagénica del tabaco y finalmente la degradación de retinol. Sería lógico pensar que la administración de este último estaría indicada, sin embargo el alcohol, puede incrementar la toxicidad hepática por retinol, incrementando además el riesgo de padecer cáncer de pulmón si el paciente fuma.²⁰

El alcohol es, si cabe, más dañino en la mujer que en el varón. El volumen de distribución y la actividad de alcohol deshidrogenasa (ADH) gástrica son menores, mientras que la grasa corporal está incrementada; todo ello irroga en una mayor tasa sérica a igualdad de ingesta y volumen corporal, con respecto al varón. La ingestión repetida de grandes dosis de alcohol puede afectar todos los sistemas del organismo, especialmente el tracto gastrointestinal, siendo el hígado el órgano diana fundamentalmente, pero también afecta al sistema cardiovascular, y los sistemas

¹⁹ GUAL, Anderson. COLON, j; (2008) Washington DC. Alcohol y atención primaria de la salud. Biblioteca Sede OPS. Informaciones clínicas básicos para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. pág. 25 – 29.

²⁰ Comisión clínica de la delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas informe sobre alcohol .Febrero de 2007. Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid. Pág. 78

nervioso central y periférico. Los efectos gastrointestinales incluyen gastritis, úlceras gástricas o duodenal, y en cerca del 15% producen cirrosis y pancreatitis. También hay un incremento en la tasa de cáncer de esófago, estómago y otras partes del tracto gastrointestinal. Uno de los problemas más comúnmente asociados es la hipertensión leve.

La cardiomiopatía y otras miopatías son menos comunes, pero ocurre más frecuentemente entre las personas que beben mucho. Estos factores, además de los elevados niveles de triglicéridos y lipoproteínas de colesterol de baja densidad, contribuyen a elevar el riesgo de enfermedad cardíaca; no obstante, la elevación de las lipoproteínas de alta densidad que tienen efecto cardioprotector. La neuropatía periférica puede ser evidenciada por debilidad muscular, parestesias, y disminución de la sensibilidad periférica.²¹

Los efectos más frecuentes sobre el sistema nervioso central incluyen déficit cognoscitivo, deterioro severo de la memoria, y cambios degenerativos en el cerebelo. Estos efectos están relacionados a déficit vitamínicos. El efecto más devastador sobre el sistema nervioso central es el trastorno amnésico persistente inducido por el alcohol (Síndrome de Wernicke Korsakoff)²².

Arria A. y Cols. Demostraron que el abuso de alcohol en adolescentes produce con mayor frecuencia los siguientes síntomas: alteraciones del apetito, baja de peso, eczema, cefalea, y pérdida de la conciencia involuntaria. También presentan significativamente mayores niveles plasmáticos de gamaglutamil transpeptidasa (GGTP), transaminasa glutámicooxalacética (TGO) y fosfatasa alcalinas.

²¹ Comisión clínica de la delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas informe sobre alcohol .Febrero de 2007. Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid pág. 67

²² JARAMILLO NELSON, Tratado de pediatría "Mc Graw-Hill/Interamericana de España, decimosexta ed. 2000. Pág. 54

Además, el crecimiento y desarrollo físico durante la pubertad puede verse afectado negativamente por el consumo de drogas y el alcohol. Así, las calorías aportadas por el alcohol durante el pico del crecimiento físico durante la adolescencia pueden impedir el aporte proteico necesario para el crecimiento normal de los músculos.

A continuación una lista de problemas frecuentes causados por el consumo del alcohol a nivel fisiológico²³:

- Pancreatitis
- Lesión del músculo cardíaco
- Lesión nerviosa
- Sangrado esofágico
- Degeneración cerebral
- Cirrosis hepática
- Delirium tremens (DTs)
- Depresión
- Disfunción eréctil
- Síndrome de alcoholismo fetal en la descendencia de mujeres alcohólicas
- Presión sanguínea alta
- Aumento en la incidencia de cáncer
- Insomnio
- Deficiencias nutricionales
- Suicidio
- Síndrome de Wernicke-Korsakoff

²³ GUAL, Anderson. COLON, j; (2008) Washington DC. Alcohol y atención primaria de la salud. Biblioteca Sede OPS. Informaciones clínicas básicos para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Pág. 30.

2.1.9 ABUSO DE ALCOHOL

El abuso del alcohol constituye el problema de bebida que nunca ha cumplido los criterios para la dependencia alcohólica. Es un patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conduce a consecuencias adversas que ocurre en ausencia de dependencia al alcohol.

El consumo de alcohol incrementa el riesgo de provocar una amplia variedad de problemas sociales de una manera dosis dependiente, sin que existan evidencias de un efecto umbral. Para el bebedor, cuanto mayor sea la cantidad de alcohol consumido, mayor es el riesgo. Los daños causados por el consumo de alcohol a terceras personas abarcan desde molestias sociales menores, como permanecer despierto durante la noche, hasta consecuencias más severas, como deterioro de las relaciones matrimoniales, abuso de menores, violencia, delitos e incluso homicidios²⁴. En general, cuanto más grave resulte el delito o la lesión, tanto más probable que el consumo de alcohol haya sido el causante. La probabilidad de ocasionar daño a terceros es una razón poderosa para intervenir en los casos en que se advierta consumo de alcohol tanto perjudicial como de riesgo. El adolescente con historial familiar de abuso de alcohol a quien le faltan las destrezas sociales puede moverse rápidamente de la experimentación hacia patrones de abuso serio o la dependencia.²⁵

Una dosis pequeña de alcohol reduce el riesgo de contraer enfermedades cardíacas, aunque aún está en debate cuál ha de ser el tamaño de dicha dosis para que resulte beneficiosa para la salud. Tanto los estudios de mejor calidad metodológica como aquéllos que toman en cuenta posibles factores de influencia, no encuentran prácticamente riesgo si el nivel de consumo alcohólico es bajo. Una buena reducción

²⁴ PONS DIEZ, Javier. BERJANO PEIRATS, Enrique; (1999) España. El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social. Psicología Social de la Universitat de València. Pág. 45

²⁵ ROBERT E. HALES, STUAR C. TALBOTT.: "Tratado de psiquiatría" 2ª ed. Pág. 1089

<http://www.alibri.es/psicologia/psiquiatria/manuales-de-psiquiatria?sort=p.price&order=DESC>

del riesgo se puede obtener tomando sólo 10g de alcohol día por medio. Por encima de 20g/día de alcohol, el riesgo de enfermedad coronaria aumenta²⁶.

El consumo abusivo de bebidas alcohólicas puede recibir diferentes etiquetas dependiendo desde que perspectiva se contemple: conducta desajustada, desviada, de riesgo, enfermedad, e incluso otras más tolerantes. De cualquier forma, lo que parece indiscutible es que el consumo abusivo de alcohol entre los adolescentes es una “conducta” llevada a cabo en un determinado momento o circunstancia, por un determinado tipo de personas que forman parte de nuestra sociedad. En este caso trataríamos a un grupo social que se encuentra en el momento final de la adolescencia, personas que muchas veces ya tienen responsabilidades, quizá descendientes y que en el día a día manejan armas, aprenden tácticas militares, desarrollan físicamente su cuerpo y tendrían cierta capacidad de resguardar por el bienestar nacional; entonces es una preocupación constante el saber qué tipo de personas son las que resguardan nuestro bienestar y que grado de consumismo de alcohol tienen, asimismo saber cuáles fueron las causas predisponentes que los indujeron a esta situación, si bien de índole familiar o nivel socioeconómico.

El adolescente con historial familiar de abuso de 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 experimenta, pueden también progresar hacia el abuso y la dependencia.

La Organización de Naciones Unidas a través de su oficina contra las drogas y el delito, en el último informe presentado en abril de 2005 sobre las tendencias del consumo de drogas en el mundo, señala al alcohol etílico y la nicotina como las sustancias psicoactivas de mayor consumo en el mundo. Se estima que cerca del 40 por ciento de la población mundial (aproximadamente 2600 millones de personas) consumen en

²⁶ JARAMILLO NELSON, Tratado de pediatría “Mc Graw-Hill/Interamericana de España, decimosexta ed. 2000. Pág. 57

forma ocasional, abusiva o adictiva alcohol etílico, este consumo es aproximadamente 15 veces mayor que el consumo de todas las sustancias ilegales juntas.

2.1.10 DEPENDENCIA DE ALCOHOL

El Síndrome de Dependencia Alcohólica (S.D.A.) está sometido a unos determinados criterios diagnósticos que requieren de atención clínica y/o ambulatoria inmediata. Sin embargo el diagnóstico se hace cada vez más complicado, teniendo en cuenta la aparición de nuevas formas de consumo abusivo, no exactamente diagnosticables con la etiqueta de S.D.A., y características de determinados tipos de consumidores: jóvenes bebedores excesivos de fin de semana; consumidores compulsivos con escaso deterioro físico; jóvenes politoxicómanos; o alcoholómanos con uso exclusivamente ansiolítico del alcohol²⁷.

La dependencia de alcohol se caracteriza por presentar un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales, y psicológicos indicadores que el sujeto continúa usando el alcohol a pesar de tener problemas relacionados a su uso; presenta un patrón de consumo que resulta en tolerancia, síndrome de abstinencia, y comportamiento compulsivo de ingesta.²⁸

Así mismo el consumo de alcohol ha despertado gran interés en la salud pública durante las dos últimas décadas, pues se relaciona con el desarrollo de eventos epidémicos como los cardiovasculares, cáncer y otros que están incrementándose y relacionados con la enfermedad social y mental, la violencia intrafamiliar, la morbilidad y mortalidad por accidentes de vehículos automotores, suicidio, ausentismo laboral y escolar, problemas interpersonales y conductas sexuales peligrosas.

²⁷ MONTE SECADES, R; CASARIEGO VALES, E; PÉRTEGA DÍAZ, S; RABUÑAL REY, R; PEÑA ZEMSCH, M; PITA FERNÁNDEZ, S. (2008) España. Manifestaciones y curso clínico del síndrome de abstinencia alcohólica en un hospital general. Rev. Clin. Esp. 2008 - vol.208 núm. 10.

²⁸ PERALES, ALBERTO, ed. Manual de psiquiatría "Humberto Rotondo". 2ª ed., 1998. Cap 22
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manual_psiquiatr%C3%ADa/cap-22.htm

Si bien los episodios repetidos de intoxicación alcohólica son el signo más común e importante del abuso o dependencia, sin embargo, uno o más episodios de intoxicación alcohólica sola, no son suficientes para el diagnóstico de abuso o dependencia.

2.2 ADOLESCENCIA

2.2.1 DEFINICION

El vocablo “adolescencia” proviene de la voz latina “adolescere” que significa crecer, avanzar hacia la madurez. La adolescencia es una etapa del desarrollo marcada por importantes cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales. Estos cambios implican el potencial para lograr una mayor autonomía, que puede llevar a un crecimiento personal en muchos aspectos pero también a que el adolescente se inicie en conductas de riesgo.

2.2.2 ADOLESCENTE NORMAL

La adolescencia es la etapa final de la edad evolutiva considerando como tal el lapso comprendido entre el nacimiento y la estabilidad somática, psicológica y mental propia del adulto.²⁹

Dos procesos caracterizan a la adolescencia: el crecimiento (talla corporal y la conformación sexual definitiva), y el desarrollo de la personalidad. En ambos intervienen factores endógenos, genéticos, fisiológicos y factores exógenos provenientes de la familia, el medio y la cultura.

En la adolescencia se distinguen dos periodos: el primero sigue inmediatamente a la pubertad y se extiende hasta los 16 años, es el momento en que el joven comienza a reflexionar sobre sí mismo y la sociedad; el segundo abarca hasta los 20 años, es la juventud.

²⁹ FREYRE ROMAN, Eleodoro; (1994) Lima, La salud del adolescente: Aspectos Médicos y psicosociales; CONCYTEC.

Durante la primera etapa consigue la elaboración del pensamiento abstracto y su integración en el medio sociocultural. En la segunda etapa, completa y estabiliza lo adquirido, alcanza la madurez biológica, psicológica y social.³⁰

2.2.3 INICIO DE CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES.

Un primer tema a explorar es cómo definir una conducta de riesgo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, es una “forma específica de conducta de la cual se conoce su relación con una susceptibilidad incrementada para una enfermedad específica o para un estado de salud deficiente”. En otras palabras, se trata de una definición principalmente basada en un enfoque biomédico. En contraste, los enfoques planteados desde la psicología social comprenden aspectos más amplios de los factores determinantes y de las consecuencias. Al asumir esta concepción, la condición de riesgo se liga no solo a morbilidad y mortalidad sino también a consecuencias psicológicas y sociales negativas para el individuo; por ejemplo, el incremento del consumo de alcohol podría crear sentimientos de culpa y causar un menor rendimiento escolar.³¹ Este enfoque supone además complejizar el análisis, pues muchos adolescentes incurren en conductas de riesgo y obtienen consecuencias positivas —al menos a corto plazo, como lograr la aceptación de sus pares—, conociendo o no sus potenciales consecuencias negativas a mediano o largo plazo.

No existe una definición internacional que permita discriminar en qué nivel una conducta se vuelve riesgosa para el individuo, más allá de la definición general de la OMS antes mencionada. Con respecto a las drogas legales (tabaco y alcohol), la literatura considera su consumo como una conducta de riesgo en adolescentes debido a su prohibición para menores de edad. Sin embargo, en el Perú no existe una ley que

³⁰ JARAMILLO NELSON, Tratado de pediatría “Mc Graw-Hill/Interamericana de España, decimosexta ed. 2000. Pág. 55

³¹ MADRID GUTIÉRREZ, Juan; (1998) España. ALCOHOL, ADOLESCENTES Y JÓVENES. XIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente. Pág. 2.

prohíba explícitamente el consumo de tabaco y alcohol a menores de edad; la venta sí está prohibida (Ley 29517 y Ley 28681 respectivamente).³²

En el caso de las drogas ilegales (marihuana, cocaína, pasta básica de cocaína, inhalantes, éxtasis, etcétera), la ley no distingue explícitamente entre consumo y tenencia. Lo que las hace “ilegales” es su producción, tenencia y comercialización, e incluso la incitación o persuasión a su consumo; no obstante, no existe una ley explícita que regule el uso de las drogas ilegales.³³

Esto implica que el consumo en pequeñas dosis no se encuentra penado por la ley, se trate de adolescentes o de adultos. En cualquier caso, la literatura universal trata el consumo de drogas ilegales como conducta de riesgo en los adolescentes debido a su mayor propensión a la adicción, y a causa de las consecuencias que el abuso de algunas drogas puede tener para la salud de las personas

El uso de la droga en adolescentes y el comportamiento sexual tienen sus raíces en la familia, los parientes tienen un impacto en el comportamiento de los adolescentes.

La influencia de los parientes es más fuerte que la que ejercen los padres sobre sus hijos adolescentes, ya que al pasar mayor tiempo los parientes con éstos, se les presentan como un modelo a seguir. En consecuencia, si existen patrones de consumo de sustancias, los adolescentes los seguirán, consumen alcohol de acuerdo a la percepción que tienen los parientes de este comportamiento, actitudes de aprobación o desaprobación.

³² SANTIAGO CUETO, VÍCTOR SALDARRIAGA, ISMAEL G. MUÑOZ. Conductas de riesgo entre adolescentes peruanos: un enfoque longitudinal. On line Pag128

³³ El artículo 299 del Código Penal Civil del Perú (CPC, en adelante) plantea que “El que posee droga en dosis personal para su propio e inmediato consumo está exento de pena. Para determinar la dosis personal, el Juez tendrá en cuenta la correlación peso-dosis, la pureza y la aprehensión de la droga”.

2.3 FAMILIA

2.3.1 DEFINICION

La familia es el conjunto de personas unidas por vínculos de sangre, que viven bajo el mismo techo, con intereses comunes y con derechos y obligaciones entre ellos.

La familia como unidad básica de la sociedad tanto en lo estructural como en lo funcional, puede considerarse un microsistema muy dinámico pleno de interacciones internas y externas y en la que se cumplen importantes procesos relacionados con las áreas: biológica, psicológica, sociocultural económica, educacional y afectiva³⁴.

En la realidad peruana, el padre es el jefe de la familia, a cuya autoridad deben de sujetarse todos sus miembros; en orden de jerarquía le sigue la madre, y los hijos que dependen de ambos.³⁵

También se observa muchas veces que, los cónyuges siguen juntos, no por amor, sino por necesidades económicas, deber hacia los hijos, dependencia personal, temor a la soledad o porque no hay otra parte a donde ir.

Para la salud, la familia constituye el centro donde se forjan y se renuevan constantemente los sentimientos de solidaridad humana, sin los cuales no es posible crear un auténtico bienestar social.

La salud de la familia, trasciende la adición de los niveles de salud de sus integrantes, proyectándose hacia la óptima integración de los mismos y promoviendo su armónica inserción comunitaria. De acuerdo a este acierto, la salud familiar es una interfase entre los procesos de salud de las personas y los correspondientes de la colectividad.

³⁴ PONS DIEZ, Javier. BERJANO PEIRATS, Enrique; (1999) España. El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social. Psicología Social de la Universitat de València. Pág. 86

³⁵ JAIRO TÉLLEZ MOSQUERA. Médico en toxicología especialista en farmacodependencia. Miguel Cote Menéndez. Médico en psicología y terapia familiar. Revista Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. On line disponible en. Rev.fac.med.unal vol.54 no.1 Bogotá.

La salud de la familia es el resultado de los factores internos, propios de la salud de sus integrantes, así como de los externos, característicos del entorno biosocial pertinente, y los que en su conjunto en un proceso dinámico, mantienen la normalidad de las áreas de funcionamiento al interior de la familia.

Las circunstancias condicionantes de la salud de la familia son:

- Medio ambiente: geográfico, meteorológico, ecológico y biológico.
- Fisonomía social: étnico-cultural, socioeconómico, laboral y educacional.
- Estructura y dinámica familiar:
- La situación de salud de cualquier familia, puede ser afectada en forma positiva o negativa por los factores mencionados.

2.3.2 FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

En la vida de las personas y en las familias, se registran etapas que en general y en condiciones normales de la salud, están influenciadas por diversos factores, biodemográfico-socioeconómico educacional o cultural, biológico, psicológico, sociocultural, económico, educacional y afectivo.

La normalidad en el funcionamiento en todas estas áreas es la esencia de lo que se califica como óptimas condiciones de salud y bienestar de la familia, por ello es importante contar con indicadores predictores de su capacidad funcional, los que serán de utilidad tanto en el manejo de las crisis familiares como en la utilización de las redes de apoyo de la familia, cuando así proceda.³⁶

Numerosos autores han demostrado que existe una asociación entre problemas de salud del adolescente y disfunción familiar, como se muestra en los antecedentes de la presente investigación.

³⁶ JARAMILLO NELSON, Tratado de pediatría "Mc Graw-Hill/Interamericana de España, decimosexta ed. 2000. Pág. 57

Los problemas de funcionamiento familiar pueden influir tanto en la aparición, como en la descompensación de las enfermedades crónicas, en la mayoría de las enfermedades psiquiátricas y en las conductas de riesgo de salud. Por su frecuencia y complejidad la disfunción familiar constituye un verdadero reto para el médico de familia, tanto en la precisión diagnóstica como en la orientación psicodinámica e integradora que exige el tratamiento del paciente alcohólico³⁷.

Así mismo existe alta prevalencia de síntomas emocionales, percepción de disfunción familiar y conductas de riesgo como consumo de alcohol, drogas y actividad sexual precoz en adolescentes escolares. La utilización de cuestionarios de disfunción familiar nos da a conocer los síntomas emocionales y conductas de riesgo a nivel escolar, para un diagnóstico precoz e implementación temprana de medidas de prevención y tratamiento a nivel familiar tanto escolar como individual, parece ser una estrategia importante.

Todas las conductas de riesgo son más frecuentes en adolescentes provenientes de familias percibidas por ellos como disfuncionales, lo que sugiere la urgencia de promover acciones para fortalecer la familia, un factor protector importante en la prevención de conductas de riesgo en adolescentes. La familia debe verse apoyada y no cuestionada por el resto de las instituciones y debe recuperar su papel educativo insustituible en el crecimiento de sus miembros. La intervención no debería centrarse únicamente en los adolescentes, sino debería incorporar un grupo de variables culturales y de calidad de la interacción familiar, que actúan como facilitadores de un desarrollo sano.

³⁷ PONS DIEZ, Javier. BERJANO PEIRATS, Enrique; (1999) España. El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social. *Psicología Social de la Universitat de València*. pág. 131

2.3.3 APGAR FAMILIAR

El APGAR familiar constituye un instrumento útil para determinar, si la familia es un recurso o si por el contrario constituye un impedimento para el logro de su normalidad, contribuyendo de este modo a la salud de la misma.

Entre otros autores que han intentado evaluar la dinámica familiar, Smilkstein propuso un cuestionario breve para hacerlo, a partir de los siguientes criterios, que identificarían un funcionamiento sano de la familia³⁸:

- Adaptabilidad: capacidad de utilizar recursos familiares y comunitarios para resolver situaciones de crisis.
- Participación: capacidad de compartir los problemas y explorar fórmulas resolutivas.
- Gradiente de crecimiento: capacidad de progresar en las etapas del ciclo familiar en forma madura.
- Afecto: capacidad de demostrar cariño, preocupación y emociones por cada miembro de la familia.
- Resolución: capacidad de instrumentalizar los rubros antes mencionados, compartiendo tiempo y recursos de cada miembro de la familia. (Maddaleno).

Este instrumento de Smilkstein, ha sido validado por diversos estudios en EE.UU. de Norteamérica, China, y Chile.

³⁸ SMILKSTEIN G. (1978) The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Pract 1978; 6: 1231-9.

3. ANALISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

- a. *Consumo de alcohol en alumnos del 5to año de secundaria en los colegios de la policía nacional del Perú de la ciudad de Arequipa – 1997. Tesis presentada por Jorge Luís Otazú Zavaleta. Hallazgos³⁹:*

Hallazgos: El número alumnos estudiados es de 248, de los cuales 62% son varones y 38% mujeres, de los encuestados se obtiene que la prevalencia de inicio de consumo de bebidas alcohólicas es de 14.2 años, se observa que el 80 % de los alumnos refieren haber consumido bebidas alcohólicas, se aprecia que el 64% está conformada por varones y 36% para mujeres. Se observa que el 12% de los alumnos encuestados refieren tener padres que beben con frecuencia. El 20% de los alumnos encuestados indicaron que existen conflictos frecuentes en el hogar, el 60% indicaron beber con una frecuencia menor de 6 veces por año, la causa más frecuente que lleva a los estudiantes al consumo de alcohol a la del grupo de amigos es 45% seguida de división 30% y curiosidad 10%.

Conclusiones:

1. La prevalencia de consumo de alcohol en los alumnos de 5to año de Secundaria de la Policía Nacional en Arequipa es de 80%, uso de alcohol 63.3% y de abuso 18.15%
2. La edad promedio de inicio es de 14.2 años en varones y 14.5 años en mujeres
3. Las causas son en primer lugar la de amigos, seguido por diversión y curiosidad.
4. El tipo de bebida de mayor consumo es la cerveza, seguido del Pisco y Ron

³⁹ OTAZÚ ZAVALETA, Jorge Luis (1998); Consumo de alcohol en alumnos del 5to año de secundaria en los colegios de la policía nacional del Perú de la ciudad de Arequipa – 1997. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. UCSM.

- b. El consumo de alcohol en alumnos de educación secundaria de la USE -09 distrito de Huaynacotas – Cotahuasi, 1999. Tesis presentada por **Cornejo Rondan Marisol**⁴⁰.*

Hallazgos: Los datos estadísticos indican que un 44% de alumnos consumen alcohol, 11% en forma abundante y 33% en pequeñas cantidades; así mismo se ve que la bebida más consumida es la cerveza siendo el 50% de los tipos de licores, siguiéndole el cañazo y el ron, también podemos deducir que el consumo de alcohol es mayor en fiestas patronales, peleas de toros, y eventos familiares; por otro lado el 68% de alumnos tienen bajo rendimiento, el 64.4% tienen problemas familiares y un 13.5% problemas con la Policía. **Conclusiones:**

1. El consumo de bebidas alcohólicas de la USE 09 distrito de Huaynacotas - cotahuasi es evidente.
2. Este consumo trae consecuencias educativas, familiares, sociales y hasta penales.
3. El mayor consumo de da en épocas festivas e inclusive por permisividad de los padres de familia durante celebraciones en casa.
4. El rendimiento laboral es inadecuado, llegando hasta una 21% de repitentes de año, y un 42 por ciento de alumnos de jalan por lo menos un curso.

⁴⁰ CORNEJO RONDAN, Marisol; (1999), El consumo de alcohol en alumnos de educación secundaria de la USE -09 distrito de Huaynacotas – Cotahuasi, 1999. Tesis para optar el título de Licenciada en Educación de Secundaria UCSM.

- c. *Consumo de alcohol en adolescentes de 14 a 19 años Arequipa 1999.*
Tesis presentada por Oscar Ramírez Yerva⁴¹.

Hallazgos:

En el presente estudio se evidenció que un 46% de los encuestados tienen problemas relacionados con el alcohol, el grupo considerado normal, disminuye a medida que avanza la edad, así de los 14 a 19 años los adolescentes disminuyen en el 29.3% los bebedores problema se incrementó en la edad, a los 14 años represento un 35.2% y a los 19 años alcanza el 50% esto significa que hay un incremento del 40% este incremento es constante en las 6 edades evaluadas, cuando se distribuye el grupo de bebedores normales hay una clara tendencia decreciente de los 14 a 19 años en el grupo masculino, siendo el comportamiento inverso en el sexo femenino, se evidencia en el grupo de bebedores problema una alta proporción del sexo femenino a la edad 14 años 72% y baja a los 19 años 38.91% y de manera inversa en el sexo masculino.

Conclusión:

1. La dinámica familiar y el nivel educativo de los padres son 2 factores relacionados con el grado de consumo de alcohol por los adolescentes.
2. La mala dinámica familiar incluye sobre el consumo de alcohol sobre los adolescentes. Se encontró que existe asociación positiva entre la mala dinámica familiar y la condición de alcohólico del hijo.
3. El nivel educativo de los padres, influye en el grado de uso de alcohol por los adolescentes. Se encontró asociación positiva entre la condición de analfabeto de uno de los padres y la condición de alcohólico del hijo.

⁴¹ RAMÍREZ YERBA, Oscar Wilfredo (1999); Consumo de alcohol en adolescentes de 14 a 19 años, Arequipa 1999. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. UCSM.

d. *Funcionamiento familiar y consumo de alcohol en adolescentes de la ciudad de Puno – 1996. Tesis presentada por Cesar Augusto Flores Apaza.*

Hallazgos⁴²: Se realiza la investigación en 729 estudiantes de ambos sexos, se encontró que el 42.79% del total de adolescentes estudiados, tenían algún grado de disfunción familiar, también se encontró que 34% de la población tiene disfunción familiar leve o moderado, y se vio que la disfunción familiar severa es más frecuente en el grupo socio económico bajo. En la relación de grupo medio y alto, la prevalencia de consumo de alcohol encontrada fue de 39.23%; se observa que la tasa para las tres categorías es mayor en varones que en mujeres. La mayoría de los adolescentes empiezan a consumir bebidas alcohólicas a partir de los 15 años, la mayor parte de los adolescentes empiezan a consumir alcohol por curiosidad, por otra parte la causa más importante por lo cual el adolescente continúa consumiendo bebidas alcohólicas en la presión ejercida por los amigos.

Conclusiones:

1. Existe una relación estadística entre disfunción familiar y el abuso de alcohol en escolares adolescentes de Puno.
2. El 42.79% de adolescentes presenta algún grado de disfunción familiar y el 8.23% más severa.
3. La disfunción familiar severa es más frecuente entre los adolescentes del grupo socio económico bajo.
4. La prevalencia de uso y abuso de alcohol es mayor en hombre que en mujeres.
5. La edad promedio de inicio de consumo de alcohol es de 15 años.
7. La causa más frecuente para iniciarse en el consumo de alcohol es la curiosidad y causa más frecuente los amigos.

⁴² FLORES APAZA, Cesar Augusto; (1996) Arequipa, Funcionamiento familiar y consumo de alcohol en adolescentes de la ciudad de Puno – 1996. Tesis para optar el título de Médico Cirujano UCSM.

4. OBJETIVOS

4.3. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación del consumo excesivo de alcohol con el nivel de funcionamiento familiar y la condición socioeconómica en el personal militar voluntario del Cuartel Militar Mariano Bustamante de Arequipa 2013.

4.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Determinar el nivel de funcionamiento familiar en el personal SMV del Cuartel Militar Mariano Bustamante de Arequipa 2013.
- Determinar la condición socioeconómica del personal SMV del Cuartel Militar Mariano Bustamante de Arequipa 2013.
- Determinar la existencia de consumo excesivo de alcohol en el personal militar voluntario del Cuartel Militar Mariano Bustamante de Arequipa 2013.
- Determinar la relación entre el funcionamiento familiar y el consumo excesivo de alcohol en el personal militar voluntario del Cuartel Militar Mariano Bustamante de Arequipa 2013.

5. HIPOTESIS

Dado que se plantea relacionar el nivel de funcionamiento familiar y la condición socioeconómica en el consumo excesivo de alcohol. Es probable que estas variables influyan en el mayor uso de alcohol u alcoholismo propiamente dicho en el personal militar voluntario del Cuartel Militar Mariano Bustamante de Arequipa 2013

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnicas

- Entrevista estructurada

- Recolección de datos: donde se recolectaran todos los datos en relación a los objetivos de estudio

1.2. Instrumentos:

1.2.1. Test de identificación de trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT)

Este cuestionario fue desarrollado por la OMS, como un método de tamizaje del consumo excesivo de alcohol y como instrumento de apoyo en la intervención breve. Es validado y respaldado por la (DSM-IV) en relación al abuso del alcohol.

1.2.1 Apgar familiar de smilkstein.

Diseñada por SMILKSTEIN y validada en Chile en 1987 por Maddaleno, Horwitz y Jara.⁴³

1.2.2 Ficha socioeconómica (Amat y León modificada)

1.3 Materiales

- a) Material de escritorio: papel, bolígrafo, engrapador, folder.
- b) Material bibliográfico: Bibliografía básica
- c) Material de apoyo logístico: Instrumentos electrónicos: Ordenador personal, CD, Impresora, Fotocopiadora.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN:

2.2. Ubicación Espacial: La investigación se realizará en el Departamento de Arequipa, distrito de Mariano Melgar, en el cuartel militar Mariano Bustamante.

2.3. Ubicación Temporal: El estudio se realizara de Enero del 2013 a Marzo del 2013.

2.4. Unidades de estudio:

⁴³ MADDALENO, Matilde. HORWITZ C. Nina; Aplicación de un instrumento para calificar el funcionamiento familiar en la atención de adolescentes: Rev-chil-pediat. 58 246 -249. 1987.

2.4.4.Universo

Personal servicio militar voluntario (SMV) del Ejército Peruano 2013.

2.4.5.Población

Personal servicio militar voluntario (SMV) del Cuartel Militar Mariano Bustamante de Arequipa 2013.

2.4.6.Muestra y procedimiento de muestreo Se considerará al total del Personal servicio militar voluntario (SMV) pertenecientes al Cuartel Militar Mariano Bustamante de Arequipa 2013

2.4.7. Criterios de inclusión

Se incluirá a todo el Personal servicio militar voluntario (SMV) del Cuartel Militar Mariano Bustamante de Arequipa 2013 que voluntariamente acepten realizar la entrevista.

2.4.7. Criterios de exclusión

Se excluirá a todo el Personal servicio militar voluntario (SMV) del Cuartel Militar Mariano Bustamante de Arequipa 2013 que no acepten realizar la entrevista.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.2. Organización

- a. Se solicitara permiso correspondiente al Director y jefe del Cuartel militar Mariano Bustamante de Arequipa
- b. Se coordina con la Facultad de Medicina Humana para el documento correspondiente
- c. Se coordina los días y horarios de la entrevista.
- d. Se toman en cuenta todos Soldados del Cuartel Militar Mariano Bustamante de Arequipa 2013 que cumplan con los criterios de selección y ninguna con criterio de exclusión.
- e. Se registrara la información en el Formato de Recolección de Datos de la entrevista confeccionada y adecuada a los objetivos del estudio.

f. La información será organizada, tabulada y sistematizada en base de datos informático para su posterior análisis e interpretación.

Análisis de resultados: se utilizara estadística descriptiva con distribución de frecuencias absolutas y porcentuales para variables cualitativas, medidas de tendencia central (media, desviación estándar) para variables cuantitativas.

Para relacionar las variables cuantitativas se utilizara coeficientes de correlación lineal simple, y para comparar variables independientes se empleara el test de chi-cuadrado. Los datos serán tabulados por SPS.

3.3. Recursos

a. Humanos

El investigador, tutor de proyecto de trabajo de investigación, tutor de ejecución de trabajo de investigación.

b. Materiales

- Hardware : Computador Pentium IV, impresora, memoria externa(pen drive)
- Software: Sistema operativo, Microsoft Office XP Profesional 2010, paquetes estadísticos.
- Material del escritorio: Papel bon A4, calculadora, lapiceros, cuaderno de apuntes.
- Material bibliográfico: libros, copias de tesis, copias de revistas, revistas médicas informáticas impresas.

c. Institucionales

- Biblioteca de la facultad médica de la UCSM, UNSA.
- Direcciones electrónicas de páginas web de revistas médicas.

d. Financiero

- El estudio será completamente financiado por el investigador

3.4. Validación de los instrumentos

No requiere validación, ya los Instrumentos anteriormente descritos están validados, además de describirse su sensibilidad y especificidad respectiva.

3.5. Criterios o estrategias para el manejo de resultados

- Se empleará una matriz de tabulación para contabilizar las respuestas de las encuestas de funcionamiento familiar, situación socioeconómica, abuso y consumo de alcohol.
- Tratamiento estadístico, se determinarán medidas de frecuencia absoluta y relativa, cálculo de razón de productos cruzados, regresión logística y Ji cuadrado. Nivel de significancia 5%
- Teniendo en cuenta la matriz de tabulación y los cálculos estadísticos se elaborarán cuadros de contingencia con lo cual la información quedará claramente organizada y Sistematizada.

4. CRONOGRAMA DE TRABAJO

ACTIVIDAD PROGRAMADA	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO
I. Elección del tema, recopilación y revisión bibliográfica	x	x		
II. Diseño del proyecto		x		
III. Ejecución del proyecto		x		
IV. Ejecución: implementación, recolección y registro de datos			x	
V. Procesamiento de datos: codificación y análisis			x	
VI. Presentación e interpretación			x	
VII. Elaboración del informe final				x

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

1. BENANO LOZADA; (1993) Arequipa, Disfunción familiar y depresión en adolescentes de la USE Norte de Arequipa 1993; Tesis para optar el grado de bachiller en medicina.
2. CICUA, Diana. MÉNDEZ, Margaret; (2008). Bogotá, Factores en el consumo de alcohol en adolescentes. Pontifica Universidad Javeriana – Rev. Pensamiento Psicológico, Vol. 4 N° 11. Pág. 115 – 134.
3. CORNEJO RONDAN, Marisol; (1999), El consumo de alcohol en alumnos de educación secundaria de la USE -09 distrito de Huaynacotas – Cotahuasi, 1999. Tesis para optar el título de Licenciada en Educación de Secundaria UCSM.
4. CUETO, Santiago. SALDARRIAGA, Victor. MUÑOZ, Ismael; Conductas de riesgo entre adolescentes peruanos: un enfoque longitudinal. On line http://www.grade.org.pe/upload/publicaciones/archivo/download/pubs/30_cueto_saldarriaga_munoz.pdf
5. DÍEZ HERNÁNDEZ, ITZIAR; (2003) España, La influencia del alcohol en la sociedad. Hospital Donostia. Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos.
6. DSM-IV. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.). Washington, DC. Jun 07 2005
7. DSM-IV-TR. Criterios Diagnósticos para el Abuso de Alcohol y Dependencia, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ta Edición Washington, DC. Jun 07 2005.
8. ESPRESATE RENAU, Sinto. El alcoholismo a través de la historia. Rev. Libber Addictus.
9. FAUCI. BRAUNWALD. KASPER. HAUSER. LONGO. JAMESON. LOSCALZO. Principios de medicina interna. HARRISON 17ª edición. Alcohol y alcoholismo. Parte 16. Pág. 2726.
10. FLORES APAZA, Cesar Augusto; (1996) Arequipa, Funcionamiento familiar y consumo de alcohol en adolescentes de la ciudad de Puno – 1996. Tesis para optar el título de Médico Cirujano UCSM.
11. FREYRE ROMAN, Eleodoro; (1994) Lima, La salud del adolescente: Aspectos Médicos y psicosociales; CONCYTEC.

12. GONZALES E. Melina Y Cols.; (2008) Características socioeconómicas en adolescentes embarazadas en situación irregular, cuaderno medico sociales, 1984; 25 – 36.
.http://www.univision.com/content/content.
13. GUAL, Anderson. COLON, j; (2008) Washington DC. Alcohol y atención primaria de la salud. Biblioteca Sede OPS. Informaciones clínicas básicos para la identificación y el manejo de riesgos y problemas.
14. HALES, Robert. TALBOTT. Stuart; “Tratado de psiquiatría” 2ª ed.
15. HUSNAYO, E.: (1992) Arequipa, Evolución de la dinámica familiar en dos grupos de adolescentes de diferente condición socioeconómica de Arequipa, 1991.
16. INSTITUTE OF MEDICINE (1992) Washington, Broadening the base of treatment for alcohol problems. National academy Press, Washington D C.
17. KELLER, Mark. (2012). Alcohol and Other drugs, british journal of addiction to alcohol & other drugs. Volume 60, Issue 1, pages 3 -5.
18. MADDALENO, Matilde. HORWITZ C. Nina; Aplicación de un instrumento para calificar el funcionamiento familiar en la atención de adolescentes: Rev-chil-pediat. 58 246 -249. 1987.
19. MADRID GUTIÉRREZ, Juan; (1998) España. ALCOHOL, ADOLESCENTES Y JÓVENES. XIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente.
20. MINISTERIO DE SALUD. (2007) Perú. Guía Clínica Consumo Perjudicial y Dependencia de alcohol y drogas en personas menores de 20 años.
21. MONTE SECADES, R; CASARIEGO VALES, E; PÉRTEGA DÍAZ, S; RABUÑAL REY, R; PEÑA ZEMSCH, M; PITA FERNÁNDEZ, S. (2008) España. Manifestaciones y curso clínico del síndrome de abstinencia alcohólica en un hospital general. Rev. Clin. Esp. 2008 - vol.208 núm. 10.
22. NAVARRO Y VILLANUEVA; (1990) Arequipa. Prevalencia de uso y abuso de alcohol en adolescentes escolares de la ciudad de Arequipa, 1989. Tesis de bachillerato en medicina, UNSA, 1989.
23. NELSON, Jaramillo; (2002). Tratado de pediatría “Mc Graw-Hill/Interamericana de España, decimosexta ed. 2000.

24. OTAZÚ ZAVALETA, Jorge Luis (1998); Consumo de alcohol en alumnos del 5to año de secundaria en los colegios de la policía nacional del Perú de la ciudad de Arequipa – 1997. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. UCSM.
25. PERALES, Alberto; ed. Manual de psiquiatría “Humberto Rotondo”. 2ª ed., 1998
26. PEDRAZA M. (1992); Consumo de alcohol en alumnos de 5to de secundaria en la ciudad de Ilo; Tesis de bachillerato de medicina, UNSA, 1991.
27. PEREZ SÁNCHEZ, Arnaldo. (2004); Disfunción familiar y su relación con la prevalencia de síntomas depresivos en niños de la Asociación de cristo, Arequipa – 2004. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. UCSM.
28. PONS DIEZ, Javier. BERJANO PEIRATS, Enrique; (1999) España. El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social. Psicología Social de la Universitat de València.
29. RAMÍREZ YERBA, Oscar Wilfredo (1999); Consumo de alcohol en adolescentes de 14 a 19 años, Arequipa 1999. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. UCSM.
30. RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, Iris. CASTILLO LEDO, Iván. TORRES LUGO, Janet; Alcoholismo y adolescencia, tendencias actuales. Centro de Trabajo: Hospital Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” Rev.chil.pediat; 1986; 57 (1); 21-25.
31. RUSELL, Marcia; Serie de conferencias RSA (2001). Epidemiología del uso, abuso, dependencia y morbimortalidad relacionada con el alcohol
32. SAAVEDRA CASTILLO, Alfredo. (2004) Lima, Violencia y salud mental. Asociación peruana de adicciones. Rev. de la APAL. Vol. XXL N°1.
33. SALAZAR, Eduardo. UGARTE, Manuel. VÁSQUEZ, Luis; Consumo de alcohol y drogas y factores psicosociales asociados en adolescentes de Lima. Médico SERUMS, Fuerza Aérea del Perú. Lima, Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos Perú.
34. SMILKSTEIN G. (1978) The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Pract 1978; 6: 1231-9.

35. TÉLLEZ MOSQUERA, Jairo; farmacodependencia. Revista Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. On line disponible en. Rev.fac.med.unal vol.54 no.1 Bogotá
36. VARGAS MONDACA, William. (2009), Alcohol y alcoholismo. Algunas consideraciones sobre la historia y magnitud del problema. Rev. Medicina y humanidades Vol. 1 N° 3.



ANEXOS

1. **Cuestionario AUDIT** Este cuestionario fue desarrollado por la OMS, como un método de tamizaje del consumo excesivo de alcohol y como instrumento de apoyo en la intervención breve. Es validado y respaldado por la (DSM-IV) en relación al abuso del alcohol. Tiene una confiabilidad de alta consistencia interna, con un Alfa de Cronbach de 0,83, superior al valor de 0,7 considerado en la literatura como aceptable. Es un cuestionario de 10 preguntas con un puntaje que permite clasificar en tres categorías de riesgo a los consumidores de alcohol. De acuerdo a la recomendación de la OMS, los puntajes que identifican los distintos niveles de riesgo en la escala AUDIT son:

Entre 8 y 15 puntos: consumo de riesgo

Entre 16 y 19 puntos: consumo perjudicial

20 puntos o más: dependencia

AUDIT 1: ¿Qué tan seguido toma usted alguna bebida alcohólica?

0 punto	1 punto	2 puntos	3 puntos	4 puntos
Nunca	1 vez al mes o menos	2 o 4 veces al mes	2 o 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana

AUDIT 2: ¿Cuántos tragos suele tomar usted en un día típico de consumo de alcohol?

0 punto	1 punto	2 puntos	3 puntos	4 puntos
Entre 0-2	Entre 3-4	Entre 5-6	Entre 7-9	10 ó más

AUDIT 3: ¿Qué tan seguido toma usted 6 o más tragos en una sola ocasión?

0	1 punto	2 puntos	3 puntos	4 puntos

puntos

Nunca Menos de Mensualmente Semanalmente Todos o
una vez al casi todos
mes los días

AUDIT 4: ¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, usted no pudo parar de beber una vez que había empezado?

0 punto 1 punto 2 puntos 3 puntos 4 puntos

Nunca Menos de Mensualmente Semanalmente Todos o
una vez al casi todos
mes los días

AUDIT 5: ¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, su consumo de alcohol alteró el desempeño de sus actividades normales?

0 punto 1 punto 2 puntos 3 puntos 4 puntos

Nunca Menos de Mensualmente Semanalmente Todos o
una vez al casi todos
mes los días

AUDIT 6: ¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, usted necesitó beber en la mañana para recuperarse de haber bebido mucho el día anterior?

0 punto 1 punto 2 puntos 3 puntos 4 puntos

Nunca Menos de Mensualmente Semanalmente Todos o
una vez al casi todos
mes los días

AUDIT 7: ¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, usted tuvo remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

0 punto 1 punto 2 puntos 3 puntos 4 puntos

Nunca Menos de Mensualmente Semanalmente Todos o
una vez al casi todos
mes los días

AUDIT 8: ¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, usted no fue capaz de recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

0 punto	1 punto	2 puntos	3 puntos	4 puntos
Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Todos o casi todos los días

AUDIT 9: ¿Usted o alguna otra persona ha resultado físicamente herido debido a que usted había bebido alcohol?

0 punto	1 punto	2 puntos	3 puntos	4 puntos
No	-	Sí, pero no en el último año	-	Sí, en el último año

AUDIT 10: ¿Algún familiar, amigo, médico u otro profesional de la salud ha mostrado preocupación por la forma en que usted consume bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?

0 punto	1 punto	2 puntos	3 puntos	4 puntos
No	-	Sí, pero no en el último año	-	Sí, en el último año

CALIFICACION

- Entre 8 y 15 puntos: Consumo de riesgo
- Entre 16 y 19 puntos: Consumo perjudicial
- 20 puntos o más: Dependencia

2. **Apgar familiar de Smilkstein** Esta ficha fue diseñada por SMILKSTEIN y publicada en Chile en 1987 por Maddaleno, Horwitz y Jara, es válido como instrumento de evaluación del funcionamiento familiar y permite detectar problemas de relaciones

y comportamientos alterados entre sus miembros; admite tres opciones de respuesta: Siempre, a veces o nunca, con una calificación de 2 ,1 y 0 puntos respectivamente y 0 a 10 puntos en total. Se trata de un cuestionario que puede ser auto administrado o heteroadministrado.

CUESTIONARIO	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando Ud. Tiene un problema?	(0)	(1)	(2)
2. Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	(0)	(1)	(2)
3. Las decisiones importantes se toman en conjunto en casa?	(0)	(1)	(2)
4. Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?	(0)	(1)	(2)
5. Siente que su familia lo quiere?	(0)	(1)	(2)

CALIFICACION

- a. 7-10 Puntos. Buen funcionamiento familiar
- b. 4-6 Puntos. Disfunción familiar
- c. 0-3 Puntos. Necesita apoyo inmediato

3. **Ficha socioeconómica (Amat y León modificada)** Esta es una ficha utilizada para medir el nivel socioeconómico familiar que contiene datos referentes a grado de instrucción, ocupación e ingreso de los padres, tipo de vivienda y servicios básicos con los que cuenta, da una calificación de 50 a 80 puntos para el grupo socioeconómico bajo, de 81 a 94 para el grupo socioeconómico medio y 95 a 100 puntos para el grupo socioeconómico alto.

VARIABLE	PUNTAJE	VARIABLE	PUNTAJE
<ul style="list-style-type: none"> • Grado de instrucción: Padre • Analfabeto • Primaria • Secundaria • Técnico • Superior 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 • 7 • 8 • 9 • 10 	<ul style="list-style-type: none"> • Grado de instrucción: Madre • Analfabeto • Primaria • Secundaria • Técnico 	<ul style="list-style-type: none"> 5 7 8 9
<ul style="list-style-type: none"> • Ocupación: Padre • Desocupado • Obrero • Empleado • Independiente • Empleador 	<ul style="list-style-type: none"> • 4 • 5 • 6 • 7 • 8 	<ul style="list-style-type: none"> • Ocupación: Madre • Desocupado • Obrero • Empleado • Independiente • empleador 	<ul style="list-style-type: none"> 4 5 6 7 8
<ul style="list-style-type: none"> • ingresos/ persona/ mes • Menos de 150 S/. • De 150 a 700 S/. 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 • 7 	<ul style="list-style-type: none"> • Vivienda • Improvisada • Adobes 	<ul style="list-style-type: none"> 5 7

<ul style="list-style-type: none"> Más de 700 S/. 	<ul style="list-style-type: none"> 10 	<ul style="list-style-type: none"> Material noble 	9
<ul style="list-style-type: none"> Hacinamiento Más de 3 dormitorios 3 x dormitorio 2 x dormitorio 1 x dormitorio 	<ul style="list-style-type: none"> 5 7 9 10 	<ul style="list-style-type: none"> Servicio de agua potable Pozo Tanque Pileta publica Dentro del edificio Dentro de vivienda 	<ul style="list-style-type: none"> 7 8 10 12 15
<ul style="list-style-type: none"> Disposición de excretas Campo abierto Letrina o silo SSHH colectivos Desagüe red publica Superior 	<ul style="list-style-type: none"> 7 9 10 12 15 	<ul style="list-style-type: none"> Electricidad No tiene Grupo electrógeno Red publica 	<ul style="list-style-type: none"> 2 4 5

CALIFICACIÓN

- a. Nivel socioeconómico bajo 50 – 80 puntos
- b. Nivel socioeconómico medio 81 – 94 puntos
- c. Nivel socioeconómico alto 95 – 100 puntos

INSTRUMENTOS

4. CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR DEL ESTUDIO

Soy Ralph Ahirton Mallma Vilca, estudiante de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María. Te invito a participar del estudio de investigación titulado “Relación entre el consumo y abuso de alcohol, nivel de funcionamiento familiar y condición socioeconómica del personal del servicio militar voluntario (SMV) del Cuartel Militar Mariano Bustamante de Arequipa 2013”

A continuación se te proporcionará una entrevista psiquiátrica sencilla y breve desarrollada para la investigación clínica. Es totalmente anónima y su participación es absolutamente voluntaria, no habiendo beneficios económicos ni riesgos o perjuicios por formar parte del estudio. No se manejará información personal sobre cada participante, por lo que cualquier evidencia de esta será eliminada (nombres completos, correos electrónicos, etc.) una vez concluido el estudio.

Firma del Encuestado

Nombre: _____

Edad: _____

Estado Civil: _____

Unidad donde realiza su servicio militar: _____

ENTREVISTA 01

Para responder las siguientes preguntas, por favor lea atentamente y marque: Nunca, a veces o siempre, según sea su caso:

1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando Ud. Tiene un problema?

Nunca () A veces () Siempre ()

2. ¿Conversa con sus familiares los problemas que tienen en casa?

Nunca () A veces () Siempre ()

3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en casa?

Nunca () A veces () Siempre ()

4. ¿Los fines de semana son compartidos por todos o la mayoría de miembros de la familia en casa? Cuando usted se encuentra libre.

Nunca () A veces () Siempre ()

5. ¿Siente que su familia lo quiere?

Nunca () A veces () Siempre ()

ENTREVISTA 02

Para responder a las siguientes preguntas, elija solo una de las alternativas mostradas debajo de cada pregunta:

1. ¿Cuál es el grado de instrucción de su padre?

Analfabeto() - Primaria() - Secundaria() - Técnico() - Superior()

2.¿Cual es el grado de instrucción de su madre?

Analfabeto() - Primaria() - Secundaria() - Técnico()

3.¿Cual es la ocupación de su padre?

Desocupado() - Obrero() - Empleado() - Independiente() - Empleador()

4.¿Cual es la ocupación de su madre?

Desocupado() - Obrero() - Empleado() - Independiente() - Empleador()

5.¿Cuales son los ingresos económicos aproximados por persona y por mes en su familia?

Menos de s/. 150 () - De s/. 150 a 700 () - Más de s/. 700 ()

6.¿De que tipo de materia es su vivienda?

Improvisada () - Adobes () - Material noble ()

7¿Cuántas personas duermen por dormitorio en su casa?

Más de 3 por dormitorio () - 3 por dormitorio () - 2 por dormitorio ()

1 por dormitorio ()

8.¿De dónde obtiene agua para uso en su casa?

Pozo() Tanque() Pileta publica() Dentro del edificio() Dentro de su vivienda()

9.¿Dónde se disponen las excretas en su vivienda?

Campo abierto () - Letrina o silo () - Servicios higiénicos colectivos ()

Desagüe de red pública () - Baño propio en su casa con desagüe ()

10.¿El servicio de electricidad en su vivienda es de tipo?

No tiene () - Grupo electrógeno () - Red pública o cableado ()

EMTREVISTA 03

Para responder las siguientes preguntas marque solo una alternativa, con la cual se identifique más:

1.¿Que tan seguido toma usted bebidas alcohólicas?

Nunca () - 1 vez al mes () - 2 o 4 veces al mes () - 2 o 3 veces a la semana ()
4 o más veces a la semana ()

2.¿Cuantos vasos suele tomar usted en un día típico de consumo de alcohol?

Entre 0 y 2 () - Entre 3 y 4 () - Entre 5 y 6 () - Entre 7 y 9 () - Más de 10 ()

3.¿Que tan seguido toma usted 6 o más vasos en una sola ocasión?

Nunca () Menos de una vez al mes () Mensualmente ()
Semanalmente () Todos o casi todos los días ()

4.¿Que tan seguido, en el curso de los ultimo 12 meses, usted no pudo parar de beber una vez que había empezado?

Nunca () Menos de una vez al mes () Mensualmente ()
Semanalmente () Todos o casi todos los días ()

5.¿Que tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, su consumo de alcohol altero el desempeño de sus actividades normales?

Nunca () Menos de una vez al mes () Mensualmente ()

Semanalmente () Todos o casi todos los días ()

6.¿Que tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, usted necesito beber en la mañana para recuperarse de haber bebido el día anterior?

Nunca () Menos de una vez al mes () Mensualmente ()

Semanalmente () Todos o casi todos los días ()

7.¿Que tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, usted tuvo remordimiento o sentimientos de culpa después de haber bebido?

Nunca () Menos de una vez al mes () Mensualmente ()

Semanalmente () Todos o casi todos los días ()

8.¿Que tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, usted no fue capaz de recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

Nunca () Menos de una vez al mes () Mensualmente ()

Semanalmente () Todos o casi todos los días ()

9.¿Usted o alguna persona ha resultado físicamente herido debido a que usted había bebido alcohol?

No () - Si, pero no en el último año () - Si, en el último año ()

10.¿Algún familiar, amigo, medico, u otro profesional de la salud ha mostrado preocupación por la forma en que usted consume bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?

No () - Si, pero no en el último año () - Si, en el último año ()

ÍNDICE

II. PREAMBULO	2
III. PLANTEAMIENTO TEORICO	3
1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA	3
1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	3
1.2.1. CAMPO, AREA Y LINEAS DE ACCION	3
1.2.2. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	4
1.2.3. INTERROGANTES BÁSICAS	4
1.2.4. TIPO DE INVESTIGACION	5
1.2.5. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	6
2. MARCO CONCEPTUAL	8
2.1 EL ALCOHOLISMO	8
2.1.1 DEFINICION	8
2.1.2 HISTORIA	9
2.1.3 EL ALCOHOL	10
2.1.4 EPIDEMIOLOGIA	11

2.1.5 FACTORES ETIOPATOGENICOS	13
2.1.6 CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE ABUSO DE ALCOHOL	16
2.1.7 CURSO CLINICO	16
2.1.8 PROBLEMAS FISICOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL	17
2.1.9 ABUSO DE ALCOHOL	21
2.1.10 DEPENDENCIA DEL ALCOHOL	23
2.3 ADOLESCENCIA	
2.3.1 DEFINICION	24
2.3.2 ADOLESCENTE NORMAL	24
2.3.3 INICIO DE CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES	25
2.4 LA FAMILIA	27
2.4.1 DEFINICION	27
2.4.2 FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	28
2.4.3 APGAR FAMILIAR	30
3. ANALISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	31
3.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	31
4. OBJETIVOS	35
4.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35

4.2. OBJETIVOS OPERACIONALES	35
5. HIPOTESIS	35
IV.PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	35
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	36
CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	36
CUESTIONARIO CONDICION SOCIO – ECONÓMICA	36
CUESTIONARIO AUDIT	36
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	36
2.1. Ubicación espacial, lugar o ámbito de la investigación	36
2.2. Ubicación temporal	36
2.3. Unidades de estudio: Universo o población, muestra y procedimiento de muestreo, grupos, casos de acuerdo a la decisión tomada	36
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	37
3.1. Organización	37
3.2. Recursos	38
3.3. Validación de los instrumentos	38

3.4. Criterios o estrategias para el manejo de resultados	38
V. CRONOGRAMA DE TRABAJO	39
VI. BIBLIOGRAFIA BASICA	40
ANEXOS	44
INSTRUMENTOS	50
INDICE	55

