

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

“Perfil sociodemográfico, Nivel de relaciones intrafamiliares y su asociación al Nivel de consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Autor: Paola Alejandra Olarte Gamarra

Asesor: Cristhian José Vargas Lazo

Arequipa - Perú

2015

ÍNDICE

	Página
Resumen.....	3
Abstract.....	4
Introducción.....	5
Capítulo I: Material y Métodos.....	6
Capítulo II: Resultados.....	11
Capítulo III: Discusión y Comentarios.....	72
Capítulo IV	
Conclusiones.....	79
Recomendaciones.....	80
Bibliografía.....	83
Anexo 1: Proyecto de tesis.....	86
Anexo 2: Matriz de datos.....	156

RESUMEN

Objetivos. Determinar el Perfil sociodemográfico, el Nivel las relaciones intrafamiliares y su asociación al Nivel de consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015.

Métodos. Estudio descriptivo, observacional, transversal y de asociación simple. Se encuestaron 200 adolescentes, de los cuales 193 llenaron de manera correcta las encuestas suministradas, estos tenían entre 14 a más de 18 años de edad, asistieron al Centro de estudios Preuniversitario de la UCSM. A cada estudiante adolescente se le aplicó un cuestionario de datos socio demográficos, la escala para la Evaluación de la Relaciones Intrafamiliares versión breve y el Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT). Se determinó el Perfil sociodemográfico, el Nivel de relaciones intrafamiliares y El Nivel de consumo de alcohol y la asociación existente entre estas dos últimas variables, utilizando estadística descriptiva, y la prueba de X^2 .

Resultados. El perfil socio-demográfico característico es el de un estudiante adolescente de sexo femenino, de 14 a 16 años de edad, procedente de Arequipa, que convive y depende económicamente de ambos padres. Procede de colegio particular, mantiene buena relación social con sus compañeros y con buen desempeño escolar, postula al área de biomédicas, se matriculó en dos oportunidades al Centro de estudios Preuniversitario de la UCSM, y estudia aproximadamente dos horas diarias. Respecto al Nivel de relaciones intrafamiliares 105 (54,7%) adolescentes tienen un Nivel intermedio, 46 (24%) tienen un nivel bajo, y 41 (21,4%) tienen un nivel alto. Respecto al Nivel de consumo de alcohol 119 (62%) adolescentes tiene Nivel intermedio de consumo de alcohol, 40 (20,8%) adolescentes tienen Nivel bajo de consumo de alcohol, 33 (17,2%) adolescentes tienen Nivel alto de consumo de alcohol. En relación a la asociación entre el Nivel de relaciones intrafamiliares y el Nivel de consumo de alcohol, se demostró que existe relación estadística significativa.

Conclusiones. En cuanto al Nivel de relaciones intrafamiliares en los estudiantes adolescentes del Centro de estudios preuniversitario de la UCSM predomina el Nivel intermedio. En cuanto al Nivel de consumo de alcohol, predomina el nivel de consumo intermedio. Respecto al Nivel de relaciones intrafamiliares esta influye de manera inversa sobre el Nivel de consumo de alcohol.

ABSTRACT

Objetives: Determine the sociodemographic profile, Level of domestic relationships and their association to level of alcohol consumption in adolescent students of Pre-University Center UCSM, Arequipa, 2015.

Methods: The study research design was Descriptive, observational, cross-sectional study of simple association. 200 adolescents, of which 193 filled correctly supplied surveys, these were aged 14 to over 18, who attended the Center for Pre-University studies UCSM. Each student is interviewed teenager was applied a questionnaire socio demographic data, the scale for the Evaluation of Domestic Relations short version and test identification disorders due to Alcohol Consumption (AUDIT) .The determined the sociodemographic profile, Level Domestic Relations and the level of alcohol consumption and the association between these two variables, using descriptive statistics, and the X^2 .

Results: Of the 193 adolescent students, The socio-demographic characteristic profile is that of a female teenage student of 14-16 years old, from Arequipa, who lives and financially dependent on both parents. It comes from private school, maintain good social relationships with peers and school success, running for biomedical area, he enrolled twice Pre-University Center UCSM and studies about two hours daily. Regarding the level of domestic relations 105 (54.7%) adolescents have an intermediate level, 46 (24%) have a low level, and 41 (21.4%) have a high level. Regarding the level of alcohol 119 (62%) adolescents have Intermediate level of alcohol consumption, 40 (20.8%) adolescents have low level of alcohol consumption, 33 (17.2%) adolescents have high consumption level alcohol. Regarding the association between the level of domestic relations and the level of consumption of alcohol, there is significant statistical relationship.

Conclusions: For Tier domestic relations in adolescents Center students pre-university studies UCSM Intermediate predominates. Regarding the level of alcohol consumption, predominantly intermediate level of consumption. Regarding the level of domestic relations is inversely influences on the level of alcohol consumption.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia se define como la etapa de la vida del ser humano comprendida entre los 10 y 20 años de edad; una transición de la infancia a la adultez; en la cual los jóvenes experimentan cambios en la estructura corporal y en las características fisiológicas, psicológicas y sociales (1).

Es conocido que los hábitos de vida que se adquieren en esta etapa de transición suelen tener una importancia clave en la vida futura de los adolescentes y en el cumplimiento adecuado, o en el impedimento de su potencial vital. Estos conceptos se hacen aún más importantes si se tiene en cuenta que los hábitos de vida nocivos que se adquieren en esta etapa pueden ser prevenidos con estrategias y programas apropiados, uno de estos hábitos nocivos es el consumo de alcohol, las cifras en relación a este hábito actualmente nos indican que el consumo de alcohol se inicia entre los 13 a 16 años y que el uso temprano de alcohol aumenta el riesgo de consumir otras drogas posteriormente (2). En nuestro país en los estudios epidemiológicos realizados en población adolescente por el Instituto Nacional de Salud Mental estima su prevalencia de vida en 53,4% y la prevalencia mensual en 21,7% (3).

La familia como eje fundamental de la sociedad juega un rol preponderante como ente de soporte en el desarrollo del adolescente, un gran número de adolescentes encuentra alguna dificultad o insatisfacción en su vida familiar (4). Los adolescentes están expuestos a numerosos riesgos, uno de los cuales es el consumo de alcohol. El riesgo de adquirir alguno de estos hábitos nocivos disminuye si los padres les brindan amor, guía y apoyo, inculcándoles principios y valores sólidos, estando siempre dispuestos a ayudarlos, pero permitiendo, al mismo tiempo que el proceso de independencia siga su curso. Si las relaciones familiares establecidas entre el adolescente y sus padres son buenas, dan como resultado un adolescente mejor adaptado; adaptación resultante, con actitudes optimas hacia el estudio, hacia sus tareas hogareñas, sus responsabilidades laborales y sociales, y su capacidad para afrontar las dificultades que se le presenten; teniendo como un factor protector a su familia, específicamente para el desarrollo de problemas con relación al consumo de alcohol (2).



CAPÍTULO I

MATERIALES Y MÉTODOS

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1 TÉCNICAS

En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta.

1.2 INSTRUMENTOS

El instrumento que se utilizó consistieron en una ficha de recolección de datos (Anexo 1), la versión breve de la Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I)(Anexo 2) y el Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol(AUDIT)(Anexo 3), los cuales nos permitieron consignar todos los datos referidos a las variables de estudio.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

La investigación se realizó en el Centro de estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, ubicado en el Distrito de Yanahuara, Provincia de Arequipa, Departamento de Arequipa.

2.2. Ubicación temporal

La investigación se realizó entre los meses de Diciembre de 2014 y Enero de 2015

2.3. Unidades de estudio

Estudiantes del Centro de estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.

2.3.1. Población

Todos los estudiantes del Centro de estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María en el periodo de estudio.

2.3.2. Muestra

Se estudió una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones finitas no conocidas:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

$Z\alpha$ = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

p = frecuencia de conocimiento adecuado de MAC = 0.15

q = 1 - p

E = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto: n = 195,92 \approx 200 casos.

Además, los integrantes de la muestra debían de cumplir los criterios de selección.

Criterios de selección:

- ♦ **Criterios de Inclusión**
 - Estudiante adolescente
 - Participación voluntaria en el estudio
 - Inscripción en el Centro de Estudios Preuniversitario de la UCSM

- ♦ **Exclusión**
 - Fichas de encuesta incompletos o mal llenados

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

- Se realizaron las coordinaciones con el Dirección del Centro de estudios Preuniversitario de la UCSM para obtener la autorización para realizar el estudio.
- Se informó a los estudiantes del Centro de estudios Preuniversitario de la UCSM acerca de la forma de llenado de la ficha de recolección de datos, la versión breve de la Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I) y el Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol(AUDIT) y se procedió a aplicar los instrumentos.
- Una vez concluida la recolección de los datos, éstos fueron organizados en bases de datos para su interpretación y análisis.
- Finalmente se realizó el informe final de la investigación

3.2 Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1, el Anexo 2 y el Anexo 3 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en Excel 2010, donde se transcribirán los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso.

c) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación alfanumérica de los datos para facilitar su manejo estadístico.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleó la estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas); las variables categóricas se presentaron como proporciones. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.20.0.ml

Se utilizaron las pruebas de Chi cuadrado X^2 y el coeficiente de correlación P para definir si existe o no relación estadística entre las variables cualitativas evaluadas.





CAPÍTULO II

RESULTADOS

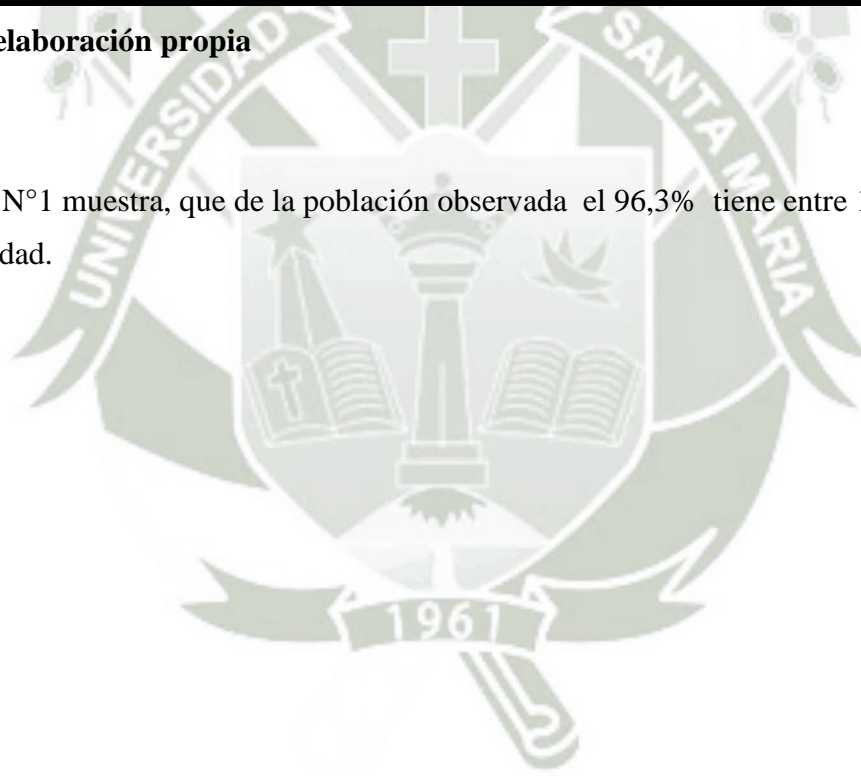
“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Tabla N° 1: Edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
menos de 14 años	1	,5	,5	,5
14 a 16 años	112	58,3	58,3	58,9
Válidos 16 a 18 años	73	38,0	38,0	96,9
Mas de 18 años	6	3,1	3,1	100,0
Total	192	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

La Tabla N°1 muestra, que de la población observada el 96,3% tiene entre 14 a 18 años de edad.



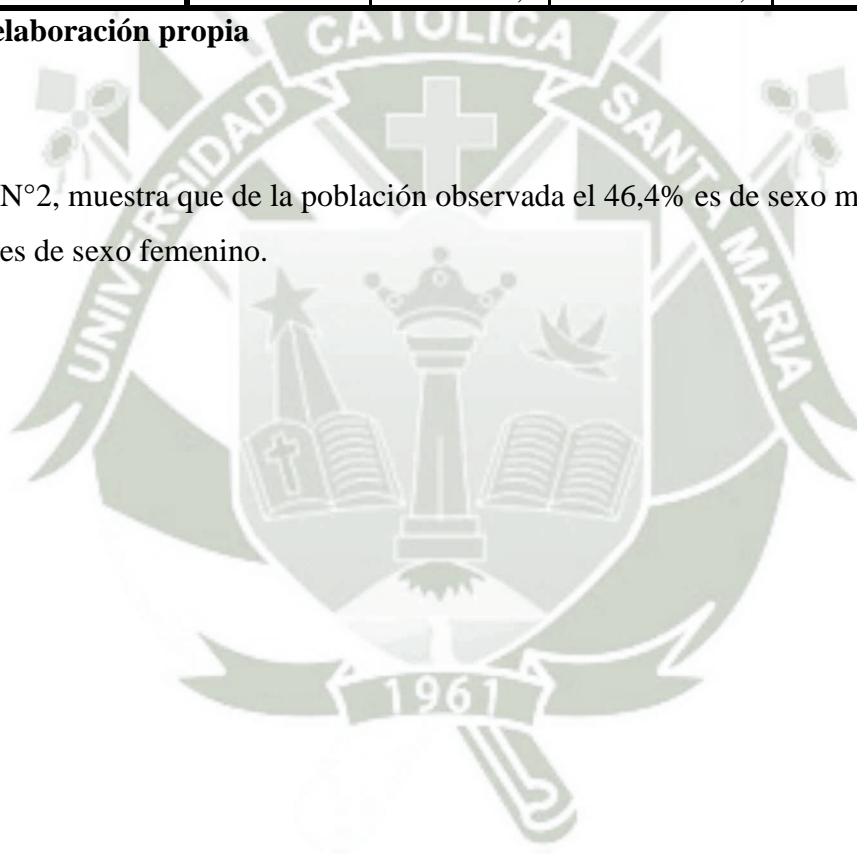
“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Tabla N° 2: Sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Masculino	89	46,4	46,4	46,4
Válidos Femenino	103	53,6	53,6	100,0
Total	192	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

La Tabla N°2, muestra que de la población observada el 46,4% es de sexo masculino y el 53,6% es de sexo femenino.



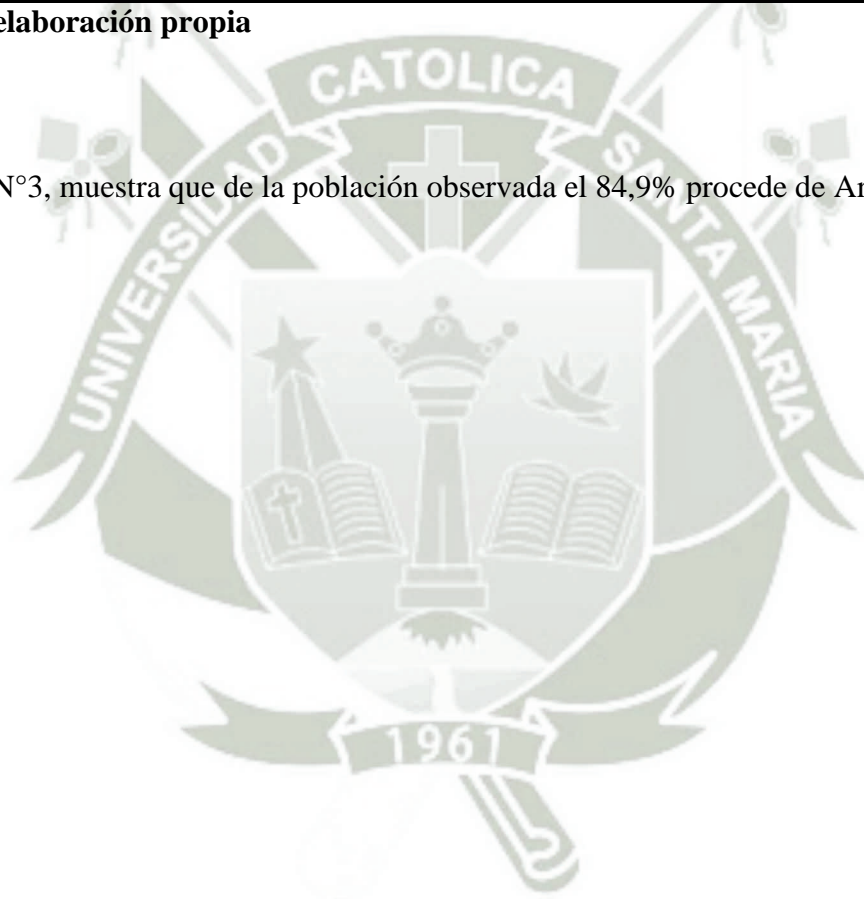
“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Tabla N°3: Lugar de Procedencia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Arequipa	163	84,9	84,9	84,9
Válidos Otros	29	15,1	15,1	100,0
Total	192	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

La tabla N°3, muestra que de la población observada el 84,9% procede de Arequipa.



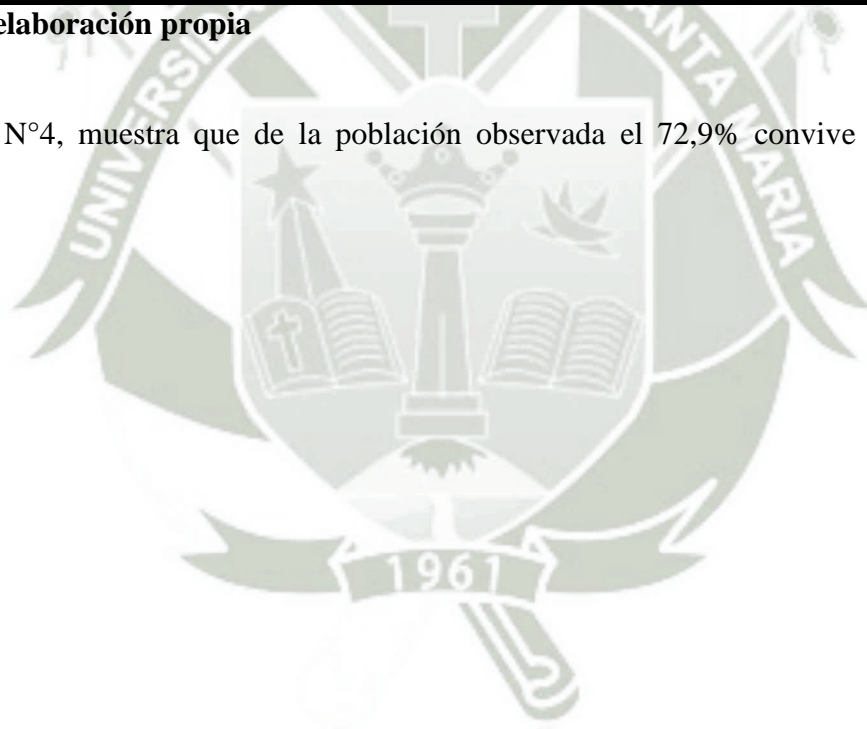
“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Tabla N°4: Persona con la cual conviven

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
AMBOS PADRES	140	72,9	72,9	72,9
SOLO PADRE	1	,5	,5	73,4
Válidos SOLO MADRE	47	24,5	24,5	97,9
TIOS	2	1,0	1,0	99,0
OTROS	2	1,0	1,0	100,0
Total	192	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

La tabla N°4, muestra que de la población observada el 72,9% convive con ambos padres.



“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Tabla N°5: Dependencia Económica

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
AMBOS PADRES	143	74,5	74,5	74,5
Válidos SOLO PADRE	34	17,7	17,7	92,2
SOLO MADRE	15	7,8	7,8	100,0
Total	192	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

La tabla N°5, muestra que de la población observada el 74,5% depende económicamente de ambos padres.

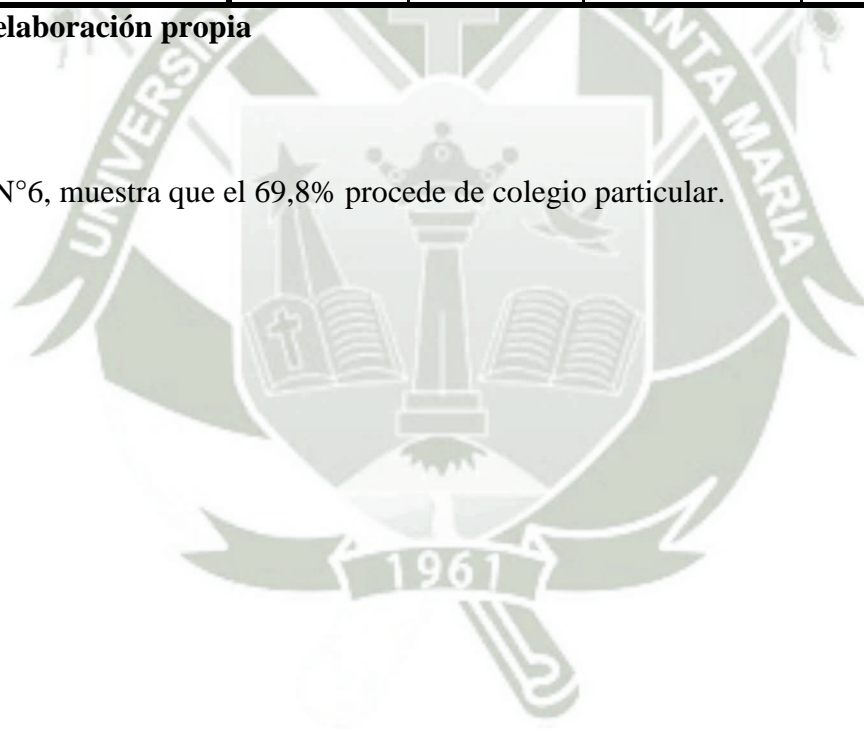
“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Tabla N°6: Colegio de Procedencia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NACIONAL	10	5,2	5,2
	PARTICULAR	134	69,8	75,0
	PARROQUIAL	48	25,0	100,0
	Total	192	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia

La tabla N°6, muestra que el 69,8% procede de colegio particular.



“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Tabla 7: Relación social con compañeros

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MUY BUENA	31	16,1	16,1
	BUENA	125	65,1	81,3
	REGULAR	32	16,7	97,9
	MALA	4	2,1	100,0
	Total	192	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia

La tabla N°7, muestra que de la población observada el 81,2% considera que tiene una buena relación social con sus compañeros.

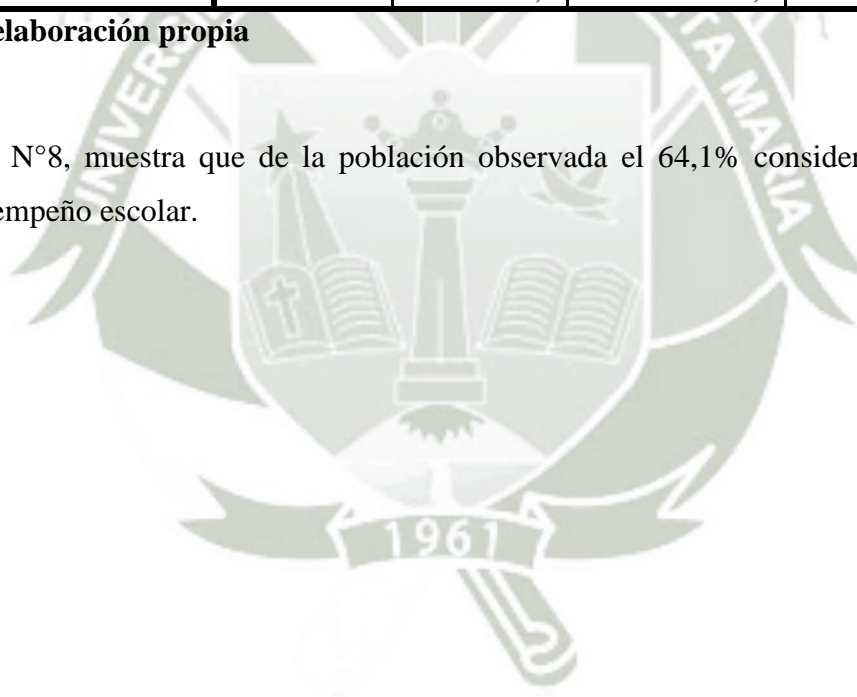
“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Tabla N°8: Desempeño Escolar

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MUY BUENO	12	6,3	6,3
	BUENO	111	57,8	64,1
	REGULAR	62	32,3	96,4
	MALO	7	3,6	100,0
	Total	192	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia

La Tabla N°8, muestra que de la población observada el 64,1% considera que tiene buen desempeño escolar.



“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Tabla N°9: Relación entre padres

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MUY BUENO	13	6,8	6,8
	BUENO	96	50,0	56,8
	REGULAR	74	38,5	95,3
	MALO	9	4,7	100,0
	Total	192	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia

La tabla N°9, muestra que de la población observada el 56,8% considera que sus padres tienen muy buena o buena relación entre ellos.

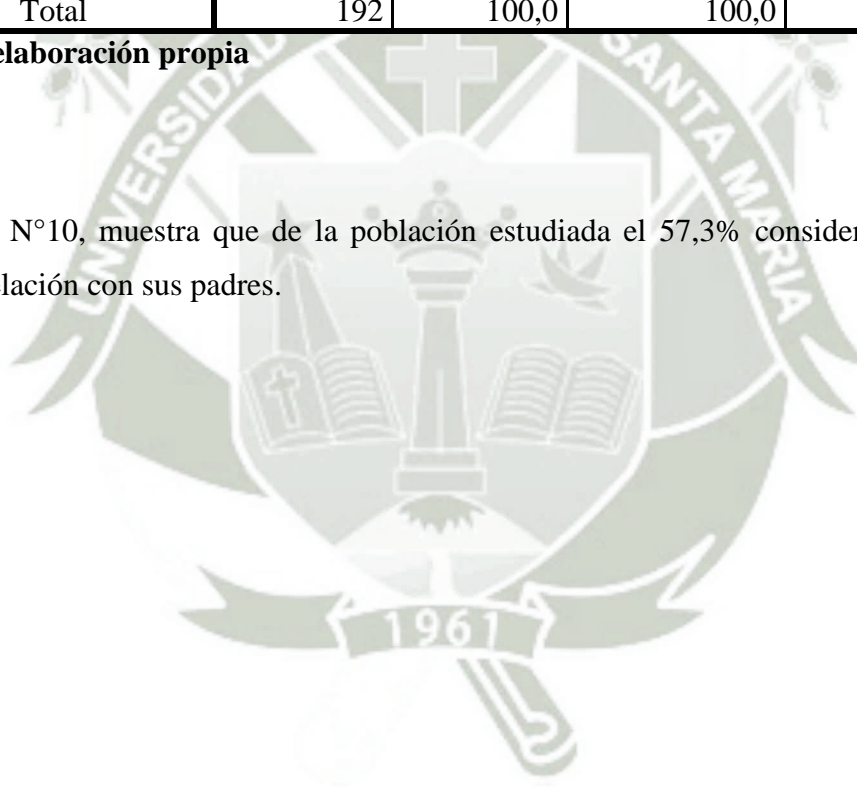
“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Tabla N°10: Relación con padres

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MUY BUENO	6	3,1	3,1
	BUENO	59	30,7	33,9
	REGULAR	110	57,3	91,1
	MALO	17	8,9	100,0
	Total	192	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia

La Tabla N°10, muestra que de la población estudiada el 57,3% considera que tiene regular relación con sus padres.



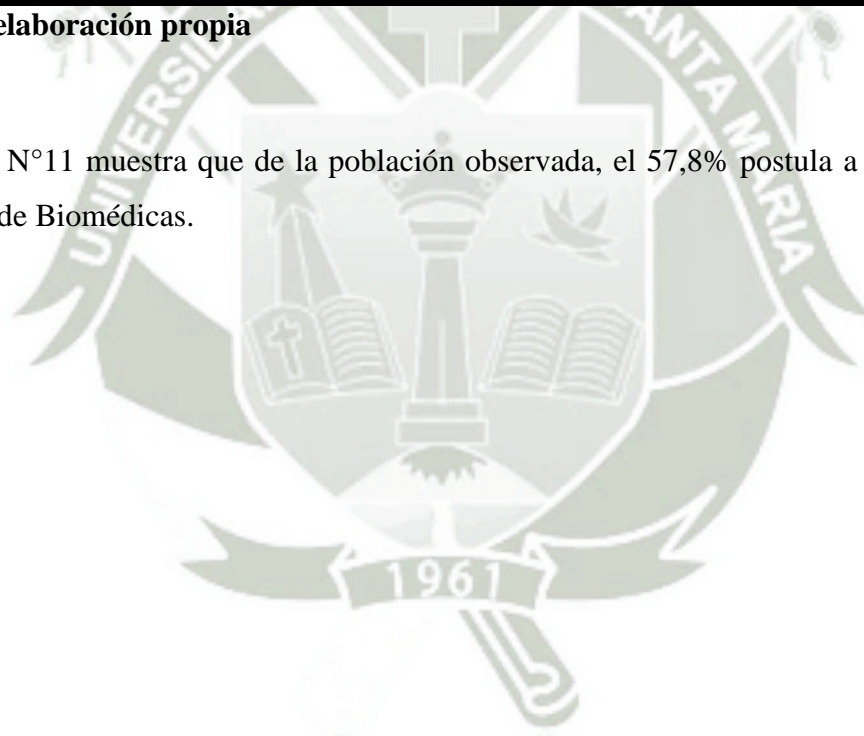
“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Tabla N°11: Área de la carrera a la que postula

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
INGENIERIAS	57	29,7	29,7	29,7
BIOMEDICAS	111	57,8	57,8	87,5
CIENCIAS SOCIALES	24	12,5	12,5	100,0
Total	192	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

La Tabla N°11 muestra que de la población observada, el 57,8% postula a una carrera del Área de Biomédicas.



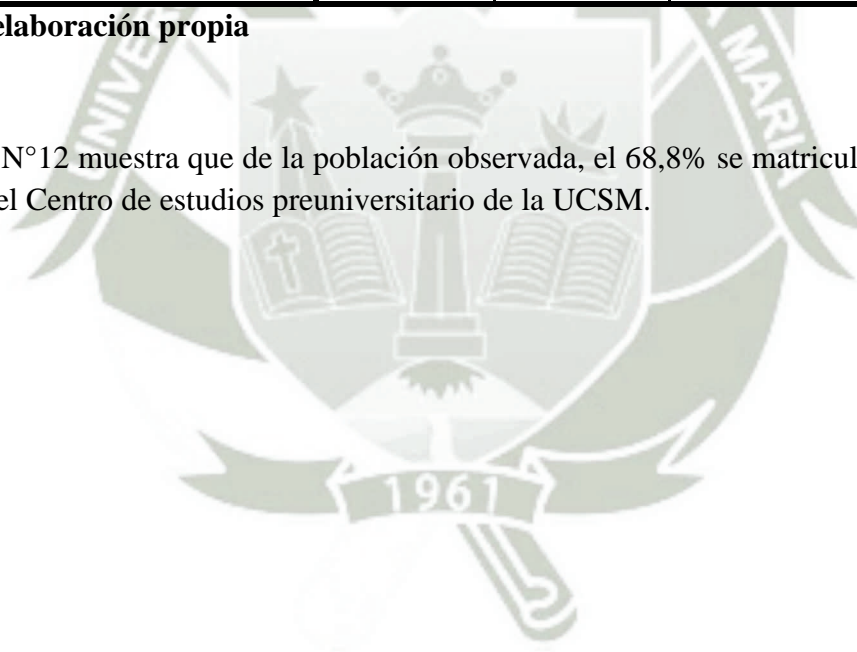
“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Tabla N°42: Número de veces que se matriculó en el Centro de estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
UNA VEZ	60	31,3	31,3	31,3
DOS VECES	85	44,3	44,3	75,5
Válidos MAS DE DOS VECES	47	24,5	24,5	100,0
Total	192	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

La Tabla N°12 muestra que de la población observada, el 68,8% se matriculo dos o más veces en el Centro de estudios preuniversitario de la UCSM.



“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Tabla N°13: Número de horas diarias de estudio

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MENOS DE DOS HORAS	13	6,8	6,8
	DOS HORAS	100	52,1	58,9
	MAS DE DOS HORAS	79	41,1	100,0
	Total	192	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia

La Tabla N° 13 muestra que de la población observada, el 52,1% considera que estudia dos horas por día.

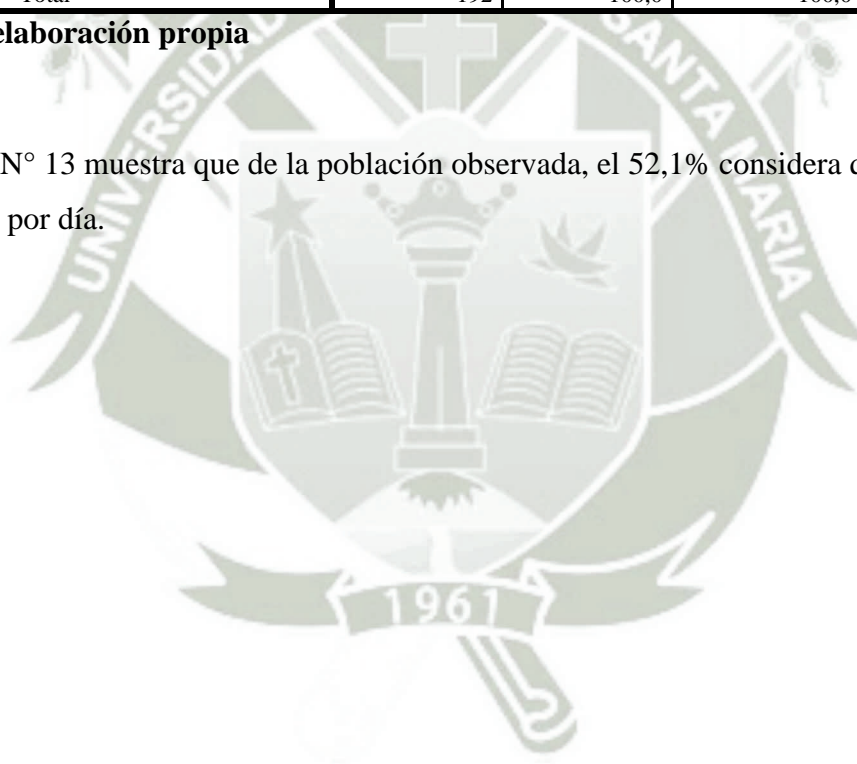


Tabla N° 14: Resumen de variables de Perfil sociodemográfico

VARIABLES		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Edad	menos de 14 años	1	.5%
	4 a 16 años	112	58.3%
	16 a 18 años	73	38.0%
	Mas de 18 años	6	3.1%
Sexo	Masculino	89	46.4%
	Femenino	103	53.6%
Procedencia	Arequipa	163	84.9%
	Otros	29	15.1%
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	SECUNDARIA INCOMPLETA	4	2.1%
	SECUNDARIA COMPLETA	186	96.9%
	SUPERIOR INCOMPLETA	2	1.0%
COMO CONSIDERA LA CONVIVENCIA	AMBOS PADRES	140	72.9%
	SOLO PADRE	1	.5%
	SOLO MADRE	47	24.5%
	TIOS	2	1.0%
	ABUELOS	0	0.0%
	OTROS	2	1.0%
DEPENDENCIA ECONOMICA	AMBOS PADRES	143	74.5%
	SOLO PADRE	34	17.7%
	SOLO MADRE	15	7.8%
	TIOS	0	0.0%
	ABUELOS	0	0.0%
	OTROS	0	0.0%

Fuente: elaboración propia

Tabla N° 14: Resumen de variables de Perfil sociodemográfico

Variables		Frecuencia	Porcentaje
COLEGIO DE PROCEDENCIA	NACIONAL	10	5.2%
	PARTICULAR	134	69.8%
	PARROQUIAL	48	25.0%
RELACION SOCIAL CON COMPAÑEROS	MUY BUENA	31	16.1%
	BUENA	125	65.1%
	REGULAR	32	16.7%
	MALA	4	2.1%
	MUY MALA	0	0.0%
DESEMPEÑO ESCOLAR	MUY BUENO	12	6.3%
	BUENO	111	57.8%
	REGULAR	62	32.3%
	MALO	7	3.6%
	MUY MALO	0	0.0%
RELACION ENTRE PADRES	MUY BUENO	13	6.8%
	BUENO	96	50.0%
	REGULAR	74	38.5%
	MALO	9	4.7%
	MUY MALO	0	0.0%
RELACION CON PADRES	MUY BUENO	6	3.1%
	BUENO	59	30.7%
	REGULAR	110	57.3%
	MALO	17	8.9%
	MUY MALO	0	0.0%
AREA DE CARRERA A LA QUE POSTULA	INGENIERIAS	57	29.7%
	BIOMEDICAS	111	57.8%
	CIENCIAS SOCIALES	24	12.5%
NUMERO DE VECES QUE SE MATRICULO A PRECA	UNA VEZ	60	31.3%
	DOS VECES	85	44.3%
	MAS DE DOS VECES	47	24.5%
ESTUDIO DE TEMAS DE PRECA	MENOS DE DOS HORAS	13	6.8%
	DOS HORAS	100	52.1%
	MAS DE DOS HORAS	79	41.1%

Fuente: elaboración propia

“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Tabla 15: Nivel de Relaciones Intrafamiliares

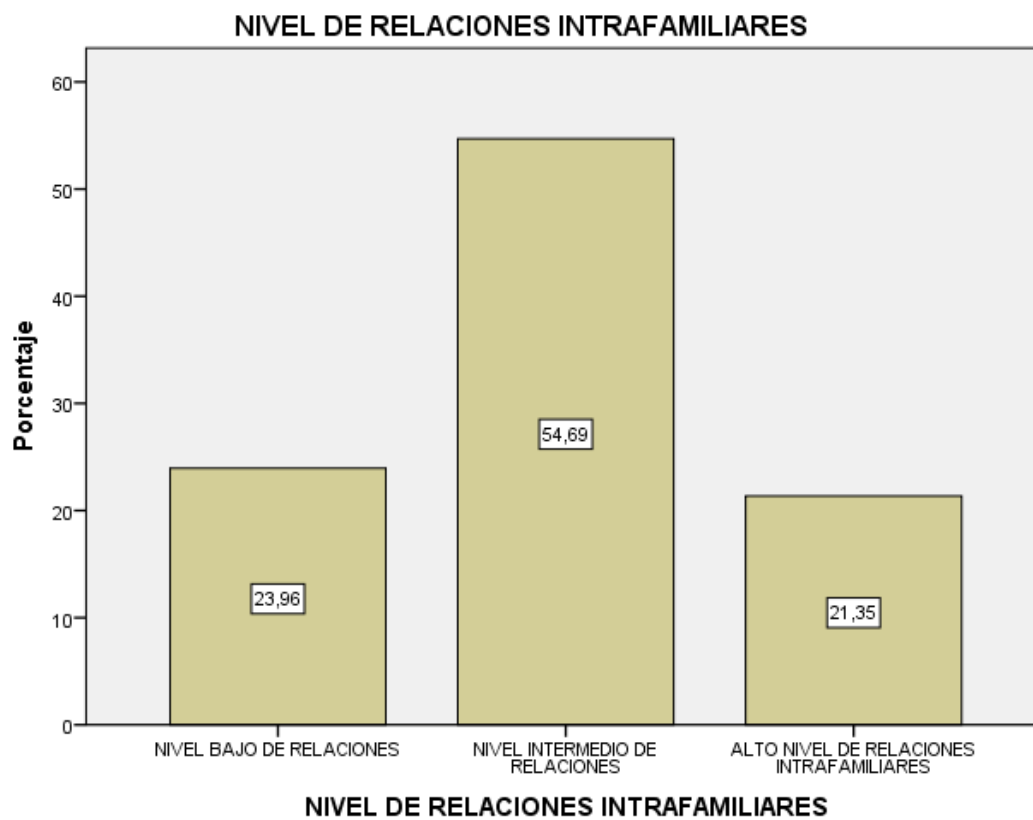
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
NIVEL BAJO DE RELACIONES	46	24,0	24,0	24,0
NIVEL INTERMEDIO DE RELACIONES	105	54,7	54,7	78,6
ALTO NIVEL DE RELACIONES INTRAFAMILIARES	41	21,4	21,4	100,0
Total	192	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

La Tabla N°15 muestra que de la población observada, el 54,7% tiene un Nivel Intermedio de Relaciones Intrafamiliares.

“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Gráfico N°15: Nivel de Relaciones Intrafamiliares



Fuente: elaboración propia

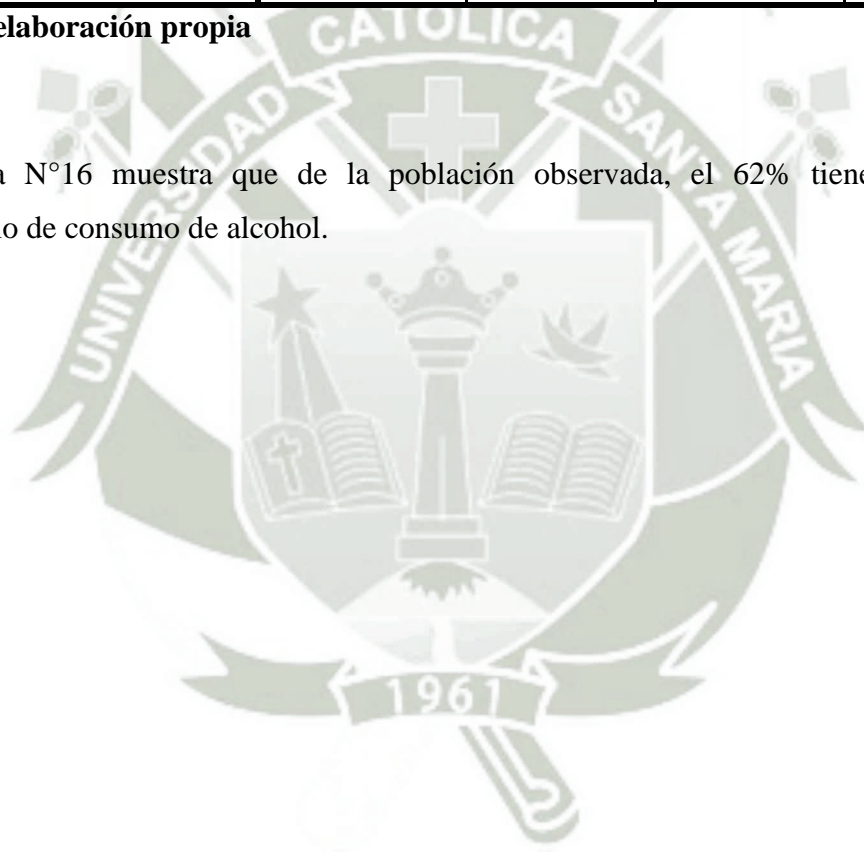
“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Tabla N°16: Nivel de Consumo de Alcohol

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
BAJO	40	20,8	20,8	20,8
INTERMEDIO	119	62,0	62,0	82,8
ALTO	33	17,2	17,2	100,0
Total	192	100,0	100,0	

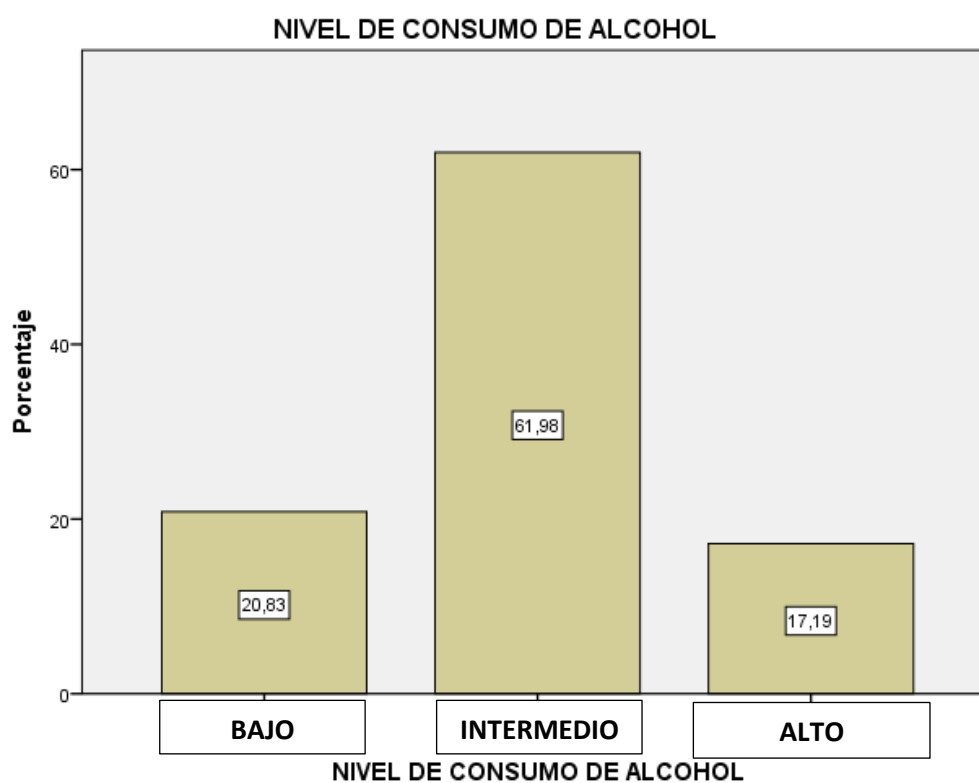
Fuente: elaboración propia

La Tabla N°16 muestra que de la población observada, el 62% tiene un Nivel intermedio de consumo de alcohol.



“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Gráfico N°16 : Nivel de consumo de Alcohol



Fuente: elaboración propia

“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Tabla N°17 : Relación entre Nivel de Relaciones Intrafamiliares y Sexo

		NIVEL DE RELACIONES INTRAFAMILIARES						Total	
		NIVEL BAJO DE RELACIONES		NIVEL INTERMEDIO DE RELACIONES		ALTO NIVEL DE RELACIONES INTRAFAMILIARES			
		f	%	f	%	f	%	F	%
Sexo	Masculino	22	11,5	49	25,5	18	9,4	89	46,4
	Femenino	24	12,5	56	29,2	23	12,0	103	53,6

$$X^2 = 21.804$$

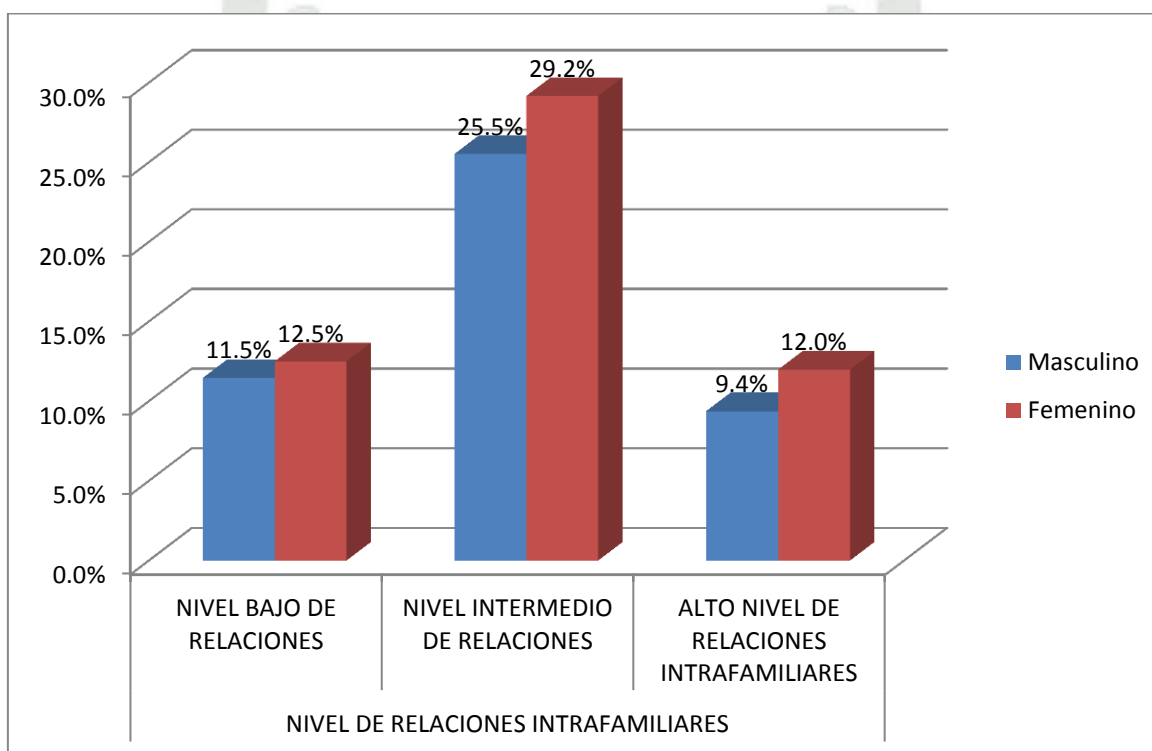
$$P < 0.05 \text{ (P= 0.001)}$$

Fuente: elaboración propia

La Tabla N°17, se aprecia que el 29,2% del sexo femenino tiene un Nivel intermedio de Relaciones Intrafamiliares, frente al 25,5% del sexo masculino. Siendo este resultado estadísticamente significativo.

“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

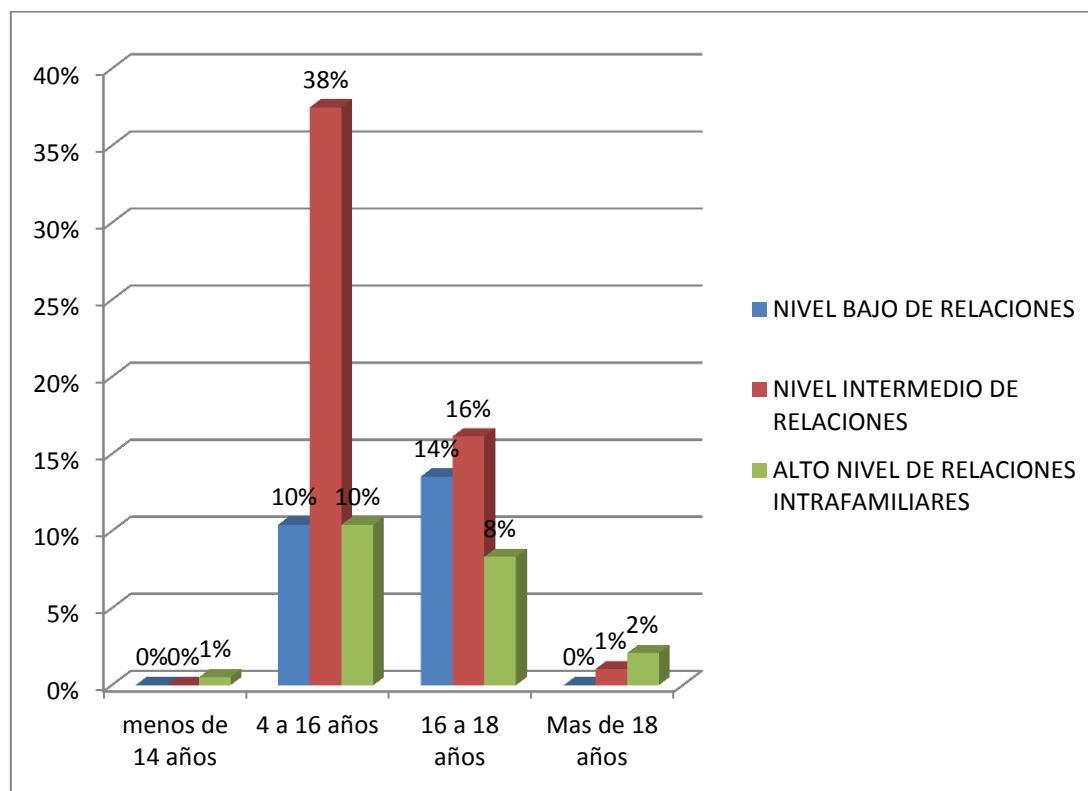
Gráfico N°17: Relación entre Nivel de Relaciones Intrafamiliares y Sexo



Fuente: elaboración propia

“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Gráfico N°18 : Relación entre Nivel de Relaciones Intrafamiliares y edad



$X^2 = 21.804$

$P < 0.05$ ($P = 0.001$)

Fuente: elaboración propia

Gráfico N°18, se aprecia que el 38% de los adolescentes con Nivel bajo de relaciones intrafamiliares, tienen entre 14 a 16 años de edad. Siendo este resultado estadísticamente significativo.

“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Tabla N°19: Relación entre Nivel de Relaciones Intrafamiliares y lugar de procedencia

		NIVEL DE RELACIONES INTRAFAMILIARES						Total	
		NIVEL BAJO DE RELACIONES		NIVEL INTERMEDIO DE RELACIONES		ALTO NIVEL DE RELACIONES INTRAFAMILIARES			
		f	%	f	%	f	%		
Procedencia	Arequipa	38	19,8	92	47,9	33	17,2	163	84,9
	Otros	8	4,2	13	6,8	8	4,2	29	15,1

$X^2 = 11.195$ $P > 0.05$ ($P = 0.083$)

Fuente: elaboración propia

La Tabla N°19, se aprecia que el 47,9% de los adolescentes con Nivel intermedio de Relaciones Intrafamiliares procede de Arequipa, frente al 6,8% que procede de otro lugar. Estas variables no presentan relación estadística significativa.

“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Tabla N°20 : Relación entre Nivel de Relaciones Intrafamiliares y Persona con la cual conviven

		NIVEL DE RELACIONES INTRAFAMILIARES						Total	
		NIVEL BAJO DE RELACIONES		NIVEL INTERMEDIO DE RELACIONES		ALTO NIVEL DE RELACIONES INTRAFAMILIARES			
		f	%	f	%	f	%	f	%
CONVIVENCIA	AMBOS PADRES	35	18,2	82	42,7	23	12,0	140	72,9
	SOLO PADRE	1	0,5	0	0,0	0	0,0	1	0,5
	SOLO MADRE	8	4,2	22	11,5	17	8,9	47	24,5
	TIOS	1	0,5	1	0,5	0	0,0	2	1,0
	OTROS	1	0,5	0	0,0	1	0,5	2	1,0

$$X^2 = 2.127$$

$$P < 0.05 \text{ (} P = 0.036 \text{)}$$

Fuente: elaboración propia

La Tabla N°20, se aprecia que el 42,7% de los adolescentes que convive con ambos padres presentan un Nivel Intermedio de Relaciones Intrafamiliares, frente al 11,5% de adolescentes que convive solo con la madre. Siendo este resultado estadísticamente significativo.

“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Tabla N°21 : Relación entre Nivel de Relaciones Intrafamiliares y Dependencia Económica

		NIVEL DE RELACIONES INTRAFAMILIARES						Total	
		NIVEL BAJO DE RELACIONES		NIVEL INTERMEDIO DE RELACIONES		ALTO NIVEL DE RELACIONES INTRAFAMILIARES			
		f	%	f	%	f	%	f	%
DEPENDENCIA ECONOMICA	AMBOS PADRES	32	16,7	78	40,6	33	17,2	143	74,5
	SOLO PADRE	11	5,7	17	8,9	6	3,1	34	17,7
	SOLO MADRE	3	1,6	10	5,2	2	1,0	15	7,8

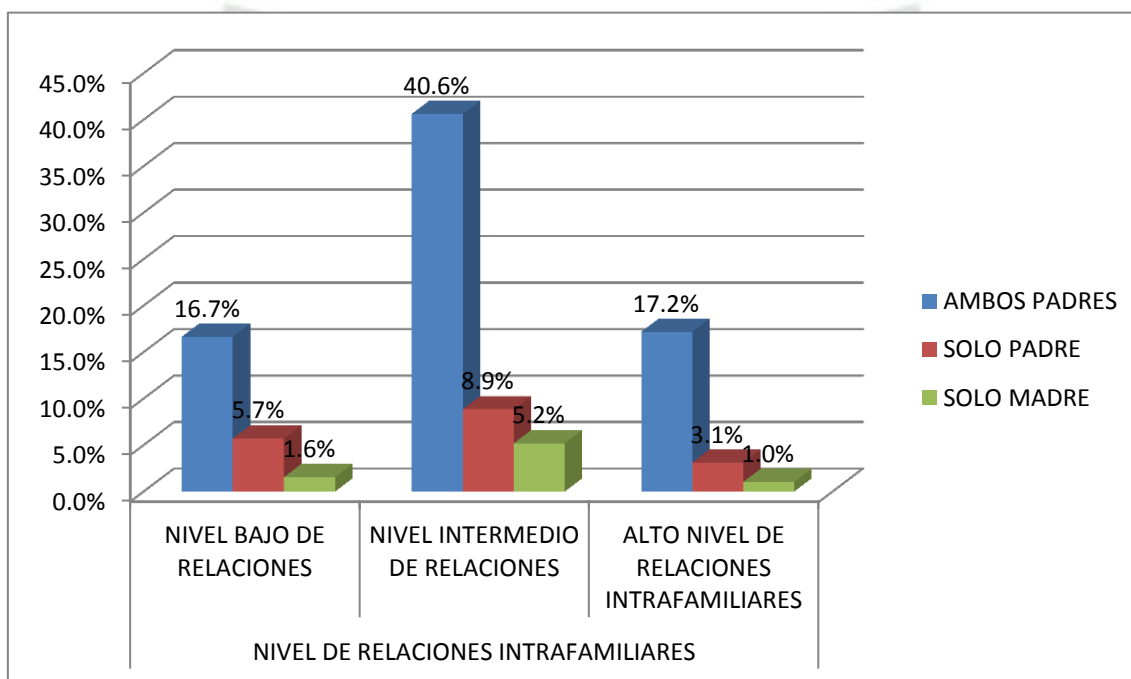
$X^2 = 1.416$ $P < 0.05$ ($P = 0.049$)

Fuente: elaboración propia

La Tabla N°21, se aprecia que el 40,6% de adolescentes que presentan un Nivel Intermedio de Relaciones Intrafamiliares dependen económicamente de ambos padres. Siendo este resultado estadísticamente significativo.

“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Gráfico N°21 : Relación entre el nivel de relaciones intrafamiliares y la dependencia económica



Fuente: elaboración propia

“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Tabla N°22 : Relación entre Nivel de Relaciones Intrafamiliares y Colegio de procedencia

		NIVEL DE RELACIONES INTRAFAMILIARES						Total	
		NIVEL BAJO DE RELACIONES		NIVEL INTERMEDIO DE RELACIONES		ALTO NIVEL DE RELACIONES INTRAFAMILIARES			
		f	%	f	%	f	%	f	%
COLEGIO DE PROCEDENCIA A	NACIONAL	3	1,6	5	2,6	2	1,0	10	5,2
	PARTICULAR	30	15,6	78	40,6	26	13,5	134	69,8
	PARROQUIAL	13	6,8	22	11,5	13	6,8	48	25,0

$X^2 = 2.3178$ $P > 0.05$ ($P = 0.314$)

Fuente: elaboración propia

La Tabla N°22, se aprecia que el 40,6% de los adolescentes con Nivel Intermedio de Relaciones Intrafamiliares procede de un colegio particular. Estos resultados son estadísticamente significativos.

“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Tabla N°23: Relación entre Nivel de Relaciones Intrafamiliares y Relación social con sus compañeros

		NIVEL DE RELACIONES INTRAFAMILIARES						Total	
		NIVEL BAJO DE RELACIONES		NIVEL INTERMEDIO DE RELACIONES		ALTO NIVEL DE RELACIONES INTRAFAMILIARES			
		f	%	f	%	f	%	f	%
RELACION SOCIAL CON COMPAÑEROS	MUY BUENA	7	3,6	18	9,4	6	3,1	31	16,1
	BUENA	31	16,1	67	34,9	27	14,1	125	65,1
	REGULAR	6	3,1	19	9,9	7	3,6	32	16,7
	MALA	2	1,0	1	0,5	1	0,5	4	2,1

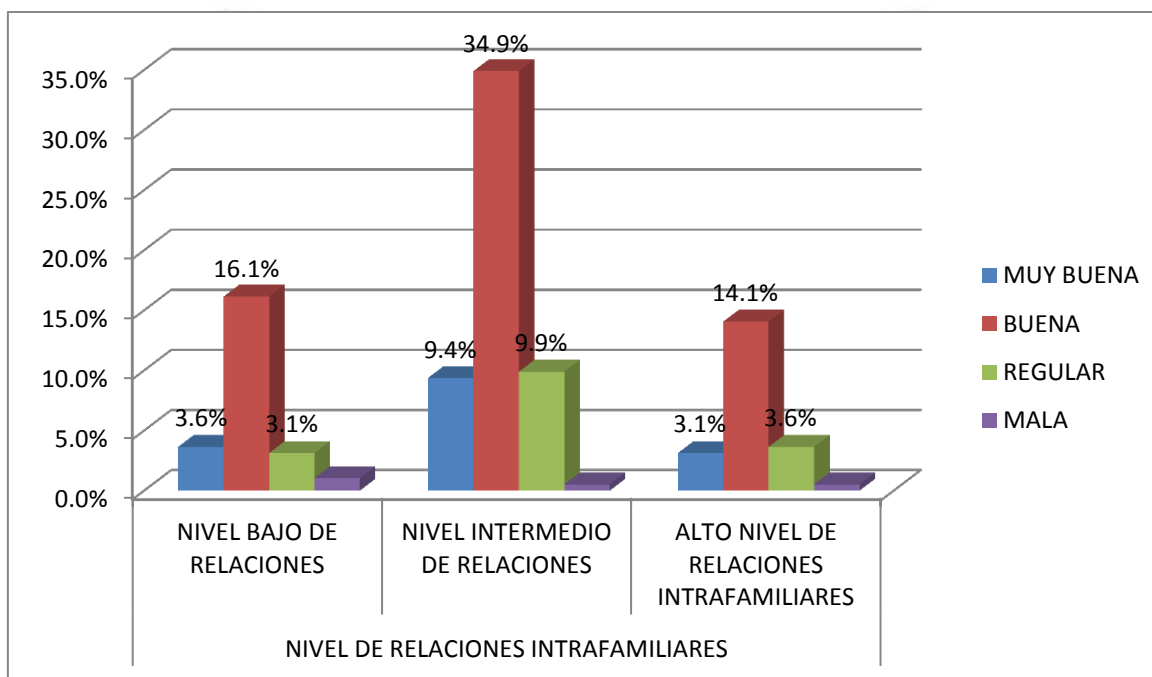
$X^2 = 3.859$ $P < 0.05$ ($P = 0.042$)

Fuente: elaboración propia

La Tabla N°23, se aprecia que el 44,3% de los adolescentes con Nivel Intermedio de Relaciones Intrafamiliares presentan muy buena o buena relación social con sus compañeros, mientras que el 9,9% presenta regular relación con sus compañeros. Siendo estos resultados estadísticamente significativos.

“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Gráfico N°23 : Relación entre Nivel de Relación intrafamiliar y Relación social con sus compañeros



Fuente: elaboración propia



“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Tabla 24: Relación entre Nivel de Relaciones Intrafamiliares y Desempeño escolar

		NIVEL DE RELACIONES INTRAFAMILIARES						Total	
		NIVEL BAJO DE RELACIONES		NIVEL INTERMEDIO DE RELACIONES		ALTO NIVEL DE RELACIONES INTRAFAMILIARES			
		f	%	f	%	f	%	f	%
DESEMPEÑO ESCOLAR	MUY BUENO	1	0,5	8	4,2	3	1,6	12	6,3
	BUENO	22	11,5	64	33,3	25	13,0	111	57,8
	REGULAR	22	11,5	27	14,1	13	6,8	62	32,3
	MALO	1	0,5	6	3,1	0	0,0	7	3,6

$X^2 = 1.497$

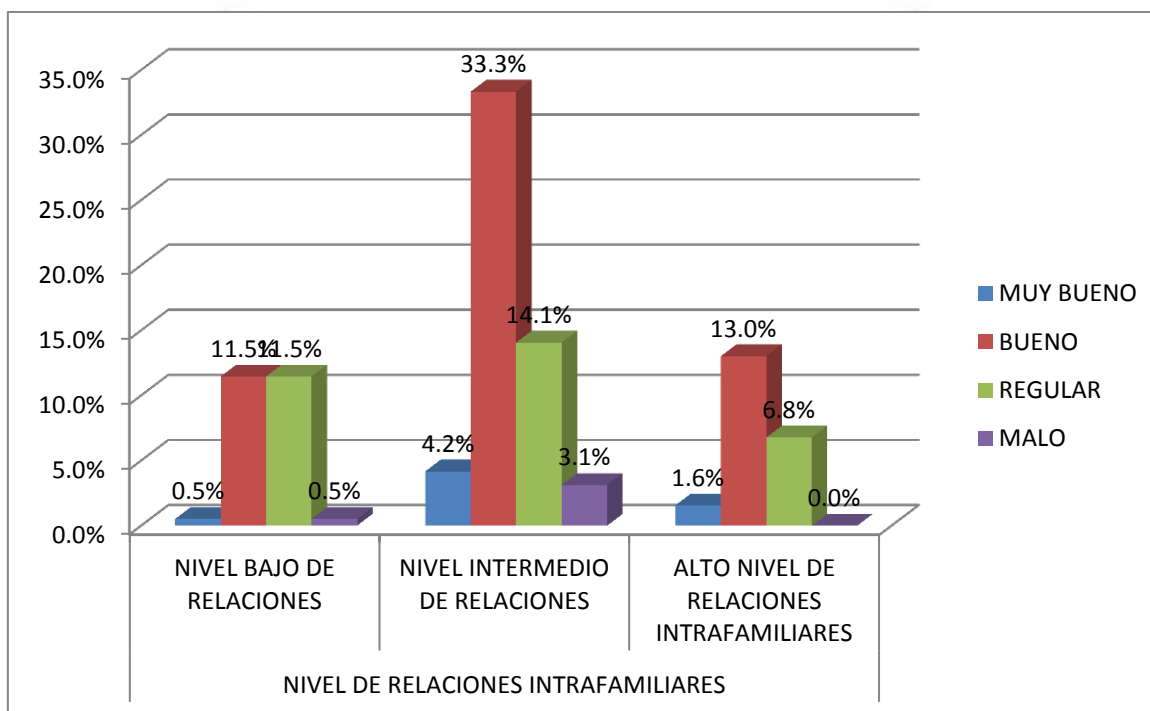
$P < 0.05$ ($P = 0.027$)

Fuente: elaboración propia

La Tabla N°24, se aprecia que el 33,3% de adolescentes con Nivel Intermedio de Relaciones Intrafamiliares considera tener buen desempeño escolar, el 14,1% considera tener regular desempeño escolar, el 4,2% considera tener muy buen rendimiento escolar, solo el 3,1% considera tener mal rendimiento escolar. Siendo estos resultados estadísticamente significativos.

“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Gráfico N°24 : Relación entre Nivel de relaciones intrafamiliares y Desempeño escolar



Fuente: elaboración propia



“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Tabla N°25: Relación entre Nivel de Relaciones Intrafamiliares y Relación entre Padres

		NIVEL DE RELACIONES INTRAFAMILIARES						Total	
		NIVEL BAJO DE RELACIONES		NIVEL INTERMEDIO DE RELACIONES		ALTO NIVEL DE RELACIONES INTRAFAMILIARES			
		f	%	f	%	f	%	f	%
RELACION ENTRE PADRES	MUY BUENO	1	0,5	3	1,6	9	4,7	13	6,8
	BUENO	15	7,8	56	29,2	25	13,0	96	50,0
	REGULAR	21	10,9	46	24,0	7	3,6	74	38,5
	MALO	9	4,7	0	0,0	0	0,0	9	4,7

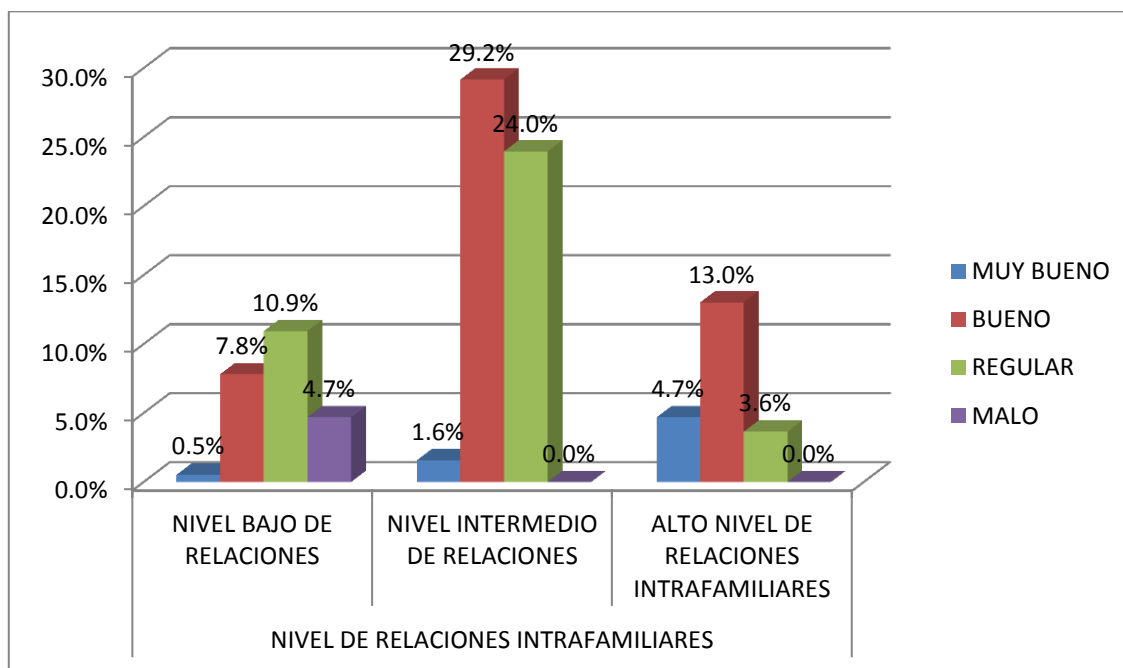
$X^2 = 14.953$ $P < 0.05$ ($P = 0.016$)

Fuente: elaboración propia

La Tabla N°25, se aprecia que el 29,2% de adolescentes con Nivel intermedio de Relaciones Intrafamiliares consideran que sus padres tienen una buena relación, el 24% considera que sus padres tienen una regular relación. Siento estos resultados estadísticamente significativos.

“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Gráfico N°25 : Relación entre Nivel de relaciones intrafamiliares y Relación entre padres



Fuente: elaboración propia

“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Tabla N°26: Relación entre Nivel de Relaciones Intrafamiliares y Relación con los padres

		NIVEL DE RELACIONES INTRAFAMILIARES						Total	
		NIVEL BAJO DE RELACIONES		NIVEL INTERMEDIO DE RELACIONES		ALTO NIVEL DE RELACIONES INTRAFAMILIARES			
		f	%	f	%	f	%	f	%
RELACION CON PADRES	MUY BUENO	0	0,0	0	0,0	6	3,1	6	3,1
	BUENO	3	1,6	34	17,7	22	11,5	59	30,7
	REGULAR	29	15,1	68	35,4	13	6,8	110	57,3
	MALO	14	7,3	3	1,6	0	0,0	17	8,9

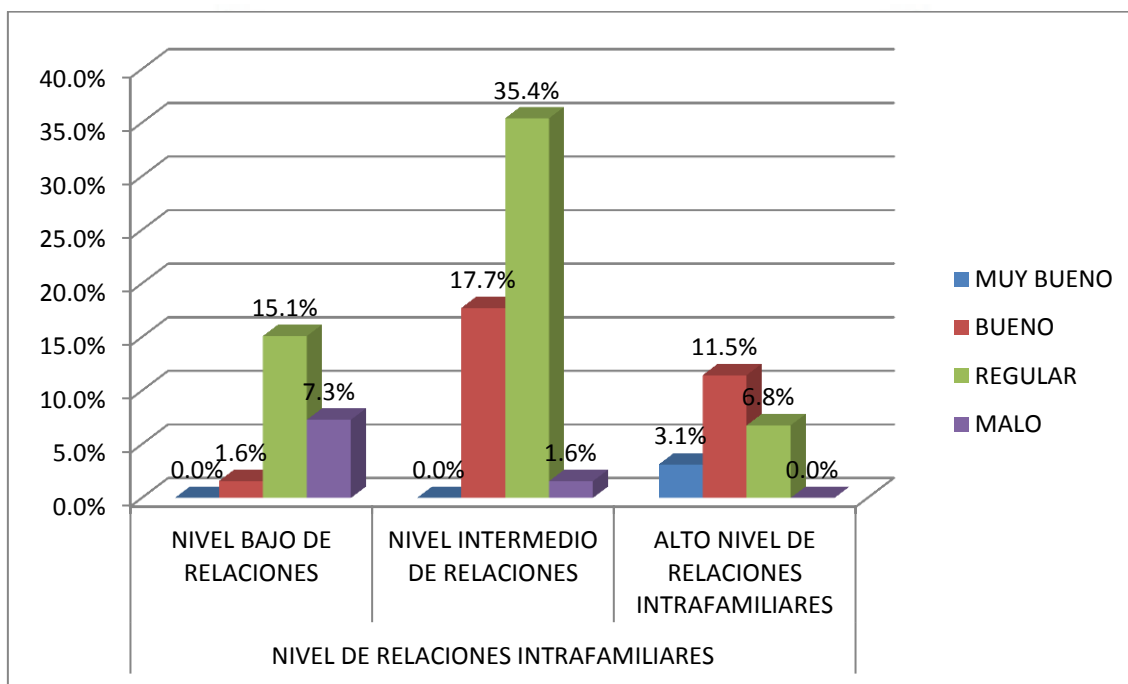
$X^2 = 12.980$ $P < 0.05$ ($P = 0.013$)

Fuente: elaboración propia

La Tabla N°26, se aprecia que el 35,4% de los adolescentes con Nivel Intermedio de Relaciones Intrafamiliares considera presentar una regular Relación con sus padres, el 17,7% considera presentar buena Relación con sus padres, el 1,6% considera presentar mala relación con sus padres. Siendo estos resultados estadísticamente significativos.

“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Gráfico N°26: Relación entre Nivel de Relaciones Intrafamiliares y Relación con los padres



Fuente: elaboración propia

“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Tabla N°27: Relación entre Nivel de Relaciones Intrafamiliares y Área de carrera a la que postula

		NIVEL DE RELACIONES INTRAFAMILIARES						Total	
		NIVEL BAJO DE RELACIONES		NIVEL INTERMEDIO DE RELACIONES		ALTO NIVEL DE RELACIONES INTRAFAMILIARES			
		f	%	f	%	f	%	f	%
AREA DE CARRERA A LA QUE POSTULA	INGENIERIAS	17	8,9	31	16,1	9	4,7	57	29,7
	BIOMEDICAS	23	12,0	64	33,3	24	12,5	111	57,8
	CIENCIAS SOCIALES	6	3,1	10	5,2	8	4,2	24	12,5

$X^2 = 2.647$ $P > 0.05$ ($P = 0.618$)

Fuente: elaboración propia

La Tabla N°27, se aprecia que el 33,3% de adolescente con Nivel Intermedio de Relaciones Intrafamiliares postula al Área de Biomédicas. Las variables no guardan relación estadística significativa.

“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Tabla N°28 : Relación entre Nivel de Relaciones Intrafamiliares y el Número de veces que se matriculó en el Centro de estudios Preuniversitario de la UCSM

		NIVEL DE RELACIONES INTRAFAMILIARES						Total	
		NIVEL BAJO DE RELACIONES		NIVEL INTERMEDIO DE RELACIONES		ALTO NIVEL DE RELACIONES INTRAFAMILIARES			
		f	%	f	%	f	%		
NUMERO DE VECES QUE SE MATRICULO EN PRECATÓLICA	UNA VEZ	11	5,7	36	18,8	13	6,8	60	31,3
	DOS VECES	26	13,5	42	21,9	17	8,9	85	44,3
	MAS DE DOS VECES	9	4,7	27	14,1	11	5,7	47	24,5

$$X^2 = 7.442$$

$$P < 0.05 \text{ (P= 0.014)}$$

Fuente: elaboración propia

La Tabla N°28, se aprecia que el 36% de los adolescentes con Nivel Intermedio de relaciones Intrafamiliares se matriculó dos o más veces en el Centro de estudios preuniversitario de la UCSM. Siendo estos resultados estadísticamente significativos.

“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Tabla N°29 : Relación entre el nivel de relaciones intrafamiliares y el número de horas de estudio

		NIVEL DE RELACIONES INTRAFAMILIARES						Total	
		NIVEL BAJO DE RELACIONES		NIVEL INTERMEDIO DE RELACIONES		ALTO NIVEL DE RELACIONES INTRAFAMILIARES			
		f	%	f	%	f	%	f	%
ESTUDIO DE TEMAS DE PRE-CATOLICA	MENOS DE DOS HORAS	6	3,1	5	2,6	2	1,0	13	6,8
	DOS HORAS	29	15,1	49	25,5	22	11,5	100	52,1
	MAS DE DOS HORAS	11	5,7	51	26,6	17	8,9	79	41,1

$X^2= 2.503$ $P>0.05$ ($P= 0.644$)

Fuente: elaboración propia

En la TABLA N°29, se aprecia que el 52,16% de los adolescentes con Nivel Intermedio de Relaciones Intrafamiliares estudian dos o más horas al día. Los resultados no presentan relación estadística significativa.

Tabla N°30 : Tabla resumen entre el nivel de relaciones intrafamiliares y variables sociodemográficas

		NIVEL DE RELACIONES INTRAFAMILIARES						X ²	p
		NIVEL BAJO DE RELACIONES		NIVEL INTERMEDIO DE RELACIONES		ALTO NIVEL DE RELACIONES INTRAFAMILIARES			
		f	%	f	%	f	%		
SEXO	Masculino	22	12	49	26	18	9	21.804	0.001
	Femenino	24	13	56	29	23	12		
CONVIVENCIA	AMBOS PADRES	35	18	82	43	23	12	2.127	0.036
	SOLO PADRE	1	1	0	0	0	0		
	SOLO MADRE	8	4	22	12	17	9		
	TIOS	1	1	1	1	0	0		
	ABUELOS	0	0	0	0	0	0		
	OTROS	1	1	0	0	1	1		
DEPENDENCIA ECONOMICA	AMBOS PADRES	32	17	78	41	33	17	1.416	0.049
	SOLO PADRE	11	6	17	9	6	3		
	SOLO MADRE	3	2	10	5	2	1		
	TIOS	0	0	0	0	0	0		
	ABUELOS	0	0	0	0	0	0		
	OTROS	0	0	0	0	0	0		
RELACION SOCIAL CON COMPAÑEROS	MUY BUENA	7	4	18	9	6	3	32.859	0.042
	BUENA	31	16	67	35	27	14		
	REGULAR	6	3	19	10	7	4		
	MALA	2	1	1	1	1	1		
	MUY MALA	0	0	0	0	0	0		
DESEMPEÑO ESCOLAR	MUY BUENO	1	1	8	4	3	2	1.497	0.027
	BUENO	22	12	64	34	25	13		
	REGULAR	22	12	27	14	13	7		
	MALO	1	1	6	3	0	0		
	MUY MALO	0	0	0	0	0	0		
RELACION ENTRE PADRES	MUY BUENO	1	1	3	2	9	5	14.953	0.016
	BUENO	15	8	56	29	25	13		
	REGULAR	21	11	46	24	7	4		
	MALO	9	5	0	0	0	0		
	MUY MALO	0	0	0	0	0	0		
RELACION CON PADRES	MUY BUENO	0	0	0	0	6	3	12.98	0.013
	BUENO	3	2	34	18	22	12		
	REGULAR	29	15	68	36	13	7		
	MALO	14	7	3	2	0	0		
	MUY MALO	0	0	0	0	0	0		
NUMERO DE VECES QUE SE MATRICULO A PRECA	UNA VEZ	11	6	36	19	13	7	7.442	0.014
	DOS VECES	26	14	42	22	17	9		
	MAS DE DOS VECES	9	5	27	14	11	6		

“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Tabla N°31 : Relación entre el nivel de consumo de alcohol y el sexo.

		NIVEL DE CONSUMO DE ALCOHOL						Total	
		NIVEL BAJO DE CONSUMO DE ALCOHOL		NIVEL INTERMEDIO DE CONSUMO DE ALCOHOL		NIVEL ALTO DE CONSUMO DE ALCOHOL			
		f	%	f	%	f	%	f	%
Sexo	Masculino	19	9,9	54	28,1	16	8,3	89	46,4
	Femenino	21	10,9	65	33,9	17	8,9	103	53,6

$$X^2 = 8.459$$

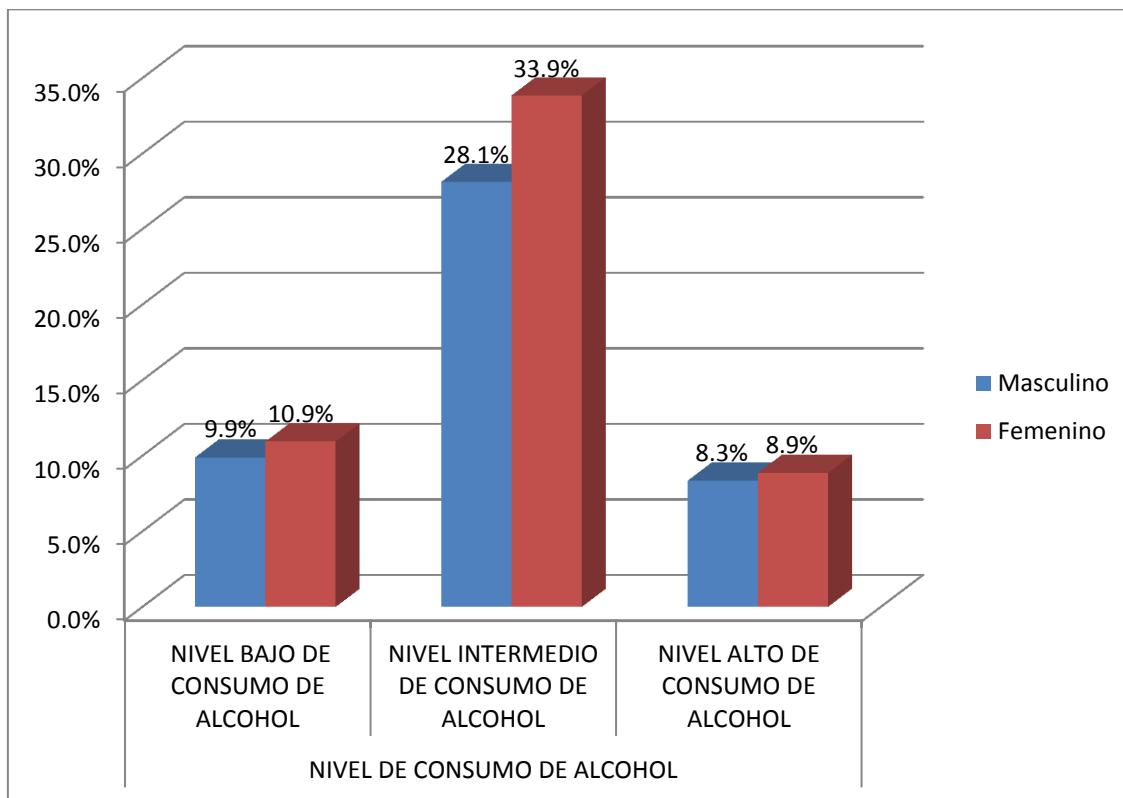
$$P < 0.05 \text{ (} P = 0.037 \text{)}$$

Fuente: elaboración propia

En la TABLA N°31, se aprecia que el 33,9% de los adolescentes con Nivel Intermedio de Consumo de Alcohol son de sexo femenino, y el 28,1% de los mismos son de sexo masculino. Siendo estos resultados estadísticamente significativos.

“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

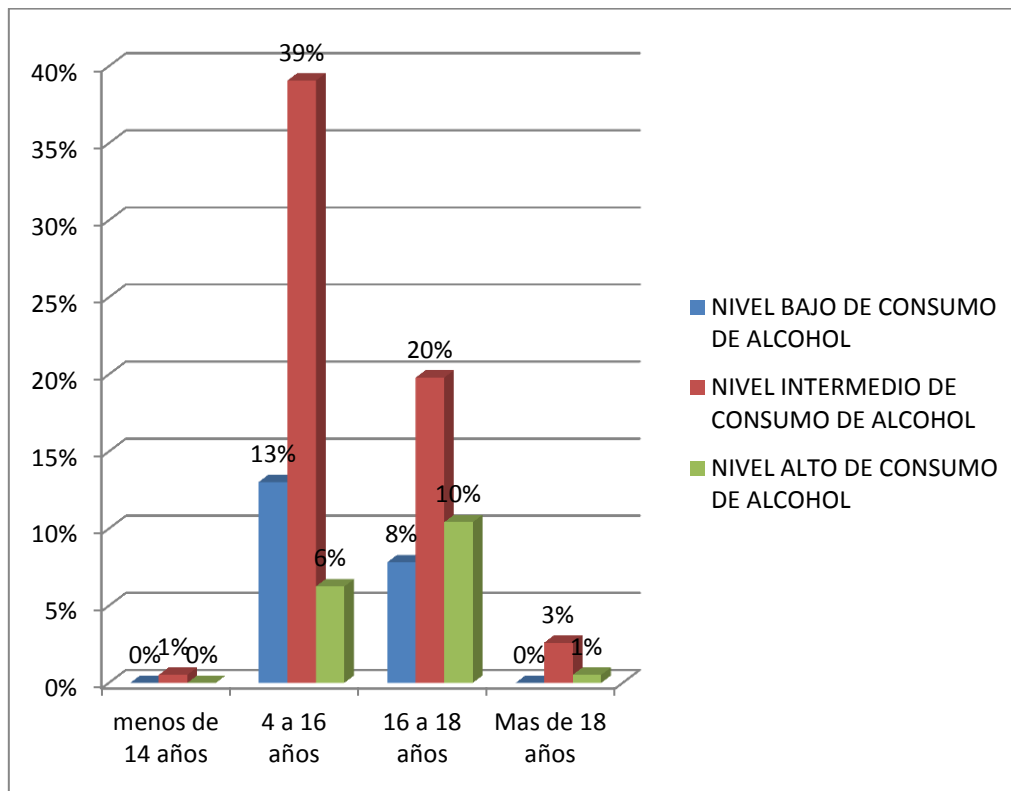
Gráfico N°31 : Relación entre el Nivel de consumo de alcohol y el sexo



Fuente: elaboración propia

“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Gráfico N°32 : Relación entre el Nivel de consumo de alcohol y edad



$X^2 = 11.195$ $P > 0.05$ ($P = 0.083$)

Fuente: elaboración propia

GRÁFICO N°32, se aprecia que el 39% de los adolescentes con Nivel Intermedio de Consumo de Alcohol tienen entre 14 a 16 años. Los resultados no presentan relación estadística significativa.

“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Tabla N°33 : Relación entre el nivel de consumo de alcohol y lugar de Procedencia

		NIVEL DE CONSUMO DE ALCOHOL						Total	
		NIVEL BAJO DE CONSUMO DE ALCOHOL		NIVEL INTERMEDIO DE CONSUMO DE ALCOHOL		NIVEL ALTO DE CONSUMO DE ALCOHOL			
		f	%	f	%	f	%		
Procedencia	Arequipa	37	19,3	99	51,6	27	14,1	163	84,9
	Otros	3	1,6	20	10,4	6	3,1	29	15,1

$$X^2 = 2.512$$

$$P > 0.05 \quad (P = 0.867)$$

Fuente: elaboración propia

En la Tabla N°33, se aprecia que el 51,6% de los adolescentes con Nivel Intermedio de Consumo de Alcohol proceden de Arequipa. Los resultados no presentan relación estadística significativa.

“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Tabla N°34 : Relación entre el nivel de consumo de alcohol y persona con la cual convive

		NIVEL DE CONSUMO DE ALCOHOL						Total	
		NIVEL BAJO DE CONSUMO DE ALCOHOL		NIVEL INTERMEDIO DE CONSUMO DE ALCOHOL		NIVEL ALTO DE CONSUMO DE ALCOHOL			
		f	%	f	%	f	%	f	%
CONVIVENCIA	AMBOS PADRES	31	16,1	88	45,8	21	10,9	140	72,9
	SOLO PADRE	0	0,0	0	0,0	1	0,5	1	0,5
	SOLO MADRE	7	3,6	31	16,1	9	4,7	47	24,5
	TIOS	1	0,5	0	0,0	1	0,5	2	1,0
	OTROS	1	0,5	0	0,0	1	0,5	2	1,0

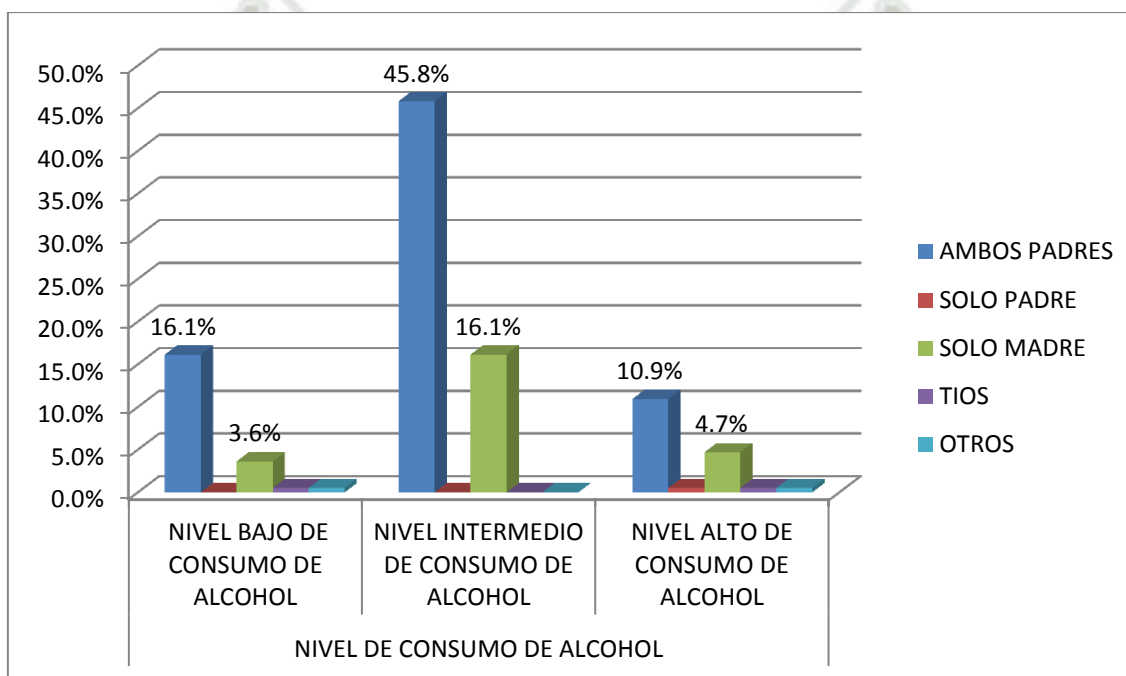
$X^2 = 10.505$ $P < 0.05$ ($P = 0.010$)

Fuente: elaboración propia

En la Tabla N°34, se aprecia que el 45,8% de los adolescentes con nivel intermedio de consumo de Alcohol vive con ambos padres, mientras que el 27 vive solo con uno de los progenitores. Siendo estos resultados estadísticamente significativos.

“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Gráfico N°34 : Relación entre nivel de consumo de alcohol y persona con la cual convive



Fuente: elaboración propia

“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Tabla N°35 : Relación entre el nivel de consumo de alcohol y la dependencia económica.

		NIVEL DE CONSUMO DE ALCOHOL						Total	
		NIVEL BAJO DE CONSUMO DE ALCOHOL		NIVEL INTERMEDIO DE CONSUMO DE ALCOHOL		NIVEL ALTO DE CONSUMO DE ALCOHOL			
		f	%	f	%	f	%		
DEPENDENCIA ECONOMICA	AMBOS PADRES	30	15,6	91	47,4	22	11,5	143	74,5
	SOLO PADRE	10	5,2	18	9,4	6	3,1	34	17,7
	SOLO MADRE	0	0,0	10	5,2	5	2,6	15	7,8

$$X^2 = 10.248$$

$$P < 0.05 \text{ (} P = 0.015 \text{)}$$

Fuente: elaboración propia

En la Tabla N°35, se aprecia que el 47,4% de los adolescentes con Nivel Intermedio de Consumo de Alcohol dependen económicamente de ambos padres, mientras que el 14,7% depende económicamente de solo de un progenitor. Siendo estos resultados estadísticamente significativos.

“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Tabla N°36: Relación entre el nivel de consumo de alcohol y el colegio de procedencia

		NIVEL DE CONSUMO DE ALCOHOL						Total	
		NIVEL BAJO DE CONSUMO DE ALCOHOL		NIVEL INTERMEDIO DE CONSUMO DE ALCOHOL		NIVEL ALTO DE CONSUMO DE ALCOHOL			
		f	%	f	%	f	%		
COLEGIO DE PROCEDENCIA	NACIONAL	2	1,0	4	2,1	4	2,1	10	5,2
	PARTICULAR	31	16,1	86	44,8	17	8,9	134	69,8
	PARROQUIAL	7	3,6	29	15,1	12	6,3	48	25,0

$$X^2= 16.587 \quad P<0.05 (P= 0.001)$$

Fuente: elaboración propia

En la Tabla N°36, se aprecia que el 44,8% de los adolescentes con Nivel Intermedio de Consumo de Alcohol tienen como procedencia un colegio Particular, solo el 2,1% procede de un colegio Nacional. Siendo estos resultados estadísticamente significativos.

“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Tabla N°37 : Relación entre el nivel de consumo de alcohol y relación social con compañeros

		NIVEL DE CONSUMO DE ALCOHOL						Total	
		NIVEL BAJO DE CONSUMO DE ALCOHOL		NIVEL INTERMEDIO DE CONSUMO DE ALCOHOL		NIVEL ALTO DE CONSUMO DE ALCOHOL			
		f	%	f	%	f	%		
RELACION SOCIAL CON COMPAÑEROS	MUY BUENA	5	2,6	22	11,5	4	2,1	31	16,1
	BUENA	23	12,0	79	41,1	23	12,0	125	65,1
	REGULAR	10	5,2	16	8,3	6	3,1	32	16,7
	MALA	2	1,0	2	1,0	0	0,0	4	2,1

$$X^2 = 3.270$$

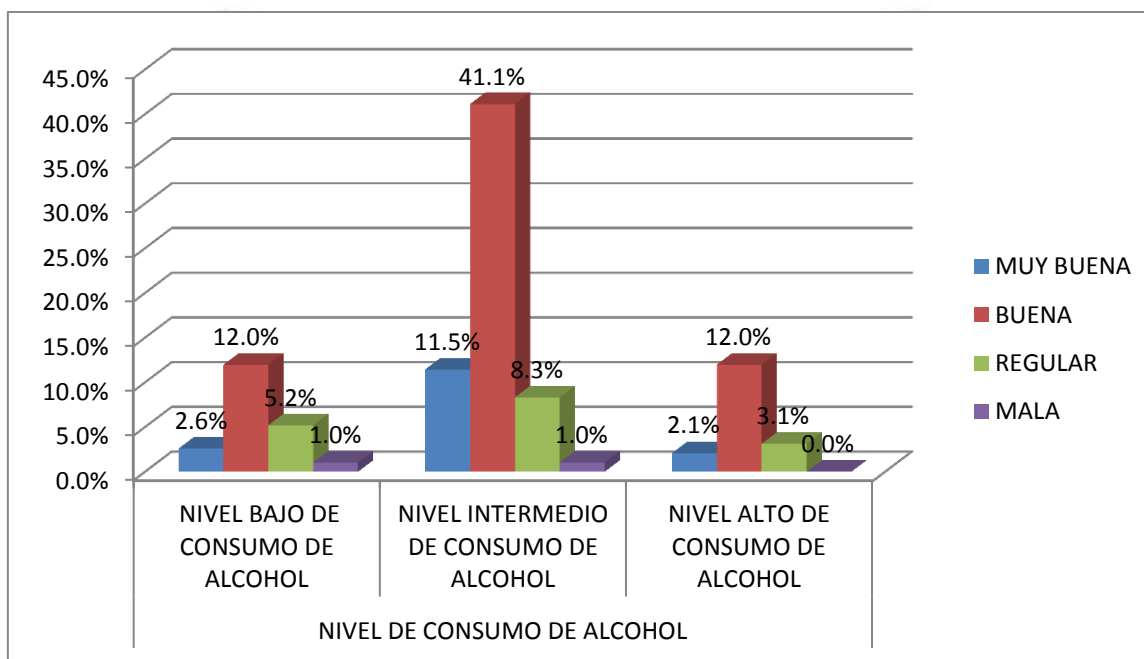
$$P < 0.05 (P = 0.03)$$

Fuente: elaboración propia

En la Tabla N°37, se aprecia que el 41,1% de los adolescentes con un Nivel Intermedio de Consumo de Alcohol considera tener una relación social buena con sus compañeros. Siendo estos resultados estadísticamente significativos.

“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Gráfico N°37: Relación entre en nivel de consumo de alcohol y relación social con compañeros



Fuente: elaboración propia

“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Tabla N°38 : Relación entre el nivel de consumo de alcohol y el desempeño escolar

		NIVEL DE CONSUMO DE ALCOHOL						Total	
		NIVEL BAJO DE CONSUMO DE ALCOHOL		NIVEL INTERMEDIO DE CONSUMO DE ALCOHOL		NIVEL ALTO DE CONSUMO DE ALCOHOL			
		f	%	f	%	f	%		
DESEMPEÑO ESCOLAR	MUY BUENO	3	1,6	8	4,2	1	0,5	12	6,3
	BUENO	26	13,5	71	37,0	14	7,3	111	57,8
	REGULAR	8	4,2	37	19,3	17	8,9	62	32,3
	MALO	3	1,6	3	1,6	1	0,5	7	3,6

$X^2 = 6.041$ $P < 0.05$ ($P = 0.018$)

Fuente: elaboración propia

En la Tabla N°38, se aprecia que el 41,2% de los adolescentes con un Nivel intermedio de consumo de Alcohol consideran tener buen desempeño escolar. Siendo estos resultados estadísticamente significativos

“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Tabla N°39: Relación entre el nivel de consumo de alcohol y la relación entre Padres

		NIVEL DE CONSUMO DE ALCOHOL						Total	
		NIVEL BAJO DE CONSUMO DE ALCOHOL		NIVEL INTERMEDIO DE CONSUMO DE ALCOHOL		NIVEL ALTO DE CONSUMO DE ALCOHOL			
		f	%	f	%	F	%	f	%
RELACION ENTRE PADRES	MUY BUENO	1	0,5	11	5,7	1	0,5	13	6,8
	BUENO	26	13,5	62	32,3	8	4,2	96	50,0
	REGULAR	13	6,8	46	24,0	15	7,8	74	38,5
	MALO	0	0,0	0	0,0	9	4,7	9	4,7

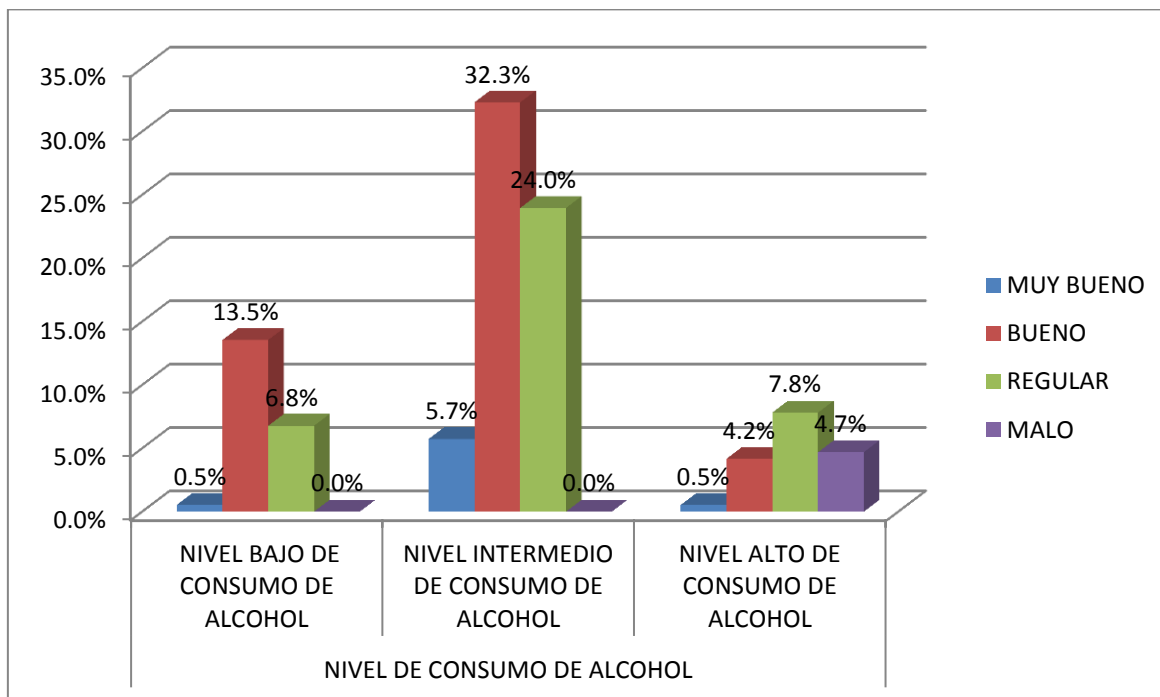
$X^2 = 7.342$ $P < 0.05$ ($P = 0.018$)

Fuente: elaboración propia

En la Tabla N°39, se aprecia que el 32,3% de los adolescentes con Nivel Intermedio de Consumo de Alcohol considera que sus padres tienen una relación buena, el 24,0% considera que sus padres tienen una relación regular, y el 5,7% consideran que la relación entre sus padres es muy buena. Siendo estos resultados estadísticamente significativos.

“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Gráfico N°39: Relación entre el nivel de consumo de alcohol y la relación entre padres



Fuente: elaboración propia

“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Tabla N°40: Relación entre el nivel de consumo de alcohol y la relación con padres

		NIVEL DE CONSUMO DE ALCOHOL						Total	
		NIVEL BAJO DE CONSUMO DE ALCOHOL		NIVEL INTERMEDIO DE CONSUMO DE ALCOHOL		NIVEL ALTO DE CONSUMO DE ALCOHOL			
		f	%	f	%	f	%	f	%
RELACION CON PADRES	MUY BUENO	1	0,5	4	2,1	1	0,5	6	3,1
	BUENO	15	7,8	38	19,8	6	3,1	59	30,7
	REGULAR	22	11,5	75	39,1	13	6,8	110	57,3
	MALO	2	1,0	2	1,0	13	6,8	17	8,9

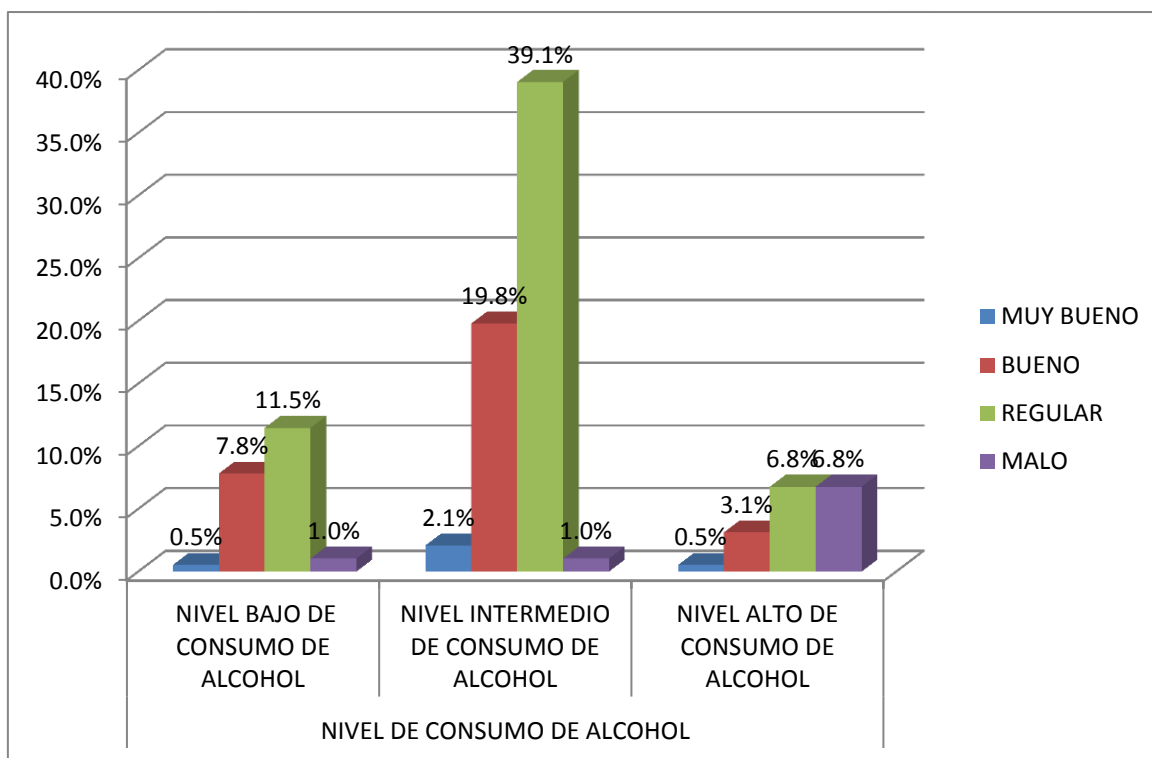
$X^2 = 4.682$ $P < 0.05$ ($P = 0.032$)

Fuente: elaboración propia

En la Tabla N°40, se aprecia que el 58,9% de los adolescentes que tienen un Nivel Intermedio de Consumo de Alcohol consideran tener entre regular y buena relación con sus padres.

“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Gráfico N°40: Relación entre el nivel de consumo de alcohol y la relación con los padres



Fuente: elaboración propia

“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Tabla N°41 : Relación entre el nivel de consumo de alcohol y el Área de carrera a la que postula

		NIVEL DE CONSUMO DE ALCOHOL						Total	
		NIVEL BAJO DE CONSUMO DE ALCOHOL		NIVEL INTERMEDIO DE CONSUMO DE ALCOHOL		NIVEL ALTO DE CONSUMO DE ALCOHOL			
		f	%	f	%	f	%	f	%
AREA DE CARRERA A LA QUE POSTULA	INGENIERIAS	16	8,3	30	15,6	11	5,7	57	29,7
	BIOMEDICAS	17	8,9	76	39,6	18	9,4	111	57,8
	CIENCIAS SOCIALES	7	3,6	13	6,8	4	2,1	24	12,5

$X^2 = 5.862$ $P < 0.05$ ($P = 0.021$)

Fuente: elaboración propia

En la Tabla N°41, se aprecia que el 39,6% que tiene un Nivel Intermedio de Consumo de Alcohol postula al Área de Biomédicas. Siendo esta relación estadísticamente significativa.

“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Tabla 42 : Relación entre el nivel de Consumo de alcohol y el Número de veces que se matriculó al Centro Preuniversitario de la UCSM

		NIVEL DE CONSUMO DE ALCOHOL						Total	
		NIVEL BAJO DE CONSUMO DE ALCOHOL		NIVEL INTERMEDIO DE CONSUMO DE ALCOHOL		NIVEL ALTO DE CONSUMO DE ALCOHOL			
		f	%	f	%	F	%		
NUMERO DE VECES QUE SE MATRICULO A PRECA	UNA VEZ	20	10,4	32	16,7	8	4,2	60	31,3
	DOS VECES	11	5,7	60	31,3	14	7,3	85	44,3
	MAS DE DOS VECES	9	4,7	27	14,1	11	5,7	47	24,5

$$X^2= 3.782$$

$$P<0.05 (P= 0.043)$$

Fuente: elaboración propia

En la Tabla N°42, se aprecia que el 45,4% de los adolescentes con Nivel de Consumo Intermedio de Alcohol se han matriculado inscrito dos o más veces. Siendo estos resultados estadísticamente significativos.

“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Tabla N°43 : Relación entre el nivel de consumo de alcohol y número de horas de estudio

		NIVEL DE CONSUMO DE ALCOHOL						Total	
		NIVEL BAJO DE CONSUMO DE ALCOHOL		NIVEL INTERMEDIO DE CONSUMO DE ALCOHOL		NIVEL ALTO DE CONSUMO DE ALCOHOL			
		f	%	F	%	f	%	f	%
ESTUDIO DE TEMAS DE PRECA	MENOS DE DOS HORAS	2	1,0	4	2,1	7	3,6	13	6,8
	DOS HORAS	22	11,5	59	30,7	19	9,9	100	52,1
	MAS DE DOS HORAS	16	8,3	56	29,2	7	3,6	79	41,1

$$X^2= 10.602$$

$$P<0.05 (P= 0.031)$$

Fuente: elaboración propia

En la TABLA N°43, se aprecia que el 30,7% de los adolescentes que tienen un nivel intermedio de consumo de Alcohol estudian aproximadamente dos horas diarias. Siendo estos resultados estadísticamente significativos.

Tabla N° 44: Tabla resumen entre Nivel de Consumo de Alcohol y variables significativas de perfil sociodemográfico

		NIVEL DE CONSUMO DE ALCOHOL						X ²	p
		NIVEL BAJO DE CONSUMO DE ALCOHOL		NIVEL INTERMEDIO DE CONSUMO DE ALCOHOL		NIVEL ALTO DE CONSUMO DE ALCOHOL			
		f	%	f	%	f	%		
SEXO	Masculino	19	10	54	28	16	8	8.459	0.037
	Femenino	21	11	65	34	17	9		
CONVIVENCIA	AMBOS PADRES	31	16	88	46	21	11	10.505	0.01
	SOLO PADRE	0	0	0	0	1	1		
	SOLO MADRE	7	4	31	16	9	5		
	TIOS	1	1	0	0	1	1		
	ABUELOS	0	0	0	0	0	0		
	OTROS	1	1	0	0	1	1		
DEPENDENCIA ECONOMICA	AMBOS PADRES	30	16	91	48	22	12	10.2489	0.015
	SOLO PADRE	10	5	18	9	6	3		
	SOLO MADRE	0	0	10	5	5	3		
	TIOS	0	0	0	0	0	0		
	ABUELOS	0	0	0	0	0	0		
	OTROS	0	0	0	0	0	0		
COLEGIO DE PROCEDENCIA	NACIONAL	2	1	4	2	4	2	16.587	0.001
	PARTICULAR	31	16	86	45	17	9		
	PARROQUIAL	7	4	29	15	12	6		
RELACION SOCIAL CON COMPAÑEROS	MUY BUENA	5	3	22	12	4	2	3.27	0.03
	BUENA	23	12	79	41	23	12		
	REGULAR	10	5	16	8	6	3		
	MALA	2	1	2	1	0	0		
	MUY MALA	0	0	0	0	0	0		
DESEMPEÑO ESCOLAR	MUY BUENO	3	2	8	4	1	1	6.041	0.018
	BUENO	26	14	71	37	14	7		
	REGULAR	8	4	37	19	17	9		
	MALO	3	2	3	2	1	1		
	MUY MALO	0	0	0	0	0	0		
RELACION ENTRE PADRES	MUY BUENO	1	1	11	6	1	1	7.342	0.018
	BUENO	26	14	62	32	8	4		
	REGULAR	13	7	46	24	15	8		
	MALO	0	0	0	0	9	5		
	MUY MALO	0	0	0	0	0	0		
RELACION CON PADRES	MUY BUENO	1	1	4	2	1	1	4.682	0.032
	BUENO	15	8	38	20	6	3		
	REGULAR	22	12	75	39	13	7		
	MALO	2	1	2	1	13	7		
	MUY MALO	0	0	0	0	0	0		
AREA DE CARRERA A LA QUE POSTULA	INGENIERIAS	16	8	30	15	11	6	5.862	0.021
	BIOMEDICAS	17	9	76	40	18	9		
	CIENCIAS SOCIALES	7	4	13	7	4	2		
NUMERO DE VECES QUE SE MATRICULO A PRECA	UNA VEZ	20	10	32	17	8	4	3.782	0.043
	DOS VECES	11	6	60	31	14	7		
	MAS DE DOS VECES	9	5	27	14	11	6		
NÚMERO DE HORAS DE ESTUDIO	MENOS DE DOS HORAS	2	1	4	2	7	3	10.602	0.031
	DOS HORAS	22	12	59	31	19	10		
	MAS DE DOS HORAS	16	8	56	29	7	3		

“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Tabla N° 45: Relación entre el Nivel de Relaciones Intrafamiliares y el Nivel de Consumo de Alcohol en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM

		NIVEL DE CONSUMO DE ALCOHOL						Total	
		NIVEL BAJO DE CONSUMO DE ALCOHOL		NIVEL INTERMEDIO DE CONSUMO DE ALCOHOL		NIVEL ALTO DE CONSUMO DE ALCOHOL			
		F	%	f	%	f	%		
NIVEL DE RELACIONES INTRAFAMILIARES	NIVEL BAJO DE RELACIONES	6	3.1	18	9.4	22	11.5	46	24.0
	NIVEL INTERMEDIO DE RELACIONES	23	12.0	76	39.6	6	3.1	105	54.7
	ALTO NIVEL DE RELACIONES INTRAFAMILIARES	11	5.7	25	13.0	5	2.6	41	21.4

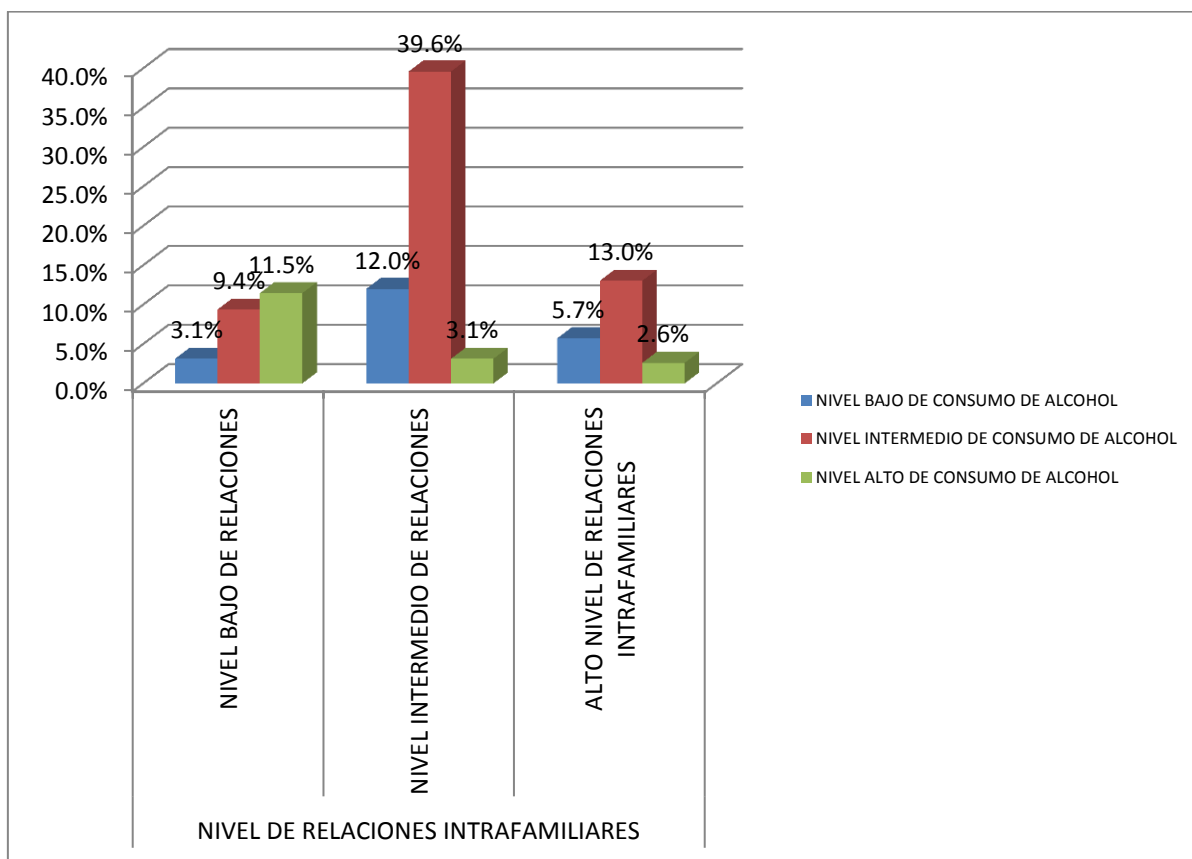
$$X^2= 4.579 \quad P<0.05 (P= 0.000)$$

Fuente: elaboración propia

En la Tabla N° 45, se aprecia que en los adolescentes con alto nivel de Relaciones Intrafamiliares el 5,7% tiene bajo Nivel de Consumo de Alcohol, el 13% tiene nivel intermedio de Consumo de Alcohol, y solo el 2,6% tiene nivel alto de Consumo de Alcohol. En los adolescentes con Nivel Intermedio de Relaciones Intrafamiliares, el 39,6% tienen nivel intermedio de consumo de alcohol, el 12% tiene bajo consumo de alcohol y solo el 3,1% tiene alto nivel de consumo de alcohol. De los adolescentes con bajo nivel de Relaciones Intrafamiliares el 11,5% tienen alto nivel de consumo de alcohol, el 9.4% tiene nivel intermedio de consumo de alcohol y solo el 3.1% tiene nivel bajo de consumo de alcohol. Siendo esta relación estadísticamente significativa.

“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

Gráfico N°45 : Relación entre el Nivel de Relaciones Intrafamiliares y el Nivel de consumo de alcohol



Fuente: elaboración propia

“Perfil sociodemográfico y evaluación de la relaciones intrafamiliares en relación al consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015”

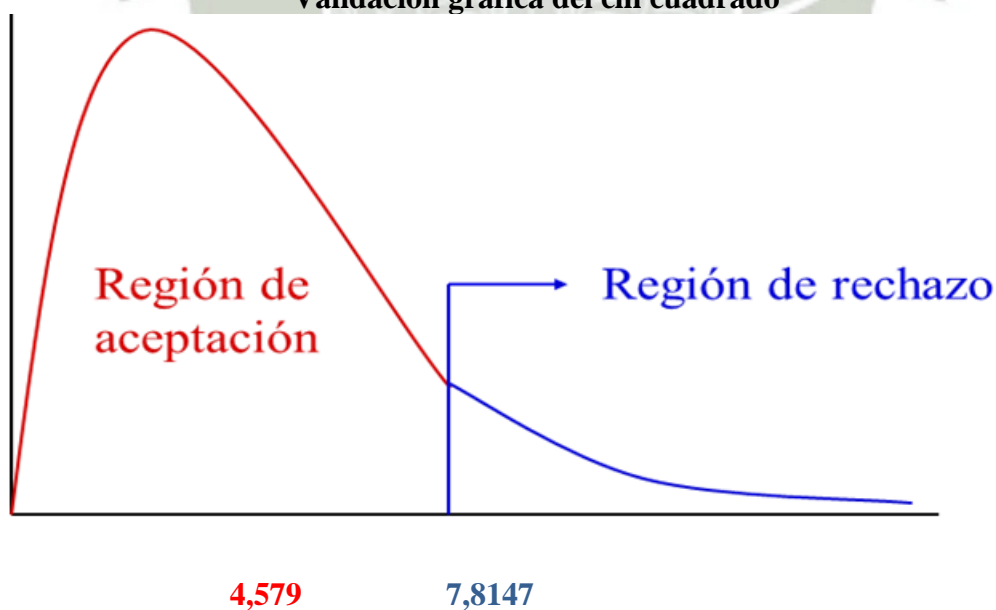
Tabla N°46 : Análisis estadístico mediante la correlación de Chi Cuadrado entre el Nivel de Relaciones Intrafamiliares y el Nivel de Consumo de Alcohol

Pruebas de Chi Cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,579 ^a	4	0.000
Razón de verosimilitudes	3.845	4	0.000
Asociación lineal por lineal	4.872	1	0.000
N de casos válidos	192		

Fuente: Base de datos

Validación grafica del chi cuadrado



Fuente: Base de datos



CAPÍTULO III
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio incluyó a los estudiantes adolescentes del Centro de estudios Preuniversitario de la UCSM en el periodo de estudio. La muestra estuvo constituida por 200 soldados de los cuales 7 no llenaron en forma correcta las encuestas suministradas. Se evaluaron en total 193 encuestas que cumplieron con el llenado correcto.

La edad de la población estudiada (**Tabla y Gráfico 1**) estuvo comprendida desde menos de 14 años hasta mayores de 18 años, donde el grupo etáreo más frecuente fue entre los 14 a 16 años (58,3%); luego fue el comprendido entre los 16 a 18 años (38%); el 3,1% corresponde a mayores de 18 años y solo el 0,5% corresponde al grupo etáreo menor de 14 años.

El sexo de la población estudiada (**Tabla y Gráfico 2**) muestra que el 53,6% es de sexo femenino y el 46,4% es de sexo masculino.

Respecto al Nivel de Relaciones Intrafamiliares de los adolescentes encuestados (**Tabla y Gráfico 15**) el 54,7% tienen un Nivel Intermedio de Relaciones Intrafamiliares, porcentaje que es el esperado en el presente trabajo teniendo en cuenta que el 57,3% de los adolescentes encuestados manifestaron tener una regular relación con sus padres (**Tabla y Gráfico 10**).

En cuanto al Nivel de Consumo de Alcohol de los adolescentes encuestados (**Tabla y Gráfico 16**) el 62% tienen un nivel intermedio de consumo de Alcohol, el 20,8% tienen un nivel bajo de consumo de Alcohol y el 17,2% tienen un nivel alto de consumo de Alcohol.

En el estudio de **RAMÍREZ OSCAR (18)**, sobre Consumo de alcohol en adolescentes de 14 a 19 años, Arequipa – 1999; en donde se utilizó el Test de Michigan para alcoholismo (MAST), se obtuvo como resultado, que del total de encuestados el 53.2% resultaron ser bebedores “normales”, el 43.6% bebedores problema y el 3.2% son alcohólicos.

Con respecto al trabajo antes mencionado, si bien es cierto no se utilizó el mismo test para medir el consumo de alcohol, lo cual dificulta el poder comparar los porcentajes obtenidos, se puede deducir que el nivel de consumo de alcohol en adolescentes se ha incrementado, sin embargo hay que tener en cuenta que el tamaño de muestra utilizado es 10 veces menor que la utilizada en el trabajo de **RAMÍREZ OSCAR (18)**.

Con respecto a la relación entre el Nivel de Relaciones Intrafamiliares y el género (**Tabla y Gráfico 17**), se aprecia que existe relación estadística significativa ($P < 0.05$), ya que se aprecia que el sexo femenino tiene mayor probabilidad de tener un mejor nivel de relaciones intrafamiliares.

En el estudio de **LUQUE LUIS (19)** sobre Dinámica familiar y nivel socioeconómico en madres adolescentes y su asociación con los conocimientos y prácticas del consumo de alcohol, realizado en Arequipa, año 2000. Obtuvo como resultados que el 69% de las madres adolescentes estudiadas proceden de las familias con mal funcionamiento familiar, de estas el 41% tienen disfunción familiar severa y el 28% disfunción familiar moderada

Con respecto al trabajo antes mencionado, hay similitud en cuanto al porcentaje de adolescentes de sexo femenino con Nivel intermedio de relaciones intrafamiliares, en cuanto al porcentaje de adolescentes de sexo femenino con Nivel bajo de relaciones intrafamiliares se obtuvo un porcentaje menor (12,5%).

Con respecto a la relación entre el Nivel de consumo de alcohol y el sexo (**Tabla y Gráfico 31**), según la prueba de Chi Cuadrado ($X^2 = 8.459$) presenta relación estadística significativa ($P < 0.05$).

En el estudio de **LUQUE LUIS (19)**, el 100% de las madres adolescentes encuestadas han consumido bebidas alcohólicas, el 59% con abuso y el 41% sin abuso.

Con respecto al trabajo antes mencionado se observa que a pesar de que se utilizaron test diferentes para establecer el nivel de consumo de alcohol, hay similitud en cuanto al porcentaje de adolescentes de sexo femenino con Nivel intermedio y bajo de alcohol que en este caso serían adolescentes que consumen alcohol sin abusar de este, en cuanto al porcentaje de adolescentes que tienen alto nivel de consumo de alcohol las cifras son mucho menores.

En el estudio de **LORENZO MICAELA ET AL (22)** el sexo masculino es uno de los factores más importantes que lleva al consumo reciente de alcohol.

En el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana (2006) del Instituto Nacional de Salud Mental indica que al igual que en el adulto y el adolescente de las ciudades de Frontera, Selva, Sierra y Lima y Callao, las prevalencias de consumo de sustancias adictivas son mayores en los adolescentes

de género masculino (3)

En cuanto a la prevalencia del consumo de alcohol, se obtuvo como resultado que el Nivel alto de consumo de alcohol es mayor en el sexo femenino, por lo que los resultados obtenidos no concuerdan con los trabajos antes mencionado, ni con la bibliografía consultada.

Respecto a la relación entre el nivel de consumo de alcohol y el desempeño escolar (**Tabla y Gráfico 38**), según la prueba de Chi cuadrado ($X^2= 6.041$) presentan relación estadística significativa ($P<0.05$).

En el estudio de **LORENZO MICAELA ET AL (22)**, se concluye que la autopercepción de regular rendimiento académico es uno de los factores más importantes que llevan al consumo reciente de alcohol. Lo cual coincide con el trabajo realizado, ya que el 8,9% de los adolescentes con alto nivel de consumo de alcohol considera tener regular rendimiento escolar, el 7,3% considera tener buen rendimiento escolar, solo el 0,5% mal rendimiento escolar.

En cuanto a la relación entre el nivel de consumo de alcohol y la relación que los adolescentes tienen con sus padres (**Tabla y Gráfico 40**), según la prueba de Chi cuadrado ($X^2= 4.682$) presentan relación estadística significativa ($P<0.05$).

En el estudio de **LOAYZA GILDA (17)** se concluye que uno de los factores asociados al consumo de alcohol es el desajuste socio comportamental y la búsqueda de atención.

MUÑOZ MARINA Y GRAÑA JOSÉ (23), en el estudio que realizaron confirman que uno de los principales factores de riesgo familiares para explicar el consumo de drogas legales era los conflictos entre los padres y el adolescente.

Se aprecia que en presente trabajo que el 6,8% de los adolescentes con alto nivel de consumo de alcohol consideran tener mala relación con sus padres, un porcentaje similar considera tener buena relación, el 3,1% considera tener buena relación y solo el 0,5% considera tener muy buena relación con sus padres, lo cual coincide con el estudio de **MUÑOZ MARINA Y GRAÑA JOSÉ (23)**; se puede inferir que los adolescente beben alcohol intentando llamar la atención de sus padres, por lo que también habría relación con los resultados obtenidos en el trabajo de **LOAYZA GILDA (17)**.

Respecto a la relación existente entre el Nivel de relaciones intrafamiliares y el Nivel de consumo de alcohol (**Tabla y Gráfico 45**), según la prueba de Chi cuadrado ($X^2= 4.579$) presentan relación estadística significativa ($P<0.05$).

Observándose que el 11,5% de los adolescentes con bajo nivel de relaciones intrafamiliares tienen nivel alto de consumo de alcohol, el 9,4% tienen nivel intermedio de consumo de alcohol y solo el 3,1% tienen nivel bajo de consumo de alcohol.

En el estudio de **RAMÍREZ OSCAR (18)**, mencionan que 69% de los adolescentes alcohólicos tienen mala y regular dinámica familiar.

En su trabajo **LUQUE LUIS (19)**, mediante el cálculo del Riesgo relativo se sugiere asociación positiva entre disfunción familiar severa y prácticas de consumo de alcohol con abuso.

MUÑOZ MARINA (23) en su estudio sobre factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes, obtuvo como resultado que uno de los principales factores de riesgo para el consumo de drogas legales, son los conflictos entre los padres y el adolescente.

CAVA MARÍA ET AL (24), en su estudio sobre Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana e intermedia, obtuvo como resultado que una adecuada comunicación familiar es un factor de protección tanto en la adolescencia temprana como en la intermedia.

En su estudio **PONS JAVIER Y BERJANO ENRIQUE (25)**; Análisis de los estilos parentales de socialización asociados al abuso de Alcohol en adolescentes; fue aplicado un análisis discriminante cuyos resultados muestran que los factores con mayor poder de discriminación entre los distintos niveles de consumo alcohólico son Reprobación, Castigo y Rechazo.

Los cinco estudios antes mencionados, validan aún más la hipótesis del presente trabajo, en donde se observa que el Nivel de relaciones intrafamiliares influye de manera inversamente proporcional sobre el Nivel de consumo de alcohol



CAPÍTULO IV
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

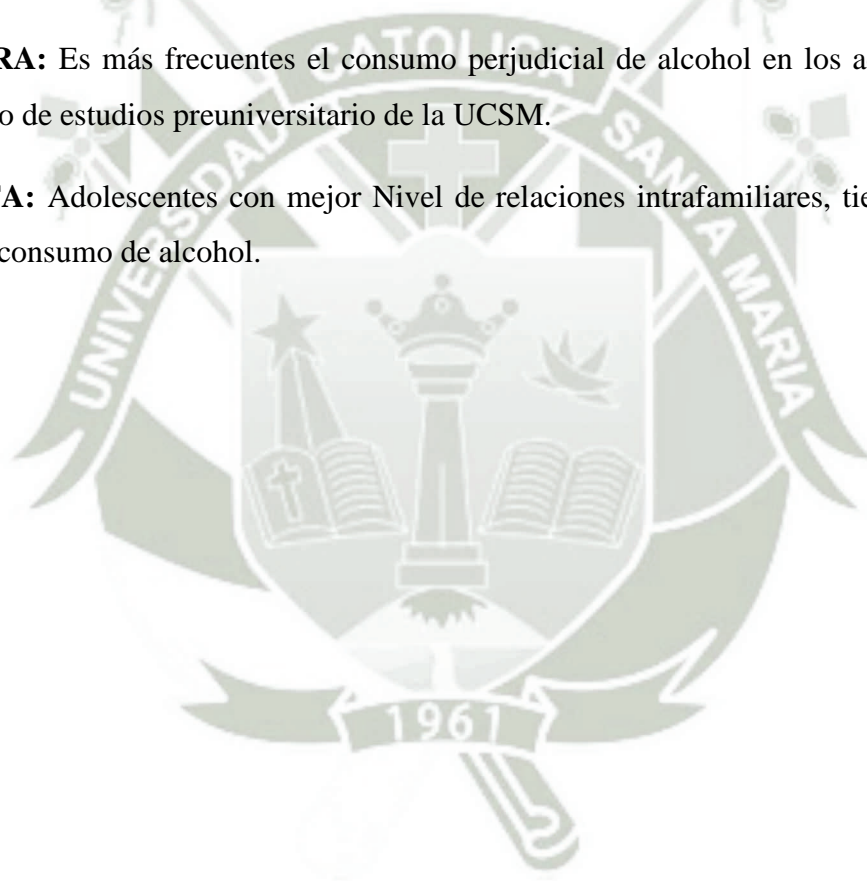
A. CONCLUSIONES

PRIMERA: El perfil socio-demográfico se describe como : adolescente de sexo femenino, entre 14 a 16 años de edad, procedente de Arequipa, que vive y depende económicamente de ambos padres. Procedente de colegio particular, mantiene una buena relación con sus compañeros y con buen desempeño escolar, postula al área de biomédicas, se matriculó en dos oportunidades al Centro de estudios preuniversitario y estudia aproximadamente 2 horas diarias.

SEGUNDA: Los adolescentes del Centro de estudios preuniversitario de la UCSM logran expresar sus emociones, ideas o puntos de vista entre los miembros de su familia, sin llegar a lograr ponerse de acuerdo, lo que genera una convivencia algo conflictiva.

TERCERA: Es más frecuentes el consumo perjudicial de alcohol en los adolescentes del Centro de estudios preuniversitario de la UCSM.

CUARTA: Adolescentes con mejor Nivel de relaciones intrafamiliares, tienen menor Nivel de consumo de alcohol.



B. RECOMENDACIONES

- **PRIMERA:** El Director del Centro de estudios preuniversitario en coordinación con el Centro de apoyo psicológico y espiritual, deben brindar charlas informativas sobre el consumo de alcohol y sus implicancias en la salud, el desempeño académico y el desarrollo social.
- **SEGUNDA:** El Director del Centro de estudios preuniversitario en coordinación con el Centro de apoyo psicológico y espiritual de la universidad deben realizar una evaluación psicológica a todo el alumnado, y así poder brindar consejería familiar en base a los resultados, de este modo mejorar el nivel de relaciones intrafamiliares y disminuir el nivel de consumo de alcohol.
- **TERCERA:** Los diferentes grupos de investigación de la universidad deben de realizar estudios para caracterizar de mejor manera estos factores y su implicancia sobre el Nivel de relaciones intrafamiliares y el nivel de consumo de alcohol.



BIBLIOGRAFÍA

1. Kleigman R., Behrman R., Jenson HB., Stanton B., Nelson tratado de pediatría 18 ed. Elseiver-España ;2009. Cap.12 p.60-65.
2. Freyre E., La salud del adolescente: aspectos médicos y psicosociales 2ed. Editorial UNSA – Arequipa; 1997. Cap.1 p.1-42, Cap. 4 p.119-134, Cap.19 p.589-655.
3. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio epidemiológico de salud mental en la costa peruana 2006. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XXIII. Año 2007, Números 1 y 2. Lima
4. Giberti E. La familia, a pesar de todo Cap. 4.
5. Toro J., El adolescente en su mundo: Riesgos, problemas y trastornos 1ed. Editorial Pirámide – España; 2010. Cap.2. p96- 112.
6. Lila M., Buelga S., Musitu G., Programa LISIS: Las relaciones entre padres e hijos en la adolescencia. Editorial Pirámide – España; 2006. Cap. 1 p. 18-34.
7. Philip F., Adolescencia: desarrollo, relaciones y cultura 9ed. Prentice Hall – España; 2000. Cap.13 p325-343, Cap. 18 p. 447- 455.
8. Valdés A., Familia y Desarrollo. Intervenciones en terapia familiar. Editorial El Manual Moderno – México; 2007. Cap.1. p16- 138.
9. Soutullo, C., Mardomingo, MJ. Manual de psiquiatría del niño y del adolescente. Editorial Médica Panamericana; 2010. Cap. 15 p.229-234.
10. Toro RJ, Yepes LE, Palacio CA, Téllez JE. Fundamentos de medicina: psiquiatría 5ed. Corporación para Investigaciones Biologicas;2010.Cap.10 p.113-118
11. Pérez JM, Orellana G. Avances en la clínica de las adicciones: el rol del aprendizaje y la dopamina. Rev. Med. Chile 2007; 135: 384-91.
12. Asociación americana de psiquiatría, guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
13. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”. Estudio epidemiológico en salud mental en la sierra peruana 2003. Informe general. Anales de Salud Mental Vol. XIX. Año 2003, Número 1 y 2. Lima.
14. Ayesta, F.J. Bases bioquímicas y neurobiológicas de la adicción al alcohol – adicciones. Vol. 12, Suplemento 1, 2002.

15. Sadock B., Sadock V., Kaplan & Sadock: sinopsis de psiquiatría 10ed. Wolters Kluwer – España, Cap.12. p. 390-406.
16. Becoña E., Vásquez F., Manual de psicología clínica infantil y del adolescente 4ed. Ediciones Pirámide – España; 2006. Cap.7.p. 213-233
17. Loayza G., Factores asociados al consumo de alcohol en adolescentes de la ciudad de abancay – 2013, Tesis para optar el grado de Doctora en Ciencia de la Salud, Escuela de Post Grado, Universidad Católica de Santa María, Arequipa, 2014.
18. Ramírez O., Consumo de alcohol en adolescentes de 14 a 19 años Arequipa – 1999, Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano, Universidad Católica de Santa María, Arequipa, 2000.
19. Luque L., Dinámica familiar y nivel socioeconómico en madres adolescentes y su asociación con los conocimientos y prácticas del consumo de alcohol. Hospitales Honorio Delgado y Goyeneche. Arequipa. Febrero – junio 2000, Tesis para optar el Título profesional de médico Cirujano, Universidad Católica de Santa María, Arequipa, 2000.
20. Salazar E. et al., Consumo de alcohol y drogas y factores psicosociales asociados en adolescentes de lima, Anales de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2004; 65(3).
21. Mendoza C., Saavedra J., La violencia política y su relación con ansiedad, depresión y abuso de alcohol en la población adolescente de tres ciudades de la sierra del Perú., Rev. Neuropsiquiatría 75 (4), 2012.
22. Lorenzo M., Cajaleón B., Gutiérrez E., Prevalencia y factores asociados al consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de nutrición de una universidad de Lima-Perú, Revista Peruana de Epidemiología. Vol. 16, No 3, 2012.
23. Muñoz M., Graña J., Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes, Psicothema, 2001. Vol. 13, nº 1, pp. 87-94
24. Cava M.J., Murgui S., Musitu G., Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media, Psicothema 2008. Vol. 20, nº 3, pp. 389-395.
25. Pons J., Berjano E., Análisis de los estilos parentales de socialización asociados al abuso de alcohol en adolescentes, Psicothema, 1997. Vol. 9, nº 3, pp. 609-617.

26. Heredia, M., Andrade P. Escala de evaluación de las relaciones intrafamiliares (E.R.I.). Uaricha Revista de Psicología, 14, 12-29 (2010).
27. Babor, T. et al. Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol pautas para su utilización en atención primaria. Organización mundial de la salud.2001





Anexo 1: Proyecto de Investigación para optar el Título profesional de Médico Cirujano



1. PREÁMBULO

La adolescencia se define como la etapa de la vida del ser humano comprendida entre los 10 y 20 años de edad; una transición de la infancia a la adultez; en la cual los jóvenes experimentan cambios en la estructura corporal y en las características fisiológicas, psicológicas y sociales (1).

Es conocido que los hábitos de vida que se adquieren en esta etapa de transición suelen tener una importancia clave en la vida futura de los adolescentes y en el cumplimiento adecuado, o en el impedimento de su potencial vital. Estos conceptos se hacen aún más importantes si se tiene en cuenta que los hábitos de vida nocivos que se adquieren en esta etapa pueden ser prevenidos con estrategias y programas apropiados, uno de estos hábitos nocivos es el consumo de alcohol, las cifras en relación a este hábito actualmente nos indican que el consumo de alcohol se inicia entre los 13 a 16 años y que el uso temprano de alcohol aumenta el riesgo de consumir otras drogas posteriormente (2). En nuestro país en los estudios epidemiológicos realizados en población adolescente por el Instituto Nacional de Salud Mental estima su prevalencia de vida en 53,4% y la prevalencia mensual en 21,7% (3).

La familia como eje fundamental de la sociedad juega un rol preponderante como ente de soporte en el desarrollo del adolescente, un gran número de adolescentes encuentra alguna dificultad o insatisfacción en su vida familiar (4). Los adolescentes están expuestos a numerosos riesgos, uno de los cuales es el consumo de alcohol. El riesgo de adquirir alguno de estos hábitos nocivos disminuye si los padres les brindan amor, guía y apoyo, inculcándoles principios y valores sólidos, estando siempre dispuestos a ayudarlos, pero permitiendo, al mismo tiempo que el proceso de independencia siga su curso. Si las relaciones familiares establecidas entre el adolescente y sus padres son buenas, dan como resultado un adolescente mejor adaptado; adaptación resultante, con actitudes optimas hacia el estudio, hacia sus tareas hogareñas, sus responsabilidades laborales y sociales, y su capacidad para afrontar las dificultades que se le presenten; teniendo como un factor protector a su familia, específicamente para el desarrollo de problemas con relación al consumo de alcohol (2).

Por tal motivo es importante abarcar el estudio de esta población, su familia y sus relaciones familiares y el posible desarrollo de consumo de alcohol.

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál es el perfil sociodemográfico, el Nivel de relaciones intrafamiliares y su asociación al Nivel de consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa - 2015?

1.2. Descripción del Problema

- **Área del conocimiento**
 - Área general: Ciencias de la Salud
 - Área específica: Medicina Humana
 - Especialidad: Psiquiatría
 - Línea: Adicciones

- **Análisis de Variables: Variable independiente – Relaciones familiares**

CUADRO 1

Variable	Indicador	Subindicador	Escala
Nivel de Relaciones Intrafamiliares	Escala para la evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I. versión libre)	-Bajo nivel de relaciones intrafamiliares: puntaje total < 25% inferior. -Nivel intermedio de relaciones intrafamiliares: puntaje total entre el 26% y el 74% del total. -Alto nivel de relaciones intrafamiliares: puntaje total > 25%.	Ordinal

- **Análisis de Variables: Variable dependiente – Consumo de alcohol**

CUADRO 2

Variable	Indicador	Subindicador	Escala
Nivel de consumo de alcohol	Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol(AUDIT)	-0 A 8: Nivel bajo de consumo de alcohol -8 a 15: Nivel intermedio de consumo -16 a 19: Nivel alto de consumo de alcohol ->= 20: Dependencia al alcohol	Ordinal

- **Análisis de variables**

CUADRO 3

Variable	Indicador	Subindicador	Escala
Perfil Sociodemográfico	Edad	Años	De razón
	Sexo	Masculino; Femenino	Nominal
	Procedencia	Arequipa; Otros	Nominal
	Nivel de instrucción	Secundaria incompleta; Secundaria completa; Superior incompleta	Ordinal
	Convivencia	Ambos padres ;Solo padre ;Solo madre; Tíos; Abuelos; Otros	Nominal
	Dependencia económica	Ambos padres ;Solo padre ;Solo madre; Tíos; Abuelos; Otros	Nominal
	Colegio de Procedencia	Nacional; Particular; Parroquial	Nominal
	Relación social con compañeros de colegio	Muy Buena; Buena; Regular; Mala; Muy Mala	Ordinal
	Desempeño escolar	Muy Bueno; Bueno; Regular; Malo; Muy Malo	Ordinal
	Relación entre padres	Muy Buena; Buena; Regular; Mala; Muy Mala	Ordinal
	Relación con padres	Muy Buena; Buena; Regular; Mala; Muy Mala	Ordinal
	Área de carrera a que postula	Ingenierías; Biomédicas; Ciencias Sociales	Nominal
	Frecuencia de Matricula en el Centro Preuniversitario	Una vez; Dos veces; Más de dos veces	Ordinal
	Estudio de temas del Centro Preuniversitario	Menos de dos horas; Dos horas, Más de dos horas	Ordinal

Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es el perfil sociodemográfico de los estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015?
2. ¿Cuál es el nivel de relaciones intrafamiliares de los estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015?
3. ¿Cuál es nivel de consumo de alcohol de los estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015?
4. ¿Existirá asociación entre el Nivel de relaciones intrafamiliares y el Nivel de consumo de alcohol en los estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015, con bajo nivel de relaciones intrafamiliares y mayor nivel de consumo de alcohol?

- **Tipo de investigación:**

Se trata de un estudio descriptivo, observacional, transversal y de asociación simple.

1.3. Justificación del problema

El presente trabajo de investigación se justifica por las siguientes razones:

Originalidad: En la búsqueda bibliográfica y de trabajos de investigación si bien es cierto se describe frecuencia y características de los adolescentes que consumen alcohol no se encontró correlacionar el mismo con las relaciones intrafamiliares.

Relevancia Científica: Como las relaciones familiares influirían en los adolescentes y el consumo de alcohol de estos nos permitiría realizar inicialmente prevención en la familia, además el uso de alcohol se considera factor de riesgo para el desarrollo o consumo de otras sustancias.

Relevancia Social: Los adolescentes son por si mismos considerados una población de riesgo para el desarrollo de trastornos relacionados con sustancias, su familia juega un rol fundamental en su desarrollo en especial las relaciones intrafamiliares que se establecen con él.

Relevancia Contemporánea: Actualmente, la familia junto con el adolescente son considerados por la Organización Mundial de la Salud como poblaciones vulnerables, y es necesario conocer sus características y el desarrollo de trastornos por sustancias, dentro de estos el más común el relacionado al consumo de alcohol.

Por todo ello se justifica la realización del presente estudio.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 Adolescencia

Entre los 10 y los 20 años de edad, los jóvenes experimentan cambios rápidos en la estructura corporal y el funcionamiento fisiológico, psicológico y social. Las hormonas establecen esta agenda del desarrollo, junto con las estructuras sociales diseñadas para favorecer la transición desde la infancia hasta la vida adulta. La adolescencia progresa a través de tres periodos distintos: precoz, medio y tardío, cada uno de ellos marcado por un conjunto de características biológicas, psicológicas y sociales sobresalientes. De forma específica los cambios en la pubertad siguen una secuencia predecible. La variación individual es sustancial, tanto en la cronología de los cambios somáticos como en la calidad de la experiencia. El género y la cultura afectan en gran medida al curso del desarrollo, y lo mismo sucede con los factores estresantes físicos y sociales (1).

El vocablo “adolescencia” proviene de la voz latina “adolescere”, que significa “crecer”, “avanzar hacia la madurez”. Esto implica tanto el crecimiento físico como el desarrollo cognoscitivo, psicológico emocional y social. Desde el punto de vista psicosocial, la adolescencia es el periodo de transición entre la niñez dependiente y la edad adulta autónoma (2).

Si bien los términos “adolescencia” y “pubertad” se emplean frecuentemente como sinónimos, hay que distinguirlos, ya que la pubertad o pubescencia, se refiere a la parte biológica de esta etapa de la vida, más concretamente, al desarrollo de los caracteres secundarios y a la adquisición de la capacidad reproductiva, mientras que la adolescencia es un concepto más amplio que se refiere al conjunto biopsicosocial de la transición de la niñez a la adultez (2).

Si bien hay muchas diferencias individuales entre ellos, en conjunto, los adolescentes representan un grupo poblacional con una serie de características comunes que trascienden los límites geográficos, económicos, sociales, culturales y raciales. Incluso, ciertos problemas de salud han surgido como resultado del estilo y modo de vida de este importante sector de la población (2).

Los hábitos de vida que se adquieren a esas edades suelen tener una importancia clave en la vida futura de los adolescentes y en el cumplimiento adecuado, o en el impedimento de su potencial vital. Estos conceptos se hacen aún más importantes si se reconoce que los hábitos de vida nocivos que se desarrollan en esta época son, en gran parte, susceptibles de ser prevenidos con estrategias y programas apropiados (2).

Si bien como grupo poblacional, los adolescentes tienen muchas características en común, a nivel individual se aprecia una gran variabilidad entre unos y otros en los aspectos biológicos y psicosociales. Cada adolescente responde a las demandas y oportunidades que ofrece la vida de una manera muy personal, por lo que creemos que no existe una descripción “única”, ni “universal”, del desarrollo psicosocial de todos y de cada uno de los adolescentes (2).

Según Inhelder y Piaget, en la adolescencia se produce el cambio de pensamiento concreto, propio del niño, al pensamiento abstracto del adolescente mayor y del adulto. El pensamiento concreto se limita a considerar las situaciones y las cosas de una manera existencial, sin la capacidad de extraer principios generales de una determinada experiencia para aplicarla a otra totalmente nueva. La capacidad de abstraer tiene particular significado para el desarrollo psicosocial del adolescente, porque facilita y permite el logro de los procesos de independencia, de la identidad, de la programación del futuro y del establecimiento del propio código de valores y normas (2).

Los adolescentes capaces de un pensamiento formal o abstracto, están en condiciones de apreciar las consecuencias de sus actos y de posponer gratificaciones inmediatas en favor de objetivos futuros. Están igualmente capacitados para apreciar los beneficios de un tratamiento, de un consejo o una orientación, así como los riesgos de determinadas conductas. En cambio, los adolescentes jóvenes en quienes todavía predomina el pensamiento concreto, son incapaces de ello (2).

2.1.1 Etapas de la Adolescencia

Si bien el curso de un desarrollo es un proceso continuo y progresivo, durante la adolescencia se pueden distinguir tres etapas más o menos bien definidas: la adolescencia temprana, o etapa inicial; la adolescencia intermedia; y la adolescencia avanzada o etapa final (2).

2.1.1.1) Adolescencia Temprana: Esta primera etapa comprende las edades de 10 a 13 ó 14 años en las mujeres y de 12 a 14 ó 15 años en los varones; es decir, entre la primera mitad y las primeras dos terceras partes del desarrollo puberal (2).

El adolescente sigue dependiendo de los valores y creencias de los padres. Muchos de sus juicios de valor son sometidos al criterio de éstos. Una forma de actuar algo más impulsiva que antes señala el inicio de un cierto distanciamiento del adolescente respecto de ellos. Puede manifestarse por una cierta resistencia a que sus compañeros le vean en compañía de sus padres. Es una etapa en la que el adolescente todavía funciona cognitivamente con un tipo de pensamiento dicotómico (blanco o negro) y egocéntrico (5).

2.1.1.2) Adolescencia intermedia: Esta segunda etapa corresponde a las edades de 14 a 16 años en las mujeres y de 15 a 17 años en los varones (2).

La relación con los padres se establece a partir de una serie de conocimientos, criterios y creencias de adquisición reciente. El adolescente adopta normas, papeles sociales y valores de forma de forma que pueda mantener y satisfacer las expectativas de personas muy distintas. Sentirse aceptado por amigos y compañeros, y por tanto coincidir con ellos, se convierte en un objetivo táctico esencial. Este sentimiento o motivación suele conllevar la devaluación y distanciamiento de los padres, generando conflictos con ellos (5).

2.1.1.3) Adolescencia Avanzada: Esta etapa comprende las edades de 17 a 19 años en las mujeres y de 18 a 21 años en los varones (2).

Los valores y creencias de los padres son evaluados a la luz de los formulados por la autoridad suprema en muchas materias, los miembros del grupo coetáneo. El alejamiento de los criterios familiares puede ser radical. Las discrepancias en valores suelen constituir un auténtico y penoso desafío para los padres (5).

2.2 Familia y Relaciones familiares

2.2.1 Familia

La familia se define 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 (4).

La familia es el grupo primario de pertenencia de los individuos. En su concepción más conocida está constituida por la pareja y su descendencia. Sin embargo, el proceso histórico y social muestra diferentes estructuras familiares que hacen difícil una

definición de ella. Ello indica que la familia está ligada a los procesos de transformación de la cultura contemporánea (4).

La familia es el mejor lugar para que el niño se sienta querido. Los padres son una constante a lo largo de la vida de cualquier niño, por lo tanto, la familia es uno de los factores que más influyen en su futuro y aún más si tiene una alteración del desarrollo.

Los apegos que los niños desarrollan con sus padres y hermanos generalmente duran toda la vida y sirven como modelos de relación a lo largo de su desarrollo. También dentro de la familia el ser humano experimenta sus primeros conflictos sociales (4).

Una buena aproximación a la familia debe tener sus bases en la teoría de sistemas y de la comunicación. Pino. G, Poupin L. 1999, definen un sistema como el conjunto de elementos en interacción dinámica, en el cual el estado de cada uno de ellos está determinado por la situación que ocupan cada uno de los otros (4).

El aporte de la teoría de sistemas nos permite visualizar la familia como una totalidad que se compone de partes, sus miembros, los que interrelacionan y son interdependientes entre sí. Como describe Minuchin, 1982, la familia está constituida por subsistemas, entre éstos encontramos, el subsistema conyugal, parental, filial; desde esta concepción todos se ven afectados en el caso de enfermedad y hospitalización de uno de sus miembros. Fuera de los subsistemas clásicos señala Aylwin 2002, existen otros subsistemas constituidos por diferentes factores como sexo, interés, edades o funciones (4).

2.2.2 Relaciones Familiares

Donzelot introdujo dos conceptos claves para nuestra perspectiva: vínculo y relaciones.

El vínculo no equivale a una relación, aunque forme parte de las relaciones que se establecen entre las personas, y también de las relaciones que pueden compaginarse entre seres humanos y animales (4).

Más allá de las posibles definiciones de la palabra vínculo, la concepción psicológica de ésta reclama el reconocimiento de las significaciones de los otros o del otro, con quien establecemos la vinculación. Esta dinámica que se establece vincularmente introduce un proceso de comprensión entre ambas partes: las conductas de las otras personas, sus palabras y discursos no necesariamente significaran para nosotros lo mismo que para quien las emite, y viceversa (4).

Mecánica que incluye la necesidad de ser entendido por la otra persona de acuerdo con lo que exactamente pretendemos transmitir y que, como se evidencia cotidianamente, suscita malos entendidos, encontronazos y diferencias sustantivas entre quienes han constituido un vínculo (4).

Al estudiar la necesidad de armar, crear o fundar una familia, comenzamos por pensar que estamos frente a un nuevo contexto de significación asociado con la vinculación que se establece, si aceptamos el modelo convencional entre dos personas, un hombre y una mujer. Este contexto de significación que excede la realidad vincular entre los miembros de la pareja remite a las modificaciones que implica ser el marido “de” o la esposa “de” en el mundo, o sea haber constituido una familia y formar parte de un reconocimiento social que se habla, se semantiza, se mira y evalúa prospectivamente, es decir reconociendo a esa familia/ pareja como algo más, otros más en la cadena transgeneracional. El vínculo entre los miembros de la familia responde a las características que se consideran clásicas en esta conceptualización: ejercicio de la sexualidad; del cual puede derivar reproducción; cotidianidad, proyecto en conjunto y monogamia. La experiencia muestra que cada uno de los contenidos de esas categorías puede no cumplirse, no obstante persistir el vínculo entre sus miembros con características de familia (4).

El nacimiento de los hijos define la presencia del otro miembro de la pareja y anuda la comprensión del funcionamiento vincular: el hijo es producto de ese vínculo y por sus partes será responsable de incorporar nuevas alternativas en la vida de la pareja, al introducir diferencias con ellos. Las novedades que los hijos aportan constituye un dato histórico, no obstante, algunas de tales novedades en la actualidad resultan decididamente intolerables para los padres (4).

2.2.1 Relaciones familiares y el adolescente

Cuando el ser humano alcanza la etapa de la adolescencia tiene que aprender a adaptarse a nuevos contextos, grupos, formas de relación. Su vida social y las nuevas responsabilidades que tiene que asumir se amplía considerablemente. Pudiera parecer que se diluye la importancia de la familia para el adolescente. Sin embargo, aunque otras personas cobran mayor relevancia que el padre, la madre o los hermanos, éstos no dejan de ser un referente esencial. Las relaciones familiares influyen en cómo los jóvenes desarrollan las principales tareas propias de su estadio, su implicación en problemas comportamentales asociados a la adolescencia, así como en la habilidad para establecer relaciones íntimas significativas y duraderas (6)

La asociación de estilos educativos familiares erróneos y desadaptadores, o de conflictos entre padres y adolescentes, con alteraciones del equilibrio emocional y conductual de estos últimos, no siempre deben entenderse como una relación de causa a efecto siendo la conducta de los padres el agente causal. Se ha comprobado que los problemas conductuales o emocionales que presentan adolescentes de 13-14 años de edad dan lugar a modificaciones en el trato que les dan sus padres un año después. Por tanto, en determinadas circunstancias es mayor la influencia que los adolescentes ejercen sobre sus padres que la de éstos sobre aquellos. Se trata de un fenómeno que va desarrollándose gradualmente a lo largo de la adolescencia. Durante ella parece

aumentar la tolerancia de los padres a las conductas problemáticas, reduciendo sus intentos de control, y renunciando progresivamente a responder al comportamiento del adolescente (5)

Los adolescentes que tienen escasos conflictos con sus padres, comparados con quienes los tienen a menudo, suelen tener mejor rendimiento escolar y cuentan con mejores adaptaciones sociales. Pero el buen rendimiento y las buenas adaptaciones, a su vez, eliminan una parte importante de las razones de muchos conflictos. Por otro lado la existencia de unas relaciones familiares nada o escasamente conflictivas funciona como factor protector ante circunstancias extrafamiliares estresantes (5).

2.2.1.1 Tres factores que explican la complejidad de las relaciones familiares durante la adolescencia

La adolescencia de uno de los hijos supone un cambio esencial no sólo para el adolescente, sino también para todo el sistema familiar. Aunque no todos los adolescentes experimentan estrés y tensión, estos son más probables durante la adolescencia que en cualquier otra edad. La adolescencia se convierte en una etapa más difícil que otros periodos vitales no sólo para el adolescente, sino también para las personas que le rodean (6).

La idea de que la adolescencia es difícil se encuentra íntimamente relacionada con tres aspectos:

a) Conflicto con los padres:

Los adolescentes tienden a ser rebeldes y a resistirse a la autoridad de los adultos. Ya a principios del siglo XX, Hall afirmaba que el incremento del conflicto entre padres e hijos en la adolescencia se debía a la incompatibilidad entre la necesidad de independencia del adolescente y el hecho de que los padres

ven en él únicamente a un niño, tratándole como tal. Al mismo tiempo el número de conflictos diarios entre padres e hijos adolescentes crece, disminuye la cantidad de tiempo que pasan juntos, así como su percepción de proximidad emocional. Esto hace la adolescencia difícil no sólo para los adolescentes sino también para los padres. Evidentemente existen importantes diferencias individuales, así como muchas relaciones entre padres y adolescentes donde el conflicto es prácticamente inexistente. Algunas de las variables individuales que se han relacionado con una mayor probabilidad de conflicto paterno-filial son el ánimo depresivo en el adolescente, el consumo de sustancias y la maduración temprana en las chicas (6).

b) Alteraciones del estado de ánimo:

Los adolescentes tienden a ser más versátiles emocionalmente que los niños o los adultos. Experimentan estados de ánimo más extremos y cambios de humor más bruscos. También experimentan estados de ánimo depresivos con mayor frecuencia. Al igual que sucede con el conflicto familiar, el grado en el que los adolescentes experimentan alteraciones de humor varía. Algunos de los factores que hacen más probables las alteraciones del estado de ánimo en la adolescencia son la baja popularidad entre el grupo de iguales, un rendimiento escolar bajo y problemas familiares tales como el conflicto parental o el divorcio (6).

c) Conductas de riesgo:

Los adolescentes se implican con más probabilidad en comportamientos temerarios, ilegales y antisociales. Así la adolescencia y la primera juventud son los periodos donde más elevada es la prevalencia de una variedad de conductas de riesgo como, por ejemplo, conductas delictivas, consumo de sustancias, conducción temeraria y conducta sexual de riesgo. Evidentemente la mayor

implicación en estas conductas confirma la idea de la adolescencia como un periodo difícil. En este ámbito también es importante reconocer la existencia de diferencias individuales. Los niños con problemas de conducta son especialmente proclives a implicarse en conductas de riesgo durante la adolescencia. Las diferencias individuales en cuanto a búsqueda de sensaciones y la impulsividad también contribuyen a las diferencias individuales en las conductas de riesgo durante la adolescencia (6).

Los riesgos que los adolescentes y jóvenes enfrentan en la época actual serán menores si los padres les brindan amor, guía y apoyo, inculcándoles principios y valores sólidos y estando siempre dispuestos a ayudarlos, pero permitiendo, al mismo tiempo que el proceso de independencia siga su curso (2).

Los padres tienen que aceptar que no pueden, ni deben controlar todas las actividades de sus hijos adolescentes y que tiene que haber cierto distanciamiento entre ellos. El diálogo constante es vital para una buena relación (2).

2.2.2 Relaciones familiares y sus repercusiones en su adolescencia

El apoyo positivo de los padres está asociado con las estrechas relaciones con los padres y hermanos, con una alta autoestima, con el éxito académico y con un desarrollo moral avanzado. La falta de apoyo por parte de los padres puede tener exactamente el efecto opuesto: baja autoestima, pobre rendimiento escolar, conducta impulsiva, pobre adaptación social y conducta desviada y antisocial o delincuencia (7).

Los adolescentes quieren atención y compañía de sus padres. Se quejan de padres que tienen posiciones de alta responsabilidad; muchos jóvenes de hoy cuyas madres trabajan se tienen que quedar en casa solos después del colegio (7).

Otros padres exageran la compañía. Los adolescentes quieren pasar tiempo con sus propios amigos y no quieren que sus padres sean compinches. Necesitan el interés y la ayuda adulta, no adultos intentando comportarse como adolescentes (7).

La empatía se refiere a la capacidad para identificarse con los pensamientos, actitudes y sentimientos de otra persona. Hay padres que son completamente insensibles con los sentimientos y estados de humor de sus hijos adolescentes; por ello actúan sin tener en cuenta tales sentimientos y pensamientos. Una consecuencia posible de esta falta de sensibilidad es que los niños crecen tan insensibles como los padres (7).

La comunicación familiar representa, en este marco conceptual, la fuerza familiar que facilita el movimiento en las dimensiones de vinculación emocional y flexibilidad familiar. La empatía, la escucha activa, el apoyo, los mensajes claros y directos, representan patrones de comunicación abiertos y positivos que favorecen el afecto y compromiso mutuo entre los miembros de la familia y, de ahí, la capacidad de respuesta de la unidad familiar frente a las demandas requeridas de cambio (6).

La comunicación con los padres se deteriora hasta cierto punto durante la adolescencia. Los adolescentes dan menos información a sus padres y en ocasiones la comunicación con ellos se hace difícil. Quizá una razón para esta falta de comunicación es que muchos padres no escuchan a sus hijos, tampoco aceptan sus opiniones como relevantes, ni intentan comprender sus sentimientos y puntos de vista (7).

Los problemas de comunicación en el contexto familiar, sea en la vertiente de escala de hostilidad o de ausencia de comunicación, son un indicador significativo del deterioro del clima familiar y un importante factor de riesgo para el desajuste psicosocial en la adolescencia. Con frecuencia existe una relación entre conductas desadaptativas como el consumo de drogas y la conducta delictiva con conflictos en el ámbito familiar y, en particular, con problemas de comunicación en la familia (6).

La revisión de los programas de prevención de abuso de alcohol en la adolescencia indica que la capacidad de comunicación y de discusión de los conflictos en la familia cumple importantes funciones protectoras para la prevención del consumo de drogas (6).

La mayoría de los adolescentes necesita una gran cantidad de amor y demostración de afecto por parte de los padres. En ocasiones sin embargo, a los padres se les crío en familias inexpresivas donde el afecto se demostraba en pocas ocasiones. Como consecuencia los padres raramente abrazan a sus hijos, los cogen o los besan. No expresan sentimientos positivos o de cariño de ningún modo (7).

Pueden resultar dos consecuencias: o bien los adolescentes están tan hambrientos de amor y afecto que sus necesidades se incrementan a medida que se hacen adultos, o pueden permanecer fríos y distantes, encontrando difícil expresar afecto. Los adolescentes resaltan que ellos necesitan tanto apoyo intrínseco como apoyo extrínseco. Las percepciones de los adolescentes sobre el apoyo de los padres, en particular el apoyo intrínseco y sentirse unidos, están positivamente correlacionados en los adolescentes con la satisfacción de su vida (7).

2.2.2.1 Aceptación y aprobación

Una forma de demostrar el amor por los hijos es conocerlos y aceptarlos tal como son. Los adolescentes necesitan saber que son valorados, aceptados, y que a sus padres les gusta su forma de ser. También quieren padres que sean tolerantes con la individualidad, la intimidad y las diferencias interpersonales en la familia (9).

Debe existir un esfuerzo por ambos padres por mostrar aprobación y encontrar suficiente objetividad como para contemplar al hijo como un ser humano, cargado de atributos humanos (7).

2.2.2.2 Confianza

Algunos padres parecen tener más dificultades para confiar en sus hijos que otros. Estos padres tienden a proyectar sus miedos, su ansiedad y culpa en el adolescente. Los padres más miedosos son generalmente los más inseguros o que han tenido problemas a lo largo de su desarrollo. Las madres que han concebido o tenido hijos fuera del matrimonio son las que más preocupadas están por las citas y la conducta sexual de las hijas. La mayoría de los adolescentes piensan que debería confiar plenamente en ellos a menos hayan dado razones a los adultos para desconfiar (7).

2.2.2.3 Separación – individuación y autonomía

Una meta de todo adolescente es ser aceptado como adulto independiente. Esto se logra mediante el proceso de separación – individuación, durante el cual el vínculo padres – adolescente se transforma pero perdura. Los adolescentes buscan una relación diferenciada con los padres, manteniéndose la comunicación, el afecto y la confianza. Los padres y los adolescentes siguen esperando un compromiso emocional mutuo (7).

La individuación es un proceso organizacional del desarrollo humano, esto implica los esfuerzos del individuo por comprenderse a sí mismo y elaborar una identidad en relación con los demás. Al hacer la transición de la niñez a la edad adulta, el adolescente necesita establecer un grado de autonomía e identidad para asumir los roles y las responsabilidades de los adultos (7).

La concesión o fenómeno de autonomía abarca aquellas prácticas que van encaminadas a que los hijos tomen decisiones por sí mismos. Si en la niñez los estilos democráticos que favorecían la comunicación abierta y el respeto a los hijos como individuos fueron una práctica importante, en la adolescencia adquieren especial trascendencia, si se

considera que la autonomía es justamente en esta edad una de las necesidades que más se acentúa y crece con mayor rapidez en la persona (8).

Aquellos padres que estimulan el pensamiento individual con preguntas, explicaciones y tolerancia ante decisiones que no concuerdan con las suyas, tienen hijos más individualizados y con más competencia social (8).

2.2.2.4 Guía y control

El control y monitoreo por parte de los padres de las actividades de los hijos proporciona un marco para la interiorización de la estructura de normas que proporciona la familia, así como la posibilidad de alejar a los hijos de amistades conflictivas y contextos riesgosos (8).

No obstante, un excesivo control ejercido de manera coercitiva, lejos de favorecer el desarrollo de los hijos puede generar rebeldía con matices diferentes en dependencia de la edad y el género de los mismos (8).

En general, la ausencia de control o monitorización incidirá más en problemas de comportamiento, mientras que las carencias afectivas provocarán desajustes emocionales (8).

Los métodos por los que los padres intentan guiar y controlar a los adolescentes varían.

Hay cuatro patrones básicos de control familiar (7):

- a) Autocrático: los padres toman decisiones relevantes para el adolescente. El efecto general del control autocrático es producir una combinación entre rebelión y dependencia. A los adolescentes se les enseña a obedecer las exigencias y decisiones de sus padres sin cuestionarlas y no intentando tomar decisiones por ellos mismos. Los adolescentes en estos ambientes son generalmente más hostiles hacia sus padres, y se identifican con ellos en menor

grado. Cuando consiguen retar la autoridad de los padres, los adolescentes pueden volverse rebeldes, en ocasiones claramente agresivos y hostiles, especialmente si la disciplina de los padres ha sido dura, injusta o administrada sin afecto y amor (7).

El efecto de usar medidas punitivas para ejercer el control es generalmente negativo. Los adolescentes se resisten a los esfuerzos de sus padres por forzar la conformidad a través de medios duros. Además los adolescentes que crecen en hogares donde los padres utilizan el castigo duro y físico, generalmente modelaran la conducta agresiva de sus padres. Los adolescentes que ponen pocos límites a su conducta social, en parte porque modelan la conducta agresiva de sus padres, no gustan tanto entre sus compañeros como los adolescentes que han aprendido a controlarse a través de modelos positivos en el hogar (7).

- b) Autoritario, pero democrático: las decisiones se toman conjuntamente entre los padres y el adolescente. Este modelo tiene efecto más positivo sobre los adolescentes. Hablar con los adolescentes es la medida de disciplina más frecuentemente usada y es la que se ha considerado mejor para este grupo de edad. Los padres también fomentan la responsabilidad individual, la toma de decisiones y la autonomía (7). Como resultado los adolescentes tiene menos probabilidad de presentar problemas de conducta, adaptación y abuso de sustancias (8).
- c) Permisivo: los adolescentes tienen más influencia tomando decisiones que los padres. En este modelo los jóvenes reciben poca guía y dirección, se dan pocas restricciones por parte de los padres, y se espera de los hijos que tomen decisiones por sí mismos (7). Una crianza permisiva se asocia a problemas de

conducta en la infancia y adolescencia, así como una mayor probabilidad de abuso de drogas y alcohol (8).

- d) Ambiguo: el control es inconsistente, en ocasiones autoritario, en ocasiones democrático y a veces permisivo. Este modelo tiene un efecto negativo sobre los adolescentes. Los padres que no están de acuerdo con respecto a la disciplina tienen más tendencia informar que sus hijos son agresivos, tienen más problemas de control y son desobedientes (7).

2.3 Trastorno por abuso de sustancias en la adolescencia

Actualmente un número considerable de jóvenes consume drogas recreacionales, lo que se ha convertido en un fenómeno de especial relevancia para la salud pública. Desde la antigüedad, todas las culturas han empleado las drogas psicoactivas como un medio para salir de la realidad (en rituales religiosos o espirituales, en situaciones sociales o ritos de paso y para conseguir estados de intoxicación). Cada cultura ha tenido una droga preferente. En Europa y Asia por ejemplo gracias a la fermentación de azúcares de diferentes frutas se obtuvo el alcohol (vino, cerveza, sidra y alcohol destilado); en la América precolombina consumían hojas de coca; en Asia las drogas predominantes han sido el opio, el cannabis, diferentes setas alucinógenas, etcétera (9).

Hoy en día, las sustancias más consumidas por los adolescentes son el alcohol y la nicotina, seguidas de cannabis. No obstante los estudios epidemiológicos muestran cómo en los últimos años se ha producido un aumento en el consumo de la cocaína, las drogas de diseño, los estimulantes, las anfetaminas y los tranquilizantes. El uso problemático y el abuso de alcohol es frecuente en España. La mayoría de los problemas relacionados con el uso problemático y abuso de alcohol empiezan entre los 16 y los 30 años. Por ello es importante retrasar todo el tiempo que sea posible el inicio del consumo de esta droga. El uso temprano de alcohol o tabaco aumenta el riesgo de

consumir posteriormente otras drogas. Puesto que el inicio al uso de alcohol es tan precoz, es presido que los programas de prevención comiencen tempranamente en el colegio (9).

La mayor vulnerabilidad de los adolescentes a las drogas se deben probablemente a factores intrínsecos a esta etapa. Por un lado el joven establece una identidad propia y, por otro, la preparación de este hacia los diferentes roles sociales e individuales facilita la experimentación con una amplia gama de actitudes y comportamientos (9).

Aunque el uso de una sustancia no es suficiente para llegar a presentar un abuso o dependencia, un número importante de estos adolescentes cumplirá criterios para el diagnóstico de Trastorno por Abuso de Sustancias en el futuro (9).

Existen varios factores de riesgo que pueden estar asociados al desarrollo de un problema de abuso/ dependencia (9):

- a) Factores individuales: influyen las características y patrones de personalidad. En este sentido la personalidad antisocial y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, son dos patrones que están asociados a un riesgo alto de abuso de sustancias.
- b) Factores sociales: destaca el coste y la disponibilidad de sustancia, los efectos de los medios de comunicación, el status legal del uso, la disponibilidad de otras fuentes de gratificación y la presión del grupo de amigos.
- c) Factores familiares y de la comunidad: la conflictividad entre padres – adolescentes y un estilo educacional caracterizado por la falta de supervisión y de disciplina son factores familiares que predisponen a un riesgo mayor hacia el consumo.
- d) Influencia genética y ambientales.

- e) Antecedentes de abuso sexual u otros acontecimientos traumáticos en la infancia.
- f) Presencia de una patología psiquiátrica subyacente: como los trastornos depresivos y de ansiedad y el TDHA, que si no se detectan y se tratan pueden predisponer al consumo.

Por lo tanto, la vulnerabilidad genética de un individuo y factores personales y ambientales son factores de riesgo. Esto predispone al sujeto al uso y, posteriormente, al abuso o dependencia de una determinada sustancia (9).

2.3.1 Definiciones básicas

2.3.1.1 Trastornos relacionados con sustancias (TRCS)

Incluye a los trastornos por consumo de sustancias (TPCS) del que hacen parte el abuso y la dependencia a sustancias, popularmente conocidos como farmacodependencia y los trastornos inducidos por sustancias (TIPS). Los primeros ocasionan alteraciones persistentes en el funcionamiento académico, ocupacional, familiar y social debido al consumo reiterativo de sustancias (10).

Los TIPS son alteraciones cognitivas, perceptivas y comportamentales producidas por el efecto agudo o crónico de una o más sustancias sobre el sistema nervioso central y manifiesto como intoxicación o síndrome de abstinencia. También se pueden manifestar como cuadros de delirium, demencia, trastorno de ansiedad, del estado de ánimo o trastorno psicótico destacándose una vez más que los síntomas son generados por el efecto de la sustancia consumida (10).

2.3.1.2 Intoxicación

Es el conjunto de síntomas físicos y psíquicos producidos por el consumo agudo o crónico de una sustancia. Cada sustancia produce un cuadro de intoxicación específico (10).

2.3.1.3 Síndrome de Abstinencia o supresión

Cuadro clínico con síntomas y signos físicos y psíquicos manifiesto, horas o días, después de disminuir o interrumpir el consumo de la sustancia. Algunos síndromes de abstinencia tienen manifestaciones particulares como sería el caso los de abstinencia al alcohol u opioides, que requieren tratamientos específicos (10).

2.3.1.4 Tolerancia

Es la falta de respuesta a una misma dosis de sustancia luego de un periodo regular de consumo, requiriéndose una mayor dosis de la sustancia para obtener efectos que se obtenían antes con menor dosis de la sustancia (10).

2.3.1.5 Dependencia

Es un estado de adaptación con cambios neurofisiológicos en las células, circuitos, órganos o sistemas producto de la estimulación excesiva de una o más sustancias. La Clasificación Internacional de enfermedades (CIE-10), establece criterios para dependencia a una sustancia (11).

Deben haberse presentado simultáneamente tres o más de las siguientes manifestaciones durante un mes, o repetido varias veces en un periodo de un año (11):

- Un deseo intenso de compulsión a consumir la sustancia

- Disminución de la capacidad para controlar el consumo en lo referente al inicio, término o cantidades consumidas: consumo frecuente de cantidades mayores o durante más tiempo del que se pretende, o deseo persistente sin éxito de reducir o controlar el consumo.
- Un cuadro fisiológico de abstinencia cuando se reduce o cesa el consumo de la sustancia
- Prueba de tolerancia a los efectos de la sustancia tales como necesidad de aumentar significativamente la cantidad de la sustancia para conseguir intoxicarse o el efecto deseado, o disminución del efecto tras el consumo de la misma cantidad de sustancia.
- Preocupación por el consumo de la sustancia, que se manifiesta por el abandono o reducción de importantes alternativas placenteras o de interés a causa del consumo de la sustancia, o por el empleo de mucho tiempo en actividades necesarias para obtener, consumir, o recuperarse de los efectos de la sustancia.
- Consumo persistente de la sustancia a pesar de las pruebas claras de sus consecuencias perjudiciales.

La dependencia psicológica hace énfasis en las actividades que se realizan en función de la búsqueda de la sustancia para ser consumida y los evidentes patrones patológicos de uso de esta, mientras que la dependencia física se relaciona con los efectos físicos (fisiológicos) de múltiples episodios de uso de la sustancia y tiene relación con los fenómenos de tolerancia y supresión (11).

2.3.1.6 Adicción

La DSM-5, establece para adicción lo siguiente:

La palabra adicción no se utiliza como término diagnóstico en esta clasificación, aunque sea de uso habitual en muchos países para describir problemas graves relacionados con el consumo compulsivo y habitual de sustancias. Se utiliza la expresión más neutra trastorno por consumo de sustancias para describir el amplio abanico de un trastorno, desde un estado leve a uno grave de consumo compulsivo y continuamente recidivante. Algunos clínicos preferirán utilizar la palabra adicción para describir las presentaciones más extremas, pero esta palabra se ha omitido de la terminología oficial del diagnóstico de consumo de sustancias del DSM-5 a causa de su definición incierta y su posible connotación negativa (12).

2.3.1.7 Sensibilización o tolerancia reversa

Es la generación de los efectos de la sustancia con menores dosis a las requeridas previamente. Se manifiesta tiempo después de ocurrido el fenómeno de tolerancia y da cuenta de lo avanzado del trastorno. La sensibilización es otro elemento adicional a la dependencia y tolerancia para entender la adicción como tal y contribuye al efecto reforzador de las sustancias. Tal efecto es manifiesto luego del consumo intermitente y repetido de sustancias como la cocaína, las anfetaminas, los opioides y el alcohol (12).

2.3.2 Abuso de alcohol y Alcoholismo en Adolescentes

Dentro de los trastornos que tienen que ver con el consumo de sustancias se incluyen el abuso y la dependencia a éstas. Las clasificaciones actuales están diseñadas para adultos. Por ello no son del todo aplicables en adolescentes; no obstante son útiles para identificar a jóvenes con un patrón patológico de consumo de sustancias (9).

Aunque el uso de una sustancia es un prelude necesario para llegar al abuso o a la dependencia, para poder hacer el diagnóstico de abuso se requiere la evidencia de un patrón maladaptativo del uso de la sustancia, con un nivel clínicamente significativo de

deterioro. El deterioro derivado de este tipo de consumo debe entenderse como la incapacidad del individuo para asumir obligaciones. Esto implica una reducción en el funcionamiento en una o más áreas de la vida, comportamientos de alto riesgo y la probabilidad de presentar problemas legales (9).

El diagnóstico de dependencia requiere, además, de la presencia de un conjunto de manifestaciones comportamentales, cognitivas y fisiológicas, que se desarrollan después del uso repetido de una sustancia (9).

El abuso de alcohol es el consumo de alcohol en una cantidad que causa un daño físico; daña el funcionamiento físico, social, intelectual u ocupacional; o da lugar a una conducta peligrosa para otros. Una persona no tiene que ser alcohólica para tener problemas con el alcohol. La persona que bebe solo una vez al mes, pero conduce bebido y tiene un accidente, abusa del alcohol (7).

El alcoholismo es la dependencia del alcohol, beber compulsiva y excesivamente, dando lugar a un daño funcional. Algunos alcohólicos beben grandes cantidades diariamente. Otros beben mucho solo durante los fines de semana. Aun otros pueden alternar periodos de sobriedad con otros de beber durante el día, durante semanas o meses. En algunas ocasiones, beber en exceso se restringe a periodos de estrés, asociados con periodos de ansiedad o de tensión (7).

En un adolescente que consume algún tipo de droga de forma habitual se podrían diferenciar dos tipos de síntomas (9):

- a) Síntomas agudos: pueden estar producidos por la intoxicación o por la abstinencia de determinadas sustancias.
- b) Síntomas crónicos: se deriva del uso habitual de la sustancia.

2.3.2.1 Clasificación de trastornos relacionados al uso de alcohol

La DSM-V clasifica los trastornos relacionados con el alcohol en (12):

- Trastorno por consumo de alcohol
- Intoxicación por alcohol
- Abstinencia de alcohol
- Otros trastornos inducidos por el alcohol:
 - Trastorno Relacionado con el Alcohol no especificado

2.3.2.1.1 Trastorno por consumo de Alcohol

Los criterios para la clasificación de este trastorno dado por la DSM-5 son:

A. Un modelo problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses (12):

1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
5. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.

6. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.
7. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol (véanse los Criterios A y B de la abstinencia de alcohol).
 - b. Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiacepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia (12).

2.3.2.1.2 Intoxicación por alcohol

Los criterios establecidos por la DSM-5 para este trastorno son (12):

- A. Ingesta reciente de alcohol.

B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej. comportamiento sexual inapropiado o agresivo, cambios de humor, juicio alterado) que aparecen durante o poco después de la ingestión de alcohol.

C. Uno (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen durante o poco después del consumo de alcohol:

1. Habla pastosa.
2. Incoordinación.
3. Marcha insegura.
4. Nistagmo.
5. Alteración de la atención o de la memoria.
6. Estupor o coma.

D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se pueden explicar mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia (12).

2.3.2.1.3 Abstinencia de alcohol

Los criterios diagnósticos que establece la DSM-5, para la abstinencia de alcohol son (12):

- A. Cese (o reducción) de un consumo de alcohol que ha sido muy intenso y prolongado.
- B. Aparecen dos (o más) de los signos o síntomas siguientes a las pocas horas o pocos días de cesar (o reducir) el consumo de alcohol descrito en el Criterio A:
 1. Hiperactividad del sistema nervioso autónomo.
 2. Incremento del temblor de las manos.

3. Insomnio.
 4. Náuseas o vómitos.
 5. Alucinaciones o ilusiones transitorias visuales, táctiles o auditivas.
 6. Agitación psicomotora.
 7. Ansiedad.
 8. Convulsiones tónico-clónicas generalizadas.
- C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación o abstinencia por otra sustancia (12).

2.3.2.1.4 Otros trastornos inducidos por el alcohol

Los siguientes trastornos inducidos por el alcohol se describen en otros capítulos del DSM-5, junto con los trastornos con los que comparten sintomatología (los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en sus respectivos capítulos): trastorno psicótico inducido por el alcohol (“Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”); trastorno bipolar inducido por el alcohol (“Trastorno bipolar y trastornos relacionados”); trastorno depresivo inducido por el alcohol (“Trastornos depresivos”); trastorno de ansiedad inducido por el alcohol (“Trastornos de ansiedad”); trastorno del sueño inducido por el alcohol (“Trastornos del sueño-vigilia”); disfunción sexual inducida por el alcohol (“Disfunciones sexuales”) y trastorno neurocognitivo mayor o leve (“Trastornos neurocognitivos”). Con respecto al síndrome confusional por intoxicación alcohólica y al síndrome confusional por abstinencia de alcohol, véanse los

criterios y la discusión del síndrome confusional en el capítulo “Trastornos neurocognitivos”. Estos trastornos provocados por el alcohol solamente se diagnostican en lugar de la intoxicación o la abstinencia alcohólicas cuando los síntomas son lo suficientemente graves para requerir atención clínica independiente (12)

2.3.2.1.4.1 Trastorno Relacionado con el alcohol no especificado

Los criterios establecidos por la DSM-5 para este trastorno son:

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con el alcohol que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ningún trastorno específico relacionado con el alcohol o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos adictivos y relacionados con sustancias (12).

2.3.2.1 Epidemiología de los trastornos relacionados al uso de alcohol en Adolescentes

El alcohol es la droga preferida entre los jóvenes, sin embargo muchas veces no se reconoce como droga por lo que se necesita conocerla mejor y por qué atrae a los jóvenes. Los estudios sobre alumnos de educación secundaria obligatoria, bachillerato y estudiantes universitarios revelan una proporción sustancial de adolescentes que beben. Los resultados de 1994 indican que el 41% de los jóvenes de 12 a 17 años y el 87% de los de 18 a 25 años han bebido (CDC 1996). Más de 50% de todos los arrestos son por embriaguez o por conducir bajo los efectos del alcohol (7).

En el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana (2006) del Instituto Nacional de Salud Mental indica que al igual que en el adulto y el adolescente de las ciudades de Frontera, Selva, Sierra y Lima y Callao, las prevalencias de consumo de

sustancias adictivas son mayores en los adolescentes de género masculino, excepto si se trata de medicación para cefalea, tos, para dormir o tranquilizantes y consumo de coca. Como es de esperar, el consumo de alcohol aventaja en frecuencia al consumo de otras sustancias, siendo su prevalencia de vida 53,4% y la prevalencia mensual de 21,7%. Con relación a conductas problemáticas por consumo de licor, se encuentra una prevalencia mensual de embriaguez alcohólica del 2,5%. Es de notar que el 10,8% de los adolescentes encuestados identifica su consumo de alcohol por lo menos con una conducta relacionada al abuso. (3)

En el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana (2003) del Instituto Nacional de Salud Mental indica que en el adolescente la información sobre el inicio de consumo parece ser mucho más exacta que en el adulto y la comparación con el mismo puede ayudar a establecer tendencias. Al igual que en el adulto y que en el adolescente de Lima y Callao, las cifras son mayores para el género masculino en comparación al femenino. El consumo de alcohol aventaja a todos los demás tipos de consumo, siendo su prevalencia de vida el 66,4% y la prevalencia en el mes de 14,2%. Con relación a conductas problemáticas se encuentra una prevalencia en el mes de embriaguez alcohólica del 2,2%. Es de notar que un 27,4% de los encuestados identifica en su consumo de alcohol por lo menos una conducta relacionada al abuso (13).

2.3.2.2 Neurobiología y etiología del alcoholismo

2.3.2.2.1 Neurobiología del alcoholismo

En la actualidad se sabe que el etanol interactúa con determinadas proteínas situadas en la membrana neuronal y que son responsables de la transmisión de señales. No todas las proteínas de la membrana neuronal son sensibles al etanol, pero algunas cascadas de transducción de señales son altamente sensibles. Entre los puntos en los que el etanol

actúa se encuentran canales iónicos, transportadores, receptores, proteínas G y protein – Kinasas. La determinación de las proteínas responsables de los efectos del etanol abre la posibilidad de diseñar fármacos que compitan con el etanol en lugares lipofílicos específicos, pudiendo así bloquear o revertir determinados efectos sin alterar la función de otras proteínas de la membrana neuronal (14).

La mayor parte de las acciones del etanol se deben a su interacción con dos receptores concretos: el receptor GABA- A y el receptor NMDA del glutamato. Aunque hay otros neurotransmisores inhibidores (glicina, adenosina), el GABA es el neurotransmisor inhibidor por excelencia del SNC. Por el contrario el Glutamato junto con el aspartato es el neurotransmisor excitador por excelencia del SNC. El etanol potencia la acción del GABA y antagoniza la acción del glutamato; consecuentemente, a nivel cerebral, potencia al inhibidor e inhibe al excitador: sus acciones son propiamente de las de un depresor del SNC (15).

2.3.2.2.1.1 Alteración de la membrana neuronal

Históricamente se ha dado importancia a la hipótesis de la alteración de la fluidez de la membrana neuronal que produce el etanol y otros alcoholes. Ésta se basa en el hecho de que el etanol es soluble tanto en el agua como en lípidos, y en que no parecía haber receptores específicos para el etanol. De manera esquemática, la hipótesis proponía que los efectos agudos del etanol serían debidos a un aumento de la fluidez de la membrana neuronal, mientras que el consumo crónico, de manera compensatoria, aumentaría la rigidez de la membrana, con la consiguiente alteración de las funciones (15).

Indudablemente, hay una buena correlación entre la potencia de los diversos alcoholes y su capacidad para alterar la fluidez de la membrana. Pero probablemente ésta no es más que el reflejo de otra correlación: la existente entre la potencia de los diversos alcoholes y su liposolubilidad. Dado que la liposolubilidad de una sustancia es la que determina su

capacidad para atravesar las membranas, actualmente se piensa que la capacidad de los diversos alcoholes de alterar la fluidez de las membranas refleja indirectamente la capacidad de alcanzar e interactuar con diversas proteínas situadas en el interior de la membrana, interacción que sería la propiamente responsable de sus acciones (14).

2.3.2.2.1.2 Receptor GABA-A

El complejo receptor GABA A-ionóforo Cl⁻ es una proteína constituida por cinco subunidades, ensambladas formando un canal en su interior, que atraviesa la membrana neuronal. Los sitios de fijación de la mayor parte de las sustancias que actúan sobre este complejo suelen estar en la parte extraneuronal, aunque algunos están en el propio canal o en otros lugares. A través del canal pueden pasar moléculas cargadas negativamente y de muy pequeño tamaño, especialmente el anión Cl⁻. La activación del receptor da lugar a la apertura del canal, lo que permite la entrada de Cl⁻, produciéndose una hiperpolarización de la membrana, que conlleva una disminución de la excitabilidad de la neurona y, consecuentemente, de su actividad funcional. El etanol potencia la acción del GABA: en el receptor GABA-A el etanol favorece el flujo de cloro inducido por GABA (14).

El receptor GABA-A presenta lugares de fijación específicos, entre los que destacan: el lugar sobre el que actúa el GABA, el sitio de fijación benzodiazepínico y el lugar sobre el que, entre otros, actúan los barbitúricos. El etanol no actúa directamente en estos tres sitios, si bien potencia las acciones de los compuestos que actúan en cualquiera de ellos. Consecuentemente, el etanol favorece el flujo de cloro inducido por GABA, benzodiazepinas y barbitúricos, pero no porque produzca per se la apertura del canal, sino porque potencia la acción de las sustancias que lo abren. De una manera paralela, los antagonistas de estas sustancias, tienden a antagonizar la acción del etanol. Esta acción similar, aunque por mecanismos diferentes, del etanol, de las benzodiazepinas y

de los barbitúricos sobre una misma estructura (receptor GABA- A) explica la mutua potenciación de sus efectos agudos, la tolerancia cruzada que se observa entre ellos y su capacidad cruzada de paliar la sintomatología de abstinencia. También explica en el caso del alcohol los efectos ansiolíticos, la ataxia y la disminución de reflejos, así como la amnesia y el coma que se ve a dosis mayores (14).

2.3.2.2.1.3 Receptor NMDA

El receptor NMDA es uno de los principales receptores del glutamato, el principal neurotransmisor excitador cerebral. El receptor NMDA está acoplado a un canal catiónico. Su activación da lugar a un aumento en la permeabilidad de Na^+ , K^+ y Ca^{2+} , que se traduce en una despolarización de la membrana neuronal. Dada la potencial toxicidad intracelular de altas concentraciones de Ca^{2+} , este canal está habitualmente bloqueado por un ion Mg^{2+} , lo que impide el flujo intracelular de Ca^{2+} . La acción aguda del etanol en este receptor consiste en disminuir el flujo de Ca^{2+} a través del canal, que es la acción contraria a la del aspartato (14).

La acción antagónica del etanol frente a los receptores NMDA se produce a concentraciones superiores a 100 mg/dl y es responsable de parte de los efectos de la intoxicación etílica, como pueden ser los blackouts (acción hipocampal) (14).

No se sabe exactamente cómo se produce el efecto del etanol sobre el receptor NMDA, ya que la acción bloqueante no parece ejercerse en el sitio de fijación del glutamato ni en ninguno de los sitios moduladores hasta ahora conocidos, como son el de la glicina o el de la poliamina; el etanol tampoco interactúa con el Mg^{2+} en el lugar donde éste bloquea el canal; además, el etanol per se no es capaz de cerrar los canales abiertos. Al igual que en el caso del receptor GABA-A, hay una gran variabilidad local y regional en las acciones del etanol sobre el receptor NMDA. Parte de esta diferente sensibilidad depende de la composición de las subunidades de los receptores NMDA. Así, las

combinaciones NR1/NR2A y, sobre todo, la NR1/NR2B son más sensibles a la inhibición por etanol (14).

2.3.2.2.2 Etiología

Muchos factores influyen sobre la decisión de beber, la aparición de dificultades transitorias relacionadas con el alcohol durante la adolescencia y la segunda década de la vida y el desarrollo de la dependencia del alcohol. El inicio de la ingestión de alcohol puede basarse principalmente en factores sociales, religiosos y psicológicos, aunque las características genéticas también podrían contribuir a ello. Los factores que influyen sobre la decisión de beber o los que contribuyen a los problemas transitorios, sin embargo, pueden diferir de los que lo hacen sobre el riesgo de los problemas graves y recurrentes de la dependencia al alcohol (15).

Una interrelación similar entre las influencias ambientales y genéticas contribuye a muchas enfermedades médicas y psiquiátricas y, por tanto, la revisión de estos factores en el alcoholismo facilita información sobre los trastornos genéticos complejos en general. Los genes dominantes o recesivos aunque son importantes, sólo explican enfermedades relativamente poco frecuentes. La mayoría de las enfermedades tiene un cierto nivel de predisposición genética que habitualmente se relaciona con una serie de características diferentes genéticamente influidas, cada una de las cuales aumentan o reduce el riesgo de la enfermedad. Es probable que una serie de influencias genéticas se combine para explicar alrededor del 60% de la proporción del riesgo de alcoholismo, el entorno sería responsable de la restante proporción de la diferencia (15).

2.3.2.2.2.1 Teorías psicológicas

Diversas teorías relacionan el consumo de alcohol con disminuir la tensión, aumentar la sensación de poder y reducir los efectos del dolor psicológico. Las teorías psicológicas

se basan, en parte en la observación según la cual, en los individuos no alcohólicos, el consumo de dosis bajas de alcohol en un entorno social tenso o tras un día difícil puede asociarse a una potenciación de la sensación de bienestar y una mayor facilidad para las interacciones. En dosis altas, aumenta la mayoría de las determinaciones de tensión muscular y las sensaciones psicológicas de nerviosismo. Por tanto los efectos reductores de tensión de esta droga podrían repercutir mayoritariamente sobre los bebedores de cantidades bajas a moderadas o aliviar los síntomas de abstinencia, pero desempeñarían una función menor sobre la causa del alcoholismo. Las teorías que se centran en el potencial del alcohol para aumentar las sensaciones de bienestar y de atractivo sexual y reducir los efectos del dolor psicológico son difíciles de evaluar de una manera definitiva (15).

2.3.2.2.1 Teorías conductuales

Las expectativas sobre los efectos gratificantes del alcohol, las actitudes cognitivas hacia la responsabilidad de la propia conducta y los consiguientes esfuerzos tras la ingestión contribuyen a la decisión de beber nuevamente tras la primera experiencia con el alcohol y a continuar haciéndolo a pesar de los problemas. Estos aspectos son importantes en los esfuerzos para la modificación de las conductas de consumo de alcohol en la población general y contribuyen a algunos de los aspectos importantes de la rehabilitación del alcoholismo (15).

2.3.2.2.1 Teorías socioculturales

Las teorías socioculturales frecuentemente se basan en extrapolaciones de grupos sociales con tasas altas y bajas de alcoholismo. Los teóricos postulan que los grupos étnicos, como los judíos, que introducen a los niños en niveles moderados de consumo de alcohol en el entorno familiar y que evitan la ebriedad presentan bajas tasas de alcoholismo. Se cree que otros grupos, como los varones irlandeses o algunas tribus de

indios americanos con altas tasas de sobriedad, pero con una tradición de beber hasta el punto de la ebriedad entre los bebedores, presentan altas tasas de alcoholismo. Sin embargo, estas teorías dependen frecuentemente de estereotipos que tienden a ser erróneos y existen notables excepciones a estas generalizaciones (15).

2.3.2.2.1 Antecedentes en la infancia

Los investigadores han identificado varios factores en los antecedentes en la infancia de individuos que posteriormente han presentado trastornos relacionados con el alcohol y en niños con alto riesgo de un trastorno relacionado con el alcohol porque uno o ambos progenitores están afectados por éste. En estudios experimentales se ha observado que los niños con un alto riesgo de trastornos relacionados con el alcohol presentan, como promedio, un espectro de déficits en las pruebas neurocognitivas, baja amplitud de la onda P300 en la prueba de potenciales evocados y diversas anomalías en los registros del electroencefalograma (EEG). Los estudios de progenies de alto riesgo, efectuados en su segunda década de vida, demuestran también un efecto generalmente aplanado del alcohol en comparación con el observado en individuos cuyos padres no han sido diagnosticados de un trastorno relacionado con el alcohol. Estas observaciones indican que una función cerebral biológica hereditaria pueden predisponer al individuo a un trastorno relacionado con el alcohol. Un antecedente en la infancia de trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDHA), trastorno de la conducta o ambos pueden aumentar el riesgo en un niño de un trastorno relacionado con el alcohol en la edad adulta. Los trastornos de personalidad, especialmente el trastorno antisocial de la personalidad, también predisponen a un individuo a un trastorno relacionado con el alcohol (15).

2.3.2.2.1 Teorías genéticas

Cuatro líneas de evidencias respaldan la conclusión de que el alcoholismo está influido genéticamente. La primera es que el riesgo de problemas graves con el alcohol se triplica o cuadruplica en familiares próximos de alcohólicos. La tasa de problemas con el alcohol aumenta con el número de familiares alcohólicos, la gravedad de su enfermedad y la proximidad de sus relaciones genéticas con el individuo en estudio. En las investigaciones familiares, se hace poco para separar la importancia de la genética y del ambiente y el segundo enfoque, los estudios de gemelos, sitúan los datos un paso adelante. La tasa de similitud o concordancia para problemas graves relacionados con el alcohol es significativamente superior, en la mayoría de las investigaciones, en gemelos idénticos de alcohólicos que en gemelos no idénticos, lo que estima que los genes explican el 60% de la variación y el resto se relaciona con influencias ambientales, no compartidas, probablemente de la edad adulta. La tercera es que los estudios de adoptados han demostrado en todos los casos la potenciación significativa del riesgo de alcoholismo en la prole de padres alcohólicos, aun cuando los niños hayan sido separados de sus padres biológicos poco después de nacer y se hayan criado sin ningún conocimiento de los problemas en el seno de su familia biológica. El riesgo de problemas graves relacionados con el alcohol no se refuerza por la crianza en una familia adoptiva alcohólica. Finalmente, los estudios en animales sustentan la importancia de diversos genes, todavía no identificados, en la elección libre del consumo de alcohol, los consiguientes niveles de intoxicación y algunas de las consecuencia (15).

2.3.2.3 Tratamiento

El abandono de cualquier tipo de droga o adicción conductual no suele ser tarea fácil para una persona joven. Dejar el consumo de alcohol u otro tipo de drogas, es un paso

difícil para un joven, ya que la mayoría de las veces está muy relacionada con el estilo de vida y las circunstancias personales y sociales. El joven tiene que romper con el consumo y rehacer su vida (16).

El tipo de tratamiento más apropiado para un adolescente depende de multitud de variables, tales como el tipo de conducta adictiva, grado de implicación, recursos personales, clase social, presencia de problemas físicos o psicológicos subyacentes. Si el joven dispone de recursos personales importantes o su implicación con la droga es sólo moderada, probablemente puede dejar la droga sin tratamiento. Sin embargo una implicación seria con la droga haría aconsejable alguna modalidad de tratamiento, como la terapia psicológica en régimen ambulatorio, que es la modalidad más utilizada. Si sus recursos son muy limitados, debería considerarse formas de intervención más estructuradas o en régimen de internamiento u hospitalización (16).

Solamente un subgrupo de los adolescentes consumidores de drogas reúnen los criterios para el abuso o dependencia de las mismas. Hay un a escasas notable de tratamientos específicos dirigidos a este grupo poblacional. Los adolescentes no buscan tratamiento. Tampoco es lo mismo un perfil que podríamos denominar menores marginales que de menores normales. Los del primer perfil se caracterizan por estar inmersos en una problemática social importante, están implicados en actividades delictivas y han sufrido malos tratos. El pronóstico de este perfil se caracteriza por un bajo índice de éxitos. En el segundo perfil, no se observa esa desestructuración social y las drogas de consumo habituales son el alcohol, las anfetaminas y los porros. Este perfil no requeriría un tratamiento tan estructurado (16).

La primera respuesta a una demanda de tratamiento pretende: reforzar la motivación del joven para adentrarse en el proceso terapéutico; aclarar y modificar algunas reacciones

poco útiles para el proceso que se va a poner en marcha; determinar qué es lo que ha movido al paciente a buscar tratamiento y determinar sus objetivos (16).

Cualquier procedimiento terapéutico que aumente la posibilidad de que un joven adicto inicie o mantenga estrategias de cambio activo es una intervención motivacional. Entre éstas destacan el proporcionar información respecto al proceso de cambio, la entrevista motivacional, la hoja de balances sobre decisiones y la matriz de decisiones (16).

En la fase de valoración o evaluación se pretende establecer un diagnóstico y realizar un análisis funcional. Hay que recabar información médica, psicológica y social. De este modo se reconocerán las causas o determinantes ambientales del consumo de drogas, junto a todos aquellos otros factores personales y fisiológicos que se relacionan con el problema adictivo (16).

En la primera fase de tratamiento es fundamental que el sujeto lleve a cabo la desintoxicación de las sustancias a las que es adicto. Hay tres modalidades de desintoxicación: Desintoxicación hospitalaria, desintoxicación ambulatoria y desintoxicación domiciliaria. La desintoxicación tiene por objetivo reducir paulatina o bruscamente el consumo de droga, de modo que la persona quede abstinenta (16).

El proceso de desintoxicación pretende desvincular al individuo de la droga o drogas de la que dependen, evitando que aparezca el síndrome de abstinencia. Este proceso se puede hacer mediante psicofármacos o sin ellos. En cuanto a la farmacoterapia, los protocolos desarrollados para la fase de desintoxicación de los adultos podrían ser utilizados en los adolescentes. Lo que se está haciendo actualmente durante la desintoxicación es proporcionar fármacos que atenúen el síndrome de abstinencia, así como un amplio conjunto de tratamientos, tendentes todos ellos a paliar un cuadro clínico que, aunque en la mayoría de los casos no es peligroso, puede ser muy molesto y llamativo (16).

En la segunda fase del tratamiento, se abordan cuestiones como la deshabitación psicológica y la modificación del estilo de vida. En la deshabitación, el trabajo terapéutico se orienta a romper la dependencia psicosocial de la sustancia y logrará un cambio en el estilo de vida del joven. Las técnicas cognitivo – conductuales son básicas en esta etapa del tratamiento. Una de las técnicas fundamentales aplicables en esta fase son los procedimientos de exposición, que se inician a los dos o tres meses de haber comenzado en tratamiento y se prolonga hasta los nueve meses. El objetivo es debilitar los estímulos condicionados que provocan la conducta de búsqueda y de autoadministración de la droga (16).

En la tercera fase, el punto fundamental es abordar la prevención de las recaídas y proporcionar estrategias específicas de afrontamiento para fomentar la abstinencia continuada. Las estrategias más eficaces para la prevención de las recaídas son, sobre todo de tipo conductual y cognitivo, persiguiendo los siguientes objetivos: aumentar la autoeficacia, mejorar el control de impulsos, favorecer la reestructuración cognitiva y mejorar las estrategias de toma de decisiones. Las estrategias globales y específicas de prevención de recaídas pueden agruparse en tres categorías fundamentales: entrenamiento en habilidades, reestructuración cognitiva e intervención sobre estilo de vida (16).

Las sesiones de seguimiento se pueden realizar una cada 15 días, en los primeros tres meses, espaciándolas, posteriormente, a un mes y luego a dos, en los restantes nueve meses de seguimiento (16).

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local

3.1. **Autor:** Gilda Loayza Rojas

Título: Factores asociados al consumo de alcohol en adolescentes de la ciudad de Abancay - 2013

Resumen: El consumo de alcohol en adolescentes, representa un problema de salud pública en la actualidad, considerando como principal consecuencia negativa la dependencia a esta sustancia. El objetivo principal del presente trabajo está enmarcado en, describir los factores asociados al consumo de alcohol en adolescentes desde una perspectiva cualitativa, considerando las siguientes categorías: nivel de información sobre el consumo de alcohol, características sobre el consumo de alcohol, comportamiento frente al alcohol, motivos y consecuencias del consumo (entorno familiar y social). La muestra estuvo conformada por 10 adolescentes varones, cuyas edades estuvieron comprendidas entre los 14 y 17 años, todos ellos pertenecientes a la provincia de Abancay. Para la recolección de datos se emplearon entrevistas semi – estructuradas, los análisis de datos se llevaron a cabo a través de las técnicas de análisis de datos y triangulación. Los resultados evidencian que, los factores asociados al consumo de alcohol se caracterizan en general, por la falta de información, el factor motivación está relacionado con desajustes socio comportamentales, búsqueda de atención y liderazgo en el grupo de iguales, siendo la percepción del riesgo un componente no valorado. Finalmente, se procede a la discusión de las implicancias de estos factores, en su entorno social y familiar (17)

3.2. **Autor:** Ramírez Yerba Oscar Wilfredo

Título: Consumo de alcohol en adolescentes de 14 a 19 años Arequipa - 1999

Resumen: Se encuestaron 2127 adolescentes de 14 a 19 años, mediante un muestreo estratificado y por sectores, equivalente al 2.8% de una población de 75 827 habitantes, aplicando el Test de Michigan para alcoholismo (MAST), el mini examen CAGE y el APGAR familiar de Smilkstein.

La totalidad de encuestas, fueron agrupadas en tres categorías, donde el 53.2% resultaron ser bebedores “normales”, el 43.6% bebedores problema y el 3.2% son alcohólicos.

La proporción de bebedores “normales” disminuye según la edad. Del total de encuestado, se encontró que años 14 años, el 38.7% tiene problemas relacionados al consumo de alcohol. El 69% de los alcohólicos, tienen mala y regular Dinámica Familiar.

Además se ha visto que en el grupo alcohólico, el 22.2% de adolescentes tienen uno de los padres con bajo nivel educativo (analfabeto) (18).

3.3. **Autor:** Luque Pinto Luis Alex

Título: Dinámica familiar y nivel socioeconómico en madres adolescentes y su asociación con los conocimientos y prácticas del consumo de alcohol. Hospitales Honorio Delgado y Goyeneche. Arequipa. Febrero – Junio 2000.

Resumen: El consumo de alcohol en los adolescentes es un fenómeno muy complejo, de múltiples causas, siendo algunas de ellas el mal funcionamiento familiar y el bajo nivel socioeconómico. Dado a que no se cuenta con información

acerca del funcionamiento familiar y el nivel socioeconómico en madres adolescentes y la influencia que tienen estos dos factores sobre los conocimientos y prácticas del consumo de alcohol en este grupo específico es que se realizó el presente estudio (19).

La investigación se llevó a cabo en los servicios de Gineco – obstetricia de los hospitales Honorio Delgado y Goyeneche de la ciudad de Arequipa. Cabe destacar que los mencionados hospitales durante 1999 atendieron 81.37% de los 1246 partos en adolescentes atendidos en los cuatro hospitales de la Región de Salud - Arequipa (Honorio Delgado, Goyeneche, Camaná y Aplao). La muestra que se estudió fue de 100 madres adolescentes, las que fueron seleccionadas a través de la tabla de números aleatorios. La información fue recogida mediante la aplicación de la técnica de entrevista estructurada durante los meses de febrero a junio del 2000. Se usaron cuatro cuestionarios para evaluar, la dinámica familiar, nivel socioeconómico, conocimientos y prácticas sobre el consumo de alcohol (19).

Los objetivos de estudio fueron:

- a) Determinar la dinámica familiar y el nivel socioeconómico en madres adolescentes, así como los conocimientos y prácticas del consumo de alcohol en este grupo de madres.
- b) Determinar si la información recogida sugiere una asociación entre las dos categorías de factores.

Los resultados obtenidos son los siguientes (19):

En cuanto a la dinámica familiar: El 69% de las madres adolescentes estudiadas proceden de las familias con mal funcionamiento familiar, de estas el 41% tienen disfunción familiar severa y el 28% disfunción familiar moderada.

El nivel socioeconómico encontrado es el siguiente: Bajo 49%, medio 48%, alto 3%.

El 100 % de las madres adolescentes estudiadas han consumido bebidas alcohólicas, el 59% con abuso y el 41% sin abuso.

En relación al nivel de conocimientos sobre el consumo de alcohol: buen nivel de conocimientos en el 41%, mal nivel de conocimientos en el 59%.

Se ha observado que el consumo de alcohol con abuso disminuye cuando mejora el funcionamiento familiar y el nivel socioeconómico. Asimismo el nivel de conocimientos sobre el consumo de alcohol mejora cuando el funcionamiento familiar y el nivel socioeconómico es más adecuado (19).

Mediante el cálculo del Riesgo relativo se sugiere asociación positiva entre los siguientes eventos (19):

- a) Entre disfunción familiar severa y prácticas de consumo de alcohol con abuso.
- b) Entre disfunción familiar severa y mal nivel de conocimientos sobre el consumo de alcohol.
- c) Entre bajo nivel socioeconómico y el mal nivel de conocimientos sobre el consumo de alcohol.

A través del cálculo del Riesgo atribuible se determinó que esta asociación es débil y que las practicas del consumo de alcohol con abuso y el mal nivel de conocimientos sobre el consumo de alcohol depende de otras causas de las estudiadas (19).

A nivel nacional

3.4. **Autor:** Eduardo Salazar, Manuel Ugarte, Luis Vásquez, José Loaiza

Título: Consumo de alcohol y drogas y factores psicosociales asociados en adolescentes de Lima, 2007.

Resumen: Objetivo: Determinar la prevalencia del consumo de alcohol y drogas y los factores psicosociales asociados con dicho consumo en adolescentes de Lima.

Diseño: Estudio analítico de corte transversal.

Material y Métodos: Se estudió una muestra de 430 adolescentes de educación secundaria de un colegio de Lima. Se utilizó el Cuestionario Tamiz de Experiencias Personales (Personal Experience Screening Questionnaire - PESQ). Resultados: Se recibió 391 encuestas válidas. La prevalencia de consumo de alcohol o drogas fue 43%, de alcohol 42,2%, de marihuana 8,7% y de cocaína 3,1%. Se encontró problema de consumo de alcohol o drogas en el 10,7%, los factores psicosociales asociados fueron distrés psicológico severo (OR 4,58 IC 95% 1,60-13,05), pensamiento problemático severo (OR 2,63 IC 95% 1,15-6,01) y abuso físico (OR 2,31 IC 95% 1,19-4,49). Conclusiones: El factor psicosocial más asociado al problema de consumo de drogas fue el distrés psicológico severo.

Asimismo, se encontró asociación entre el pensamiento problemático severo y el abuso físico con dicho problema. El acoso sexual sólo se encontró asociado en los adolescentes de segundo de secundaria (20).

3.5. **Autor:** Carlos Alfredo Mendoza-Amaya, Javier E. Saavedra-Castillo

Título: La violencia política y su relación con ansiedad, depresión y abuso de alcohol en la población adolescente de tres ciudades de la sierra del Perú, 2003.

Resumen: Objetivo: Identificar la relación entre el antecedente familiar de violencia política y los trastornos de ansiedad, depresión y abuso de alcohol en la población adolescente de tres ciudades de la sierra peruana. Método: Se utilizó la base de datos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental de la Sierra Peruana 2003, realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado–Hideyo Noguchi”. Se tomó la prevalencia de ansiedad, depresión y de abuso de alcohol, y se correlacionó con el antecedente familiar de violencia política. Resultados: La posibilidad de encontrar trastorno de ansiedad generalizada es aproximadamente dos veces mayor en adolescentes que tuvieron antecedente de algún tipo de pérdida de algún familiar; la de encontrar por lo menos un criterio de abuso de alcohol es aproximadamente 2 veces mayor en adolescentes que tuvieron el antecedente de pérdida de algún familiar por hechos vinculados a la violencia política; y la de encontrar por lo menos dos criterios de abuso de alcohol es aproximadamente 3 veces mayor en adolescentes que tuvieron el antecedente de haber tenido algún familiar en prisión como consecuencia de hechos vinculados a la violencia política. No se encontró asociación entre el antecedente de violencia política con la prevalencia actual de episodio depresivo ni distimia. Conclusión: Los adolescentes con antecedentes vinculados a la violencia política, tienen mayor posibilidad de presentar ansiedad generalizada y abuso de alcohol que sus pares que no tienen ese antecedente, por lo tanto la exposición a violencia sería un factor de riesgo (21).

3.6. **Autor:** Micaela Lorenzo , Betty Cajaleón , Ericson Gutiérrez

Título: Prevalencia y factores asociados al consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de nutrición de una universidad de Lima-Perú.

Resumen: **Objetivo:** Determinar la prevalencia y los factores asociados al consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de la carrera de Bromatología y Nutrición de una universidad de Lima. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo y transversal, durante el mes de abril del 2010, se aplicó una versión modificada de la encuesta sobre hábitos y actitudes hacia el consumo de sustancias psicoactivas en universitarios de Lima Metropolitana a todos los estudiantes de la mencionada carrera profesional presentes los días de la encuesta. Se realizó estadística univariada, bivariada y multivariada, los cálculos fueron realizados con un nivel de confianza del 95%. **Resultados:** Se entrevistó a un total de 250 estudiantes, la prevalencia de consumo reciente de alcohol fue de 42.8% y los factores independientes asociados fueron el sexo masculino (OR=2.7; IC95%: 1.4-4.8), auto-percepción de regular rendimiento académico (OR=2.1; IC95%: 1.2-3.5) y el consumo familiar de alcohol y tabaco en fiestas y reuniones (OR=2.7; IC95%: 1.5-4.8). La prevalencia de consumo reciente de tabaco fue de 28.4% y los factores independientes asociados fueron el sexo masculino (OR=2.4; IC95%: 1.1- 5.4), auto-percepción de regular rendimiento académico (OR=2.1; IC95%: 1.2-3.8), consumo familiar de alcohol y tabaco en fiestas y reuniones (OR=2.4; IC95%: 1.2-4.8) y la edad mayor a 20 años (OR=1.9; IC95%: 1.1-3.4). **Conclusiones:** La prevalencia de consumo de alcohol y tabaco en esta población se encuentra en el nivel intermedio de lo reportado previamente en estudiantes universitarios, el sexo

masculino y la autopercepción de regular rendimiento académico son los factores más importantes que llevan al consumo reciente de alcohol (22).

A nivel internacional

3.7. **Autor:** Marina J. Muñoz-Rivas, José Luis Graña López

Título: Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes, Madrid 2005.

Resumen: Este estudio tiene por objetivo analizar la influencia y el peso diferencial de determinadas variables familiares en el consumo de drogas por parte de los adolescentes. Se utilizó una muestra de 1.570 adolescentes de ambos sexos (54.4% hombres y 45.6% mujeres) de la Comunidad Autónoma de Madrid. Los resultados mostraron que las diversas sustancias de consumo estudiadas se agrupaban de forma empírica en tres factores denominados: «drogas legales», «drogas médicas» y «drogas ilegales». A su vez, se realizaron varios análisis de regresión por pasos con cada uno de los tres factores y se confirmó que los principales factores de riesgo familiares para explicar el consumo de drogas legales eran la ausencia de normas familiares sobre el uso de drogas, los conflictos entre los padres y el adolescente y el consumo de alcohol por parte del padre. En sentido opuesto, los factores de protección más importantes eran acostarse a una hora fija por la noche y tener una buena relación de vínculo con los padres. También se analizaron los factores de riesgo y de protección para explicar el consumo de drogas ilegales y médicas. Se considera la importancia de estos datos a la hora de diseñar un programa de prevención familiar para el consumo de drogas (23).

3.8. **Autor:** María Jesús Cava, Sergio Murgui y Gonzalo Musitu

Título: Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana e intermedia

Resumen: Este trabajo se centra en las posibles diferencias en los factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. Estas posibles diferencias se analizan mediante la aplicación de un mismo modelo de ecuaciones estructurales en dos muestras de adolescentes: la primera constituida por 450 adolescentes entre 12 y 14 años, y la segunda por 203 adolescentes entre 15 y 17 años. Los resultados indican que una adecuada comunicación familiar es un factor de protección en ambas muestras, mientras que una elevada autoestima social se plantea como factor de riesgo en la adolescencia media. La autoestima familiar y las actitudes hacia la autoridad del adolescente son también factores relevantes en ambas muestras. Estos resultados pueden tener importantes implicaciones en el desarrollo de futuros programas de intervención (24).

3.9. **Autor:** Javier Pons Diez, Enrique Berjano Peirats

Título: Análisis de los estilos parentales de socialización asociados al abuso de Alcohol en adolescentes

Resumen: El objetivo de esta investigación es determinar las relaciones existentes entre los estilos parentales de socialización familiar y el consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes. Para ello se ha seleccionado una muestra de 1100 adolescentes de ambos sexos, escolarizados en centros públicos y privados de Valencia. Para obtener los datos de esta investigación, se utilizaron dos escalas diferentes: A) Escala EMBU 89. Escala de 81 ítems agrupados en seis factores relativos a seis diferentes estrategias paternas de educación con los hijos:

Sobrepotección, Comprensión y Apoyo, Castigo, Presión hacia el Logro, Rechazo y Reprobación. B) Escala HABICOL-92. Instrumento realizado con la finalidad de evaluar el consumo de diferentes tipos de bebidas alcohólicas por parte de los adolescentes en los fines de semana. Fue aplicado un análisis discriminante cuyos resultados muestran que los factores con mayor poder de discriminación entre los distintos niveles de consumo alcohólico son Reprobación, Castigo y Rechazo (25).



4. **Objetivos.**

4.1. **General**

Determinar el Perfil sociodemográfico, el Nivel las relaciones intrafamiliares y su asociación al Nivel de consumo de alcohol, en estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015.

4.2. **Específicos**

- 1) Describir el Perfil sociodemográfico de los estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015
- 2) Identificar el nivel de relaciones intrafamiliares de los estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015.
- 3) Establecer el nivel de consumo de alcohol de los estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM, Arequipa, 2015.
- 4) Determinar si existe asociación entre el Nivel de Relaciones Intrafamiliares y el nivel de consumo de alcohol en los estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM de Arequipa, 2015.

5. **Hipótesis**

Dado que las Relaciones Intrafamiliares pueden influir en el nivel de consumo de alcohol, es probable que exista correlación entre el nivel de Relaciones Intrafamiliares y el nivel de consumo de alcohol en los estudiantes adolescentes del Centro Preuniversitario de la UCSM de Arequipa, 2015.

6. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

4. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (Anexo 1), la versión breve de la Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I)(Anexo 2) y el Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol(AUDIT)(Anexo 3)

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

5. Campo de verificación

2.4. **Ubicación espacial:** La investigación se realizara en elCentro de estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, ubicado en el Distrito de Yanahuara, Provincia de Arequipa, Departamento de Arequipa.

2.5. **Ubicación temporal:** La investigación se realizara en los meses de Diciembre de 2014 y Enero de 2015

2.6. **Unidades de estudio:** Estudiantes del Centro de estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.

2.7. **Población:** Todos los estudiantes del Centro de estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María en el periodo de estudio.

Muestra: se estudiará una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones finitas no conocidas:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

$Z\alpha$ = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

p = frecuencia de conocimiento adecuado de MAC = 0.15

q = 1 – p

E = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto: n = 195,92 \approx 200 casos.

Además, los integrantes de la muestra deberán cumplir los criterios de selección.

Criterios de selección:

- ♦ **Criterios de Inclusión**

- Participación voluntaria en el estudio
- Inscripción en el Centro de Estudios Preuniversitario de la UCSM

- ♦ **Exclusión**

- Fichas de encuesta incompletos o mal llenados

6. Estrategia de Recolección de datos

3.2. Organización

Se solicitará autorización a la Dirección del Centro de Estudios Preuniversitario de la UCSM. Así como se informara del mismo al personal docente de dicho centro.

3.3. Recursos

- a) Humanos
 - Investigador, asesor.
- b) Materiales
 - Fichas de investigación
 - Material de escritorio
 - Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.
- c) Financieros
 - Autofinanciado

3.4. Validación de los instrumentos

3.3.1 Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I.)

3.3.1.1 Definición

La Escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (ERI), evalúa las “relaciones intrafamiliares” definidas como las interconexiones que se dan entre los integrantes de cada familia. Incluye la percepción que se tiene del grado de unión familiar, del estilo de la familia para afrontar problemas, para expresar emociones, manejar las reglas de convivencia y adaptarse a las situaciones de cambio. Este término está cercanamente asociado al de “ambiente familiar” y al de “recursos familiares”. La dimensión de unión y apoyo mide la tendencia de la familia de realizar actividades en conjunto, de convivir y de apoyarse mutuamente. Se asocia con un sentido de solidaridad y de pertenencia con el sistema familiar. Por su parte, la dimensión de dificultades se refiere a los aspectos de las relaciones intrafamiliares considerados ya sea por el individuo, o por la sociedad como indeseables, negativos, problemáticos o difíciles. De ahí que esta dimensión también pueda identificar el grado de percepción de “conflicto” dentro de una familia. Finalmente, la dimensión de expresión mide la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de respeto (26).

3.3.1.2 Población a la cual va dirigida

Como se puede apreciar en diversas investigaciones la Escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares aunque se validó inicialmente con adolescentes con nivel escolar medio superior (que estudiaban el bachillerato), se ha aplicado tanto a jóvenes de menor edad (con escolaridad secundaria) como a jóvenes universitarios. En sí, conserva su confiabilidad aunque ésta aumenta cuanto mayor sea la escolaridad (Rivera-Heredia, 1999, Rivera-Heredia & Andrade Palos, 1998; Rivera-Heredia & Andrade

Palos, 1999, Rivera-Heredia, 2000, Rivera-Heredia & Andrade Palos, 2006, Rivera-Heredia, 2010). Recientemente Huerta, Ortega y Navarro (en Huerta & Ortega, 2010) desarrollaron una versión de la Escala de Relaciones Intrafamiliares con elementos gráficos, la cual facilita la comprensión de los ítems tanto para población infantil como adolescente (26).

3.3.1.3 Descripción del Instrumento

Se trata de una escala autoaplicable con cinco opciones de respuesta que varían de: Totalmente de Acuerdo a Totalmente en Desacuerdo (ver Anexo 2). Los puntajes que obtienen las personas que responden la escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares en sus tres dimensiones proporcionan información sobre cómo es la interacción familiar respecto a la expresión de emociones, a la unión y apoyo, y a la percepción de dificultades o conflictos. Además de la versión original de 56 reactivos (versión larga), se desarrollaron dos versiones más, una de 37 reactivos (versión intermedia) y otra de 12 reactivos (versión breve), contando con niveles altos de confiabilidad en cada una de ellas. La versión breve en la dimensión unión y apoyo con 04 reactivos muestra una confiabilidad de 0.81 (Rivera-Heredia, Andrade Palos, 2006); en la dimensión expresión con 04 reactivos muestra una confiabilidad de 0.88 (Rivera-Heredia, Andrade Palos, 2006) y en la dimensión dificultades con 04 reactivos muestra una confiabilidad de 0.78 (Rivera-Heredia, Andrade Palos, 2006) (26).

3.3.1.4 Interpretación del instrumento

Hasta el momento no existe un punto de corte que pueda utilizarse de manera general en todos los grupos. Más bien se recomienda identificar el punto de corte por cada grupo poblacional específico, dividiendo a los participantes entre quienes se ubican dentro del grupo con puntajes altos (el 25% más alto) y quienes se ubican en el grupo con puntajes bajos (el 25% más bajo) (26).

3.3.1.5 Validez del Instrumento

- Validez estadística: mediante el análisis factorial realizado cuando se elaboró este instrumento. Participaron 671 estudiantes de nivel medio superior de instituciones del sector público de la ciudad de México (26).
- Validez Clínica: al comparar el ambiente familiar y encontrar diferencias estadísticamente significativas entre personas que han y que no han intentado suicidarse (Rivera-Heredia, 2000, Rivera-Heredia & Andrade Palos, 2006); cuando hay o no violencia en la familia (Rivera-Heredia, 1999); entre diferentes grados del consumo de drogas (Córdova, Andrade & Rodríguez-Kuri, 2006), entre mujeres con y sin cáncer de mama (Gamboa, 2008) y con mujeres adolescentes con conductas alimentarias de riesgo y sin conductas alimentarias de riesgo (Pintor, 2009) (26).
- Validez concurrente: se han realizado análisis de correlación entre los puntajes de diferentes dimensiones del E.R.I. con otras escalas de ambiente emocional o de apoyo familiar que evalúan dimensiones semejantes (Almanza, 2007; Delgadillo, 2008) (26).

3.3.1.6 Uso y aplicaciones

Algunas variables con las que se han relacionado las dimensiones del instrumento de evaluación de las relaciones intrafamiliares, las cuales se clasifican en tres grupos: variables demográficas, clínicas y educativas. 1) Variables demográficas: sexo, edad, escolaridad, ocupación, edad de los padres, escolaridad de los padres; 2) Variables clínicas: recursos, resiliencia, sintomatología depresiva, adicciones, intento suicida, cáncer y otro tipo de enfermedades; 3) Variables educativas: rendimiento académico, estilo de aprendizaje, plantel educativo, turno (26).

Las dificultades en el ambiente familiar con frecuencia están relacionadas con múltiples síntomas tanto físicos como psicológicos que son parte del objeto de estudio del trabajo en el campo de la psicología clínica. La escala puede ser utilizada como un apoyo al diagnóstico tanto para el tratamiento individual como para el de pareja o familia; también, puede ayudar a monitorear la evolución del mismo, así como para evaluar los cambios ocurridos en el ambiente familiar al término del tratamiento. En la valoración psicodiagnóstica individual, la escala puede incorporarse como parte de la batería de pruebas para niños, adolescentes y adultos (26).

3.3.2 Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)

3.3.2.1 Definición

El Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT), fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. Puede ayudar en la identificación del consumo excesivo de alcohol como causa de la enfermedad presente. Proporciona un marco de trabajo para la intervención dirigida a los bebedores de riesgo, para que puedan reducir o abandonar el consumo de alcohol y, con ello, evitar las consecuencias perjudiciales de su consumo (27).

El AUDIT también ayuda a identificar la dependencia de alcohol y algunas consecuencias específicas del consumo perjudicial. Ha sido diseñado particularmente para los clínicos y para una diversidad de recursos terapéuticos, si bien con las instrucciones apropiadas puede ser auto-administrado o utilizado por profesionales no sanitarios (27).

3.3.2.2 Validez

El AUDIT fue desarrollado y evaluado a lo largo de un período de dos décadas, habiéndose demostrado que proporciona una medida correcta del riesgo según el género, la edad y las diferentes culturas. Este test comprende 10 preguntas sobre consumo reciente, síntomas de la dependencia y problemas relacionados con el alcohol. Al tratarse del primer test de screening diseñado específicamente para su uso en el ámbito de la atención primaria, el AUDIT presenta las siguientes ventajas:

- Una estandarización transnacional: El AUDIT ha sido validado en pacientes de atención primaria en 6 países. Es el único test de screening diseñado específicamente para uso internacional.
- Identifica el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, así como una posible dependencia.
- Breve, rápido, y flexible.
- Diseñado para el personal de atención primaria.
- Es consistente con las definiciones de la CIE-10 de dependencia y de consumo perjudicial de alcohol.
- Se centra en el consumo reciente de alcohol.

La sensibilidad y especificidad de cada uno de los ítems seleccionados para el cuestionario

fueron calculadas para múltiples criterios (p.ej. consumo diario medio de alcohol, intoxicación recurrente, presencia de al menos un síntoma de dependencia, diagnóstico de abuso o dependencia de alcohol y auto-percepción del problema con la bebida). Se consideraron varios puntos de corte de la puntuación total para identificar la sensibilidad

(porcentaje de casos positivos que el test identifica correctamente) y especificidad (porcentaje de casos negativos que el test identifica correctamente) óptimas con el objeto de detectar el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Así mismo, la validez también fue calculada frente al diagnóstico de consumo perjudicial y de dependencia. En las muestras de desarrollo del test¹ un valor de corte de 8 puntos condujo a una sensibilidad en el AUDIT para diversos índices de consumo problemático que se situaba generalmente por encima de 0,90. La especificidad en los diversos países y entre los diversos criterios se situaba como media en valores superiores de 0,80 (27).

3.3.2.3 Puntuación e Interpretación

El AUDIT es fácil de puntuar. Cada una de las preguntas tiene una serie de respuestas a elegir y cada respuesta tiene una escala de puntuación de 0 a 4. En el cuestionario en formato de auto-pase (Anexo 3) será el evaluador quien traslade el número de la respuesta marcada por el paciente a la columna de la derecha. Todas las puntuaciones de las respuestas deben entonces ser sumadas y anotarse en el cuadro denominado «Total». Se recomiendan unas puntuaciones totales iguales o mayores a 8 como indicadores de consumo de riesgo y consumo perjudicial, así como de una posible dependencia de alcohol.

(Una puntuación de corte 10 proporciona una mayor especificidad a expensas de una menor sensibilidad). Debido a que los efectos del alcohol varían según el peso medio y diferencias en el metabolismo, al reducir el corte en un punto, a una puntuación de 7 para todas las mujeres y a los varones mayores de 65, se incrementa la sensibilidad para estos grupos poblacionales. La selección de los valores de corte debería estar en función de los estándares culturales y nacionales, así como del juicio clínico que también determinará el consumo máximo recomendado. Desde un punto de vista técnico, las

puntuaciones más altas simplemente indican una mayor probabilidad de consumo de riesgo y perjudicial. Sin embargo, tales puntuaciones también pueden reflejar mayor gravedad de los problemas y de la dependencia de alcohol, así como de una mayor necesidad de un tratamiento más intensivo (27).

Debido a la experiencia obtenida en un estudio de asignación de tratamiento con personas que tenían un amplio rango de gravedad de los problemas con el alcohol, se compararon las puntuaciones del AUDIT con datos diagnósticos que reflejaban un grado bajo, medio y alto de dependencia de alcohol. Se halló que las puntuaciones del AUDIT en un rango de 8-15 representaban un nivel medio de problemas con el alcohol, mientras que una puntuación igual o mayor a 16 representaba un nivel alto. A partir de la experiencia adquirida en la utilización del AUDIT en este y otros estudios de investigación, se ha sugerido que se debe dar la siguiente interpretación a las puntuaciones del AUDIT (27):

- Puntuaciones entre 8 y 15 son las más apropiadas para un simple consejo enfocado en la reducción del consumo de riesgo.
- Puntuaciones entre 16 y 19 sugieren terapia breve y un abordaje continuado.
- Puntuaciones iguales o mayores a 20 claramente requieren una evaluación diagnóstica más amplia de la dependencia de alcohol (27).

3.5. Criterios para manejo de resultados

f) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 ,Anexo 2 y Anexo 3 seran tabulados y pasados a una matriz de datos para facilitar su interpretación.

g) Plan de Clasificación:

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso.

h) Plan de Codificación:

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

3. Cronograma de Trabajo

CUADRO 2(*)

Actividades	Diciembre 14				Enero 15				Febrero 15			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema	■											
2. Revisión bibliográfica		■	■									
3. Aprobación del proyecto				■	■							
4. Ejecución					■	■						
5. Análisis e interpretación								■	■			
6. Informe final										■		

(*) **Autoría propia**

Fecha de inicio: 01/12/14

Fecha probable de término: 15/02/14

Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Ficha N° _____

A continuación le solicitamos marcar la alternativa respecto a cada ítem citado:

EDAD:	Menos de 14 años ()	14 a 16 años ()	16 a 18 años ()	Mas de 18 años ()
SEXO:	Masculino ()	Femenino ()		
PROCEDENCIA:	Arequipa ()	Otros ()		
NIVEL DE INSTRUCCIÓN:	Secundaria incompleta()	Secundaria completa()		
	Superior incompleta ()			
VIVE CON:	Ambos padres ()	Solo padre ()	Solo madre ()	Tíos () Abuelos() Otros ()
ECONOMICAMENTE USTED DEPENDE DE:	Ambos padres ()	Solo padre ()	Solo madre ()	Tíos () Abuelos() Otros()
COLEGIO DE PROCEDENCIA:	Nacional ()	Particular ()	Parroquial ()	
COMO CONSIDERA SU RELACION CON SUS COMPAÑEROS DE COLEGIO:	Muy Buena ()	Buena ()	Regular ()	Mala () Muy Mala ()
COMO CONSIDERA SU DESEMPEÑO ESCOLAR:	Muy Bueno ()	Bueno ()	Regular ()	Malo () Muy Malo ()
COMO CONSIDERA LA RELACION ENTRE SUS PADRES:	Muy Buena ()	Buena ()	Regular ()	Mala () Muy Mala ()
COMO CONSIDERA LA RELACION CON SUS PADRES:	Muy Buena ()	Buena ()	Regular ()	Mala () Muy Mala ()
Respecto a sus estudios en en Centro Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María:				
AREA A LA CARRERA A LA CUAL POSTULA:	Ingenierias()	Biomedicas()	Ciencias Sociales()	
CUANTAS VECES SE HA MATRICULADO EN EL C.PREUNIVERSITARIO:	1()	2()	3()	Más de 3 veces ()
CUANTAS HORAS DEDICA A ESTUDIAR LOS TEMAS DESARROLLADOS EN EL CENTRO PREUNIVERSITARIO:	Menos de 2 horas()	2 horas()	Mas de 2 horas()	

Anexo 2: Escala para la Evaluación de la Relaciones Intrafamiliares VERSION BREVE(ERI)

ESCALA PARA LA EVALUACIÓN DE LA RELACIONES

INTRAFAMILIARES (E.R.I. versión breve)

INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN

Ayúdanos a conocer cómo funciona tu familia, con base en la experiencia y opinión que tienes sobre tu propia familia. La información que tú proporciones será estrictamente confidencial. Recuerda que lo importante es conocer TU punto de vista. Trata de ser lo más sincero y espontáneo posible. Gracias por tu colaboración.

A continuación se presentan una serie de frases que se refieren a aspectos relacionados con TU FAMILIA. Indica cruzando con una X (equis) el número que mejor se adecue a la forma de actuar de tu familia, basándote en la siguiente escala:

TA = 5 = TOTALMENTE DE ACUERDO

A = 4 = DE ACUERDO

N = 3 = NEUTRAL (NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO)

D = 2 = EN DESACUERDO

TD = 1 = TOTALMENTE EN DESACUERDO

EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES (12 reactivos)	TA	A	N	D	TD
Los miembros de la familia acostumbran hacer cosas juntos.	5	4	3	2	1
Mis padres me animan a expresar abiertamente mis puntos de vista.	5	4	3	2	1
En mi familia, nadie se preocupa por los sentimientos de los demás.	5	4	3	2	1
Mi familia es cálida y nos brinda apoyo.	5	4	3	2	1
En nuestra familia es importante para todos expresar nuestras opiniones.	5	4	3	2	1
La atmósfera de mi familia usualmente es desagradable.	5	4	3	2	1
Nuestra familia acostumbra hacer actividades en conjunto.	5	4	3	2	1
Mi familia me escucha.	5	4	3	2	1
Cuando tengo algún problema no se lo platico a mi familia	5	4	3	2	1
Los miembros de la familia de verdad nos ayudamos y apoyamos unos a otros.	5	4	3	2	1
En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño.	5	4	3	2	1
Los conflictos en mi familia nunca se resuelven.	5	4	3	2	1

Anexo 3: Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol(AUDIT)

Marque con una X en el cuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta

TEST DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL: VERSIÓN AUTO – PASE					
PREGUNTAS	0	1	2	3	4
¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
¿Cuántas veces consume alcohol en un día de consumo normal?	1 ó 2	3 ó 4	5 ó 6	De 7 a 9	10 o más
¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi diario
¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi diario
¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi diario
¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi diario
¿ Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi diario
Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi diario
¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
¿ Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año