

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA**

**PREVALENCIA Y FACTORES RELACIONADOS CON EL
CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES
ESCOLARIZADOS DE 13 A 17 AÑOS, EN EL COLEGIO INEPE Y
EL COLEGIO NACIONAL GONZALO ZALDUMBIDE, EN EL AÑO
LECTIVO 2010-2011**

**DISERTACION DE GRADO PREVIA LA OBTENCION DEL
TITULO DE MÉDICA CIRUJANA**

ALVARO RAMIREZ NATALIA SOFIA

Director Dra. Godoy Cabezas Yolanda

QUITO, 2011

TEMA:

“Prevalencia y factores relacionados con el consumo de alcohol en adolescentes escolarizados de 13 a 17 años, en el Colegio INEPE y el Colegio Nacional Gonzalo Zaldumbide, en el Año Lectivo 2010-2011.”

DEDICATORIA

Dedico esta investigación a mispadres, quienes supieron inculcar en mí cualidades y valores como responsabilidad, esfuerzo, dedicación, honradez, respeto y sencillez, y que con su amor, esfuerzo y constancia supieron darme la motivación para conseguir mis objetivos y propósitos.

A mis abuelos, por ser el pilar de mi familia, por siempre brindarme el apoyo y aliento necesario para culminar mi carrera.

A mi esposo e hijo, quienes son mi fortaleza, y mi razón para continuar con mi carrera y ser cada día una mejor profesional.

AGRADECIMIENTOS

Toda esta investigación se llevó a cabo gracias al esfuerzo y participación de un grupo de profesionales. Ante lo cual deseo manifestar mi más sincero agradecimiento a diversas personas e instituciones, que brindaron su apoyo para terminar este proceso.

En primer lugar, agradezco a Dios, por haberme dado salud, perseverancia y la fortaleza suficiente para concluir una etapa más en mi vida, mi carrera como Médico.

Quiero agradecer a mi Familia por su apoyo inconstante, por estar siempre conmigo apoyándome en los momentos más difíciles, dándome ánimos. Gracias por su amor incondicional, por su sacrificio y por tratar de buscar siempre mi bienestar.

A mi esposo Roberto Pereira e hijo Martín Pereira, por ser la motivación para la realización y culminación de esta tesis.

A mis profesores de carrera de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Dra. Yolada Godoy, Directora de Tesis, Dr. Marcos Serrano, Asesor Metodológico, y al Dr. Hernán Chávez por su ayuda constante en la

investigación bibliográfica, guía, y realización de los análisis, sin la cual este trabajo no hubiera sido posible.

Igualmente, quiero agradecer a los colegios que me abrieron sus puertas, permitiéndome el acceso a la muestra: Colegio INEPE y Colegio Nacional Gonzalo Zaldumbide.

INDICE	Pag.
1. JUSTIFICACIÓN	1
2. INTRODUCCIÓN	3
3. MARCO TEÓRICO:	
3.1. LA ADOLESCENCIA	6
3.1.1. DESARROLLO DEL ADOLESCENTE	7
3.1.2. FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL EN LA ADOLESCENCIA	
3.2. LA FAMILIA	11
3.2.1. TIPOLOGIA FAMILIAR	12
3.2.2. FUNCIONALIDAD FAMILIAR	13
3.2.3. FAMILIA CON HIJOS ADOLESCENTES	15
3.2.4. LA FAMILIA Y EL CONSUMO DE ALCOHOL	16
3.3. EL CONSUMO DE ALCOHOL	18
3.3.1. LA CULTURA DEL ALCOHOL EN EL ECUADOR	20
3.3.2. DEFINICIÓN DE CONSUMO, ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL	22
3.3.3. PROBLEMAS DE SALUD ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL.	26
3.3.4. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES	28
3.3.5. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE ALCOHOLISMO	30
3.3.5.1. CUESTIONARIOS ESPECÍFICOS DE CONSUMO DE ALCOHOL	34
3.3.5.1.1. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	35
3.3.5.1.2. CAGE	36
3.3.5.1.3. Adolescent Drinking Index (ADI)	37
3.3.5.1.4. Adolescent Alcohol Involvement Scale (AAIS)	37
4. METODOLOGÍA	38
4.1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	40
4.1.1. GENERAL	40
4.1.2. ESPECÍFICOS	40
4.2. MÉTODOS	40
4.3. MUESTREO	40
4.4. INSTRUMENTO.	41
4.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL ESTUDIO.	41
4.5.1. VARIABLES DEL ESTUDIO:	43
5. RESULTADOS	43
6. DISCUSIÓN	46
6.1. CONCLUSIONES	58
6.2. RECOMENDACIONES	66
7. APENDICE	67

ANEXOS	70
ANEXO N°1 ENCUESTA	73

TABLAS:

· Tabla N°1	Objetivos y ventajas de los cuestionarios para el consumo de alcohol	35
· Tabla N° 2	Instrumentos de detección más útiles para la detección de trastornos por uso de alcohol	38
· Tabla N° 3	Distribución de los estudiantes por colegios	46
· Tabla N° 4	Porcentaje de estudiantes por Género y edad	46
· Tabla N° 5	Porcentaje de Estudiantes según el Nivel de Escolaridad	47
· Tabla N° 6	Porcentaje de estudiantes con respecto a repetición del Año Escolar	47
· Tabla N° 7	Porcentaje con respecto a composición Familiar	48
· Tabla N°8	Porcentaje con respecto a composición familiar entre consumidores y no consumidores	48
· Tabla N° 9	Porcentaje de consumo de alcohol	49
· Tabla N° 10	Porcentaje con respecto a la edad inicial de consumo de alcohol en años	49
· Tabla N° 11	Porcentaje con respecto al género de los estudiantes que revelan haber consumido alcohol.	50
· Tabla N° 12	Porcentaje con respecto al Año Escolar de los estudiantes que revelan haber consumido alcohol.	50
· Tabla N° 13	Frecuencia de embriaguez hasta el momento, de los estudiantes que han consumido alcohol	51
· Tabla N° 14	Frecuencia de episodios de embriaguez hasta el momento, de los estudiantes que han consumido alcohol.	51
· Tabla N° 15	Porcentaje obtenido del cuestionario CRAFFT	52
· Tabla N° 16	Porcentaje relacionado a Problemas de consumo según el CRAFFT	52
· Tabla N° 17	Tabla de distribución entre Problemas de Consumo Vs Género	53
· Tabla N° 18	Tabla de distribución entre Problemas de Consumo Vs Repetidores	54
· Tabla N° 19	Tabla de distribución entre Problemas de Consumo Vs Embriaguez	54
· Tabla N°20	Correlación de Spermán de Estudiantes Consumidores	55
· Tabla N° 21	Correlación de Spermán de Estudiantes No Consumidores	56

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue describir la prevalencia y los factores relacionados con el consumo de alcohol en una población de estudiantes de dos colegios del sector sur occidente de la ciudad de Quito, con edades comprendidas entre los 13 a 17 años. Se diseñó y aplicó una encuesta que constó de 21 preguntas a una muestra de 779 sujetos.

Resultados: El promedio de edad de los escolares fue de 14,9 años. Se encontró que el 70,3% de los estudiantes había consumido alcohol y que el 62% se habían embriagado por lo menos una vez. Entre los escolares que consumían alcohol, el 30,3% iniciaron su consumo entre los 12-13 años de edad. También se reporta que el 23,4% de los estudiantes que consumen alcohol pertenecen al Décimo Año de Educación Básica.

Se exploraron algunos posibles factores que estarían relacionados con el consumo, encontrándose que entre los escolares que consumen alcohol, el 12,4% ha repetido el año por lo menos una vez. Con respecto a situación familiar el 63,7% pertenecen a una familia nucleada, y el 18,4% de los estudiantes pertenece a una familia con disfuncionalidad severa.

Al observar los resultados entre consumidores y no consumidores, para evaluar problemas de consumo, mediante la escala del CRAFFT, se obtuvo que el 40,6% de los estudiantes presentan un problema de consumo de alcohol, en comparación con el 1,3% de los que no consumen.

Palabras clave: Alcohol, adolescentes, factores de riesgo

ABSTRACT

The objective of this research project was to describe the prevalence and factors associated with alcohol consumption in students between 13 and 17 years of age, from two schools in the southwest area of the city of Quito. A survey was designed and implemented that consisted of 21 questions, directed to a sample of 779 subjects.

Results: The average age of the students was 14.9 years old. It was found that 70.3% of students had consumed alcohol and that 62% had been drunk at least once. Among the students who drank alcohol, 30.3% began to drink when they were approximately 12-13 years old. Also, the survey showed that 23.4% of students who use alcohol belong to the 10th Year of Basic Education.

Some possible factors that would be related to alcohol use were explored, and it was found that among the students who drink, 12.4% had to repeat a grade at least once. With regard to marital status, 63.7% belong to nuclear families and 18.4% of students belong to a family with severe dysfunction.

Looking at the results between users and nonusers to evaluate consumer problems through CRAFFT scale, we found that 40.6% of students have an alcohol problem, compared with 1.3% non-users.

Keywords: Alcohol, adolescents, riskfactors

1. JUSTIFICACIÓN

En el 2007 se realizó la Encuesta Mundial de Salud a Escolares, realizada por la OPS/OMS, en Quito, Guayaquil y Pastaza, a estudiantes de Octavo, Noveno, Décimo Año de Educación Básica y Primer Año del Bachillerato, participando un total de 2215 estudiantes, cuyos resultados revelaron que con respecto al consumo de alcohol en Quito que el 31,7% había consumido por lo menos una bebida alcohólica en los últimos 30 días, y que el 27,7% se había embriagado una o más veces en su vida.(5)

Una de cada cinco personas en el mundo es un adolescente y el 85% de ellos vive en países en desarrollo. Casi dos tercios de las muertes prematuras y un tercio de la carga de morbilidad total de los adultos están relacionados con condiciones o comportamientos que se inician en la juventud, incluidos el consumo de tabaco, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección o la exposición a la violencia. (3)

El consumo de alcohol se vincula a nivel mundial con el 50 % de las muertes ocurridas en accidentes de tránsito y el 30 % de los homicidios, suicidios y arrestos policiales. Reduce en 12 a la expectativa de vida y determina el 30 % de las admisiones psiquiátricas y el 8 % de los ingresos por psicosis.(35)

El uso y abuso de alcohol representa un problema que causa preocupación, es capaz de producir importantes alteraciones de la salud y problemas sociales; la frecuencia de su uso, el aumento del número de consumidores junto al descenso de la edad de iniciación, acentúan la necesidad de una acción preventiva eficaz.

El aumento de consumo de alcohol en los adolescentes se ha convertido en una de las mayores preocupaciones sociales. Así el interés de esta investigación surgió a partir de la alarma que actualmente existe con relación al aumento significativo del consumo de esta sustancia a temprana edad. Por esta razón, fue pertinente indagar por los factores asociados que puedan incidir en que un adolescente inicie el consumo de alcohol, con el fin de generar propuestas que mejoren su calidad de vida y su desarrollo en el entorno familiar, social y escolar. Por tal motivo es de mi interés el determinar la Prevalencia del consumo de alcohol y sus posibles causales en adolescentes escolarizados de dos colegios del Sur Occidente de la ciudad de Quito.

2. INTRODUCCION

El consumo de alcohol por la población adolescente constituye un creciente problema de origen multifactorial, con un impacto social considerable que exige un desarrollo prioritario de modalidades preventivas y terapéuticas específicas. El alcohol se ha convertido en la droga más consumida por los adolescentes; y a ello contribuyen tanto factores sociales, como la enorme tolerancia y/o aceptación social respecto a su consumo y, en consecuencia, su fácil accesibilidad; como factores individuales, ya que el alcohol permite la adquisición de habilidades sociales que facilitan las relaciones de los adolescentes. (2)

Tradicionalmente, la adolescencia ha representado un periodo crítico en el inicio y experimentación en el consumo de sustancias, un tema que desde siempre ha atraído el interés de los investigadores. La familia ha sido uno de los contextos en el que los investigadores han localizado un mayor número de factores de riesgo y protección en relación con el consumo de sustancias de los adolescentes. (6)

Se ha observado que las pautas de interacción familiar, como la comunicación deficiente, los frecuentes conflictos, la baja cohesión, el excesivo castigo o el

consumo de los propios padres, repercuten directamente en el consumo de los hijos/as; asimismo, se ha visto que existen variables indirectas que se relacionan a su vez con el consumo. (4)

El consumo de sustancias alcohólicas es un problema de enorme interés en la Salud Pública, dado que no sólo afecta la salud del consumidor sino que además ocasiona problemas económicos, sociales y psicológicos de mayor envergadura a la familia y la sociedad. (7) Dentro de las drogas de mayor consumo en nuestro medio se encuentran el alcohol y el tabaco a nivel de adolescentes.

El alcohol se ha convertido en una de las sustancias protagonistas de consumo y este protagonismo adquiere un carácter destacado en lo que se refiere al consumo juvenil. Existen estudios que reflejan pautas de consumo de alcohol por parte del sector joven de la población, y es de sobra conocido por los especialistas e incluso por un número creciente de público seguidor de estos asuntos, que este consumo se integra dentro de unas pautas de conducta que un sector numéricamente importante de jóvenes vive como absolutamente normales, propias de su edad y del grupo con el que se relaciona y que adquiere todo su sentido en la utilización del tiempo libre y las actividades desarrolladas en torno al ocio y la diversión.

La escolarización, la condición de adolescentes escolarizados y el escenario de la familia, cumple un rol singular en este estudio. Nos interesa situar la problemática del consumo de alcohol en adolescentes escolarizados en un momento de declive de las instituciones, en donde los procesos de individuación llevan a subjetividades tanto reflexivas, es decir autónomas y no determinadas por las fuentes tradicionales de confianza, como vulnerables.

Por tal motivo es necesario conocer cuáles son los factores relacionados con el inicio del consumo de bebidas alcohólicas en escolares del nivel secundario. Así este estudio aportará con determinar la prevalencia del consumo de alcohol, además de explorar los causales que generan que un adolescente inicie con este comportamiento de riesgo, y así aportar con información que permita generar desde un mejor conocimiento de la realidad local, propuestas que mejoren su calidad de vida y su desarrollo en el entorno familiar, social y escolar.

3. MARCO TEÓRICO:

3.1. LA ADOLESCENCIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como población adolescente al grupo que estriba entre los 10 y 19 años de edad. Por las diferencias en las diversas etapas de desarrollo y en consecuencia por las distintas necesidades y percepciones, es conveniente subdividir el grupo 10-19 años en los subgrupos 10-14 (adolescencia temprana) y 15-19 (adolescencia tardía) y juventud propiamente dicha al grupo 20-24 años. Se estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente, 85 por ciento de ellos viven en países pobres o de ingresos medios, y alrededor de 1.7 millones de ellos mueren al año. (3,5)

Entre los 10 y los 20 años de edad, las personas experimentan cambios rápidos de tamaño, la forma y la fisiología corporales, y del funcionamiento psicológico y social. Las hormonas establecen la agenda del desarrollo, junto con las estructuras sociales diseñadas para favorecer la transición desde la infancia hasta la vida adulta. (15)

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. Sin embargo, la variación individual es sustancial, tanto en términos de la cronología de los cambios somáticos como de la calidad de la experiencia del adolescente. El género y la cultura afectan en gran medida al curso del desarrollo. (15)

En la teoría de Piaget, la adolescencia marca la transición entre el pensamiento operacional, concreto, característico de los niños de edad escolar, a las operaciones lógicas formales. Estas últimas comprenden capacidad para manipular abstracciones como expresiones algebraicas, para razonar a partir de principios conocidos, para sopesar varios puntos de vista de acuerdo con criterios variables y para pensar sobre el proceso mismo del pensamiento.

3.1.1. DESARROLLO DEL ADOLESCENTE

Los adolescentes se encuentran en un período evolutivo en el que se producen los cambios propios de la adolescencia que afectarán a su desarrollo como personas; la persona experimenta notables transformaciones físicas y fisiológicas, accede a un nuevo estadio de pensamiento que le permitirá construir razonamientos más elaborados, atraviesa un momento decisivo en la configuración de su identidad, cambia los modelos de referencia en su conducta y se ve obligada a tomar decisiones sobre normas y sobre formas personales de comportamiento, respecto a sí misma y a los demás.(1)

En su camino hacia la vida adulta, el adolescente necesita autonomía para afianzarse como persona independiente, pero aún mantiene una importante dependencia de los adultos. Entre los 12 y los 16 años, los adolescentes pasan de una estructura centrada en la familia a una mayor integración en un sistema de iguales. Es el momento, también, en el que comienzan a sentirse miembros de una cultura propia con unos hábitos, unas modas y unas inquietudes que suelen ser distintas a las de la propia familia. (16)

Con la llegada de la pubertad y la adolescencia, el aspecto físico de los niños sufre unos cambios paulatinos, se desarrollan los caracteres sexuales secundarios y se adquiere la madurez sexual. En este período, los jóvenes conceden una gran importancia a la estética personal y a la comparación con los demás. Los cambios en la imagen que tienen de sí mismos pueden llegar a originar conflictos relacionados con la aceptación del propio cuerpo.(16)

El aumento de la potencia muscular, la resistencia, la agilidad, la habilidad, marcarán el desarrollo psicomotor de estas edades. Es un período en el que resulta importante promover el uso adecuado del tiempo libre mediante el deporte y la actividad física, ya que contribuyen a la aceptación del propio cuerpo, favorecen la adquisición de hábitos de salud y son, además, un importante vehículo de descarga emocional y de relación interpersonal. (16)

En la esfera cognitiva, en este periodo se produce el tránsito a las operaciones formales, pasando, del pensamiento concreto (centrado en la realidad, basado en los objetos e incapaz de formular y comprobar hipótesis) al pensamiento formal, cuyos rasgos más característicos son: (16)

- Se empieza a argumentar a partir de la deducción; los alumnos se inician en la búsqueda de las distintas causas que pueden explicar un fenómeno, seleccionan las que consideran más influyentes y las verifican.
- Se desarrolla la capacidad para aislar variables, combinarlas según las distintas posibilidades e imaginar las consecuencias de una hipótesis.
- Se realizan comprobaciones de las propias ideas y se contrastan con la realidad de manera intencionada.
- Se perfecciona la capacidad de análisis: la etapa educativa exige acercarse al conocimiento de los hechos y de las cosas de la manera en que lo haría un científico.

Es un período de progresivo afianzamiento de la identidad individual frente a los demás, en que el adolescente tiende a adoptar ciertos compromisos ideológicos o culturales y camina hacia la formación de un proyecto de vida más o menos definido. Lógicamente, en esta etapa adquiere una importancia capital la orientación personal y vocacional de los alumnos, porque de este modo se fomenta que los estudiantes reflexionen para tomar decisiones. (16)

Entre los 12 y los 16 años, el estudiante reorganiza sus ideas sobre el entorno social. En sus relaciones con los demás, comenzará a tomar como referente la personalidad del otro y percibirá que los demás sienten y piensan de manera distinta a él, gracias a la mayor capacidad que tiene para inferir los sentimientos y pensamientos de las otras personas. (16)

Los estudiantes de estas edades comienzan a interesarse por contextos y situaciones más amplios. Así, en ámbitos como la economía, la política o la religión, se inician en la elaboración de una imagen de cada sistema que les servirá de base para configurar una explicación global de la sociedad. (16)

La familia sigue constituyendo un núcleo vital en la toma de decisiones, en la conducta y en las motivaciones. Los adolescentes necesitan todavía el afecto y el cariño familiares, pero rechazan las actitudes de sobreprotección. El grupo de

amigos adquiere una gran importancia en su vida, como punto de referencia en sus intercambios e interacciones sociales. (16)

Poco a poco el adolescente empieza a tomar decisiones de forma autónoma sobre cuestiones personales y morales. Su madurez de juicio está muy relacionada con el desarrollo intelectual y con el contexto social que le rodea. Es un momento en que, además, los jóvenes tienden a cuestionarse muchos de los valores que habían mantenido en su niñez. Se plantean interrogantes en torno a la existencia y tienen un fuerte sentido de la justicia social. Comienzan a discutir la razón de algunas prohibiciones y plantean preguntas antes de aceptar la norma. Discuten libremente sus ideas con el grupo de amigos y uno de los temas de conversación suele ser la disciplina familiar o escolar. (16)

3.1.2. FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL EN LA ADOLESCENCIA

Existe consenso en entender la dimensión preventiva como una categoría básica del trabajo en salud adolescente que se fundamenta en un conjunto de enfoques interdependientes que priorizan las acciones sobre las causas de los fenómenos sociales más que sobre las consecuencias.

Las sociedades, ofrecen cada vez más oportunidades de riesgo a los jóvenes, que pueden conducir en ocasiones a efectos dañinos que podrían durar la vida

eterna. Correr riesgos voluntariamente forma parte del crecimiento y desarrollo de la transición de niño a adolescente. Los ayuda a probar fuerzas y capacidades para enfrentarse al mundo, pero en ocasiones los jóvenes igualan los comportamientos riesgosos con muestras de madurez inapropiadas para su edad. (30)

Los estudios demuestran que los factores de riesgo de las conductas problemáticas y sus consecuencias para la salud son comunes y están relacionadas entre sí, identifican los siguientes factores de riesgo: leyes y normas comunitarias que favorecen las actividades delictivas transgresoras o restringen el ejercicio de los derechos; problemas familiares: presión del grupo y desorganización social. Todos ellos son comunes en los casos de consumo de drogas, delincuencia, trabajo infantil, gestación no deseada, deserción escolar y violencia. (30)

Una variada manifestación de fuerzas influye sobre el comportamiento de la población de menor edad. Hasta la fecha, se han identificado factores protectores individuales (autoestima y locus de control interno), familiares (armonía en la familia, buena relación con al menos uno de los padres) y ambientales (los pares, la escuela). (16)

3.2. LA FAMILIA

El interés de la medicina por el estudio de la familia, se debe, en gran medida, al enfoque del proceso de salud y enfermedad; con este enfoque, la persona deja de ser visto como un ente únicamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan dentro de la propia familia, y en sí estos afectan en una u otra forma a la salud de la persona.

Así la Organización de Naciones Unidas (ONU) define como familia al grupo de personas del hogar que tienen cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al jefe de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos.(17)

Se puede decir que familia es un grupo social, conformado por individuos que están unidos por lazos sanguíneos, de afinidad o de matrimonio, que interactúan, conviven y comparten factores biológicos, psicológicos, y sociales.

3.2.1. TIPOLOGIA FAMILIAR

El tipo de familia es la categorización de ésta en función de sus miembros presentes, la cual es importante dado que ellas determinan las interacciones posibles y el contexto en el que se encuentra inmersa la familia.

Desde el punto de vista de su integración, la familia puede clasificarse como integrada, semi-integrada o desintegrada. Por sus hábitos, costumbres y patrones de comportamiento, puede clasificarse como tradicional o moderna, o bien tipificarse como rural y urbana. Si analizamos a la familia con un enfoque psicosocial y basándonos en la dinámica de las relaciones intrafamiliares, puede clasificarse en funcional y disfuncional. Finalmente, la familia puede denominarse nuclear, monoparental o extensa en función de los elementos que la constituyen. (18)

Por fines del estudio, nos vamos a interesar en los tipos de familia que se relacionan con los elementos que la conforman y su funcionalidad.

Por lo tanto entendemos como:

- Familia Nuclear aquella que está conformada por dos adultos cónyuges que ejercen el rol de padres y viven con sus respectivos hijos, sean estos biológicos o adoptivos.
- Familia Monoparental aquella que está conformada con un solo padre y su(s) hijo(s) (pudiendo tratarse de un padre soltero, separado/divorciado o viudo).

- Familia Extendida aquella que está conformada por miembros de más de dos generaciones conviviendo en el hogar, esto es, por lo menos existe un padre de otra persona que es padre a su vez (viven desde abuelos hasta nietos). (18)

3.2.2. FUNCIONALIDAD FAMILIAR

En toda familia se presenta una dinámica compleja que rige sus patrones de convivencia y funcionamiento. Si esta dinámica resulta adecuada y flexible, o sea, funcional, contribuirá a la armonía familiar y proporcionará a sus miembros la posibilidad de desarrollar sólidos sentimientos de identidad, seguridad y bienestar. (19)

Como bien se ha reconocido, la familia es una instancia mediadora entre el individuo y la sociedad; es el escenario privilegiado en donde se lleva a cabo el desarrollo de la identidad y el proceso de socialización del individuo; constituye un espacio de vivencias de primer orden, en ella el sujeto tiene sus primeras experiencias y adquiere sus valores y su concepción del mundo. La familia es para el individuo el contexto en donde se dan las condiciones para el desarrollo, favorable y sano, de su personalidad, o bien, por el contrario, el foco principal de sus trastornos emocionales. (19)

3.2.3. FAMILIA CON HIJOS ADOLESCENTES

El concebir a la familia como un sistema de relaciones implica que las conductas de los individuos son interdependientes y mutuamente reguladas. Este mecanismo regulador interno está constituido por un entramado de reglas implícitas y explícitas. Las relaciones familiares son singulares y se advierten en las pautas de interacción que se dan en forma recurrente en el tiempo. Por tanto es posible hablar de una familia en términos de la forma particular de relacionarse de sus miembros, construida, estabilizada y desarrollada través del tiempo. Dicho de otro modo, la familia, como grupo natural, elabora en el curso del tiempo pautas de interacción que constituyen su estructura, la cual rige el funcionamiento de sus miembros, facilita la interacción recíproca y define una gama de conductas posibles. (36)

La acción o conducta de cada uno de sus integrantes influye en los comportamientos, sentimientos y pensamientos de sus demás integrantes y viceversa. Y es que la conjunción y la interacción entre ellos integra similares sucesos familiares, por lo tanto cada uno de sus integrantes puede definir y hasta pronosticar la posición, el comportamiento, las alianzas estratégicas, los sentimientos, las conductas reactivas, etc., de los demás miembros en base a la

historia que los une y por el rol que les ha tocado desempeñar en el interior de la propia familia. (36)

Un funcionamiento familiar saludable es aquel que le posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados, entre los cuales se citan los siguientes:

- La satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros.
- La transmisión de valores éticos y culturales.
- La promoción y facilitación del proceso de socialización de sus miembros.
- El establecimiento y mantenimiento de un equilibrio que sirva para enfrentar las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital.
- El establecimiento de patrones para las relaciones interpersonales (la educación para la convivencia social).
- La creación de condiciones propicias para el desarrollo de la identidad personal y la adquisición de la identidad sexual. (29)

La familia con hijos adolescentes experimenta una serie de cambios, los hijos buscan relaciones extra familiares y las fronteras deben ser más permeables que en etapas anteriores. Esta característica se nota con claridad en los típicos

conflictos padres-hijos referidos a la defensa de la privacidad y de la autodeterminación por parte de los adolescentes, en contraposición al intento de los padres por mantener las pautas de relación de la niñez. El hijo adolescente aún mantiene conductas que reflejan sus necesidades de protección y control por parte de sus padres, quienes deben fomentar las condiciones para que se desarrolle y pueda llegar a decidir personalmente su futuro laboral, sexual y familiar. (29)

3.2.4. LA FAMILIA Y EL CONSUMO DE ALCOHOL

En general los conflictos en el sistema familiar pueden alterar el proceso de desarrollo del adolescente. En aquellas familias en las que el subsistema parental ha tenido dificultades para lograr acuerdos frente a la crianza de los hijos, para fijar normas, para compartir el tiempo y comunicarse, podrían más frecuentemente, cuando el hijo atraviesa la adolescencia, enfrentar conductas con las cuales, el hijo, busca desafiar las normas, tener más atención o desafiar la autoridad. (36)

Los padres, y en especial las madres, cuando han puesto en la función parental toda su autoestima, se pueden ver bastante afectadas por la descalificación de sus hijos adolescentes y atemorizadas ante su independencia. La familia debe ofrecer al adolescente oportunidades reales de encontrar nuevos roles que le

permitan ejercitarse en el papel de adulto que deberá asumir, alcanzando así una autonomía suficiente para su funcionamiento adulto. Para poder permitir a los hijos crecer es importante que los padres aprendan a negociar convenios acerca de los tiempos, espacios, deberes, propios y colectivos, deseos, costumbres, vestimenta, lenguaje, etc. (36)

Ante un adolescente con consumo abusivo de alcohol, habría que formularse dos preguntas: ¿la disfuncionalidad familiar condicionó y desencadenó mediante la conjugación de una serie de factores este comportamiento? o ¿Esta disfunción familiar fue posterior al haberse ya presentado y desarrollado la conducta y en consecuencia es efecto de ésta? o en su defecto, ¿Pueden existir niveles de disfuncionalidad y por ende niveles de riesgo en una familia? O ¿Puede surgir un caso de adicción a drogas u otra adicción en un individuo que no proviene de una Familia Disfuncional? Para esta última pregunta desde luego la respuesta es SI, una persona puede desarrollar una adicción cualquiera sin provenir necesariamente de una familia disfuncional. (20)

La gran mayoría de los trabajos se han limitado a analizar cómo la calidad de la relación con los padres puede relacionarse directamente con el consumo de alcohol en los adolescentes, y que, a su vez, este es un factor de riesgo potencial. Esto nos ha motivado a tratar de clasificar las características del funcionamiento familiar que inciden en el consumo, y ahondar en la

identificación de variables mediadoras que nos ayuden a comprender la interrelación entre estos factores.

3.3. EL CONSUMO DE ALCOHOL

El abuso del alcohol supone un importante objeto de preocupación para la salud pública debido a sus repercusiones sociales y sanitarias. La OMS define el alcoholismo como la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) indicó que 22 millones de personas consumen alcohol en gran parte del mundo, esto obedece a la ampliación mundial de la oferta de las bebidas con contenido alcohólico, amparado por las modificaciones a las leyes que favorecen la producción, el comercio y el consumo de alcohol. (3,5,14)

La problemática del consumo de alcohol en adolescentes desde la perspectiva sociocultural: Hugo Miguez (1998: pag. 28-30) identifica en tres grandes grupos a los diferentes puntos de riesgo considerados como condicionantes del uso indebido de sustancias psicoactivas:

- La propensión individual: reconociendo orígenes de carácter biológico o psicológico.

- La disponibilidad: el alcance de la sustancia para un consumidor potencial.
- El marco sociocultural: en donde cobra especial importancia la “tolerancia social” y las representaciones acerca de “lo aceptable” ante determinadas circunstancias aunque no sea deseable. Es decir que “...al incurrir en ellas las personas no son objetos de sanción social de parte de su grupo de referencia”. (21)

Este, es un punto de riesgo en tanto modela las concepciones del medio familiar y comunitario y sus efectos se sienten sobre el campo sanitario y educativo. Incluye también el horizonte de creencias y valoraciones respecto al consumo. Los anuncios comerciales y los medios de comunicación en general, participan activamente en la formación y reproducción de las mismas. Por otro lado, si bien, como se señala en los datos relevados en investigaciones anteriores, el consumo es independiente del tipo de hogar y del sector social de acuerdo a lo extendido que se presenta el consumo en las franjas de adolescentes, es en el modo de consumir (uso, abuso y motivaciones) donde pueden hallarse diferencias asociadas al entorno familiar y al posicionamiento dentro de la estructura social. (21,22)

El alcohol aumenta los riesgos en la salud en los adolescentes, causa daño físico, baja atención, incrementa los actos agresivos y delictivos, genera menor productividad económica a futuro y trae consecuencias negativas en el ámbito psicológico. El consumo de alcohol es la entrada al consumo de cigarrillo y de drogas ilícitas, y conforme va pasando el tiempo, puede generar diferentes problemas de comportamiento que trascienden a la edad adulta (6, 27).

3.3.1. LA CULTURA DEL ALCOHOL EN EL ECUADOR

El consumo de alcohol es uno de los problemas sociales más graves, el mismo que ocupa un puesto preferencia en las estadísticas mundiales, cuya incidencia es del 58% y la prevalencia es del 75%, esto significa que anualmente más de la mitad de la población mundial ha consumido alcohol en algún momento. (33)

Se llegó en Ecuador a formular la necesidad de realizar una investigación que profundice el conocimiento y la comprensión de la cosmovisión y las prácticas en las comunidades indígenas, relacionadas con el consumo excesivo de bebidas alcohólicas. (33)

Las condiciones económicas y sociales en un momento histórico dado y en medio geográfico concreto determinan la calidadde vida de los habitantes y consecuentemente la salud en general. La salud, la enfermedad, el dolor y la

muerte tuvieron otras interpretaciones y consecuentemente van apareciendo los mitos, supersticiones, rituales y prácticas orientadas a controlar dichas fuerzas. Se crean y se cree en infinidad de dioses y diosas. Cuando aparecen los primeros utensilios elaborados por los alfareros, se inicia el consumo de bebidas alcohólicas producto de la fermentación de la yuca o del maíz. (34)

Se inicia la ingesta alcohólica con fines ceremoniales. En la corta etapa del incario en lo que ahora es el Ecuador, hubo un importante culto a la salud, a la fortaleza física, cualidades que eran celebradas pomposamente en el mes de agosto; la Colla Rami era la fiesta de la salud que se extendía a lo largo de al menos ocho días. Los médicos del incario al parecer usaban sustancias del género datura en calidad de anestésicos. (34)

El consumo de alcohol en el mundo indígena, está vinculado a su práctica de vivir y convivir en la cotidianidad. Dicho de otro modo, "...en las coordinaciones de acciones y emociones que constituyen las respectivas redes de conversaciones que las definen y constituyen como culturas diferentes". Por todo esto, la Fiesta, las Ceremonias y sus Oficios Transfigurantes están relacionados a la Cosecha, la Siembra, la Lluvia, el Desyerbe, las Fases Lunares y por supuesto, al Equinoccio. De tal manera, que el consumo de bebidas que contienen alcohol se realizan en este contexto. (32)

Con la conquista española, se inicia el hecho de la expansión del consumo de alcohol como una forma adicional de dominación y explotación del indio. Se pasó del consumo ceremonial al consumo alienante del alcohol. Es difícil hacer una apreciación objetiva sobre el alcoholismo en los siglos XVII y XVIII, debido a la falta de registros sobre esta patología, pero es de suponer que los problemas derivados del consumo indebido de alcohol en la población de la Real Audiencia de Quito, deben haber sido elevados. .(34)

El inicio del siglo XX constituye para el Ecuador la etapa de transformación de su economía. Con la intención de prevenir el problema de las toxicomanías en el año de 1916 el Congreso de la República expide la "Ley del Opio", reformada en 1924, en la que se impone al Ministerio de Educación Pública, la obligación de dictar conferencias en todos los establecimientos de educación estatal dando a conocer "el horror del vicio de las toxicomanías". Con el criterio moralista imperante, se intenta iniciar un programa preventivo basado en el miedo, como método disuasivo. .(34)

En la ciudad de Cuenca, un grupo de personas de diferentes profesiones liderados por Humberto Ugalde, crean en 1967, el Centro de Rehabilitación de Alcohólicos, que con el pasar de los años se constituirá en el más importante servicio de atención especializada del alcoholismo y que paulatinamente irá ampliando la atención a todo tipo de trastornos mentales. (34)

Fruto de varios esfuerzos son algunos logros significativos tales como: la creación de Unidades de Salud Mental en Hospitales Generales de la mayor parte de provincias del país, los programas de capacitación en atención primaria en salud mental, las acciones en prevención y tratamiento de las farmacodependencias y alcoholismo, las investigaciones sobre alcoholismo y salud mental en escolares, los programas de salud mental ante diversos desastres naturales y algunos conflictos sociales. En la mayor parte de estas acciones la Dirección Nacional de Salud Mental ha contado con el apoyo técnico y/o financiero de la OPS/OMS. .(34)

Al finalizar el siglo XX, en el Ecuador las cifras oficiales ponen en evidencia la problemática de la salud mental. Los motivos de consulta por este tipo de problemas son cada día más frecuentes. La depresión, los trastornos de ansiedad, el alcoholismo y la patología de la violencia se ven todos los días a nivel de cualquier servicio. Entre las primeras causas de muerte en determinados grupos se encuentran los accidentes de tránsito, los suicidios y los homicidios. A estas expresiones de la violencia hay que agregar la violencia doméstica en contra de niños y mujeres. .(34)

El consumo de alcohol en el Ecuador presenta un incremento alarmante. Según la Dirección Nacional de Salud Mental, del Ministerio de Salud Pública (MSP), en 2000 el consumo de alcohol era del 21,4%; en 2001 bajó levemente al 20,6%, pero en 2003 subió al 23,9% y en 2006 llegó al 23,5%. A nivel de

regiones, la Amazonía representa el 36% de consumo de alcoholismo, la Sierra el 33,5%, la Costa es el 13,7% y la región insular es cercana al 0%.(32)

El alcoholismo tiene una prevalencia del 7.7% en mayores de 15 años y el consumo de drogas ilícitas se encuentra entre un 3.2. en jóvenes de 12 a 19 años y un 7.7. en adultos de 30 a 39 años. La violencia domésticas asociada estrechamente al alcoholismo, el maltrato al menor y el abuso sexual demuestran índices alarmantes del 20 al 75% con tendencias crecientes, como índices inequívocos del deterioro de la Salud Mental de la familia. (32)

3.3.2. DEFINICIÓN DE CONSUMO, ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL

Cabe decir que se entiende por consumo la utilización que se hace de una sustancia en un determinado momento, y como consecuencia del cual se experimentan unos efectos determinados. Está claro que consumo de alcohol realiza tanto el alcohólico, como el bebedor habitual, sea éste moderado o abusivo, como el bebedor esporádico, como quien lo hiciera por primera vez. (22)

En sí, el término consumo de alcohol, en un sentido estricto, contempla únicamente la ingesta actual, aislada de otras ingestas pasadas o futuras.

Según Morales, Camarena y Torres , recogen una tipología de consumo, con referencias más cercanas a nuestro ámbito cultural:

- Uso de alcohol. Se considera como uso de alcohol las pautas adaptadas de consumo de bebidas alcohólicas. Este concepto, al igual que el de abuso, son poco específicos en lo que se refiere a la idea de adaptación/desadaptación, pues son términos que tienen mucho que ver con patrones sociales y culturales propios de cada comunidad humana. En nuestro país, existen unas pautas de consumo “adaptado” vinculado a determinadas costumbres y ritos sociales por todos conocidos, que desde fuera de nuestro medio pudieran ser consideradas de abuso (22).
- Abuso de alcohol. Puede considerarse como la utilización de bebidas alcohólicas de forma desviada respecto de su uso habitual, es decir, de aquella utilidad que el grupo sociocultural de referencia le ha atribuido originariamente, pudiendo ser esta desviación cualitativa (uso asociado a situaciones en que dicha utilización puede resultar peligrosa; ej.: conducir o realizar trabajos peligrosos) o cuantitativa (consumir grandes cantidades de forma habitual) (22)..

- Dependencia del alcohol. El Síndrome de Dependencia Alcohólica (S.D.A.) está sometido a unos determinados criterios diagnósticos que requieren de atención clínica y/o ambulatoria inmediata. Sin embargo el diagnóstico se hace cada vez más complicado, teniendo en cuenta la aparición de nuevas formas de consumo abusivo, no exactamente diagnosticables con la etiqueta de S.D.A., y características de determinados tipos de consumidores: jóvenes bebedores excesivos de fin de semana; consumidores compulsivos con escaso deterioro físico; jóvenes politoxicómanos; o alcoholómanos con uso exclusivamente ansiolítico del alcohol. (22).

Ante esto se puede contemplar el consumo abusivo de alcohol entre los adolescentes como una conducta de, al menos, tanto riesgo para la salud comunitaria, como lo es el alcoholismo crónico en poblaciones adultas. Dicho de otra manera, no es necesario que un joven sea alcohólico para que el alcohol le pueda producir diferentes problemas de salud, tales como enfermedades graves o accidentes mortales, además del deterioro social que supone una conducta de exceso.

3.3.3. PROBLEMAS DE SALUD ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL.

El alcohol ha sido considerado por la O.M.S. como una de las drogas potencialmente más peligrosas para la salud física, psíquica y social de las personas. La toxicidad asociada a sus características farmacológicas, las alteraciones sensoriales y motoras derivadas de su ingesta excesiva, y la enorme capacidad adictiva de esta droga, explican la anterior consideración. (3)

El alcohol es un depresivo. Esto significa que hace más lento el funcionamiento del sistema nervioso central. El alcohol, en realidad, bloquea algunos de los mensajes que intentan llegar al cerebro. Esto altera las percepciones, las emociones, los movimientos, la vista y el oído de una persona. (3)

En cantidades muy pequeñas, el alcohol puede ayudar a que una persona se sienta más relajada o menos ansiosa. Una mayor cantidad de alcohol provoca cambios más grandes en el cerebro y produce una intoxicación. La gente que bebe cantidades excesivas de alcohol suele tambalearse, pierde la coordinación y tiene dificultad al hablar. Es probable que estas personas se sientan confundidas y desorientadas. (23)

Dependiendo del individuo, la intoxicación puede hacer que una persona se muestre simpática y conversadora o agresiva y enojada. Los tiempos de reacción se vuelven mucho más lentos; por eso es que se aconseja no conducir cuando uno bebe. Las personas intoxicadas llegan a pensar que se están

moviendo correctamente cuando, en realidad, sucede todo lo contrario. Es posible que actúen de una manera completamente diferente de la habitual. (23)

3.3.4. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES

El consumo abusivo de bebidas alcohólicas puede recibir diferentes etiquetas dependiendo desde que perspectiva se contemple e incluso otras más tolerantes. De cualquier forma, lo que parece indiscutible es que el consumo abusivo de alcohol entre los adolescentes es una conducta llevada a cabo en un determinado momento o circunstancia, por un determinado tipo de personas que forman parte de nuestra sociedad.(22)

Como cualquier conducta, está sujeta a la descripción de sus pautas y a la explicación de su manifestación en esas determinadas personas y no en otras. No podemos ni queremos partir de una contemplación fatalista de aquellas conductas desajustadas, de riesgo, por la cual deberíamos pensar que no existieran causas de la conducta humana que no fueran ampliamente aprehensibles para el propio ser humano.(22)

Por factores asociados se entiende aquellas situaciones o agentes que hacen que el adolescente inicie y mantenga su conducta de consumo de alcohol. Uno

de los factores asociados al consumo de alcohol es la maduración biológica temprana, en donde se asocia la pubertad temprana (especialmente en las niñas), con el inicio en el consumo de sustancias. La explicación a ello es que las niñas, cuando entran a la pubertad a temprana edad, consiguen amigas mayores que ellas y atraen al sexo opuesto de mayor edad, aumentando el riesgo de consumo de alcohol, ya que se enfrentan a nuevas situaciones en las que se facilita la ingestión de sustancias (7, 22)

Otro factor que se asocia con el consumo de alcohol es la exposición de los adolescentes a comerciales y propagandas sobre bebidas alcohólicas, las cuales tratan de llegar a gran parte de la población, por medio de comerciales llamativos en donde el alcohol es sinónimo de mujeres lindas, sexo, rumba y alegría.(7)

El factor social es predominante en el consumo de alcohol, ya que los amigos, familiares cercanos, parejas y grupos pequeños se convierten en una influencia dominante. Consumir alcohol hace parte de la selección y socialización entre amigos, puesto que debe existir aprobación por parte de los otros, evitando la exclusión social por parte de quienes consumen alcohol (22)

Diferentes autores proponen que la amistad tiene un significado motivacional que moldea las formas de comportamiento social positivas, en la medida en que

los amigos interactúan y se observan unos con otros. De esta manera, se encuentra relación con la influencia de los pares en el consumo, específicamente si existe de por medio una amistad, ya que los adolescentes se fijan en el comportamiento de sus amigos y no en el de los que no lo son. (7, 22)

Se ha encontrado que también es influyente la relación que sostiene con los padres, en especial aquellas en donde el adolescente tiene una relación conflictiva, y cuando sus comportamientos están ligados al consumo de sustancias. A partir de dichas relaciones, adquieren gran importancia los sentimientos y las emociones de los adolescentes; resultado de esas interacciones se pueden considerar los sentimientos y las emociones en los adolescentes como un factor más de asociación al consumo de alcohol (7)

La influencia de los parientes es más fuerte que la que ejercen los padres sobre sus hijos adolescentes, ya que al pasar mayor tiempo los parientes con éstos, se les presentan como un modelo a seguir. En consecuencia, si existen patrones de consumo de sustancias, los adolescentes los seguirán, consumen alcohol de acuerdo a la percepción que tienen los parientes de este comportamiento, actitudes de aprobación o desaprobación (7, 22)

Otros factores de riesgo estarían relacionados con la baja autoestima, las actitudes antisociales, la insatisfacción con el uso del tiempo libre, o la carencia de habilidades para la toma de decisiones. Relacionados también con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas están los rasgos como extraversión y el perfil de búsqueda de sensaciones nuevas. (7, 22)

Otro factor es el nivel de satisfacción, relacionado con la satisfacción social, debido a que se cree que se obtendrá consecuencias positivas a este nivel, porque el consumo de alcohol adquiere un papel importante en las relaciones interpersonales, dando paso al aumento del nivel de satisfacción personal. (7, 12)

Existen otros factores propios del individuo, los cuales son denominados situaciones personales, en donde se pueden encontrar emociones desagradables frente a un evento, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol y necesidad física (7)

Entre los jóvenes consumidores de alcohol suele constatarse una escasa conciencia del daño ocasionado, con mecanismos de distorsión en las percepciones de riesgo y actitudes de permisividad ante el consumo a nivel tanto cognitivo (creencias, expectativas, percepciones de riesgo, etc.), como afectivo (identificación con los usuarios, agrado o desagrado, etc.) y

comportamental (disposición para el consumo e inclinación para la aceptación del hábito alcohólico) (12)

3.3.5. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE ALCOHOLISMO

Existe una amplia gama de entrevistas y cuestionarios que han demostrado su utilidad en la detección y diagnóstico de los trastornos relacionados con el uso de alcohol. No obstante, cabe reseñar que ni el más específico de los cuestionarios puede sustituir a la anamnesis y la exploración clínica a la hora de realizar el diagnóstico de alcoholismo, pero pueden complementarlas o bien ser usados con finalidades diversas, dependiendo de si los objetivos son epidemiológicos, de clasificación (comparar enfermos) o clínicos (comparar tratamientos). (24)

Por su validez, brevedad y sencillez el CAGE, CBA y AUDIT podrían considerarse como los cuestionarios de detección más útiles en Atención Primaria. Existen, de igual modo, una serie de cuestionarios que abordan otros aspectos relevantes de esta patología, tales como gravedad de la dependencia, valoración del síndrome de abstinencia o valoración del deseo por la bebida y pérdida de control que pueden resultar de gran ayuda, al clínico, a la hora de establecer estrategias terapéuticas.

3.3.5.1. CUESTIONARIOS ESPECÍFICOS DE CONSUMO DE ALCOHOL

En el momento actual existen numerosos instrumentos específicos de consumo de alcohol y aunque, como ya se ha comentado, en ningún momento pueden sustituir a la anamnesis y exploración clínica a la hora de realizar el diagnóstico de alcoholismo, tienen una serie de utilidades y aportan una serie de ventajas que han de ser tomadas en consideración. (24)

Este tipo de instrumentos tienen como objetivo el realizar un cribado previo al diagnóstico, o lo que es lo mismo, una detección precoz de casos. Se trata de instrumentos sencillos de aplicar y que tienen valor desde el punto de vista clínico y epidemiológico.

Objetivos	Ventajas
Detectar bebedores de riesgo Detectar las consecuencias del alcohol Detectar y diagnosticar el alcoholismo Detectar la predisposición al alcoholismo Valorar la gravedad del alcoholismo	Son administrados masiva y colectivamente Son rápidos, tienen bajo costo y son fáciles de corregir y administrar No son invasivos para el sujeto Pueden ser aplicados por personal auxiliar entrenado Detectan aspectos diversos de la enfermedad: manifestaciones tempranas, conductuales y

	psicológicas Son comparables y poseen replicabilidad (fiabilidad) Tienen mayor especificidad y como mínimo similar sensibilidad que otros instrumentos diagnósticos
--	---

Fuente: Aubá J, Gual A, Monràs M. Diagnóstico de los problemas relacionados con el consumo de alcohol. Unidad didáctica 2. Barcelona: Doyma SA; 1998.

3.3.5.1.1. ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST (AUDIT)

Desarrollado de forma multicéntrica por la OMS con el fin de detectar de forma fácil y temprana el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en atención primaria. Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 10 ítems que abarcan el consumo de alcohol, la conducta asociada y los problemas derivados. Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones en los 10 ítems. En cada ítem, el valor de las respuestas oscila entre 0 y 4 (en los ítems 9 y 10 los valores posibles son tan sólo 0, 2 y 4). El valor de la puntuación total oscila pues entre 0 y 40. Puntuaciones entre 8-20 puntos (6-20 en el caso de mujeres) serían indicativas de consumo perjudicial. Puntuaciones superiores a 20, en ambos sexos, orientarían hacia la existencia de una dependencia. El consumo de riesgo se obtiene a partir de las preguntas 2 y 3. (24,25)

Este test ofrece la ventaja de que identifica al bebedor de riesgo que no tiene criterios de dependencia e incluye indicadores de consumo problemático, de dependencia, del patrón de consumo y de la problemática actual y anterior.(25)

3.3.5.1.2. CAGE

CAGE es el acrónimo en inglés de cuttingdown, annoyance, guilty y eye-opener. Fue desarrollado por Ewing en 1984. Se trata de un cuestionario heteroadministrado que consta tan sólo de 4 ítems; 3 de ellos exploran aspectos subjetivos de la persona en relación con el consumo del alcohol, y el último explora aspectos relacionados con la abstinencia alcohólica. Por su brevedad es fácilmente camuflable en cuestionarios más amplios, lo cual suele ser recomendable para mejorar su validez y fiabilidad, dado lo directas que son las preguntas. Los 4 ítems son de respuesta dicotómica (Si / No). Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones en los 4 ítems. En cada ítem la respuesta afirmativa vale 1 punto y la negativa 0 puntos. Se considera positivo a partir de 2 respuestas afirmativas (1 punto sugiere problemas y hace recomendable mantener una actitud vigilante).(24,25)

3.3.5.1.3. ADOLESCENT DRINKING INDEX (ADI)

Desarrollado por Harrel y Wirtz en 1989. Es un cuestionario diseñado para adolescentes entre 12 y 17 años. Consta de 24 preguntas que corresponden a 4 áreas diferentes: pérdida de control, indicadores sociales, indicadores psicológicos e indicadores físicos. Las puntuaciones pueden oscilar entre 0 y 62 puntos. Puntuaciones iguales o superiores a 16 obligan a una evaluación más exhaustiva. (25)

3.3.5.1.4. ADOLESCENT ALCOHOL INVOLVEMENT SCALE (AAIS)

Creada por Mayer y Filstead (61) en 1979. Es un cuestionario autoadministrado que consta de 14 preguntas que evalúan aspectos relacionados con el consumo de alcohol y sus consecuencias en tres áreas: funcionamiento psicológico, relaciones sociales y vida familiar. Puntuaciones superiores a los 42 puntos obligarían a realizar evaluaciones más minuciosas. (25)

Tabla 2. Instrumentos de detección más útiles para la detección de trastornos por uso de alcohol				
Test	Nº items	Tiempo (min)	Diagnóstico de dependencia	Características
ADI	24	5		Adolescentes entre 12 – 17 años Sensibilidad 86-99%, especificidad 85-95%

AUDIT	10	1-2	≥2	Consumo en el año anterior. Detecta consumo de riesgo, uso perjudicial y dependencia Sensibilidad 80%, especificidad 90%
CAGE	4	1	≥2	Diseñado para detección de alcoholismo No incluye cantidad, frecuencia, ni tiempo Sensibilidad 65-95%, especificidad 40-95%

Fuente SÁIZ, P.A.; G-PORTILLA, M^a P.; PAREDES, M.^a B.; BASCARÁN, M.^a T.; BOBES, J. Instrumentos de evaluación en alcoholismo, **ADICCIONES (2002), VOL. 14, SUPL. 1, Area de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo.**

4. METODOLOGÍA

4.1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1.1. General

Establecer la relación entre consumo de alcohol, características socio-demográficas y tipología familiar de los adolescentes, en dos Unidades Educativas localizadas al suroccidente de Quito, en Agosto – Diciembre 2010

4.1.2. Específicos:

- Determinar la prevalencia de consumo de alcohol, en los adolescentes escolarizados de dos Unidades Educativas del sector suroccidente de la ciudad de Quito.
- Estudiar la relación que existe entre el consumo de alcohol de los adolescentes y la edad, género, tipología familiar y disfuncionalidad familiar.
- Identificar la edad de inicio al consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes de estas dos Unidades Educativas.

4.2. MÉTODOS

La presente investigación es de tipo analítico transversal, con el fin de analizar la prevalencia y factores asociados al consumo de alcohol en los adolescentes, entre 13 y 17 años, de dos establecimientos educativos; el Colegio INEPE y el

Colegio Gonzalo Zaldumbide del sector sur occidental de la ciudad de Quito, que cumplieron con los criterios de inclusión, tenían el consentimiento informado firmado por sus padres, en caso de ser menores de edad, y sobretodo que deseen participar en el estudio.

4.3. MUESTREO

En el estudio participaron 779 adolescentes escolarizados de ambos sexos, entre 13 y 17 años, pertenecientes a dos colegios del sector sur occidente de la ciudad de Quito; el Colegio INEPE y el Colegio Nacional Gonzalo Zaldumbide. Todos los estudiantes tuvieron que cumplir con los criterios de inclusión estipulados, para lo cual se trabajó directamente con los Departamentos de Orientación Vocacional y Participación Estudiantil de cada institución.

Previa explicación del objetivo del estudio y aceptación a participar en el mismo, se procedió a recolectar datos sobre edad, género, año de instrucción, tipo de familia, funcionalidad familiar, medido por el Test del APGAR Familiar y consumo de alcohol que serán anotados en un formulario basado en las Encuesta A Brief Screening Test for Adolescent Substance Abuse (CRAFFT).

4.4. INSTRUMENTOS

Para la investigación se utilizaron los cuestionarios de Apgar Familiar, Test CRAFFT y preguntas de datos demográficos de los estudiantes. Estos cuestionarios y preguntas se unieron en una sola encuesta (Anexo N°1). La encuesta constó de 21 preguntas, para la cual se utilizaron los siguientes datos: el primero, Datos Demográficos del estudiante, con el fin de medir las siguientes variables: edad, sexo, nivel de instrucción y repitencia.

El segundo, el Test del APGAR familiar, es un cuestionario que nos ayuda a explorar el impacto de la función familiar en la salud de sus miembros y para conocer hasta qué punto la familia y su comportamiento como tal frente a la salud y a la atención sanitaria puede considerarse un recuso para sus integrantes, o si por el contrario influye empeorando la situación. (30)

Consta de cinco preguntas que se corresponden con un área diferente de la función familiar; adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive.

El test maneja una puntuación clasificada en cuatro ítems entre nunca, casi nunca, casi siempre, siempre, con una escala de 0 a 4 respectivamente para cada ítem. Así la clasificación según el puntaje es(30):

Funcional

20 a 18 puntos

Disfuncional leve	17 a 14 puntos
Disfuncional moderada	13 a 10 puntos
Disfuncional severa	menos de 9 puntos

El tercer instrumento fue el test A Brief Screening Test for Adolescent Substance Abuse (CRAFFT), para evaluar el consumo de alcohol en los estudiantes. Las respuestas fueron dadas por los estudiantes, a seis preguntas, mediante respuestas dicotómicas (si / no); asignando un puntaje de 0 a los que respondieron no y 1 a los que respondieron si respectivamente. Se suman los puntos y un puntaje obtenido de 0 a 1 indica que el sujeto no tiene problemas de consumo de alcohol, y, por lo tanto, es una situación que no presenta riesgo. Un puntaje de 2 a 3 indica que el adolescente algunas veces consumió alcohol en exceso en ese tipo de situaciones, y por lo tanto, representa un riesgo de leve a moderado. Mientras que un puntaje más de 4 indica que el adolescente frecuentemente ha consumido alcohol en exceso en esas situaciones, y, por lo tanto, es una posición de alto riesgo, con tendencia a la dependencia del producto.

4.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL ESTUDIO.

4.5.1. Variables del estudio:

En nuestro estudio las variables a medir son:

- Consumo de alcohol
- Edad,
- Género,
- Año de instrucción
- Tipología familiar
- Funcionalidad familiar

Se tomaron preguntas de: A Brief Screening Test for Adolescent Substance Abuse (CRAFFT) y del APGAR familiar.

Operacionalización de Variables del Estudio

VARIABLE	DEFINICION	CATEGORIA	INDICADOR.
Edad	Años de vida cumplidos por el o la participante.	Años cumplidos	Medidas de tendencia central: Media, moda, mediana, desviación estándar
Género.	Identidad sexual del participante.	Masculino Femenino	Proporción.
Tipo de Familia	Personas con las que vive el/la participante: Nucleada: vive con cónyuge e hijos Anucleada: vive con hijos Extendida: vive actualmente con padres, hermanos y otros miembros de su familia	0= Nucleada 1= Anucleada o Extendida	Proporción

<p>Disfuncionalidad familiar (APGAR FAMILIAR)</p>	<p>Es el conjunto de preguntas que permiten diagnosticar a una familia como funcional o disfuncional, de acuerdo al instrumento APGAR familiar, percibido por el encuestado.</p>	<p>Familia funcional Familia con disfunción leve. Familia con disfunción moderada Familia con disfunción severa</p>	<p>Medidas de tendencia central: Media, moda, mediana, desviación estándar</p>
<p>Consumo de Alcohol</p>	<p>Es el conjunto de preguntas que permiten diagnosticar si el adolescente tiene acceso o consume alcohol, de acuerdo al A Brief Screening Test for Adolescent Substance Abuse (CRAFFT) percibido por el encuestado</p>	<p>0 a 1 No hay problemas de consumo 2 a 6= Si existe problemas de consumo</p>	<p>Proporción</p>

5. RESULTADOS

Se contó con una muestra de 779 estudiantes desde Octavo año de Educación Básica hasta Tercer Año del Bachillerato de los Colegios INEPE y Gonzalo Zaldumbide de la Ciudad de Quito.

La muestra está distribuida en 108 (13,9) adolescentes del Colegio INEPE y 671 (86,1%) estudiantes del Colegio Nacional Gonzalo Zaldumbide, dentro de la cual, 335 (43%) sujetos pertenecían al género masculino y 444 (57%) al género femenino. Con respecto a la edad, 209 (26,8%) estudiantes se encuentran en los 13 años, representando el grupo mayoritario dentro del estudio, con una media de 14.7 años. (Véase tabla N°3 y Tabla N°4).

Tabla N°3 <i>DISTRIBUCIÓN DE LOS ESTUDIANTES POR COLEGIOS</i>		
	Frecuencia	Porcentaje
COLEGIO INEPE	108	13.9
COLEGIO GONZALO ZALDUMBIDE	671	86.1
Total	779	100

FUENTE: ENCUESTA

Tabla N°4 PORCENTAJE DE ESTUDIANTES POR GÉNERO Y EDAD																	
	GENERO					EDAD (en años)											
	VARONES		MUJERES		TOTAL	13		14		15		16		17		TOTAL	
	N	%	N	%	N	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	
COLEGIO INEPE	41	38,0	67	62,0	108	33	30,6	17	15,7	17	15,7	28	25,9	13	12,0	108	
COLEGIO GONZALO ZALDUMBIDE	294	43,8	377	56,2	671	176	26,2	155	23,1	128	19,1	118	17,6	94	14,0	671	
TOTAL	335	43,0	444	57,0	779	209	26,8	172	22,1	145	18,6	146	18,7	107	13,7	779	

FUENTE: ENCUESTA

Por otro lado, de acuerdo al nivel de escolaridad, se obtuvo que 182 de los estudiantes (23,4%); cursaban el Décimo Año de Educación Básica. Mientras que 94 estudiantes, (12,4%) habían repetido el año por lo menos una vez. (Véase Tabla N°5 y tabla N°6)

	Tabla N°5 PORCENTAJE DE ESTUDIANTES SEGÚN EL NIVEL DE ESCOLARIDAD												
	OCTAVO AÑO DE EB		NOVENO AÑO DE EB		DECIMO AÑO DE EB		PRIMER AÑO DEL DIVERSIFICADO		SEGUNDO AÑO DEL DIVERSIFICADO		TERCER AÑO DEL DIVERSIFICADO		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
COLEGIO INEPE	17	15,7	25	23,1	13	12,0	20	18,5	22	20,4	11	10,2	108
COLEGIO GONZALO ZALDUMBIDE	56	8,3	130	19,4	169	25,2	127	18,9	120	17,9	69	10,3	671
TOTAL	73	9,4	155	19,9	182	23,4	147	18,9	142	18,2	80	10,3	779

FUENTE: ENCUESTA

Tabla N°6 PORCENTAJE DE ESTUDIANTES CON RESPECTO A REPETICIÓN DEL AÑO ESCOLAR		
	Frecuencia	Porcentaje
SI ES REPETIDOR	94	12.1
NO ES REPETIDOR	683	87.7
NO RESPONDE	2	0.3
TOTAL	779	100

FUENTE: ENCUESTA

De los sujetos en estudio, 496 (63,7%) pertenecían a una familia nucleada, y con respecto a la funcionalidad familiar, se encontró que 143 estudiantes (18,4%) percibían a su familia con disfuncionalidad severa, mientras que 104 (13,4%) la percibían como familia funcional. Mientras que de los estudiantes que revelaron haber consumido alcohol, 345 (63,0%) pertenecían a una familia nucleada, y con respecto a la funcionalidad familiar, se encontró que 122

estudiantes (22,3%) percibían a su familia con disfuncionalidad severa, mientras que 63 (11,5%) la percibían como familia funcional (Véase Tabla N°7 y Tabla N°8)

Tabla N°7 PORCENTAJE CON RESPECTO A COMPOSICIÓN FAMILIAR																
	TIPOLOGIA FAMILIAR							APGAR FAMILIAR								
	NUCLEADA		MONOPARENTAL		ANUCLEADA		TOTAL	FUNCIONAL		DISFUNCIÓN LEVE		DISFUNCIÓN MODERADA		DISFUNCIÓN SEVERA		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	N	%	N	%	N	%	N	%	N
COLEGIO INEPE	81	75,0	22	20,4	5	4,6	108	27	25,0	43	39,8	22	20,4	16	14,8	108
COLEGIO GONZALO ZALDUMBIDE	415	61,8	210	31,3	46	6,9	671	77	11,5	255	38,0	212	31,6	127	18,9	671
TOTAL	496	63,7	232	29,8	51	6,5	779	104	13,4	298	38,3	234	30,0	143	18,4	779

FUENTE: ENCUESTA

Tabla N°8 PORCENTAJE CON RESPECTO A COMPOSICIÓN FAMILIAR ENTRE CONSUMIDORES Y NO CONSUMIDORES																
	TIPOLOGIA FAMILIAR							APGAR FAMILIAR								
	NUCLEADA		MONOPARENTAL		ANUCLEADA		TOTAL	FUNCIONAL		DISFUNCIÓN LEVE		DISFUNCIÓN MODERADA		DISFUNCIÓN SEVERA		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	N	%	N	%	N	%	N	%	N
CONSUMIDORES	345	63,0	170	31,0	33	6,0	548	63	11,5	196	35,8	167	30,5	122	22,3	548
NO CONSUMIDORES	150	65,5	61	26,6	18	7,9	229	41	17,9	101	44,1	67	29,3	20	8,7	229
TOTAL	495	63,5	231	29,7	51	6,5	777	104	13,4	297	38,1	234	30,0	142	18,2	777

FUENTE: ENCUESTA

En relación con la frecuencia de consumo de alcohol, 548 (70.3%) de los estudiantes encuestados, revelan que han consumido alcohol hasta el momento; de los ellos, la mayoría, 128 (23,4%) cursaban Décimo Año de Educación Básica. Entre los estudiantes que respondieron consumir alcohol, 236 (43.1%) reportaron que iniciaron el consumo entre los 12 y 13 años y con respecto al género la encuesta revela que 308 (56,2%) son mujeres. (Véase Tabla N°9, Tabla N°10, Tabla N°11 Y Tabla N°12)

Tabla N°9 PORCENTAJE DE CONSUMO DE ALCOHOL		
	Frecuencia	Porcentaje
SI HA CONSUMIDO ALCOHOL	548	70.3
NO HA CONSUMIDO ALCOHOL	229	29.4
NO RESPONDE	2	0.3
TOTAL	779	100

FUENTE: ENCUESTA

Tabla N°10 PORCENTAJE SEGÚN EDAD INICIAL DE CONSUMO DE ALCOHOL EN AÑOS		
	Frecuencia	Porcentaje
7 ≤	24	4,4
8 – 9	18	3,3
10- 11	80	14.6
12 – 13	236	43.1
14- 15	155	28,3
≥ 16	35	6,3
TOTAL	548	100

FUENTE: ENCUESTA

TABLA N° 11 PORCENTAJE CON RESPECTO AL GÉNERO DE LOS ESTUDIANTES QUE REVELAN HABER CONSUMIDO ALCOHOL		
	Frecuencia	Porcentaje
MASCULINO	240	43,8
FEMENINO	308	56,2
Total	548	100,0

FUENTE: ENCUESTA

TABLA N° 12 PORCENTAJE CON RESPECTO AL AÑO ESCOLAR DE LOS ESTUDIANTES QUE REVELAN HABER CONSUMIDO ALCOHOL		
	Frecuencia	Porcentaje
OCTAVO AÑO DE EB	33	6
NOVENO AÑO DE EB	82	15
DECIMO AÑO DE EB	128	23,4
PRIMER AÑO DE DIVERSIFICADO	110	20,1
SEGUNDO AÑO DE DIVERSIFICADO	125	22,8
TERCER AÑO DE DIVERSIFICADO	70	12,8
Total	548	100

FUENTE: ENCUESTA

De los estudiantes que contestaron que eran consumidores, la encuesta reveló que hasta el momento, 340 (62%) se habían embriagado. Del total de estudiantes consumidores, 240 (43,8%) se habían embriagado entre 1-2 veces; de ellos, 36 (46,2%) corresponden al Colegio INEPE y 204 (43,4%) corresponden El Colegio Gonzalo Zaldumbide. (Véase Tabla N°13 y Tabla N°14).

Tabla N°13 FRECUENCIA DE EMBRIAGUEZ HASTA EL MOMENTO DE LOS ESTUDIANTES QUE HAN CONSUMIDO ALCOHOL		
	Frecuencia	Porcentaje
SI SE HA EMBRIAGADO	340	62,0
NO SE HA EMBRIAGADO	207	37,8
NO RESPONDE	1	0.2
Total	548	100

FUENTE: ENCUESTA

TABLA N°14 FRECUENCIA DE EPISODIOS DE EMBRIAGUEZ HASTA EL MOMENTO DE LOS ESTUDIANTES QUE HAN CONSUMIDO ALCOHOL											
		NO SE HA EMBRIAGADO		1 - 2		3 - 9		≥ 10		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
COLEGIO INEPE	V	10	12,8	17	21,8	4	5,1	2	2,6	33	42,3
	M	23	29,5	19	24,4	3	3,8	0	,0	45	57,7
TOTAL		33	42,3	36	46,2	7	9,0	2	2,6	78	
COLEGIO GONZALO ZALDUMBIDE	V	67	14,3	91	19,4	33	7,0	15	3,2	206	43,8
	M	107	22,8	113	24	28	6,0	15	3,2	263	56
	NR									1	0,2
TOTAL		174	37	204	43,4	61	13,0	30	6,4	470	
TOTAL		207	37,8	240	43,8	68	12,4	32	5,8	548	100

FUENTE: ENCUESTA

Mediante la escala del CRAFFT se evaluaron adolescentes con riesgo por consumo de alcohol. Contrastando los resultados de los adolescentes consumidores y los adolescentes no consumidores. Por los puntajes obtenidos, 222 escolares (40,6%) se identifican como adolescentes con problemas para el consumo de alcohol, en comparación con 3 (1,3%) estudiantes que no

consumen, presentan problemas para el consumo de alcohol. (Véase Tabla N° 15 y Tabla N°16)

TABLA N° 15 PUNTAJE OBTENIDO DEL CUESTIONARIO CRAFFT				
PUNTAJE	CONSUMIDORES		NO CONSUMIDORES	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
0	178	32,5	159	69,4
1	141	25,7	67	29,3
2	108	19,7	2	0,9
3	57	10,4	1	0,4
4	37	6,8	-	-
5	18	3,3	-	-
6	2	0,4	-	-
NR	7	1,3	-	-
TOTAL	548	100	229	100

FUENTE: ENCUESTA

TABLA N° 16 PROBLEMAS DE CONSUMO SEGÚN EL CRAFFT				
	CONSUMIDORES		NO CONSUMIDORES	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
PROBLEMAS DE CONSUMO	222	40,5	3	1,3
NO PROBLEMAS DE CONSUMO	319	58,2	226	98,7
NR	7	1,3		
TOTAL	548	100	229	100

FUENTE: ENCUESTA

Al discriminar la muestra en función del género y problemas de consumo, de los encuestados consumidores, se observó que los varones tenían mayor problemas de consumo 116 (21,4%) que en las mujeres 106 (19.6%), siendo esta diferencia significativa. (p 0,001; X^2 10,425). (Véase Tabla N°17)

TABLA N°17 PROBLEMAS DE CONSUMO VS GENERO						
		GENERO		Total	p	X2
		MASCULINO	FEMENINO			
PROBLEMAS DE CONSUMO	SI POSEE PROBLEMAS DE CONSUMO	116 21,4%	106 19,6%	222 41%	0,001	10,425
	NO POSEE PROBLEMAS DE CONSUMO	122 22,6%	197 36,4%	319 59%		
Total		238 44%	303 56%	541 100%		

FUENTE: ENCUESTA

Con respecto a problemas de consumo y si el estudiantes era repetidor, de los encuestados consumidores, se observó que 47 (8,7%) de los estudiantes eran repetidores y presentaban problemas de consumo, siendo esta diferencia significativa. (p 0,000; X^2 18,884). (Véase Tabla N°18)

TABLA N° 18 PROBLEMAS DE CONSUMO VS REPETIDORES						
		REPETIDOR		Total	p	X2
		SI ES REPETIDOR	NO ES REPETIDOR			
PROBLEMAS DE CONSUMO	SI POSEE PROBLEMAS DE CONSUMO	47 8,7%	175 32,4%	222 41,1%	0,000	18,884
	NO POSEE PROBLEMAS DE CONSUMO	26 4,8%	292 54,1%	318 58,9%		
Total		73 13,5%	467 86,5%	540 100,0%		

FUENTE: ENCUESTA

Al discriminar la muestra en función de problemas de consumo y embriaguez, de los encuestados consumidores, se observó que 179 (33,1%) que se han embriagado, presentan problemas de consumo, siendo esta diferencia significativa. (p 0,000; X^2 55,339). (Véase Tabla N°19)

TABLA N° 19 PROBLEMAS DE CONSUMO VS EMBRIAGUEZ						
		EMBRIAGUEZ		Total	p	X2
		SI SE HA EMBRIAGADO	NO SE HA EMBRIAGADO			
PROBLEMAS DE CONSUMO	SI POSEE PROBLEMAS DE CONSUMO	179 33,1%	43 8,0%	222 41,1%	0,000	55,339
	NO POSEE PROBLEMAS DE CONSUMO	156 28,9%	162 30,0%	318 58,9%		
Total		335 62%	205 38%	540 100%		

FUENTE: ENCUESTA

En el presente estudio se estudiaron correlaciones entre los posibles factores que llevan a que los adolescentes inicien y mantengan su consumo de alcohol, para los adolescentes que consumían alcohol. Se utilizó la correlación de Spearman, como prueba no paramétrica que mide la asociación entre dos variables discretas. Los coeficientes de correlación fueron: entre las variables edad y tipo de familia, de 0.05, existiendo una correlación positiva; entre las variables edad y puntaje CRAFFT de 0.127, existiendo una correlación positiva; entre puntaje APGAR y Puntaje CRAFFT, de -0.213 con una correlación negativa; entre tipo de familia y puntaje CRAFFT, de 0.135, mostrando una correlación positiva (Véase Tabla N°20 Y Tabla N° 21)

TABLA N°20 CORRELACION DE SPEARMAN ESTUDIANTES CONSUMIDORES			
	EDAD	PUNTAJE APGAR	PUNTAJE CRAFFT
EDAD	1	-	-
PUNTAJE APGAR	-.036	1	-
PUNTAJE CRAFFT	.127	-.213	1

FUENTE: ENCUESTA

TABLA N° 2 1 CORRELACION DE SPEARMAN ESTUDIANTES NO CONSUMIDORES			
	EDAD	PUNTAJE APGAR	PUNTAJE CRAFFT
EDAD	1		
PUNTAJE APGAR	,002	1	
PUNTAJE CRAFFT	-,042	-,107	1

FUENTE: ENCUESTA

6. DISCUSIÓN

El alcohol se ha convertido en una de las sustancias protagonistas del consumo de drogas en el momento actual. Y este protagonismo adquiere un carácter destacado en lo que se refiere al consumo juvenil.

Los factores asociados al consumo en jóvenes adolescentes no pueden considerarse en forma aislada, ya que el consumo de alcohol, como cualquier otro comportamiento humano, implica una interacción dinámica entre el adolescente, la bebida alcohólica, las situaciones personales y las situaciones que involucran a terceras personas en su contexto y entorno. Lo relevante de este estudio fue investigar precisamente las situaciones que se relacionan con el consumo de alcohol en adolescentes escolarizados.

En el estudio realizado por Gil Flores afirma que: "entre los factores asociados al consumo se encuentran factores personales, relativos a las actitudes hacia el alcohol o que se corresponden con rasgos de la personalidad de los sujetos; el consumo abusivo se encontraría relacionado con el bajo nivel de información sobre el alcohol y con el mantenimiento de actitudes positivas por parte de los jóvenes, basadas en la idea de que el alcohol no trae grandes riesgos y favorece la diversión facilitando las relaciones sociales" (8)

Entre las notas distintivas que caracterizan el consumo juvenil de alcohol, y que se exponen ampliamente en el último Informe del Observatorio Español sobre Drogas, cabe señalar la disminución de la edad del primer contacto con esta sustancia.(6)

En esta investigación la edad de inicio de consumo de alcohol en los adolescentes fue entre los 12 - 13 años, representado por el 30,3% (236) del total de la población estudiada, dato que es importante, ya que revela que los adolescentes están iniciando el consumo de alcohol a edades cada vez más tempranas. Este hallazgo se contrasta con otros estudios; como en Canadá la media de edad para el inicio al consumo de alcohol son los 11 años y para el cannabis (marihuana) son los 12 años.(14) Otro estudio realizado en Bogotá muestra que con relación a la edad de inicio de consumo el 20% se situaba en menores de 10 años, el 65% en jóvenes entre 10 y 14 años, mientras que en jóvenes entre las edades de 15 a 19 años era de un 15,8%. (7)

En España según los datos del Informe sobre Alcohol de la DGPNSD (2007), en el 2004 la edad media de inicio en el consumo de alcohol entre los estudiantes de 14 a 18 años fue de 13,7 años y de 15,1 años el inicio en el consumo semanal. (12,13)

El sexo es otro factor estudiado, se había observado que el alcoholismo era un desorden básicamente masculino. Y aunque parece haber indicaciones de un considerable incremento en el consumo de bebidas alcohólicas entre mujeres, virtualmente en todas las culturas el alcoholismo subsiste como un problema de hombres. Muy seguramente ello se debe, por una parte, a una tolerancia menor del alcohol en las mujeres, y a las distintas restricciones de tipo social y familiar que se oponen al consumo de alcohol por parte del sexo femenino (31)

En el estudio realizado por Musayón en escolares de un colegio de Lima, especifica que el sexo también se relaciona con el consumo de bebidas alcohólicas ($p=0,012$), los escolares de sexo masculino tienen 1,85 más veces el riesgo de consumir bebidas alcohólicas que los escolares de sexo femenino. (26); mientras que en el estudio realizado por Marks, Graham et al encontraron que la prevalencia percibida para el consumo de alcohol es un poco mayor en la niñas que en los niños, pero este hecho no es muy significativo, el 32% de las chicas y el 29% de los chicos comenzó a beber en un momento-determinado sin encontrarse mucha variación al respecto. (6, 17)

Sin embargo en este estudio se pudo observar que dentro de la muestra, 335 (43%) de los estudiantes que habían revelado consumir alcohol pertenecían al género masculino, mientras que 444 (57%) al género femenino, donde se evidencia una participación cada vez mayor por parte de las mujeres en el

consumo de alcohol, y se puede determinar que este si es un hecho significativo.

El alcohol es la sustancia psicoactiva más comúnmente utilizada por adolescentes. Su consumo aumenta los riesgos de salud, causa daño físico y su efecto desinhibitorio incrementa los actos agresivos y delictivos, influyendo en el comportamiento sexual, genera menor productividad económica a futuro y trae consecuencias negativas a nivel psicológico y social. (6, 8, 26)

Durante el año 2003 se concluyó un estudio sobre sustancias adictivas en la Provincia de Buenos Aires llevado a cabo por la Subsecretaría de Asistencia de las Adicciones. El uso de alcohol y su abuso en poblaciones de jóvenes fue considerado específicamente y fue recogido y procesado sobre la base de ingestiones de alcohol semanales que superaran los 100 cc de alcohol absoluto en cada oportunidad durante el mes anterior a la encuesta.(16) Para una población estimada en más de cinco millones de personas las tasas más altas de abuso se situaron en los grupos que tenían entre 18 y 25 años de edad. Tres de cada diez jóvenes abusaban del alcohol contra dos de cada diez mayores de cuarenta. El 67% de este grupo de edad estaba tomando bebidas alcohólicas en el mes anterior al estudio. Dos de cada diez adolescentes menores de 18 años lo hacían con abuso, es decir su ingestión en cada oportunidad superaba los 100 cc de alcohol absoluto que, en las equivalencias locales, suponía una

ingestión de más de dos litros de cerveza en cada oportunidad, ó más de un litro de vino, o más de un cuarto de litro de una bebida destilada.(16)

Dato que se puede relacionar con lo obtenido en nuestro estudio, ya que se revela que 640 (62%) de los estudiantes consumidores, se había embriagado, y que el 43,8% (243) con una frecuencia de 1 a 2 veces hasta el momento Así se demuestra que un gran porcentaje de los estudiantes han abusado de una bebida alcohólica. Además se realizó la correlación entre problemas de consumo y embriaguez y se observó que 179 (33,1%) de los estudiantes que se han embriagado presentan un problema de consumo siendo esta diferencia significativa ($p=0,000$, $\chi^2=55,339$)

La estructura familiar también ha sido estudiada como un factor de riesgo en el inicio del consumo de alcohol, así en un estudio longitudinal para adolescentes de 12 a 14 años de edad, se constató que existe un mayor riesgo de inicio al consumo de alcohol para adolescentes que viven con un padrastro o madrastra que para los que viven en familias intactas.(19) Así mismo en otro estudio realizado en estudiantes de 9no y 10mo años se comprobó que los estudiantes eran más propensos a comenzar a beber si en su entorno familiar su padre bebía, si su madre era fármaco dependiente o sus hermanos consumían algún tipo de sustancias. (6,19)

Por otra parte, lo señalando por Barrio y Moreno, en la adolescencia se recogen los frutos del entorno familiar, social y educativo. Las relaciones familiares y sociales abren el espacio a la inquietud, la tensión, la esperanza y el placer. Además, de la familia surgen las bases emocionales y estructurales que les permite a los adolescentes identificarse y proyectarse como el adulto del mañana.(28)

En esta investigación se encontró que de los sujetos en estudio, 496 (63,7%) pertenecían a una familia nucleada, y con respecto a la funcionalidad familiar, se encontró que 143 estudiantes (18,4%) percibían a su familia con disfuncionalidad severa, mientras que 104 (13,4%) la percibían como familia funcional. Mientras que de los estudiantes que revelaron haber consumido alcohol, 345 (63,0%) pertenecían a una familia nucleada, 170 (31,0%) convivían solo con su padre o su madre y con respecto a la funcionalidad familiar, se encontró que 122 estudiantes (22,3%) percibían a su familia con disfuncionalidad severa, 297 (38,1%) la percibían como una familia con disfunción leve, mientras que solo 63 (11,5%) la percibían como familia funcional

La vida de los adolescentes escolarizados transcurre en buena medida ajustándose a los horarios y a las actividades de sus respectivos centros de estudios ya que una considerable porción de su tiempo diario lo dedica a la vida

académica. Por otro lado, las experiencias escolares de los adolescentes influyen en aspectos tan diversos como sus relaciones con los demás o su vida familiar y afectiva. (9)

Distintos estudios han analizado la relación entre diversas variables escolares y la conducta de consumo de alcohol entre los adolescentes. Así, en un estudio realizado con adolescentes vascos, hallaron una clara relación entre el consumo de alcohol y el fracaso escolar, entendido éste como la repetición de cursos, y que los alumnos abstemios tienen una percepción más favorable de su trabajo, mientras que los que más consumen alcohol manifiestan peores percepciones de su rendimiento escolar. (10,11).

Los resultados de otros estudios ponen de manifiesto que los escolares que consumen alcohol muestran mayor ausentismo y un mayor índice de abandono escolar, una elevada insatisfacción escolar, mayor cantidad de repeticiones de cursos y, además, parecen estar menos comprometidos con las normas de la escuela y con la participación en actividades extraacadémicas. (9, 10,11)

En este estudio se obtuvo que del total de la muestra, 94 estudiantes (12,4%) revela que han repetido el año por lo menos una vez. Mientras que al relacionar problemas de consumo y si el estudiantes era repetidor, de los encuestados

que respondieron ser consumidores, se observó que 47 (8,7%) eran repetidores, siendo esta diferencia significativa. (p 0,000; X^2 18,884).

Datos que se corroboran en un estudio realizado en Bogotá, donde el alcohol es uno de los riesgos de salud más comunes entre los adolescentes, el 51% de adolescentes que cursan octavo grado, el 70% de los que de décimo y el 80% de los de doceavo grado han tenido al menos alguna experiencia con el alcohol (6, 7). Mientras que en otro estudio, el 23,4% de adolescentes que cursan el Décimo Año de Educación Básica, el 20.1% de los que cursan el Primer Año de Diversificado y el 22,8% de los que cursan el Segundo Año de Diversificado revelan que han tenido al menos alguna experiencia con el alcohol.(8)

Se evaluó problemas de consumo de alcohol mediante la escala del CRAFFT, y se analizó estos resultados entre los consumidores y no consumidores. De los resultados obtenidos según el puntaje, 222 (40,6%) revelan que poseen un problema de consumo de alcohol, de estos el 10,5% presentan un problema de dependencia. Los problemas, atribuibles al abuso del consumo de alcohol, aumentan la aparición de mayores riesgos para la salud mental y física, posibles incrementos de los actos delictivos, así como una menor productividad económica a futuro (6)

Además según la correlación de Spearman, se pudo observar que existe una correlación negativa (-0,213) entre puntaje APGAR y puntaje CRAFFT, lo que indica que a mayor puntaje CRAFFT, que revela problemas de consumo, menor es el Puntaje APGAR, que revela funcionalidad familiar, corroborando que la funcionalidad familiar si tiene correlación con problemas de consumo.

6.1. CONCLUSIONES

Se puede concluir que frente a las cifras registradas con respecto al consumo de alcohol por parte de los estudiantes de estos dos colegios, se evidencia que:

- La edad de inicio de consumo es cada vez más temprana (12-13 años), por lo que, existe la necesidad de adoptar medidas dirigidas específicamente a la población adolescente.
- La mayoría de los adolescentes que revelaron haber consumido alcohol, el 62% ya evidencian haber tenido por lo menos una experiencia de embriaguez.
- El consumo entre las mujeres tiende a incrementarse y equipararse con el de los hombres, demostrado con el 43,8 % de varones y 56,2 % de las mujeres en este estudio.
- Los estudiantes que han repetido el año escolar presentan un problema de consumo.

- Que la tipología familiar y la funcionalidad familiar son factores que influyen en el consumo de alcohol en los adolescentes.
- Se encontró una correlación entre puntaje APGAR y puntaje CRAFFT de -0,213 en los estudiantes consumidores.

6.2. RECOMENDACIONES

La forma de intervención que se debería tomar ante el problema del consumo de alcohol en adolescentes, debe enfocarse fundamentalmente en la prevención.

- Diseñar y desarrollar programas de educación, en los que se no solo se hable de los efectos negativos del consumo de alcohol, sino de los efectos positivos del no consumo.
- Concientizar en los adolescentes el hecho de que se puede disfrutar sin alcohol, para que la edad de inicio del consumo habitual de alcohol se retrase lo máximo posible, lo cual tendrá una incidencia importante en la prevención de los consumos problemáticos del alcohol, como por ejemplo el programa Vivamos la Fiesta en Paz, implementado por la Red de Consejos Estudiantiles y el Municipio.

- Las actitudes que toman los adolescentes frente a validar su comportamiento a favor del consumo de alcohol pueden sustentarse bajo los argumentos de afianzamiento o aceptación de las relaciones sociales, establecer lazos afectivos, comunicarse o establecer contacto con otras personas, a ello se unirían la diversión, el placer, y en menor medida la relajación, la evasión o superación de problemas de timidez.
- Entre las prioridades de cualquier intervención dirigida a reducir el consumo de alcohol de los jóvenes deberá situarse el cambio de actitudes hacia el alcohol, aspecto en el que se concretan los principales factores de riesgo. La información dirigida a los estudiantes habrá de centrarse precisamente en destacar las consecuencias negativas que se derivan del consumo de alcohol, contrarrestado así las percepciones positivas en este sentido.

Este estudio pone de manifiesto la importancia que tiene el entorno familiar y escolar en la participación de los jóvenes, con respecto al consumo de alcohol, señalando la necesidad de que las campañas promovidas por los diferentes agentes políticos, sociales o educativos no tengan únicamente a los jóvenes

como destinatarios de las mismas, sino permitir que en estas se integre a la familia.

Con respecto a la escolaridad, de acuerdo con los resultados obtenidos, hay que tomar en cuenta que el hecho de que los estudiantes consumidores presentan mayor tendencia a ser repetidores, o descuidar sus estudios, así generar en los docentes la preocupación e interés por los estudiantes que se encuentren en este grupo.

En definitiva, los resultados presentados en este estudio deben considerarse una aportación más en el intento de señalar las variables relevantes en la prevención del consumo de alcohol por los estudiantes, enfocándonos en el cambio de actitudes entre los jóvenes y entre sus familias e instituciones educativas como principales ejes de intervención.

BIBLIOGRAFIA

1. Krauskopf, Dina, *Adolescencia y Educación*, Segunda edición, 13ava reimpression, Costa Rica, Editorial EUNED, 2007. 252p
2. González Lama J, Calvo Fernández Jr, Prats León P, Estudio epidemiológico de comportamientos de riesgo en adolescentes escolarizados de dos poblaciones, semirural y urbana, *Atención Primaria*, España, 2002, 30:214-219.
3. OMS, Salud de los adolescentes, disponible en la web: http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/facts/es/index.html
4. Musitu G, Jiménez TI, Murgui S. Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. *Salud Pública Mexicana* 2007;49:3-10.
5. OPS, Encuesta Mundial de Salud a Escolares (GSHS), Ecuador, 2007 disponible en la web: http://www.who.int/chp/gshs/2007_Ecuador_Quito_fact_sheet.pdf
6. Donovan, J. Adolescent Alcohol Initiation: A Review of Psychosocial Risk Factors. *Journal of Adolescent Health*, 2004, 35:529e7-529e18.
7. Diana Cicua, Margaret Méndez y Liliana Muñoz Factores en el consumo de alcohol en adolescentes, *Pensamiento Psicológico*, 2008, 4(11):115-134.
8. Gil, J. Consumo de alcohol entre estudiantes de enseñanzas secundarias. Factores de riesgo y factores de protección. *Revista de Educación*, 2008, 34:291-313.
9. Crum RM, Ensminger ME, Ro MJ, & McCord, J, The association of educational achievement and school dropout with risk of alcoholism: A twenty-five-year prospective study of inner-city children. *Journal Studies on Alcohol*. 1998; 59(3):318-326.
10. Crum, R. M., Juon, H. S., Green, K. M., et. al. Educational achievement and early school behavior as predictors of alcohol-use disorders: 35-year follow-up of the Woodlawn study. *Journal Studies on Alcohol*. 2006;67(1):75-85.
11. Karatzias T, Power K, Swanson V, Predicting Use and Maintenance of Use of Substances in Scottish Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, Journal of Youth and Adolescence, 30(4):465-484
12. De la Villa Moral Jiménez María, Rodríguez Díaz Francisco Javier, Sirvent Ruiz Carlos, Factores Relacionados con las Actitudes Juveniles hacia el Consumo de Alcohol y otras Sustancias Psicoactivas, 2006. 18(1):52-58
13. Johnson, J., Evers, K., Paiva, A., Van Marter, D., Prochaska, J. Prochaska, J., Mauriello, L., Cummins, C. y Padula, J. Prevention profiles: Understanding youth who do not use substances. *Addictive Behavior*. 2006

14. Leslie, K. Youth substance use and abuse: challenges and strategies for identification and intervention. *Canadian Medical Association*. 2008, pp.178. Disponible en: <http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/178/2/145>
15. Richard E. Behrman, Robert M. Kliegman, Hal B. Jenson, *Nelson Tratado de Pediatría*, 17ava edición en español, ELSEVIER editorial, España, 2006, cap. 14, pp. 54
16. Miguez, Hugo, Epidemiología de la alcoholización juvenil en Argentina, *Acta de Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 2004 Vol. 50:43-47
17. Marks G, Graham JW, Hansen WB. Social projection and social conformity in adolescent alcohol use. *Personality and Social Psychology Bulletin* 1992;18:96 –101.
18. Gil AG, Wagner EF, Vega WA. Acculturation, familism, and alcohol use among Latino adolescent males: Longitudinal relations. *Journal Community Psychology*, 2000;28:443–458.
19. Flewelling RL, Bauman KE. Family structure as a predictor of initial substance use and sexual intercourse in early adolescence. *Journal of Marriage and Family* 1990;52:171–81.
20. Revista opción, Información Especializada, La Familia funcional y disfuncional. Disponible en la Web: (<http://acecho.net/archivos/acecho.net/Familia%20funcional%20y%20disfuncional.pdf>)
21. Imaginarios sociales y prácticas de consumo de alcohol en adolescentes de escuelas de nivel medio, Informe del Observatorio Argentino de Drogas, 2005. Disponible en la web: <http://www.sedronar.gov.ar/images/novedades/biblioteca/modelos%20culturales%20alcohol.pdf>
22. Pons Diez Javier, Berjano Peirats Enriqu, El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social, Universidad de Valencia. Plan Nacional sobre Drogas. Disponible en la web: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/cabu.pdf>
23. Valderrama Zurian J C. Alcohol y drogas. Alcohol y jóvenes. [Monografía en Internet]. http://www.saludalia.com/Saludalia/web_saludalia/vivir_sano/doc/alcohol_y_drogas/doc/alcohol_jovenes.htm
24. Martin, C.S. Y Winters, K.C. “Diagnosis and assessment of alcohol use disorders among adolescents”. *Alcohol Health and Research World*, 1998 vol. 22(2):95-105.
25. Volk RJ, Steinbauer JR, Cantor SB, Holzer CE 3rd. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screen for at risk drinking in primary care patients of different racial/ethnic backgrounds. *Addiction* 1997; 2:197-206.
26. Musayón Y, Torres C, Sánchez E, Chavéz E. Factores de riesgo del consumo de bebidas alcohólicas en escolares de educación secundaria. *Investigación y Educación en Enfermería* 2005; 23(1): 54-67

27. Johnson, J., Evers, K., Paiva, A., Van Marter, D., Prochaska, J. Prochaska, J., Mauriello, L., Cummins, C. y Padula, J. Prevention profiles: Understanding youth who do not use substances. En *Addictive Behaviors*, 2006, vol, 31.
28. Barrio, C. y Moreno, A. *La experiencia adolescente: a la búsqueda de un lugar en el mundo*. Buenos Aires, Argentina, Editorial Aique. 2000.
29. Zaldívar Pérez, Dionicio F. Funcionamiento Familiar Saludable, disponible en la Web: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/funcionamiento_familiar.pdf
30. Dr. Urzúa Ramón Florenzano, Conductas de riesgo y Factores Protectores, Curso de Salud y Desarrollo del Adolescente, Módulo 4, lección 16.
31. Escalante Gregorio, Escalante Kareen, Historia Natural del Alcoholismo, Med-ULA, Revista de la Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. Vol. 2 N° 1 – 2. Mérida, Venezuela. Disponible en la web: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/21728/1/articulo3.pdf>
32. Dr. Maldonado Marcos, Pueblos Indígenas en el Ecuador y Consumo de bebidas alcohólicas: cosmovisión, conocimientos, actitudes y prácticas, causas y consecuencias Investigación cualitativa en las comunidades de Urcusiqui-Imbabura y Montalvo-Pastaza Ecuador, 2000, 76p.
33. Rojas Wilson. Alcoholismo. La Salud Mental entre la crisis y la esperanza. Ecuador, 2000, Revista No1. M.S.P.
34. Dimitri Barreto Baquero Dimitri, Pacurucu Saul, Moya Torres Luis, Domínguez Rodríguez Fernando, salud mental, alcoholismo y drogadicción en el Ecuador a finales del siglo XX. Publicado en el Libro El cóndor, la serpiente y el colibrí. La OPS/OMS y la salud pública en el Ecuador del siglo XX, Quito. OPS 2002 551p
35. González P. La prevalencia del alcoholismo. *Revista Hospitalaria de Psiquiatría La Habana* 1985;26(1):31-40
36. Dr. Carrasco Eduardo, Conductas Familia y Adolescencia, Curso de Salud y Desarrollo del Adolescente, Módulo 1, lección 3. Disponible en la web: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/Lecciones/Leccion03/M1L3Leccion.html>

ANEXOS

ANEXO N°1

CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES ENCUESTA AUTOAPLICADA

Código Colegio: _____
Código del alumno: _____

Esta encuesta es personal y confidencial, por lo que **NO** escribas tú nombre en ninguna de las hojas, las respuestas serán mantenidas en secreto.
Por favor contesta las preguntas basado en lo que realmente sabes, piensas o haces.

La encuesta es **voluntaria**, por lo que si no deseas responderla hazlo saber oportunamente.

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

En las siguientes preguntas marca con una X según corresponda	
1. ¿Qué edad tienes actualmente? a. 13 años b. 14 años c. 15 años d. 16 años e. 17 años f. 18 años g. 19 años	2. ¿Cuál es tú sexo? a. Hombre b. Mujer
3. ¿En qué grado, clase o nivel estás? a. Octavo año de Educación Básica b. Noveno año de Educación Básica c. Décimo año de Educación Básica d. Primer año de Diversificado e. Segundo año de Diversificado f. Tercer año de Diversificado	4. ¿Has repetido o estás repitiendo el año? a. Si b. No

<p><i>A continuación haremos unas preguntas acerca de tu familia, marca con una x lo que tu realmente sientas, tienes opción a elegir una sola respuesta.</i></p>	
<p>5. Tú vives con:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tus padres b. Tú madre c. Tú padre d. Otros (especifique) e. ----- 	<p>6. ¿Estás satisfecho con la ayuda que recibes de tú familia cuando tienes un problema?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Nunca b. Casi nunca c. Algunas veces d. Casi siempre e. Siempre
<p>7. ¿Me satisface el apoyo que mi familia me brinda y da?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Nunca b. Casi nunca c. Algunas veces d. Casi siempre e. Siempre 	<p>8. ¿Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Nunca b. Casi nunca c. Algunas veces d. Casi siempre e. Siempre
<p>9. ¿Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Nunca b. Casi nunca c. Algunas veces d. Casi siempre e. Siempre 	<p>10. ¿Me satisface como compartimos en familia, el tiempo de estar juntos, los espacios en la casa, entre otros?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Nunca b. Casi nunca c. Algunas veces d. Casi siempre e. Siempre
<p><i>A continuación haremos unas preguntas sobre consumo de bebidas alcohólicas, responde lo que sabes, y tienes opción a escoger una sola respuesta.</i></p>	
<p>11. ¿Qué edad tenías la primera vez que tomaste alcohol?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Nunca he tomado alcohol b. 7 años o menos c. 8 o 9 años d. 10 u 11 años e. 12 o 13 años f. 14 o 15 años g. 16 años o más 	<p>12. Durante los últimos 30 días, ¿en cuántos días ingeriste al menos una bebida que contenía alcohol?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 0 días b. 1 ó 2 días c. 3 a 5 días d. 6 a 9 días e. 10 a 19 días f. 20 a 29 días g. Los 30 días

<p>13. Durante los últimos 30 días, en los días en que bebiste alcohol, ¿cuántas bebidas ingeriste generalmente por día?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. No bebí alcohol durante los últimos 30 días b. Menos de una bebida c. 1 bebida d. 2 bebidas e. 3 bebidas f. 4 bebidas o más 	<p>14. Durante los últimos 30 días, ¿cómo conseguiste generalmente la bebida alcohólica?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. No bebí alcohol durante los últimos 30 días b. Lo compré en una tienda, un establecimiento comercial o a un vendedor callejero c. Le di dinero a otra persona para que me lo comprara d. Lo conseguí de mis amigos e. Lo conseguí en casa f. Lo robé g. Lo conseguí de otra manera
<p>15. Durante tú vida, ¿cuántas veces has bebido tanto alcohol que realmente te embriagaste?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 0 veces b. 1 ó 2 veces c. 3 a 9 veces d. 10 o más veces 	
<p>16. C: ¿Alguna vez te has subido y viajado en un carro conducido por alguien (incluido tú) que había estado usando alcohol?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Si b. No 	<p>17. R: ¿Alguna vez has tenido que usar alcohol para relajarte, sentirte mejor o encajar en el “ambiente”?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Si b. No
<p>18. A: ¿Alguna vez utilizas alcohol mientras estás solo?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Si b. No 	<p>19. F: ¿Alguna vez mientras estás tomado alcohol te olvidas de cosas?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Si b. No
<p>20. F: ¿Tú familia o amigos te han dicho que debes reducir el uso de alcohol?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Si b. No 	<p>21. T: ¿Has tenido problemas mientras estabas tomando alcohol?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Si b. No

--	--