

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

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA



**“ACTIVIDAD FÍSICA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR
RELACIONADA CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN
ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA DR.
BENJAMÍN CARRIÓN DEL COMITÉ DEL PUEBLO.”**

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.

AUTORES:

Dra. SANCHO LOBATO SILVIA PATRICIA

Dr. MAIGUA LÓPEZ ANDRÉS IGNACIO

DIRECTORA DE LA INVESTIGACIÓN

Dra. PAOLA ESTEVEZ

ASESORA METODOLÓGICA

Dra. EULALIA NARVÁEZ

Quito, 2017

AGRADECIMIENTO

A nuestras familias, por su apoyo incondicional en todo
momento

A nuestra tutora metodológica, por su conocimiento y guía.

A nuestra directora, por su paciencia durante todo este
proceso.

Andrés

Silvia

TABLA DE CONTENIDOS

Título.....	i
Agradecimiento.....	ii
Tabla de contenidos.....	iii
Lista de tablas.....	vii
Lista de cuadros.....	ix
Lista de gráficos.....	x
Lista de anexos.....	xi
Resumen.....	xiii
Abstract.....	xv
CAPÍTULO I	
1.1 INTRODUCCIÓN.....	1
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	7
CAPÍTULO II	
2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	9
2.1 LA ADOLESCENCIA.....	9
2.1.1 Adolescencia temprana de los 10 a 14 años.....	13
2.1.2 Adolescencia media de los 15 a los 17 años.....	14
2.1.3 Adolescencia tardía de los 15 a 21 años.....	15
2.2 FUNCIONALIDAD FAMILIAR.....	16
2.3 ESTRUCTURA FAMILIAR.....	20
2.3.1 Familia nuclear.....	21
2.3.2 Familia extensa.....	21
2.3.3 Familia monoparental.....	22
2.3.4 Otros tipos de familia.....	22
2.4 ALCOHOLISMO.....	22

2.4.1 Factores macrosociales.....	24
2.4.2 Factores microsociales.....	25
2.4.3 Factores personales.....	25
2.4.4 Modelo integrador de los factores de riesgo.....	26
2.4.5 AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test / Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol).....	28
2.5 ACTIVIDAD FÍSICA.....	30
2.5.1 PAQ-A (Physical Activity Questionnaire for Adolescent / Cuestionario de Actividad Física para Adolescente).....	33
CAPÍTULO III	
3. MÉTODOS	
3.1 PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	36
3.2 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN EN LA QUE SE CIRCUNSCRIBIÓ EL PROYECTO.....	36
3.3 OBJETIVOS	
3.3.1 Objetivo general.....	36
3.3.2 Objetivos específicos.....	37
3.4 HIPÓTESIS.....	
3.4 HIPÓTESIS.....	37
3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	38
3.6 DISEÑO DEL ESTUDIO.....	
3.6 DISEÑO DEL ESTUDIO.....	39
3.7 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	
3.7 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	39
3.7.1 Cálculo muestral.....	40
3.7.2 Criterios de inclusión.....	40
3.7.3 Criterios de exclusión.....	41
3.8 PRUEBA PILOTO.....	
3.8 PRUEBA PILOTO.....	41
3.9 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	
3.9 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	42

3.10 MÉTODOS Y TÉCNICAS.....	43
3.10.1 Test AUDIT (alcohol use disorders identification test - test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol).....	43
3.10.2 Test FACES III (the family adaptability and cohesion evaluation scale - escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar).....	44
3.10.2.1 Interpretación de puntaje FACES III.....	45
3.10.3 Test PAQ-A (physical activity questionnaire for adolescents – cuestionario de actividad física para adolescentes.....	47
3.10.4 Encuesta de estructura familiar.....	48
3.11 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.....	48
3.12 ASPECTOS BIOÉTICOS.....	49
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	
4.1 LUGAR DE ESTUDIO.....	51
4.2 CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA.....	51
4.3 RESULTADOS SEGÚN OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	53
4.3.1 Estructura familiar.....	53
4.3.2 Funcionalidad familiar.....	53
4.3.3 Actividad física.....	55
4.3.4 Consumo de alcohol por los adolescentes entre 15 y 19 años de edad.....	58
4.3.5 Prueba de Asociación entre las variables del estudio.....	60
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN.....	62
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES	
6.1 CONCLUSIONES.....	68

6.2 RECOMENDACIONES.....	68
6.3 LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	69
7. BIBLIOGRAFÍA.....	71

LISTA DE TABLAS

- Tabla 1.** Distribución de la muestra por edad y sexo de los estudiantes por niveles de educación de la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión del Comité del Pueblo, Quito, agosto-noviembre del 2016.....**52**
- Tabla 2.** Tipo de familia por estructura en los estudiantes la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión del Comité del Pueblo, Quito, agosto-noviembre del 2016.....**53**
- Tabla 3.** Distribución de funcionalidad familiar según FACES III en adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión del Comité del Pueblo, Quito, agosto-noviembre del 2016.....**55**
- Tabla 4.** Nivel de actividad física por sexo en adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión del Comité del Pueblo, Quito, agosto-noviembre del 2016.....**57**
- Tabla 5.** Nivel de actividad física por edad en adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión del Comité del Pueblo, Quito, agosto-noviembre del 2016.....**57**
- Tabla 6.** Riesgo de consumo de alcohol por sexo en adolescentes de 15 a 19 años, de la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión del Comité del Pueblo, Quito, agosto-noviembre del 2016.....**59**
- Tabla 7.** Riesgo de consumo de alcohol por edad en adolescentes de 15 a 19 años, de la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión del Comité del Pueblo, Quito, agosto-noviembre del 2016.....**59**

Tabla 8. Relación entre estructura familiar y riesgo de abuso de consumo de alcohol en adolescentes de 15 a 19 años, de la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión del Comité del Pueblo, Quito, agosto-noviembre del 2016.....**60**

Tabla 9. Relación entre funcionalidad familiar y riesgo de abuso de consumo de alcohol en adolescentes de 15 a 19 años, de la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión del Comité del Pueblo, Quito, agosto-noviembre del 2016.....**61**

Tabla 10. Relación entre actividad física y riesgo de abuso de consumo de alcohol en adolescentes de 15 a 19 años, de la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión del Comité del Pueblo, Quito, agosto-noviembre del 2016.....**61**

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Dominios e ítems del AUDIT.....	29
Cuadro 2. Nivel de riesgo AUDIT.....	30

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución de los estudiantes por niveles de educación de la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión del Comité del Pueblo, Quito, agosto-noviembre del 2016.....**52**

Gráfico 2. Porcentaje de cohesión, adaptabilidad y funcionalidad familiar según el FACES III, en adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión del Comité del Pueblo, Quito, agosto-noviembre del 2016.....**54**

Gráfico 3. Actividad física más frecuente realizada por los estudiantes de la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión del Comité del Pueblo, Quito, agosto-noviembre del 2016.....**56**

Gráfico 4. Distribución del riesgo de consumo de alcohol, en adolescentes de 15 a 19 años de la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión del Comité del Pueblo, Quito, agosto-noviembre del 2016.....**58**

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. Estructura familiar.....	76
ANEXO 2. Test FACES III (the family adaptability and cohesion evaluation scale - escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar).....	77
ANEXO 3. Test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test / Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol).....	79
ANEXO 4. Cuestionario de actividades física para adolescentes (PAQ-A).	81
ANEXO 5. Solicitud dirigida a la Sra. Rectora de la Unidad Educativa Dr. Manuel Benjamín Carrión	85
ANEXO 6. Consentimiento informado para los padres de familia de la Unidad Educativa Dr. Manuel Benjamín Carrión.....	86
ANEXO 7. Asentimiento informado para adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Manuel Benjamín Carrión	89
ANEXO 8. Solicitud dirigida al Sr. Rector Sr. Rector de la Unidad Educativa Francesco Riccati.....	90

ANEXO 9. Consentimiento informado para los padres de familia de la
Unidad Educativa Francesco Riccati.....**92**

ANEXO 10. Asentimiento informado para adolescentes de la Unidad
Educativa Francisco Riccati.....**95**

RESUMEN

La adolescencia es una etapa clave, en ella se confirma el estilo de vida. La prevalencia de conductas saludables o perjudiciales depende en gran medida de las rutinas adoptadas en esta época de cambios individuales y sociales. La funcionalidad familiar adecuada y la actividad física han sido concebidas como factores protectores para reducir la probabilidad de consumir sustancias tóxicas.

Objetivo, establecer la relación entre la funcionalidad familiar, su estructura y actividad física frente al consumo de alcohol en adolescentes escolarizados de 12 a 19 años de la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión del barrio Comité del Pueblo.

Diseño, estudio observacional analítico de asociación. Se aplicaron cuatro cuestionarios (AUDIT, FACES III, PAQ-A, encuesta sobre estructura familiar) en método de auto-aplicación a 280 adolescentes de ambos sexos de la Unidad educativa Dr. Benjamín Carrión del barrio Comité del Pueblo, comprendidos entre los 12 y 19 años, de octavo de Educación Básica General a tercero de Bachillerato Unificado.

Resultados, la edad media de los adolescentes participantes fue de 15,2 años, 54,87% de sexo masculino, el grupo etario más frecuente fue hombres de quince a diecisiete años 35%, familias biparentales 60%, consumo de riesgo de alcohol 13,21%, familias disfuncionales 89,9% (n=250), actividad física muy frecuente 88,21%.

Conclusiones, el riesgo de consumo de alcohol en el grupo de adolescentes estudiados no depende de la estructura y funcionalidad familiar ni del nivel de actividad física.

Palabras clave, AUDIT, FACES III, PAQ-A, estructura familiar, adolescencia, actividad física.

ABSTRACT

Adolescence is an essential stage; in it, we confirm our life style. The prevalence of healthy or damaging behaviors depends on the huge amount of adopted routines in this new age with individual and social changes. The appropriate family functionality and physical activity have been conceived as protective factors to reduce the probability of substances abuse.

Objective, To establish the relationship between physical activity, family function and structure in relation to alcohol abuse in schooled teenagers between 12 and 19 years old, from the Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión, from Comité del Pueblo neighborhood.

Methodology, Observation and analytical study association. It applied four questionnaires (AUDIT, FACES III, PAQ-A, family structure survey) using the self-application method to 280 teenagers of both genders from Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión in Comité del Pueblo neighborhood, between 12 and 19 years old, from eighth grade of General Education to third year of Unified Bachelor's degree.

Result, The middle age of the teenagers that were involved was 15.2 years old, the most frequent age group between fifteen to seventeen years old was 35%, males were 54.87%, biparental families were 60%, alcohol abuse was 13.21%, dysfunctional families were 89.9% (n = 250), frequently physical activity was 88.21%.

Conclusions, The risk of alcohol abuse in the studied sample of a group of teenagers does not depend on the family structure or functionality, either the amount of physical activity.

Key words, AUDIT, FACES III, PAQ-A, family structure, adolescence, physical activity.

CAPÍTULO I.

1.1 INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de transición, caracterizada por cambios físicos, cognitivos y psicosociales, es el paso de la infancia a la vida adulta; determina un período crítico en el individuo, (García, 2012), con grandes cambios que afectan el desarrollo y las funciones corporales (Francisco David Rodríguez García, Consumo de alcohol en la adolescencia., 2014).

Según la OMS, la adolescencia corresponde a la segunda década de la vida, período comprendido entre los 10 y 19 años de edad, dividido en dos grupos: De los 10 a 14 de edad años adolescencia temprana caracterizada por cambios físicos, crecimiento acelerado, desarrollo de los órganos sexuales y aparición de los caracteres sexuales secundarios, hay cambios internos profundos, en el ámbito emocional, físico y mental; y la adolescencia tardía de los 15 a 19 años de edad, continúa el desarrollo corporal, y cerebral, se incrementa la capacidad del pensamiento analítico y reflexivo (UNICEF, La adolescencia una época de oportunidades, 2011).

Siendo la adolescencia una etapa de vulnerabilidad, en la cual se inicia una serie de hábitos propios de los “adultos” como el consumo de alcohol; el mismo que cuando se da en forma exagerada o con abuso, altera las funciones cognitivas, asociándose a problemas escolares, conductas violentas, reduce el autocontrol, aumentan los comportamientos de riesgo, como relaciones sexuales no protegidas, hay riesgo de adicción (OMS,

Centro de prensa, 2015) o conductas erráticas en la conducción de vehículos y maquinarias (M. Antonio López-Cisneros, Actitud ante el consumo y no consumo de alcohol en estudiantes de preparatoria – México, 2013), entre otras que pueden terminar en mortalidad o discapacidad de ellos como de personas afectadas por estas conductas .

El problema con el consumo de alcohol, es porque se trata de una sustancia psicoactiva que puede causar dependencia; su uso está ampliamente difundido en muchas culturas y durante siglos, determinando una carga social y económica importantes (OMS, alcohol, 2015).

Los efectos a nivel cerebral del etanol varían con la edad así, en la adolescencia los efectos placenteros se producen a dosis muy bajas, y los efectos desagradables o de intoxicación se presentan con dosis más altas, la sensibilidad de estos efectos se producen de manera individual pudiendo estimular o reforzar la conducta bebedora del adolescente. (Francisco David Rodríguez García, Consumo de alcohol en la adolescencia., 2014).

Es importante considerar que los efectos del consumo y sus consecuencias, están relacionados con el tiempo y la cantidad de alcohol ingerido cada vez. (OMS, alcohol, 2015).

Existen múltiples factores que pueden influir en el consumo nocivo del alcohol en adolescentes, entre ellos ambientales, económicos, culturales, agravados por el fácil acceso al mismo. Se considera que no existe un factor dominante, sin embargo la unión de varios de ellos pueden determinar que se desarrollen problemas relacionados con el alcohol. (OMS, alcohol, 2015)

En encuesta realizada por el INEC (2013 más de 900.000 ecuatorianos consumen alcohol, el 89,7% son hombres y el 10,3% mujeres, la mayoría han iniciado su consumo durante la adolescencia. El 2,5% son jóvenes entre 12 y 18 años y según el MSP el 72% de jóvenes de 15 a 19 años ya refieren haber consumido alcohol. (MSP, www.salud.gob.ec, 2013), sin hacer referencia si es un consumo de riesgo.

La morbilidad atribuida al alcohol en adolescentes es multisistémica, agravada por la inmadurez fisiológica de los diferentes sistemas, y órganos, que determina un mayor daño a corto y largo plazo, con desmedro personal a nivel psicosocial, afectivo, rendimiento escolar o laboral. (M. Antonio López-Cisneros, Actitud ante el consumo y no consumo de alcohol en estudiantes de preparatoria – México, 2013).

Entre las patologías que podría acarrear el consumo abusivo de alcohol se consideran: a nivel psiquiátrico: trastornos depresivos, ansiedad, trastornos alimentarios, uso de otras sustancias, trastornos del sueño, estrés postraumático. A nivel general: Hipertensión arterial, enfermedad hepática,

enfermedad cardiovascular, pancreatitis, gastritis, esofagitis, neuropatía periférica, entre otras, (J.M Tetrault, 2016).

La violencia ocasionada por el estado de embriaguez, es una causa importante de mortalidad en adolescentes, una de cada tres defunciones de varones adolescentes se registran en países de bajos y medianos recursos económicos.

En la región de América, fomentar buenas relaciones familiares de atención y cariño, desde la infancia, pueden controlar el consumo de alcohol, uso de armas, y prevenir la violencia, (OMS, Centro de prensa, 2015).

En general, el alcohol tiene una mayor causalidad de morbilidad y muerte por sobre otras adicciones como el cigarrillo, causando una pérdida de años de vida (Monteiro, Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de, 2008). Según la OPS/OMS el 5,1% de la morbilidad y lesiones se debe al consumo de alcohol, además se relaciona con trastornos mentales y del comportamiento, con el desarrollo de enfermedades no transmisibles, SIDA, Tuberculosis. (OMS/OPS, WHO media center, 2015).

Una de las características del consumo de alcohol en adolescentes es que se lo realice en grupo de pares sin que se establezcan límites, por tanto se consume en múltiples ocasiones y en grandes cantidades hasta llegar a la

embriaguez. (Anna Salamó Avellaneda, Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia, 2010)

Según la información publicada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) la sociedad ecuatoriana tiene una cultura de consumo de alcohol a nivel de todos los estratos sociales. (INEC, Ecuador en cifras, 2012)

Frente a este riesgo, se considera al soporte familiar como un factor que puede aportar en su prevención y control frente al consumo de riesgo por parte de los adolescentes y jóvenes; siempre y cuando ésta reúna características de estructura y funcionalidad. Es por esto que a la familia se la define como un conglomerado de fundamental importancia para el desarrollo de la sociedad y constituyéndose en un eje para el desarrollo de los individuos que la conforman. (L.Hernández, Cargil, & G, 2011)

Toda familia tiene características propias que se denominan tipológicas como son: el desarrollo, la demografía, la ocupación e integración. Hay características indispensables de conocer que son útiles para determinar el grado de funcionalidad y dinámica familiar como son: jerarquía, límites y comunicación (Mendoza-Solís LA, 2006).

Los problemas del funcionamiento familiar influyen en la aparición de las enfermedades psiquiátricas (episodio depresivo mayor, distimia, trastorno de

ansiedad generalizada, trastornos de angustia) y en conductas de riesgo de salud (consumo de alcohol, tabaco, drogas e inicio de vida sexual precoz) (Jaime, Perez, & Rodriguez, 2014)

El buen funcionamiento familiar posibilita la adaptación del adolescente a los cambios corporales, psicológicos y sociales propios de su edad y se ha relacionado con la estructura de la familia: el tipo de familia nuclear, biparental, sería la más preparada para afrontar los cambios en cada fase de su ciclo vital; mientras que otros patrones familiares se asociarían con la aparición de diversos problemas durante la adolescencia, la función familiar y el apoyo social también se relacionan con el consumo de sustancias tóxicas entre los adolescentes (Perez, Perez, & Luz, 2007).

Como otra de las variables a considerar, en los factores que pueden constituirse en protectores frente al consumo de alcohol de los adolescentes es la frecuente actividad física, pues se considera que el ejercicio físico tiene como propósito a más de mejorar la estructura corporal, aportar al desarrollo global del área cognitiva y afectivo-social, dando un desarrollo integral del sujeto y la creación de hábitos positivos de salud (Lazaro, 2011).

El ejercicio realizado desde temprana edad y a largo plazo influye de manera positiva en la salud general de la población, así como practicar deportes individuales, esto probablemente por necesidades personales de autorrealización, la práctica habitual de ejercicio físico en niveles para

mantener la salud, se considera un efecto protector del consumo de alcohol (Ruiz-Juan F. y.-R., 2010).

1.2 JUSTIFICACIÓN

En la presente investigación, se plantea elaborar una línea de base para establecer la situación de los adolescentes en la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión del barrio Comité del Pueblo de la ciudad de Quito, con respecto a la frecuencia, los niveles de consumo de alcohol y su relación con la estructura familiar y el grado de funcionalidad percibido en los hogares de estos estudiantes; así como identificar si la actividad física también se relaciona con los niveles de consumo de esta sustancia aceptada en la sociedad ecuatoriana y por lo tanto en el ámbito local en donde se desenvuelve los adolescentes del estudio.

Cabe mencionar que al abordar en esta investigación aspectos como: la funcionalidad familiar, su estructura y la actividad física, se busca determinar si estos pueden constituirse en factores protectores o no, frente a los riesgos de consumir alcohol, estableciendo en primera instancia, la posible relación entre estas variables de estudio.

Los resultados obtenidos, serán presentados y difundidos a la comunidad educativa y al personal del Centro de Salud se realizarán sugerencias para implementar estrategias que permitan el desarrollo

integral de los adolescentes tomando en cuenta actividades que fortalezcan la adaptabilidad y cohesión familiar.

Por otro lado, los resultados y los conocimientos obtenidos permitirán desde el punto de vista de la medicina familiar, establecer estrategias de intervención en distintos niveles y plazos, en el ámbito educativo, familiar, social y/o de salud.

CAPITULO II. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 LA ADOLESCENCIA

A nivel mundial 1.200 millones de adolescentes, se encuentran entre la etapa de infancia y edad adulta, constituyen el 18 % de la población mundial, de estos el 88% viven en países en vías de desarrollo, donde afrontan mayores dificultades para tener educación e incluso mantener la vida (UNICEF, La adolescencia época de oportunidades, 2011).

En Ecuador el 13% de la población corresponde a jóvenes entre los 18 y 24 años edad, el 51,1% corresponde a hombres, el 48,9% son mujeres. (INEC, Ecuador en cifras, 2014)

En lo referente a las tasas de mortalidad a nivel mundial, a los 10 a 14 años es la menor de todos los otros grupos etarios, a los 15 a 24 años son un poco más altas, pero relativamente bajas en relación a otros grupos de edad. La tasa de mortalidad es más baja en las mujeres en relación a los varones (UNICEF, La adolescencia época de oportunidades, 2011).

En 2004 casi 1 millón de niños menores de 18 años fallecieron por causa de traumatismos. Hay mayor incidencia de accidentes, VIH, embarazo precoz, aborto de riesgo, violencia, trastornos mentales y adicciones como cigarrillo drogas, alcohol (UNICEF, La adolescencia época de oportunidades, 2011)

Etimológicamente viene de la palabra *adulecere* que significa crecer, es un gran salto al crecimiento personal y llegar a la independencia y autonomía.

Se considera el proceso por el cual el niño, se vuelve parte del mundo adulto, (Marina, 2015).

Según Ingersoll “el período de desarrollo personal durante el cual un joven debe establecer un sentido personal de identidad individual y sentimientos de mérito propio que comprenden una modificación de su esquema corporal, la adaptación a capacidades intelectuales más maduras, la adaptación a las exigencias de la sociedad con respecto a una conducta madura, la internalización de un sistema de valores personales y la preparación para roles adultos”. (Rodríguez, 2000)

El efecto de la aparición de la adolescencia varía de una persona a otra, de un grupo familiar a otro, de un país a otro y de una cultura a otra., sin embargo existen elementos o conductas que las ligan y caracterizan. (Rodríguez, 2000),

La adolescencia comprende desde los 10 a 12 años, hasta los 22 años, dependiendo del autor que realiza el análisis, durante esta etapa pueden presentar crisis personales encaminadas a lograr un desarrollo biopsicosocial del ser humano cuyo objetivo final es buscar su identidad, con la formación de un auto concepto, que le permite construir su autoestima, descubriendo un nuevo estilo de ser y hacer la vida, esto se logra como respuesta a plantearse dudas, hipótesis, explorar posibilidades nuevas y diferentes a las habituales, es fundamental la libertad dada desde el espacio de los adultos para fortalecer su desarrollo y poder tomar la responsabilidad de sí mismo. La madurez biológica corresponde a la

pubertad y el proceso para conseguir la madurez emocional y social es la adolescencia (Rodríguez, 2000)

Hay intensos cambios físicos y psicosociales que inician con los primeros signos de la pubertad y termina al cesar el crecimiento, (Diz, 2013).

Al inicio de la adolescencia hay una gran estimulación de la mente por emociones y sentimientos muchas veces contradictorios que le producen inestabilidad, confusión labilidad emocional que determinan variaciones del comportamiento en forma brusca, además de enfrentamientos con el entorno (Rodríguez, 2000)

La imagen corporal del adolescente es muy importante por su rol que juega en las relaciones interpersonales y su posicionamiento en el grupo de pares, en el entorno familiar y social, además la cultura se plasma en el cuerpo dándole un sentido de pertenencia, y aceptación, el aspecto del individuo envía mensajes sobre sí mismo ante lo cual el entorno responde. (Rodríguez, 2000).

Eric Jensen afirma “La conducta de los adolescentes responde no solo a los cambios hormonales sino sobre todo a rápidos y masivos cambios en la reorganización sináptica.” (Marina, 2015)

Los neurólogos saben muy bien que el cerebro pasa por “periodos sensitivos”, en los que su capacidad de aprender es mayor (Diz, 2013)

Los cambios que se dan en la adolescencia se justifican por cambios cerebrales a nivel eléctrico y fisiológico, con un incremento de las células nerviosas en el período de un año, las redes neuronales se reorganizan dando cambios en la capacidad del desarrollo emocional, físico y mental, estos cambios se producen primero en las mujeres con un adelanto de 12 a 18 meses en relación a los hombres. (UNICEF, La adolescencia época de oportunidades, 2011)

El lóbulo frontal tiene un desarrollo, en esta etapa de la adolescencia, lo que permite fortalecer el razonamiento y la toma de decisiones, en los varones este desarrollo comienza más tarde y toma más tiempo, por esta razón hay la percepción que las niñas maduran antes que los varones, (UNICEF, La adolescencia época de oportunidades, 2011).

A nivel cerebral se muestran tres cambios importantes: (Diz, 2013)

- Las neuronas, sus conexiones y los receptores de neurotransmisores aumenta en la infancia y disminuyen en la adolescencia.
- Existe mayor conectividad entre las regiones cerebrales, debido a un aumento de la sustancia blanca y la mielinización, que permite el desplazamiento de los impulsos nerviosos 100 veces más rápido que las fibras amielínicas (Diz, 2013).

- Cambio en el balance entre los sistemas ejecutivo y límbico, debido a la mayor actividad de la región frontal en relación a la límbica, según Goldman “la estimulación social desde la infancia promueve el desarrollo a nivel frontal” (Diz, 2013)

El adolescente tiene la necesidad de romper el cordón umbilical, dejar de lado el cuerpo materno y lo que le vincula a la infancia para acabar con las identificaciones parentales para ganar su derecho a la diferencia (Diz, 2013).

Hay metas que cumplir, como la adaptación a los cambios corporales, al desarrollo sexual y los impulsos psicosexuales, confirmar su identidad, determinar su personalidad, independizarse, emanciparse de la familia, y adquirir valores de respeto hacia sí mismo y los demás. (Diz, 2013).

Se puede dividir a la adolescencia en tres etapas: (UNICEF, La adolescencia época de oportunidades, 2011)

2.1.1 Adolescencia temprana de los 10 a 14 años: Inician cambios físicos, crecimiento acelerado y repentino, en esta etapa los cambios a nivel de órganos sexuales y sus caracteres secundarios, por ser cambios bruscos, pueden crear ansiedad. (UNICEF, La adolescencia época de oportunidades, 2011)

Hay el deseo de independencia, oposición y rebeldía en contra de la autoridad, lo que da un distanciamiento de los padres, con actitudes desafiantes, se crea círculos de interacción muy fuertes entre pares, así

como rivalidades entre diferentes grupos. Como parte de la demostración de su independencia sea solo o en pares, realizan conductas de riesgo y temerarias (Rodríguez, 2000).

Se caracteriza por un período de búsqueda intensa, de ideales a conseguir, pero también, de oposición con lo instituido, lo que le lleva a una gran confusión que dará como resultado la reconstrucción de su yo fragmentado. (Diz, 2013), la madurez emocional y social que le permite asumir responsabilidades y conductas para poder intervenir en el mundo adulto.

El adolescente trata de imponer su estilo para ejercer el derecho a la propiedad de su cuerpo. En el adolescente domina la acción como expresión de esta etapa de la vida (Diz, 2013).

2.1.2 Adolescencia media de los 15 a los 17 años: Casi concluye el cambio corporal, la preocupación por su imagen se intensifica, además el tener una identidad grupal y con sus pares, también con las del sexo opuesto, ser reconocido es fundamental. (Rodríguez, 2000). Como parte de la búsqueda de su identidad tiene actitudes grupales que le dan seguridad y estima personal. (Diz, 2013)

El razonamiento y abstracción se incrementan así como el entendimiento de los sentimientos ajenos. Hay un sentimiento de omnipotencia que incrementa el realizar acciones de riesgo. (Rodríguez, 2000).

Al desarrollar su identidad adquiere autonomía, y obtiene logros con mejores resultados escolares mejorando su autoestima en relaciones a sus pares que no han conseguido estos cambios (Diz, 2013).

Para adolescentes con problemas de funcionalidad familiar, esta es una etapa muy peligrosa por la posibilidad de cursar con problemas en su entorno. (Rodríguez, 2000)

Se puede adquirir hábitos, como el consumo de cigarrillos, alcohol o drogas que puede mantenerse en el tiempo, pudiendo ser perjudicial para el desarrollo cerebral (UNICEF, La adolescencia época de oportunidades, 2011).

2.1.3 Adolescencia tardía de los 15 a 21 años: Hay disminución de la preocupación por la apariencia corporal, la autonomía e independencia se consolidan por lo que hay un acercamiento con los padres y adultos (Rodríguez, 2000), la capacidad del pensamiento analítico y reflexivo brinda mayor confianza y claridad en su identidad, dejando de lado sus actitudes temerarias, con una toma de decisiones consciente (UNICEF, La adolescencia época de oportunidades, 2011). En su personalidad, hay una consolidación del yo que fue adquirido en la infancia desarrollando el sistema de valores. (Diz, 2013)

Se pueden enrolar en actividades laborales o estudiantiles dentro de su propia identidad y cosmovisión para ser parte activa del mundo que les rodea. (UNICEF, La adolescencia época de oportunidades, 2011), un

adecuado desarrollo del talento, permite un mejor futuro, en base a la adecuada toma de decisiones (Marina, 2015).

Puede ya aceptar las limitaciones de su estilo de vida y las relaciones, asume que la autoridad con libertad permite desarrollo y seguridad (Rodriguez, 2000).

Hábitos adquiridos como el consumo de cigarrillos, alcohol o drogas puede mantenerse en esta etapa.

2.2 Funcionalidad familiar

Existen varias versiones en el origen etimológico, de la palabra familia, (E. OLIVA GÓMEZ, 2014) así: procede del latín el término *familiae* “grupo de siervos y esclavos, patrimonio del jefe de las gens (linaje)”, o derivado de *famulus* que significa “siervo, esclavo”, o *pater familias* que incluye a la esposa e hijos a quien legalmente le pertenecen (ESPAÑOL, 2009).

Hay otras versiones que proviene del latín *fames* (hambre) “conjunto de personas que se alimentan juntas en la misma casa y a los que un *pater familias* tiene la obligación de alimentar” (E. OLIVA GÓMEZ, 2014).

La familia según la Declaración de los Derechos Humanos “Es el elemento natural fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado”. Actualmente en los países occidentales hay cambios en el concepto y composición de la familia por los avances en los derechos humanos y de los homosexuales (ESPAÑOL, 2009).

Partiendo de la concepción tradicional “la familia ha sido el lugar primordial donde se comparten y gestionan los riesgos sociales de sus miembros” (Carbonell). La familia seguirá modificándose, es un elemento activo, no se la puede estudiar como una institución inmutable, y tradicional (E. OLIVA GÓMEZ, 2014).

Puede estar unida por: vínculos de afinidad reconocidos socialmente como el matrimonio (ESPAÑOL, 2009), esto depende de las sociedades o tradiciones considerando la poligamia como otra forma de afinidad, o por vínculos de consanguinidad como entre padres e hijos, o entre hermanos de un mismo padre (ESPAÑOL, 2009) .

La estructura familiar ha evolucionado a lo largo del tiempo, en la época primitiva el núcleo familiar generalmente unido por vínculos de parentesco se desplazaban juntos, pero en las temporadas de escasez de alimentos se dispersaban, siendo una unidad económica, en la época industrial la familia tiene una base utilitaria con una transmisión de capitales económicos, simbólicos y sociales. (ESPAÑOL, 2009).

Desde la perspectiva sistémica, la familia es un conjunto organizado como un sistema total e interdependiente de unidades o subsistemas regulados entre sí por reglas de comportamiento, por funciones en constante interacción con un intercambio permanente con el exterior, siendo así un

sistema abierto autoregulado, en constante transformación e interacción con otros sistemas, buscando una homeostasis y estabilidad familiar (Valencia).

La familia es un sistema activo, el funcionamiento familiar depende de distintos procesos de cambio y adaptación a una situación determinada, tensiones intrínsecas o extrínsecas al sistema alteran su funcionamiento.

Una adecuada dinámica de convivencia y flexibilidad contribuye a la armonía familiar por lo que sus miembros desarrollarán sentimientos sólidos de identidad, seguridad y bienestar (Pérez) .

Debe existir un proceso de adaptación o transformación constante de las interacciones y reglas familiares que permitan el desarrollo de sus miembros y la sustentabilidad familiar, debe existir un equilibrio entre las tendencias homeostáticas y la capacidad de transformación (Valencia) .

La flexibilidad ante condiciones ambientales cambiantes, favorece al crecimiento, y envejecimiento de sus partes como proceso evolutivo de la familia. La estabilidad basada en reglas consensuadas permite tener un espacio familiar afectivo y bien definido. (Valencia)

Un adecuado funcionamiento familiar debe tener una dinámica apropiada, con pautas de interrelación entre los miembros del grupo familiar basados en sentimientos, afectos, y emociones entre sus miembros y el grupo en conjunto. (Pérez).

La familia históricamente debe cumplir determinados objetivos universales que le han sido designados (Pérez).

- Satisfacer las necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros.
- Transmisión de valores éticos y culturales.
- Promocionar y facilitar el proceso de socialización de sus miembros.
- Mantener el equilibrio para enfrentar los estresores durante el ciclo vital.
- Educación para la convivencia social.
- Facilitar el desarrollo de la identidad personal y sexual. (Pérez).

Además hay funciones específicas que debe cumplir,

- Función biosocial.
- Función económica.
- Función cultural y afectiva.
- Función educativa.

La adaptabilidad es la capacidad para adoptar o cambiar las reglas y los roles ante la necesidad de enfrentar crisis o conflictos. (Pérez)

La cohesión son los vínculos emocionales que tienen los miembros de la familia entre sí, una mayor cohesión a nivel emocional o física desarrolla un mayor sentimiento de pertenencia al grupo. (Pérez)

La comunicación es fundamental para la interacción de los miembros de la familia, a todo nivel ya sea con mensajes normativos, informativo o afectivos. Cuando hay funcionalidad los mensajes son directos, claros, espontáneos, sean mensajes positivos o negativos. (Pérez).

La comunicación en sí expresa la calidad de vida familiar y facilita su funcionamiento, así vemos que puede ser el origen como la consecuencia de la incapacidad del sistema familiar para evaluar en forma armoniosa las situaciones positivas o estresantes que la envuelven. Una mala comunicación paterno filial determina una baja autoestima personal y familiar (Valencia).

La adolescencia y los cambios que influyen en la familia, se consideran como un factor estresor que puede generar crisis familiares (Pérez). El afrontamiento familiar ante problemas es importante como punto de apoyo a nivel individual y social, demuestra el éxito adaptativo familiar, son los esfuerzos que se realizan a nivel cognitivo y conductuales en forma constante para manejar las demandas específicas externas e internas, el afrontamiento es utilizar los recursos existentes frente a las dificultades. (Valencia) .

2.3 Estructura familiar

El papel y la estructura familiar pueden variar de acuerdo a la sociedad en la que se desarrolla, se han observado cambios en la forma, funciones, roles,

ciclos de vida y composición, especialmente desde que la mujer incursiona en el ámbito laboral y es parte del sustento económico familiar. (E. OLIVA GÓMEZ, 2014) .

La estructura familiar toma en cuenta todas las formas de relación que tienen los miembros de la familia como sistema dinámico, y sus modos de interacción (Cibanal, 2015). Es además el grupo de demandas funcionales que indica a sus miembros cómo se debe funcionar., estas acciones son dinámicas y responden a condiciones internas y externas en las que se desarrolla la familia para poder adaptarse a los cambios y reestructurarse dependiendo de las necesidades del momento (Cibanal, 2015).

Es difícil dar una pauta precisa sobre los tipos de familia que pueden existir, o se aceptan, sin embargo se podría decir que existen: (E. OLIVA GÓMEZ, 2014) .

2.3.1 Familia nuclear

Formada por dos adultos, hombre y mujer con sus hijos, o sin ellos.

Se considera la unidad principal de la sociedad. (E. OLIVA GÓMEZ, 2014).

También se considera el círculo familiar básico (Valencia).

2.3.2 Familia extensa

Formada por más miembros de la familia, abuelos, primos, tíos y otros además de la familia nuclear, que pueden o no tener lazos de consanguinidad o afines. (Valencia).

2.3.3 Familia monoparental

Familia formada por un solo padre, sea el padre o la madre, y los hijos. (Valencia)

2.3.4 Otros tipos de familia

Puede no haber relación con el parentesco de consanguinidad sino la convivencia por solidaridad u objetivos comunes. (Valencia)

Se puede considerar también familias unidas por afectividad, sin ligazón legal así parejas que tienen relaciones conyugales no matrimoniales con o sin hijos. (Valencia).

Actualmente hay nuevos modelos sociales unidos por afecto, respeto, convivencia, por lo que se considera a la integración como nuevo concepto familiar (E. OLIVA GÓMEZ, 2014).

2.4 ALCOHOLISMO

El alcoholismo y el abuso del alcohol son dos tipos de problema con la bebida.

El *alcoholismo* se refiere al consumo crónico y continuado o al consumo periódico de alcohol que se caracteriza por un deterioro del control sobre la bebida, episodios frecuentes de intoxicación y obsesión por el alcohol y su consumo a pesar de sus consecuencias adversas. (OMS, Lexicon of Alcohol and Drug Terms, 2010)

El *abuso de alcohol* es el patrón de consumo que excede un estándar moderado o consumo social. Se define como el consumo que supera un volumen diario determinado (p. ej., tres bebidas al día) o una cantidad concreta por ocasión (p. ej., cinco bebidas en una ocasión, al menos una vez a la semana (OMS, Lexicon of Alcohol and Drug Terms, 2010).

En nuestro país según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, 912.517 personas mayores de 12 años consumen alcohol, de los cuales el 89,7% son hombres y 10,3% mujeres, el 2,5% de la población entre 12 y 18 años consume algún tipo de bebida alcohólica. (INEC, ENCUESTA NACIONAL DE INGRESOS Y GASTOS EN HOGARES URBANOS Y RURALES 2011-2012, 2012)

La adolescencia representa un periodo crítico en el inicio y experimentación del consumo de sustancias psicoactivas. La familia se considera como el contexto en donde se localizan el mayor número de factores de riesgo y de protección en relación al consumo de sustancias en adolescentes, la comunicación deficiente, los frecuentes conflictos, la baja cohesión, el

castigo excesivo o el consumo de los propios padres influyen directamente en el consumo de sustancias de los hijos (Teresa I. Jiménez, 2008). Los adolescentes con consumo abusivo de alcohol perciben a su familia como un contexto conflictivo en el que existe poco entendimiento entre los miembros de la familia en comparación con los abstemios o los consumidores no abusivos, otro factor de riesgo es el moldeado parental de consumo en el sentido de que hay una mayor probabilidad de consumo abusivo en los hijos conforme aumenta la frecuencia de consumo de alcohol en sus padres (Villarreal, 2010).

Se han propuesto diversas teorías para explicar la etiología del abuso de sustancia en adolescentes. Así, el modelo de creencias de salud de Becker resalta la importancia de los déficits en la toma de decisiones, la teoría del aprendizaje de Bandura recalca la influencia negativa de los pares y adultos significativos que actúan como modelos consumidores (Cicua, 2008). En conjunto las diferentes teorías han determinado diversos factores de riesgo del consumo de sustancias en adolescentes y factores protectores que reducen la probabilidad de su consumo:

2.4.1 Factores macrosociales

- Disponibilidad y accesibilidad a las sustancias, el carácter de droga legal convierte al alcohol en un producto disponible de fácil acceso.
- Institucionalización y aprobación social de las drogas legales, el alcohol es una droga aceptada socialmente.

- Asociación del alcohol y drogas de síntesis con el ocio, el consumo juvenil de drogas se encuentra ligado al tiempo libre y a la búsqueda de nuevas sensaciones y experiencias. (Espada, 2008).

2.4.2 Factores microsociales

- Estilos educativos inadecuados, La ambigüedad en las normas familiares, el exceso de protección, la falta de reconocimiento y una organización familiar rígida influyen negativamente en el adolescente, y pueden desembocar en una personalidad con escasa aserción o en un enfrentamiento con el mundo adulto
- Falta de comunicación y clima familiar conflictivo, la comunicación adecuada evita el aislamiento, educa para las relaciones extra familiares, promueve la expresión de sentimientos, y facilita el desarrollo personal, la falta de comunicación y un inadecuado ambiente familiar genera déficit y carencias personales que se pueden compensar recurriendo al consumo de alcohol y otras sustancias.
- Consumo familiar de alcohol, existe una influencia significativa del consumo de alcohol de padres, hermanos en los adolescentes.
- Influencia del grupo de amigos, el grupo de pares es el referente que ayuda a afianzar al adolescente frente a los adultos y satisface el sentimiento de pertenencia al grupo. (Moral, 2011)

2.4.3 Factores personales

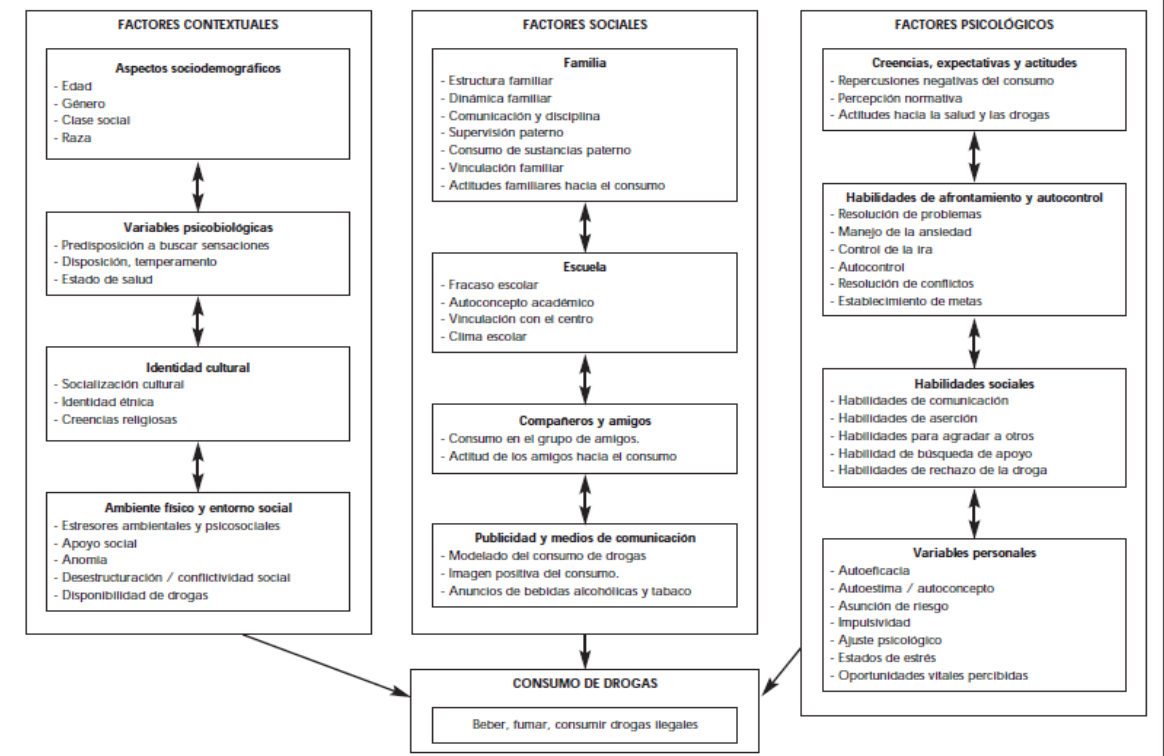
- Desinformación y prejuicios, la falta de conocimiento o la información errónea sobre la naturaleza de las drogas y las consecuencias negativas de su consumo, estimula la curiosidad o impide valorar los riesgos derivados del consumo de alcohol ((UNICEF), 2012)
- Déficits y problemas del adolescente, la presencia de baja autoestima, trastornos de ansiedad y del estado de ánimo en el adolescente pueden llevarlo a tratar de compensar estos déficits con el consumo de alcohol y otras drogas. (Espada, 2008)

2.4.4 Modelo integrador de los factores de riesgo

Debido al gran número de factores de riesgo que influyen en el consumo de sustancias, es necesario plantear un modelo que integra los diferentes factores de riesgo agrupados en tres categorías: 1) factores contextuales, 2) factores sociales y 3) factores personales.

En este modelo los factores sociales y personales se consideran que actúan conjuntamente para facilitar la iniciación del consumo de alcohol y otras drogas, los factores sociales tienen mayor influencia en los adolescentes psicológicamente vulnerables (déficit de habilidades sociales o académicas, baja autoestima, ansiedad, depresión, estrés), cuantos más factores estén presentes en un adolescente, mayor será el riesgo de consumo de alcohol y otras drogas. (Cicua, 2008), (Espada, 2008).

Modelo integrador de influencias en el consumo de alcohol y otras drogas



TOMADO DE: Espada, M. G. (2008). ADOLESCENCIA: CONSUMO DE ALCOHOL. *Papeles del Psicólogo*, 9-17.

Los problemas que se derivan del consumo de alcohol en la adolescencia son difíciles de determinar ya que la aparición de secuelas físicas requiere un cierto tiempo de consumo habitual. Debido al consumo de alcohol los adolescente pueden sufrir riñas, bajo rendimiento escolar, discusiones y conflictos familiares. (Espada, 2008)

Las principales consecuencias negativas que pueden padecer los adolescentes debido al consumo abusivo de alcohol y otras sustancias pueden ser:

- Intoxicación etílica aguda o embriaguez.
- Problemas escolares.

- Sexo no planificado.
- Accidentes de tráfico.
- Problemas legales.
- Problemas afectivos.
- Alcohol y consumo de otras drogas

Existen diferentes instrumentos para determinar el grado de consumo de alcohol en adolescentes entre ellos: AUDIT, CAGE, CRAFFT, POSIT, en el presente estudio se utilizó el test de AUDIT.

2.4.5 AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test / Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol),

El test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test / Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol), fue desarrollado y evaluado por la Organización Mundial de la Salud por un periodo de dos décadas, publicado en 1992, es un instrumento rápido y flexible que en su evaluación original resultó en una sensibilidad del 97% y una especificidad del 78% para el consumo de riesgo y una sensibilidad del 85% y una especificidad del 85% para el consumo perjudicial cuando se utilizó el punto de corte de 8 o más. (MINSAL CHILE, 2013)

El AUDIT puede ser aplicado en el ámbito de la atención primaria, pero también en diversos ámbitos; consulta médica, servicio de urgencias,

hospital psiquiátrico, tribunales, comisarias, ejercito, centros de trabajo, programas de intervención laboral. (Babor H.-B. S., 2001)

Consta de 10 preguntas que valora 3 dominios consumo reciente, síntomas de dependencia y problemas relacionados con el alcohol.

Cuadro 1. Dominios e ítems del AUDIT

Dominios	Número de la pregunta	Contenido del ítem
Consumo de riesgo de alcohol	1	Frecuencia de consumo
	2	Cantidad típica
	3	Frecuencia del consumo elevado
Síntomas de dependencia	4	Pérdida de control sobre el consumo
	5	Aumento de la relevancia del consumo
	6	Consumo matutino
Consumo perjudicial de alcohol	7	Sentimiento de culpa tras el consumo
	8	Lagunas de memoria
	9	Lesiones relacionadas con el alcohol
	10	Otros se preocupan por el consumo

Tomado de: Babor, Higgins-Biddle. (2001).AUDIT Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol Pautas para su utilización en Atención Primaria. OMS

En cuanto a su administración puede ser de dos formas de manera verbal o de auto-pase, se debe explicar al paciente porque se está realizando este cuestionario y dar la información necesaria para que responda de manera adecuada. (MINSAL CHILE, 2013)

En el AUDIT, cada una de las preguntas tiene una serie de respuestas a elegir y cada respuesta tiene una escala de puntuación de 0 a 4. En el

formato de entrevista, el entrevistador anota la puntuación correspondiente a la respuesta del paciente (el número dentro de los paréntesis) dentro del cuadro que se encuentra al lado de cada pregunta. En el cuestionario en formato de auto-pase será el evaluador quien traslade el número de la respuesta marcada por el paciente a la columna de la derecha. Todas las puntuaciones de las respuestas deben entonces ser sumadas y anotarse en el cuadro denominado Total. (Babor H.-B. S., 2001)

Cuadro 2. Nivel de riesgo AUDIT

Nivel de Riesgo	Puntuación de AUDIT	Intervención
Zona I	0 -- 7	Educación sobre el alcohol
Zona II	8 --15	Consejo simple
Zona III	16 -- 19	Consejo simple más terapia breve y monitorización continuada
Zona IV	20 -- 40	Derivación al especialista para una evaluación diagnóstica y tratamiento

Tomado de: Babor, Higgins-Biddle. (2001).AUDIT Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol Pautas para su utilización en Atención Primaria. OMS

2.5 Actividad física

Según la Organización Mundial de la Salud, OMS se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía.

La inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo), es la

causa principal de aproximadamente un 21%-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica. (OMS, Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud, 2010)

La OMS recomienda que la población comprendida entre los 5 y 17 años deben realizar actividad física al menos 60 minutos diarios, mayoritariamente aeróbica, de intensidad moderada o vigorosa y un mínimo de tres veces por semana actividad anaeróbica que fortalezca el al aparato musculo esquelético (Escalante, 2011).

La prevalencia de conductas saludables o perjudiciales depende en gran medida de las rutinas adoptadas en la adolescencia, época de cambios individuales y sociales, es muy posible que un adolescente físicamente activo y con invariables hábitos saludables conserve esta línea positiva alcanzada su madurez, al igual que es muy probable que uno sedentario o con un estilo de vida poco saludable lo mantenga durante años. (Escalante, 2011)

La actividad física en la adolescencia ha sido vista como una opción recomendable para reducir la probabilidad de consumir sustancias tóxicas debido a que: facilita lugares de encuentro, ayuda en las relaciones entre iguales, proporciona un entorno apropiado para establecer hábitos de vida saludable y es un medio para promocionar la salud, pero también ha sido

descrita como una actividad que favorece la práctica de actividades insanas, asociando a los deportes colectivos con el abuso de alcohol o tabaco. (Ruiz-Risueño R.-J. Z., 2012)

Las características de la modalidad deportiva podrían ser un elemento relacionado con el consumo, en función de que sea grupal o individual, encontrando que la motivación extrínseca para la práctica de ejercicio (hacer amigos, sentirse miembro de un grupo u otras), se asocia con mayor prevalencia de conductas nocivas que la intrínseca (la inherente a la práctica deportiva), especialmente entre los deportistas de equipo (Ruiz-Juan F. y.-R., 2010)

Otros autores argumentan que los efectos beneficiosos del ejercicio físico-deportivo no son producto del ejercicio en sí mismo, sino que vienen motivados por el seguimiento de hábitos más saludables por parte de las personas que lo practican (no ingerir bebidas alcohólicas, no fumar, seguir unos hábitos alimenticios correctos que impidan el sobrepeso), algunos estudios concluyen que es el consumo de alcohol el que puede mermar la motivación más positiva hacia la práctica de actividad física, o bien esa motivación positiva pueda reducir el consumo de alcohol (Ruiz-Risueño, 2014).

2.5.1 PAQ-A (Physical Activity Questionnaire for Adolescent / Cuestionario de Actividad Física para Adolescentes)

El cuestionario PAQ-A (Physical Activity Questionnaire for Adolescent / Cuestionario de Actividad Física para Adolescentes) es uno de los más utilizados para valorar la actividad física en adolescente, y mide la actividad realizada en los últimos 7 días. (Janz, 2009)

El PAQ-A fue diseñado para un estudio en la Universidad de Saskatchewan (Canadá), está formado por 9 preguntas que valora distintos aspectos de la actividad física, mediante una escala tipo Likert de 5 puntos, se utilizan únicamente 8 preguntas para calcular la puntuación final. (Janz, 2009)

Este cuestionario valora la actividad física que el adolescente realizó en los últimos 7 días durante su tiempo libre, durante las clases de educación física, así como en diferentes horarios durante los días de clase (comida, tardes y noches) y durante el fin de semana. Las dos últimas preguntas del cuestionario valoran qué nivel de actividad física de cinco ítems propuestos describe mejor la actividad física realizada durante la semana, y con qué frecuencia hizo actividad física cada día de la semana. La puntuación final se obtiene mediante la media aritmética de las puntuaciones obtenidas en estas 8 preguntas. La pregunta 9 permite conocer si el adolescente estuvo enfermo o existió alguna circunstancia que le impidió realizar actividad física esa semana. Este cuestionario puede ser administrado durante una clase escolar y se completa durante aproximadamente 10 a 15 minutos (Martínez-Gómez, 2010).

CAPITULO III. METODOS

3.1 Pregunta de investigación:

¿ Es el consumo de alcohol un problema entre los adolescentes escolarizados de la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión del barrio Comité del Pueblo y están asociadas: la funcionalidad familiar, su estructura y la práctica de actividad física con el consumo de alcohol en esta etapa de la vida ?.

3.2 Línea de investigación en la que se circunscribió el proyecto

La línea de investigación del presente trabajo se enmarcó dentro de la sociedad, la comunidad y la familia puesto que describe factores como funcionalidad familiar, actividad física y su relación con el consumo de alcohol en los adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión del barrio Comité del Pueblo.

3.3 Objetivos

3.3.1 Objetivo general

Establecer la relación entre la funcionalidad familiar, su estructura y/o la actividad física, frente al consumo de alcohol en adolescentes escolarizados de 12 a 19 años de la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión del barrio Comité del Pueblo.

3.3.2 Objetivos específicos

- Establecer el grado de funcionalidad familiar en los adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión del barrio Comité del Pueblo a través del instrumento FACES III.
- Identificar la estructura familiar de los hogares de los adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión del barrio Comité del Pueblo, a través de una encuesta diseñada para el efecto.
- Identificar el tipo e intensidad de actividades físicas en los adolescentes escolarizados de la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión del barrio Comité del Pueblo medido a través del instrumento PAQ-A.
- Identificar la frecuencia y el nivel de consumo de alcohol en los adolescentes escolarizados de la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión del barrio Comité del Pueblo a través del instrumento AUDIT.
- Establecer la relación entre la estructura y el grado de funcionalidad familiar con el nivel de riesgo de consumo de alcohol entre los adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión del barrio Comité del Pueblo.

3.4 Hipótesis

- El grupo de adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión del barrio Comité del Pueblo con mejor estructura y nivel adecuado de funcionalidad familiar, tendrá un menor consumo de bebidas alcohólicas, que aquellos adolescentes que no tienen estas condiciones en su núcleo familiar

- Los adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión del barrio Comité del Pueblo que practican con frecuencia actividad física, tendrán menor consumo de bebidas alcohólicas que aquellos que no las practican.

3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
DE CONTROL	Características genotípicas y fenotípicas del adolescente		Sexo	1. Masculino
SEXO				2. Femenino
EDAD	Años de vida cumplidos desde el nacimiento al momento de la encuesta	1.1.1	Años cumplidos	
DEPENDIENTE	Frecuencia y cantidad de consumo de bebidas que contienen alcohol	Consumo de alcohol	TEST AUDIT (Ver Anexo 2)	1 ZONA I: RIESGO BAJO PUNTAJE 0-7
CONSUMO DE ALCOHOL				2 ZONA II: CONSUMO DE RIESGO PUNTAJE 8-15 3 ZONA III: CONSUMO PERJUDICIAL PUNTAJE 16-19 4 ZONA IV: DEPENDENCIA PUNTAJE >20
INDEPENDIENTE	Capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las		FACES III (Ver Anexo 1)	1 Caótica desligada

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.			<ul style="list-style-type: none"> 2 Caótica separada 3 Caótica relacionada 4 Caótica aglutinada 5 Flexible desligada 6 Flexible separada 7 Flexible relacionada 8 Flexible aglutinada 9 Estructurada desligada 10 Estructurada separada 11 Estructurada relacionada 12 Estructurada aglutinada 13 Rígida desligada 14 Rígida separada 15 Rígida relacionada 16 Rígida aglutinada
ACTIVIDAD FÍSICA	Cualquier movimiento del cuerpo producido por el sistema músculo-esquelético del que resulta un gasto energético.	1.1.2	PAQ-A (Ver Anexo 3)	<ul style="list-style-type: none"> 1 Nula: 0,1 – 1 2 Poca: 1,1 a 2 3 Normal 2,1 a 3 4 Bastante 3,1 a 4 5 Mucha (intensa) 4,1 a 5
ESTRUCTURA FAMILIAR	Es el conjunto de demandas funcionales que indica a los miembros como deben funcionar.	Estructura	Anexo 1	<ul style="list-style-type: none"> 1. Nuclear biparental 2. Uniparental 3. Biparental ampliada 4. Uniparental ampliada 5. Biparental extendida 6. Uniparental extendida 7. Otro

3.6 Diseño del estudio:

El presente estudio corresponde a un diseño observacional analítico de asociación.

3.7 Población y Muestra:

El estudio se realizó en la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión del Comité del Pueblo de la Ciudad de Quito para lo cual se consideró como universo de estudio 776 alumnos entre 12 y 19 años de edad de ambos sexos.

3.7.1 Cálculo muestral

Para el cálculo de la muestra se utilizó un diseño simple, con las siguientes restricciones muestrales:

N=776 estudiantes

Prevalencia (p)= 50%, utilizada cuando no se cuenta con una prevalencia en la población de estudio.

q= 50%

Z= 1, 96

Nivel de Confianza = 95%

Error estándar = 5% (máximo permitido)

n = 280 estudiantes

Para el cálculo de la muestra se utilizó en paquete estadístico EPI DAT versión 3.1 del 2017 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Xunta de Galicia. Software de distribución gratuita.

Para la selección de la muestra de los 280 estudiantes se obtuvo una lista de los 776 alumnos matriculado Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión proporcionada por el Inspector General del establecimiento. Luego se generó una lista de 280 números aleatorios para extraer la muestra de la lista total de alumnos.

3.7.2 Criterios de inclusión de las unidades de estudio

- Edad entre 12 años y 18 años, 11 meses 29 días al momento de la encuesta.

- Estudiantes que se encuentra matriculados, que asisten regularmente a clases y que aceptan participar en el estudio.

3.7.3 Criterios de exclusión

- Alumnos que no aceptaron participar del estudio o que no firmaron o autorizaron el documento de consentimiento informado.

3.8 Prueba piloto

Para familiarizarse con el manejo de los instrumentos utilizados en el estudio y validar la encuesta diseñada por los autores sobre estructura familiar se realizó una prueba piloto en el colegio Francesco Riccati del Comité del Pueblo previa autorización del Rector.

Se escogió la muestra en base a muestreo aleatorio a 40 alumnos de 12 a 19 años, matriculados en el presente año escolar (2016-2017), en los que se realizó una explicación de la mecánica de la encuesta entregada.

Se analizaron los resultados en todos los ámbitos, tomando en cuenta las dudas más frecuentes de los adolescentes al desarrollar las encuestas, que fueron resueltas por los investigadores esto permitió tomar los correctivos antes de realizar las encuestas en la Unidad Educativa objetivo del presente estudio.

3.9 Procedimientos de recolección de la información

Para realizar la investigación en la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión, en primer lugar se obtuvo la autorización de la Sra. Rectora.

La muestra seleccionada se obtuvo de la lista total de alumnos matriculados desde octavo de educación básica hasta tercero de bachillerato general unificado.

A los participantes seleccionados se entregó el correspondiente consentimiento informado para su autorización y la de sus padres. Una vez obtenido el consentimiento informado solicitado se conformaron grupos por cada curso, se entregó en primer lugar el Test FACES III y de estructura familiar a cada estudiante y luego la explicación para su llenado. Cuando el estudiante tenía dudas los autores solventaban sus inquietudes. De igual manera se procedió con el test de AUDIT y PAQ-A que fueron llenados en forma de auto-pase, durante el horario habitual de asistencia a la Unidad Educativa.

Los tres instrumentos mencionados y que se utilizaron en el estudio han sido validados en investigaciones internacionales de forma amplia. (Babor H.-B. S., 2001). Para el test AUDIT de consumo de alcohol se excluyeron a los adolescentes de 12 a 14 años de edad pues este instrumento ha sido validado a partir de los 15 años, a pesar de que la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud Pública del Ecuador lo recomiendan para su aplicación en el grupo de adolescentes.

3.10 Métodos y técnicas.

Se aplicaron tres instrumentos previamente validados y que se utilizan internacionalmente para establecer las características de las variables que se estudiaron en la presente investigación, además se incluye una encuesta para determinar la estructura familiar.

3.10.1 Test AUDIT (alcohol use disorders identification test - test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol).

Es un cuestionario desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Babor H.-B. S., 2001), como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve.

Valora tres dominios: consumo de riesgo, síntomas de dependencia y consumo perjudicial de alcohol, a través de 10 preguntas que tiene dos tipos de administración oral y auto-aplicación.

Una vez aplicado se suma el resultado de cada respuesta, y se obtiene el puntaje correspondiente; 0 puntos como mínimo y 40 puntos como máximo para luego ubicarlo en la escala de valoración que corresponde:.

Clasificándolo como:

ZONA I, 0 A 7 puntos, (riesgo bajo)

ZONA II: 8 A 15 puntos, (consumo de riesgo)

ZONA III: 16 a 19 puntos, (consumo perjudicial)

ZONA IV: mayor a 20 puntos (dependencia). (EAPap, 2009), (Babor T. F.)(Anexo2)

3.10.2 Ttest FACES III (the family adaptability and cohesion evaluation scale - escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar).

Desarrollado por Olson, Portner, y Lavee, es una de las escalas utilizadas para evaluar dos de las dimensiones del Modelo Circumplejo de Sistemas Familiares y Maritales: la cohesión y la flexibilidad o adaptabilidad familiar.

Se encuentra constituida por 20 ítems, destinados a valorar el nivel de cohesión (10 ítems impares) y adaptabilidad (10 ítems pares) de la familia de acuerdo a la percepción del sujeto en ese momento. (Vanina Schmidt, 2009).

La escala se encuentra estructurada con dos ítems para cada uno de los cinco conceptos relativos a la dimensión de cohesión:

- Vinculación personal (11 y 19),
- Apoyo (1 y 17),
- Límites familiares (5 y 7),
- Tiempo y amigos (9 y 3),
- Intereses y recreación (13 y 15).

Dos ítems para cada una de las variables de la dimensión de adaptabilidad:

- Liderazgo (6 y 18),
- Control (12 y 2),
- Disciplina (4 y 10).

Cuatro ítems vinculados a la combinación de roles y reglas. (8,14,6,20).

(Ponce E, 2010) (Anexo1)

Para obtener el puntaje del test se deben sumar los ítems impares que dará el resultado de cohesión y sumar los ítems pares que dará el resultado de adaptabilidad; los valores de cada ítem están determinados por la respuesta seleccionada por el encuestado, valores que podrán ir de uno si escogió la opción casi nunca a cinco si escogió la opción casi siempre.

Una vez obtenidos los puntajes de las dos dimensiones, se ubica el resultado en uno de los niveles correspondientes a cada dimensión.

3.10.2.1 Interpretación de puntaje FACES III

Cohesión	Amplitud de clase	Adaptabilidad	Amplitud de clase
No relacionada /Separada	10 - 34	Rígida	10 - 19
Semirelacionada	35-40	Estructurada	20-24
Relacionada	41-45	Flexible	25-28
Aglutinada	46-50	Caótica	29-50

Obtenido el nivel de cohesión y adaptabilidad, se puede ubicar estos valores en el diagrama del Modelo Circumplejo de Olson, en el lugar correspondiente a cada dimensión realizando una intersección entre ambos puntajes obteniendo uno de los 16 tipos de familia posibles que se conforman de la combinación de las dos dimensiones.

Finalmente se puede clasificar el funcionamiento familiar en tres grandes grupos, los cuatro grupos centrales de color amarillo corresponde a familias *balanceadas* que se consideran funcionales, los ocho tipos de color gris se consideran como *rango medio* que están próximas a la funcionalidad o la disfuncionalidad, los grupos ubicados en los extremos de color azul reflejan el funcionamiento máximo y mínimo de cada dimensión siendo los tipos de familia más disfuncionales.

3.10.3 Test PAQ-A (physical activity questionnaire for adolescents – cuestionario de actividad física para adolescentes.

Fue diseñado para valorar la actividad física de los adolescentes desarrollado por Kowalski, (Janz, 2009) está formado por 9 preguntas que miden distintos aspectos de la actividad física realizada por el adolescente mediante una escala de Likert de cinco puntos; si bien sólo se utilizan ocho preguntas para calcular la puntuación final.

Este cuestionario valora la actividad física que el adolescente realizó en los últimos 7 días durante su tiempo libre, durante las clases de educación física, así como en diferentes horarios durante los días de clase (comida, tardes y noches) y durante el fin de semana.

Las dos últimas preguntas del cuestionario, valoran qué nivel de actividad física realiza de 5 opciones durante la semana y con qué frecuencia hizo actividad física cada día de la semana.

La puntuación final se obtiene mediante la media aritmética de las puntuaciones obtenidas en estas 8 preguntas.

La pregunta 9 permite conocer si el adolescente estuvo enfermo o existió alguna circunstancia que le impidió realizar actividad física esa semana. Este cuestionario puede ser administrado durante una clase escolar y se completa en aproximadamente 10-15 minutos. (Martinez D, 2009)

3.10.4 Encuesta de estructura familiar.

Realizado por los investigadores, del estudio como complemento de la información obtenida con los test aplicados (Anexo 1).

3.11 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.

Se utilizó la información recolectada en cada uno de los cuestionarios (AUDIT, FACES III, PAQ-A y estructura familiar) aplicados a los participantes.

Para el procesamiento y análisis de los datos se elaboró una base en el programa de Excel de Microsoft Office 2013 y luego de realizar un control de calidad de llenado de los instrumentos aplicados al grupo de escolares se procedió a digitar en la base de datos de Excel. Cada uno de los instrumentos fueron procesado de acuerdo al método explicados por los investigadores y ubicando los resultados según las escalas utilizadas, en la zona correspondiente.

Para el análisis de los datos se procedió en primer lugar a tabular las variables de caracterización de la muestra (edad, sexo y nivel de educación),

de estos datos se obtuvieron frecuencias simples expresadas en porcentajes.

Para cada uno de los instrumentos utilizados en el estudio se obtuvieron frecuencias simples con sus respectivos porcentajes de cada una de las categorías contempladas en estos cuatro instrumentos.

Para el análisis bivariado de asociación entre la variable dependiente (consumo de alcohol) y las variables independientes (estructura, funcionalidad familiar y actividad física), se utilizó la prueba estadística de chi cuadrado de Pearson y la prueba de significación estadística ($p < 0,05$).

Los datos fueron procesados en el paquete estadístico Epi Info 7 del Centro de **Control y Prevención** de Enfermedades (CDC) de Atlanta y OPS.

3.12 Aspectos bioéticos

Los comités de ética para la investigación, se forman por la necesidad de establecer límites a la incontenible y ávida curiosidad de la mente humana, que no piensa en el daño que podría provocar a los sujetos de experimentación, por este motivo son sus funciones precautelar, monitorear, e identificar comportamientos acciones u omisiones que podrían afectar la integridad de los seres humanos. (UIDE, 2014).

Se han establecido bases éticas para dirigir el actuar científico, en las cuales se considera al hombre como el fin y no el medio de las investigaciones, dándole dignidad y no precio (Rodríguez, 2006)

El presente estudio no implicó procedimientos experimentales o invasivos que puedan atentar contra la integridad física o emocional de los participantes. Los participantes seleccionados para el estudio intervinieron de forma voluntaria a través de la firma de un consentimiento y asentimiento informados (ANEXOS 7, 8) previa la autorización de la Sra. Rectora del establecimiento para realizar la investigación (ANEXO 5, 6).

CAPITULO IV. RESULTADOS

4.1 Lugar de estudio

El estudio fue realizado en la Unidad Educativa fiscal Dr. Benjamín Carrión ubicado al nororiente de la ciudad de Quito, en la parroquia Comité del Pueblo, en el barrio del mismo nombre, perteneciente a la zona de influencia del Centro de Salud del Comité del Pueblo, que es parte del Distrito de Salud 17D03.

Se escogió esta Unidad Educativa por considerarla la más numerosa y representativa del sector.

4.2 Caracterización de la muestra

La muestra del estudio comprendió a 280 adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión ubicado al norte de la ciudad de Quito, en la Parroquia Comité del Pueblo en el barrio Comité del Pueblo, matriculados en el año lectivo 2016-2017, desde octavo de Educación Básica hasta tercero de Bachillerato comprendidos entre los 12 y 19 años de edad, con un promedio de edad de 15,2 años y una DE $\pm 1,69$.

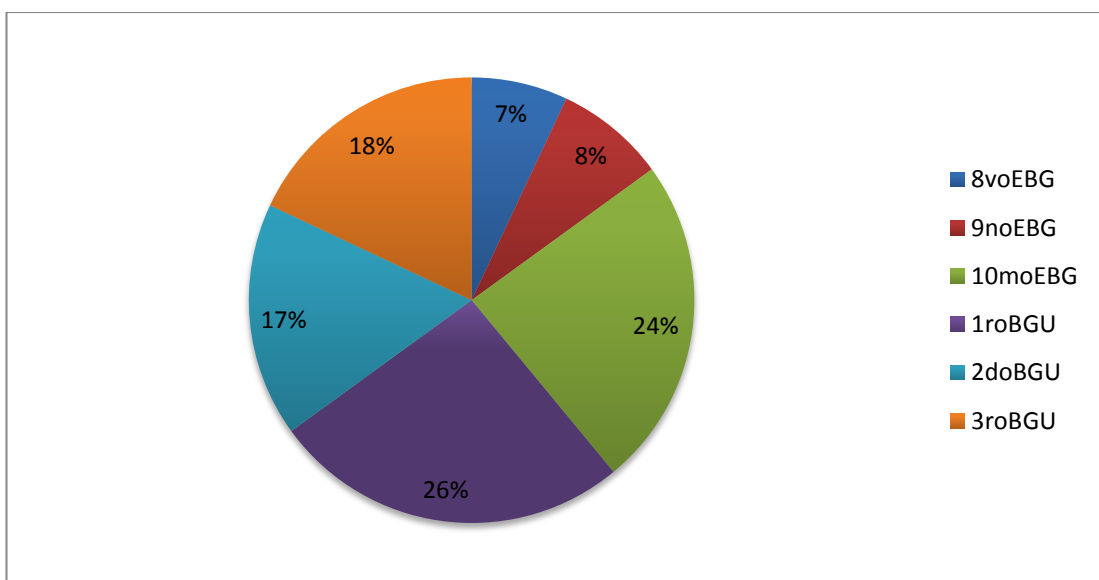
En la tabla 1 se presenta la distribución de los estudiantes por grupo de edad y sexo, siendo el grupo más numeroso el de varones entre 15 y 17 años de edad 60,49% ($n=98$).

Tabla 1. Distribución de la muestra por edad y sexo de los estudiantes por niveles de educación de la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión del Comité del Pueblo, Quito, agosto-noviembre del 2016

Edad	Mujeres		Hombres	
	n	%	n	%
12 - 14	44	37,29	49	30,25
15 -17	64	54,24	98	60,49
> 18	10	8,37	15	9,27
Total	118	100	162	100

En el gráfico 1 se muestra la distribución de los estudiantes según el nivel de escolaridad, siendo el primer año de bachillerato el más frecuente, con el 26% del total de la muestra ($n=74$), seguido por los de décimo de educación básica con un porcentaje muy cercano del 24% ($n=65$).

Gráfico 1. Distribución de los estudiantes por niveles de educación de la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión del Comité del Pueblo, Quito, agosto-noviembre del 2016



4.3 Resultados según objetivos del estudio.

4.3.1 Estructura familiar

Según el objetivo uno establecido en el estudio, la estructura familiar de los hogares de los adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión se ubicaron en el 50,36% ($n=141$) de los casos como familias biparentales, mientras que las familias biparental ampliada, uniparental ampliada y biparental extendida obtuvieron un porcentaje menor al 10% (tabla 2).

Tabla 2. Tipo de familia por estructura en los estudiantes la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión del Comité del Pueblo, Quito, agosto-noviembre del 2016

Tipo de familia	<i>n</i>	%
Nuclear biparental	141	50,36
Uniparental	78	27,86
Biparental ampliada	17	6,07
Uniparental ampliada	19	6,79
Biparental extendida	10	3,57
Otros	15	5,36
TOTAL	280	100

4.3.2 Funcionalidad familiar

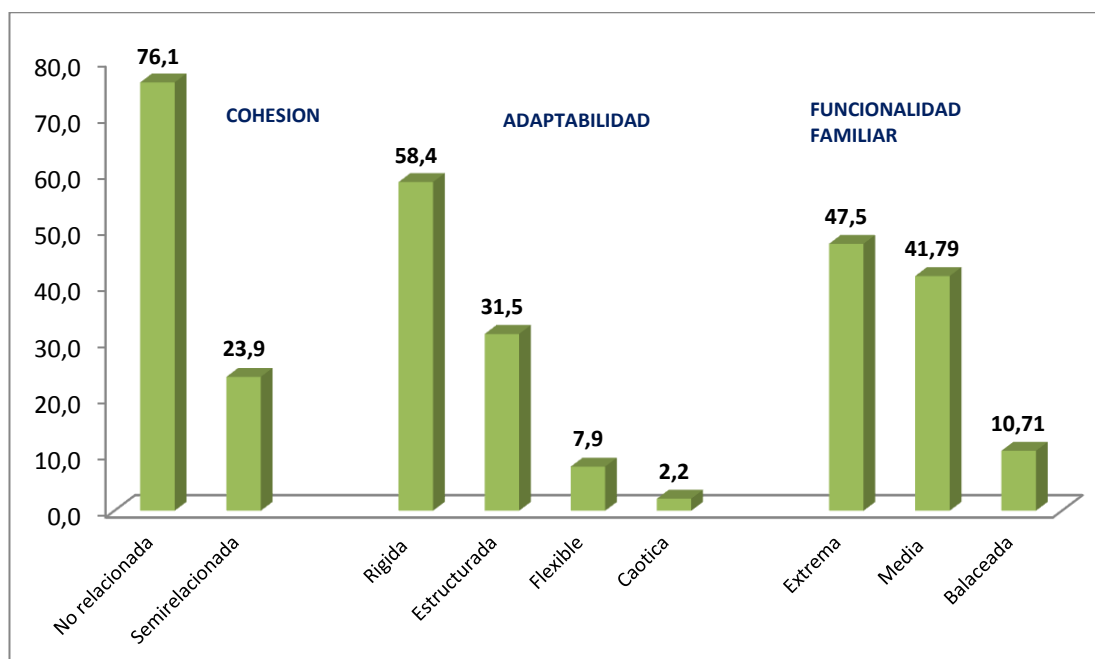
Los resultados del estudio establecieron, el grado de funcionalidad familiar en los adolescentes encuestados con el instrumento FACES III, se presentan en el siguiente gráfico y tabla:

En el gráfico 2, de acuerdo a la percepción de los estudiantes, la distribución obtenida de la dimensión cohesión familiar, es del 76,1% ($n=213$) perteneciendo a una familia no relacionada.

Según la distribución obtenida de la dimensión cohesión familiar, es la percepción de los estudiantes que el 76,1% ($n=213$) pertenecen a una familia no relacionada.

Con los datos de las dimensiones adaptabilidad y cohesión que son la base para determinar el grupo de funcionalidad familiar, se obtiene que el 47,5% ($n=133$) corresponde a familias con disfuncionalidad extrema, y el 41,79% ($n=117$) a familias con disfuncionalidad media.

Gráfico 2. Porcentaje de cohesión, adaptabilidad y funcionalidad familiar según el FACES III, en adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión del Comité del Pueblo, Quito, agosto-noviembre del 2016



En la tabla 3 en relación al tipo de funcionalidad familiar se determinó de acuerdo a la percepción de los estudiantes que existe el 47,1 % ($n=132$) de familias rígidas desligadas, seguidas del 23,6% ($n=66$) de familias estructuradas desligadas.

Tabla 3. *Distribución de funcionalidad familiar según FACES III en adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión del Comité del Pueblo, Quito, agosto-noviembre del 2016*

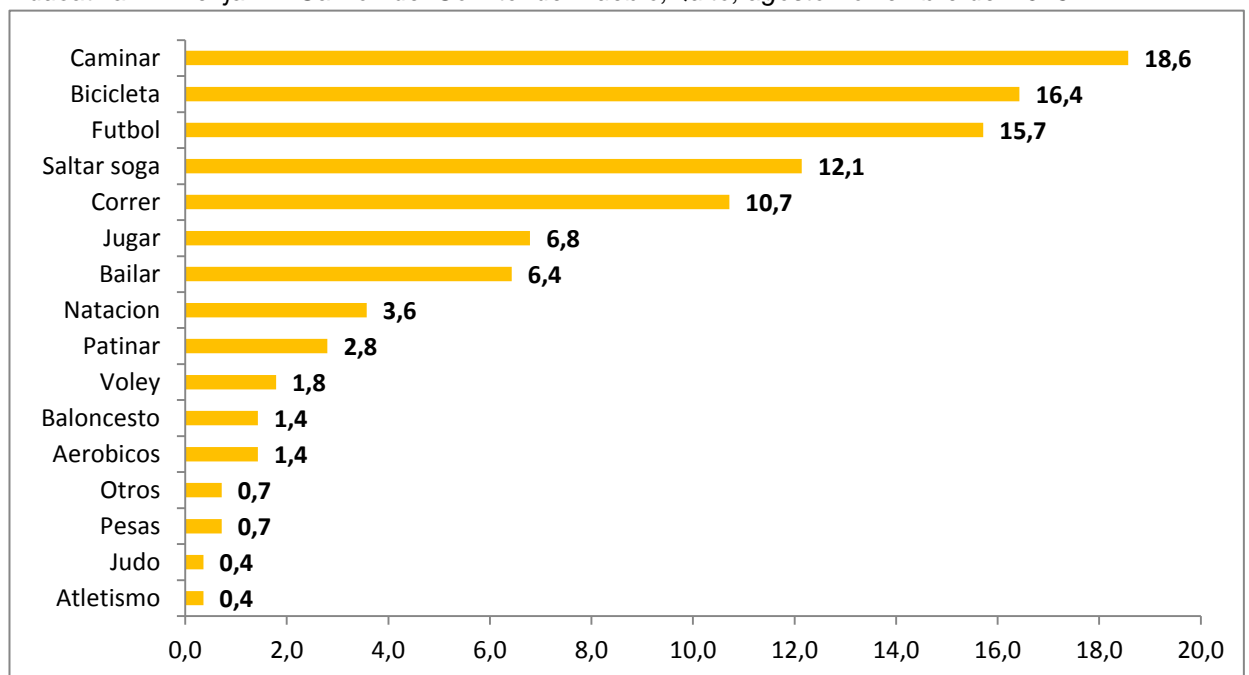
Tipo de familia	<i>n</i>	%
CAOTICA DESLIGADA	1	0,4
CAOTICA SEPARADA	5	1,8
ESTRUCTURADA SEPARADA	23	8,2
ESTRUCTURADA DESLIGADA	66	23,6
FLEXIBLE DESLIGADA	14	5,0
FLEXIBLE SEPARADA	7	2,5
RIGIDA DESLIGADA	132	47,1
RIGIDA SEPARADA	32	11,4
TOTAL	280	100

4.3.3 Actividad física

Además, en el estudio se planteó como objetivo, identificar el tipo e intensidad de la actividad física que realizan los adolescentes del Colegio Benjamín Carrión, utilizando para ello el instrumento denominado PAQ-A.

En el gráfico 3, se observa que la actividad física más frecuente que realizan los estudiantes, es caminar 18,6% ($n=52$) seguida de ciclismo 16,5% ($n=46$) y fútbol con el 15,7% ($n=44$).

Gráfico 3. Actividad física más frecuente realizada por los estudiantes de la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión del Comité del Pueblo, Quito, agosto-noviembre del 2016



En la determinación del nivel de actividad física realizada por los hombres y las mujeres, el 46,3% ($n=75$) de los estudiantes varones ejecutaron ejercicios de mayor intensidad a diferencia de las mujeres, que más bien realizan ejercicio de poca intensidad, en un 48,31% ($n=57$) de ellas.

Tabla 4. Nivel de actividad física por sexo en adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión del Comité del Pueblo, Quito, agosto-noviembre del 2016

Nivel de actividad física	Hombres		Mujeres	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Nula				
Poca	15	9,26	18	15,25
Normal	54	33,33	57	48,31
Bastante	75	46,3	36	30,51
Mucha (Intensa)	18	11,11	7	5,93
TOTAL	162	100	118	100

En la determinación por grupos de edad, son los estudiantes de 12 a 14 años de edad los que realizan actividad física de mayor intensidad en el 49,46%.

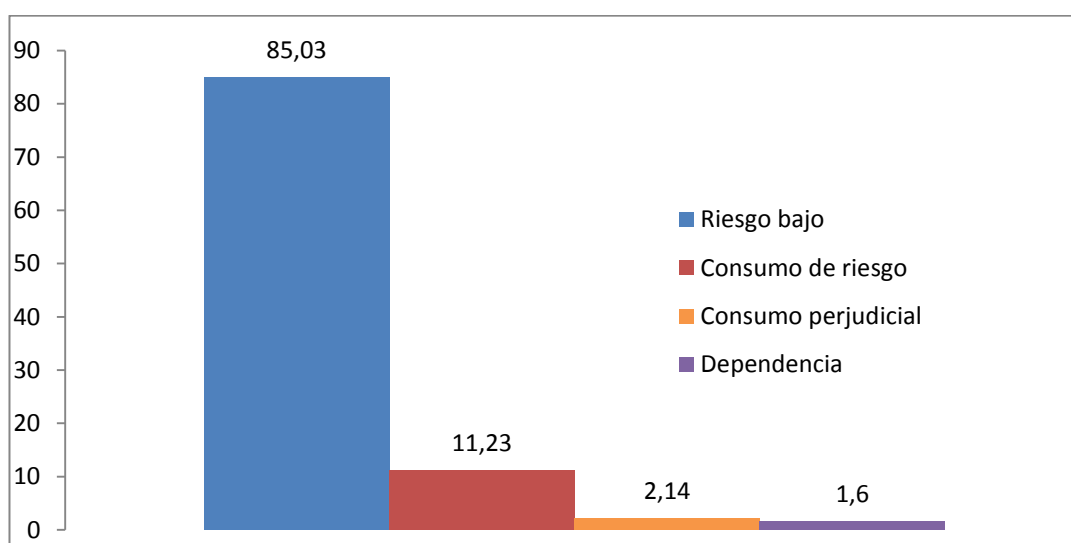
Tabla 5. Nivel de actividad física por edad en adolescentes de la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión del Comité del Pueblo, Quito, agosto-noviembre del 2016

Nivel de actividad física	12 -- 14		15-- 17		> 18	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Nula						
Poca	2	2,15	27	16,67	4	16
Normal	32	34,41	70	43,21	9	36
Bastante	46	49,46	53	32,72	12	48
Mucha	13	13,98	12	7,41	0	0
TOTAL	93	100	162	100	25	100

4.3.4 Consumo de alcohol por los adolescentes entre 15 y 19 años de edad.

Para cumplir con otro de los objetivos del estudio, se estimó la frecuencia e intensidad del consumo de alcohol por parte de los adolescentes del estudio; para ello se utilizó el instrumento AUDIT, los resultados indican que el consumo de alcohol, el 85,03% ($n=159$) de los adolescentes entre 15 y 19 años de edad, se ubica en un bajo riesgo de consumo (Gráfico 4).

Gráfico 4. Distribución del riesgo de consumo de alcohol, en adolescentes de 15 a 19 años de la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión del Comité del Pueblo, Quito, agosto-noviembre del 2016



El consumo de alcohol entre hombres y mujeres tuvo una frecuencia muy similar 89,19% ($n=95$) y 88,98% ($n=64$) respectivamente, porcentajes que ubican este consumo en un BAJO RIESGO

Tabla 6. Riesgo de consumo de alcohol por sexo en adolescentes de 15 a 19 años, de la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión del Comité del Pueblo, Quito, agosto-noviembre del 2016

Riesgo	Hombres		Mujeres	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Bajo	95	84,07	64	86,49
Consumo de riesgo	15	13,27	6	8,11
Consumo perjudicial	3	2,65	1	1,35
Dependencia	0	1	3	4,05
Total	113	100	74	100

Analizando el consumo de alcohol por grupo de edad, se observó que los estudiantes entre 15 a 17 años 85,5% (n=139), fueron los que más consumen, aunque en un nivel que no llega a ser de riesgo.

Tabla 7. Riesgo de consumo de alcohol por edad en adolescentes de 15 a 19 años, de la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión del Comité del Pueblo, Quito, agosto-noviembre del 2016

Riesgo	15-17		> 18	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Bajo	139	85,8	20	80
Consumo de riesgo	17	10,49	4	16
Consumo perjudicial	3	1,85	13	4
Dependencia	3	1,85	0	0
Total	162	100	25	100

4.3.5 Prueba de Asociación entre las variables del estudio.

Para finalizar se realizó el respectivo análisis bivariado entre cada una de las variables independientes: estructura familiar, funcionalidad familiar, actividad física y la variable dependiente: consumo de riesgo de alcohol; los resultados indicaron que los adolescentes de las familias biparentales que correspondieron al 84,03% (n=93) tuvieron un mayor consumo de alcohol, pero en un nivel de bajo riesgo. Según la prueba del Chi cuadrado (0,86) y de significación estadística ($p < 0,35$), no se estableció asociación entre estas variables (ver tabla 8).

Tabla 8. *Relación entre estructura familiar y riesgo de abuso de consumo de alcohol en adolescentes de 15 a 19 años, de la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión del Comité del Pueblo, Quito, agosto-noviembre del 2016*

Estructura familiar	Sin Riesgo		Consumo de riesgo	
	n	%	n	%
Biparental	93	84,03	19	16,96
Uniparental	66	88	9	12
Total	159		28	

Chi cuadrado 0,86 p=0,35

De igual manera al analizar la relación entre la funcionalidad familiar y consumo de riesgo de alcohol en los adolescentes entre 15 a 17 años, no se encontró asociación entre estas variables, según la prueba de obtenida de Chi cuadrado (1,45) y su prueba de significación estadística ($p = 0,22$) (Tabla 9)

Tabla 9. *Relación entre funcionalidad familiar y riesgo de abuso de consumo de alcohol en adolescentes de 15 a 19 años, de la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión del Comité del Pueblo, Quito, agosto-noviembre del 2016*

Funcionalidad familiar	Sin Riesgo		Consumo de riesgo	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Funcional	16	10,06	5	17,86
Disfuncional	143	89,94	23	82,14
Total	159	100	28	100

Chi cuadrado 1,45 p=0,22

Por último se analizó, la variable de actividad física con el consumo de riesgo de alcohol, tampoco se encontró una relación entre estas variables, pues el chi cuadrado fue de 0,81 y el valr de $p=0,36$ (tabla 10).

Tabla 10. *Relación entre actividad física y riesgo de abuso de consumo de alcohol en adolescentes de 15 a 19 años, de la Unidad Educativa Dr. Benjamín Carrión del Comité del Pueblo, Quito, agosto-noviembre del 2016*

Actividad física	Sin Riesgo		Consumo de riesgo	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Frecuente	28	17,61	3	10,71
Muy frecuente	131	82,39	25	89,29
Total	159	100	28	100

Chi cuadrado 0,81 p=0,36

CAPITULO V. DISCUSION

El entorno familiar y la relación entre sus miembros es un factor determinante en el desarrollo de la personalidad, la autoestima y la conexión afectiva al interior de la familia; pues ésta es la estructura social primaria, de carácter protector y en donde se desarrolla los aspectos psicosociales que influirán en la vida de un individuo (Gutiérrez, 2007)

En ese contexto y para este trabajo se consideró importante conocer cómo estaba estructurada la familia y la percepción que se tiene sobre la dinámica familiar en los hogares del grupo de adolescentes participantes y la influencia que estas características familiares pudieran tener, a la hora de explicar el desarrollo de conductas de riesgo para el consumo de alcohol en este grupo de jóvenes, pertenecientes a un establecimiento educativo público del área de influencia del Centro de salud del Comité del Pueblo.

Con respecto a la estructura familiar, existen estudios en donde se ha demostrado la asociación de ésta, con las conductas de riesgo desarrolladas por los adolescentes frente al consumo de alcohol, como los realizados en España en el 2007, en donde se observó que la familia tradicional nuclear, parece ser la mejor preparada para enfrentar los cambios y realizar adaptaciones correctas que previenen en los adolescentes, el consumo de sustancia tóxicas. (Perez, Perez, & Luz, 2007). Consumo que también ha sido asociado a la dinámica familiar que determinan conductas de riesgo de

salud, como el consumo de alcohol, tabaco, drogas, enfermedades psiquiátricas, entre otras (Jaime, Perez, & Rodriguez, Acta Medica del Centro , 2014). (Perez, Perez, & Luz, 2007), por el contrario, un buen funcionamiento familiar, posibilita la adaptación del adolescente a los cambios corporales, psicológicos y sociales propios de su edad (Perez, Perez, & Luz, 2007).

Al respecto de lo anterior, existen diferencias en los resultados de este estudio, donde se identificó que la mayor parte de las familias de los adolescentes, fueron “estructuradas biparentales” y si bien estos jóvenes manifestaron consumir alcohol, este consumo no alcanzó niveles de abuso o de riesgo, pues como ya se indicó una familia estructurada brinda mayor garantía de un adecuado desarrollo al individuo (Villarreal-González, Sánchez-Sosa, Musitu, & Varela, 2010). Aunque entre ellos también se identificó a un porcentaje de estudiantes (12%), que manifestaron consumir alcohol en niveles de riesgo. Estas discrepancias posiblemente no permitieron llegar a establecer una asociación significativa entre estas variables.

Por otro lado y al respecto de la dinámica familiar, considerada también en el estudio; ésta no es sencilla de evaluar, por lo que para este trabajo se utilizó el instrumento FACES III, siendo uno de los más utilizados a nivel internacional (Mendoza-Solís LA, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza-Sánchez HF, Pérez-Hernández C, 2006). Según este

modelo circuplejo FACES III de Olson (Martinez, 2010), la percepción de los adolescente participantes en el estudio, ubicaron a la mayoría de sus familias como “disfuncionales”, clasificadas en la categoría “no balanceadas”, a pesar de que con respecto a su estructura fueron “biparentales nucleadas”. La familia “rígida no relacionada”, fue la más prevalente, considerada como poco adecuada para brindar el mejor ambiente de desarrollo psicosocial de sus miembros y sobre todo en la etapa de la adolescencia (L.Hernández, Cargil, & G, 2011); situación que podría explicar el consumo de riesgo de alcohol en casos puntuales de ese 12% de adolescentes que dijeron consumirlo en niveles altos, sin que esto sea representativo de la población estudiada, pues el análisis estadístico tampoco estableció una relación entre estas variables.

Por otro lado y aunque los resultados obtenidos sobre funcionalidad familiar en este estudio, son divergentes con los resultados de investigaciones realizadas por Trujillo et al. (2016), sobre la “Percepción de la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol en adolescentes”, en el cual es 86,9% de familias fueron funcionales, contrastando con el 89,29% de familias disfuncionales del presente trabajo; el nivel del consumo de alcohol en los adolescentes fue similar, concluyendo entonces, que el consumo de alcohol no se relaciona con la funcionalidad positiva o negativa de sus familias, como se ha demostrado en otro estudio realizado sobre este tema (L.Hernández, Cargil, & G, 2011) que coinciden con los resultados de este trabajo.

Con respecto a esta falta de asociación que se había establecido en la hipótesis de estudio, no consideró que la funcionalidad familiar y el consumo de riesgo de alcohol entre los adolescentes, al parecer estaría moderada por otros factores de peso, como lo plantea una investigación realizada en España sobre “funcionamiento familiar y consumo de sustancias en adolescentes: el rol mediador de la autoestima”, explicando esta relación, por un aspecto moderador, como el *grado de autoestima* que el adolescente desarrolla en esta etapa de su vida; sobre lo cual se plantean dos aspectos relevantes: primero, que los problemas al interior de la familia no tienen relación significativa con la autoestima del adolescente y que ésta depende principalmente de la percepción de sus pares y no del entorno familiar y; segundo, que el grado de autoestima del adolescente tiene a su vez, una influencia positiva o negativa para el consumo de sustancias, calificándose de alto riesgo a los niveles extremos (poca estima - sobre estimación) (Teresa I. Jiménez², Gonzalo Musitu y Sergio Murgui 2007).

Para este trabajo, más bien se consideró una variable o factor positivo o de protección (R, M, & C, 2012), frente al consumo de riesgo de alcohol; a la actividad física desarrollada por los adolescentes. Los resultados del estudio identificaron como las actividades más frecuentes, aquellas que no requieren de una inversión económica para su práctica: caminar, saltar soga, fútbol, correr, otros adolescentes, señalaron actividades deportivas individuales como ciclismo, patinaje o natación. Al respecto, el análisis estadístico realizado, tampoco estableció una relación entre el ejercicio

físico como factor protector frente al consumo de alcohol, a diferencia de los resultados del estudio realizado por López, et al.(2016) , en el cual la actividad física deportiva está asociada a un menor consumo de alcohol, tanto en hombres como en mujeres; pero además se menciona que esta condición no se cumple, cuando se realiza una práctica deportiva colectiva; a la misma conclusión llega el estudio denominado, “Revisión sobre la situación actual del consumo de alcohol y práctica físico-deportiva” (R, M, & C, 2012), en donde se estableció que el apoyo familiar y la práctica de una actividad física, evita el consumo de alcohol pero este puede incrementarse cuando se practican actividades deportivas colectivas. Estratificación de las actividades deportivas que no fueron consideradas en este estudio.

Persistiendo las divergencias entre los resultados obtenidos y en la literatura científica revisada, sobre la relación entre estructura familiar, la dinámica familiar y las conductas de riesgo frente al consumo de alcohol en adolescentes y el no haber considerado otros factores que pudieran estar moderando esta relación, parecería explicar la falta de asociación entre estas variables; pues como lo plantea la OMS, son muchos los factores asociados al consumo de alcohol en adolescentes, como factores ambientales, económicos, culturales, agravados por el fácil acceso al mismo; por lo que no existe un factor dominante, sin embargo la unión de varios de ellos pueden determinar que se desarrollen problemas relacionados con el alcohol. (OMS, alcohol, 2015).

Por lo anterior, se podría decir que abordar el tema de consumo de alcohol entre los adolescentes, resultó más complicado de lo que se planteó en el estudio, por lo que se vuelve necesario que en investigaciones futuras, se pueda ampliar y profundizar a más de los aspectos estudiados, otros que permitan una mejor explicación de este comportamiento de riesgo entre los adolescentes, como la autoestima o el apoyo social y profundizar en algunos de mayor complejidad, como el subsistema conyugal, debido a que la disfunción familiar que se encontró en el estudio, seguro no es exclusiva de este subsistema como lo indica Mendoza-Solís LA, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza-Sánchez HF, Pérez-Hernández C, 2006).

CAPITULO VI. CONCLUSIONES RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

6.1 Conclusiones

El consumo de riesgo de alcohol en los adolescentes del estudio estuvo en niveles bajos y esta no dependió ni de la estructura familiar, funcionalidad familiar o práctica deportiva, por lo que para estudios futuros se deberá incluir a más de los aspectos estudiados, nuevas variables que permitan explicar de mejor forma esta dinámica.

A pesar de que en varios estudios se ha establecido la asociación, entre la estructura y la dinámica familiar con el consumo de riesgo de alcohol en adolescentes, esta asociación continúa siendo divergente con respecto a otros trabajos de investigación; por lo que se requiere desarrollar estudios más complejos para establecer explicaciones concluyentes que permitan una adecuada y oportuna intervención con respecto a este problema.

6.2 Recomendaciones

A pesar de que el porcentaje de consumo de riesgo se ubicó en un nivel bajo, habrá que poner atención a los estudiantes que en cambio tienen ya un nivel de riesgo y que constituyen un 12% de los escolares entrevistados.

Para ello se deberá ejecutar un plan de intervención en el que se involucre profesionales psicólogos, trabajadores sociales y se identifiquen de forma individual, aquellos aspectos en los que se pueda intervenir.

Aunque el consumo de alcohol fue de bajo riesgo en la mayoría de los adolescentes e igual entre hombres y mujeres, también se los debe considerar en medidas de permitan prevenir el incremento de su consumo.

En lo referente a la práctica deportiva, será importante fortalecer estas actividades, creando un círculo virtuoso, que va en beneficio del desarrollo integral de los adolescentes como parte de una familia y un conglomerado educativo.

En los programas de prevención del consumo de sustancias que se realizan habitualmente en el contexto escolar, se debe tener en cuenta el contexto familiar con el objeto de facilitar un clima cohesivo, donde las ideas se puedan expresar libremente y se reduzcan los conflictos y tensiones, de modo que se favorezca una autoevaluación positiva del adolescente.

6.3 Limitaciones del estudio

El consumo de alcohol, podría considerarse como una práctica vergonzante a pesar de su gran arraigo cultural en nuestro medio; esto podría haber determinado que varios participantes proporcionen información sesgada o poco veraz en las encuestas aplicadas.

Con respecto a la funcionalidad familiar, el instrumento utilizado FACES III, a pesar de ser altamente fiable (valido y confiable) fue aplicado exclusivamente a los adolescentes y hubiese sido interesante conocer

también la percepción de los padres y otros miembros de la familia y confrontar sus percepciones.

A pesar de que la OPS recomienda el uso del AUDIT para identificar el consumo de alcohol en adolescentes, por recomendaciones de uno de los revisores y especialista en el tema, se excluyó de este análisis a los adolescentes menores de 15 años.

.

BIBLIOGRAFÍA

- (UNICEF), F. d. (2012). *Adolescencia una etapa fundamental*. Nueva York: UNICEF.
- al, R. e. (junio de 2010). INGESTA DE ALCOHOL Y PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICO-DEPORTIVA EN JÓVENES. *Rev.int.med.cienc.act.fis.deporte*. Obtenido de *Rev.int.med.cienc.act.fis.deporte*- vol. 10 - número 38 - junio 2010 - ISSN: 1577-0354:
<http://cdeporte.rediris.es/revista/revista38/artingesta158.htm>
- Anna Salamó Avellaneda, M. E.-M. (2010). Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. *Psicothema* , 189-195, Vol 22, No. 2.
- Anna Salamó Avellaneda, M. E.-M. (Abril de 2010). Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. *Psicothema*, 22(2), 189-195, Vol 22, No. 2.
- Babor, H.-B. S. (2001). *AUDIT Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol Pautas para su utilización en Atención Primaria*. OMS.
- Babor, T. F. (s.f.). Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol, AUDIT. Pautas para su utilización en Atención Primaria. *WHO/MSD/MSB/01.6a*.
- C. González GarcíaI, S. G. (2008). Recuperado el 25 de Septiembre de 2016, de Periódicos electrónicos en psicología:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-75272008000200002
- Cano*, Á. T., & Pérez, A. (Noviembre de 2011). *Influencia de variables del entorno social sobre la ocurrencia*. Bogota, Colombia.
- Cibanal, L. (2015). Recuperado el 20 de Septiembre de 2016, de INTRODUCCIÓN A LA SISTÉMICA Y TERAPIA FAMILIAR.:
http://www.aniorte-nic.net/apunt_terap_famil_4.htm
- Cicua, M. M. (2008). Factores en el consumo de alcohol. *Pensamiento Psicológico*, 115-134.
- Diz, J. I. (2013). Recuperado el 4 de Agosto de 2016, de Pediatría Integral: <http://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii02/01/88-93%20Desarrollo.pdf>
- E. OLIVA GÓMEZ, V. V. (2014). Recuperado el 25 de Septiembre de 2016, de Scielo, Colombia:
<http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf>
- EAPap. (2009). Prevención y detección del consumo de alcohol y drogas en la adolescencia . *PROGRAMAS DE SALUD INFANTIL*.
- Escalante, Y. (2011). ACTIVIDAD FÍSICA, EJERCICIO FÍSICO Y CONDICIÓN FÍSICA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD PÚBLICA. *Rev Esp Salud Publica*, 325-328.
- Espada, M. G. (2008). ADOLESCENCIA: CONSUMO DE ALCOHOL. *Papeles del Psicologo*, 9-17.

- ESPAÑOL, (. B. (2009). Recuperado el 25 de Septiembre de 2016, de LA FAMILIA: CONCEPTO, TIPOS Y EVOLUCIÓN : http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/BV/S0103/Unidad%204/lec_42_LaFam_ConcTip&Evo.pdf
- F.López, & Rodríguez, L. (2016). Relación entre la práctica físico-deportiva y. *Arch Argent Pediatr*, 101-106.
- Francisco David Rodríguez García, 1. M. (mayo-junio de 2014). *Consumo de alcohol en la adolescencia*. Obtenido de http://www.saludmental.edilaser.net/en/pdf/3703/SM_14.03.09_EN_p247-252.pdf
- Francisco David Rodríguez García, 1. M. (mayo-junio de 2014). *Consumo de alcohol en la adolescencia*. Recuperado el 12 de Abril de 2016, de Salud Mental, Ebdilaser.We: http://www.saludmental.edilaser.net/en/pdf/3703/SM_14.03.09_EN_p247-252.pdf
- GARCÍA, M. M. (SEPTIEMBRE de 2012). “FACTORES SOCIALES RELACIONADOS CON EL CONSUMO”. Obtenido de <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/28994/1/TEESIS%20Alcohol%20-Miriam%20Mo%C3%B1ino%20Garcia.pdf>
- GARCÍA, M. M. (SEPTIEMBRE de 2012). “FACTORES SOCIALES RELACIONADOS CON EL CONSUMO”. Recuperado el 14 de Abril de 2016, de Tesis de Alcohol Digitum Universidad de Murcia: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/28994/1/TEESIS%20Alcohol%20-Miriam%20Mo%C3%B1ino%20Garcia.pdf>
- García, M. M. (Septiembre de 2012). “Factores sociales relacionados con el consumo”. Obtenido de <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/28994/1/TEESIS%20Alcohol%20-Miriam%20Mo%C3%B1ino%20Garcia.pdf>
- Gutiérrez, C. (2007). Autoestima, funcionalidad familiar y rendimiento escolar en adolescentes. *Atencion Primaria.*, 597-601.
- INEC. (2012). *ecuador en cifras*. Obtenido de www.ecuadorencifras.gob.ec
- INEC. (2012). *ecuador en cifras*. Recuperado el 12 de abril de 2016, de Ecuador en cifras: www.ecuadorencifras.gob.ec
- INEC. (2012). *ENCUESTA NACIONAL DE INGRESOS Y GASTOS EN HOGARES URBANOS Y RURALES 2011-2012*. QUITO.
- INEC. (2013). *www.ecuadorencifras.gob.ec*. Obtenido de <file:///C:/Users/SILVIA/Desktop/TEESIS%20ALCOHOL/page0006%20ecuador%20en%20cifras.pdf>
- INEC. (2014). Recuperado el 16 de septiembre de 2016, de Ecuador en cifras: http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=23:los-jovenes-representan-el-13-de-la-poblacion-ecuatoriana-dia-internacional-de-la-juventud-&catid=63:noticias-general&lang=es

- INEC. (20 de Junio de 2016). *ECUADOR EN CIFRAS*. Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/>
- J.M Tetrault, P. O. (03 de Mayo de 2016). <https://www.uptodate.com>. Obtenido de <https://www.uptodate.com/contents/risky-drinking-and-alcohol-use-disorder-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis?source=>
- Jaime, L., Perez, L., & Rodriguez, M. (2014). Recuperado el 13 de Marzo de 2016, de Acta Medica del Centro: www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/41/html
- Jaime, L., Perez, L., & Rodriguez, M. (2014). Recuperado el 13 de Marzo de 2016, de Acta Medica del Centro : www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/41/html
- Jaime, L., Perez, L., & Rodriguez, M. (s.f.). *Acta Medica del Centro*. Recuperado el 13 de marzo de 2016, de www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/41/html
- Janz. (2009). Measuring Activity in Children and Adolescents Using Self-Report: PAQ-C and PAQ-A. *MEDICINE & SCIENCE IN SPORTS & EXERCISE*, 767-772.
- Jeanette Tetrault, P. O. (20 (fecha de acceso 12 Noviembre 2015) de Noviembre de 2014). *Uptodate (en línea)*. Obtenido de <http://www.uptodate.com/contents/risky-drinking-and-alcohol-use-disorder-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis?so>
- L.Hernández, Cargil, N., & G, G. (2011). Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta, Tabasco. *Salud en Tabasco*, 14-24.
- Lazaro, C. (2011). Recuperado el 09 de Abril de 2016, de tesis en red: http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/35699/T_CJLM.pdf?sequence=1
- Lopez Cisneros, A. (2013). Actitud ante el consumo de alcohol. *Universidad de Sao Paulo*, 12-16.
- M. Antonio López-Cisneros, M. A. (2013). Actitud ante el consumo y no consumo de alcohol en estudiantes de preparatoria – México. *Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem*, vol.47 no.4 .
- M. Antonio López-Cisneros, M. A. (01 de 2013). Actitud ante el consumo y no consumo de alcohol en estudiantes de preparatoria – México. *Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem*, 47(4), vol.47 no.4 .
- Marina, J. A. (2015). Recuperado el 3 de Agosto de 2016, de Centro Reina Sofia, sobre adolescencia y juventud:

- <http://adolescenciayjuventud.org/es/publicaciones/coleccion-documentos/item/el-nuevo-paradigma-de-la-adolescencia>
- Martinez D, P. T. (Mayo de 2009). Fiabilidad y validez del cuestionario de actividad física PAQ-A en adolescentes españoles. *Revista Española de Salud Pública*, 83(3).
- Martinez, I. (2010). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *Int J Clin Health Psychol*, 317 - 338.
- Martínez-Gómez. (2010). FIABILIDAD Y VALIDEZ DEL CUESTIONARIO DE ACTIVIDAD FÍSICA PAQ-A EN ADOLESCENTES ESPAÑOLES. *Rev Esp Salud Pública* , 427-439.
- Mendoza-Solís LA, S.-H. E.-V.-A. (2006). Recuperado el 13 de marzo de 2016, de Medigraphic: www.medigraphic.com/medfam/amf-2006/amf061d.pdf
- MINSAL CHILE, G. c. (2013). *Consumo perjudicia y dependencia de alcohol l y otras drogas en personas menores de 20 años*. Santiago de Chile: MINSAL.
- Monteiro, M. G. (2008). *Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de*. Obtenido de http://www1.paho.org/Spanish/DD/PUB/Alcohol_Aten_prim_web.pdf
- Monteiro, M. G. (2008). *Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de*. Recuperado el 14 de Abril de 2016, de OPS: http://www1.paho.org/Spanish/DD/PUB/Alcohol_Aten_prim_web.pdf
- Moral, D. I. (2011). Consumo abusivo de alcohol en adolescentes. *Universitas Psychologica*, 71-87.
- MSP, I. (2013). www.salud.gob.ec. Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-se-presenta-este-miercoles/>
- MSP, I. (2013). www.salud.gob.ec. Recuperado el 8 de Abril de 2016, de Ensanut: <http://www.salud.gob.ec/encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-se-presenta-este-miercoles/>
- OMS. (2010). *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*.
- OMS. (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. GINEBRA.
- OMS. (14 (fecha de acceso 13 noviembre 2015) de mayo de 2014). *Siete órganos se afectan con frecuencia por el alcohol*. Obtenido de http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1208:mayo-14-2014&Itemid=356

- OMS. (MAYO de 2015). *Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones*. Obtenido de centro de prensa:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
- OMS. (MAYO de 2015). *Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones*. Recuperado el 16 de Abril de 2016, de centro de prensa:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
- OMS. (fecha de acceso 12 noviembre 2015 de ENERO de 2015). *alcohol*. Obtenido de
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
- OMS. (fecha de acceso 12 noviembre 2015 de ENERO de 2015). *alcohol*. Recuperado el 20 de Mayo de 2016, de CENTRO DE PRENSA:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
- OMS. (15 de MAYO de 2015). *Centro de prensa*. Obtenido de
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
- OMS/OPS. (Enero de 2015). *WHO media center*. Obtenido de
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
- OMS/OPS. (Enero de 2015). *WHO media center*. Recuperado el 10 de Abril de 2016, de OPS/OMS:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
- oportunidades, L. a. (2011). http://www.unicef.org/ecuador/SOWC-2011-Main-Report_SP_02092011.pdf.
- OPS/OMS. (2014). *Campaigns and Initiatives Informe mundial de la OMS destaca los impactos negativos del alcohol en la salud*. Obtenido de
http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1200:informe-mundial-de-la-oms-destaca-los-impactos-negativos-del-alcohol-en-la-salud&Itemid=360
- Perez, A., Perez, R., & Luz, M. (Febrero de 2007). Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. *Atencion primaria* , 39(02).
- Pérez, D. Z. (s.f.). Recuperado el 25 de Septiembre de 2016, de Infomed: www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/funcionamiento_familiar.pdf
- Ponce E, G. F. (Diciembre de 2010). Validez del cuestionario FACES III en español. *Atención Primaria*, 30(10).
- R, V.-C., M, I., & C, R. (2012). REVISIÓN SOBRE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL CONSUMO DE. *Journal of Sport and Health Research* , 269-288.
- Rodríguez, E. (2000). *El Adolescente*. (MCGRAW-HILL, Ed.) México: INTERAMERICANA DE MEXICO.
- Rodríguez, F. L. (2006). Recuperado el 22 de Junio de 2016, de [Investigacion en salud dimension etica.pdf](#):

- file:///C:/Users/SILVIA/Downloads/investigacion%20en%20salud%20dimension%20etica.pdf
- Ruiz-Juan, F. y.-R. (2010). INGESTA DE ALCOHOL Y PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICO-DEPORTIVA EN JÓVENES. *Rev.int.med.cienc.act.fis.deporte*, 302-322.
- Ruiz-Juan, F. y.-R. (junio de 2010). *INGESTA DE ALCOHOL Y PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICO-DEPORTIVA EN JÓVENES*. Recuperado el 16 de Marzo de 2016, de *Rev.int.med.cienc.act.fis.deporte*- vol. 10 - número 38 - junio 2010 - ISSN: 1577-0354:
<http://cdeporte.rediris.es/revista/revista38/artingesta158.htm>
- Ruiz-Risueño. (2014). CONSUMO E INGESTA DE ALCOHOL EN ESPAÑOLES MAYORES DE 16 AÑOS Y SU RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD FÍSICO-DEPORTIVA LA FAMILIA Y EL CONSUMO DE TABACO. *REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOLOGÍA DEL EJERCICIO Y EL DEPORTE*, 323-351.
- Ruiz-Risueño Abad J, R.-J. F. (2012). Recuperado el 10 de Abril de 2016, de *Rev Panam Salud Publica*:
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n3/05.pdf>
- Ruiz-Risueño Abad J, R.-J. F. (2012). Recuperado el 2016, de *Rev Panam Salud Publica*. :
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n3/05.pdf>
- Ruiz-Risueño, R.-J. Z. (2012). Alcohol y tabaco en adolescentes españoles y mexicanos y su relación con la actividad físico-deportiva y la familia. *Rev Panam Salud Publica*, 211-220.
- Salamea., D. C. (2012). *Teoria estructural pdf*. Obtenido de <http://www.medicinadefamiliares.cl/Trabajos/teoriaestructura1.pdf>
- T.Trujillo-Guerrero, E. (Julio-Septiembre de 2016). Percepción de la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol en adolescentes. *Atencion Familiar*, 100-103. Obtenido de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S140588711630133X>
- Teresa I. Jiménez, G. M. (2008). Funcionamiento familiar y consumo de sustancias. *Int J Clin Health Psychol*,, 139-151.
- UIDE. (2014). Recuperado el 22 de JUNIO de 2016, de Comité de Bioética: <http://uide.edu.ec/comite-de-bioetica/>
- UNICEF. (2011). Recuperado el 5 de Agosto de 2016, de La adolescencia época de oportunidades:
http://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2011.pdf
- UNICEF. (2011). Recuperado el 4 de Agosto de 2016, de ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 2011:
http://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2011.pdf

- UNICEF. (2011). Recuperado el 5 de Agosto de 2016, de La adolescencia época de oportunidades:
http://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2011.pdf
- UNICEF. (FEBRERO de 2011). *La adolescencia una época de oportunidades*. Obtenido de
http://www.unicef.org/ecuador/SOWC-2011-Main-Report_SP_02092011.pdf
- UNICEF. (FEBRERO de 2011). *La adolescencia una época de oportunidades*. Recuperado el 12 de Abril de 2016, de UNICEF:
http://www.unicef.org/ecuador/SOWC-2011-Main-Report_SP_02092011.pdf
- Valencia, U. d. (s.f.). Recuperado el 20 de Septiembre de 2016, de Funcionamiento familiar.:
<http://www.uv.es/lisis/instrumentos/Funcionamiento-FamiliaR.pdf>
- Vanina Schmidt, J. P. (2009). Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III:. *Escritos de Psicología*, 3(2).
- Villarreal, M. (2010). El Consumo de Alcohol en Adolescentes Escolarizados:. *Intervención Psicosocial*, 253-264.
- Villarreal-González, M. E., Sánchez-Sosa, J. C., Musitu, G., & Varela. (2010). Recuperado el 18 de septiembre de 2016, de Redalyc:
<http://www.uv.es/lisis/rosavarela/art13/5-vilareal1-art.pdf>

ANEXO 1 ESTRUCTURA FAMILIAR

EDAD **SEXO:** **F** **M** **FECHA** **CURSO:**

ESTRUCTURA FAMILIAR: Marque con una X la opción que corresponda

CON QUIÉN VIVE USTED	
1.- Padre, madre y hermanos	
2.- Padre o madre y hermanos	
3.- Padre, madre, hermanos y otro familiar.	
4.- Padre o madre, hermanos y otro familiar.	
5.- Padre, madre, hermanos, y abuelos,	
6.- Padre o madre, hermanos, y abuelos,	
7.- Otros: Explique quienes	

ANEXO 2. Test FACES III (the family adaptability and cohesion evaluation scale - escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar).

FACES III				
NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	2	3	4	5
DESCRIBA SU FAMILIA				VALORACIÓN
1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí				
2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas				
3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia				
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina				
5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos				
6.-Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad				
7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia				
8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.				
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.				
10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.				
11. Nos sentimos muy unidos.				
12. En nuestra familia los hijos toman decisiones				
13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente				
14. En nuestra familia las reglas cambian				
15. Con facilidad podemos planear actividades en familia.				
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros				

17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones.	
18. En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad.	
19. La unión familiar es muy importante.	
20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar.	
TOTAL	

ANEXO 3. AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test / Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol)

Test de identificación de Trastornos por consumo de alcohol: versión de autopase.					
PACIENTE: Debido a que el alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su consumo de alcohol. Sus respuestas serán confidenciales, así que sea honesto por favor. Marque con una X en el cuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta.					
PREGUNTA:	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes.	De 2 a 3 más veces a la semana	4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	0 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario

7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí el último año
					TOTAL

ANEXO 4. CUESTIONARIO DE ACTIVIDADES FÍSICA PARA ADOLESCENTES (PAQ-A)

Queremos conocer cuál es tu nivel de actividad física en los últimos 7 días (última semana) Esto incluye todas aquellas actividades como deporte, gimnasia o danza que hacen sudar o sentirse cansado, o juegos que hagan que se acelere tu respiración como jugar cogidas, saltar la soga, correr, trepar, otras. **Recuerda:** 1) no hay preguntas buenas o malas. 2) Contesta las preguntas de la forma más honesta y sincera posible. **Esto es muy importante**

1. Actividad física en tu tiempo libre: ¿Has hecho alguna de estas actividades en los últimos 7 días (última semana)? Si tu respuesta es sí: ¿Cuántas veces las has hecho? (Marca un solo círculo por actividad).

ACTIVIDAD	No	1-2 veces	3-4 veces	5-6 veces	7 veces o más
Saltar soga					
Patinar					
Jugar juegos como cogidas					
Montar bicicleta					
Caminar (como ejercicio)					
Correr/footing					
Aeróbicos/spinning					
Natación					
Bailar/danza					
Badmington					
Rugby					
Montar en Monopatín					
Futbol/futbol sala					
Volleyball					
Hockey					
Baloncesto					
Esquiar					
Otros deportes de raqueta					
Balonmano					
Atletismo					
Musculación/pesas					
Artes marciales (judo, karate)					

Otros					
Otros					

2.- En los últimos 7 días, durante las clases de educación física, ¿Cuántas veces estuviste muy activo durante las clases, jugando intensamente, corriendo, saltando, haciendo lanzamientos? (Señale solo una)

No hice/hago educación física	
Casi nunca	
Algunas veces	
A menudo	
Siempre	

3.- En los últimos 7 días ¿Qué hiciste normalmente a la hora de la comida (antes y después de comer)? (Señale solo una)

Estar sentado (hablar, leer o trabajo de clase)	
Estar o pasear por los alrededores	
Correr o jugar un poco	
Correr y jugar bastante	
Correr y jugar intensamente todo el tiempo	

4.- En los últimos 7 días, inmediatamente después de la escuela hasta las 6 ¿Cuántos días jugaste algún juego, hiciste deporte o bailes en los que estuviste muy activo? (Señala solo uno)

Ninguno	
1 vez en la última semana	
2 – 3 veces en la última semana	
4 veces en la última semana	
5 veces o más en la última semana	

5.- En los últimos 7 días, ¿Cuántos días a partir de media tarde (entre las 6 y 10) hiciste deporte, baile o jugaste a juegos en los que estuviste muy activo? (Señala solo uno)

Ninguno	
---------	--

1 vez en la última semana	
2 – 3 veces en la última semana	
4 veces en la última semana	
5 veces o más en la última semana	

6.- El último fin de semana ¿Cuántas veces hiciste deporte, baile o jugaste a juegos en los que estuviste muy activo? (Señala solo uno)

Ninguno	
1 vez en la última semana	
2 – 3 veces en la última semana	
4 veces en la última semana	
5 veces o más en la última semana	

7.- ¿Cuál de las siguientes frases describen mejor tu última semana? Lee las cinco antes de decidir cuál te describe mejor (Señala solo uno)

Todo o la mayoría de mi tiempo libre lo dediqué a actividades que suponen poco esfuerzo físico	
Algunas veces (1 o 2 veces) hice actividad física en mi tiempo libre (por ejemplo: hacer deporte, correr, nadar, montar bicicleta, hacer aeróbicos)	
A menudo (3 –4 veces en la última semana) hice actividad física en mi tiempo libre	
Bastante a menudo (5-6 veces en la última semana) hice actividad física en mi tiempo libre	
Muy a menudo (7 o más veces en la última semana) hice actividad física en mi tiempo libre	

8.- Señala con qué frecuencia hiciste actividad física para cada día de la semana (como hacer deporte, jugar, bailar, o cualquier otra actividad física).

	Ninguna	Poca	Normal	Bastante	Mucha
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					
Sábado					

Domingo					
---------	--	--	--	--	--

9.- ¿Estuviste enfermo esta última semana o algo impidió que hicieras normalmente actividad física?

Si	
No	

GRACIAS SU COLABORACIÓN

ANEXO 5

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Quito, 27 de Junio del 2016

Sra. Magister,
CRUZ QUISTANCHALA
RECTORA DE LA UNIDAD EDUCATIVA Dr. MANUEL BENJAMIN CARRION.

Presente.

De nuestras consideraciones:

Reciba nuestro cordial saludo, mediante la presente, nos permitimos informar a Usted, que somos estudiantes del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Católica de Quito, en convenio con el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, trabajamos en el Centro de Salud del Comité del Pueblo, actualmente estamos cursando el Tercer año de dicho Posgrado.

Como parte de nuestra formación y requisito para la titulación, debemos realizar una tesis de investigación, que tiene como objetivo tomar en cuenta probables problemas o situaciones importantes que puedan estar influenciando en nuestra población, por este motivo, nos hemos permitido pensar en la Unidad Educativa que está a su cargo, como el sitio ideal para poder realizar nuestro trabajo.

La investigación a ser desarrollada es: **RELACIÓN DE LA ACTIVIDAD FISICA Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR COMO FACTORES PROTECTORES PARA EVITAR EL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA Dr. BENJAMÍN CARRIÓN DEL COMITÉ DEL PUEBLO.**

Para poder desarrollar esta investigación le solicitamos a Usted en forma muy respetuosa se digne acceder y autorizar para que podamos proseguir con el trabajo propuesto.

Para cumplir con este objetivo, deberemos aplicar encuestas a los estudiante, previamente seleccionados, de hecho es para nosotros una preocupación el evitar interferir en el adecuado desarrollo de las clases, por lo que son encuestas grupales, que no ameritarán un mayor uso del tiempo de los educandos.

Para la aplicación de las encuestas habrá un proceso previo de sensibilización y toma de las mismas.

El tiempo estipulado para levantar las encuestas, consideramos será entre los meses de Septiembre y Octubre del 2016.

Adjuntamos la justificación, y los objetivos de la investigación a ser desarrollada.

Por la atención que se digne dar al presente y en espera de su respuesta positiva le anticipamos nuestros agradecimientos.

Atentamente

DR. ANDRÉS MAIGUA LÓPEZ
CI: 1001745072

DRA. SILVIA SANCHO LOBATO.
CI: 1704175031

ANEXO 6

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PADRES DE FAMILIA.
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

FACULTAD DE MEDICINA.

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PADRES DE FAMILIA.

ACTIVIDAD FISICA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR RELACIONADA CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA DR. BENJAMÍN CARRIÓN DEL COMITÉ DEL PUEBLO.

Propósito

Consentimiento informado para los padres de familia de los alumnos inscritos en la Unidad Educativa “Manuel Benjamín Carrión”, del año lectivo 2016-2017, que están entre los 12 a 18 años, 11 meses y 29 días.

Se les invita a participar en el proyecto de investigación, “ Actividad física y funcionalidad familiar relacionada con el consumo de alcohol en adolescentes de la unidad educativa Dr. Benjamín Carrión del Comité del Pueblo”.

INVESTIGADORES PRINCIPALES:

- Dr. Andrés Ignacio Maigua López, (Pontificia Universidad Católica del Ecuador-PUCE)
- Dra. Silvia Patricia Sancho Lobato (Pontificia Universidad Católica del Ecuador-PUCE)

Organización:

- Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria.

Introducción:

Esta es una invitación para que Usted Sr. Padre o Sra. Madre de familia, permita que su o sus hijos o hijas participen en la siguiente investigación.

El objetivo de la investigación es determinar si el realizar actividad física, la funcionalidad y estructura familiar como factores protectores en el consumo de alcohol en los adolescentes de esta Unidad Educativa.

Para cumplir con este propósito, sus hijos, deberán responder 4 encuestas.

Confidencialidad:

La información que sus hijos nos proporcionen durante la investigación serán solamente revisados por los investigadores. En la base de datos de este estudio su o sus hijos tendrán un número asignado como participante, y **NO CONSTARÁN SUS NOMBRES NI SU CÉDULA DE IDENTIDAD**, para mantener su anonimato. La información será guardada en una computadora, asegurada con clave y codificada. Solo el equipo de investigación tendrá acceso a los datos del estudio. Las encuestas serán guardadas con las debidas seguridades, para evitar su difusión por terceras personas. El equipo de investigación hará todo lo necesario para proteger su confidencialidad.

Los datos obtenidos se guardaran en un archivo electrónico asegurado. Al final de la fase activa del estudio, borraremos este archivo para mantener su confidencialidad.

Componentes del estudio:

Para poder realizar este estudio, sus hijos deben contestar 4 encuestas: una para determinar la estructura familiar, otra para la funcionalidad familiar, otra para determinar la actividad física que realiza, y otra sobre el consumo de alcohol,

La participación en este estudio es estrictamente voluntario, Usted está en libre derecho de elección de decidir la participación o no de su o sus hijos o hijas, sin que esto les perjudique de forma alguna.

Riesgo sobre la salud:

Su participación no tiene riesgo alguno, no afectará ningún aspecto de su integridad física ni emocional.

Tiempo de participación:

Las encuestas serán realizadas durante el período que ellos permanecen en la Unidad Educativa, para lo cual contamos con la autorización y apoyo de las Autoridades de la misma.

Se estima un tiempo aproximado de 30 a 40 minutos para responder las encuestas.

Resultados:

Los resultados de la investigación los informaremos al final del estudio, en diciembre del 2016, a todos los interesados.

La información sobre los resultados de este estudio será publicada, más NO sus datos personales

Costos, incentivos y beneficios

Su participación en este estudio no tiene ningún costo y no recibirá ningún incentivo económico por participar en este estudio.

El beneficio que Usted recibirá por la participación de sus hijos será conocer el resultado del análisis de las encuestas realizadas en la Institución.

Si usted decidiera no permitir la participación de su o sus hijos, no serán afectados sus hijos de ninguna manera en el ámbito académico ni de conducta en la Institución, y puede dejar de participar en el momento que desee.

Contacto

Si tiene dudas sobre cualquier aspecto puede ponerse en contacto con los directores de la investigación, Dr. Andrés Maigua López, o Dra. Silvia Sancho Lobato.

Si tiene dudas sobre asuntos éticos en relación a esta investigación, puede ponerse en contacto con el Comité de Bioética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, que ha aprobado esta investigación.

Dr. Andrés Ignacio Maigua López

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

12 de Octubre y Roca

Quito, Ecuador

Cel: 0984244968

Email: a.maigua@hotmail.com

Dra. Silvia Patricia Sancho Lobato.

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

12 de Octubre y Roca

Quito, Ecuador

Cel: 0994860824

Email: silvia_sancho03@hotmail.com

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído la información proporcionada sobre la investigación he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Consiento voluntariamente que mi hijo/hija participe en este estudio, entiendo que tengo el derecho de retirar del estudio a mi hijo/hija en cualquier momento sin que esto afecte en ninguna forma su estabilidad en la Unidad Educativa.

Nombre del Alumno o alumna: _____
Nombre del Padre/Madre o Apoderado _____
Firma del Padre/Madre o Apoderado _____
Fecha _____ Día/mes/año

ANEXO 7 ASENTIMIENTO INFORMADO ADOLESCENTES

A UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR FACULTAD DE MEDICINA POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Documento de Asentimiento Informado para los alumnos inscritos en la Unidad Educativa “ Dr. Manuel Benjamín Carrión”, del año lectivo 2016-2017, que están entre los 12 a 18 años, 11 meses y 29 días, que son invitados a participar en la investigación el objetivo es determinar si el realizar actividad física y la funcionalidad familiar son factores protectores en el consumo de alcohol en los adolescentes de esta Unidad Educativa

La presente investigación es realizada para la obtención del Título de Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, de los Doctores Andrés Maigua López y Silvia Sancho Lobato, estudiantes del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador,

Para obtener estos datos, ustedes deben contestar 4 encuestas: una para determinar la estructura familiar, otra para la funcionalidad familiar, otra para determinar la actividad física que realiza, y otra sobre el consumo de alcohol, su participación no tiene riesgo alguno, no afectará ningún aspecto de su integridad física ni emocional, es totalmente confidencial y anónima.

Las encuestas serán realizadas durante el período que ustedes permanecen en la Unidad Educativa, para lo cual contamos con la autorización y apoyo de las Autoridades de la misma.

La información se podrá utilizar en beneficio de la Institución, ustedes y sus familias.

La participación en este estudio es estrictamente voluntario, Usted está en libre derecho de elección de decidir su participación sin que esto les perjudique de forma alguna.

Previamente hemos obtenido la autorización de su padre o madre o apoderado.

Si tiene alguna duda sobre la investigación estamos prestos para resolverlas, para esto comunicarse a los números de los responsables de la investigación, Dr. Andrés Maigua 0984244968, Dra. Silvia Sancho 0994860824, o en forma personal durante la entrega de estos documentos.

Desde ya le agradecemos su colaboración.

En caso de aceptar su participación le solicitamos firmar el asentimiento en la hoja adjunta.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR FACULTAD DE MEDICINA POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

ASENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído la información proporcionada sobre la investigación he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Entiendo lo que se va a realizar, y que debo contestar las encuestas, como me explicaron.

Acepto participar en la investigación _____

No acepto participar en la investigación _____

Nombre del Alumno o alumna: _____

Fecha _____ Día/mes/año

ANEXO 8. SOLICITUD SR. RECTO8R DE LA UNIDAD EDUCATIVA FRANCESCO RICCATI.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Quito, 28 de Junio del 2016

SR. MAGISTER.

LUIS PRADO

RECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA FRANCESCO RICCATI.

Presente.

De nuestras consideraciones:

Reciba nuestro cordial saludo, mediante el presente, nos permitimos informar a Usted, que somos estudiantes del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Católica de Quito, en convenio con el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, trabajamos en el Centro de Salud del Comité del Pueblo, actualmente estamos cursando el Tercer año de dicho Posgrado.

Como parte de nuestra formación y requisito para la titulación, debemos realizar una tesis de investigación, que tiene como objetivo tomar en cuenta probables problemas o situaciones importantes que puedan estar influenciando en nuestra población, por este motivo, hemos planteado como problema a detectar: **“RELACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA, LA FUNCIONALIDAD Y ESTRUCTURA FAMILIAR COMO FACTORES PROTECTORES PARA EVITAR EL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES”**.

Esta investigación se la realizará en la Unidad Educativa “DR. MANUEL BENJAMÍN CARRIÓN”, de hecho los resultados, se podrán inferir a la población de adolescentes del sector.

Por este motivo, y en vista que es necesario el procedimiento de validación de instrumentos, como son las encuestas, nos permitimos solicitar a Usted, nos autorice realizar las mismas

en su Unidad Educativa, está dirigida a los estudiantes cuya edad esté comprendida entre los 12 años y los 18 años 11 meses 29 días.

De ser factible y si su respuesta es positiva, se escogerán a los participantes en forma aleatoria, consideramos adecuada la participación de 30 alumnos.

Previamente a realizar las encuestas se enviará los consentimientos informados a los padres de familia.

Ponemos a su criterio el objetivo y la justificación del estudio.

OBJETIVO:

Establecer la relación entre funcionalidad, estructura familiar y/o actividad deportiva como factores de protección frente al consumo de alcohol en adolescentes escolarizados de 12 a 19 años de la Unidad Educativa Dr. Manuel Benjamín Carrión del barrio Comité del Pueblo.

JUSTIFICACION:

Mediante la presente investigación se pretende determinar cuál es la realidad de los adolescentes frente al consumo de alcohol y si existe relación con la funcionalidad familiar, su estructura y la práctica de actividad física.

Con los resultados obtenidos, se podría desarrollar actividades específicas para incentivar el deporte a nivel escolar y familiar, que influyan en beneficio de una adolescencia sana y proactiva.

Actividades que se podrían desarrollar en la Unidad educativa tales como, incrementar o diversificar el número de horas de Cultura física en los estudiantes, organización de campeonatos deportivos internos, creación de campeonatos deportivos de padres de familia, creación de clubes deportivos en varias disciplinas.

En relación a la funcionalidad y estructura familiar, dependiendo de los resultados se podrían desarrollar trabajo multidisciplinario entre el personal del Centro de Salud del Comité del Pueblo, y la Unidad Educativa encaminado a realizar educación continua a padres de familia con talleres, charlas, que vayan en beneficio de la estabilidad de los educandos y de la familia como parte de la sociedad.

Esperamos su colaboración y la apertura para poder desarrollar nuestro trabajo, que será de beneficio para la colectividad.

Atentamente

DR. ANDRÉS MAIGUA LÓPEZ

CI: 1001745072

DRA. SILVIA SANCHO LOBATO.

CI: 1704175031

ANEXO 9. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PADRES DE FAMILIA.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA

FACULTAD DE MEDICINA.

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Consentimiento Informado para los padres de familia de los alumnos inscritos en la Unidad Educativa “Francesco Riccati”, del año lectivo 2016-2017, que están entre los 12 a 18 años, 11 meses y 29 días

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PADRES DE FAMILIA.

ACTIVIDAD FISICA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR RELACIONADA CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA DR. BENJAMÍN CARRIÓN DEL COMITÉ DEL PUEBLO.

Propósito

Consentimiento informado para los padres de familia de los alumnos inscritos en la Unidad Educativa “Manuel Benjamín Carrión”, del año lectivo 2016-2017, que están entre los 12 a 18 años, 11 meses y 29 días.

Se les invita a participar en el proyecto de investigación, “ Actividad física y funcionalidad familiar relacionada con el consumo de alcohol en adolescentes de la unidad educativa Dr. Benjamín Carrión del Comité del Pueblo”.

INVESTIGADORES PRINCIPALES:

- Dr. Andrés Ignacio Maigua López, (Pontificia Universidad Católica del Ecuador-PUCE)

- Dra. Silvia Patricia Sancho Lobato (Pontificia Universidad Católica del Ecuador-PUCE)

Organización:

- Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria.

Introducción:

Esta es una invitación para que Usted Sr. Padre o Sra. Madre de familia, permita que su o sus hijos o hijas participen en la siguiente investigación.

El objetivo de la investigación es determinar si el realizar actividad física, la funcionalidad familiar y su estructura como factores protectores en el consumo de alcohol en los adolescentes de esta Unidad Educativa.

Para cumplir con este propósito, sus hijos, deberán responder 4 encuestas.

Confidencialidad:

La información que sus hijos nos proporcionen durante la investigación serán solamente revisados por los investigadores. En la base de datos de este estudio su o sus hijos tendrán un número asignado como participante, y **NO CONSTARÁN SUS NOMBRES NI SU CÉDULA DE IDENTIDAD**, para mantener su anonimato. La información será guardada en una computadora, asegurada con clave y codificada. Solo el equipo de investigación tendrá acceso a los datos del estudio. Las encuestas serán guardadas con las debidas seguridades, para evitar su difusión por terceras personas. El equipo de investigación hará todo lo necesario para proteger su confidencialidad.

Los datos obtenidos se guardaran en un archivo electrónico asegurado. Al final de la fase activa del estudio, borraremos este archivo para mantener su confidencialidad.

Componentes del estudio:

Para poder realizar este estudio, sus hijos deben contestar 4 encuestas: una para determinar la estructura familiar, otra para la funcionalidad familiar, otra para determinar la actividad física que realiza, y otra sobre el consumo de alcohol,

La participación en este estudio es estrictamente voluntario, Usted está en libre derecho de elección de decidir la participación o no de su o sus hijos o hijas, sin que esto les perjudique de forma alguna. .

Riesgo sobre la salud:

Su participación no tiene riesgo alguno, no afectará ningún aspecto de su integridad física ni emocional.

Tiempo de participación:

Las encuestas serán realizadas durante el período que ellos permanecen en la Unidad Educativa, para lo cual contamos con la autorización y apoyo de las Autoridades de la misma.

Se estima un tiempo aproximado de 30 a 40 minutos para responder las encuestas.

Resultados:

Los resultados de la investigación los informaremos al final del estudio, en diciembre del 2016, a todos los interesados.

La información sobre los resultados de este estudio será publicada, más NO sus datos personales

Costos, incentivos y beneficios

Su participación en este estudio no tiene ningún costo y no recibirá ningún incentivo económico por participar en este estudio.

El beneficio que Usted recibirá por la participación de sus hijos será conocer el resultado del análisis de las encuestas realizadas en la Institución.

Si usted decidiera no permitir la participación de su o sus hijos, no serán afectados sus hijos de ninguna manera en el ámbito académico ni de conducta en la Institución, y puede dejar de participar en el momento que desee.

Contacto

Si tiene dudas sobre cualquier aspecto puede ponerse en contacto con los directores de la investigación, Dr. Andrés Maigua López, o Dra. Silvia Sancho Lobato.

Si tiene dudas sobre asuntos éticos en relación a esta investigación, puede ponerse en contacto con el Comité de Bioética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, que ha aprobado esta investigación.

Dr. Andrés Ignacio Maigua López

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

12 de Octubre y Roca

Quito, Ecuador

Cel: 0984244968

Email: a.maigua@hotmail.com

Dra. Silvia Patricia Sancho Lobato.

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

12 de Octubre y Roca

Quito, Ecuador

Cel: 0994860824

Email: silvia_sancho03@hotmail.com

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído la información proporcionada sobre la investigación he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Consiento voluntariamente que mi hijo/hija participe en este estudio, entiendo que tengo el derecho de retirar del estudio a mi hijo/hija en cualquier momento sin que esto afecte en ninguna forma su estabilidad en la Unidad Educativa.

Nombre del Alumno o alumna: _____

Nombre del Padre/Madre o Apoderado _____

Firma del Padre/Madre o Apoderado _____

Fecha _____ Día/mes/año

ANEXO 10. ASENTIMIENTO INFORMADO

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Documento de Asentimiento Informado para los alumnos inscritos en la Unidad Educativa “Francesco Riccati” del año lectivo 2016-2017, que están entre los 12 a 18 años, 11 meses y 29 días, que son invitados a participar en la investigación el objetivo es determinar si el realizar actividad física y la funcionalidad familiar son factores protectores en el consumo de alcohol en los adolescentes de esta Unidad Educativa

La presente investigación es realizada para la obtención del Título de Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, de los Doctores Andrés Maigua López y Silvia Sancho Lobato, estudiantes del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador,

Para obtener estos datos, ustedes deben contestar 4 encuestas: una para determinar la estructura familiar, otra para la funcionalidad familiar, otra para determinar la actividad física que realiza, y otra sobre el consumo de alcohol, su participación no tiene riesgo alguno, no afectará ningún aspecto de su integridad física ni emocional, es totalmente confidencial y anónima.

Las encuestas serán realizadas durante el período que ustedes permanecen en la Unidad Educativa, para lo cual contamos con la autorización y apoyo de las Autoridades de la misma.

La información se podrá utilizar en beneficio de la Institución, ustedes y sus familias.

La participación en este estudio es estrictamente voluntario, Usted está en libre derecho de elección de decidir su participación sin que esto les perjudique de forma alguna.

Previamente hemos obtenido la autorización de su padre o madre o apoderado.

Si tiene alguna duda sobre la investigación estamos prestos para resolverlas, para esto comunicarse a los números de los responsables de la investigación, Dr. Andrés Maigua 0984244968, Dra. Silvia Sancho 0994860824, o en forma personal durante la entrega de estos documentos.

Desde ya le agradecemos su colaboración.

En caso de aceptar su participación le solicitamos firmar el asentimiento en la hoja adjunta.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

**FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

ASENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído la información proporcionada sobre la investigación he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Entiendo lo que se va a realizar, y que debo contestar las encuestas, como me explicaron.

Acepto participar en la investigación _____

No acepto participar en la investigación _____

Nombre del Alumno o alumna: _____

Fecha _____ Día/mes/año