

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

ESPECIALIZACIÓN DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**CARACTERIZACION FAMILIAR E INICIACION DEL CONSUMO DE
ALCOHOL EN ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE
SALUD SAN PABLO DE PORTOVIEJO, ROL DEL EQUIPO DE SALUD.**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

ROSALYN SALAZAR VELEZ, MD

DIRECTOR DE TESIS:

EFREEN ANCHALI YAGUACHE

TUTOR METODOLOGICO

CARLOS TERAN PUENTE

PORTOVIEJO, 2016

AGRADECIMIENTO

Primeramente a Dios quien fue quien me permitió culminar con éxito esta hermosa etapa de mi vida.

A mis directores de tesis, Dr. Efrén Anchali y Dr. Carlos Terán, quienes con sus conocimientos, experiencia y motivación han logrado en mí que pueda terminar este trabajo con éxito.

A mis padres por ser mi pilar fundamental en todo lo que soy.

Gracias a mi esposo y a mis hijos por cada palabra de apoyo, momentos de sacrificio para ser invertido en el desarrollo de este proyecto.

Rosalyn Salazar

CONTENIDO

LISTA DE TABLAS	6
LISTA DE ILUSTRACIONES	7
RESUMEN.....	8
ABSTRACT.....	9
CAPITULO 1. INTRODUCCION Y JUSTIFICACION	10
1.1. Introducción.....	10
1.2. Justificación.....	12
CAPITULO 2. OBJETIVOS E HIPOTESIS	14
2.1 Objetivos	14
2.1.1 Objetivo General	14
2.1.2 Objetivos específicos	14
2.2 Hipótesis.....	14
CAPITULO 3. MARCO TEORICO	15
3.1 Adolescencia, cambios físicos, psicológicos y sociales	15
3.11 Situación actual de los adolescentes.....	15
3.11 Morbilidad	16
3.11 Patrones normales del crecimiento y desarrollo físico.....	16
3.11 Crecimiento y maduración física.....	17
3.11 Aspectos psicosociales	18
3.11 Adolescentes y sus familias.....	20
3.11 Tipos de familia.....	21
3.11 Funciones de la familia.....	22
3.11 Adolescentes y Alcohol.....	23
3.11 Equipo de salud	24

3.11 Grupos de atención prioritaria:	25
CAPITULO 4. METODOLOGÍA	28
4.1. Tipo de estudio	28
4.2. Muestra	28
4.1.1. Universo	28
4.1.2. Muestra	28
4.3. Criterios de inclusión	28
4.4. Criterios de exclusión	29
4.5. Operacionalización de variables	29
4.6. Procedimiento de recolección de información	31
4.7. Plan análisis de datos	31
4.8. Aspectos bioéticos	32
4.9. Aspectos administrativos	32
4.9.1. Recursos Humanos	32
4.9.2. Recursos físicos	32
4.9.3. Cronograma de trabajo	33
CAPITULO 5. RESULTADOS	34
5.1. Análisis univariado	34
5.2. Análisis bivariado	39
5.1.1. Relación de factores demográficos de los adolescentes con el consumo de alcohol	39
5.1.2. Relación de factores demográficos con edad de inicio de consumo de alcohol. 41	
5.3. Análisis cualitativo: Rol del equipo de salud	45

5.3.1	Encuesta sobre autopercepción de los profesionales sobre sus conocimientos y capacidades en atención y/o asesoría en consumo de alcohol a adolescentes que acuden al centro de salud: Capacitación en llenado de HCA del CLAP	45
5.3.2	Encuesta sobre autopercepción de los profesionales sobre sus conocimientos y capacidades en atención y/o asesoría en consumo de alcohol a adolescentes que acuden al centro de salud: Autopercepción de capacidad para llenado de HCA	46
5.3.3	Encuesta sobre autopercepción de los profesionales sobre sus conocimientos y capacidades en atención y/o asesoría en consumo de alcohol a adolescentes que acuden al centro de salud: Fuentes de apoyo o consulta en atención del adolescente	46
5.3.4	Encuesta sobre autopercepción de los profesionales sobre sus conocimientos y capacidades en atención y/o asesoría en consumo de alcohol a adolescentes que acuden al centro de salud: Llenado de HCA	46
5.3.5	Encuesta sobre autopercepción de los profesionales sobre sus conocimientos y capacidades en atención y/o asesoría en consumo de alcohol a adolescentes que acuden al centro de salud: Alcohol	47
CAPITULO 6. DISCUSIÓN		49
CAPITULO 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		51
7.1.	Conclusiones	51
7.2.	Recomendaciones	52
BIBLIOGRAFIA		54
ANEXOS		60

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Datos demográficos de los usuarios adolescentes atendidos en el Centro de salud San Pablo. Agosto – octubre 2016.....	34
Tabla 2 Caracterización familiar de adolescentes atendidos en el Centro de salud San Pablo. Agosto – octubre 2016.	35
Tabla 3 Consumo de alcohol en adolescentes atendidos en el Centro de salud San Pablo. Agosto – octubre 2016.	36
Tabla 4 Historias clínicas (HC) CLAP de adolescentes atendidos en el Centro de salud San Pablo. Agosto – octubre 2016.....	37
Tabla 5 Variables caracterización familiar y consumo de alcohol de los usuarios adolescentes atendidos en el Centro de salud San Pablo	39
Tabla 6. Variables género y consumo de alcohol de los usuarios adolescentes atendidos en el Centro de salud San Pablo.....	40
Tabla 7 Variables género y edad de inicio de consumo de alcohol de los usuarios adolescentes atendidos en el Centro de salud San Pablo. Agosto – Octubre 2016...	41
Tabla 8. Variables caracterización familiar y edad de inicio de consumo de alcohol en adolescentes atendidos en el Centro de salud San Pablo. Agosto – octubre 2016.	42
Tabla 9 Variables cantidad de consumo de alcohol y edad de inicio en adolescentes atendidos en el Centro de salud San Pablo. Agosto – octubre 2016.....	44
Tabla 10 Conocimiento de llenado de HC y autopercepción en atención a adolescentes de profesionales en atención en el Centro de Salud San Pablo. Agosto - octubre 2016.....	48

LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Historias clínicas (HC) CLAP de adolescentes atendidos en el Centro de salud San Pablo. Agosto – octubre 2016.....	38
Ilustración 2 Caracterización familiar e inicio de consumo de alcohol en adolescentes atendidos en el Centro de salud San Pablo. Agosto – Octubre 2016.	43
Ilustración 3. Frecuencia e inicio de consumo de alcohol en adolescentes atendidos en el Centro de salud San Pablo. Agosto – Octubre 2016.	45

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar la relación de la caracterización familiar con el inicio del consumo de alcohol en adolescentes atendidos en el centro de salud San Pablo de Portoviejo, así como las capacidades del equipo de salud para atenderlos.

El método de estudio fue de corte transversal, no probabilístico y correlacional, para la condición familiar en la iniciación del consumo de alcohol en adolescentes atendidos y se valoró el nivel de capacidades del equipo para atender a esta población.

Se realizó una encuesta con base en el formulario del adolescente con preguntas dirigidas a los profesionales del equipo de salud, y se analizaron las historias clínicas del adolescente donde se recogieron los datos.

La investigación reveló que no hay asociación entre el inicio del consumo de alcohol en los adolescentes y la caracterización familiar (Chi cuadrado p 0,811; IC 95% 1,26-1,54), integración familiar (Chi cuadrado p 0,857 ;IC 95% 1,26-1,55). En este estudio, la mayoría de los profesionales tuvieron un rango de acierto de 80 a 100% en la encuesta de autopercepción de capacidad y conocimiento del formulario, sin embargo, las capacidades de atención y asesoría al adolescente, se encuentra que mantienen un nivel regular (51 a 79%).

Palabras clave: Adolescentes, caracterización familiar, inicio de consumo de alcohol, rol de equipo de salud.

ABSTRACT

This study's objective is to determine the relation between the familial characteristics with the beginning of alcohol consumption in adolescents treated at San Pablo Health Cener in Portoviejo, as well as the health team to meet their needs.

The study's methodology was transversal not probable and correlations, for the familial condition in the initiation of alcohol consumption in the adolescent and the health teams ability to meet their needs.

A survey based on a questionnaire addresses to the health professional, and an analysis of data gathered from the adolescscents clinical histories were utilized.

The research results revealed that there is no correlation between the initiation of alcohol consumption in adolescents and the family's characteristics (square chi value p 0,811; IC 95% 1,26-1,54), family integration (square Chi value p 0,857; IC 95% 1,26-1,55). In this study, the majority of professionals assure that there is a reliability range of 80 to 100% in the self perception abilities survey and knowledge of the form, although the assessment and the ability to attend the adolescents revealed that they maintained a regular level (51 to 79%).

Key words: Adolescents, family characterization, onset of alcohol consumption, role of health team

CAPITULO 1. INTRODUCCION Y JUSTIFICACION

1.1.Introducción

La adolescencia se caracteriza por rápidos y múltiples cambios en los aspectos físico, psicológico, social y espiritual (MSP, 2009a) Durante este período se completa el crecimiento y desarrollo físico, alcanzando la capacidad de reproducción, adquieren el pensamiento abstracto y la autonomía emocional de las figuras paternas (Adolfo Rubinstein & Sergio Terrasa, 2006), desarrollando una nueva identidad (Organización Panamericana de Salud, 2010)

En el 2010, se calculó que el número de adolescentes en el mundo era de 1.200 millones, la cohorte adolescente más grande en la historia. Los adolescentes representan 18 por ciento de la población mundial, de los cuales, 88 por ciento vive en países en desarrollo. Casi la mitad de las niñas adolescentes, 49%, vive en seis países nada más: China, India, Indonesia, Nigeria, Pakistán y los Estados Unidos (Fondo de Población de las & Naciones Unidas, 2013).

En el Ecuador, por otra parte, los niños, niñas y adolescentes (de 0 a 17 años de edad) representan el 37,6% de la población, y la población de adultos mayores (65 años y más), el 6,6%, según las proyecciones a 2012 (INEC, 2013).

La familia constituye un soporte económico y emocional de cuidados fraternales, donde los hijos aprenden, repiten y transmiten las formas de conducta y herencias culturales. La red de comunicación que establece cada familia puede ser asertiva o en otras ocasiones, es un constante signo de violencia. Son algunos aspectos como la caracterización de la familia las que desarrollan líneas de aporte determinantes para entender la compleja red de elementos que componen el sistema familiar para el adolescente (Martin Zurro A. & Cano Pérez J.F, 2008)

Las relaciones sociales se modifican y se incorporan a la vida adulta a través de una inserción laboral, que les facilita la autonomía económica y el logro de proyectos en la vida (Robert Rakel & David Rakel, 2011). En este proceso de búsqueda, el adolescente ensaya múltiples roles, que por momentos pueden ser conflictivos, para alcanzar luego un nuevo equilibrio, sin que esto signifique siempre enfermedad o daño (Medina et al., 2011a).

En esta etapa se han identificado conductas de riesgo tales como el consumo de alcohol (CONSEP, 2012), que se suma a la crisis de identidad de la adolescencia misma (Benítez Barraza, Sánchez Montero, & Serrano Ramírez, 2015; Cid, Espadale, Carreras, & Martínez, 2013), y a las discrepancias en la comunicación dentro de su entorno familiar y social (Elgar, Craig, & Trites, 2013), lo cual finalmente va entorpeciendo la interacción, facilitando aún más el consumo de alcohol (Kelly et al., 2011).

El consumo de bebidas alcohólicas, actualmente es un hábito ampliamente extendido y culturalmente aceptado en la mayoría de las sociedades (José F. Olcina Rodríguez & Ramón Llorens Martínez, 2013). La protección de la salud de la población mediante la prevención y la reducción del uso del alcohol constituye una prioridad de salud pública (Ivano Scandurra, García-Altés, & Nebot, 2011) .

En 2013, la Organización Mundial de la Salud, publicó un estudio que indica que Ecuador ocupa el segundo lugar en América Latina con mayor consumo de bebidas alcohólicas (OMS, 2015). Su inicio comienza a edades tempranas entre los 13 y 15 años de edad (OMS, 2014)

Con este antecedente, la OMS adecuó el formulario del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), con el fin de asegurar una atención integral al adolescente. Este formulario fue adoptado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador como parte de la atención integral del adolescente (MSP, 2009a)

El CLAP, asociado a la Organización Panamericana de la Salud, fue creado por un grupo de profesionales comprometidos con la salud de las madres y sus recién nacidos, que dentro de sus actividades propone y apoya políticas públicas para mejorar la atención de la población, en este caso, de la población adolescente, que desarrolló un sistema informatizado para uso en la atención de adolescentes, el mismo que contiene todos los aspectos que deben ser abordados para identificar los puntos claves de la salud en adolescentes con el objetivo de mejorar la calidad de la atención (OMS & OPS, 2010)

Durante la atención médica se hace evidente la interacción entre los padres y sus hijos, ya que los primeros manifiestan su preocupación por que sienten que están llegando a

perder el control sobre los adolescentes, y los últimos exteriorizan la falta de apertura y confianza de los padres o madres hacia ellos o ellas. La identificación del inicio del consumo de alcohol, la caracterización del adolescente sobre su familia (Trujillo-Guerrero, Vázquez-Cruz, & Córdova-Soriano, 2016) constituye un mecanismo de alerta para identificar situaciones de riesgo, y sugiere conductas del médico y el equipo de salud a la ejecución de intervenciones breves y oportunas en el primer nivel atención.

El objetivo de este estudio fue determinar la relación de la caracterización familiar con el inicio del consumo de alcohol en adolescentes atendidos en el centro de salud San Pablo de Portoviejo, así como las capacidades del equipo de salud para atenderlos durante agosto a octubre 2016.

1.2. Justificación

En Ecuador se reconoce que el estado debe brindar protección, atención y cuidado a los grupos de atención prioritaria, como adultos mayores, niños, niñas y adolescentes, personas con discapacidad, personas en movilidad humana, personas en abandono y personas en mendicidad. Para ello, se requiere fortalecer los sistemas de cuidado y atención integral a niños, niñas, adolescentes y adultos mayores en todo el territorio nacional, e impulsar la corresponsabilidad de la sociedad. (Secretaría Nacional de Planificación y desarrollo, 2013)

La parroquia San Pablo de Portoviejo de la provincia de Manabí, cuenta con una población de 16.136 habitantes, de la cual, 21% son adolescentes, quienes representan 14% de consultas médicas en el Centro de Salud San Pablo.

En las consultas médicas, la interacción entre el médico y adolescente es fundamental en varios sentidos, entre ellos, si se logra dialogar sobre las conductas de riesgo de esta población. Para esta finalidad, se requiere consultas médicas con un tiempo adecuado, a fin de alcanzar un clima de confianza que favorezca la práctica de estrategias adecuadas en el caso de identificar el consumo de alcohol.

Con este estudio se pretendió obtener un conocimiento real del papel protagónico del equipo de salud en la identificación del inicio del consumo alcohol por adolescentes y la relación de este patrón de consumo, con la caracterización de la familia del

adolescente; esto permitió establecer recomendaciones dirigidas a los profesionales de la salud en su rol como primer contacto con la comunidad.

CAPITULO 2. OBJETIVOS E HIPOTESIS

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo General

Determinar la relación de la caracterización familiar con el inicio del consumo de alcohol en adolescentes atendidos en el centro de salud San Pablo de Portoviejo, así como las capacidades del equipo de salud para atender a adolescentes y asesorarlos en temas relacionados con el consumo de alcohol

2.1.2 Objetivos específicos

1. Detallar la caracterización familiar de los adolescentes.
2. Identificar las características del inicio de consumo de alcohol en los adolescentes.
3. Examinar las capacidades y el papel del equipo de salud en la atención de estos problemas, durante el llenado de las historias clínicas del adolescente
4. Incentivar la toma de conciencia del equipo de salud y los mecanismos para fortalecer su rol para intervenciones adecuadas en la prevención y promoción.

2.2 Hipótesis

La caracterización familiar influye en la iniciación del consumo de alcohol en adolescentes atendidos por el equipo de salud del centro de salud San Pablo de Portoviejo.

CAPITULO 3. MARCO TEORICO

3.1 Adolescencia, cambios físicos, psicológicos y sociales

La vida entera de las personas es un continuo cambio, una continua transición, nada es estático. Cada etapa vital es precedida por otra que le condiciona, así como precede a otra etapa que depende de ella, así, la infancia depende de la etapa neonatal, mientras que define la fase prepuberal de toda persona (MSP, 2009a)

La adolescencia es una etapa de transición en la que se producen cambios en sus diferentes esferas, se inicia con la pubertad y termina cuando cesa el desarrollo biopsicosocial, además, transita por varias etapas durante su crecimiento, adquiere: caracteres sexuales secundarios y de reproducción (biológico), pensamientos abstractos, desarrollo moral, planificación, razonamiento, control de impulsos (psicológicos) y busca pertenecer a un grupo o grupos (social) (Norma Armas & Lenin Díaz, 2007)

Para esto cursa por un proceso de exploración y construcción de su identidad, queriendo obtener su autonomía, busca definir su sexualidad, establecer su vocación y sus proyectos de vida. Cuando completa el crecimiento y desarrollo físico, se alcanzan los objetivos psicosociales necesarios en la evolución del adolescente a la edad adulta, siendo este el periodo más sano de la vida desde el punto de vista orgánico, pero también muy problemático y de alto riesgo (MSP, 2009a)

La Sociedad Americana de Salud y Medicina de la adolescencia distingue 3 etapas: adolescencia temprana, media y tardía. Los cambios fisiológicos comprenden la maduración completa de las gónadas y glándulas suprarrenales, adquisición del pico de sus masas ósea, tejido adiposo y muscular. De igual manera logran los objetivos psicosociales.(Am Fam Physician, 1998)

3.11 Situación actual de los adolescentes

En general, la población adolescente en el país, vive diferentes problemáticas, entre ella, la pobreza que “afecta en mayor medida a niños, niñas y adolescentes menores de 15 años (1,35 veces la incidencia a nivel nacional). Por su parte, la incidencia de la extrema pobreza es de 1,40 y 1,15 veces el nivel nacional en el caso de niños, niñas y

adolescentes y adultos mayores, respectivamente (Secretaría Nacional de Planificación y desarrollo, 2013)

Según el instituto Nacional de Estadísticas del año 2010, en Manabí los adolescentes corresponden el 20% de la población total, y en la parroquia San Pablo de Portoviejo de la provincia de Manabí, cuenta con una población de 16.136 habitantes, de los cuales 21% son adolescente, quienes representan 14% de consultas médicas en el Centro de Salud San Pablo (INEC, 2010)

3.11 Morbilidad

Las condiciones de vida y problemas de salud de la población adolescente en el Ecuador, muestra que está afectada, como la población general; la adicción al alcohol y a las drogas está asociada con accidentes y violencia, que también están entre las principales causas de muerte (MSP, 2009a)

La morbilidad que pueden presentar los adolescentes también son consecuencia de su desarrollo psicológico, social (conductas de riesgo), biológico (escoliosis, acné, dismenorrea), enfermedades infecciosas, patologías del adulto que pueden ser detectadas de forma asintomática durante esta etapa (hipertensión, hiperlipemia, obesidad, diabetes) y enfermedades crónicas por las cuales hace años se fallecía antes de llegar a la adolescencia (enfermedades crónicas, cánceres, cardiopatías congénitas) (OMS, 2012)

3.11 Patrones normales del crecimiento y desarrollo físico.

Los cambios puberales al inicio están influidos por variables como la genética, la alimentación, las condiciones medio ambientales, higiene, actividad deportiva, lugar geográfico de residencia, y los estímulos psíquicos y sociales.

En la infancia, los cambios hormonales son dados por la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) y las gonadotropinas hipofisarias: hormona foliculoestimulante (FSH) y hormona luteinizante (LH), éstas, están inhibidas por los inhibidores del sistema nervioso central y por una retroalimentación negativa de los esteroides gonadales, de modo, que aún con niveles muy bajos, son capaces de frenar la producción de GnRH (Robert Rakel & David Rakel, 2011)

Al llegar a la pubertad, se inicia una disminución de la sensibilidad de las neuronas hipotalámicas productoras de GnRH ejercida por los esteroides gonadales, luego se van incrementando la secreción y los pulsos de GnRH, esta actúa sobre la hipófisis estimulando la secreción de FSH y LH, que a su vez estimulan la gónada, con el consiguiente incremento en la producción de andrógenos y estrógenos. (Hidalgo Hidalgo Vicario & María González Fierro, 2014)

En el periodo de los 6 a 8 años de edad ósea, se produce la maduración de los órganos suprarrenales, iniciándose unos dos años antes que el aumento de los esteroides gonadales, y es independiente del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal. Este eje se activa durante la pubertad, causando un aumento en la producción de hormona liberadora de la hormona del crecimiento en el hipotálamo, que, a su vez, aumenta los niveles de factor de crecimiento similar a la insulina tipo 1 (IGFI). (Hidalgo Hidalgo Vicario & María González Fierro, 2014)

3.11 Crecimiento y maduración física

El inicio y la progresión de la pubertad varían de un adolescente a otro, con un amplio rango de normalidad. Los cambios físicos que se dan en la pubertad son: aceleración y desaceleración del crecimiento óseo y de órganos internos, cambios de la composición corporal y maduración sexual. Entre los 12 y 13 años de edad, en las mujeres, y entre los 14 y 15 años de edad, en los hombres, existe una desaceleración del crecimiento que precede al pico de máxima velocidad de crecimiento, este crecimiento puberal supone del 20 al 25% de la talla adulta definitiva (MSP, 2009a)

En ambos sexos, durante el segundo año del estirón es cuando el incremento es mayor, de 5,8 a 13,1 cm, en los chicos, y de 5,4 a 11,2 cm, en las chicas. El patrón de desarrollo es diferente en cada adolescente, cuanto más precoz es la edad de comienzo de la pubertad la ganancia de talla durante la pubertad es mayor (Hidalgo Hidalgo Vicario & María González Fierro, 2014).

Este crecimiento puberal no es armónico, y la talla definitiva se alcanza entre los 16-17 años en las mujeres, puede retrasarse hasta los 21 años en los chicos. El aumento de peso durante el estirón puberal llega a suponer alrededor del 50% del peso ideal del adulto, Las chicas acumulan más grasa, y en los chicos predomina el crecimiento óseo

y muscular, produciendo al final del crecimiento un cuerpo más magro en los varones (Sociedad Andaluza de Med Fam y Com, 2011)

En la maduración sexual, el primer signo de la pubertad en las chicas es el botón mamario, que coincide con una edad ósea de 11 años. El tiempo en el que completan la pubertad en ellas es de unos 4 años, pero puede variar de 1,5 a 8 años.(Hidalgo Hidalgo Vicario & María González Fierro, 2014)

3.11 Aspectos psicosociales

Las transformaciones físicas que cursa el adolescente, se relaciona con la esfera psicológico-social, durante estas transformaciones existe un cambio del pensamiento concreto al abstracto con proyección de futuro, donde sobre los 12 años se alcanza el desarrollo cognitivo con capacidad de pensar en abstracto; el desarrollo moral a los 15-16, donde pueden saber lo que está bien y lo que no lo está (Sociedad Andaluza de Med Fam y Com, 2008)

Entre los 25-30 años se adquiere la capacidad para discernir lo que conviene hacer (planificación, razonamiento y control de impulsos), la maduración definitiva debido a que no se alcanza el desarrollo completo de la corteza prefrontal, esto explica la implicación del joven, en conductas de riesgo. A diferencia del adulto, el adolescente puede dejarse llevar por el primer impulso emocional como el de ira (amígdala), ante un compañero que le insulta y empezar una pelea, o comprometerse en conductas arriesgadas, y esto generalmente no sucede con el adulto ya que tiene el lóbulo frontal totalmente desarrollado (Elgar et al., 2013)

Los objetivos psicosociales a conseguir son:

- Adquirir independencia familiar.

En la adolescencia temprana ya hay un menor interés en realizar actividades paternas y recelo para aceptar sus consejos, que conllevaría a problemas de comportamiento, humor inestable y disminución del rendimiento escolar. En la adolescencia media hay aumento de los conflictos con los padres dedicándose a los amigos. Al final de la adolescencia de nuevo se integra con la familia y es capaz de apreciar sus consejos y valores. Algunos dudan en aceptar responsabilidades, otros tienen la dificultad para

conseguir una independencia económica y continúan dependiendo de su familia(Adolfo Rubinstein & Sergio Terrasa, 2006)

- Tomar conciencia de la imagen corporal y aceptación del cuerpo.

En la fase temprana, hay una gran inseguridad sobre sí mismo, y la preocupación por su apariencia. La mayoría se compara con otros, existiendo un creciente interés sobre la anatomía y la fisiología sexual. Durante la fase media, va aceptando su cuerpo, intentando hacerlo más atractivo o cómodo pero con el riesgo de que pueden aparecer trastornos alimentarios. En la adolescencia tardía, se han completado el crecimiento y desarrollo puberal, se aceptan los cambios, solo preocuparía si en su imagen hay anomalías (Adolfo Rubinstein & Sergio Terrasa, 2006)

- Relación con amigos, encontrar a su pareja.

En la fase temprana existe gran interés por amigos del propio sexo, dándole mayor importancia a sus opiniones y relegando a los padres. Puede haber un estímulo positivo (deporte, lectura) o negativo (alcohol, drogas). Sensaciones de ternura hacia sus iguales, y puede conducirles a miedos y relaciones homosexuales. En la adolescencia media es poderoso el papel de los amigos ya que buscan su integración en la subcultura de estos, influyendo en la conformidad con valores, reglas y forma de vestir, separándose más de la familia. En la fase tardía, el grupo de amigos va perdiendo interés, y van estableciendo relaciones íntimas con sus parejas (Adolfo Rubinstein & Sergio Terrasa, 2006)

- Identidad.

En la fase precoz, empieza a establecer fantasías, objetivos vocacionales irreales, emergen sentimientos sexuales, con falta de control de impulsos que conllevan al desafío a la autoridad y comportamiento arriesgado. En la fase media, hay mayor capacidad intelectual, de creatividad, aumentan los sentimientos y establecen empatías. Pero también aparecen los sentimientos de omnipotencia e inmortalidad que pueden llevarle a conductas arriesgadas. En la adolescencia tardía, se establecen los objetivos vocacionales prácticos y realistas, delimitando los valores morales, religiosos y sexuales, y establecen límites y mejoran la capacidad para comprometerse. Independencia financiera (Adolfo Rubinstein & Sergio Terrasa, 2006)

3.11 Adolescentes y sus familias

Existen dos objetivos principales de la vida humana que dirige a toda la conducta (teoría de la paz y el equilibrio), a partir del que cada uno trata de sobrevivir, ser atractivo, conservar a una pareja y criar a los hijos; es aquí ese intento de los padres de integrar a los hijos a una psicocultura, con el miedo a dejar en libertad a los hijos adolescentes porque creen que ellos no tomaran un buen camino y tratan de utilizar estrategias de imposición o represión, originando conflictos al tratar de idealizar a sus hijos sin aceptar sus fallas.(Medina et al., 2011b)

La Organización de Naciones Unidas, ha definido a la familia como un grupo de personas que tienen un hogar, con cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al cabeza de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos, siendo el hogar el espacio físico donde habita la familia. (Sociedad Andaluza de Med Fam y Com, 2011)

La familia como unidad social primaria, ocupa un papel fundamental en la comprensión del adolescente ya que aquí se enfrenta a los cambios provocados por la adolescencia, por lo que el apoyo es fundamental aún en situaciones donde no se compartan los mismos puntos de vista, ya que se debe recordar que este adolescente está sometido a varias tensiones. (Sociedad Andaluza de Med Fam y Com, 2011)

Tanto la función familiar y el apoyo social se relacionan con el consumo de sustancias entre adolescentes. Diferentes estudios revelan que existe una relación e incremento significativo del consumo de alcohol en adolescentes con disfunciones familiares, y aunque la mayoría de los adolescentes refieren buena salud física, la presencia de síntomas sugerentes de malestar psíquico crea una asociación entre disfunción familiar con los síntomas depresivos (Teresa Isabel Jiménez, Gonzalo Musitu, & Sergio Murgui, 2006)

Los antecedentes familiares de consumo de alcohol, es un factor de vulnerabilidad para el adolescente, y relacionados con las condiciones genéticas y ambientales, este grupo son uno de los más vulnerables, contribuyendo al aumento de la susceptibilidad al consumo de alcohol. De igual manera los diferentes grupos culturales

Por otro lado existe aún ese pensamiento de que la familia lo lidera el hombre, sin permitir más allá a la mujer de negociar con su pareja la dinámica familiar, donde es el padre el que establece reglas sin dejar que la familia sea un sistema en la que deban organizar una convivencia regulada por roles, reglas, funciones y su interacción con el resto de sistemas sociales.

3.11 Tipos de familia.

Según la Constitución de la República del Ecuador en el Art. 67 señala lo siguiente: “Se reconoce la familia en sus diversos tipos. El Estado la protegerá como núcleo fundamental de la sociedad y garantizará condiciones que favorezcan integralmente la consecución de sus fines. Éstas se constituirán por vínculos jurídicos o de hecho y se basarán en la igualdad de derechos y oportunidades de sus integrantes”. («Constitución De La Republica Del Ecuador 2008 - A._Constitucion_Republica_Ecuador_2008 constitucion.Pdf», S. F.)

Según Minuchín y H. Charles Fishman, nos presenta varios tipos de familia. («Teoría Estructural Familiar - teoriaestructural.pdf», s. f.)

- Familia extensa

Es aquella en la que conviven en el mismo hogar más de dos generaciones, es conocida también como familia extendida. Ejemplo: en nuestro país, cuando un hijo se casa, sus padres le permiten por una temporada inicial, en calidad de apoyo económico, seguir compartiendo dentro de su casa con su pareja y aun con sus hijos.

- Familia nuclear

Está conformada por dos individuos adultos de distinto sexo que ejercen el papel de padres y sus hijos.

- Personas sin familia.

Se incluye a esta denominación a: adultos solteros que viven solos, divorciados o viudos que viven solos; ancianos viviendo solos.

- Equivalentes familiares.

Individuos adultos que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar. Ejemplo: amigos que viven juntos compartiendo el espacio físico y la comida.

- Familia corporativa.

Grupo de individuos que viven bajo el mismo techo y están organizados alrededor de actividades importantes desarrolladas en común. Ejemplo: comunidades religiosas.

- Familia ampliada

Cualquiera de las formas de familia mencionadas anteriormente puede ampliarse con la presencia de un pariente con lazos de consanguinidad más lejanos Ejemplo: familia nuclear que ha recibido en su casa a una tía abuela y vive con ellos.

Todos estos tipos de familia tiene sus estructuras y características propias de acuerdo al contexto en donde se desarrollen, cada una de estas familias tiene límites claros, rígidos o difusos donde sus integrantes al conocer sus jerarquías, alianzas, coaliciones, normas y comunicación aprenden a interactuar en el medio que se desenvuelven. (Norma Armas & Lenin Díaz, 2007)

3.11 Funciones de la familia

La finalidad por excelencia, determinada por la especie, es la reproducción, es decir generar nuevos individuos a la sociedad. Para alcanzar esta finalidad debe cumplir con una serie de objetivos intermedios:

- Dar a todos y cada uno de sus miembros seguridad afectiva.
 - Dar a todos y a cada uno de sus miembros seguridad económica.
 - Proporcionar a la pareja pleno goce de sus funciones sexuales, dar a los hijos la noción firme y vivenciada del modelo sexual, que les permita identificaciones claras y adecuadas.
 - Enseñar respuestas adaptativas a sus miembros para la interacción social.
- (Norma Armas & Lenin Díaz, 2007)

Según Minuchín, el sistema familiar se diferencia en subsistemas así puede desempeñar sus funciones, estos subsistemas no son absolutos, también se superponen y entran en funcionamiento según el momento familiar con sus roles, funciones y tareas específicas. Se propone el cambio en el sistema para poder restablecer un

funcionamiento adecuado, este cambio requiere la identificación de la estructura familiar y, al mismo tiempo, la comprensión de la forma cómo el o los síntomas se conectan con dicha estructura (Salvador Minuchín, 1974)

Existen también otros subsistemas interaccionados con la familia (Patricia Herrera, 1997)

- Subsistema de autonomía:
- Subsistema de cuidados mutuos.
- Subsistema afectivo-empático.
- Subsistema de definición de límites intergeneracionales.
- Subsistema de resolución de conflictos.
- Subsistema de hermanos.
- Subsistema sensorial-sexual.
- Subsistema comunicacional.

3.11 Adolescentes y Alcohol

Como parte de la cultura se considera en muchas sociedades del mundo, el alcohol se considera como una bebida espirituosa (que anima), con propiedades terapéuticas y de uso recreativo, capaz de modificar el ánimo provocando sensaciones como efusividad a la agresividad (José F. Olcina Rodríguez & Ramón Llorens Martínez, 2013)

La accesibilidad a las bebidas alcohólicas junto a la aceptación social favorece un bien patrimonial y cultural. Se ha identificado como una causa de decenas de enfermedades, relacionado con el patrón y volumen de consumo. Los episodios de consumo excesivo estaría en el rango de más de 20 gramos de alcohol en al menos una sola ocasión en un mes.(OMS, 2014)

Las posibilidades de que el adolescente se comprometa en conductas de riesgo como el consumo de alcohol, no solo depende de la mayor o menor capacidad de adaptación durante su desarrollo, también existe una relación con el yo individual y familiar, pero también podría estar determinada por los recursos disponibles para afrontar estos cambios y sus redes sociales (Norma Armas & Lenin Díaz, 2007)

Existen tres mecanismos directos causados por el consumo de alcohol: efectos tóxicos en el organismo, deterioro de la coordinación física, conciencia, cognición, percepción, afecto y comportamiento, y por último, la dependencia. Los antecedentes familiares de consumo de alcohol, es un factor de vulnerabilidad relacionado a las condiciones genéticas y ambientales, donde el grupo de los adolescentes son uno de los más vulnerables, contribuyendo al aumento de la susceptibilidad a las propiedades psicotrópicas del alcohol (Adolfo Rubinstein & Sergio Terrasa, 2006)

En el caso de mi población existen un conjunto de provisiones que quisiera identificar, las familias o el apoyo social que proporcionan provisiones expresivas, instrumentales en lo que se refiere al consumo de alcohol en adolescentes, situaciones cotidianas como la crisis, el bajo apoyo familiar o el alto apoyo que se relacionen directa o indirectamente para una selección positiva o negativa de iguales.

3.11 Equipo de salud

El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS-FCI) asume el concepto de salud dado por la Organización Mundial de la Salud, define salud como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales. (MSP, 2012)

La salud como producto de las condiciones sociales y biológicas, permiten el desarrollo integral a nivel individual y colectivo, construyéndose en el marco de las condiciones económicas, sociales, políticas, culturales y ambientales; de las formas de relación con los grupos sociales, en el que cada sociedad se organiza para la distribución de los bienes, entre ellos los servicios de salud y de cómo a nivel individual y sobre una base biológica y espiritual se procesan estas condiciones.(MSP, 2012)

La OMS implementa acciones orientadas al mejoramiento de la calidad de vida de la población como una condición ineludible para el logro de la salud. La estrategia de promoción de la salud establece algunos lineamientos como reorientar el modelo de atención hacia un enfoque integral en el que las acciones de prevención y promoción

de la salud son los ejes fundamentales, la construcción de políticas públicas saludables, intervenciones intersectoriales, la promoción de estilos de vida y espacios saludables, y la participación activa de la población (MSP, 2012)

3.11 Grupos de atención prioritaria:

La Constitución Ecuatoriana en el artículo 35 establece que las personas y grupos de atención prioritaria: adultos mayores, mujeres embarazadas; niños, niñas y adolescentes; personas con discapacidad; personas privadas de la libertad, personas que adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad; así como las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos, quienes recibirán atención prioritaria y especializada de los servicios públicos y privados.(MSP, 2009a)

El enfoque de atención de la salud de adolescentes va cambiando hacia una salud que sólo puede lograrse con la activa participación de los adolescentes, sus familias y la comunidad, junto a otros esfuerzos intersectoriales e interinstitucionales. En este contexto se vuelve imprescindible reconocer a las y los adolescentes como sujetos de derecho y actores protagónicos de su propio desarrollo. (MSP, 2009a)

La American Academy of Family Physicians ha reconocido que la medicina de la adolescencia precisa unos requisitos educativos singulares para los médicos, por lo cual ha propuesto una sistemática en consulta que se resumiría en el acrónimo FACTORES (Hidalgo Hidalgo Vicario & María González Fierro, 2014)

F-familia: dinámica familiar, funcionalidad y estructura.

A-amistades: apoyo social, actividades de ocio, satisfacción.

C-colegio: integración y satisfacción, rendimiento académico

T-tóxicos: contacto, consumo y abuso de alcohol, tabaco y drogas ilegales, ambiente y patrones de consumo.

O-objetivos: perspectivas de futuro (estudios, trabajo), ideales, ilusiones.

R-riesgos: uso de vehículos a motor, deportes de riesgo, ambientes violentos, conductas sexuales de riesgo, alteraciones en la alimentación, medicación.

E-estima: aceptación personal, autoestima, percepción corporal.

S-sexualidad: información, identidad, actividad, precauciones.

Diferentes guías internacionales de práctica clínica de asociaciones médicas (American Médica/ Association, American Academy of Pediatrics, Institute for Clinical Systems Improvement, American Academy of Family Physicians) recomiendan distintos calendarios de atención al adolescente, coincidiendo en la necesidad de un control en cada etapa de la adolescencia (inicial, media y tardía), con los siguientes objetivos (Trujillo-Guerrero et al., 2016):

Realizar un seguimiento del desarrollo físico y psicosocial en cada etapa.

- Identificar estilos de hábitos nocivos para la salud del adolescente y coordinar actividades de prevención y promoción de la salud.
- Establecer una comunicación adecuada entre médico(o Unidad de Atención Familiar), adolescente y familia, y proporcionar información completa y entendible.
- Realizar una adecuada inmunización del adolescente ante enfermedades infectocontagiosas propias de esta etapa.
- Valorar la capacidad ética del adolescente en las decisiones que afectan a su salud y estimular la responsabilidad de forma progresiva.

Definir la adolescencia como un estado de desarrollo biopsicosocial es limitado, son innumerables los cambios que se manifiestan, sobre todo en la biología corporal. Resulta fundamental entender que los cuerpos humanos son espacios en los que se construyen las identidades individuales, influenciadas por las identidades colectivas, en espacios territoriales, sociales y culturales específicos. (OMS & OPS, 2010)

El empoderamiento por parte del equipo de salud para identificar estos riesgos durante la atención de los adolescentes. Esto también va cambiando, desde una visión del médico de atención primaria, a realizar una práctica hacia una salud que sólo puede lograrse con la activa participación con el adolescente y su familia. Además junto a otros esfuerzos intersectoriales e interinstitucionales. En este contexto se vuelve

imprescindible reconocer a las y los adolescentes que están en un círculo de riesgo.(MSP, 2009b)

CAPITULO 4. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de estudio

Corte transversal, no probabilístico y correlacional.

Es un estudio de caso para definir la influencia de la condición familiar en la iniciación del consumo de alcohol en adolescentes que acuden al centro de salud San Pablo, a partir de fuentes secundarias. En lo central se definieron las características de las familias y de los adolescentes atendidos, desde el registro de la historia clínica. Adicionalmente, se valoró la autopercepción sobre el nivel de capacidades del equipo de salud para atender y asesorar a adolescentes respecto al consumo de alcohol (**Ver anexo 1**)

4.2. Muestra

4.1.1. Universo

El universo de estudio fue las historias clínicas de adolescentes atendidos/as en el Centro de Salud San Pablo y el personal profesional que labora en el Centro de Salud San Pablo.

4.1.2. Muestra

La muestra no probabilística, fue el universo de estudio, considerando los criterios de inclusión y exclusión.

4.3. Criterios de inclusión

- Adolescentes usuarias/os de la comunidad San Pablo.
- Historias clínicas de los adolescentes.
- Profesionales de atención primaria del centro de salud San Pablo

- Aceptación para participar en el estudio, reflejado en el consentimiento informado por cada profesional de atención primaria.

4.4. Criterios de exclusión

- Historias clínicas incompletas.
- Mala legibilidad de historias clínicas.

4.5. Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN	TIPO	ESCALA	INDICADOR
ADOLESCENTE	Según la Organización Panamericana de la salud la adolescencia es el periodo comprendido entre 10 a 19 años que incluyen cambios biológicos, psicológicos y sociales	Numérico	Grupos de edad 10 - 13 años 14 – 16 años 17 – 19 años	Medidas de tendencia central: Mediana
GENERO	La OMS define como las características biológicas que define a un ser humano como masculino o femenino	Nominal	Masculino Femenino	Razón /proporción
CONSUMO DE ALCOHOL	Ingesta y autoadministración de bebidas que contengan alcohol	Nominal	No consume Sí consume	Medidas de tenencia central
	Edad de inicio del consumo	Numérico	Meses Años	Razón/proporción
	Cantidad de consumo	Numérico	Rangos de consumo estimado en mg/ml de etanol	Razón/proporción
	Frecuencia de consumo	Nominal	Escala cualitativa (esporádico, mensual, semanal)	Razón/proporción
CARACTERIZACION DE LA FAMILIA DEL ADOLESCENTE	Por su Integración	Nominal	Escala cualitativa Integrada Desintegrada	Proporción

	Por su Desarrollo (trabajo)	Nominal	Escala cualitativa Moderna Tradicional	Proporción
	Por su Funcionalidad (percepción del adolescente sobre su familia)	Nominal	Buena (funcional) Mala (disfuncional)	Proporción
CAPACIDADES DE ATENCION DE ADOLESCENTES EN PERSONAL DE SALUD (Profesionales en atención primaria de Salud).	Evaluación de conocimientos en procedimiento de llenado del formulario CLAP	Nominal	Rangos de acierto (80-100%; 51-79%; menos de 50%)	Razón / proporción
	Llenado adecuado de las fichas de adolescentes del CLAP	Nominal	Rangos de acierto (80-100%; 51-79%; menos de 50%)	Razón / proporción
	Encuesta de autopercepción de capacidades de atención y asesoría a adolescentes	Nominal	Rangos de acierto (80-100%; 51-79%; menos de 50%)	Razón / proporción

4.6. Procedimiento de recolección de información

Para la información de las características familiares y de adolescentes, se revisaron los datos de las historias clínicas de adolescentes o fichas clínicas CLAP, que registran la atención de adolescentes en el Centro de Salud, y que cumple con los lineamientos de la Organización Panamericana de la Salud, **(Anexo 2)**.

Estas fichas incluyen: antecedentes personales, familiares, hábitos de salud, factores protectores y de riesgo, aspectos relativos a sexualidad, escolaridad, consumo de sustancias, situación psicoemocional, motivos de consulta, examen físico, diagnósticos efectuados e indicaciones otorgadas. Además, desde la misma fuente secundaria, se recogieron los datos que caracterizan a la familia, el consumo de alcohol dentro de los hábitos y las intervenciones descritas por el médico-a.

Las capacidades del personal de salud se valoraron con una encuesta con preguntas dirigidas a registrar la autopercepción de los profesionales sobre sus conocimientos y capacidades en los aspectos de atención y asesoría en consumo de alcohol a adolescentes que acuden al centro de salud **(Anexo 3)**.

4.7. Plan análisis de datos

Se analizaron los datos recogidos de las historias clínicas de adolescentes y se procesó en una base de datos IBM SPSS (antes llamado o conocido como Statistical Product and Service Solutions) donde se estudiaron los resultados en base a los indicadores mencionados y permitieron la elaboración de gráficos. Además se tabularon los datos de las encuestas al personal de salud.

4.8. Aspectos bioéticos

Los principios éticos de la investigación se garantizaron mediante la aplicación del consentimiento informado (**Anexo 4**) por parte del líder de la unidad de salud, así como asegurando el anonimato de los datos de las historias revisadas y la confidencialidad de la información. El formato de consentimiento utilizado es el definido por la PUCE.

4.9. Aspectos administrativos

Los recursos a emplear son:

4.9.1. Recursos Humanos

- Estudiante de Postgrado
- Tutores

4.9.2. Recursos físicos

- Historias clínicas de los adolescentes usuarios del centro de Salud San Pablo.
- Hojas de consentimiento informado por parte del líder de la Unidad.
- Computadora
- Papel
- Impresora y tinta de impresora
- Esferos, lápiz y borrador

Presupuesto del proyecto \$2.000.

4.9.3. Cronograma de trabajo

ACTIVIDADES	DURACION SEMANAS													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
PRUEBA DE INSTRUMENTOS														
RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN														
PROCESAMIENTO DE DATOS														
ANALISIS DE DATOS														
ELABORACIÓN DEL REPORTE FINAL														

CAPITULO 5. RESULTADOS

5.1. Análisis univariado

Tabla 1 Datos demográficos de los usuarios adolescentes atendidos en el Centro de salud San Pablo. Agosto – octubre 2016

Edad (años) n=118	n (%)
10 a 13 años	28 (23,7%)
14 a 16 años	75 (63,6%)
17 a 19 años	15 (12,7%)
Género: n=118	
Masculino, n (%)	56 (47,5%)
Femenino, n (%)	62 (52,5%)

Elaborado por Rosalyn Salazar.

Fuente: Estudio: Caracterización familiar e iniciación del consumo de alcohol en adolescentes atendidos en el Centro de salud San Pablo de Portoviejo. Rol del equipo de salud. Agosto – octubre 2016

La tabla 1 corresponde a las características demográficas de la población de estudio. Según los datos obtenidos de las historias clínicas, el grupo de edad que con más frecuencia se atienden son los que se encuentran entre los 14 a 16 años con el 63,6%, seguido del grupo de 10 a 13 años con el 28%. Las mujeres prevalecieron en comparación a los hombres, con el 52,5%.

Tabla 2 Caracterización familiar de adolescentes atendidos en el Centro de salud San Pablo. Agosto – octubre 2016.

Integración familiar: n=118	n (%)
Integrada	92 (78%)
Desintegrada	26 (22%)
Familia según su desarrollo: n=118	
Tradicional	64 (54,2%)
Moderna	54 (45,8%)
Funcionalidad familiar: n=118	
Funcional	93 (78,8%)
Disfuncional	25 (21,2%)

Elaborado por Rosalyn Salazar.

Fuente: Estudio: Caracterización familiar e iniciación del consumo de alcohol en adolescentes atendidos en el Centro de salud San Pablo de Portoviejo. Rol del equipo de salud. Agosto – octubre 2016

La tabla 2 muestra la caracterización familiar de los adolescentes, datos que provienen de las percepciones tomadas y registradas en la historia clínica. Los datos encontrados indican que, para los adolescentes, la gran mayoría son familias integradas (78%) y quedado el 22% como familias desintegradas. El grupo adolescente califica 54,2% como familias tradicionales, y 45,8% como familias modernas. Finalmente, se expresa que 78,8% son familias funcionales y 21,2% son familias disfuncionales.

*Tabla 3 Consumo de alcohol en adolescentes atendidos en el Centro de salud San Pablo.
Agosto – octubre 2016.*

Consumo de alcohol: n=118	n %
Si, n (%)	69 (58,5%)
No, n (%)	49 (41,5%)
Edad de inicio del consumo de alcohol n=69	
10 a 13 años, n (%)	41 (59,4%)
14 a 16 años, n (%)	27 (39,1%)
17 a 19 años, n (%)	1 (1,4 %)
Cantidad de alcohol consumen (mg/ml) n=69	
Menos de 10, n (%)	47 (68,1%)
10 a 20, n (%)	14(20,3%)
Más de 20, n (%)	8(11,6%)
Frecuencia del consumo de alcohol n=69	
Diario, n (%)	1 (1,4%)
Fines de semana, n (%)	32 (46,4%)
1 o 2 veces al mes, n (%)	36 (52,2%)

Elaborado por Rosalyn Salazar.

Fuente: Estudio: Caracterización familiar e iniciación del consumo de alcohol en adolescentes atendidos en el Centro de salud San Pablo de Portoviejo. Rol del equipo de salud. Agosto – octubre 2016

La tabla 3 muestra las características del consumo de alcohol en los adolescentes. 58,5% de la población estudiada consume alcohol. Un alto porcentaje de ellos y ellas, inició el consumo de alcohol de forma temprana, pues 59,4% de quienes manifestaron que consumen alcohol, lo hizo entre 10 y 13 años de edad. El 68% de los adolescentes que dicen que consumen alcohol, lo hace en menos 10 mg/ml de alcohol, y con una frecuencia de 1 o 2 veces al mes (52,2%); un alarmante 46,4% consume los fines de semana y 1,4% consume a diario.

Tabla 4 Historias clínicas (HC) CLAP de adolescentes atendidos en el Centro de salud San Pablo. Agosto – octubre 2016.

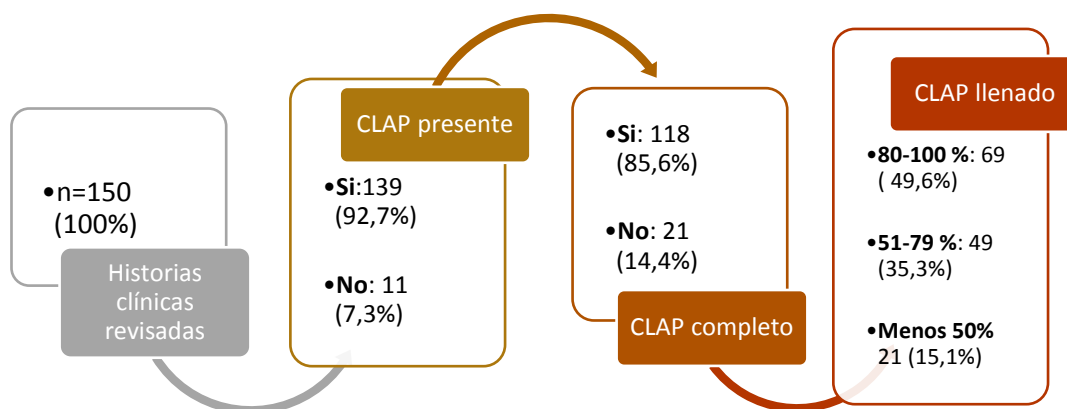
HC CLAP presente n=150	n, %
Si	139 (92,7%)
No	11 (7,3%)
HC CLAP completo n=139	
Si	118 (85,6%)
No	21 (14,4%)
HC CLAP llenado n=139	
80-100%	69(49,6%)
51-79%	49 (35,3%)
Menos 50%	21 (15,1%)

Elaborado por Rosalyn Salazar.

Fuente: Estudio: Caracterización familiar e iniciación del consumo de alcohol en adolescentes atendidos en el Centro de salud San Pablo de Portoviejo. Rol del equipo de salud. Agosto – octubre 2016

De un total de 150 carpetas revisadas, 139 (92,7%) presentan el formulario CLAP, lo que implica que el profesional de salud se tomó el tiempo para revisar con el o la adolescente, su situación. De todas las historias con el formulario CLAP, se constata que 118 (85,6%) tienen los datos (variables) para la investigación, mientras que 21 (14,4%) no están completos. De las 139 historias con formulario CLAP, 69 (50%) tienen más del 80% de llenado, 49 (35%) tienen más de la mitad de los datos llenados, y 21 (15%) tienen lleno menos del 50% de los datos. Se excluyen 31 carpetas de la investigación porque las historias clínicas no cumplieron los criterios de inclusión para el estudio.

Ilustración 1 Historias clínicas (HC) CLAP de adolescentes atendidos en el Centro de salud San Pablo. Agosto – octubre 2016.



Elaborado por Rosalyn Salazar.

Fuente: Estudio: Caracterización familiar e iniciación del consumo de alcohol en adolescentes atendidos en el Centro de salud San Pablo de Portoviejo. Rol del equipo de salud. Agosto – octubre 2016

5.2. Análisis bivariado

5.1.1. Relación de factores demográficos de los adolescentes con el consumo de alcohol

Tabla 5 Variables caracterización familiar y consumo de alcohol de los usuarios adolescentes atendidos en el Centro de salud San Pablo

VARIABLES	CONSUMO DE ALCOHOL n (%)		PRUEBA CHI CUADRADO DE PEARSON	TOTAL n (%)
	SI	NO		
CARACTERIZACION FAMILIAR				
Por su integración				
Integrada	54 (45,8)	38 (32,2)	0,08 (0,927)	92 (78,0)
Desintegrada	15 (12,7)	11 (9,3)		26 (22,0)
Por su desarrollo				
Tradicional	36 (30,5)	28 (23,7)	0,285 (0,593)	64 (54,2)
Moderna	33 (28,0)	21 (17,8)		54 (45,8)
Por su funcionalidad				
Funcional	55 (46,6)	38 (32,2)	0,80 (0,777)	93 (78,8)
Disfuncional	14 (11,9)	11 (9,3)		25 (21,2)

Elaborado por Rosalyn Salazar.

Fuente: Estudio: Caracterización familiar e iniciación del consumo de alcohol en adolescentes atendidos en el Centro de salud San Pablo de Portoviejo. Rol del equipo de salud. Agosto – octubre 2016

La tabla 5 muestra el análisis bivariado entre la caracterización familiar y el consumo de alcohol en adolescentes. Hay mayor prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes con familias integradas (45,8%), tradicionales (30,5%) y funcionales (46,6%).

Mediante la prueba del chi cuadrado, se pudo observar que el consumo del alcohol no está significativamente asociada a tener familias disfuncionales, modernas o desintegradas.

Tabla 6. Variables género y consumo de alcohol de los usuarios adolescentes atendidos en el Centro de salud San Pablo.

VARIABLES	CONSUMO DE ALCOHOL n (%)		PRUEBA CHI CUADRADO DE PEARSON (sig.)	TOTAL n (%)
	SI	NO		
GENERO				
Masculino	35 (29,7)	21 (17,8)	0,711 (0,399)	56 (47,5)
Femenino	34 (28,8)	28 (23,7)		62 (52,5)

Elaborado por Rosalyn Salazar.

Fuente: Estudio: Caracterización familiar e iniciación del consumo de alcohol en adolescentes atendidos en el Centro de salud San Pablo de Portoviejo. Rol del equipo de salud. Agosto – octubre 2016

La tabla 6 muestra la correlación del consumo de alcohol y el género de los adolescentes. Se aprecia que el consumo de alcohol es igual en hombres como en mujeres. Mediante la prueba del chi cuadrado, se pudo observar que el consumo del alcohol no está significativamente asociada con el género de los adolescentes.

5.1.2. Relación de factores demográficos con edad de inicio de consumo de alcohol.

Tabla 7 Variables género y edad de inicio de consumo de alcohol de los usuarios adolescentes atendidos en el Centro de salud San Pablo. Agosto – Octubre 2016.

VARIABLES	EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL n (%)			PRUEBA CHI CUADRADO DE PEARSON (sig.)	TOTAL n (%)	IC
	10-13 a	14-16 a	17-19 a			
GENERO						
Masculino	18 (26,1)	16(23,2)	1 (1,4)	3,22 (0,199)	35 (50,7)	1,32-1,71 (1,51)
Femenino	24 (34,8)	10 (14,5)	0 (0,0)		34 (49,3)	

Elaborado por Rosalyn Salazar.

Fuente: Estudio: Caracterización familiar e iniciación del consumo de alcohol en adolescentes atendidos en el Centro de salud San Pablo de Portoviejo. Rol del equipo de salud. Agosto – octubre 2016

La tabla 7 muestra la correlación entre género de los adolescentes y edad de inicio de consumo de alcohol. Respecto al género, se aprecia que del total de la población estudiada, el inicio de consumo de alcohol se produce en hombres como en mujeres por igual. Llama la atención que la edad de inicio de consumo de alcohol es mayor en las mujeres de entre 10 a 13 años (34,8%), seguido, los hombres del mismo grupo de edad (26,1%). En cambio que el grupo de las mujeres de 17 a 19 años, no hay datos de inicio de consumo de alcohol en estas edades. Mediante la prueba del chi cuadrado, se pudo observar que la edad de inicio de consumo del alcohol no está significativamente asociada con el género de los adolescentes.

Tabla 8. Variables caracterización familiar y edad de inicio de consumo de alcohol en adolescentes atendidos en el Centro de salud San Pablo. Agosto – octubre 2016.

VARIABLES	EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL n (%)			PRUEBA CHI CUADRADO DE PEARSON	TOTAL n (%)	IC (media)
	10-13 a	14-16 a	17-19 a			
CARACTERIZA CION FAMILIAR						
Por su integración						
Integrada	33 (47,8)	20(29,0)	1 (1,4)	0,38 (0,857)	54 (78,3)	1,26-1,55 (1,41)
Desintegrada	9 (13,0)	6 (8,7)	0 (0,0)		15 (21,7)	1,12-1,68 (1,40)
Por su desarrollo						
Tradicional	22 (39,1)	14 (20,3)	0 (0,0)	1,21 (0,571)	36 (52,2)	1,22-1,56 (1,39)
Moderna	20 (29,0)	12(17,4)	1 (1,4)		33 (47,8)	1,23-1,62 (1,42)
Por su funcionalidad						
Funcional	33 (49,3)	21 (29,0)	1 (1,4)	0,41 (0,811)	47 (68,1)	1,26-1,54 (1,40)
Disfuncional	8 (11,6)	6 (8,7)	0 (0,0)		14 (20,3)	1,13-1,73 (1,43)

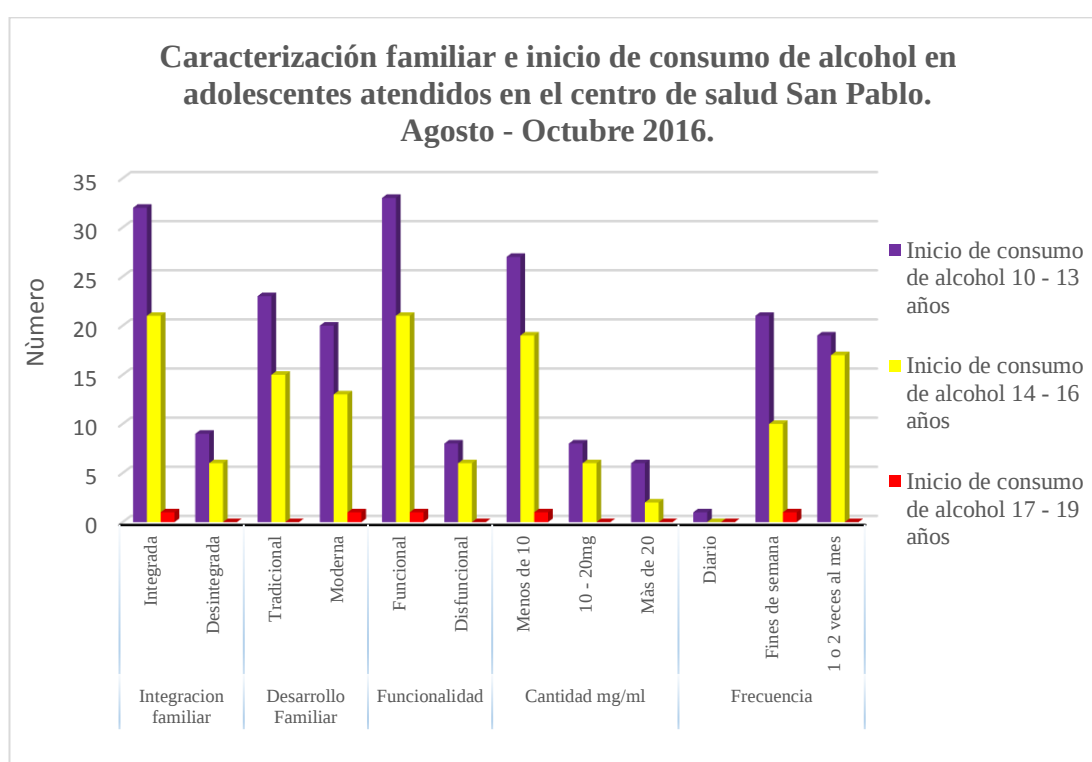
Elaborado por Rosalyn Salazar.

Fuente: Estudio: Caracterización familiar e iniciación del consumo de alcohol en adolescentes atendidos en el Centro de salud San Pablo de Portoviejo. Rol del equipo de salud. Agosto – octubre 2016

La tabla 8 muestra el análisis bivariado entre la caracterización familiar y la edad de inicio de consumo de alcohol en adolescentes. Por la integración familiar, la edad de inicio de consumo de alcohol es mayor en el grupo de 10 a 13 años de adolescentes con familias integradas (47,8%). Por su desarrollo, los datos muestran de igual manera una mayor prevalencia en el grupo de 10 a 13 años pero con una diferencia mínima entre familias modernas (29%) y tradicionales (39%). Por su funcionalidad, en este caso se mantiene mayor prevalencia de inicio de consumo de alcohol entre los 10 a 13 años en familias funcionales (49,3%), seguido del grupo de los 14 a 16 años (29%)

Mediante la prueba del chi cuadrado, se pudo observar que la edad de inicio de consumo del alcohol no está significativamente asociada a tener familias disfuncionales, tradicionales o desintegradas.

Ilustración 2 Caracterización familiar e inicio de consumo de alcohol en adolescentes atendidos en el Centro de salud San Pablo. Agosto – Octubre 2016.



Elaborado por Rosalyn Salazar.

Fuente: Estudio: Caracterización familiar e iniciación del consumo de alcohol en adolescentes atendidos en el Centro de salud San Pablo de Portoviejo. Rol del equipo de salud. Agosto – octubre 2016

Tabla 9 Variables cantidad de consumo de alcohol y edad de inicio en adolescentes atendidos en el Centro de salud San Pablo. Agosto – octubre 2016.

VARIABLES	EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL n (%)			PRUEBA CHI CUADRADO DE PEARSON	TOTAL	IC
	10-13 a	14-16 a	17-19 a			
CONSUMO DE ALCOHOL						
Cantidad mg/ml						
Menos de 10	27 (39,1)	19 (27,5)	1 (1,4)	1,29 (0,862)	47 (68,1)	1,29-1,61 (1,45)
10-20	9 (13,0)	5 (7,2)	0 (0,0)		14 (20,3)	1,07-1,64 (1,36)
Más de 20	6 (8,7)	2 (2,9)	0 (0,0)		8 (11,6)	0,86-1,64 (1,25)
FRECUENCIA DE CONSUMO						
Diario	1 (1,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	3,41 (0,582)	1 (1,4)	
Fines de semana	21 (30,4)	10 (14,5)	1 (1,4)		32 (45,4)	1,18-1,57 (1,38)
1 o 2 veces al mes	20 (29,0)	16 (23,2)	0 (0,0)		36 (52,2)	1,27-1,61 (1,44)

Elaborado por Rosalyn Salazar.

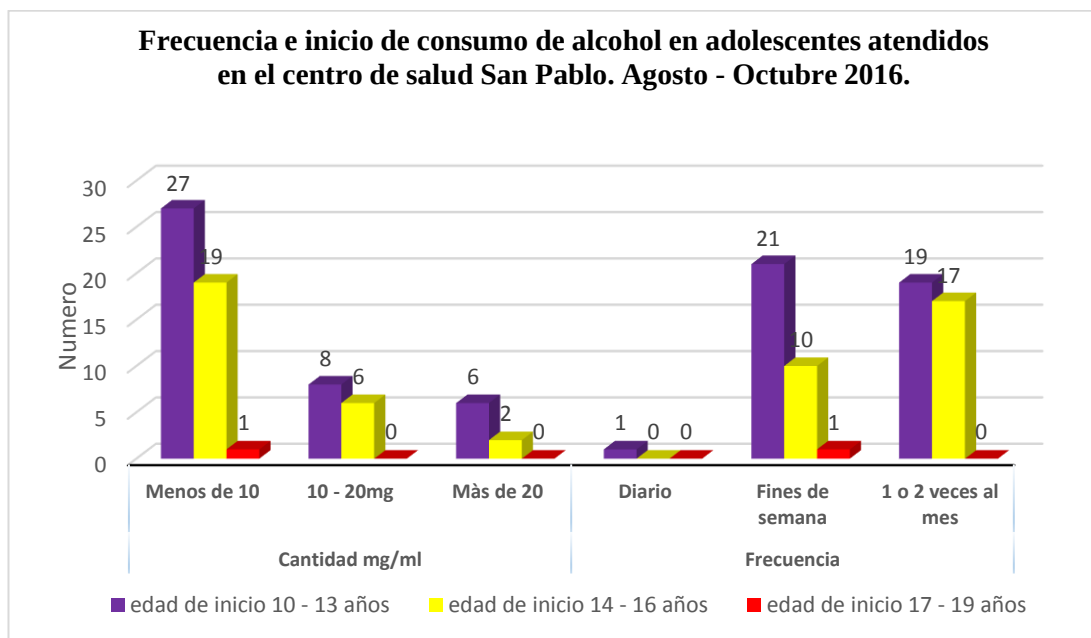
Fuente: Estudio: Caracterización familiar e iniciación del consumo de alcohol en adolescentes atendidos en el Centro de salud San Pablo de Portoviejo. Rol del equipo de salud. Agosto – octubre 2016

En la tabla 9 muestra las características de consumo de alcohol y edad de inicio. En cuanto a la cantidad de consumo de alcohol es mayor en los grupos de 10 a 13 años (39,1%), con una cantidad de menos de 10 mg/ml. El 11,6% de la población estudiada, consumen más de 20 mg por mililitro.

El 52,2 % de los adolescentes consumen alcohol 1 o 2 veces al mes, pero el 1,4 % de adolescentes, consume diariamente.

Mediante la prueba del chi cuadrado, se pudo observar que la edad de inicio de consumo del alcohol no está significativamente asociada con la cantidad ni la frecuencia de consumo de alcohol en adolescentes.

Ilustración 3. Cantidad y Frecuencia en relación a la edad de inicio de consumo de alcohol en adolescentes atendidos en el Centro de salud San Pablo. Agosto – Octubre 2016.



Elaborado por Rosalyn Salazar.

Fuente: Estudio: Caracterización familiar e iniciación del consumo de alcohol en adolescentes atendidos en el Centro de salud San Pablo de Portoviejo. Rol del equipo de salud. Agosto – octubre 2016

5.3. Análisis cualitativo: Rol del equipo de salud

5.3.1 Encuesta sobre autopercepción de los profesionales sobre sus conocimientos y capacidades en atención y/o asesoría en consumo de alcohol a adolescentes que acuden al centro de salud: Capacitación en llenado de HCA del CLAP

Siete de cada diez profesionales respondieron que el lugar de registro de la atención y de la consulta es la HCA CLAP; 8 de 10 profesionales refiere que han sido recibido alguna capacitación en el llenado de la historia clínica del adolescente, de éstos, dos fueron por auto capacitación hace meses, con una duración de 1 hasta 40 horas.

5.3.2 Encuesta sobre autopercepción de los profesionales sobre sus conocimientos y capacidades en atención y/o asesoría en consumo de alcohol a adolescentes que acuden al centro de salud: Autopercepción de capacidad para llenado de HCA

En la autopercepción sobre la capacidad para llenado de la HCA, 7 de diez se sienten bastante capaces de llenar la historia clínica.

5.3.3 Encuesta sobre autopercepción de los profesionales sobre sus conocimientos y capacidades en atención y/o asesoría en consumo de alcohol a adolescentes que acuden al centro de salud: Fuentes de apoyo o consulta en atención del adolescente

De los 8 capacitados, 2 profesionales recibieron el manual de atención del adolescente. En cuanto a las fuentes de apoyo durante la atención, todos refirieron utilizar el internet como guía.

5.3.4 Encuesta sobre autopercepción de los profesionales sobre sus conocimientos y capacidades en atención y/o asesoría en consumo de alcohol a adolescentes que acuden al centro de salud: Llenado de HCA

El llenado de la historia clínica demuestra que los médicos atienden entre 2 y 5 adolescentes por día, entre 5 y 15, por semana y en el mes, atienden entre 10 y 50 adolescentes. Las enfermeras por su parte atienden entre 10 y 20, por día; por semana, entre 40 y 80, y mensualmente atienden entre 80 y 200 adolescentes.

El tiempo para la atención del adolescente es de 10 minutos para la preparación, 20 minutos para la atención médica; estos últimos refieren que el tiempo no es suficiente para una atención de calidad. Así mismo la mitad de los médicos no registran todos los datos en la historia clínica:

Profesional 1: *“para abordar los datos y sostener la confidencialidad, se trata de citar al adolescente en por lo menos 3 consultas para el llenado completo de la historia clínica.* Otros profesionales optan por no llenar ciertos aspectos como sexualidad o el familiograma.

Profesional N. 2 y 5: *“no lleno sexualidad”*

Profesional N. 3,4, 5,6: *“no lleno familiograma”*

5.3.5 Encuesta sobre autopercepción de los profesionales sobre sus conocimientos y capacidades en atención y/o asesoría en consumo de alcohol a adolescentes que acuden al centro de salud: Alcohol

A los 10 encuestados se los evaluó los aspectos: consumo frecuente, abuso de alcohol, ambiente óptimo e identificación de riesgo:

Todo el equipo profesional concordó en que un consumo de alcohol por dos veces a la semana, es un consumo frecuente y refieren que si identifican episodios de abuso de consumo en los adolescentes.

Las características de un ambiente óptimo para la consulta médica según los profesionales son:

Profesional N. 4 y 1: *“sin ruidos, en consultorio amplio, con privacidad sin la mamá”*,

Profesional N. 5 y 7: *“sin pasar por admisión, consultorio sin escritorio”*

Profesional N. 6: *“contando en la unidad de salud con un espacio para adolescentes”*.

Los procedimientos que el equipo de salud realiza, al identificar un adolescente con situaciones de riesgo:

Profesional N. 3 y 5 *“solo conversar y ver”*

Profesional N. 4 y 9 *“preguntar en que zona vive, si consume otras sustancias”*

Profesional N. 8 *“le hago ver las cosas con bromas”*

Profesional N. 10 se abstiene a dar alguna respuesta

Tabla 10 Conocimiento de llenado de HC y autopercepción en atención a adolescentes de profesionales en atención en el Centro de Salud San Pablo. Agosto - octubre 2016.

Rangos de acierto	Encuesta (n)	
	Autopercepción de capacidades de atención y asesoría a adolescentes	Conocimiento de llenado de fichas de adolescentes del CLAP
80-100%	8	6
51-79%	1	3
Menos de 50%	1	1

Elaborado por Dra. Rosalyn Salazar.

Estudio: Caracterización familiar e iniciación del consumo de alcohol en adolescentes atendidos en el Centro de salud San Pablo de Portoviejo. Rol del equipo de salud. Agosto – octubre 2016

En la tabla 10 refleja las ideas que tiene cada profesional de sí mismo cuando se trata de evaluar sus conocimientos sobre el adolescente. Aquí se aprecia que 8 de los 10 profesionales cumplen un rango de acierto de más del 80% (muy bueno) en la encuesta de autopercepción de capacidad para el llenado de la historia clínica, y 6 cumplen con más del 80% rango de acierto en el conocimiento del llenado de la historia clínica, 3 cumplen con un rango bueno (51 a 79%) y uno no cumple con ningún rango mencionado (menos del 50%).

CAPITULO 6. DISCUSIÓN

En el Centro de Salud San Pablo, el grupo de adolescentes que con más frecuencia se atienden, se encuentran entre los 14 a 16 años de edad, con algo mayor prevalencia del género femenino. Es muy interesante que la distribución por género sea equivalente, pues la afluencia de mujeres y hombres se registra por igual. Esta información se es comparable a los datos expuestos por Cornellà i Canals y, À. Llusent Guillame en: Atención a la salud integral del adolescente desde los Servicios de Atención Primaria y un estudio español del 2011 (Cornellà i Canals & Llusent Guillamet, 2011; Francisco Ruiz & Jorge Ruiz, 2011)

En el estudio realizado, el consumo de alcohol en general, afecta a la mayoría de adolescentes que acuden a la unidad, pues 58,5% de adolescentes de todas las edades, responden que sí lo hacen. Lo que concuerda con un estudio chileno donde más de la mitad de los adolescente encuestados ya habían consumido alcohol (Pilatti, Brussino, & Godoy, 2013) Este primer dato respecto al consumo, implica que uno de cada dos adolescentes que acude al centro de salud debe ser apoyado para comprender y decidir sobre este hábito nocivo.

La edad de inicio de consumo de alcohol es de 10 a 13 años tanto hombres como las mujeres, en el grupo de adolescentes atendidos en el Centro de Salud San Pablo. Sin embargo un estudio realizado en Colombia refiere que la prevalencia es mayor en hombres a edades más tempranas, 8 a 13 años y en las mujeres después de los 14 años de edad. (Carlos Gantiva Díaz et al., 2012)

La mayoría de las familias de la población, son familias integradas, tradicionales y funcionales, es decir, que son pocos los casos en el que tener una familia desintegrada o disfuncional sea una de las causas de que el adolescente consuma. Estos datos difieren a un estudio realizado en Méjico (Trujillo-Guerrero et al., 2016) y por Ángela María Trujillo et al., donde se resalta relación entre disfuncionalidad familiar y consumo de alcohol (Cano, Gómez, & Díaz-Granados, 2011)

Respecto al rol del equipo de salud durante la atención de los adolescentes, se vuelve imprescindible reconocer a los adolescentes que están en un círculo de riesgo. En este estudio la mayoría de los profesionales cumplen un rango de acierto del 80 a 100% en

la encuesta de autopercepción de capacidad y conocimiento de la historia clínica, pero las capacidades de atención y asesoría al adolescente, todos se encuentra en un nivel bueno (51 a 79%).

En base a lo anterior, la American Family Physician y la OPS insisten que los médicos familiares y generales deben ser capacitados para: detectar fácilmente a los pacientes jóvenes con abuso de sustancias psicoactivas, identificar a aquellos en riesgo (con herramientas adecuadas, por ejemplo, CRAFFT) en edades tempranas y finalmente sugerir un manejo adecuado (Kim Griswold, Helen Aronoff, Joan Kernan, & Linda Kahn, 2008; OPS, 2008; Peter Ham & Claudia Allen, 2012; Picard et al., 2002)

Las dificultades para abordar a un diagnóstico se relaciona con varios factores, desde el adolescente la reticencia a la consulta, la negación del problema, la comprensión del consumo de alcohol de forma nociva, que trastornan la posibilidad de entablar una conversación fluida, teniendo una actitud negativa y creencias alteradas de los integrantes del equipo de salud hacia el problema, incidiendo la capacidad del médico o la enfermera en el abordaje. (Duffy, Debora & Sceppacuercia, Lucia, 2015)

Desde el equipo de salud, los inconvenientes que se suscitan son el modo de evaluar el problema, el conocimiento de las guías de atención, el manejo de la historia clínica, el operar mediante un flujo de acción ante el consumo o un abuso de alcohol en el adolescente. La importancia de asumir responsabilidades y de coordinar la actuación desde los ámbitos sanitario, educativo y familiar requiere la formación específica de los profesionales sanitarios y la adecuación de la normativa vigente. (Cerdá et al., 2012)

Asimismo, a las cuestiones antes mencionadas se suma el desconocimiento que muchos de los integrantes del equipo de salud tienen respecto a la multicausalidad del uso nocivo de alcohol, por no saber cómo enfocar el problema, prefieren evitar y hacer diagnósticos sintomáticos que omiten considerar las consecuencias del consumo de alcohol sobre lo bio psico social. (Borrás Santiesteban, 2016)

CAPITULO 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1.Conclusiones

- Los resultados obtenidos demuestran que, en la población estudiada a través de las historias clínicas del Centro de Salud San Pablo, no existe una relación estadísticamente significativa entre la iniciación del consumo de alcohol con las características demográficas ni familiares.
- El estudio evidencia que el consumo de alcohol se ha extendido de manera amplia, sin reparar en las condiciones de la familia.
- Hay una adopción de patrones familiares de consumo de alcohol, independientemente del tipo de familia, este modelo se junta al propio proceso de cambio psíquico en la adolescencia, que tiene que ver con el abandono de su etapa infantil, que se conoce como duelo de la adolescencia, o talvez necesitan probar cosas nuevas. En este caso el rol de la familia y sus límites tienen un peso importante.
- En cuanto al rol del equipo de salud, la intervención familiar resulta crucial en el abordaje sobre el consumo de alcohol por parte de los adolescentes.
- Ocho de diez profesionales del equipo de salud, identifican al adolescente con situaciones de riesgo, toman medidas y se ofrece asesoramiento o vinculación al adolescente con los servicios o el apoyo adecuados.
- Seis de diez profesionales tienen el conocimiento del llenado de la historia clínica del adolescente (ficha CLAP), por lo que no existe una conexión entre la capacidad de atención y la asesoría al adolescente.

7.2. Recomendaciones

- Sensibilizar a todos los profesionales de primer nivel de atención a reconocer con herramientas técnicas, los factores de riesgo que se dan en estos grupos de edades, a detectar problemas que afecten la salud y por consiguiente su desarrollo integral.
- Se debe fortalecer la información y asesoría a estos profesionales, recordándoles los cambios bio psico sociales que cursa cada grupo de edad en adolescencia, aprender a utilizar espacios de promoción de salud, conocer el flujograma de acción para pesquisar e intervenir en casos de riesgo, restablecer el club del adolescente, para que puedan ejercer su derecho a ser escuchados, encaminados, asesorados e incluso a decidir por sí solos y asumir las consecuencias de su decisión.
- Crear y mantener un estrecho vínculo con el adolescente y la familia, ya que es aquí donde debe forjarse la concepción del rol del equipo de salud en la atención en este grupo de edad, donde debe incluirse: evaluación y asesoría en nutrición, evaluación psicosocial y familiar, identificación de factores y conductas de riesgo, detección oportuna, manejo y seguimiento de problemas de salud, referencia para calificación médica de discapacidad, promoción, asesoría y atención en salud sexual, salud reproductiva, salud mental, y discusión de guías anticipatorias y proyectos de vida.
- Conocer el entorno familiar ya que el consumo se da de forma “natural”, ya que si el padre o la madre consumen alcohol y es así que los niños y niñas crecen con la visión de que la alegría y diversión están unidas a la ingesta de alguna bebida alcohólica.
- Fortalecer el trabajo conjunto, evitando la fragmentación, duplicación y pérdida de oportunidad en la atención. Coordinar, referir y derivar significa dar seguimiento, en ningún caso se trata de desentenderse de la situación de adolescentes. Incluye la adecuación de los sistemas de atención.

- Mejorar la intervención de los distintos niveles de atención con referencia, contrarreferencia y/o derivación para garantizar la continuidad y complementariedad de la atención.
- Promover la toma de conciencia así como la búsqueda de mecanismos para fortalecer al equipo de salud con el fin de lograr intervenciones adecuadas en la prevención y promoción.
- Este estudio puede extenderse más allá que en el aprendizaje de conocimientos relacionados con la adolescencia, ya que de ello deriva una incompleta atención a este grupo de edad, la falta de controles estadísticos y la inclusión en los análisis de la situación de salud.
- Continuar realizando investigaciones sobre la temática, ya que con este trabajo de titulación se abrió un abanico de dudas y la necesidad de adquirir conocimientos nuevos sobre esta población.

BIBLIOGRAFIA

Adolfo Rubinstein, & Sergio Terrasa. (2006). *Medicina familiar y práctica ambulatoria* (2.^a ed.). Buenos Aires: Panamericana.

Am Fam Physician. (1998). Health Care for Teenagers - American Family Physician.

Recuperado 10 de junio de 2016, a partir de

<http://www.aafp.org/afp/1998/0501/p2189.html>

Benítez Barraza, M., Sánchez Montero, E., & Serrano Ramírez, M. (2015). Indicadores clínicos de personalidad en la adolescencia. *Psicología desde el Caribe*, 32(2).

Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=21341030004>

Borrás Santiesteban, T. (2016). Metodología para la atención a la adolescencia temprana con consumo étílico o vulnerable a esta conducta. *Correo Científico Médico*, 20(4), 771-785.

Cano, Á. M. T., Gómez, A. P., & Díaz-Granados, O. S. (2011). Influencia de variables del entorno social sobre la ocurrencia de situaciones problemáticas asociadas al consumo de alcohol en adolescentes. *Adicciones*, 23(4), 349-357.

<https://doi.org/10.20882/adicciones.135>

Carlos Gantiva Díaz, Nohelia Hewitt Ramírez, Anderssen Vera Maldonado, Adriana Angarita Varela, Arturo Parado Baños, & Angélica Guillén Puerto. (2012).

Consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en jóvenes de una región en posconflicto armado. *redalyc*. Recuperado a partir de

<http://www.redalyc.org/pdf/806/80624462011.pdf>

Cerdá, M., Carles, J., Rodríguez, P., Ángeles, M., Danet, A., Suess, A., ... García Toyos, N. (2012). El consumo de alcohol en la población joven (12-17 años). El punto de vista de los profesionales de la salud. *Atención Primaria*, 527-531.

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.05.022>

- Cid, M. T. i, Espadalé, M. L. P., Carreras, F. B., & Martínez, L. M. F. (2013). Estudio sobre el desarrollo de la identidad en la adolescencia. *Tendencias pedagógicas*, (21), 211-224.
- CONSEP. (2012). Plan Nacional de prevención integral de drogas 2012-2013. Recuperado a partir de http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/PDF/2012_plan_preven%3Bn.pdf
- CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR 2008 -
A._Constitucion_republica_ecuador_2008constitucion.pdf. (s. f.). Recuperado a partir de http://www.inocar.mil.ec/web/images/lotaip/2015/literal_a/base_legal/A._Constitucion_republica_ecuador_2008constitucion.pdf
- Cornellà i Canals, & Llusent Guillaumet. (2011). Atención a la salud integral del adolescente desde los Servicios de Atención Primaria. Recuperado a partir de [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/salud_integral_adolescente\(1\).pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/salud_integral_adolescente(1).pdf)
- Duffy, Debora, & Sceppacuercia, Lucia. (2015). Barrera al reconocimiento y atencion del consumo problematico de alcohol en el sistema de salud. Recuperado a partir de <http://psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/eureka-12-1-16.pdf>
- Elgar, F. J., Craig, W., & Trites, S. J. (2013). Family Dinners, Communication, and Mental Health in Canadian Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 52(4), 433-438.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.07.012>
- Fondo de Población de las, & Naciones Unidas. (2013). Maternidad en la niñez. Recuperado a partir de <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf>
- Francisco Ruiz, & Jorge Ruiz. (2011). Variables predictoras de consumo de alcohol entre adolescentes españoles. Recuperado a partir de <http://revistas.um.es/analesps/article/viewFile/122971/115601>

- Hidalgo Hidalgo Vicario, & María Gonzalez Fierro. (2014). Adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Anales de Pediatría Continuada*, 12(01), 42-46.
- INEC. (2010). Ecuador - VII Censo de Población y VI de Vivienda 2010. Recuperado 8 de julio de 2016, a partir de <http://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/1618>
- Ivano Scandurra, R., García-Altés, A., & Nebot, M. (2011). Impacto social del consumo abusivo de alcohol en el estado español: Consumo, coste y políticas. *Revista Española de Salud Pública*, 85(2), 141-147.
- José F. Olcina Rodríguez, & Ramón Llorens Martínez. (2013). Bebidas alcohólicas. Una droga en el supermercado. Recuperado a partir de http://www.aesed.com/descargas/revistas/v38n4_3r.pdf
- Kelly, A. B., Toumbourou, J. W., O'Flaherty, M., Patton, G. C., Homel, R., Connor, J. P., & Williams, J. (2011). Family Relationship Quality and Early Alcohol Use: Evidence for Gender-Specific Risk Processes. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 72(3), 399-407. <https://doi.org/10.15288/jsad.2011.72.399>
- Kim Griswold, Helen Aronoff, Joan Kernan, & Linda Kahn. (2008). Adolescent Substance Use and Abuse: Recognition and Management - American Family Physician. AAP. Recuperado a partir de <http://www.aafp.org/afp/2008/0201/p331.html>
- Martin Zurro A., & Cano Perez J.F. (2008). *Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica* (6.ª ed.). Barcelona: Elsevier. Recuperado a partir de <http://www.studentconsult.es/bookportal///9788480862196/500/263.html>
- Medina, J. L. V., Fuentes, N. I. G. A. L., Escobar, S. G., Valdez, V. D. A., Farías, P. L., Guerrero, I. A. M., ... Manjarrez, A. A. S. J. (2011a). Orientación que Transmiten los Padres a sus Hijos Adolescentes. *Revista Mexicana de Orientación Educativa*, 8(20), 02-09.
- Medina, J. L. V., Fuentes, N. I. G. A. L., Escobar, S. G., Valdez, V. D. A., Farías, P. L., Guerrero, I. A. M., ... Manjarrez, A. A. S. J. (2011b). Orientación que transmiten los

padres a sus hijos adolescentes. *Revista Mexicana de Orientación Educativa*, 8(20), 02-09.

MSP. (2009a). Normas y procedimientos de atención integral adolescentes. Recuperado a partir de <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/NORMAS%20%20Y%20PROCEDIMIENTOS%20DE%20ATENCI%C3%93N%20INTEGRAL%20ADOLESCENTES..pdf>

MSP. (2009b). Normas y procedimientos para la atención integral de salud a adolescentes. Recuperado a partir de <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/NORMAS%20%20Y%20PROCEDIMIENTOS%20DE%20ATENCI%C3%93N%20INTEGRAL%20ADOLESCENTES..pdf>

MSP. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud*.

Norma Armas, & Lenin Diaz. (2007). *Entre voces y silencios: Las Familias Por Dentro*. America. Quito - Ecuador.

OMS. (2012). Mortality, morbidity and disability in adolescence - mortality. Recuperado 5 de enero de 2017, a partir de <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section3/page2/mortality.html>

OMS. (2014). Global status report on alcohol and health 2014. Recuperado 10 de junio de 2016, a partir de http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/

OMS. (2015). Alcohol. Recuperado 10 de junio de 2016, a partir de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>

OMS, & OPS. (2010). Salud y Bienestar de los Adolescentes y Jóvenes: Una Mirada Integral. Recuperado 5 de octubre de 2016, a partir de

<http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/publicaciones%20virtuales/libroVirtualAdolescentes/pdf/SaludBienestarAdolescente.pdf>

OPS. (2008). Alcohol y atención primaria de la salud. Recuperado a partir de

http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf

Organizacion Panamericana de Salud. (2010). Historia Clínica del Adolescente y

Formularios Complementarios. Recuperado a partir de

http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-sifilis&alias=194-sistema-informatico-del-adolescente-sia-3&Itemid=219&lang=es

Patricia Herrera. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud.

Recuperado 23 de octubre de 2016, a partir de

http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13_6_97/mgi13697.htm#cita

Peter Ham, & Claudia Allen. (2012). Adolescent Health Screening and Counseling -

American Family Physician. Recuperado a partir de

<http://www.aafp.org/afp/2012/1215/p1109.html>

Picard, V., Gerbaud, L., Perthus, I., Clément, G., Glanddier, P.-Y., & Reynaud, M. (2002).

Alcohol and adolescents/III: The place of family physicians in prevention.

ResearchGate, 16(575), 796-799.

Pilatti, A., Brussino, S. A., & Godoy, J. C. (2013). Factores que influyen en el consumo de

alcohol de adolescentes argentinos: un path análisis prospectivo. *Revista de*

Psicología, 22(1), Pág. 22-36. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2013.27716>

Robert Rakel, & David Rakel. (2011). *Textbook of Family Medicine*. Elsevier.

Salvador Minuchin. (1974). *Familia y terapia familiar*. Mexico. Recuperado a partir de

<http://www.mediafire.com/file/6x2lak636viod65/Familia+y+terapia+familiar.pdf>

Secretaria Nacional de Planificacion y desarrollo. (2013). Buen vivir, Plan nacional.

Recuperado a partir de

<http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf>

Sociedad Andaluza de Med Fam y Com. (2008). Guía de atención al adolescente.

Recuperado a partir de <http://www.samfyc.es/>

Sociedad Andaluza de Med Fam y Com. (2011). Medicina de Familia Andalucía.

Recuperado a partir de <http://www.samfyc.es/>

TEORÍA ESTRUCTURAL FAMILIAR - teoriaestructural.pdf. (s. f.). Recuperado a partir de <http://www.medicinadefamiliares.cl/Trabajos/teoriaestructural.pdf>

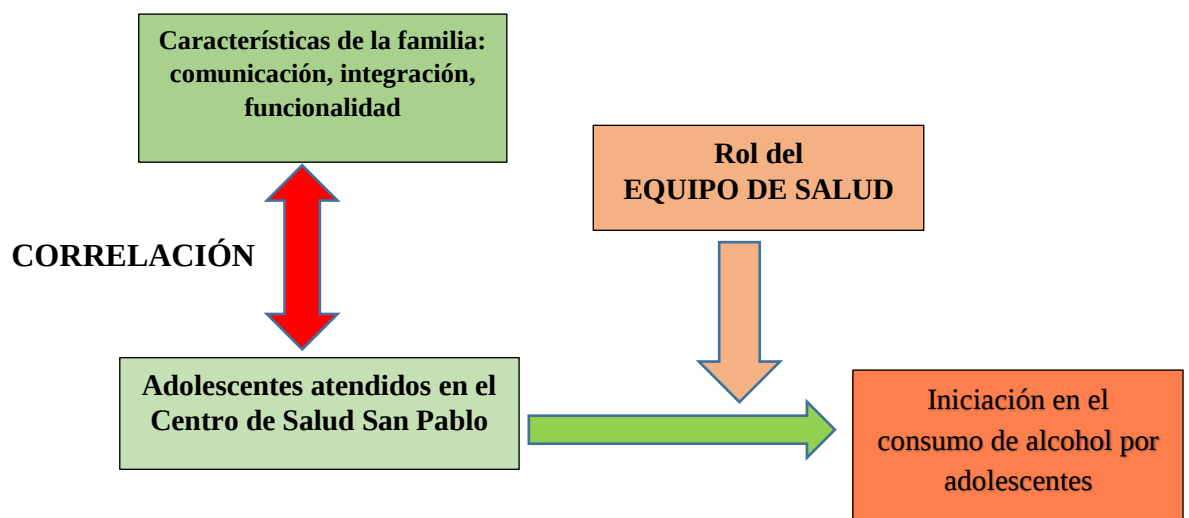
Teresa Isabel Jiménez, Gonzalo Musitu, & Sergio Murgui. (2006). Funcionamiento y comunicación familiar y consumo de sustancias en la adolescencia: el rol mediador del apoyo social. *Revista de Psicología Social*.

<https://doi.org/10.1174/021347406775322214>

Trujillo-Guerrero, T. J., Vázquez-Cruz, E., & Córdova-Soriano, J. A. (2016). Percepción de la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol en adolescentes. *Atención Familiar*, 23(3), 100-103. <https://doi.org/10.1016/j.af.2016.07.003>

ANEXOS

ANEXO 1



ANEXO 2

Historia del Adolescentes. Anverso

CLAP/SMR-OPS/OMS HISTORIA DEL ADOLESCENTE ESTABLECIMIENTO: _____ H.C. N°: _____

APELLIDOS Y NOMBRES: _____ N° identificación: _____

DOMICILIO: _____

LOCALIDAD: _____ Código: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ TEL: _____ domicilio ☐ mensaje ☐

COBERTURA Y/O PROTECCIÓN SOCIAL: ☐ Si ☐ No ☐ n/c Celular: _____ Email: _____ SEXO: ☐ f ☐ m

CONSULTA PRINCIPAL N°: _____

Consulta espontánea ☐ Derivado ☐ Traído ☐ FECHA: día _____ mes _____ año _____ EDAD: años _____ meses _____

ESTADO CIVIL: casado ☐ soltero ☐ otro ☐ ETNIA: blanca ☐ mestiza ☐ indígena ☐ negra ☐ otra ☐

acompañante: solo ☐ amigos/as ☐ ambos padres ☐ pareja ☐ padre ☐ madre ☐ pariente ☐ otros ☐

Motivos de consulta según adolescente: 1 _____ 2 _____ 3 _____

Motivos de consulta según acompañante: 1 _____ 2 _____ 3 _____

Descripción de motivo de consulta: _____

ANTECEDENTES PERSONALES

PERINATALES normales: ☐ si ☐ no ☐ n/c ☐ CRECIMIENTO normal: ☐ si ☐ no ☐ n/c ☐ DESARROLLO normal: ☐ si ☐ no ☐ n/c ☐ ALERGIAS: ☐ no ☐ si ☐ VACUNAS COMPLETAS: ☐ si ☐ no ☐ n/c ☐ ENFERMEDADES CRÓNICAS: ☐ no ☐ si ☐ n/c ☐ DISCAPACIDAD: ☐ no ☐ si ☐ n/c ☐ ENFERMEDADES INFECCIOSAS: ☐ no ☐ si ☐ n/c ☐

ACCIDENTES: ☐ no ☐ si ☐ Intoxicaciones: ☐ no ☐ si ☐ Cirugía hospitalizac.: ☐ no ☐ si ☐ Uso de medicamentos: ☐ no ☐ si ☐ Problemas psicológicos: ☐ no ☐ si ☐ Violencia: ☐ no ☐ si ☐ Educación preescolar: ☐ no ☐ si ☐ Judiciales: ☐ no ☐ si ☐ Otros: ☐ no ☐ si ☐

Observaciones: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

DIABETES: ☐ no ☐ si ☐ OBESIDAD: ☐ no ☐ si ☐ CARDIOVASC. (HTA, cardiopata, etc.): ☐ no ☐ si ☐ ALERGIAS: ☐ no ☐ si ☐ INFECCIONES: ☐ no ☐ si ☐ CÁNCER: ☐ no ☐ si ☐ Problemas psicológicos: ☐ no ☐ si ☐ ALCOHOL, DROGAS Y OTROS: ☐ no ☐ si ☐ VIOLENCIA INTRAFAMILIAR: ☐ no ☐ si ☐ MADRE Y/O PADRE ADOLESCENTE: ☐ no ☐ si ☐ Judiciales: ☐ no ☐ si ☐ Otros: ☐ no ☐ si ☐

Observaciones: _____

FAMILIA

VIVE: ☐ solo ☐ no ☐ si ☐ en la casa ☐ en la calle ☐ en instit. protectora ☐ privado de libertad ☐

CONVIVE CON: madre ☐ padre ☐ madrastra ☐ padrastro ☐ hermanos ☐ pareja ☐ hijo ☐ otros ☐

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Padre o sustituto: ☐ ninguno ☐ primaria ☐ secundaria ☐ univers. ☐ años en el mayor nivel ☐

Madre o sustituto: ☐ ninguno ☐ primaria ☐ secundaria ☐ univers. ☐ años en el mayor nivel ☐

Pareja: ☐ ninguno ☐ primaria ☐ secundaria ☐ univers. ☐ años en el mayor nivel ☐

TRABAJO: Padre o sustituto ☐ ninguno ☐ no estable ☐ estable ☐ Madre o sustituto ☐ ninguno ☐ no estable ☐ estable ☐ Pareja ☐ ninguno ☐ no estable ☐ estable ☐

Ocupación: _____

Apoyo social o subsidio: ☐ no ☐ si ☐ tipo _____

PERCEPCIÓN DEL ADOLESCENTE SOBRE SU FAMILIA: Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐ No hay relación ☐

Observaciones: _____

DIAGRAMA FAMILIAR

VIVIENDA

ENERGÍA ELÉCTRICA: ☐ si ☐ no ☐

AGUA: ☐ en el hogar ☐ fuera del hogar ☐

EXCRETAS: ☐ si ☐ no ☐

HACINAMIENTO: ☐ si ☐ no ☐

Observaciones: _____

Este color significa ALERTA

HOA/SA/L-08-10

Historia del Adolescentes. Reverso

01604585-0840

ENCUESTA A PROFESIONALES DE ATENCION PRIMARIA

CAPACIDADES DEL PERSONAL DE SALUD PARA ATENCION DE ADOLESCENTES

Evaluación de capacidades para atención de adolescentes respecto a la iniciación en el consumo de alcohol

ASPECTOS A EVALUAR	PREGUNTAS
Capacitación en llenado de HCA del CLAP	1. ¿Cuándo atiende ADOLESCENTES dónde registra la consulta? - HCA CLAP ____ - Otro ____
	2. La capacitación del profesional en llenado de HCA CLAP SI recibió capacitación ____ NO recibió capacitación ____ Se capacitó por su propia cuenta ____
	3. ¿En caso de haber recibido capacitación en HCA CLAP, cuántas horas de capacitación fueron? _____ horas
	4. ¿En caso de haber recibido capacitación en HCA CLAP, hace cuánto tiempo lo recibió? _____ semanas _____ meses _____ años
Autopercepción de capacidad para llenado de HCA	5. Se siente capaz de llenar la HCA (si tuviera todo el tiempo necesario) Totalmente__ Bastante__ Algo__ Poco__
Fuentes de apoyo o consulta en atención de ADO	6. Material de apoyo para atención de adolescentes - Recibió manual de HCA o similar SI __ NO__ - Tiene alguna otra fuente de consulta en atención de A ____ Cuál es su fuente de consulta en atención de ADO: _____
Llenado de HCA	7. Usted, cuántos ADO atiende? (Mirar registros y colocar #) ____ adolescentes, el día anterior ____ adolescentes en la última semana ____ adolescentes en el último mes
	8. ¿Cuánto tiempo promedio dedica usted en una consulta de ADO? _____ minutos
	9. ¿Este tiempo es suficiente para una atención de calidad? SI _____ NO _____

	10. Cuando atiende adolescentes, usted - Registra todos los datos de la HCA__ - No registra todos los datos de la HCA__ - No usa la HCA__
	11. Explique la respuesta a la pregunta 8 respecto al llenado de datos de la HCA.
	12. Los datos de la HCA, para evaluación de salud de ADO, le parecen: - Absolutamente necesarios ____ - Bastante necesarios aunque ____ - Excesivos y muchos no son útiles ____ - No son necesarios tantos detalles ____ - Otro criterio: _____
ALCOHOL	13. Como codificaría al adolescente cuando trate de un consumo frecuente - 2 veces a la semana - 1 vez a la semana - 1 vez al mes
	14. ¿Identifica los episodios de abuso en el consumo de alcohol?
	15. Describa el ambiente óptimo para la consulta médica.
	16. Describa los procedimientos que realiza usted al identificar riesgo en el adolescente.

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO PROFESIONALES DE ATENCION PRIMARIA

CARACTERIZACION FAMILIAR E INICIACION DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN PABLO DE PORTOVIEJO. ROL DEL EQUIPO DE SALUD. JULIO – OCTUBRE 2016

Propósito

Consentimiento informado va dirigido a los profesionales de atención primaria del Centro de salud San Pablo de la ciudad de Portoviejo. Se les invita a participar en el proyecto de investigación “Caracterización familiar e iniciación del consumo de alcohol en adolescentes atendidos en el centro de salud san pablo de Portoviejo. Rol del equipo de salud. Julio – octubre 2016”

Investigador principal

- Rosalyn Salazar Vélez (Pontificia Universidad Católica del Ecuador-PUCE)

Organización

- Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Introducción

En vista que usted labora en el centro de salud San Pablo, ha sido seleccionado para invitarle a participar en una investigación sobre Caracterización familiar e iniciación del consumo de alcohol en adolescentes y el rol del equipo de salud. Este estudio incluye la realización de una encuesta referente al tema que consta de 16 preguntas las cuales serán analizadas. Esto servirá para tener un mayor conocimiento sobre la realidad de la iniciación de consumo de alcohol y características familiares de los adolescentes. Su decisión de participar es totalmente voluntaria y puede hablar con

quién usted tenga más confianza de entre los investigadores para solicitarle cualquier información adicional acerca del estudio.

Confidencialidad

La información que usted nos proporcione y que se recogerá durante la investigación solamente la revisará el investigador. En la base de datos de este estudio usted tendrá un número asignado como participante, y **NO CONSTARÁ SU NOMBRE NI SU CÉDULA DE CIUDADANÍA**, para mantener su anonimato. La información será guardada en una computadora, asegurada con clave y codificada. Solo el investigador tendrá acceso a los datos del estudio. Las encuestas serán guardadas en un archivador bajo llave. El investigador hará todo lo posible para proteger su confidencialidad.

Componentes del estudio

Realizaremos una encuesta de 16 preguntas que incluirá datos sobre el formulario CLAP, llenado de HCA del CLAP, y su rol como profesional de salud. Para lo cual contamos con la autorización de las autoridades respectivas. Usted puede decidir no contestar alguna de las preguntas o terminar la entrevista si desea.

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

El investigador será el encargado de analizar la información y al finalizar el estudio los resultados serán enviados al Director de la Institución y enviados a su correo electrónico si es que desea.

Riesgos sobre su Salud

El presente estudio no conlleva ningún riesgo para salud e integridad.

Tiempo de Participación

Hemos calculado que su participación en este estudio durará entre 15-20 minutos aproximadamente. Su participación en este estudio será sólo por una vez.

Los Resultados

Los resultados de la investigación los informaremos al final del estudio, en octubre 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 su participación será conocer el resultado del análisis de las encuestas realizadas en el centro de salud San Pablo, además que ayudará a establecer una idea clara de la realidad de la caracterización familiar e iniciación del consumo de alcohol en adolescentes.

Si usted decidiera no participar, no le afectará de ninguna manera en el ámbito académico ni de conducta en su 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. Efrén Anchali Yaguache y Dr. Carlos Terán Puente. 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.

Efrén Anchali Yaguache
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
12 de Octubre y Roca
Quito, Ecuador
Cell: 0981442967
Email: efren.anchali@gmail.com

Carlos Terán Puente
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
12 de Octubre y Roca
Quito, Ecuador
Cel.: 0996153134
Email. Caminant7@gmail.com

FIRMA DEL CONSENTIMIENTO

He sido invitado a participar en la investigación sobre la Caracterización familiar e iniciación del consumo de alcohol en adolescentes atendidos en el centro de salud san pablo de Portoviejo. Rol del equipo de salud. Julio – octubre 2016.

Entiendo que tomarán en cuenta el HCA del CLAP del adolescente atendido en el “centro de salud San Pablo”, se me realizará una encuesta de 16 preguntas las cuales serán analizadas. Estoy informado de que no tendrá ningún costo para mí o mi familia. Este estudio contribuirá a identificar la caracterización familiar e iniciación del consumo de alcohol en adolescentes y su relación con mi intervención como profesional de atención primaria. Entiendo que este estudio no me dará ningún incentivo para participar. El beneficio directo que recibiré del estudio, es la publicación de los resultados al final de la investigación.

Conozco el número de teléfono y el correo electrónico de las personas que me puede informar sobre las preguntas o inquietudes que pueda tener sobre la investigación.

He leído (o me han leído) la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y me han contestado en forma sencilla y satisfactoria las preguntas que he tenido.

Acepto voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de no contestar el cuestionario si así fuese mi deseo, sabiendo que esto no repercutirá en el ámbito académico o de conducta.

Si ____ No ____ Quisiera ser informado de los resultados de este estudio.

Firmo, Acepto libre y voluntariamente participar en esta investigación.

Firma (o huella dactilar): _____ Fecha

Número del teléfono celular: _____ casa:

Número de identificación: _____ Fecha de nacimiento:

Testigo(a): _____ Firma:

Datos del Investigador que toma la muestra:

Nombre y apellidos: _____ Firma: _____

