

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA**



TESIS

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y FAMILIARES
RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL
EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
DOS DE MAYO. CAJAMARCA, 2019**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
OBSTETRA**

PRESENTADO POR LA BACHILLER:

Lady Dalila Cabrera Romero

ASESORA:

Obsta. Dra. Julia Elizabeth Quispe Oliva

CAJAMARCA, 2019

COPYRIGHT © 2019 by
Lady Dalila Cabrera Romero
Derechos reservados

“El alcoholismo es la pérdida de libertad frente al alcohol”

Pierre Fouquet

SE DEDICA A:

Mi madre, por su dedicación y amor, por creer en mí e impulsarme a seguir adelante.

Edinson, con mucho cariño, quien me apoyó y me alentó a continuar a pesar de los obstáculos.

Mi bebé Mateo, por ser la razón de que me levante cada día a esforzarme por el presente y el mañana y por ser mi principal motivación.

Lady

SE AGRADECE A:

Dios porque mi fe en Él es incomparable y gracias a ello he conseguido lograr mis metas, llenándome de valentía y no de desesperación porque el camino no ha sido fácil.

Mi Alma Mater, la Universidad Nacional de Cajamarca, por albergarme en sus claustros durante toda mi formación académica

Mi asesora de tesis, Obstetra Julia Quispe Oliva por ser una gran maestra y guía.

Mi familia por su apoyo incondicional.

La Institución Educativa Dos de Mayo ya que gracias a su aceptación pude concluir este trabajo.

Lady

ÍNDICE

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA	3
1.1. Planteamiento del problema	3
1.2. Formulación del problema	5
1.3. Objetivos	5
1.4. Justificación de la investigación	5
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	7
2.1. Antecedentes	7
2.2. Bases teóricas	12
2.2.1. Adolescencia	12
2.2.2. Alcohol	21
2.3. Hipótesis	34
2.4. Variables	35
2.5. Definición conceptual y operacional de las variables	35
CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO	36
3.1. Diseño y tipo de Estudio	36
3.2. Área de estudio y población	36
3.3. Tipo de muestreo y tamaño de la muestra	37
3.4. Unidad de análisis	38
3.5. Criterios de inclusión	38
3.6. Principios éticos de la investigación	38
3.7. Procedimiento, técnica e instrumento de colección de datos	38
3.8. Procesamiento y análisis de datos	40
3.9. Control de calidad de datos	41

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	42
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS	70

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 01. Factores sociodemográficos de los adolescentes de la Institución Educativa Dos de Mayo. Cajamarca, 2019	42
Tabla 02. Factores familiares de los adolescentes de la Institución Educativa Dos de Mayo. Cajamarca, 2019	46
Tabla 03. Consumo de alcohol en los adolescentes de la Institución Educativa Dos de Mayo. Cajamarca, 2019	49
Tabla 04. Consumo de alcohol, según grupo etario, en los adolescentes de la Institución Educativa Dos de Mayo. Cajamarca, 2019	51
Tabla 05. Consumo de alcohol, según grado de estudios, en los adolescentes de la Institución Educativa Dos de Mayo. Cajamarca, 2019	53
Tabla 06. Consumo de alcohol, según nivel socioeconómico, en los adolescentes de la Institución Educativa Dos de Mayo. Cajamarca, 2019	55
Tabla 07. Consumo de alcohol según funcionalidad familiar en los adolescentes de la Institución Educativa Dos de Mayo. Cajamarca, 2019	57
Tabla 08. Consumo de alcohol según tipología familiar en los adolescentes de la Institución Educativa Dos de Mayo. Cajamarca, 2019	60

RESUMEN

En la actualidad la problemática del consumo de sustancias psicoactivas se ha propagado, especialmente en la población adolescente, convirtiéndose en un problema de salud pública que afecta la salud física y emocional de los mismos, y en el cual están involucrados factores sociodemográficos y familiares, que preocupa a las instituciones educativas y de salud de la comunidad en general. **Objetivo:** determinar la relación entre los factores sociodemográficos y familiares y el consumo de alcohol en adolescentes de la Institución Educativa Dos de Mayo. **Metodología:** el estudio correspondió a un diseño no experimental, de corte transversal, de tipo descriptivo, se realizó en una muestra de 235 adolescentes de los diferentes grados de estudios. **Resultados:** el mayor porcentaje de adolescentes tuvo entre 14-16 años con 73,2%; el 25,5% de ellos cursa el primer grado de secundaria y el 41,3% pertenece al nivel socioeconómico bajo superior; el 57,4% de adolescentes pertenece a una familia moderadamente funcional y el 66% tiene una familia nuclear; el 7,7% presenta riesgo de alcoholismo. **Conclusiones:** se encontró relación significativa entre el consumo de alcohol en adolescentes y el factor sociodemográfico: nivel socioeconómico ($p= 0,025$), y entre el consumo de alcohol y los factores familiares: funcionalidad familiar ($p = 0,023$) y tipología familiar ($p=0,001$).

Palabras clave: factores sociodemográficos y familiares, consumo de alcohol, adolescente.

ABSTRACT

At present, the problem of the consumption of psychoactive substances has spread, especially in the adolescent population, becoming a public health problem that affects their physical and emotional health, and in which sociodemographic and family factors are involved, which It concerns the educational and health institutions of the community in general. **Objective:** to determine the relationship between sociodemographic and family factors and alcohol consumption in adolescents of the Educational Institution Dos de Mayo. **Methodology:** the study corresponded to a non-experimental, cross-sectional, descriptive type design, was carried out in a sample of 235 adolescents from different degrees of studies. **Results:** the highest percentage of adolescents was between 14-16 years old with 73.2%; 25.5% of them attend the first grade of secondary school and 41.3% belong to the lower socioeconomic level; 57.4% of adolescents belong to a moderately functional family and 66% have a nuclear family; 7.7% present a risk of alcoholism. **Conclusions:** a significant relationship was found between alcohol consumption in adolescents and the sociodemographic factor: socioeconomic level ($p = 0.025$), and between alcohol consumption and family factors: family functionality ($p = 0.023$) and family typology ($p = 0.001$).

Keywords: sociodemographic and family factors, alcohol consumption, adolescent.

INTRODUCCIÓN

Las consecuencias socio-sanitarias del consumo nocivo de alcohol son elevadas, siendo causa de considerables pérdidas sociales y económicas, tanto para las personas como para la sociedad en su conjunto. El consumo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo para la salud pública, al ser responsable anualmente de millones de muertes en la población mundial (1). Genera además alteraciones físicas y mentales, especialmente en la adolescencia, en la que la experiencia de este consumo puede constituir un marco referencial en la transición de esa etapa del desarrollo a la vida adulta. La búsqueda de identidad y la separación gradual de los padres marcan esa fase, en la cual la familia representa tanto una fuente de apoyo y seguridad como la función de imponer límites, dentro de los llamados factores protectores (2).

Para comprender el problema del consumo de alcohol en la población adolescente es importante partir de aspectos básicos como los factores sociodemográficos y sociales que podrían estar relacionados con el problema, y dada la alta prevalencia de consumo de alcohol en la ciudad de Cajamarca, se realizó el presente estudio con el objetivo de determinar la relación entre los factores sociodemográficos y el consumo de alcohol en adolescentes de la Institución Educativa Dos de Mayo, llegando a determinar que los adolescentes pertenecen mayoritariamente a familias moderadamente funcionales y nucleares y la mayoría sin riesgo de alcoholismo.

La presente tesis está estructurada de la siguiente manera:

CAPÍTULO I: correspondiente al problema y que comprende el planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos y justificación de la investigación.

CAPÍTULO II: comprende el marco teórico e incluye antecedentes, bases teóricas, hipótesis y variables.

CAPÍTULO III: Pertenece a este capítulo el diseño metodológico el mismo que incluye el diseño y tipo de estudio, área de estudio y población, muestra y tamaño de la muestra, unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión, consideraciones éticas, técnicas de recolección de datos y descripción del instrumento, procesamiento y análisis de datos y control de calidad de datos.

CAPÍTULO IV: correspondiente al análisis y discusión de los resultados, las conclusiones, recomendaciones y referencias bibliográficas.

También forma parte de la presente investigación las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y los anexos.

La autora

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona en su informe del 2014 que, cada año se producen 3,3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones. Asimismo, sostiene que el uso nocivo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. En general, el 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones es atribuible al consumo de alcohol, calculado en términos de esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad (EVAD) (3).

En América Latina se estima que cada año, el consumo frecuente de más de cinco copas de alcohol por ocasión, causa la muerte de una persona cada dos minutos. Este consumo es 50% mayor que el promedio mundial. En México, Brasil, Perú, Bolivia, Uruguay, Costa Rica y Chile el consumo excesivo episódico es elevado (4).

Específicamente, en el Perú de acuerdo con los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar el 91,5% de las personas de 15 y más años de edad declararon que han consumido bebidas alcohólicas, alguna vez en su vida. Siendo mayor este porcentaje en los hombres con 94,8%, que en las mujeres con 88,3% (5).

En la adolescencia, el consumo de alcohol también es un problema social y de salud pública a nivel mundial, que ha ido tomando mayor auge en la sociedad actual, por lo tanto, se ha convertido en un tema de preocupación gubernamental y científica tomando en cuenta que el inicio de consumo se da cada vez a más temprana edad. Además, es un problema multicausal y que se puede asociar con otras problemáticas como el surgimiento de conductas agresivas (4,6).

El consumo de alcohol en los adolescentes de acuerdo con la evidencia localizada hasta el momento tiende a ser parecido al tipo de consumo de los adultos. Sin embargo, en los últimos años se ha destacado un patrón de consumo intermitente en los adolescentes denominado en inglés como binge drinking o consumo excesivo de alcohol, episódico o circunstancial, el cual puede resultar particularmente dañino para ciertos problemas de salud, implica el consumo de por lo menos 60 g de alcohol (6 o más bebidas) en una sola ocasión concentrados en sesiones de pocas horas (2 horas), el que se asocia principalmente a los fines de semana y en compañía de los pares (7).

De acuerdo al Ministerio de Salud, en el año 2017, los especialistas han atendido a 22 niños de 10 y 11 años por problemas de alcohol; 324 adolescentes entre 12 y 14 años y 765 jóvenes entre 15 y 17 años. Es decir, 1111 menores de edad están batallando contra el alcohol (8). Se observa una ligera disminución de consumo de alcohol en la población de 12 a 18 años de 62,7% a 59,7%, así como en los jóvenes de 19 a 24 años, de 92,7% a 87,3%, de acuerdo a los estudios del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (INSM), la prevalencia de este en los adolescentes de las áreas urbanas del país era de 62,2%, cifra similar a la señalada por la encuesta de CEDRO de 2010, mientras que en las áreas rurales se encontraba en 51,3%, con una diferencia de 10.9 puntos porcentuales respecto de la urbana (9).

Las regiones con más problemas por el consumo de alcohol entre adolescentes son Lima, Arequipa y el Callao, donde el 30% de escolares ya inició el consumo de alcohol, frente al 10% que mantiene la mayoría de regiones (10) y en Cajamarca, la Dirección Regional de Salud señala que el consumo de bebidas alcohólicas y drogas se presenta en el 40% de alumnos que egresan de las instituciones educativas cajamarquinas. El coordinador de la Estrategia de Salud Mental, precisó que estos datos estadísticos revelaron que por cada tres varones que consumen alcohol, hay dos mujeres que también lo hacen (11).

Una diversidad de factores incrementa, la vulnerabilidad de niños y adolescentes a desarrollar conductas de uso y abuso de alcohol. Entre estos factores se incluyen el entorno familiar, entorno escolar, consumo de alcohol parental y del grupo de pares, expectativas hacia el alcohol, padres autocráticos, excesivamente rígidos y punitivos, ausencia de la figura paterna, presencia de un padre adicto al alcohol o a las drogas, carencias en los modelos de comportamiento adecuados al contexto social, conflictos

en la pareja parental, relaciones familiares que estimulan la dependencia, consumo familiar de sustancias; y menos específicos como: padres permisivos o desinteresados, carencias económicas, limitada participación de los padres en la formación de los hijos, expectativas muy altas o muy bajas en relación al éxito esperado de los hijos, y desintegración familiar, entre otros.

Esta situación no es ajena a la realidad, por el contrario, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2016) el consumo de alcohol en Cajamarca, es del 53,9%; sin embargo, han sido muy pocos los estudios realizados en la región, motivo por el cual se creyó conveniente la realización del presente estudio con el objetivo de determinar los factores relacionados al consumo de alcohol en adolescentes de la Institución Educativa Dos de Mayo.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre los factores sociodemográficos y familiares y el consumo de alcohol en adolescentes de la Institución Educativa Dos de Mayo, Cajamarca 2019?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre los factores sociodemográficos y familiares y el consumo de alcohol en adolescentes de la Institución Educativa Dos de Mayo, 2019.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar los factores sociodemográficos del grupo de estudio.
- Identificar los factores familiares del grupo de estudio.
- Determinar el consumo de alcohol en los adolescentes del grupo de estudio.

1.4. Justificación de la investigación

El alcoholismo es aceptado universalmente como uno de los principales problemas de salud pública en todo el mundo y representa una grave amenaza al bienestar y a la vida de la humanidad, pero además repercute de forma negativa en la familia, así

como en la economía por conceptos de hospitalización, tratamiento, rehabilitación, y la aplicación de inversiones comunitarias a gran escala dirigidas a su prevención y promoción (12).

La presencia de un adolescente alcohólico genera o dificulta las relaciones interpersonales y favorece la aparición de crisis importantes en el medio social, con frecuentes dificultades de desintegración familiar y problemas económicos, laborales y sociales (11). Los factores de riesgo que inciden en la conducta del consumo de alcohol en los adolescentes son de naturaleza multifactorial, estos factores pueden ser sociales, familiares y ambientales.

Los factores familiares de riesgo incluyen el consumo por parte de uno o ambos padres, violencia intrafamiliar, conflictos familiares y el manejo emocional deficiente. También influye el nivel socioeconómico y una sociedad con normas que favorece el consumo de sustancias ligadas al establecimiento del status quo. Múltiples estudios han reportado que los adolescentes con familia separada, ya sea por abandono, muerte o divorcio, tienen mayor riesgo de consumo de alcohol, pero igualmente, la influencia de hermanos, compañeros y amigos se constituyen en factor de riesgo (13).

Existen numerosos estudios acerca de los factores relacionados al consumo de alcohol tanto a nivel internacional como nacional, pero en la ciudad de Cajamarca, pese a existir una tasa elevada de alcoholismo, no existen suficientes investigaciones que hagan conocer a la sociedad en general, qué factores conllevan al consumo de alcohol a temprana edad, razón por la que se realizó el presente estudio con el objetivo de determinar la relación entre los factores sociodemográficos y el consumo de alcohol en adolescentes de la Institución Educativa Dos de Mayo

Los resultados obtenidos permitirán aportar con la data estadística de esta situación problemática en la ciudad de Cajamarca; además permitirá establecer un diálogo con las autoridades tanto del área de salud como de educación y sugerir la creación de un programa preventivo promocional del alcoholismo, de tal forma que se pueda contar con familias con menor violencia intrafamiliar, menor deserción escolar y menores tasas de involucramiento en conductas de riesgo sexuales, siendo los beneficiados, el adolescente, la familia en pleno, docentes y la sociedad considerando que es un tema de interés público.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Hernández M y cols. (México, 2015), realizaron una investigación titulada “Factores de riesgo para consumo de alcohol en adolescentes de telesecundaria en San Luis Potosí”, con el objetivo de identificar factores de riesgo para consumo de alcohol en adolescentes de tele secundaria determinando que la edad promedio fue 14 años. La distribución de los participantes por grado escolar fue: 41,8% fueron de primer grado, 28,6% a segundo y 29,7% a tercero. En relación al número de integrantes que conforma su familia se encontró que 31,6%, estaba formada por 5 integrantes y un 20% se identificó que estaban conformadas por 6 personas. Dentro de este total se identificó que solo un 36,3% trabajan, el 63,7% responde negativamente a este indicador. Identificaron que el 39,5% de los estudiantes fueron consumidores de alcohol señalando que el consumo de alcohol entre los adolescentes tenía una tendencia ascendente tanto en hombres como en mujeres (14).

Morales (México, 2015), en su estudio: “El consumo de alcohol en adolescentes de una secundaria de ciudad Nezahualcóyotl”. Frecuencia y características sociales”, formuló como objetivo explorar la frecuencia de consumo de alcohol en estudiantes de secundaria con algunas variables de tipo demográfico y social y encontró que 244 alumnos consumieron alcohol alguna vez en su vida, lo que representa 49%. La edad de inicio del consumo de alcohol fue entre los 10 y 14 años, con 198 alumnos (81%), 107 hombres (44%) y 91 mujeres (37%). El promedio de edad de inicio de consumo fue de 13 años, el motivo de inicio de consumo fue por curiosidad, siendo 189 estudiantes (77%) por influencia de los padres o familiares, 34 estudiantes (14%) por presión social. Las personas con quienes iniciaron el consumo son: 78 alumnos (32%), iniciaron el consumo con los padres y 70 alumnos (29%), con los amigos. Los alumnos quienes continuaron con el consumo de alcohol fueron 56 (11,2%), 34 hombres (6,8%) y 22 mujeres (4,4%). De ellos 43 (76%) ingerían alcohol por gusto y 11 alumnos (20%) consumían alcohol en ocasiones especiales. Las sensaciones que los alumnos experimentaron durante el consumo de alcohol fueron alegría y placer en ambo sexos.

Las personas con quienes acostumbran consumir alcohol los alumnos es con amigos un 46%, y con los padres un 18%; siendo de este total el sitio de consumo más frecuente las fiestas con bebidas favoritas como cerveza con un 61% y un tequila representado por un 17%.

Además, identificó que dentro de todos los alumnos al menos uno ha convivido con una persona alcohólica, siendo 36% los varones que convivieron con una persona con esta adicción y 32% las mujeres que convivieron con una persona así. La clasificación de riesgos del consumo de alcohol se realizó, de acuerdo al test de AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), donde se identificaron un 75% presentó un consumo bajo, 23% un consumo no recomendado y 1% consumo perjudicial para su vida (4).

Arrijo y cols. (México, 2017), realizaron una investigación bajo el título de “Factores de riesgo para el consumo de alcohol en adolescentes estudiantes”, con el objetivo de identificar el efecto de los factores personales en el consumo de alcohol en adolescentes que estudian; encontraron que, el 51% de los adolescentes estaban en las edades de 11-13 años, el 42% cursaban el tercer grado de secundaria, el 88% solamente estudiaba, el patrón de consumo de bebidas alcohólicas en promedio fue de 2 bebidas alcohólicas. La bebida preferida fue la cerveza (35%) seguida con mucha diferencia por el vodka (7,3%) y la sidra con el (6,2%). La edad promedio de inicio en el consumo de alcohol fue a la edad de 12.2 años. El consumo de alcohol alguna vez en la vida fue de 65%. La prevalencia básica de alcohol fue de 31%. La prevalencia actual de alcohol de 20%. Encontraron diferencias significativas del consumo de alcohol por edad; la mayor proporción del consumo de alcohol alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes fue en los adolescentes de 14 y 16 años. El 70% obtuvieron una puntuación mayor al 90% del no uso y abuso de drogas (15).

Telumbre J y cols. (México, 2017), en su estudio titulado: “Actitudes hacia el consumo de alcohol y consumo de alcohol en estudiantes de enfermería”, que tuvo como objetivo determinar la relación de las actitudes hacia el consumo de alcohol y el consumo de alcohol en estudiantes de enfermería, encontraron que el 72,8% de los adolescentes perteneció al grupo de edad 11 y 14 años, 54,1% perteneció al género masculino y el 45,9% al femenino. El 53,5 % de los adolescentes han consumido alcohol alguna vez en la vida, 33,9% en el último año, 20,5% en el último mes y el 10,1% en la última semana. 13,4% de los adolescentes presentan depresión leve, 11% depresión moderada y el 8,3% depresión severa. Existe una relación positiva y

significativa de los estados depresivos y la cantidad de bebidas alcohólicas consumidas por los adolescentes (16).

Orcasita L y cols. (Colombia, 2018), realizaron un estudio titulado “Factores psicosociales asociados a los patrones de consumo de alcohol en adolescentes escolarizados”, con el objetivo de caracterizar los principales factores psicosociales de riesgo y protección, específicamente en la familia y los pares, asociados a los patrones de consumo de alcohol en estudiantes escolarizados, determinando que, el rango de edad de los adolescentes estuvo entre 12 y 18 años, con un promedio de 15.3 años, el 25,2% de los participantes estaban cursando sexto grado y el 7% el noveno grado. El 78.5 % de los participantes reportó haber consumido alcohol alguna vez en su vida. El 94.6 % de los adolescentes que cursan el grado once han consumido alcohol alguna vez en su vida, mientras que un poco más de la mitad de los estudiantes que cursan sexto grado de bachillerato (55.6 %) lo han consumido. La edad de inicio de consumo de alcohol en los adolescentes fue a los 12.4 años, y se evidenció que tanto los hombres como las mujeres registraron una misma edad de inicio de consumo de alcohol (12.3 años y 12.6 años, respectivamente) (17).

Ramón G (Ecuador, 2018), en su investigación denominada “Consumo de alcohol en adolescentes de bachillerato. Estudio en el Colegio César Dávila Andrade”, formuló como objetivo identificar la prevalencia de consumo de riesgo y dependencia al alcohol entre adolescentes de bachillerato del colegio César Dávila Andrade; encontró como resultados que la media de la edad fue de 16.01. El estudiante de menor edad tenía 14 y el de mayor edad 19, para una mediana de 16. La frecuencia de consumo de alcohol fue una o menos veces al mes en el 82,1%, dos a cuatro veces al mes en 14,9%, dos o tres veces a la semana en 2,2% y cuatro o más veces a la semana en 0,7%. El 76,9% consumía de 1 a 2 bebidas alcohólicas, el 13,4% de 3 a 4, el 6% de 5 a 6 y el 3,7% de 7 a 9. El 53,6% del total de estudiantes habían consumido alcohol, el 54% de varones y el 53,3% refirieron consumo (18).

Uroz, J. y cols. (España, 2018), realizó un estudio titulado “Estructura familiar y consumo de alcohol en adolescentes”, cuyo objetivo fue analizar la relación entre el consumo de alcohol, la estructura familiar y el afecto que los adolescentes perciben de sus padres, y encontró como resultados que el 79,8% de los adolescentes pertenecía a una familia nuclear, el 12,3% a una familia monoparental (el 11,1% monomarental y el 1,2% monoparental), el 5,2% vivía en una familia reconstituida (en el 3,8% la nueva unión conyugal la había realizado la madre, en el 0,3% la nueva

pareja era por parte del padre y el 1,1% era una familia reconstituida. el 0,9% vivía con su familia extensa (abuelos, tíos, etc.); El 54,8% de los encuestados consumió alcohol alguna vez en la vida, el 42,2% en el último año y el 24,9% en los últimos treinta días. Respecto al abuso de alcohol, el 16,2% se había embriagado en el último año y el 8,9% en los últimos treinta días. El 28,2% había hecho botellón alguna vez en su vida y el 20,1% lo hizo en el último mes. El 9,7% había hecho binge drinking (consumo de cinco copas o más en un intervalo de dos horas) (19).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Briceño B. y Col. (Huancayo, 2016), en su tesis denominada “Causas más relevantes que inducen al consumo de alcohol en los estudiantes del 4° y 5° grado de la Institución Educativa José maría Arguedas”, con el objetivo de identificar las Causas más relevantes que induce al consumo de alcohol según la opinión de los estudiantes del 4° y 5° grado; encontró que el 68% de los estudiantes respondieron que sus padres y familiares consumían bebidas alcohólicas, quienes consumen alcohol con mayor frecuencia en la familia son los padres en un 58%, seguido de los tíos en 23%, los primos, 10%, un 6% los hermanos y tan solo 3% las madres; el 77% respondieron que al ver a sus padres o familiares libar bebidas alcohólicas les induce a realizar lo mismo; el 71% de la población encuestada manifestaron libar bebidas alcohólicas en las fiestas familiares (navidad, año nuevo, cumpleaños, etc.) junto con sus padres y familiares; el 64% señaló que sus amigos le incitan a consumir alcohol; el 55% exteriorizan que sus amigos utilizan sus problemas como pretexto para consumir alcohol; el 72% señalaron que sus amigos les presionan a consumir bebidas alcohólicas. El 78% de la población encuestada consume bebidas alcohólicas; el 58% de la población encuestada consume bebidas alcohólicas de manera mensual, un 32% quincenalmente y el 10% semanalmente, el 59% de la población encuestada consume bebidas alcohólicas con amigos del colegio, un 31% con los amigos del barrio, el 5% con familiares y un 5% con otras personas, el 63% de los estudiantes prefieren consumir otros tipos de bebidas alcohólicas, seguido de un 19% cerveza, un 12% vino y un 6% prefiere pisco (20).

Turpo L y col. (Arequipa, 2017), en su tesis con el título “Funcionamiento familiar y consumo de alcohol en estudiantes de secundaria. Institución Educativa Inmaculada Concepción. Arequipa”, con el objetivo de determinar la relación entre el funcionamiento familiar y el consumo de alcohol en estudiantes del 4to y 5to de secundaria; determinaron que el 53,3% tuvo familias moderadamente funcionales y el 16,3% familia funcional. En relación al consumo de alcohol encontraron consumo de

alcohol de riesgo con un 83,2%, mientras que un 16,8% tienen un consumo perjudicial. Con la aplicación del estadístico Chi Cuadrado, demostraron que existe relación entre el funcionamiento familiar y el consumo de alcohol en estudiantes del 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa Inmaculada Concepción (10).

Montalvo A. y cols. (Lima, 2018), en su tesis denominada “Funcionamiento familiar y su relación con el patrón de consumo de alcohol en adolescentes del 4° y 5° año de secundaria”, con el objetivo de comprobar si está relacionada la funcionalidad de la familia con el consumo de bebidas alcohólicas en los alumnos que cursan el cuarto y quinto año de educación secundaria del Colegio particular Andrés Bello; encontraron que el 67% de la población estudiantil adolescente pertenece al seno familiar moderadamente funcional, el resto se distribuye en familia disfuncional y familia funcional; con respecto al consumo de alcohol, el 58% de los adolescentes presentan un consumo perjudicial, siguiendo un consumo de riesgo y un consumo excesivo., Se presenta, asimismo, la recurrencia de consumo de bebidas alcohólicas en un (56%) de los encuestados, un consumo perjudicial. En la dimensión, la cantidad de consumo de bebidas alcohólicas (67%), presenta un consumo perjudicial, seguido de un consumo de riesgo (26%) y consumo excesivo (7%) (21).

2.1.2. Antecedentes locales

Cabanillas S y col. (Cajamarca, 2017), realizaron su tesis con el título de “Causales de alcoholismo y drogadicción en adolescentes de 14 a 18 años atendidos en el Centro de Salud Pachacútec del distrito de Cajamarca, 2017” y formularon como objetivo determinar las causales de alcoholismo y drogadicción en adolescentes de 14 a 18 años atendidos en el C.S. Pachacútec, encontrando que un 64,2% de los adolescentes no tenía problemas relacionados con el alcohol, 20,9% era bebedor en riesgo, 9% tenía problemas físicos-psíquicos y un 6% tenía dependencia alcohólica. Determinaron que existen factores en el ambiente familiar, escolar, social, emocional y sexual tales como: el no ser feliz en su hogar, escaso diálogo con sus padres, familiares que consumen alcohol, ingreso económico insuficiente, alcohol y droga en compañeros del colegio, conductas negativas de compañeros, repetición de grado, problemas con el grupo social, carecer de pareja sentimental, reunión con amigos en el parque, haber tenido parejas sentimentales pasajeras; que son causales del alcoholismo y la drogadicción en los adolescente de 14 a 18 años (11).

Quispe D (Cajamarca, 2018), en su investigación denominada “Prevalencia de consumo de alcohol en estudiantes de educación secundaria de la ciudad de

Cajamarca”, formuló como objetivo conocer la prevalencia de consumo de alcohol en estudiantes de educación secundaria de la ciudad de Cajamarca; reportó los siguientes resultados: el 94,7% de la muestra no presenta tener problemas con el alcohol, el 4,8% son bebedores de riesgo y 0,5% tienen problemas con el alcohol y probable dependencia alcohólica. Por lo tanto, no existe consumo de alcohol en los estudiantes. En relación con el sexo, el 55% del sexo femenino no tienen problemas con el alcohol, siendo el 39% del sexo masculino. Según las edades en estudio los estudiantes de: 15, 16 y 17 años, no tienen problemas relacionados con el consumo de alcohol. Según la prevalencia de consumo de alcohol en estudiantes de educación secundaria de la ciudad de Cajamarca, por institución educativa, no presentan problemas relacionados con el alcohol (7).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Adolescencia

Etimológicamente, la palabra adolescente viene, como lo señaló Terencio Varrón, escritor romano (116-27 a. C) del participio latino *adolescens*, que significa “que crece” y “se desarrolla” (Etimología de adolescente). Esta definición implica transformaciones y adaptaciones constantes que se dan en el curso de la vida dentro de los ámbitos físico, emocional, social y cultural; por lo anterior se han generado tensiones entre las perspectivas que intentan definirla, haciendo difícil conciliar los significados de este concepto (22).

Puede decirse que de acuerdo con la visión disciplinar que la defina, la adolescencia ha sido vista de maneras diversas, entre ellas como: “un periodo de metamorfosis” (Freud, 1905); “una entidad semipatológica” (Cadavid, 1924); un duelo del cuerpo infantil, un nuevo cuerpo de características inéditas en cuanto a responsabilidades y creatividad (Aberastury y Knobel, 1971); una etapa de crisis (Erickson, 1971); una etapa biológica con características específicas por grupos etarios en la cual se alcanza la madurez sexual (Organización Mundial de la Salud, 1995); el logro de la madurez sexual y posibilidad de reproducirse o un proceso universal de cambio con connotaciones externas particulares de cada cultura (Aberastury, 2006) (22).

Sin embargo, algunos autores, entre ellos Stern y García (2001), Alpizar y Bernal (2003), Feixa (2005), López et al. (2006), Climent (2009), Krauskopf (2010), Lozano (2014), Pico y Vanegas (2014), Camacho (2015), entre otros, se han dado a la tarea de reflexionar frente a estas definiciones, entendiendo que no es un colectivo

homogéneo, ni una etapa que sea transitada de igual manera por todos(as), aun cuando tengan rasgos que los asemejen; sino que es la construcción de un asunto social que se va gestando de acuerdo con el contexto social, histórico, político y cultural (Giddens, 2000) (22).

Por su parte, la teoría psicosocial, con representantes como Ana Freud (1936) y Erickson (1971), determinan que la adolescencia es una etapa que inicia con el brote pulsional producido en la pubertad, en la que se altera el equilibrio psíquico logrado en la infancia, lo cual provoca desajustes, hace la personalidad más vulnerable y conlleva a crear defensas psicológicas que en cierto modo obstaculizan la adaptación, como lo afirman Delval (2008) y Bordignon (2005). Es decir, la adolescencia se debate entre la normalidad y anormalidad, debiendo “curarse” y equilibrarse (discurso de la patología social, según Chaves, 2005), pues presenta una “crisis identificadora” (Hartman, 2013) (22).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adolescencia es el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia (23).

El Ministerio de Salud (2017) señala que definir la adolescencia con precisión es problemático por varias razones. La madurez física, emocional y cognitiva, entre otros factores, depende de la manera en que cada individuo experimenta este período de la vida. Hacer referencia al comienzo de la pubertad, que podría considerarse una línea de demarcación entre la infancia y la adolescencia, no resuelve el problema. La pubertad empieza en momentos sumamente distintos para las niñas y los niños, y entre personas del mismo género. En las niñas se inicia, como promedio, entre 12 y 18 meses antes que en los niños. Las niñas tienen su primera menstruación generalmente a los 12 años. En los niños, la primera eyaculación ocurre generalmente hacia los 13 años. No obstante, las niñas pueden empezar a menstruar a los 8 años. Hay indicios de que la pubertad está comenzando mucho más temprano; de hecho, la edad de inicio tanto en las niñas como en los niños ha descendido tres años en el transcurso de los últimos dos siglos, sin embargo, según lo establecido en la

Resolución Ministerial N° 538-2009/MINSA considera adolescente a aquellas personas entre los 12 y 17 años de edad (9).

Güemes y cols. Señala que adolescencia es el periodo de tránsito entre la infancia y la edad adulta. Se acompaña de intensos cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales; se inicia con la pubertad (aspecto puramente orgánico), terminando alrededor de la segunda década de la vida, cuando se completa el crecimiento y desarrollo físico y la maduración psicosocial (24).

- **Fases de la adolescencia**

Aun teniendo en cuenta las limitaciones previas, el desarrollo psicosocial en la adolescencia presenta en general características comunes y un patrón progresivo de 3 fases. No existe uniformidad en la terminología utilizada para designar estas etapas, sin embargo, lo más tradicional ha sido denominarlas adolescencia temprana, media y tardía.

1. Adolescencia temprana: desde los 10 a los 13-14 años.

Los procesos psíquicos de la adolescencia comienzan en general con la pubertad y los importantes cambios corporales que trae consigo. El desarrollo psicológico de esta etapa se caracteriza por la existencia de egocentrismo, el cual constituye una característica normal de niños y adolescentes, que disminuye progresivamente, dando paso a un punto de vista socio céntrico (propio de la adultez) a medida que la persona madura. Además, de acuerdo a Elkind, va variando en su naturaleza, calidad y características desde la infancia a la adolescencia, a medida que el desarrollo cognitivo progresa (25).

El egocentrismo adolescente se evidencia, entre otras cosas a través de la existencia de un foco general en sí mismo y de los fenómenos a los que Elkind llama la «audiencia imaginaria» y la «fábula personal». El adolescente se encuentra muy centrado en su propia conducta, cambios corporales y apariencia física, y asume que los otros tienen perspectivas y valores idénticos(as) a los(as) suyos(as). Por otra parte, siente y cree que los demás –en especial sus pares– están tan preocupados de su apariencia y conducta como él mismo, y que son a la vez tan críticos o admiradores de estas como él mismo lo es. Así, construye en su propio pensamiento una «audiencia imaginaria» y reacciona ante ella. Siente que está constantemente sobre un escenario, como actor principal, y que es centro de atención de un público

constituido por todos sus pares, sobre el cual proyecta sus autoevaluaciones tanto positivas como críticas, y también sus preocupaciones. Elegirá también –entre otras cosas- su vestimenta, peinado, accesorios, lenguaje y música, y tendrá conductas específicas (incluso de riesgo), para satisfacer y/o ser admirado por esta audiencia. La «fábula personal» se refiere a la creencia del adolescente de que es un ser único. Este fenómeno se aprecia en la convicción de que sus pensamientos, sentimientos, creencias, ideales y experiencias son muy especiales, incluso únicos(as), y que los demás son incapaces de llegar a entenderlos(as) (25).

En el área del desarrollo psicológico, en esta etapa también ocurren otros fenómenos. Existe labilidad emocional con rápidas y amplias fluctuaciones del ánimo y de la conducta, una tendencia a magnificar la situación personal, falta de control de impulsos, y necesidad de gratificación inmediata y de privacidad. Además, aumenta la habilidad de expresión verbal y en el ámbito vocacional, los jóvenes presentan metas no realistas o idealistas (ser modelo top, estrella de rock, actor o actriz de cine, piloto de carreras, etc.) (25).

El desarrollo cognitivo de esta etapa comprende el comienzo del surgimiento del pensamiento abstracto o formal. La toma de decisiones empieza a involucrar habilidades más complejas, que son esenciales para la creatividad y el rendimiento académico de un nivel superior. Estos cambios se manifiestan frecuentemente como un «soñar despierto», que no solo es normal, sino además importante para el desarrollo de la identidad, porque le permite al adolescente representar, explorar, resolver problemas y recrear importantes aspectos de su vida. Sin embargo, a estas alturas este tipo de pensamiento es lábil y oscilante, tendiendo aún a predominar el pensamiento concreto. En esta fase se produce un incremento de las demandas y expectativas académicas (25).

En el ámbito del desarrollo social, se inicia la movilización hacia afuera de la familia. Aumenta el deseo de independencia del joven y disminuye su interés por las actividades familiares. El adolescente empieza a poner a prueba la autoridad, evidencia más resistencia a los límites, a la supervisión y aceptar consejos o tolerar críticas de parte de los padres. Se muestra insolente ocasionalmente y adquiere más conciencia de que los padres no son perfectos. Todo ello causa cierta tensión con estos. Sin embargo, el joven continúa dependiendo de la familia como fuente de estructura y apoyo, entre otras cosas. El grupo de pares adquiere mayor importancia y el adolescente se hace más dependiente de las amistades como fuente de bienestar.

El involucramiento con los pares se caracteriza por el contacto principalmente con aquellos del mismo sexo y la aparición de la necesidad de amistades exclusivas – mejor(es) amigo(s) –, con quienes divertirse y compartir secretos. Estas son idealizadas con frecuencia y pueden volverse intensas, generándose fuertes sentimientos de cariño hacia determinados pares, que pueden incluso llevar a dudas, temores, exploración y/o relaciones homosexuales. Debe destacarse que en esta etapa existe una importante susceptibilidad a la presión de los pares (25).

En cuanto al desarrollo sexual, en esta fase se produce una acentuada preocupación por el cuerpo y los cambios puberales. Las rápidas transformaciones corporales llevan al adolescente a preocuparse en forma creciente por su imagen, a focalizarse en hallazgos físicos triviales, a hacerse repetidamente la pregunta ¿soy normal? y a necesitar reafirmación de su normalidad. Está inseguro respecto de su apariencia y atractivo, y compara frecuentemente su cuerpo con el de otros jóvenes y con los estereotipos culturales. En esta etapa aparece pudor o inquietud de ser visto desnudo y aumenta el interés en la anatomía y fisiología sexual, lo que incluye dudas y ansiedades acerca de la menstruación, las poluciones nocturnas, la masturbación, el tamaño de las mamas o el pene, entre otras cosas. La menarquía representa un hito para las mujeres, que puede acompañarse de confusión o vergüenza si no ha existido una preparación adecuada para enfrentarla. Por otra parte, se intensifican los impulsos de naturaleza sexual (que se alivian frecuentemente a través de la masturbación) y aparecen las fantasías sexuales y los «sueños húmedos» (poluciones nocturnas). Hombres y mujeres exploran roles de género más diferenciados (25).

Por último, respecto del desarrollo moral, en esta etapa se avanza desde el nivel preconventional al convencional (Kohlberg). En el primero, que es propio de la infancia, existe preocupación por las consecuencias externas, concretas para la persona. Las decisiones morales son principalmente egocéntricas, hedonistas, basadas en el interés propio, en el temor al castigo, en la anticipación de recompensas o en consideraciones materiales. En el segundo nivel existe preocupación por satisfacer las expectativas sociales. El adolescente se ajusta a las convenciones sociales y desea fuertemente mantener, apoyar y justificar el orden social existente (25).

2. Adolescencia media, entre los 14 y 16 años.

El hecho central en este período es el distanciamiento afectivo de la familia y el acercamiento al grupo de pares. Ello implica una profunda reorientación en las relaciones interpersonales, que tiene consecuencias no solo para el adolescente sino también para sus padres.

En cuanto al desarrollo psicológico, en esta etapa continúa aumentando el nuevo sentido de individualidad. Sin embargo, la autoimagen es muy dependiente de la opinión de terceros. El joven tiende al aislamiento y pasa más tiempo a solas, se incrementa el rango y la apertura de las emociones que experimenta, y adquiere la capacidad de examinar los sentimientos de los demás y de preocuparse por los otros. El egocentrismo es significativo, y durante décadas se le responsabilizó de generar en los adolescentes un sentimiento de invulnerabilidad que los predisponía a conductas de riesgo, las cuales son frecuentes en esta etapa. Se planteaba que esta sensación de omnipotencia les deterioraba el juicio y producía una falsa sensación de poder, que en situaciones críticas les acarrea consecuencias negativas, pues los llevaba a tener convicciones tales como «nunca me voy a quedar embarazada» a pesar de tener relaciones sexuales no protegidas o «imposible que me convierta en un adicto» aunque consumiesen drogas. Sin embargo, la investigación reciente en neurodesarrollo ha demostrado que los adolescentes tienen conciencia de los riesgos que corren, pero esto no los inhibe de presentar estas conductas debido a que atraviesan por un período de incremento sustancial de la inclinación hacia la búsqueda de recompensas o sensaciones, lo que aumenta en presencia de pares. Ello sería producto de la maduración más temprana del sistema cerebral socioemocional que del sistema de control cognitivo, con el resultado de que, en condiciones de excitación emocional, el primero sobrepasa la capacidad regulatoria del segundo (todavía relativamente inmaduro). Así, en situaciones que son particularmente cargadas emocionalmente, aumenta la probabilidad de que estas influyan en sus conductas más que la racionalidad (25).

También en el ámbito psicológico, en la adolescencia media persiste la tendencia a la impulsividad (otro factor relevante en las conductas de riesgo), siendo las aspiraciones vocacionales de los jóvenes menos idealistas ya.

El desarrollo cognitivo en esta etapa se caracteriza por un incremento de las habilidades de pensamiento abstracto y razonamiento, y de la creatividad. El

adolescente ya no acepta la norma, sino hasta conocer el principio que la rige. La posibilidad de razonar sobre su propia persona y los demás lo lleva a ser crítico con sus padres y con la sociedad en general. Cabe destacar, que el pensamiento puede revertir al nivel concreto en situaciones de estrés. Por otra parte, aumentan significativamente las demandas y expectativas académicas. Se espera que durante este período el joven obtenga logros académicos y se prepare para el futuro (25).

Respecto del desarrollo social, en esta fase el involucramiento del adolescente en la subcultura de pares es intenso (alcanza su máximo). No existe otra etapa en la que el grupo de pares sea más poderoso e influyente. El joven adopta la vestimenta, la conducta y los códigos y valores de su grupo de pares, en un intento de separarse más de la familia y encontrar su propia identidad. La presión de los pares puede influir tanto en forma positiva –motivándolo a destacar en lo académico, deportivo, a postergar el inicio de relaciones sexuales, etc. –, como negativa, favoreciendo por ejemplo que se involucre en conductas de riesgo. Las amistades y los grupos pasan a ser de ambos sexos, y frecuentemente se establecen relaciones de pareja. Las parejas desempeñan un rol progresivamente mayor a medida que avanza la adolescencia, sin embargo, las relaciones de amistad siguen siendo extremadamente importantes, ofreciendo compañía, un contexto para la apertura íntima y la satisfacción de otras necesidades (25).

A la vez, durante la adolescencia media, el joven lucha para emanciparse de su familia. Muestra un franco menor interés por sus padres, volcando su motivación y tiempo libre principalmente hacia sus pares y a actividades fuera del hogar o a estar solo. Es esperable que en esta etapa el adolescente desafíe los valores y la autoridad de los padres, y ponga a prueba sus límites. Esta es una parte necesaria del proceso de crecer, pues para alcanzar la madurez, debe separar su propia identidad de aquella de su familia y avanzar en el desarrollo de su autonomía. El joven necesita demostrarse a sí mismo que es capaz de trazar su propio camino en la vida y que no necesita de las opiniones ni las directrices de sus padres. Busca activamente juicios y valores propios, sin aceptar ya automáticamente los de ellos. Magnifica los errores y contradicciones de estos para facilitar su proceso de desapego, llegando a descalificarlos con frecuencia. Como consecuencia de todo lo anterior y de la reacción de los padres a estos cambios, los conflictos padres-hijo alcanzan su máximo en este período (25).

En cuanto al desarrollo sexual, en la adolescencia media aumenta la aceptación del propio cuerpo y la comodidad con él. La mayoría de los adolescentes ha tenido ya gran parte de los cambios puberales y está menos preocupado de ellos. Sin embargo, los jóvenes dedican mucho tiempo a tratar de hacer su cuerpo más atrayente. Prueban su atractivo sexual experimentando con su aspecto (peinado, maquillaje, ropa, tatuajes y piercing pasan a ser muy importantes) y con su comportamiento (coqueteo). En este período se toma conciencia de la orientación sexual y aumenta el involucramiento en relaciones de pareja. Estas son habitualmente breves y utilitarias, predominando en ellas la exploración, la búsqueda, la descarga de impulsos sexuales y el egocentrismo. Las relaciones de pareja pueden también comprender fantasías idealistas y románticas. Por último, en esta fase aumenta la experimentación de diversas conductas sexuales, incluyendo el inicio de relaciones coitales con cierta frecuencia (25).

El nivel de desarrollo moral en la adolescencia media corresponde generalmente al convencional, en el cual funcionan también la mayoría de los adultos (25).

3. Adolescencia tardía de 17 a 19 años.

Esta es la última etapa del camino del joven hacia el logro de su identidad y autonomía. Para la mayor parte de los adolescentes es un período de mayor tranquilidad y aumento en la integración de la personalidad. Si todo ha avanzado suficientemente bien en las fases previas, incluyendo la presencia de una familia y un grupo de pares apoyadores, el joven estará en una buena vía para manejar las tareas de la adultez. Sin embargo, si no ha completado las tareas antes detalladas, puede desarrollar problemas con el aumento de la independencia y las responsabilidades de la adultez joven, tales como depresión u otros trastornos emocionales.

En el ámbito del desarrollo psicológico, en esta etapa la identidad se encuentra más firme en sus diversos aspectos. La autoimagen ya no está definida por los pares, sino que depende del propio adolescente. Los intereses son más estables y existe conciencia de los límites y las limitaciones personales. Se adquiere aptitud para tomar decisiones en forma independiente y para establecer límites, y se desarrolla habilidad de planificación futura. Existe gran interés en hacer planes para el futuro, la búsqueda de la vocación definitiva apremia más y las metas vocacionales se vuelven realistas. Idealmente el joven realizará una elección educacional y/o laboral que concilie sus intereses, capacidades y oportunidades. Avanza en el camino hacia la independencia

financiera, la que logrará más temprano o más tarde, dependiendo de su realidad. Aumenta el control de impulsos, se puede postergar ya la gratificación y aparece la capacidad de comprometerse (25).

En cuanto al desarrollo cognitivo, en la adolescencia tardía existe un pensamiento abstracto firmemente establecido. Si las experiencias educativas han sido adecuadas, se alcanza el pensamiento hipotético-deductivo propio del adulto. Aumenta la habilidad para predecir consecuencias y la capacidad de resolución de problemas.

El desarrollo social en esta etapa se caracteriza por una disminución de la influencia del grupo de pares, cuyos valores se hacen menos importantes a medida que el adolescente se siente más cómodo con sus propios principios e identidad. Las amistades se hacen menos y más selectivas. Por otra parte, el joven se acerca a la familia, aumentando gradualmente la intimidad con sus padres si ha existido una relación positiva con ellos durante los años previos. Ya ha alcanzado un grado suficiente de autonomía, se ha convertido en una entidad separada de su familia, y ahora puede apreciar los valores y la experiencia de sus padres, y buscar (o permitirles) su ayuda, pero en un estilo de interacción que es más horizontal. La relación padres-hijo alcanza nuevas dimensiones, que acrecientan el desarrollo personal y familiar, cuando el clima es de verdadero respeto y valoración de las diferencias (25).

Respecto del desarrollo sexual, en la adolescencia tardía se produce la aceptación de los cambios corporales y la imagen corporal. El joven ha completado ya su crecimiento y desarrollo puberal, los que no le preocupan a menos que exista alguna anormalidad. Acepta también su identidad sexual, con frecuencia inicia relaciones sexuales y aumenta su inclinación hacia relaciones de pareja más íntimas y estables, las que comprenden menos experimentación y explotación, estando más basadas en intereses y valores similares, en compartir, y en la comprensión, disfrute y cuidado mutuo (25).

Por último, desde la perspectiva del desarrollo moral, en esta etapa la mayoría de los adolescentes funciona en el nivel convencional, alcanzando solo algunos el post convencional. En este último y avanzado nivel, existe eminentemente preocupación por principios morales que la persona ha escogido por sí misma. El acercamiento a los problemas morales ya no se basa en necesidades egoístas o en la conformidad con los otros o con la estructura social, sino que depende de principios autónomos, universales, que conservan su validez incluso más allá de las leyes existentes (25).

Para finalizar, debe destacarse que el desarrollo no llega a su fin con el término de la adolescencia y que el adulto joven que emerge de este proceso no es un «producto acabado». El desarrollo es un proceso que tiende a continuar a lo largo de toda la vida, por lo que, si bien los cambios futuros pueden no ser tan rápidos y tumultuosos, los adultos jóvenes se verán enfrentados a otras tareas del desarrollo –tales como la adquisición de la capacidad para establecer relaciones íntimas estables–, cuyo logro dependerá en gran parte de la resolución saludable del proceso adolescente (25).

2.2.2. Alcohol

Es una molécula simple que es soluble tanto en agua como en lípidos, se difunde fácilmente a través de la membrana y entra de inmediato al sistema. La droga se distribuye por todo el cuerpo y los tejidos, llegando con extrema rapidez al cerebro. El alcohol (etanol) tiene una rápida y completa absorción en el tracto gastrointestinal, especialmente el superior. La absorción se potencia dependiendo del tiempo previo de la ingesta de alimentos del individuo, así, un estómago vacío absorbe más rápido que un estómago con alimento. Por esta causa, el tiempo para el pico de concentración en sangre varía de 30 a 90 minutos. Del etanol ingerido, 95% se metaboliza a través del alcohol deshidrogenasa, 5% se excreta sin cambios por los pulmones. La mayor parte del metabolismo se lleva a cabo en el hígado, aproximadamente 15% lo hace el estómago por vía de la alcohol-deshidrogenasa en el lecho estomacal (26).

2.2.3. Alcoholismo

El alcoholismo es una enfermedad primaria, crónica y con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen en su desarrollo y manifestaciones. La enfermedad es comúnmente progresiva y fatal. Se caracteriza por imposibilidad de control sobre el consumo de alcohol a pesar de las consecuencias usualmente adversas y distorsión del pensamiento. Todos estos síntomas pueden ser continuos o episódicos (26).

El deterioro en la capacidad de controlar su consumo puede ser intermitente y muy ligero, en las fases iniciales de la enfermedad; pero puede llegar a ser continuado e intenso, más adelante. Conduciendo a una automatización progresiva de la conducta de auto-administración de la bebida y, a una pérdida de la capacidad de auto controlarse permanente, tan grave como la de cualquier otra conducta adictiva a sustancias (27).

Cuando el bebedor ha desarrollado la dependencia alcohólica no podrá retornar a un consumo moderado y cuando pruebe bebidas alcohólicas volverá a experimentar las mismas dificultades para controlar su consumo. Por este motivo, lo ideal es que el paciente alcohólico se mantenga sin tomar alcohol de manera continuada. Sin embargo, lo más probable es que su actitud ante tal objetivo sea bastante ambivalente. Ello puede contribuir a que su evolución curse con la alternancia de períodos de remisión de la enfermedad y períodos de recaída, en los que su vida se desorganiza y puede llegar a estar fuera de control. En síntesis, los indicadores clínicos claves del alcoholismo son la incapacidad para abstenerse y detenerse de la ingesta y la presencia notoria de la tolerancia y del síndrome de abstinencia (26).

2.2.4. Teorías del alcoholismo

2.2.4.1. Teoría fisiológica del alcoholismo

La teoría fisiológica explica el consumo de alcohol por la necesidad física de ingestión de forma excesiva de esta droga y a la vez consideran que es la acción fisiológica del alcohol la responsable fundamental de la elicitación del beber incontrolado, iniciado a través de la mediación de los efectos fisiológicos.

Existen apreciables diferencias fisiológicas entre el alcoholismo femenino y el masculino, siendo las principales la carga familiar del alcoholismo y la psicopatología; sin olvidar el alto grado de vulnerabilidad de la mujer, las expectativas frente al consumo, el patrón consumo o los factores desencadenantes.

Hughes, referido por Herrera (2015) señala que, desde el punto de vista fisiológico, este proceso se consolida cuando la ingestión de pequeñas cantidades de alcohol gatilla en una reacción en cadena, lo que conlleva al consumo involuntario con la subsiguiente intoxicación eventual.

Si bien este enfoque, destaca la acción física del alcohol en el desarrollo del alcoholismo, como los factores sociales que pudieran estar relacionados, éste no los integra lo suficiente ni tampoco describen la interrelación entre los factores físicos y sociales que serían la base de la conducta adictiva (28).

2.2.4.2. Teoría genética del alcoholismo

Esta teoría sostiene que la transmisión de sustancias provoca dependencia a través de las generaciones, han sido enfocadas tradicionalmente desde dos perspectivas distintas; una genética y la otra cultural.

La perspectiva genética se refiere al alcoholismo como un estado biológicamente determinado y que la predisposición a la dependencia se encuentra codificada en el material genético de la persona, por consiguiente, dicha predisposición podría ser transmitida a las generaciones posteriores por medio de un “gen”. “Es así como ha quedado en evidencia, que los hijos de los padres alcohólicos exhiben la probabilidad mucho mayor de llegar a ser alcohólicos cuando pasan a la edad adulta”.

Desde lo cultural, esta teoría sólo hace referencia al consumo de alcohol dentro del hogar familiar, donde éste está siendo observado por los miembros del grupo familiar, interiorizando la situación como normal y aceptable (28).

2.2.4.3. Teoría sociológica del alcoholismo

Esta teoría da cuenta que el contexto en el cual el individuo se desarrolla, como por ejemplo la existencia de alteraciones en la vida familiar y social, las que deben ser considerado como causa primordial del beber problema y que, a su vez, la ingesta excesiva de alcohol afectaría todas las áreas de la vida de un individuo.

Dentro de este modelo se menciona la teoría de sistemas, la que tiene un rol importante en la comprensión y manejo de la conducta alcohólica, la cual no se enfatiza en el porqué de la conducta adictiva como lo hacen otros enfoques psicológicos, sino que su postura se refiere más específicamente al cómo y dónde sucede este fenómeno.

Dentro de la perspectiva sociológica se van incorporando poco a poco elementos de la teoría de sistemas, donde participan una pluralidad de actores individuales que interactúan entre sí en una situación que tiene, al menos un aspecto físico o de medio ambiente, además que cuenta con actores motivados por una tendencia a obtener un óptimo de gratificación y cuyas relaciones con sus situaciones – incluyendo a los demás actores- están mediadas y definidas por un sistema de símbolos culturalmente estructurados y compartidos (28).

2.2.4.4. Teoría de sistemas del alcoholismo

A partir de esta teoría se da cuenta que la familia es una organización social primaria caracterizada por sus vínculos de consanguineidad y de relaciones afectivas de intimidad y significado, siendo un subsistema del sistema social más amplio. Es así como los miembros de una familia cumplen roles al interior de ésta y como éstos le permiten vincularse con otros sistemas sociales, tales como el trabajo, la escuela, el

barrio, etc. “La familia sigue siendo el contexto en donde se aprenden los valores y además se trasmite la cultura, siempre pasada por el filtro de las orientaciones propias de cada sistema familiar”.

Trabajar desde una perspectiva familiar, significa pensar en ella como un sistema que tiene las características de totalidad negentropía y equifinalidad. Es decir, es un sistema formado por seres vivos – que pueden ser considerados como sistemas en sí mismos –, que es más que la suma de ellos como individuos, que tienen un proceso de desarrollo que permite su crecimiento y complejización de su organización, y que diferentes influencias pueden producir efectos similares. Entonces al considerar a la familia desde una perspectiva familiar se pone énfasis también en que el vivir en familia es una experiencia multigeneracional (28).

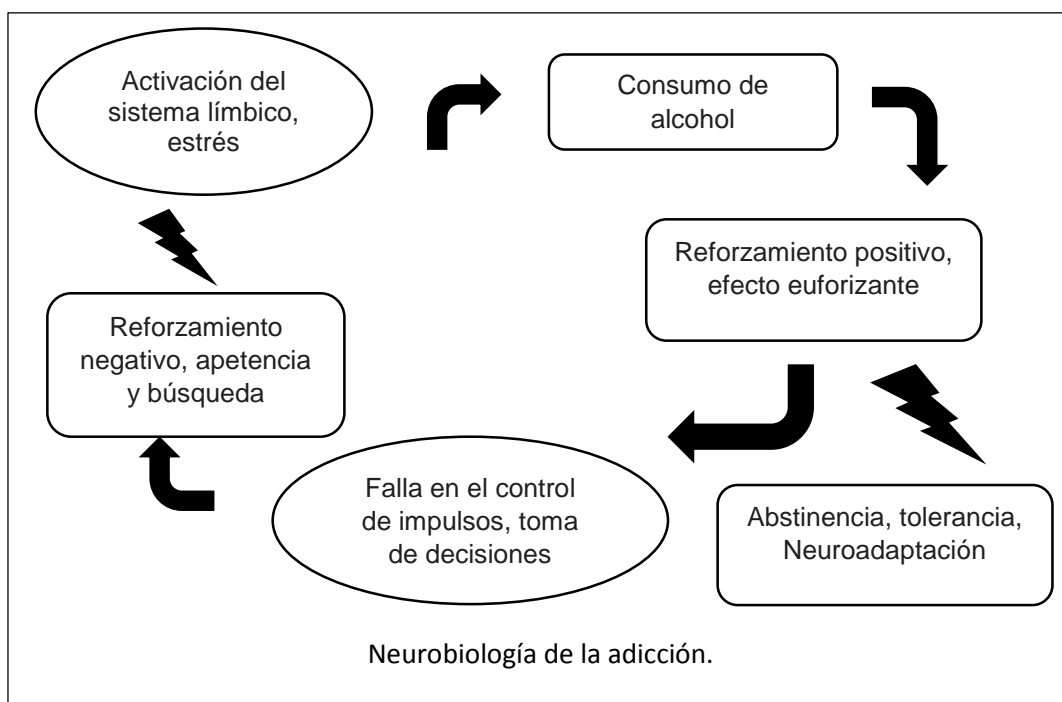
2.2.4.5. Teoría cognitiva – conductual del alcoholismo

La teoría cognitiva conductual, estudia exclusivamente el comportamiento observable y mensurable del individuo.

Los conductistas, están convencidos de que los procesos mentales pueden y deben estudiarse científicamente.

En el presente gráfico se esquematiza como se instituye esta teoría en el inicio del consumo de alcohol.

Mecanismo de inicio de la adicción.



En cambio, aquellos que tienen relativamente menor número de respuestas de afrontamiento o ninguna, experimentarían una disminución en su auto eficacia y un aumento de las expectativas sobre los efectos positivos que produciría la droga, seguido de un desliz, es decir, empieza de nuevo el consumo de la droga (28).

2.2.5 Tipos de alcoholismo

El alcoholismo según su curso clínico y los daños que ocasiona físicamente se clasifica en cuatro categorías:

- Alcoholismo alfa: donde no existen alteraciones físicas, pero sí alteraciones psíquicas.
- Alcoholismo beta: presenta alteraciones psicóticas y de la personalidad además de deterioro cognitivo.
- Alcoholismo gamma: presenta el síndrome de dependencia y es de carácter crónico.
- Alcoholismo delta: es el estado más severo de la enfermedad y presenta síndrome de abstinencia, alteraciones físicas y sociales.
- Alcoholismo épsilon: es de carácter episódico y se encuentra condicionado por el estado de ánimo (29).

2.2.6 Patrones de consumo de alcohol

Entre las conductas de riesgo que el adolescente puede adoptar durante este periodo se encuentran: el consumo de alcohol, tabaco, drogas ilegales, conductas sexuales de riesgo y delincuencia. Para abordar el consumo de alcohol se requiere definir a que se refiere una unidad de bebida estándar (UBE), la misma que corresponde a 10 a 13 grados de alcohol, contenido en aproximadamente 1 lata de cerveza de 330ml al 5%, o una copa de 40ml de licor destilado al 40% de whisky, ginebra, vodka; o 1 copa de 140ml al 12% de vino o jerez.

Es oportuno mencionar algunas acepciones en cuanto a los patrones de consumo de alcohol, como:

Consumo de bajo riesgo. De acuerdo a la OMS se refiere al consumo de hasta 20° grados de alcohol por día, 5 días a la semana, recomendando 2 días sin beber. O cuando el individuo no bebe más de dos unidades de bebida estándar al día.

Consumo de riesgo. Es un patrón que aumenta las consecuencias adversas para la salud si el hábito del consumo persiste, se lo describe como el consumo regular de 20

a 40 grados diarios de alcohol en mujeres (2 a 4 UBE) y de 40 a 60 grados diarios en varones (4 a 6 UBE).

Consumo perjudicial. Se refiere a aquel que conlleva consecuencias tanto para la salud física y mental de la persona y está definido por la OMS como consumo regular promedio de más de 40 grados de alcohol al día en mujeres y de más de 60 grados al día en hombres.

Dependencia al alcohol. Es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos, donde el alcohol se convierte en prioritario para el individuo, en contraposición con otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él.

Consumo excesivo episódico o circunstancial. También llamado binge drinking, que puede resultar dañino para ciertos problemas de salud, implica el consumo, por parte de un adulto, de por lo menos 60 grados de alcohol en una sola ocasión (30).

2.2.7. Test de AUDIT

El Cuestionario de Identificación de Consumo de Alcohol (AUDIT) fue originalmente creado por Saunders et al. (1993) en colaboración con la OMS. Más adelante fue adaptada al idioma español por Rubio et al. (1998). Según Babor et al. (2001), este instrumento tiene como objetivo la detección del uso problemático del alcohol permitiendo identificar a las personas con un patrón de consumo de riesgo, perjudicial y dependiente de alcohol. El primero es definido como aquel que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. El consumo perjudicial es un patrón de ingesta que conlleva a consecuencias negativas físicas, mentales y sociales. Mientras que la dependencia se considera como el conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del uso repetido de alcohol. Estos fenómenos suelen ser: un deseo intenso de consumir alcohol, dificultades para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de consecuencias negativas, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe.

El AUDIT ha sido validado en pacientes de atención primaria en 6 países (Noruega, Australia, Kenia, Bulgaria, México y Estado Unidos). Además, es el único test de detección (screening) diseñado específicamente para uso internacional y es consistente con las definiciones de la CIE-10 de dependencia y consumo perjudicial de alcohol

Respecto a sus propiedades psicométricas, los estudios en el Perú indican una alta confiabilidad evaluada por el Coeficiente Alfa de Cronbach con valores de 0.80 (31).

2.2.8. Efectos del alcohol sobre la conducta

1. Sensación de bienestar cuando la concentración en sangre es de hasta 0.05 g, el individuo se encuentra relajado y confiado.
2. En situación de riesgo, cuando la concentración en sangre es de 0.05 g a 0.08 g, el individuo se torna hablador, sensación de seguridad y reducción de las inhibiciones.
3. Estado de alto riesgo, cuando la concentración en sangre es de 0.08 g – 0.15 g, el individuo tiene dificultad para hablar, tiene problemas de equilibrio y coordinación motora, disminución de reflejos, náuseas y vómitos.
4. Intoxicación, cuando la concentración en sangre es de 0.15 g. a 0.30 g. el individuo presenta incapacidad de caminar, apatía, somnolencia, dificultad respiratoria, pérdida de conciencia, incapacidad de recordar, pérdida de control de esfínteres.
5. Muerte, cuando la concentración en sangre es más de 0.30 g., el individuo puede llegar al coma y la muerte (27).

2.2.9 Problemas de salud por el alcoholismo

El alcohol es una de las drogas de venta legal que se consumen con más frecuencia en nuestro entorno sociocultural. Es un depresor del sistema nervioso central y sus efectos dependen de factores como la edad, el peso, el sexo o la cantidad y velocidad con que se consume. El abuso de alcohol conduce al alcoholismo o dependencia del alcohol, enfermedad crónica producida por el consumo prolongado y en exceso de alcohol etílico. El alcoholismo es un problema muy grave en muchos países, que supone un coste personal, social y sanitario muy elevado.

Una vez ingerido el alcohol pasa a la circulación sanguínea. Su absorción se realiza sobre todo a nivel del intestino delgado y es mayor cuando la persona está en ayunas. Hasta un 10 % del alcohol presente en la sangre se elimina por la orina, el sudor y la evaporación a través de los alvéolos pulmonares. Esto último permite realizar mediciones en el aire espirado (alcoholímetros de espiración). El 90 % restante se metaboliza en el hígado a razón de 10 gramos por hora. El método más preciso para determinar la alcoholemia se basa en un análisis de sangre. Además, existe

variabilidad individual en la sensibilidad al alcohol, por lo que una misma dosis produce un grado de alcoholemia distinta en diferentes personas (13).

El alcohol actúa en los centros superiores del cerebro reduciendo las inhibiciones de tipo social, la angustia y el sentido de responsabilidad. Esto permite al bebedor comportarse de una manera más desinhibida, preocupándose menos de las consecuencias de sus acciones. El alcohol también disminuye la conciencia, por lo que quien bebe no puede apreciar la disminución de sus habilidades o capacidad de juicio.

Es una enfermedad crónica producida por el consumo incontrolado de bebidas alcohólicas, lo cual interfiere en la salud física, mental, en las responsabilidades laborales, así como sociales y/o familiares. Actualmente representa en muchos países el problema de salud de mayor significación socio-económica y médico-social. Especial atención se le dedica a la repercusión del alcoholismo sobre la familia y se destaca como consecuencia más frecuente el desajuste familiar, la separación conyugal, así como la disgregación y degradación familiar (13).

Lo más significativo es que estas etapas se definen también muy claramente en otras adicciones no solo a sustancias tóxicas, sino también en adicciones al juego, a la comida, a la televisión y a Internet por solo citar algunas.

Desde sus etapas iniciales se valora la conducta de un toxicómano primero, en la fase precontemplativa, porque este paciente desconoce lo que está ocurriendo con su comportamiento es como si tuviese los ojos cerrados (de ahí en parte la denominación de precontemplativa), un tiempo después y sin que sea necesario tocar fondo (es decir llegar a extremos catastróficos) la persona pasa a la fase contemplativa que en nuestros grupos ejemplificamos como alguien que se está hundiendo en una ciénaga y cuando el fango le llega a la cintura abre los ojos y se percata de sus situación. En esta etapa ya se establece la conciencia de que hay un problema que debe superarse y un poco después aparece la etapa preparatoria donde las reflexiones hacen que vaya estableciéndose una situación de ambivalencia hacia el tóxico, es decir, que por una parte atrae y por otra resulta rechazado en cierto grado como si la persona estuviese en un serio conflicto de intereses entre dos fuerzas que tiran en sentido opuesto, cuando se supera esta fase se entra en la fase de acción, a partir de la cual aparece junto a la abstinencia un importante cambio en el estilo de vida, separación de los amigos consumidores, comienzo de nuevas actividades escolares, laborales,

deportivas o culturales y reconocimiento de la importancia de la abstinencia y finalmente se alcanza la última fase que es la de prevención de recaídas, donde precisamente el objetivo máximo a que se aspira, ya que el paciente debe tener pleno conocimiento que como toxicómano que es, podrá recaer si reinicia el consumo del tóxico. Es por ello que se dice que los toxicómanos no se curan, sino que se rehabilitan, pues existirán siempre mecanismos facilitadores que determinarían una evolución catastróficamente rápida hacia la esclavitud en solo unos días, si se reinicia el consumo. Esto es importante reconocerlo ya que el toxicómano podría pensar que como estuvo varios años consumiendo (alcohol u otros tóxicos) antes de llegar al caos, luego de un tiempo de abstinencia empezaría el consumo y demoraría otra vez varios años. Esto es un formidable error por desconocimiento de los mecanismos que dejan una huella en el sistema nervioso y en todas las células del organismo (13).

2.2.10. Factores sociodemográficos y familiares asociados al consumo de alcohol en los adolescentes

Los factores de riesgo asociados al consumo de alcohol, hacen alusión a aquellas características o variables que, si están presentes, elevan la probabilidad de que una persona desarrolle una patología según y en relación a la adicción, estos factores, bajo determinadas condiciones ambientales, pueden facilitar, (para un determinado grupo de personas, el inicio), la continuidad o el agravamiento de la drogodependencia. Hay estudios que indican que determinados factores se podrían asociar más al inicio del consumo, mientras que otros provocan el aumento del consumo, una vez iniciado éste (32).

En términos generales el factor de riesgo hace referencia a cualquier evento o circunstancia de naturaleza biológica, psicológica y social, que pueda favorecer la probabilidad de aparición del problema derivado del uso y abuso del consumo de drogas, y/o cualquier otra

- **Los factores sociodemográficos** son factores predominantes en el consumo de alcohol; los amigos, los pares más cercanos, parejas y grupos pequeños se convierten en una influencia dominante que determina el consumo de sustancias. El consumir alcohol, hace parte de la selección y socialización entre amigos, puesto que debe existir aprobación por parte de los otros, evitando la exclusión social por parte de quienes consumen alcohol (32).

Uno de los factores de mayor incidencia es el fácil acceso a las sustancias y la familiaridad del niño con éstas; se debe recordar que cuando el niño tiene amigos o

familiares que fuman o beben, si experimenta ausencia de afecto o si pertenece a un hogar desestabilizado, se puede concluir que el menor está en situación de riesgo. La venta de licor a menores en establecimientos y el bombardeo de publicidad de bebidas alcohólicas en los diferentes medios de comunicación ayudan a incrementar el consumo en los jóvenes (32). Como factores sociodemográficos se tendrán en cuenta en el presente estudio:

- **Edad.** Con origen en el *latín aetas*, es un vocablo que refiere a la vida o tiempo que se vive. Los significados de la edad, como una categoría de periodificación no sólo biológica, sino también como un constructo sociocultural y simbólica que nos remite a la ubicación espacio temporal del ciclo de la vida de cada cultura en función de su cosmovisión (33).
- **Sexo.** Son las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer. Estos conjuntos de características biológicas tienden a diferenciar a los humanos como hombres o mujeres, pero no son mutuamente excluyentes, ya que hay individuos que poseen ambos (34).
- **Factores familiares.** Como disfunción familiar, una pobre cohesión familiar, falta de supervisión familiar, mala calidad de la relación y comunicación entre padres y adolescentes. Además, el estilo de crianza autoritaria y negligente. El pertenecer a una familia monoparental o ausencia de figura paterna y un entorno familiar bebedor.

Otros factores de riesgo están relacionados a algunas características de la familia, lo que amerita hacer referencia de algunos aspectos respecto a esta, tales como:

- **Tipología familiar:**

Por el número de sus miembros o integrantes de la familia

- Familias pequeñas: cuando cuentan con menos de 3 miembros
- Familias medianas: cuando tienen entre 4 a 6 miembros
- Familias grandes que cuentan con más de 7 miembros.

- **Por la ontogénesis**

Las familias se clasifican en:

- *Familia nuclear* constituida por los padres y los hijos. Su organización es tradicionalmente la más formal, según los estereotipos occidentales. El esposo es quien aporta la autoridad y da la fortaleza necesaria para sostener la estructura de la familia. La madre es quien prodiga abiertamente el amor a los hijos, su labor se ovilla en el núcleo del alma familiar (35).

- *Familia extendida* que abarca varias generaciones además de los padres y los hijos, pueden incluir también a los abuelos, los nietos, los tíos, los primos, los cuñados, etc., que se deben constituir como subsistemas separados (35).

- *Familia ampliada* cuando a la familia nuclear o extensa se integran otros parientes que no pertenecen al mismo tronco de descendencia generacional (35).

Se pueden considerar otros casos en los que, aunque no existan vínculos consanguíneos y de parentesco entre ellos, sí existen de convivencia y afinidad:

- *Familia reconstituida* es una familia en la que dos personas deciden tener una relación formal de pareja y forman una nueva familia, pero como requisito al menos uno de ellos incorpora un hijo de una relación anterior.

- *Familia monoparental* es aquella en que un solo cónyuge está con la responsabilidad total de la crianza y convivencia de los hijos (35).

- **Funcionalidad familiar**

La dinámica familiar se puede interpretar como los encuentros entre las subjetividades, encuentros mediados por una serie de normas, reglas, límites, jerarquías y roles, entre otros, que regulan la convivencia y permite que el funcionamiento de la vida familiar se desarrolle de manera armónica. Para ello, es indispensable que cada integrante de la familia conozca e interiorice su rol dentro del núcleo familiar, lo que facilita en gran medida su adaptación a la dinámica interna de su grupo.

El funcionamiento de la familia puede evaluarse a través del cumplimiento de las funciones básicas y la dinámica de las relaciones internas.

Para realizar la evaluación del funcionamiento familiar como parte de la historia de salud familiar, se considerará el resultado de la prueba de percepción de funcionamiento familiar (FF-SIL) y el criterio del equipo de salud respecto al cumplimiento de las funciones básicas por la familia. Las categorías que se deben evaluar con la aplicación de FF-SIL son:

- Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas domésticas.
- Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
- Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.
- Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera.
- Afectividad: capacidad de los miembros de la familia para vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
- Rol: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
- Permeabilidad: capacidad de la familia para brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones.

Es así que la disfunción familiar ocurre cuando una familia no puede realizar los cambios necesarios para una transición originada por el propio ciclo vital o por un estrés vital grave, como puede ser la pérdida del empleo, la muerte de un progenitor, un problema grave de salud, etc. Muchos de estos sucesos pueden ocurrir en cualquiera de las etapas del ciclo vital, pero ahora es motivo de estudio centrarnos en las familias con hijos adolescentes para comprender que es lo que motiva al joven adoptar ciertas conductas que ponen en riesgo su salud y la de su sistema familiar.

La evaluación de la funcionalidad familiar permite clasificar a la familia en:

- **Funcional:** Son familias cuyas relaciones e interacciones hacen que su eficacia sea aceptable y armónica. Las familias que son funcionales, son familias donde los roles de todos los miembros están establecidos sin que existan puntos críticos de debilidades asumidas y sin ostentar posiciones de primacía, artificial y asumida, por ninguno de los miembros; y donde todos laboran, trabajan y contribuyen igualmente con entusiasmo por el bienestar colectivo.

La familia que es funcional mantiene un estado de equilibrio u homeostasis, que mantiene unidos a sus miembros a pesar de las crisis que se presenten, permitiendo que se progrese para que se puedan resolver con el fin de lograr un desarrollo en todo el sistema familiar y que cada miembro alcance un mayor grado de madurez.

Estas familias se caracterizan porque los roles de cada miembro están establecidos y son cumplidos, todos trabajan en equipo con el propósito de alcanzar bienestar por igual sin ninguna distinción haciéndolo con entusiasmo y amor

- **Disfuncional:** Es aquella que no tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros. Algunos autores señalan como características disfuncionales la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas.

- **Nivel socioeconómico (NSE)**

Es una medida económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación y empleo.

Nivel socioeconómico A. Se encuentra caracterizado por un ingreso familiar promedio de S/ 11 596 (APEIM, 2015). Entre las principales ocupaciones del jefe de hogar se encuentran: gerentes de empresa, altos ejecutivos del sector privado y público o funcionarios del sector público. Tienen estudios de postgrado. La mayoría posee una vivienda propia y cuenta con servicio doméstico. Tanto el material de las paredes como el de los pisos y los techos de sus viviendas son de primera calidad. Todos cuentan con teléfono fijo, celulares, televisión por cable e Internet.

Nivel socioeconómico B. Se encuentra caracterizado por un ingreso familiar promedio de S/ 5 869 (APEIM, 2015). Entre las principales ocupaciones del jefe de hogar se encuentran: trabajadores dependientes de rango intermedio en el sector privado, pequeños comerciantes, microempresarios o empleados no profesionales de rango intermedio en empresas privadas. La mayoría tienen estudios superiores completos. Usualmente poseen una vivienda propia y pocos de ellos cuentan con servicio doméstico. Habitan viviendas confortables, con espacio suficiente, buenos acabados, aunque sin llegar a ser lujosos. Generalmente, cuentan con teléfono fijo, celulares, televisión por cable e Internet.

Nivel socioeconómico C. Se encuentra caracterizado por un ingreso familiar promedio de S/ 3 585 (APEIM, 2015). Entre las principales ocupaciones del jefe de hogar se encuentran: trabajadores dependientes, obreros especializados, pequeños comerciantes, microempresarios, choferes o taxistas. La mitad tiene el nivel escolar completo, pocos llegan al nivel superior técnico y una décima parte a la universidad. Más de la mitad tiene vivienda propia, algunos la alquilan u ocupan sin pago alguno (ocupan ambientes de alguna vivienda). Habitan viviendas relativamente

acondicionadas, aunque poco cómodas. La tenencia del servicio celular sigue siendo importante, pero cae considerablemente la penetración de televisión por cable, teléfono fijo y, sobre todo, Internet respecto a los NSE A y B.

Nivel socioeconómico D. Se encuentra caracterizado por un ingreso familiar promedio de S/ 2 227 (APEIM, 2015). Entre las principales ocupaciones del jefe de hogar se encuentran: muchos de ellos son independientes, obreros especializados, choferes, taxistas, transportistas o pequeños comerciantes. La mitad ha terminado el colegio. Unos cuantos tienen técnico completo. Más de la mitad tiene vivienda propia, algunos la alquilan, comparten con otro hogar o viven en una vivienda de invasión (sin título de propiedad). Viviendas de apariencia regular, sin embargo, más de un tercio de los hogares tiene techos provisionales. La mayoría tiene celulares. Un tercio tiene teléfono fijo, alrededor del 40% tienen TV cable y una mínima parte, Internet.

Nivel socioeconómico E. Se encuentra caracterizado por un ingreso familiar promedio de S/ 1 650 (APEIM, 2015). Entre las principales ocupaciones del jefe de hogar se encuentran: trabajadores independientes (pocos de ellos dependientes), obreros eventuales, comerciantes, vendedores ambulantes, servicio doméstico, choferes o transportistas. Más de la mitad no ha terminado el colegio. Tienen vivienda propia, hay más presencia de —invasiones y otros que alquilan y la usan con autorización del propietario. El estado de conservación de la vivienda es regular / malo / muy malo. El 76% tiene celulares y nadie tiene teléfono fijo, ni Internet. El 26% tiene TV por cable (36).

- **Procedencia.** es la distribución u organización geográfica donde habita la población. Sus dimensiones son:

Urbana: son las áreas o núcleos de población densa, es decir las viviendas de las familias se encuentran concentradas con un mínimo de 100 viviendas unas al lado de otras y cuentan con servicios básicos como agua potable, desagüe, luz; etc.

Rural: son áreas de población dispersa, las viviendas se encuentran alejadas una de otras y no cuentan con servicios básicos como agua potable, luz, desagüe, etc. (37).

2.3. Hipótesis

La relación entre los factores sociodemográficos y familiares y el consumo de alcohol, en adolescentes de la Institución Educativa Dos de Mayo, Cajamarca 2019, es significativa.

2.4. Variables

2.4.1. Variable independiente

Factores sociodemográficos y familiares asociados al consumo de alcohol en adolescentes.

2.4.2. Variable dependiente

Consumo de alcohol en adolescentes

2.5. Definición conceptual y operacionalización de variables

<i>Tipo de variable</i>	<i>Dimensiones</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Ítems</i>	<i>Escala</i>
Variable independiente: Factores sociodemográficos asociados al consumo de alcohol en adolescentes. Características o variables que, si están presentes, elevan la probabilidad de que el adolescente desarrolle, continúe o se agrave la dependencia al alcohol (32).	Factores sociodemográficos	Edad	10-13 años 14-16 años 17-19 años	Intervalo
		Grado de estudios	Primer grado Segundo grado Tercer grado Cuarto grado Quinto grado	Ordinal
		Nivel socioeconómico	NSE alto (A) NSE medio (B) NSE bajo superior (C) NSE bajo inferior (D) NSE marginal (E)	Ordinal
	Factores familiares	Tipología familiar	Nuclear Extendida Ampliada Reconstituida Monoparental	Nominal
		Funcionalidad familiar	Funcional Moderadamente funcional Disfuncional Severamente disfuncional	Ordinal
Variable dependiente: Consumo de alcohol. Enfermedad primaria, crónica, con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen en su desarrollo y manifestaciones (26).	Consumo de alcohol	Sin riesgo de alcoholismo. Con riesgo de alcoholismo. Consumo perjudicial con problemas físico psíquicos de alcoholismo. Alcohólico dependiente.	0-7 puntos 8-14 puntos 15-19 puntos 20 a más puntos	Razón

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de estudio

El presente estudio corresponde a un diseño no experimental, de tipo descriptivo correlacional de corte transversal.

No experimental: porque no se manipuló deliberadamente ninguna variable del estudio.

Descriptivo: porque buscó describir los factores asociados al consumo de alcohol en adolescentes de la Institución Educativa Dos de Mayo.

De corte transversal: porque el estudio se realizó en un momento determinado sin hacer cortes en el tiempo.

Correlacional: porque buscó estimar la relación de factores y el consumo de alcohol en adolescentes.

3.2. Área de estudio y población

3.2.1. Área de estudio

El estudio se llevó a cabo en la Institución Educativa Dos de Mayo ubicado en la Av. La Paz N° 123, del distrito de Cajamarca, el que se encuentra ubicada en el valle del Río Chonta, entre el paralelo 7°9'56" de latitud sur y el meridiano 78°27'07" de longitud oeste. Se ubica a una altitud de 2,667 msnm, correspondiéndole la Zona IV Sierra Tropical, grupo ecológico bosque seco - Montano Bajo Tropical. La humedad relativa promedio es de 74%, la temperatura máxima promedio es de 21°C y la mínima promedio es de 7°C, se presentan heladas descendiendo la temperatura a menos de 0 °C en los meses de diciembre, junio y julio.

3.2.2. Población

La población estuvo constituida por todos los adolescentes de sexo masculino matriculados en el presente año académico, que según la nómina es de:

$$N = 608$$

3.3. Tipo de muestreo y tamaño de la muestra

El muestreo utilizado fue el probabilístico, que implicó seleccionar al azar, es decir, que todos los elementos de la población tuvieron la misma posibilidad de ser elegidos. El tamaño de la muestra se estableció para satisfacer los márgenes de confiabilidad y error en la estimación de la determinación de los factores asociados al consumo de alcohol, empleándose la siguiente fórmula:

$$n \geq \frac{NZ^2PQ}{d^2N + Z^2PQ}$$
$$n \geq \frac{(608)(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2(608) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$
$$n = 235$$

Donde:

N = (608) Población de adolescentes en el año 2019

P = (0.50) Proporción de factores asociados al consumo de alcohol

Q = (0.50) Proporción de factores no asociados al consumo de alcohol

Z = 1.96 (coeficiente del 95% de confiabilidad)

D = (0,05) Máximo error permitido.

Para establecer la muestra por estratos se tuvo en cuenta la población por grado de estudios, luego se utilizó el muestreo estratificado con afijación proporcional con el objeto de determinar el tamaño de muestra a seleccionar por cada estrato de la siguiente manera:

Distribución de la población muestral

Estrato (Grado de estudios)	Tamaño del estrato (Población de adolescentes)	Proporción	Muestra
Primer grado	156	0,256	60
Segundo grado	108	0,177	42
Tercer grado	119	0,195	46
Cuarto grado	84	0,138	33
Quinto grado	141	0,231	54
Total	608	1,000	235

Fuente: Nómina de la IE Dos de Mayo

3.4. Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo constituida por cada uno de los adolescentes matriculados en la Institución Educativa Dos de Mayo en el año 2019, hasta completar el número de la muestra.

3.5. Criterios de inclusión

Los adolescentes participantes del estudio para ser incluidos en el mismo, cumplieron con los siguientes criterios:

- Adolescente que aceptó voluntariamente ser parte de la presente investigación.
- Adolescente en pleno uso de sus facultades mentales.
- Adolescentes de sexo masculino.
- Adolescentes cuyos padres aceptaron que sus hijos sean encuestados.

3.6. Principios éticos de la investigación

Esta investigación se fundamentó en criterios dirigidos a asegurar la calidad y la objetividad de la investigación, como los siguientes:

- **Autonomía.** El adolescente entrevistado tuvo libertad de emitir sus respuestas, sin ser influenciado por parte de otras personas o de la investigadora.
- **No maleficencia.** La información se obtuvo luego que el adolescente brindó el consentimiento para la entrevista.
- **Asentimiento informado.** Luego que el adolescente fue informado en forma clara y precisa del propósito y modalidad de la investigación, emitió su autorización firmando el documento de asentimiento informado (Anexo 05).
- **Privacidad.** Se respetó el anonimato del adolescente entrevistado, desde el inicio de la investigación, hasta el final.
- **Confidencialidad.** La información personal del adolescente ha sido protegida para que no sea divulgada sin su consentimiento.

3.7. Procedimientos, técnica e instrumento de recolección de datos

Para la realización del presente estudio, se consideró:

Primero: solicitar permiso al Director de la Institución Educativa Dos de Mayo para recoger la información necesaria, previa información de la naturaleza de la investigación.

Segundo: se conversó con los adolescentes y luego de solicitar su asentimiento informado (se utiliza asentimiento en menores de edad) se procedió a realizar la encuesta y la aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

Se utilizó la técnica de la **encuesta** y como instrumentos:

- **El cuestionario de recolección de datos** en donde se consignaron datos individuales del adolescente, y datos asociados a la familia (Anexo 01)
- **Escala de evaluación del funcionamiento familiar (FF-SIL)** el mismo que considera: (38)

Familia funcional:	de 70 a 57 puntos
Moderadamente funcional:	de 56 a 43 puntos
Disfuncional:	de 42 a 28 puntos
Severamente disfuncional:	de 27 a 14 puntos. (Anexo 03)

Esta escala fue validada en el año 2018 por Álvarez, quien determinó una confiabilidad de 0.883, según el coeficiente Alfa de Cronbach, correspondiente a un nivel de confianza elevado. La validez de la escala fue realizada mediante el análisis de ítems, en la cual no se observaron ítems con un ID (Índice de Discriminación) < 0.2, donde el ítem 1 obtuvo el menor valor (ID=0.48), y el ítem 13 (ID=0.69) el mayor valor. Por ello, se decidió no eliminar ninguno de los ítems.

En general, se evidenció que la escala posee adecuadas propiedades psicométricas para su aplicación en la población estudiada y poblaciones similares (38).

- **Escala APEIM** para medir nivel socioeconómico, la cual consta de 6 reactivos los cuales tienen un puntaje máximo de 25 puntos. Considerando la siguiente puntuación:

NSE alto (A):	22-25 puntos
NSE medio (B):	18-21 puntos
NSE bajo superior (C):	13-17 puntos
NSE bajo inferior (D):	9-12 puntos
NSE marginal (E):	5-8 puntos (Anexo 04)

Esta escala fue validada en la ciudad de Lambayeque (Perú) por Vera Oscar y Vera Franklin en el año 2013 determinando una confiabilidad según el Coeficiente de Alfa de Crombach: 0,9017. Cada ítem posee un valor muy similar fluctuando (0,9013 – 0,9048) (39).

- **Test AUDIT para identificación de trastornos por consumo de alcohol**, el cual consta de 10 ítems el mismo que tiene la siguiente interpretación ((31).

De 0 a 7: sin riesgo de alcoholismo.

De 8 a 14: con riesgo de alcoholismo

De 16 a 19: consumo perjudicial con problemas físico químicos de alcoholismo.

De 20 y más: alcoholismo dependiente (Anexo 04).

Esta escala ha sido validada por diferentes autores, uno de ellos Aramburú (2017) quien señala que respecto a sus propiedades psicométricas, los estudios en el Perú indican una alta confiabilidad evaluada por el Coeficiente Alfa de Cronbach con valores de 0.80 (31).

3.8. Procesamiento y análisis de datos

3.8.1. Procesamiento

El procesamiento electrónico de la información se realizó a través del Programa IBM SPSS Versión 22 y Microsoft Excel para Windows, cuya finalidad fue generar una base de datos.

3.8.2. Análisis de datos

Una vez obtenidos los datos requeridos, se procedió a la clasificación, codificación y tabulación de la información. Para la interpretación y análisis se procedió de la siguiente manera:

Fase descriptiva. Consistente en describir los resultados referentes a los factores relacionados con el consumo de alcohol en adolescentes de la Institución Educativa Dos de Mayo. Cajamarca, 2019.

Fase inferencial. Realizada para determinar la confiabilidad con que los resultados

observados en la muestra se presentan también en otras realidades semejantes a lo encontrado en el presente estudio.

3.9. Control de calidad de datos

La calidad de los datos dependió fundamentalmente de la funcionalidad de los instrumentos usados para su recolección, y la fiabilidad de la consistencia interna de cada uno de ellos. Las diferentes escalas han sido validadas por otros investigadores en poblaciones similares a la del presente estudio (escala APEIM, Test AUDIT).

Además, se asume un 95% de confiabilidad de los resultados ya que los datos fueron recolectados por la misma autora de la investigación.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Identificación de los factores sociodemográficos de los adolescentes

Tabla 01. Factores sociodemográficos de los adolescentes de la Institución Educativa Dos de Mayo. Cajamarca, 2019

Edad	n°	%
11-13 años	54	23,0
14-16 años	172	73,2
17-19 años	9	3,8
Grado de estudios	n°	%
1° grado	60	25,5
2° grado	42	17,9
3° grado	46	19,6
4° grado	33	14,0
5° grado	54	23,0
Nivel socioeconómico	n°	%
Alto	4	1,7
Medio	42	17,9
Bajo Superior	97	41,3
Bajo Inferior	86	36,6
Marginal	6	2,6
Total	235	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Se observa en la presente tabla que, el grupo de adolescentes que predomina es el de 14-16 años, correspondiente a la adolescencia media, con 73,2%; no obstante, un significativo 23,0% lo constituyen los adolescentes de 11-13 años (adolescencia temprana), solamente el 3,8% son adolescentes de 17-19 años de edad (adolescencia tardía), este último dato es comprensible porque, en la actualidad, la mayoría de

adolescentes culminan sus estudios secundarios entre los 16 a 17 años. Resultados diferentes fueron encontrados por Telumbre (2017) quien informó que el 72,8% de los adolescentes perteneció al grupo de edad 11 y 14 años

Ahumada y cols. (2017) señala que, el inicio del consumo de alcohol se sitúa en la adolescencia temprana para la mayoría de los individuos y afirma que, la adolescencia es reconocida como una etapa crítica, por ser una etapa de transición, donde muchos adolescentes tienen problemas para manejar tantos cambios a la vez y pueden desarrollar conductas de riesgo, como lo es el consumo de drogas, esto debido a la inexperiencia, al sentimiento de invulnerabilidad y al interés de experimentar con nuevos comportamientos (40).

La edad adolescente cobra importancia en el presente estudio porque a pesar de que, consumir alcohol no es un problema exclusivo de la adolescencia, pues compete a toda la población, el comienzo del consumo suele producirse durante esta etapa y cuanto más temprano se inicie este hábito nocivo, más alto será el riesgo de que, el adolescente, llegue a ser un alcohólico en la edad adulta, tanto por la posibilidad de consumo repetitivo como por las características fisiológicas del sistema nervioso frente al alcohol.

Al respecto, se señala que, los estudios de mapas de densidad de la sustancia gris indican que no todas las estructuras del cerebro maduran al mismo ritmo y tiempo. Las diferencias en maduración cerebral pueden explicar, en parte, diferencias de sensibilidad a los efectos del etanol en las etapas de la vida. En la adolescencia, los efectos placenteros del alcohol aparecen a dosis muy bajas, mientras que los efectos desagradables, ligados a la intoxicación, emergen a dosis más elevadas. Este fenómeno, relacionado con la sensibilidad del individuo a los efectos del etanol, estimula y refuerza la conducta bebedora en los adolescentes. Se ha demostrado una clara correlación entre la edad en la que se comienza a consumir alcohol y el riesgo de ser alcohólico en la edad adulta. Cuanto antes se comienza a beber, el riesgo es mayor (41).

La teoría fisiológica del alcoholismo explica el consumo de alcohol por la necesidad física de ingestión de forma excesiva y a la vez considera que es la acción fisiológica del alcohol la responsable de la elicitación del beber incontrolado (28).

De otra parte, también es importante evaluar la vulnerabilidad en la que se encuentran los adolescentes, quienes, en ocasiones por falta de orientación, baja autoestima u otros factores no resisten la presión por parte de sus pares o de adultos, incluso familiares, que los inician en el consumo temprano del alcohol, sobre todo cuando aún no han definido sus metas en la vida, principalmente aquellos que pertenecen a la adolescencia temprana o intermedia.

En cuanto al grado de estudios, el 25,5% de estudiantes se encuentran cursando el primer grado de secundaria, correspondiente más o menos a la edad que tienen, seguido del 23% que cursan el quinto grado, un importante grupo (19,6%) se encuentra en el tercer grado.

Estos datos difieren con los encontrados por Hernández (2015) quien determinó que el 41,8% fueron de primer grado, 28,6% a segundo y 29,7% a tercero. Orcasita (2018) en su estudio, en Colombia, encontró que el 25,2% de los participantes, estaban cursando el sexto grado y el 7% el noveno grado, equivalentes al cuarto y quinto año de secundaria del sistema educativo peruano

El grado de estudios cobra significancia por el mayor acercamiento que tienen los adolescentes, a las redes sociales y medios de comunicación que venden publicidad, haciendo llegar mensajes de una manera elocuente para captar la atención de quien los ve o escucha, intentando que estos tengan permanencia en la mente del consumidor, es entonces cuando diversos factores se conjugan para iniciarlos en el consumo de esta nefasta bebida.

Rodríguez y cols. (2019) mencionan que, en su entorno habitual, los adolescentes encuentran mensajes ambiguos. Por un lado, desde diversas instancias públicas y privadas denuncian los efectos nocivos del alcohol y, por otro, se estimula el consumo con campañas publicitarias de las empresas vendedoras y distribuidoras, que a menudo incluyen términos engañosos (ejemplo, consumo “responsable” y “moderado”) y presentan los mensajes asociados a imágenes de libertad y diversión (41).

De otra parte, los adolescentes a partir del tercer grado de secundaria generalmente tienen invitaciones a las celebraciones tradicionales de los 15 años de las señoritas, y suelen acudir a ellas con relativa frecuencia, siendo ahí, algunas veces, donde debutan con el consumo del alcohol, que bien puede iniciarse con un brindis para

continuar con otras bebidas y como el consumo del alcohol es considerado una práctica socialmente aceptada, se le reconoce como vehículo de socialización, pues, supuestamente, termina con la reunión, sin embargo, si estas celebraciones se suscitan de manera continua, la práctica del consumo de alcohol se va volviendo un hábito hasta convertirse en una adicción.

Lo dicho se sustenta en la teoría sociológica del alcoholismo que señala que el contexto familiar y social en el que se desenvuelve el adolescente es el factor que lo conlleva al alcoholismo (28).

Respecto al nivel socioeconómico, se evidencia que el 41,3% de adolescentes de la Institución Educativa Dos de Mayo, pertenecen al nivel socioeconómico 36,6% bajo superior, seguido del 36,6% perteneciente al nivel bajo inferior, constituyendo los mayores porcentajes. El 17,9% pertenece al nivel socioeconómico medio, solamente el 2,6% forma parte del nivel marginal y el 1,7% al nivel socioeconómico alto.

El nivel socioeconómico es catalogado como determinante social de la salud por la Comisión de los Determinantes Sociales, es decir que tiene influencia directa en el goce de bienestar o la presencia de enfermedad, dependiendo de si este es alto o bajo y como el alcoholismo es descrito como enfermedad, posiblemente una situación precaria condicione al consumo de alcohol por parte de los adolescentes.

Diversos autores sostienen que personas con niveles socioeconómicos bajos no solamente tienen una probabilidad mayor de sufrir eventos desafortunados, sino que también tienen menos recursos para enfrentar los eventos que causan un mayor nivel de estrés (42).

De igual forma la Organización Panamericana de la salud (OPS) (2015) también afirma que las personas de los estratos socioeconómicos más bajos tienden a sufrir mayores consecuencias por litro de alcohol ingerido que las de clase socioeconómica más alta (43).

4.2. Identificación de los factores familiares de los adolescentes

Tabla 02. Factores familiares de los adolescentes de la Institución Educativa Dos de Mayo. Cajamarca, 2019

Funcionalidad familiar	n°	%
Funcional	80	34,0
Moderadamente funcional	135	57,4
Disfuncional	20	8,5
Tipología familiar	n°	%
Nuclear	155	66,0
Familia extendida	24	10,2
Monoparental	31	13,2
Monoparental extendida	25	10,6
Total	235	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Se logra identificar en la presente tabla que el 57,4% de adolescentes pertenecen a familias moderadamente funcionales, el 34% a familias funcionales, solamente el 8,5% perteneció a familias disfuncionales.

Dato similar fue encontrado por Montalvo (2018) quien reportó que el 67% de la población estudiantil adolescente pertenece al seno familiar moderadamente funcional (21).

Las familias funcionales cumplen a cabalidad todas las funciones asignadas por la sociedad a favor del bienestar de sus miembros que la constituyen, de tal forma que se constituyen en factores protectores de riesgo de conductas inadecuadas como el consumo de alcohol y drogas; sin embargo, las familias moderadamente funcionales si bien es cierto mantienen buena comunicación con sus integrantes, no suelen mostrar afecto, de tal forma que en muchos casos, los adolescentes buscan esas muestras de cariño en otras personas, por lo general suelen ser sus pares, pero lamentablemente, en este intento terminan por involucrarse en situaciones de riesgo como lo es el consumo de alcohol.

Ohannessian et al. (2016) al respecto, señala que cuando la familia no se adapta a cambios generados por sus integrantes, cuando se generan conflictos en la funcionalidad familiar, cuando existen escasas muestras de cariño entre los mismos miembros y cuando no se respetan los espacios de cada integrante, estos factores influyen en el consumo de sustancias en los adolescentes. En este caso las percepciones que tiene el adolescente sobre la funcionalidad de su familia, influyen al inicio y consumo de alcohol en ellos, por lo que esto indica que la dinámica familiar puede ser un factor de riesgo del inicio temprano del consumo de alcohol; así mismo el consumo de alcohol puede ser una forma de evadir la realidad que están viviendo al interior de su familia (44).

Trujillo y cols. (2015) manifiestan que los padres que son inductivos y acostumbran platicar con sus hijos, influyen favorablemente sobre ellos reduciendo la probabilidad de que consuman este tipo de sustancias, al hacerlos sentirse apoyados, escuchados y queridos. Si la percepción de funcionalidad familiar entre el adolescente y sus padres difiere -respecto a que el adolescente no percibe comprensión, apoyo, ni cariño por parte de sus padres- será más vulnerable a experimentar malos hábitos para la salud, como es el consumo de alcohol (45).

En cuanto a la tipología familiar, el 66,0% de adolescentes pertenece a una familia nuclear, el 10,2% a una familia extendida, el 13,2% a una monoparental y el 10,6% a una familia monoparental extendida, datos similares fueron reportados por Uroz (2018), quien informó que el 79,8% de los adolescentes pertenecía a una familia nuclear, el 12,3% a una familia monoparental (19).

Las familias nucleares suelen ser más estables y cumplir sus funciones de manera más eficiente, no así las monoparentales, ya que el hecho de que un solo padre asuma la responsabilidad de la crianza de un hijo suele ser más complicado tanto en el plano económico, como emocional, pues tendrá que trabajar solo y afrontar solo las situaciones de crisis familiar que puedan presentarse, hechos que merman el buen desempeño que pueda tener el padre o madre que está frente al hogar, sobre todo cuando hay adolescentes en el interior de este. De otra parte, las familias extendidas, aun siendo monoparentales, suelen ser más funcionales pues los otros miembros (tíos, abuelos) ayudan en el manejo de los conflictos, en la economía familiar y suele haber más cohesión entre los miembros, lo que les brinda protección a los niños y adolescentes y los protege de conductas de riesgo.

El afecto familiar percibido actúa como factor de protección frente al alcohol y ejerce un efecto preventivo de la presión del grupo de iguales para dicho consumo (19).

De otra parte, la teoría de Sistemas del alcoholismo afirma que la familia sigue siendo el contexto en donde se aprenden los valores y además se trasmite la cultura siempre pasada por el filtro de las orientaciones propias de cada sistema familiar (28).

4.3. Determinación de consumo de alcohol por adolescentes

Tabla 03. Consumo de alcohol en los adolescentes de la Institución Educativa Dos de Mayo. Cajamarca, 2019

Consumo de alcohol	n°	%
Sin riesgo de alcoholismo	210	89,4
Con riesgo de alcoholismo	18	7,7
Consumo perjudicial con problemas físico-psíquicos	4	1,7
Dependencia alcohólica	3	1,3
Total	235	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En los datos que anteceden se logra observar que el 89,4% de adolescentes de la Institución Educativa Dos de Mayo, no presentan riesgo de alcoholismo; sin embargo, el 7,7% si presenta riesgo, el 1,7% presenta problemas físico psíquicos de alcoholismo e incluso el 1,3% presenta dependencia alcohólica.

Datos similares fueron encontrados por Quispe (2018) quien determinó que el 94,7% de la muestra no presenta tener problemas con el alcohol, el 4,8% son bebedores de riesgo y 0,5% tienen problemas con el alcohol y probable dependencia alcohólica (7); datos diferentes fueron reportados por Morales (2015) quien en su estudio realizado identificó que un 75% presentó un consumo bajo (sin riesgo de alcoholismo), 23% un consumo no recomendado (riesgo de alcoholismo) y 1% consumo perjudicial para su vida (con problemas físico psíquicos), Montalvo (2018) por su parte encontró que el 67% presenta un consumo perjudicial, seguido de un consumo de riesgo (26%) y consumo excesivo (7%), resultados que también muestran diferencia con los de la presente investigación (4,21); Cabanillas y col. (2017) identificó que un 64,2% de los adolescentes no tuvo problemas relacionados con el alcohol, 20,9% era bebedor en riesgo, 9% tenía problemas físicos-psíquicos y un 6% tenía dependencia alcohólica (11).

Es satisfactorio encontrar que un alto porcentaje de adolescentes no presente riesgos de alcoholismo, es decir que tienen un bajo consumo de alcohol, porque permitirá que

sigan adelante, continuando con sus estudios que les permitirá en el futuro ser profesionales con una remuneración digna capaces de continuar con el desarrollo de su familia, para bien de la sociedad. No obstante, es conveniente considerar lo que señala Solórzano que a pesar que el consumo experimental u ocasional no genera ninguna alteración importante física o psíquica, puede actuar como un factor de riesgo para el desarrollo posterior de trastornos del uso del alcohol y dependencia (2).

Es preocupante el 7,7% de adolescentes que tienen riesgo de alcoholismo, porque necesitan de atención urgente para que su problema no continúe avanzando, lo es más el 1,7% y el 1,3% que presentan problemas físico psíquicos y dependencia alcohólica respectivamente, porque si no reciben la atención por centros o grupos (AA) especializados, el problema puede agudizarse más y acabar en grados de alcoholismo que lamentablemente terminará, incluso con su vida, ya que el uso nocivo de alcohol está considerado como un factor de riesgo en el padecimiento de algún tipo de cáncer, enfermedades cardiovasculares y cirrosis hepática

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informó que, de acuerdo con los resultados de la encuesta, el 91,5% de las personas de 15 y más años de edad declararon que han consumido bebida alcohólica, alguna vez en su vida. Siendo mayor este porcentaje en los hombres con 94,8% que en las mujeres 88,3% (5).

4.4. Factores sociodemográficos y consumo de alcohol en adolescentes.

Tabla 04. Consumo de alcohol, según grupo etario, en los adolescentes de la Institución Educativa Dos de Mayo. Cajamarca, 2019

Grupo etario	Consumo de alcohol								Total	
	Sin riesgo de alcoholismo		Con riesgo de alcoholismo		Consumo perjudicial con Problemas físico-psíquicos		Dependencia alcohólica			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
11-13 años	49	90,7	4	7,4	0	0,0	1	1,9	54	23,0
14-16 años	153	89,0	13	7,6	4	2,3	2	1,2	172	73,2
17-19 años	8	88,9	1	11,1	0	0,0	0	0,0	9	3,8
Total	210	89,4	18	7,7	4	1,7	3	1,3	235	100,0

$\chi^2 = 1.899$ $p = 0,929$

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la presente tabla corresponde observar que del grupo etario de adolescentes de 14-16 años, el 89% no presentó riesgo de alcoholismo, pero el 7,6% si presentó riesgo de alcoholismo, el 2,3% problemas físico psíquicos y el 1,2%, dependencia alcohólica. Del grupo etario de 11-13 años, el 90,7%, no presentan riesgo de alcoholismo, pero el 7,4% si presenta riesgo de alcoholismo, peor aún el 1,9% presenta dependencia alcohólica.

Estos datos coinciden con los encontrados por los investigadores Arriola (2017) quienes determinaron que el 90% de los adolescentes de 14-16 años, obtuvieron una puntuación del no uso y abuso de drogas y Quispe, (2018) que identificó que los estudiantes de: 15, 16 y 17 años, no tienen problemas relacionados con el consumo de alcohol (15,7). Por el contrario, Hernández, (2015) identificó que el 39,5% de los estudiantes fueron consumidores de alcohol señalando que el consumo de alcohol entre los adolescentes tenía una tendencia ascendente tanto en hombres como en mujeres (14).

Si bien es cierto el porcentaje es mínimo de quienes presentan dependencia alcohólica, sin embargo, no debería existir ningún adolescente con esta característica, esto es preocupante, ya que el inicio precoz y pernicioso en el consumo de alcohol

tiene consecuencias negativas y riesgo elevado de mayor dependencia más tarde, y enfermedades mortales, por lo que es importante un retraso en la edad de comienzo, lo que se corresponde con lo expuesto en la literatura revisada, aun así, Borrás (2015) informa que, en las Américas, las investigaciones sugieren que los niños comienzan a beber desde los diez años (46).

Enríquez, y cols. (2017) afirman que el consumo de alcohol en la adolescencia incrementa cuatro veces la probabilidad de padecer trastornos de personalidad e incrementa al doble el riesgo de ser alcohólico antes de los 24 años (47).

En el Perú la edad de inicio en el consumo de alcohol, en hombres y mujeres, es a los 13 años y también se afirma que; "el consumo de bebidas alcohólicas a temprana edad genera daños colaterales al individuo y a la sociedad (5).

Estadísticamente no se encontró asociación significativa entre las variables edad y consumo de alcohol según $X^2 = 1.899$ y el coeficiente de correlación $p = 0,929$.

Tabla 05. Consumo de alcohol, según grado de estudios, en los adolescentes de la Institución Educativa Dos de Mayo. Cajamarca, 2019

Grado de estudios	Consumo de alcohol								Total	
	Sin riesgo de alcoholismo		Con riesgo de alcoholismo		Consumo perjudicial con problemas físico-psíquicos		Dependencia alcohólica			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
1°	54	90,0	4	6,7	0	0,0	2	3,3	60	25,5
2°	41	97,6	1	2,4	0	0,0	0	0,0	42	17,9
3°	37	80,4	8	17,4	1	2,2	0	0,0	46	19,6
4°	29	87,9	1	3,0	2	6,1	1	3,0	33	14,0
5°	49	90,7	4	7,4	1	1,9	0	0,0	54	23,0
Total	210	89,4	18	7,7	4	1,7	3	1,3	235	100,0

$\chi^2 = 19,056$

$p = 0,087$

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Se consigue evidenciar en la presente tabla que de los adolescentes que se encuentran cursando el primer grado de estudios secundarios, el 90% está sin riesgo de alcoholismo, pero el 6,7% si presenta riesgo de alcoholismo y el 3,3% dependencia alcohólica, de un porcentaje similar de adolescentes del 5° grado de secundaria, el 90,7% se encuentra sin riesgo de alcoholismo, pero el 7,4% si presenta riesgo de alcoholismo y el 1,9% presenta problemas físico psíquicos. Otro grupo importante lo constituyen los estudiantes del 3° grado quienes en un 80,4% están sin riesgo de alcoholismo, pero el 17,4% si presenta riesgo de alcoholismo y, el 2,2% problema físico psíquicos.

Conde (2016), sostiene que la frecuencia de los problemas por uso de alcohol parecería aumentar progresivamente desde los 14 años en los estudiantes de secundaria, precisamente los que se encuentran cursando el tercer grado de estudios (48).

En muchas ocasiones iniciar la secundaria, constituye el comienzo de una nueva vida y con ello la inserción del adolescente a otras dimensiones, incluso puede ser llamado por sus propios familiares para compartir un vaso de cerveza u otra bebida, sin embargo, al parecer, el ser aceptado por la familia, potencializa el daño y la conducta adictiva al alcohol.

Otro aspecto a considerar es que, la proporción de los adolescentes que consumen alcohol, aunque sea pequeña desarrollan abuso o dependencia, caracterizado por un patrón desadaptativo de consumo recurrente que conlleva al deterioro físico y psicológico de la persona reflejándose en el incumplimiento de obligaciones en la escuela (2).

Tabla 06. Consumo de alcohol, según nivel socioeconómico, en los adolescentes de la Institución Educativa Dos de Mayo. Cajamarca, 2019

Nivel socioeconómico	Consumo de alcohol								Total	
	Sin riesgo de alcoholismo		Con riesgo de alcoholismo		Consumo perjudicial con problemas físico-psíquicos		Dependencia alcohólica			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Alto	3	75,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	4	1,7
Medio	39	92,9	2	4,8	1	2,4	0	0,0	42	17,9
Bajo Superior	88	90,7	6	6,2	1	1,0	2	2,1	97	41,3
Bajo Inferior	75	87,2	9	10,5	2	2,3	0	0,0	86	36,6
Marginal	5	83,3	1	16,7	0	0,0	0	0,0	6	2,6
Total	210	89,4	18	7,7	4	1,7	3	1,3	235	100,0

$X^2= 23,351$

$p = 0,025$

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la presente tabla se observa que los adolescentes del nivel socioeconómico alto, no presentan riesgo de alcoholismo en el 75%, pero el 25% tiene dependencia alcohólica; también puede evidenciarse que los adolescentes del nivel socioeconómico bajo superior no presentaron riesgo del alcoholismo en el 90,7%, pero el 6,2% si presentó riesgo de alcoholismo y el 1,0% problemas físico psíquicos, seguido del grupo de quienes pertenecen al nivel bajo inferior, con 87,2%, sin riesgo de alcoholismo, 10,5% con riesgo de alcoholismo y 2,3% con problemas físico psíquicos. De los adolescentes pertenecientes al nivel marginal, el 83,3% no tuvieron riesgo de alcoholismo, pero el 16,7% si presentaron riesgo de alcoholismo, determinándose que el nivel socioeconómico influye en el consumo de alcohol.

Meneses y cols. (2019) señalan que está demostrado que las personas que se encuentran en una situación de pobreza, tienen, en promedio, una mayor probabilidad de caer en el consumo excesivo de alcohol; es decir, que los factores que determinan un bajo nivel socioeconómico vulneran a los individuos a ser consumidores excesivos de alcohol (49), pero, el nivel socioeconómico no solamente influye en el consumo de alcohol, sino que también son los individuos de los niveles bajos los que sufren los estragos de esta sustancia, situación que se da a nivel de Latinoamérica y a nivel mundial.

La teoría cognitiva – conductual del alcoholismo señala que cuando los individuos se enfrentan a situaciones de alto riesgo deben responder con conductas de afrontamiento efectivas, desarrollando mayor autoeficacia, aunque no siempre es así; sin embargo, ello es lo que estaría ocurriendo en el caso de aquellos adolescentes que aun a pesar de pertenecer a un nivel socioeconómico marginal no presentan riesgo de alcoholismo.

4.5. Factores familiares y consumo de alcohol en adolescentes.

Tabla 07. Consumo de alcohol según funcionalidad familiar en los adolescentes de la Institución Educativa Dos de Mayo. Cajamarca, 2019

Funcionalidad familiar	Consumo de alcohol								Total	
	Sin riesgo de alcoholismo		Con riesgo de alcoholismo		Consumo perjudicial con problemas físico-psíquicos		Dependencia alcohólica			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Funcional	76	95,0	4	5,0	0	0,0	0	0,0	80	34,0
Moderadamente funcional	119	88,1	12	8,9	2	1,5	2	1,5	135	57,4
Disfuncional	15	75,0	2	10,0	2	10,0	1	5,0	20	8,5
Total	210	89,4	18	7,7	4	1,7	3	1,3	235	100,0

$X^2 = 14,645$

$p = 0,023$

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Se logra evidenciar en la presente tabla que, del grupo de adolescentes pertenecientes a una familia moderadamente funcional, el 88,1% está sin riesgo de alcoholismo, pero, el 8,9% si presenta riesgo de alcoholismo y el 1,5% tiene problemas físico-psíquicos y además el 1,5% ostenta dependencia alcohólica. En tanto que, del grupo de adolescentes con familias funcionales, el 95% no tiene riesgo de alcoholismo y solamente el 5% presentó riesgo. En cambio, de los adolescentes de familias disfuncionales, solamente el 75% estuvo sin riesgo de alcoholismo, el 10% presentó riesgo, otro 10% tuvo problemas físico psíquicos y el 5% dependencia alcohólica, determinándose que la funcionalidad familiar influye en el consumo de alcohol en los adolescentes.

Resultado similar al que determinaron Turpo y cols. (2017) quienes también demostraron que existe relación entre el funcionamiento familiar y el consumo de alcohol en estudiantes del 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa Inmaculada Concepción, según $X^2 = 176,935$ y $p = 0,000$ (10).

Como bien puede observarse, las familias sean cual fuese su funcionalidad, pueden tener hijos con riesgo de alcoholismo, sin embargo, en las familias funcionales, se utilizan pautas comunicativas positivas y el riesgo de alcoholismo, puede ser paliado y resuelto satisfactoriamente, sin necesidad, incluso, de recurrir a programas especializados. La cohesión en estas familias es significativa de tal forma que sus

miembros son capaces de apoyarse unos a otros, porque además existe un fuerte vínculo emocional entre ellos, ello probablemente ocurra en el 22,2% de adolescentes del presente estudio que mostraron riesgo de alcoholismo, y en quienes probablemente hubo otros factores que permitieron que ocurra tal riesgo.

En las familias moderadamente disfuncionales se presentan más casos de adolescentes con riesgo de alcoholismo, problemas físico psíquicos e inclusive dependencia alcohólica, porque, estas familias, a pesar de que suelen cumplir con ciertas funciones otorgadas por la sociedad, tienden a disminuir las muestras de afecto hacia sus hijos y la comunicación entre ellos, de tal forma que hay poca vinculación emocional entre sus miembros.

Una situación más crítica la ostentan las familias disfuncionales, en donde se observa la presencia de adolescentes con problemas mayores como enfermedad física psíquica y dependencia alcohólica, ello porque este tipo de familias, no protegen a sus miembros ya sea de una manera consciente o inconsciente, probablemente su equilibrio ha sido alterado por una enfermedad, inestabilidad económica, divorcios o abandono con inversión de roles, permitiendo que el adolescente se sienta solo e incomprendido, ocasionando una formación en donde prima la inestabilidad emocional; hechos que los conduce a consumir alcohol con la idea de aliviar sus angustias, frustraciones y temores, y de forma errónea sentirse capaces de enfrentar la vida y eludir la verdadera realidad.

Al respecto, Alonso y cols. (2017) señalan que la relación familiar alterada y el déficit de atención familiar son variables predictoras significativas del riesgo de consumo de alcohol en exceso en los adolescentes. Esto además puede explicarse en el sentido de que las muestras de cariño y la relación afectiva y cuidadora entre padres e hijos y entre hermanos les significan protección hacia el consumo de alcohol (50) .

Las percepciones que tiene el adolescente sobre la funcionalidad de su familia, influyen al inicio y consumo de alcohol en ellos, por lo que esto indica que la dinámica familiar puede ser un factor de riesgo del inicio temprano del consumo de alcohol; así mismo el consumo de alcohol puede ser una forma de evadir la realidad que están viviendo al interior de su familia (44).

Solórzano (2016) en su investigación informa que está bien establecido que la familia juega un papel importante en la formación de desarrollo social, cognitivo y emocional

de los hijos. Encontró que el 16,98% (n=108) de adolescentes tenían una buena función familiar y sostiene que en ellos existe menos probabilidad de tomar contacto con el alcohol, comparados con los que sí tuvieron contacto con el alcohol, 9,43% (n=60) dentro de este mismo grupo (2).

Estadísticamente, se encontró que existe relación significativa entre funcionamiento familiar y consumo de alcohol según lo señala el $X^2 = 14,645$ y el coeficiente de correlación $p = 0,023$.

Tabla 08. Consumo de alcohol según tipología familiar en los adolescentes de la Institución Educativa Dos de Mayo. Cajamarca, 2019.

Tipología familiar	Consumo de alcohol								Total	
	Sin riesgo de alcoholismo		Con riesgo de alcoholismo		Problemas físico-psíquicos		Dependencia alcohólica			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Familia nuclear	142	91,6	10	6,5	1	0,6	2	1,2	155	66,0
Familia extendida	17	70,8	4	16,7	3	12,5	0	0,0	24	10,2
Familia monoparental	28	90,3	2	6,5	0	0,0	1	3,2	31	13,2
Familia monoparental extendida	23	92,0	2	8,0	0	0,0	0	0,0	25	10,6
Total	210	89,3	18	7,7	4	1,7	3	1,3	235	100,0

$\chi^2 = 89,911$

$p = 0,001$

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Los datos de la presente tabla permiten distinguir que del grupo de adolescentes pertenecientes a una familia nuclear, el 91,6% no tiene riesgo de alcoholismo, pero el 6,5% si tiene riesgo, el 0,6% tiene problemas físico psíquicos y el 1,2%, dependencia alcohólica; del grupo de adolescentes con familia extendida, el 70,8% no tiene riesgo de alcoholismo, pero el 16,7% si lo tiene y el 12,5% presenta problemas físico psíquicos; del grupo de adolescentes con familia monoparental, ya sea que los adolescentes vivan solamente con su mamá o solo con su papá, el 90,3% no tiene riesgo de alcoholismo, el 6,5% si lo tiene y el 3,2% presentó dependencia alcohólica.

Respecto a la familia nuclear, ofrece dos panoramas totalmente distintos y con diferente influencia en la conducta de los adolescentes; de una parte, están los hogares en donde la madre tiene como ocupación ser ama de casa, en tal situación, es quien va a estar pendiente de las necesidades de sus hijos, animándolos y brindándoles el apoyo emocional necesario para sortear dificultades, de otra están los hogares donde ambos padres trabajan fuera del hogar para compartir gastos o para que la mujer se realice como profesional, en tal caso, niños y adolescentes van a quedar solos o a expensas de terceros a quienes poco les interesa su bienestar psicológico, volviéndose totalmente vulnerables a la presión de sus pares que los pueden inducir al consumo temprano del alcohol u otras drogas, de allí que haya un grupo de adolescentes sin riesgo de alcoholismo y otro con dependencia alcohólica, con el mismo tipo de familia.

Agudelo (2015) pone de manifiesto que al estar los niños y adolescentes más tiempo sin la presencia de los padres u otras figuras adultas, deben sortear por sí mismos la exposición a riesgo de consumo por la influencia de los pares o por las actividades que realizan para distraerse y divertirse, lo cual lleva a insistir en la necesidad de brindar mayor acompañamiento, orientación, dirección y cuidado (51).

En cuanto a una familia extendida, si bien es cierto, existen otras figuras adultas que podrían proporcionar apoyo emocional a los adolescentes, o con quienes establecer un vínculo psicológico, también pueden existir, familiares, consumidores de alcohol que van a propiciar, en los adolescentes, su consumo de forma temprana

Obradors y cols. (2014), al respecto, señalan que el hecho de vivir en una familia diferente a la biparental incrementa el riesgo de hacer un consumo de riesgo en los jóvenes (37).

Estadísticamente se encontró asociación significativa entre la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol según lo establecen los valores de $X^2 = 89,911$ y el coeficiente de correlación $p = 0,001$.

CONCLUSIONES

Una vez finalizada la presente investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

1. La mayoría de adolescentes perteneció al grupo etario de 14-16 años, el mayor porcentaje de ellos se encuentran cursando el primer grado de secundaria y en un alto porcentaje pertenecen al nivel socioeconómico bajo superior.
2. El mayor porcentaje de adolescentes pertenece a una familia moderadamente funcional y nuclear.
3. Se determinó que un porcentaje considerable de adolescentes (7,7%) debería recibir atención especializada, por presentar riesgo de alcoholismo.
4. Se determinó que existe relación entre el consumo de alcohol y el factor sociodemográfico: nivel socioeconómico ($p= 0,025$), y entre el consumo de alcohol y los factores familiares: funcionalidad familiar ($p = 0,023$) y tipología familiar ($p = 0,001$), corroborándose parcialmente la hipótesis.

RECOMENDACIONES

Al concluir la presente investigación se hacen las siguientes recomendaciones:

1. Al Director y profesores de la Institución Educativa Dos de Mayo, mantenerse vigilantes de los estudiantes en cuanto al consumo de alcohol y buscar apoyo psicológico para aquellos que tienen un consumo de riesgo,
2. A la Escuela Académico Profesional de Obstetricia, a través de la asignatura de Sexualidad de la adolescencia, formular programas de prevención primaria, que ayuden a los adolescentes a tomar conciencia de los efectos dañinos de esta droga y a desarrollar habilidades de autocontrol y toma de decisiones positivas.
3. A la Institución Educativa Dos de Mayo, aplicar el Test de AUDIT como una prueba de tamizaje de consumo de alcohol a todos los estudiantes.
4. A los obstetras de los diferentes centros de salud a través de la estrategia de atención integral del adolescente, a fomentar en la consejería con el adolescente temas como el alcoholismo y a la familia hacer hincapié que una buena comunicación entre padres e hijos conlleva a una disminución de comportamientos de riesgo.
5. A futuros tesisistas realizar investigaciones sobre tipos de alcoholismo en adolescentes en otras instituciones educativas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio del Interior y Seguridad Pública - Gobierno de Chile. El consumo de alcohol en Chile. Situación epidemiológica. Primera edición ed. Santiago; 2016. [Citado 2019-10-10], disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/461/46154510001.pdf>
2. Solórzano F. et al. La familia y los amigos como riesgo de consumo de alcohol en adolescentes. Revista Ciencia UNEMI. 2016; 9(17): p. 85-91. [Citado 2019-10-08], disponible en: [Downloads/Dialnet-LaFamiliaYLosAmigosComoRiesgoDeConsumoDeAlcoholEnA-5556796%20\(1\).pdf](#)
3. Organización Mundial de la Salud. Alcohol. Ginebra - Suiza.
4. Morales F, Cabrera M, Pérez C, Amaro M. El consumo de alcohol en adolescentes de una secundaria de ciudad Nezahualcóyotl: frecuencia y características sociales. Vertientes, revista especializada en Ciencias de la Salud. 2015; 18(1): p. 8-15. [Citado 2019-02-05], disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/51727>
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles. Informe técnico. Lima - Perú; 2016. [Citado 2019-02-11], disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1357/libro.pdf
6. Navarrete J. Consumo de alcohol y conductas agresivas en adolescentes estudiantes de la Unidad Educativa "Atahualpa" del Cantón Ambato. Informe de investigación requisito previo para optar por el Título de Psicólogo Clínico. Ambato - Ecuador. [Citado 2019-02-08], disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/23448/2/Navarrete%20Cruz%20Jenny%20Lorena.pdf>
7. Quispe D. Prevalencia de consumo de alcohol en estudiantes de educación secundaria de la ciudad de Cajamarca. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología. Cajamarca: Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo; 2018. [Citado 2019-02-11], disponible en: http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/501/TESIS_PRESENTACION%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. Cutipé Y. ¡Cifras preocupantes! en el 2017 se han atendido a más de mil menores de edad por alcoholismo. Perú 21. 2017 Diciembre 01. [Citado 2019-02-11],

- disponible en:
https://www.google.com/search?q=estadisticas+del+alcoholismo+en+adolescentes+en+el+peru&rlz=1C1SQJL_esPE829PE829&oq=alcoholismo+en+adolescentes+en+el+per%C3%BA+&aqs=chrome.3.69i57j0l5.10297j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8
9. Ministerio de Salud. Situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú. Primera edición ed. Lima: SINCO E:I.R.L; 2017. [Citado 2019-02-11], disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>
 10. Turpo L, Vásquez A. Funcionamiento familiar y consumo de alcohol en estudiantes de secundaria, Institución Educativa Inmaculada Concepción. Arequipa. Tesis para obtener el Título Profesional de Enfermera. Arequipa - Perú: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2017. [Citado 2019-02-05], disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5160/ENTupilm.pdf?sequence=1>
 11. Cabanillas S, Huatay N. Causales de alcoholismo y drogadicción en adolescentes de 14 a 18 años atendidos en el Centro de Salud Pachacutec del distrito de Cajamarca. Tesis presentada en cumplimiento parcial de los requerimientos para obtener el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Cajamarca: Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo; 2017. [Citado 2019-02-11], disponible en: <http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/427/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 12. Zambrano F, Martínez M, Alonso M, Álvarez A. Relación entre alcoholismo, el funcionamiento familiar y otras afecciones psicológicas. *Medimay*. 2016; 23(2). [Citado 2019-02-12], disponible en: <http://www.medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1009/1418>
 13. Pretel M, González B, Machado A, Fernández O, Toledo Y. El alcoholismo y su repercusión: un enfoque desde la psicología de la salud. *Revista Finlay*. 2014; 4(4): p. 1-9. [Citado 2019-02-12], disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/314/1366>
 14. Hernández M, Jordán M, Cruz M, Pérez M, García E. Factores de riesgo para consumo de alcohol en adolescentes de telesecundaria en San Luis Potosí. *Revista Académica de Investigación*. 2015; 19: p. 116-121. [Citado 2019-02-05], disponible en: <http://www.eumed.net/rev/tlatemoani/index.htm>
 15. Arrijoja G, Frari S, Torres A, Gargantúa S, de Ávila, M, Morales F. Factores de riesgo para el consumo de alcohol en adolescentes estudiantes. *Revista*

- electrónica Saúde Mental Álcool Drog. 2017: p. 22-29. [Citado 2019-02-05], disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v13n1/es_04.pdf
16. Telumbre J, López M, Esparza S, Guzmán F. Estados depresivos y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria de ciudad del Carmen, Campeche, México. Revista de la Facultad Ciencias de la Salud UDES. 2017 Mayo 26; 4(2). [Citado 2019-02-05], disponible en: <http://dx.doi.org/10.20320/rfcsudes.v4i2.203>
 17. Orcasita L, Lara V, Suárez A, Palma D. Factores psicosociales asociados a los patrones de consumo de alcohol en adolescentes escolarizadas. Psicología desde el Caribe. 2018; 35(1): p. 33-48. [Citado 2019-02-05], disponible en: <http://dx.doi.org/10.14482/psdc.35.1.11152>
 18. Ramón G. Consumo de alcohol en adolescentes de bachillerato. Estudio en el colegio César Dávila Andrade. Tesis previa a la obtención del Título de Psicóloga clínica. Cuenca: Universidad del Azuay; 2018. [Citado 2019-02-13], disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/7970/1/13708.pdf>
 19. Uroz J, Charro B, Prieto M, Meneses C. Estructura familiar y consumo de alcohol en adolescentes. Health and Addictions. 2018; 18(1): p. 107-108. [Citado 2019-10-06], disponible en: https://www.researchgate.net/publication/322868344_Estructura_familiar_y_consumo_de_alcohol_en_adolescentes
 20. Briceño B, Huamán. Causas más relevantes que inducen al consumo de alcohol en los estudiantes del 4° y 5° grado de la Institución Educativa José María Arguedas. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Trabajo Social. Huancayo: Universidad Nacional del Centro del Perú; 2016. [Citado 2019-02-05], disponible en: <http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/1679/TESIS%20%284%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 21. Montalvo A, Zapata Y. Funcionalidad familiar y su relación con el patrón de consumo de alcohol en adolescentes del 4° y 5° año de secundaria del colegio particular Andrés Bello. Tesis par optar el Título de Licenciada en Enfermería. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2018. [Citado 2019-10-06], disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1986/TITULO%20%20Ana%20Karin%20Montalvo%20Castro.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 22. García C, Parada D. Construcción de adolescencia. Una concepción histórica y social inserta en las políticas públicas Manizales : Universidad de Manizales - CINDE; 2018. [Citado 2019-02-10], disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/univhumanistica/article/view/22490/19892>

23. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Ginebra-Suiza; 2018. [Citado 2019-02-05], disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.
24. Guenes M, Ceñal M. Pubertad y adolescencia. *Adolescere*. 2017 28 Febrero; V: p. 7-22. [Citado 2019-02-10], disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol5num1-2017/07-22%20Pubertad%20y%20adolescencia.pdf>
25. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de Pediatría*. 2015; 86(6). [Citado 2019-02-10], disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062015000600010
26. Navarrete B, Secín R. Generalidades del trastorno por consumo de alcohol. *Acta Médica Grupo Ángeles Pedregal*. 2018; 16(1). [Citado 2019-02-09], disponible en: <http://www.repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/378/1/CEDRO.Problema%20de%20las%20drogas.2018.pdf>
27. Centro de Información y Educación para la prevención del abuso de drogas. El problema de las drogas en el Perú, 2018. Primera edición ed. Lima; 2018. [Citado 2019-02-09], disponible en: <http://www.repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/378/1/CEDRO.Problema%20de%20las%20drogas.2018.pdf>
28. Herrera L. Mujeres de nivel socioeconómico bajo y alcoholismo. Tesis para optar a grado académico de Licenciado en Trabajo Social. Santiago de Chile: Universidad Académica de Humanismo Cristiano; 2015. [Citado 2019-02-13], disponible en: <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/1454/TTRASO%20137.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
29. Llusco H, Vargas T. Alcoholismo. *Revista de Actualización Clínica Investiga*. 2014; 35. Recuperado [Citado 2019-02-09], disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682013000800009&script=sci_arttext
30. Paqui P. Funcionalidad familiar y su relación con el consumo de alcohol en adolescentes de bachillerato de la zona 7. Tesis previa a la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Loja - Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2017. [Citado 2019-02-13], disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18273/3/TESIS%20PARA%20BIBLIOTECA%20PAOLA.pdf>

31. Aramburú R. Sentido de vida y consumo de alcohol en alumnos de universidades privadas de Lima Metropolitana. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Psicología. Lima: Universidad de Lima; 2017. [Citado 2019-11-10], disponible en:
https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RULI_75662d318e278a48c72d53d143c2e5e9/Details
32. Arias F, Calderón G, Cano V, Castaño G. Consumo de alcohol y factores de riesgo en estudiantes de dos universidades colombianas. Revista El Ágora USB. 2014 Enero - abril; 12(1): p. 127-141. [Citado 2019-02-12], disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/4077/407736375008.pdf>
33. Hernández L. La edad biológica Vs. la edad cronológica: reflexiones para la Antropología física. Tesis para optar al grado de doctora en Antropología. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México; 2015. [Citado 2019-05-08], disponible en: <http://132.248.9.195/ptd2015/enero/501047580/501047580.pdf>
34. Organización Mundial de la Salud. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Ginebra - Suiza; 2018. [Citado 2019-07-11], disponible en:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
35. Valladares A. La familia. Una mirada desde la psicología. Redalyc. Sistema de Información Científica. 2018; 6(1): p. 4-13. [Citado 2019-10-11], disponible en:
http://soda.ustadistancia.edu.co/enlinea/mariaespinosa_bienestarpsicologicoyfamiliar/4c615f66616d696c69612e5f556e615f6d69726164615f64657364655f6c615f507369636f6c6f67c3ad61.pdf
36. Hoyos R. Niveles socioeconómicos y motivación en la elección de la carrera profesional en estudiantes pre universitarios. Tesis para optar el grado académico de Maestra en Educación con mención en docencia e investigación universitaria. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2016. [Citado 2019-02-13], disponible en:
http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2320/1/hoyos_drg.pdf
37. Obradors N, Ariza C, Muntaner C. Consumo de riesgo de alcohol y factores asociados en adolescentes de 15-16 años de la Cataluña Central: diferencias entre ámbito rural y urbano. Gaceta Sanitaria. 2015; 28(5). [Citado 2019-07-10], disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911114000983>
38. Álvarez M. Validez y confiabilidad del test de funcionamiento familiar - FF-SIL en estudiantes de una institución pública y privada de Lima. Tesis para optar el título

- de segunda especialidad profesional en psicoterapia familiar sistémica. Lima; 2018. [Citado 2019-10-11], disponible en: http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/2870/UNFV_ALVAREZ_MACHUCA_MILITZA_CARMEN_VIRGINIA_SEGUNDA_ESPECIALIDAD_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
39. Vera O, Vera F. Evaluación del Nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. *Revista del Cuerpo médico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*. 2013; 6(1). [Citado 2019-10-11], disponible en: <Downloads/Dialnet-EvaluacionDelNivelSocioeconomicoPresentacionDeUnaE-4262712.pdf>
 40. Ahumada J, Gámez M, Valdez C. El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Revista Ra Ximhai*. 2017 Julio diciembre; 13(2): p. 13-24. [Citado 2019-10-04], disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/461/46154510001.pdf>
 41. Rodríguez F, Sánchez M, Bisquerra R. Consumo de alcohol en la adolescencia. Consideraciones médicas y orientaciones educativas. *Revista de Salud Mental*. 2014; 37(3): p. 255-260. [Citado 2019-02-05], disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37n3/v37n3a10.pdf>
 42. Meneses K, Cisneros M, Braganza M. Análisis socioeconómico del consumo excesivo de alcohol. *Revista de Ciencias de la Salud*. 2019 Mayo - agosto; 17(2): p. 293-308.
 43. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas. Washington, D.C.; 2015. [Citado 2019-10-06], disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/alcohol-Informe-salud-americas-2015.pdf>
 44. Ohannessian C, Flannery K, Simpson RB. Funcionalidad familiar y uso de alcohol en adolescentes: un moderado análisis de mediación. *Journal of Adolescent Health*. *Revista del adolescente*; 4919(27). [Citado 2019-10-06], disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/839/83949782009.pdf>
 45. Trujillo T, Vásquez E, Córdova J. Percepción de la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol en adolescentes. *Revista Atención familiar*. 2016 Julio - setiembre; 23(3). [Citado 2019-10-06], disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S140588711630133X>
 46. Borrás T. Consumo de bebidas alcohólicas en la adolescencia temprana y su atención médica. Informe de investigación. Holguín; 2016. [Citado 2019-10-08], disponible en:

https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/primer/2016/AO_BorrasSantiesteban_anticipo_17-8-16.pdf

47. Enríquez S, Fernández A, Rueda V. Consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes del área IV del Municipio de Cienfuegos. *Medisur*. 2017 Abril; 15(2): p. 217-228. [Citado 2019-10-09], disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1800/180050962011.pdf>
48. Conde K, Brandariz R, Cremonte M. Problemas por uso de alcohol en estudiantes secundarios y universitarios. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*. 2016: p. 84-92. [Citado 2019-10-09], disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3315/331546792002.pdf>
49. Karla M, Cisneros M, Braganza M. Análisis socioeconómico del consumo excesivo de alcohol. *Revista de Ciencias de la Salud*. 2019 Mayo - agosto; 17(2): p. 293-308. [Citado 2019-10-09], disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v17n2/1692-7273-recis-17-02-00293.pdf>
50. Alonso M, Yañez Á, Armendáriz N. Funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria. *Salud y drogas*. 2017; 17(1): p. 87-96. Recuperado el 06 de Octubre de 2019, de <https://www.redalyc.org/pdf/839/83949782009.pdf>
51. Agudelo M, Estrada P. El consumo de sustancias psicoactivas y las formas de organización y dinámica familiar. *Trabajo social*. 2015; 18: p. 145-156. Recuperado el 07 de Octubre de 2019, de [Downloads/Dialnet-EIConsumoDeSustanciasPsicoactivasYLasFormasDeOrgan-5716221%20\(1\).pdf](Downloads/Dialnet-EIConsumoDeSustanciasPsicoactivasYLasFormasDeOrgan-5716221%20(1).pdf)
52. Telumbre J, López M, Noh-Moo , Pedro VJ, Torres R. Autoestima y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria de ciudad del Carmen, Campecho. *Revista Sanus*. 2018; 3(6): p. 20-31. Recuperado el 5 de Febrero de 2019, de http://www.sanus.uson.mx/revistas/articulos/6-Sanus_6_DI_COMPLETA_FINAL-20-25.pdf

ANEXOS

ANEXO 01

CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Soy estudiante de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia, de la Universidad Nacional de Cajamarca y me encuentro realizando una investigación con el objetivo de identificar los factores sociodemográficos y familiares relacionados al consumo de bebidas alcohólicas presentes en los adolescentes de su Institución Educativa. Se requiere de su participación marcando una sola respuesta en cada pregunta, le garantizamos que la información brindada será totalmente confidencial y anónima.

I. DATOS GENERALES

Sexo:

Grado:

Edad:

11-13 años ()

14-16 años ()

17-19 años ()

Actualmente vives con:

Papá y mamá

Sólo con hermano/a

Solo con mamá

Sólo con tío/a

Solo con papá

Sólo con abuelos

Papá y abuelos

Mamá y abuelos

Otros (especifique)

¿Has consumido alguna vez bebidas alcohólicas?

Sí

No

ANEXO 02

TEST PARA DETERMINAR CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES

TEST AUDIT

Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)

Cada respuesta está evaluada con unos puntos, marcados entre paréntesis para cada una de ellas.

Al final del cuestionario, suma todos los puntos obtenidos y valora el resultado con la interpretación final.

1. ¿Con qué frecuencia consumes bebidas alcohólicas?

- Nunca. (0)
- Una o menos veces al mes. (1)
- 2 a 4 veces al mes. (2)
- 2 ó 3 veces a la semana. (3)
- 4 o más veces a la semana. (4)

2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consumes normalmente cuando bebes?

- Nunca. (0)
- Una o menos veces al mes. (1)
- 2 a 4 veces al mes. (2)
- 2 ó 3 veces a la semana. (3)
- 4 o más veces a la semana. (4)

3. ¿Con qué frecuencia te tomas 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?

- **Nunca. (0)**
- Una o menos veces al mes. (1)
- 2 a 4 veces al mes. (2)
- 2 ó 3 veces a la semana. (3)
- 4 o más veces a la semana. (4)

4. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has sido incapaz de parar de beber una vez que habías empezado?

- Nunca. (0)
- Una o menos veces al mes. (1)

- 2 a 4 veces al mes. (2)
 - 2 ó 3 veces a la semana. (3)
 - 4 o más veces a la semana. (4)
5. **¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no pudiste atender tus obligaciones porque habías bebido?**
- Nunca. (0)
 - Una o menos veces al mes. (1)
 - 2 a 4 veces al mes. (2)
 - 2 ó 3 veces a la semana. (3)
 - 4 o más veces a la semana. (4)
6. **¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has necesitado beber en ayunas para recuperarte después de haber bebido mucho el día anterior?**
- Nunca. (0)
 - Una o menos veces al mes. (1)
 - 2 a 4 veces al mes. (2)
 - 2 ó 3 veces a la semana. (3)
 - 4 o más veces a la semana. (4)
7. **¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?**
- Nunca. (0)
 - Una o menos veces al mes. (1)
 - 2 a 4 veces al mes. (2)
 - 2 ó 3 veces a la semana. (3)
 - 4 o más veces a la semana. (4)
8. **¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habías estado bebiendo?**
- Nunca. (0)
 - Una o menos veces al mes. (1)

- 2 a 4 veces al mes. (2)
- 2 ó 3 veces a la semana. (3)
- 4 o más veces a la semana. (4)

9. ¿Tú o alguna otra persona ha resultado herido porque habías bebido?

- No. (0)
- Sí, pero no en el curso del último año. (2)
- Sí, el último año. (3)

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por tu consumo de alcohol, o te han sugerido que dejes de beber?

- No. (0)
- Sí, pero no en el curso del último año. (2)
- Sí, el último año. (3)

INTERPRETACIÓN

	Hombres	Mujeres
No hay riesgo	0-7	0-5
Con riesgo	8-14	6-12
Consumo perjudicial con problemas físico-psíquicos con la bebida	15-19	13-17
Dependencia alcohólica	20 a +	18 a +

ANEXO 03

PRUEBA DE PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

A continuación, se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir en su familia o no. Usted puede clasificar y marca con una **X** su respuesta, según la frecuencia en que la situación se presenta.

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia					
2. En mi casa predomina la armonía					
3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles					
8. Cuando alguno de la familia tienen un problema, los demás lo ayudan					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor					
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems, lo que permite llegar al diagnóstico de funcionamiento familiar.

INTERPRETACIÓN:

Funcional	De 70 a 57 puntos
Moderadamente funcional	De 56 a 43 puntos
Disfuncional	De 42 a 28 puntos
Severamente disfuncional	De 27 a 14 puntos

ANEXO 04

NIVEL SOCIOECONÓMICO

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consiste en una serie de preguntas sobre el jefe de tu hogar y tu vivienda. En algunas preguntas deberás marcar con un aspa (X) la opción que corresponda a tu caso; y en otras, deberás completar los datos que se te piden.

Jefe de Hogar: es la persona, hombre o mujer de 15 a más años, que aporta más económicamente en casa o toma las decisiones financieras de la familia, y vive en el hogar.

Hogar: Conjunto de personas que, habitando una misma vivienda, preparan y consumen sus alimentos en común.

1. ¿Cuál es el último nivel o grado de instrucción que aprobó el jefe de hogar?

Hasta secundaria completa	1	Universidad completa	4
Secundaria completa / superior no universitaria incompleta	2	Posgrado	5
Superior no universitaria completa / Univ. incompleta	3		

2. ¿Cuál es la ocupación principal del jefe del hogar?

Trabajadores no profesionales independientes (ejm: obreros, taxistas, transportistas, etc.)	1	Trabajador profesional dependiente sector privado y/o público	4
Empleados no profesionales sector privado y/o público	2	Empresario / gerente / alto ejecutivo	5
Microempresarios / comerciantes	3		

3. ¿Cuál(es) de estos bienes y/o servicios tienes en tu hogar?

	Si	No	SUMA TOTAL (No llenar)
1. Computadora	1	2	
2. Lavadora de ropa	1	2	
3. Horno microondas	1	2	
4. Computadora / laptop	1	2	
5. Refrigeradora	1	2	
6. Teléfono fijo	1	2	
7. Internet	1	2	
8. Cable	1	2	
9. Cocina (o primus, leña inclusive)	1	2	

3. ¿Cuántas personas viven permanentemente en tu hogar, sin incluir al servicio doméstico? (Indica el número) _____
4. ¿Cuántas habitaciones tienes en tu hogar que actualmente se usen exclusivamente para dormir? (incluye la del servicio doméstico) _____
5. ¿Cuál es el material predominante en los pisos de tu vivienda?

Tierra / arena / tablonos sin pulir	1	Mayólica / loseta / mosaico / vinílico / cerámico	4
Cemento sin pulir	2	Parquet / madera pulida / alfombra / laminado (tipo madera) / mármol / terrazo	5
Cemento pulido / tapizón / tablonos	3		

INTERPRETACIÓN:

Niveles	Nivel socioeconómico	Categoría	Puntaje versión original APEIM 2008-2009
1	A	Alto	22-25 puntos
2	B	Medio	18-21 puntos
3	C	Bajo superior	13-17 puntos
4	D	Bajo inferior	9-12 puntos
5	E	Marginal	5-8 puntos

ANEXO 05

ASENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “Factores sociodemográficos y familiares relacionados con el consumo de alcohol en adolescentes de la Institución Educativa Dos de Mayo. Cajamarca, 2019”

Mi nombre es y estudio en la Universidad Nacional de Cajamarca. Actualmente estoy realizando un estudio para conocer algunos factores relacionados con el consumo del alcohol en adolescentes y para ello quiero solicitar tu apoyo.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no se dirá a nadie tus respuestas.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (✓) en el recuadro de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (✓), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

.....

Firma

Cajamarca de de 2019

ANEXO 06

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____
una vez informada/o sobre los objetivos de la investigación y de que, la participación de mi en esta es completamente libre y voluntaria, doy mi autorización para que mi menor hijo forme parte de la muestra del presente estudio; Sin embargo, se espera que toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico y puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea declaro que mi hijo puede participar de la presente investigación:

Cajamarca..... de..... de 201

_____ -

Firma

DNI



Universidad Nacional de Cajamarca

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

Av. Asháninka Nº 1053

Repositorio Digital Institucional

Formulario de Autorización

1. Datos del autor:

Nombres y Apellidos:

Lady Dalila Cabrera Romero

DNI (Otros N°):

48555520

Correo electrónico:

ladycabreraromero@gmail.com

Teléfono:

941218646

2. Grado, título o Especialización

Bachiller

Título

Magister

Doctor

Segunda Especialidad

3. Tipo de investigación:

Tesis

Trabajo Académico

Trabajo de Investigación

Trabajo de Suficiencia Profesional

Título:

Factores Sociodemográficos y familiares relacionados con el consumo de alcohol en adolescentes de la Institución Educativa Dos de Mayo Cajamarca, 2019

Autor:

Dra. Jolisa Elizabeth Quiroga Oliva

Año:

2019

(Escuela Académica/ Unidad):

Obstetricia

4. Licencias

a) Licencia Estándar

Bajo los siguientes términos autorizo el depósito de mi trabajo de Investigación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Nacional de Cajamarca.

Con la autorización de depósito de mi trabajo de investigación, otorgo a la Universidad Nacional de Cajamarca una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar

¹Trabajo de Investigación

²Trabajo de Tercer Nivel: Bachillerato, Magister, Doctorado y Programas de Segunda Especialidad

³Trabajo Académico: Plan Pedagógico de Segundo Grado a 10º

⁴Trabajo de Suficiencia Profesional: Tercer Grado, Magister

⁵Trabajo de Licenciatura: Tercer Grado, Magister, Doctorado, Programas de Segunda Especialidad, Informes de Suficiencia Profesional

al público; transformar únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi trabajo de investigación, en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido por conocerse, a través de los diversos servicios provistos por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de la UNC, Colecciones de tesis, entre otros, en el Perú y en el extranjero, por el tiempo y veces que considere necesarios, y libre de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Nacional de Cajamarca podrá reproducir mi trabajo de investigación en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que el trabajo de investigación es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, o coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicho trabajo de investigación no infringe derechos de autor de terceras personas. La Universidad Nacional de Cajamarca consignará el nombre del/los autor/es del trabajo de investigación, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la presente licencia.

Autorizo el depósito (marque con una X)

Si autorizo que se deposite inmediatamente.

Si autorizo que se deposite a partir de la fecha (dd/mm/aa):

06 / 01 / 2020

No autorizo.

b) Licencia Creative Commons:

Autorizo el depósito (marque con una X)

Si autorizo el uso comercial y las obras derivadas de mi trabajo de investigación.

No autorizo el uso comercial y tampoco las obras derivadas de mi trabajo de investigación.


Firma

06 / 01 / 2020
Fecha