

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE MEDICINA HUMANA



**“DISFUNCION FAMILIAR COMO FACTOR ASOCIADO A
ABUSO DE ALCOHOL EN MAYORES DE 15 AÑOS”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR: MAGUIN GIANFRANCO ALATRISTA HUERTAS

ASESOR: DR. DANTE CABOS YEPEZ

Trujillo– Perú

2019

MIEMBROS DEL JURADO:

DR. NILER SEGURA PLASENCIA
PRESIDENTE

DR. JOEL ESPINOLA LOZANO
SECRETARIO

DRA. JENIFFER ARCILA DIAZ
VOCAL

Dr. DANTE CABOS YEPEZ
ASESOR

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a Dios, quién me guía y me acompaña día a día, que me da fuerzas para luchar y no desistir ante las adversidades.

A mi familia quienes por ellos soy lo que soy, a mis padres por su inmenso amor, apoyo, comprensión y sabios consejos. Agradezco por trasmitirme sus valores, virtudes y principios que formaron mi carácter para poder afrontar los desafíos que implican en esta larga y hermosa carrera que elegí.

A mis compañeros y amigos quienes sin esperar nada a cambio siempre estuvieron presente, apoyándome durante todo este tiempo.

Maguin G. Alatrística Huertas

AGRADECIMIENTOS

A Dios, todo poderoso que me ha dado vida, salud y sabiduría
guiándome durante todo este proceso de aprendizaje.

A mis padres por el apoyo incondicional y sacrificios realizados en mi proceso de
formación profesional.

A mi asesor por su valioso tiempo, paciencia, apoyo incondicional y enseñanzas para
realizar este trabajo.

A mis maestros docentes, de mi Universidad, que se esforzaron por brindarme sus
brillantes conocimientos y experiencias vividas para formarme y realizarme como
profesional médico, con ética y humanidad para poder afrontar los nuevos desafíos.

Maguin G. Alatrística Huertas

RESUMEN

Objetivo: Identificar si la disfunción familiar es factor de riesgo para abuso de alcohol.

Material y Método: Se llevó a cabo un estudio de tipo, analítico, observacional de casos y controles retrospectivo, el cual tuvo una muestra de estudio constituida por 210 personas mayores de 15 años (105 casos y 105 controles) atendidas por Consultorios Externos de psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo comprendido entre los años 2012 - 2018, para establecer la relación entre variables se empleó el test Chi cuadrado, las asociaciones fueron significativas cuando $p < 0.05$ y se calculó el odds ratio (OR) del factor predictor en estudio.

Resultados Se encontró que en los pacientes mayores de 15 años con abuso de alcohol el 90% presentaron disfunción familiar y en los que no abusan del consumo de alcohol el 42% presentaron disfunción familiar OR = 11,847, IC 95% [5,680 -24.709], $p = 0.001$, la edad promedio de los casos fue $34,31 \pm 11,54$ y de los controles $37,30 \pm 17,12$, ($p = 0,139$), los que presentaron abuso de alcohol el 90% fueron de sexo masculino frente a los que no abusan del alcohol el 58% fueron de sexo masculino ($p = 0,001$), 68% proceden de área Urbana y tienen Diagnostico de abuso de alcohol, mientras que 67% proceden de área Urbana y no tienen abuso de alcohol ($p = 0.001$).

Conclusiones: La disfunción familiar y el sexo masculino son factores de riesgo para abuso de alcohol en mayores de 15 años. por tal motivo debe realizarse investigaciones a nivel nacional para poder ampliar el panorama estadístico y poder intervenir adecuadamente a nivel familiar, además es necesario ampliar la búsqueda de más factores que podrían estar relacionados al abuso de alcohol.

Palabras clave: Abuso de alcohol, Disfunción Familiar, Apgar Familiar, Hospital Regional Docente Trujillo (HRDT).

ABSTRACT

Objective: Identify if family dysfunction is a risk factor for alcohol abuse.

Material and Method: A retrospective, analytical, observational and case-type study was carried out, which included a study sample consisting of 210 people over 15 years of age (105 cases and 105 controls) attended by outpatient psychiatric offices of the Regional Teaching Hospital. of Trujillo in the period between the years 2012 - 2018, to establish the relationship between variables the Chi square test was used, the associations were significant when $p < 0.05$ and the odds ratio (OR) of the predictor factor in the study was calculated.

Results: It was found that in patients older than 15 years with alcohol abuse 90% had family dysfunction and in those who do not abuse alcohol consumption 42% presented family dysfunction OR = 11,847, 95% CI [5,680 -24,709], $p = 0.001$, the average age of the cases was 34.31 ± 11.54 and of the controls 37.30 ± 17.12 , ($p = 0.139$), those who presented abuse of alcohol 90% were male versus male. those who do not abuse alcohol 58% were male ($p = 0.001$), 68% come from Urban area and have Diagnosis of alcohol abuse, while 67% come from Urban area and do not have alcohol abuse ($p = 0.001$).

Conclusions: Family dysfunction and male sex are risk factors for alcohol abuse in people over 15 years of age. For this reason, research must be carried out at the national level in order to expand the statistical panorama and be able to intervene appropriately at the family level, and it is necessary to broaden the search for more factors that could be related to alcohol abuse.

Key words: Alcohol Abuse, Family Dysfunction, Family Apgar, Trujillo Regional Teaching Hospital (HRDT).

ÍNDICE

DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO	4
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
I. INTRODUCCIÓN.	8
1.1 MARCO TEÓRICO	8
1.2 ANTECEDENTES	13
1.3 JUSTIFICACIÓN	18
1.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA CIENTÍFICO	18
1.5 HIPÓTESIS	19
1.6 OBJETIVOS	19
II.- MATERIAL Y MÉTODO	20
2.1. POBLACIÓN	20
2.2. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	20
2.3. MUESTRA	21
2.4. DISEÑO DEL ESTUDIO	23
2.5. VARIABLES	24
2.5.1. VARIABLE DEPENDIENTE:	24
2.5.2. VARIABLE INDEPENDIENTE:	24
2.6. PROCEDIMIENTO	26
2.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	27
2.8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO:	27
2.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS:	28
III.-RESULTADOS	30
IV.- DISCUSIÓN	34
V.- CONCLUSIONES	37
VI.-LIMITACIONES.....	38
VII.-RECOMENDACIONES	38
VIII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
ANEXO 1: SOLICITUD DE HISTORIAS CLÍNICAS	45
ANEXO 2: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	46
ANEXO 3: INSTRUMENTO APGAR FAMILIAR.....	47

I. INTRODUCCIÓN.

1.1 MARCO TEÓRICO

En el Perú, el abuso y la dependencia al alcohol figuran como la tercera causa más importante de pérdidas económicas por muerte prematura o discapacidad, superados solo por la neumonía y los accidentes de tránsito una de los principales factores de riesgo evitables es la disfunción familiar que se considera al patrón de conductas desadaptativas donde hay un comportamiento inadecuado de uno o varios integrantes de una familia inhibiendo así el crecimiento individual de uno o varios de los integrantes, alterando la capacidad de relacionarse sanamente entre los miembros que la integran¹, de acuerdo con el cumplimiento o no de las funciones familiares a la familia se le clasificara como una familia funcional o disfuncional, entendiéndose la funcionalidad familiar como la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que se atraviesa a lo largo de la vida cotidiana², Por lo tanto la estabilidad emocional y psicológica de los integrantes es fundamental para el buen funcionamiento de la familia, considerando que en la familia disfuncional sus miembros están enfermos tanto emocional, psicológica y espiritualmente, partimos del concepto de salud involucra todos los aspectos en los que se desenvuelve el ser humano, para que una familia sea funcional todos sus miembros deben ser saludables.³

La familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida, así que esta instancia ejerce una función protectora ante los problemas que genera la vida cotidiana⁴

La interacción familiar es un factor de influencia en diversas enfermedades, incluso en aquellas donde la patología es claramente biológica⁵. Existen estudios longitudinales en individuos desde la etapa escolar hasta la etapa adulta que demuestran que la adversidad

del ambiente, la pobreza y la conducta agresiva intrafamiliar con disfunción familiar se asocian con problemas socio y psicopatológicos posteriores, entre ellos el abuso de alcohol.⁶

En la disfunción familiar no se respeta la individualidad de sus integrantes⁷, ellos no se sienten como seres únicos y prefieren conformarse de todo, los padres se creen perfectos y piensan que sus hijos son culpables de todo lo malo que sucede en el hogar.^{8,9}

Entonces el funcionamiento familiar se toma como el conjunto de procesos en la crianza o interacción del grupo de personas que conforman la familia, que se orientan tanto al crecimiento físico como emocional de los miembros que la integran.^{10,11}

Cuando no se cumplen diversas funciones familiares básicas se considera que hay un problema de disfunción familiar, dichas funciones básicas son la ``Adaptación`` que evalúa la forma en que los miembros de la familia utilizan los recursos intra y extra familiares en los momentos de grandes necesidades y periodos de crisis para resolver sus problemas y adaptarse a las nuevas situaciones, la ``Participación`` que evalúa la satisfacción de cada miembro de la familia en relación con el grado de comunicación existente entre ellos en asuntos de interés común y en la búsqueda de estrategias y soluciones para sus problemas, la ``Ganancia`` en donde hacemos referencia a la forma en que los miembros de la familia encuentran satisfacción en la medida en que su grupo familiar acepte y apoye las acciones que emprendan para impulsar y fortalecer su crecimiento personal, el ``Afecto`` aquí se evalúa la satisfacción de cada miembro de la familia en relación a la respuesta ante expresiones de amor, afecto, pena y rabia dentro del grupo familiar y por último se tiene en cuenta los ``Recursos`` que indica la satisfacción de cada miembro de la familia en relación a la forma en que cada uno de ellos se compromete a dedicar tiempo, espacio y dinero a los demás, los recursos son elementos esenciales en la dinámica familiar.¹²

Teniendo en cuenta todos los factores que incluye la disfunción familiar, estos pueden ser una de las variables más importantes para el primer contacto con diversas sustancias además de provocar conflictos que el joven percibe y que pueden contribuir para una introducción en las costumbres y prácticas sociales de su entorno¹³, dentro de una perspectiva socio cultural existen varios trabajos realizados que expresan la tentativa de comprender el consumo de bebidas alcohólicas y muchos autores apuntan que las influencias ambientales constituyen un factor preponderante para la instalación de futuros y/o precoces alcohólicos¹⁴. Como principales influencias del ambiente destacan la presión de amigos, inducción del medio familiar ocasionando disfunción familiar principalmente por parte del padre, los estudios epidemiológicos sobre el estudio de consumo alcohol y tabaco entre los jóvenes del mundo muestran que al pasar de la infancia a la adolescencia se inician en su uso.¹⁵

En un estudio longitudinal desarrollado durante un periodo 16 años, Huurre et al. (2010) realizaron un Trabajo longitudinal prospectivo con una edad promedio d 16 años en individuos desde la etapa escolar hasta la etapa adulta (n = 1,471, mujeres n = 805, hombres n = 666); tasa de respuesta 70.3%) que demuestran que la adversidad del ambiente, la pobreza y la conducta agresiva intrafamiliar con ausencia de funcionalidad familiar se asocian con problemas socio y psicopatológicos posteriores, entre ellos el abuso de alcohol. (varones: 19%, P = 0,001; mujeres: 21%, P = 0.001)^{16,17}

De acuerdo con una encuesta sobre los niveles de consumo de alcohol en la población brasileña, el 25% dijo que la pareja o persona con la que vivieron se irritó y cambio su comportamiento a causa del abuso de alcohol, esto señala la importancia de trabajar con las familias de estas personas ya que constituyen uno de los factores de riesgo para abuso de alcohol.¹⁸

Por lo tanto, el trastorno por consumo de alcohol (abuso y dependencia del alcohol) son patrones des adaptativos y se manifiesta por síntomas que conducen a un deterioro clínicamente significativo de las personas.¹⁹

El abuso de alcohol se define como un patrón de consumo de bebidas embriagantes, que se sitúa en un continuo de severidad que coloca al sujeto en riesgo de desarrollar problemas de salud y que puede desembocar en complicaciones tanto físicas como psicológicas y sociales²⁰, es también conocido que el consumo en exceso de bebidas embriagantes se relaciona con la principal causa de morbilidad (los accidentes y la violencia) en la población.²¹

Por lo tanto, es uno de los principales factores de riesgo para pérdida de años de vida saludable a nivel mundial²² y en los países de altos ingresos representa aproximadamente el 19% de discapacidad ajustada a los años de vida.²³ En el Futuro se considera que el consumo, abuso y la dependencia de alcohol incrementaran el riesgo para problemas sociales, de trabajo, familiares, físicos, legales y de violencia, además se puede afirmar que es un tema que merece atención ya que se configura como un problema de salud pública.¹⁸

El consumo problemático de alcohol en jóvenes a generando enormes costos para los sistemas de salud, diversos estudios demuestran que cuanto más temprano comienza el uso de sustancias, mayor es la probabilidad de desarrollar un trastorno de consumo de sustancias en la adultez.

El continente americano es la región con el consumo general de alcohol más alto en comparación con otros países como por ejemplo algunos países de África donde el consumo de alcohol es mucho menor (Región de las Américas de la OMS)²⁴, Según la Organización Panamericana de Salud 2010, la edad de inicio de consumo de sustancias

ilícitas se encuentra en los 13 años, siendo la tendencia de algunos países en intervenir desde la prevención primaria para disminuir el ingreso al consumo²⁵ en general se concluye que el consumo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo evitables y es por esto que diversos estudios se han centrado en conocer cuáles son los factores que juegan un papel fundamental en la predisposición de un sujeto a desarrollar abuso en el consumo de alcohol, basándose en la premisa en que si conocemos los factores que incrementan el riesgo de sufrir problemas con el alcohol en adolescentes es posible prevenir su consumo.²⁶

Uno de los factores contextuales asociados con el uso de alcohol en la adolescencia es tener una historia de alcoholismo familiar ocasionando disfunción familiar, la cual se asocia con un mayor consumo de alcohol.²⁷

Por su lado, Jones, Feinberg, Cleveland y Cooper (2012) analizaron datos psicosociales longitudinales durante 2 años en más de 100.000 estudiantes. Los resultados indicaron que asociaciones antisociales en los amigos, riesgos familiares dentro de ellos la disfunción familiar, actitud y comportamiento antisocial individual influyen en un consumo excesivo de alcohol en la adultez (OR = 2.44, $p < 0.001$)¹⁶

La comparación de los niños que crecen en familias intactas, con los niños que crecen en un ambiente con disfunción familia cuyos padres se separaron por problemas de uso de alcohol, tienen mayores tasas de problemas de bebida²⁸, asimismo los niños con padres alcohólicos están en mayor riesgo de sufrir problemas con el alcohol, resultados ponen de relieve la contribución de la separación de los padres y la dependencia de sustancias en la predicción del momento de inicio del consumo de alcohol y los problemas de la descendencia a través de la adolescencia a la edad adulta temprana.^{29,30}

Según el Ministerio de Salud en el Perú, aproximadamente un millón 500 mil personas tiene problemas de abuso o dependencia de alcohol. Las consecuencias producidas por el consumo nocivo de alcohol son diversas y no solo comprenden problemas a la salud, sino también elevados índices de violencia familiar, accidentes de tránsito, ausentismo laboral, desintegración familiar, entre otros (MINSA, 2008).

1.2 ANTECEDENTES

Shimajuko, Baltodano, Rodríguez, et al – Trujillo Perú - 2014 realizaron una investigación sobre el Patrón de consumo de alcohol en universitarios y sus repercusiones sociales. La presente investigación de tipo descriptivo correlacional de corte trasversal, se realizó en estudiantes de la Universidad Nacional de Trujillo, con la finalidad de determinar la relación entre el patrón de consumo de alcohol y sus repercusiones sociales en los universitarios. La muestra estuvo constituida por 316 estudiantes de 16- 19 años de edad, de ambos sexos a quienes se les aplicó el test AUDIT para determinar el patrón de consumo de alcohol y un cuestionario basado en Kaplan y Sadock (2001) para identificar las repercusiones sociales. Se utilizó el Paquete estadístico SPSS Versión 15 y el análisis estadístico a través de estadísticas descriptivas y la prueba Chi Cuadrado y llegaron a los a los resultados de que el 46 % de universitarios presentaron Patrón de consumo de alcohol no problemático, 30 % consumo episódico excesivo, 13% consumo excesivo y 11% consumo perjudicial y probable dependencia, el 80,9% de universitarios refieren que nunca presentaron repercusiones sociales por consumo de alcohol, el 17.1% A veces, el 1,7% Casi siempre y 0,3% Siempre, es por esta razón que se trata de identificar si la disfunción familiar es un factor de riesgo para abuso de alcohol y poder iniciar programas para evitar su progresión.³¹

En el Perú, el abuso y la dependencia al alcohol figuran como la tercera causa más importante de pérdidas económicas por muerte prematura o discapacidad, superados solo por la neumonía y los accidentes de tránsito, en términos económicos, según la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA)³², el problema del alcohol le genera al Perú pérdidas anuales de al menos 245 millones de dólares³³. La Organización Panamericana de la Salud ha informado que en nuestro país se consume aproximadamente 9,9 litros de alcohol puro per capita por año, en la población adulta (de 15 años o más), lo cual coloca al Perú entre los países latinoamericanos con mayor consumo); de las bebidas registradas, la que más se consume es la cerveza (88%), seguida por otros licores y, con menos frecuencia los vinos. Se ha estimado que actualmente hay aproximadamente 1,5 millones de personas con dependencia y abuso al alcohol en nuestro país, sin embargo, el problema es más grande en la población general puesto que muchas personas lo consumen de manera episódica hasta la intoxicación (borrachera) lo cual las pone en riesgo de accidentes de todo tipo, incluidos los automovilísticos, a infecciones de transmisión sexual y a sufrir lesiones como consecuencia de actos de violencia.³⁴

Salazar, Ugarte, Vasquez, Loaiza – Lima – Perú – 2004, realizaron una investigación sobre el Consumo de alcohol y drogas y factores psicosociales asociados en adolescentes de Lima en la cual se estudió una muestra de 430 adolescentes de educación secundaria de un colegio de Lima en el cual se utilizó el Cuestionario Tamiz de Experiencias Personales (Personal Experience Screening Questionnaire - PESQ), obteniendo como resultados de 391 encuestas válidas la prevalencia de consumo de alcohol o drogas fue de 43%, alcohol 42,2%, de marihuana 8,7% y de cocaína 3,1%. Se encontró que en los problemas de consumo de alcohol o drogas en el 10,7% se relacionan con los factores psicosociales tales como distrés psicológico severo (OR 4,58 IC 95% 1,60-13,05), pensamiento problemático severo (OR 2,63 IC 95% 1,15-6,01) y abuso físico familiar

(OR 2,31 IC 95% 1,19-4,49). El factor psicosocial más asociado al problema de consumo de drogas fue el distrés psicológico severo, siendo este un Conjunto de conductas y emociones que producen desasosiego en el adolescente.³⁵

Ramírez y Andrade – Ecuador 2005. Una investigación sobre dinámica familiar y condición socioeconómica como factores de riesgo para el abuso de alcohol en adolescentes de educación secundaria cuyo promedio de edad es de 15.94 años de la cual se tomó una muestra aleatoria estratificada de 384 estudiantes y tres instrumentos para evaluar tanto la dinámica familiar, condición socioeconómica y abuso de alcohol y se halló que la frecuencia de abuso de alcohol fue de 17.71 % y de solamente el uso de alcohol fue de 34.91% con respecto a la escolaridad el 51,1% habían terminado la instrucción, el 35% aprobó la secundaria y el 13,3% son profesionales ($p < 0.001$) y concluyeron que las principales influencias para abuso alcohol son el medio familiar, el factor económico, la baja escolaridad (OR = 12.05, $p < 0.003$)¹³

Grant, Waldron, Sartor, Scherrer Vietnam 2015. Realizaron una investigación de tipo transversal con una muestra de 1.828 descendientes de gemelos que fueron del sexo masculino del Registro de Gemelos de la era de Vietnam, el cual muestra que el 20 % de los hijos de padres adictos al alcohol hace transición a alcohol, demostrando así que el sexo masculino tiene asociación con el abuso de alcohol OR= 1.34, $p < 0.005$.²⁹

Waldron, Grant , Bucholz, Lynskey - Australia 2014. Estudio que realiza una comparación entre los niños cuyos padres no son alcohólicos y los que sí lo son, los hijos de alcohólicos reportan el uso temprano y más frecuente de un oleaje de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas ilícitas y están en mayor riesgo de problemas de alcohol durante

la adolescencia y la edad adulta. Según algunos informes estos niños son de 4 a 6 veces más propensos a desarrollar un trastorno por consumo y abuso de alcohol en algún momento de su vida, este estudio fue extraído de 1.318 adolescentes descendientes padres australianos, los descendientes de padres dependientes de consumo de alcohol o cannabis estaban en 1,43 veces mayor riesgo de principios de consumo de bebida en comparación con los descendientes de padres que no consumen alcohol [OR = 2.06 (IC 95%: 1.58–2.69)] p <0.0001.³⁶

Jackson, Rogers, Sartor – 2016. Este estudio realizado por la Center for Alcohol and Addiction Studies, Brown University en USA tomo datos de un estudio en curso sobre el inicio y la progresión del consumo de bebidas alcohólicas, los participantes fueron 931 estudiantes, la edad media al inicio del estudio fue de 12,2 años, los resultados obtenidos fueron que 21% de los adolescentes que no experimentaron la separación de los padres consume una bebida alcohólica completa, y el 32% de los adolescentes que experimentaron disfunción familiar por separación de los padres consume una bebida alcohólica completa.³⁷

Waldron, Vaughan, Bucholz et al USA-2014. Esta investigación toma una cohorte de mujeres gemelas de las cuales 613 son de descendencia africana y 3550 de descendencia europea, se pudo medir los riesgos relacionados con el primer uso de alcohol y el uso regular de este, además midió el uso de otras sustancias ilícitas relacionadas con variables que codifican el alcoholismo y la disfunción familiar por separación de los padres, el cual se llevó a cabo mediante un estudio de casos y controles comparando la progresión en familias separadas con familias intactas.

En las familias de descendencia europea, el aumento del riesgo de implicación de la sustancia alcohólica se encontró aumentada, en particular a través de las edades de 10 o 14 años mientras que en las familias de descendencia africana las asociaciones con el alcoholismo y la separación de los padres eran débiles y con pocas excepciones estadísticamente no significativas, encontrándose que en los descendientes de familias europeas cuyos padres se separaban tenían 3.53 veces más probabilidad de intoxicación por bebidas alcohólicas entre las 11 y 14 años.³⁸

Para evaluar la funcionalidad de la familia existe un instrumento, El APGAR familiar que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, el registro de esta percepción es particularmente importante en contextos como la práctica ambulatoria, en el cual no es común que los pacientes o usuarios manifiesten directamente sus problemas familiares, con este instrumento se pueden conseguir una primera aproximación para la identificación de aquellas familias con problemas de conflictos o disfunciones familiares.³⁹

Las propuestas preventivas deben ser enfocadas no solo a prevenir el uso indebido de drogas sino también a rescatar los valores humanos y sociales.

1.3 JUSTIFICACIÓN

El abuso de alcohol en jóvenes se ha incrementado en los últimos años y constituye un tema de importancia en el ámbito social sobre todo en países en vías de desarrollo, el abuso de alcohol ha sido identificado como un importante factor de riesgo para enfermedades crónicas y lesiones que puede llegar a provocar trastornos por consumo de alcohol ocasionando costos sociales al país, ajustados por discapacidad de años de vida atribuible al alcohol, además se estima que causa el 3.8% de todas las muertes a nivel mundial y sabiendo que la disfunción familiar es una problemática observada con frecuencia, ya que en los últimos años se vienen realizando investigaciones en distintos países identificando relación entre la disfunción familiar y el riesgo de abuso de alcohol, resulta de nuestro interés precisar la asociación existente entre ambas variables en nuestra realidad, gracias a este trabajo se verán beneficiados la población en general ya que brindará información relevante desde el punto de vista preventivo, para disminuir el riesgo de padecer dicha enfermedad y sus complicaciones que aumentan la mortalidad a nivel mundial. Considerando que en nuestro medio hay trabajos sobre abuso de alcohol y sus repercusiones mas no que se relacione directamente la disfunción familiar como causa de esta patología.

1.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA CIENTÍFICO:

¿Es la disfunción familiar un factor asociado a abuso de alcohol en mayores de 15 años?

1.5 HIPÓTESIS

- **Hipótesis Nula:** La disfunción familiar no es factor asociado a abuso de alcohol en mayores de 15 años.
- **Hipótesis Alternativa:** La disfunción familiar es factor asociado a abuso de alcohol en mayores de 15 años.

1.6 OBJETIVOS

- **General:**
 - Identificar si la disfunción familiar es factor asociado para abuso de alcohol en mayores de 15 años
- **Específicos:**
 - Identificar la frecuencia de disfunción familiar en mayores de 15 años con abuso de alcohol.
 - Identificar la frecuencia de disfunción familiar en mayores de 15 años sin abuso de alcohol.
 - Comparar la frecuencia de disfunción familiar en mayores de 15 con abuso de alcohol y sin él.

II.- MATERIAL Y MÉTODO:

2.1. POBLACIÓN

- Población diana

El presente estudio tuvo como población diana al total de personas mayores de 15 años atendidos por Consultorios Externos y hospitalizados del servicio de psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo comprendido entre los años 2012 y 2018.

- Población de estudio

Fue aquella parte de la población diana que cumplieron con los siguientes criterios de selección según los cuales se distribuyeron en 2 grupos.

2.2. Criterios de Selección:

a) Casos:

Criterios de Inclusión

- mayores de 15 años con diagnóstico de abuso de alcohol, en cuyas historias clínicas se puedan identificar variables de interés

b) Controles:

Criterios de Inclusión

- mayores de 15 años que no abusen del consumo del alcohol. en cuyas historias clínicas se puedan identificar variables de interés

c) Criterios de exclusión: (Casos y Controles):

- mayores de 15 años con retraso mental o del desarrollo psicomotor.
- mayores de 15 años, cuyas historias clínicas no cuenten completamente con los datos de interés

2.3. MUESTRA:

a) Unidad de Análisis:

Es cada una de las personas mayores de 15 años atendidos por Consultorios Externos y hospitalizados del servicio de psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo en el período comprendido entre los años 2012 - 2018 y que cumplieron con los criterios de selección.

b) Unidad de Muestreo:

Es cada historia clínica de cada una de las personas mayores de 15 años atendidos por Consultorios Externos y hospitalización de psiquiatría del hospital Regional Docente de Trujillo en el período comprendido entre los años 2012 - 2018 y que cumplieron con los criterios de selección.

Caso: mayores de 15 años con abuso del consumo de alcohol

Control: mayores de 15 años que no abusan del consumo alcohol.

c) Tamaño muestral:

Para la determinación del tamaño de muestra se utilizaría la fórmula estadística para casos y controles.

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Donde:

$$P = \frac{p_2 + p_1}{2} = \text{promedio ponderado de } p_1 \text{ y } p_2$$

p_1 = Frecuencia de exposición entre los casos.

p_2 = Frecuencia de exposición entre los controles.

n = Número de casos

$$Z_{\alpha/2} = 1,96$$

$$Z_{\beta} = 0,84$$

Un estudio realizado por **Ramírez y Andrade – Ecuador 2005** en el que se encontró **que** la disfunción familiar está presente en el 17.71% de jóvenes mayores de 15 años con abuso de alcohol y en el 34.91% de los jóvenes mayores de 15 años que no abusan del consumo de alcohol.

Hallamos los valores de P_1 , P_2 y P :

$$P_1 = 17.71\% = 0.18$$

$$P_2 = 34.91\% = 0.35$$

$$P = \frac{0.18 + 0.35}{2} = 0.265$$

Reemplazamos los valores:

$$n = \left[1.96 \sqrt{0.3895} + 0.84 \sqrt{0.14 + 0.227} \right]^2$$

$$(0.18 - 0.35)^2$$

$$n = \frac{3.023}{0.029}$$

$$n = 104.61$$

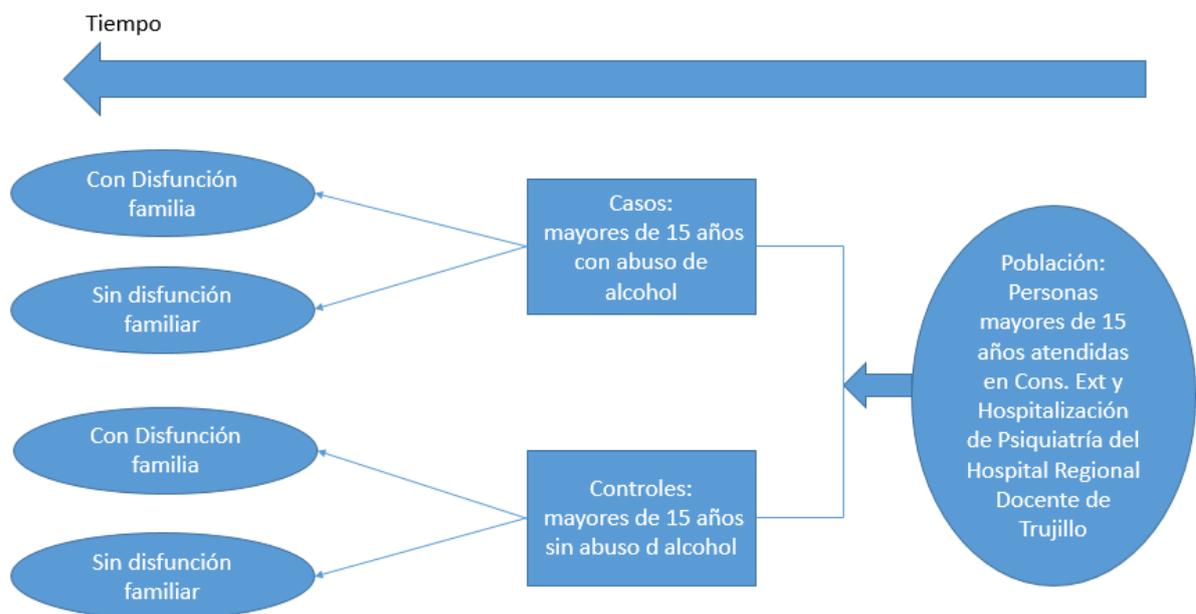
CASOS = 105 pacientes

CONTROLES = 105 pacientes.

2.4. DISEÑO DEL ESTUDIO:

Diseño específico:

Este estudio correspondió a un diseño analítico, observacional, retrospectivo de casos y controles.



2.5. Variables y escala de medición

Variables	Tipo	Escala	Indicadores	Índices
Dependiente Abuso de consumo de alcohol	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	(Si) (No)
Independiente Disfunción Familiar	Cualitativa	Nominal	Test de Apgar Familiar	(Si) (No)
Interviniente				
Edad	Cuantitativa	Discreta	Ficha de recolección de datos	Años
Sexo	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Masculino Femenino
Procedencia	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Urbano rural
Grado de instrucción	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Primaria Secundaria Estudios Superiores

DEFINICIONES OPERACIONALES:

Disfunción familiar: Se definirá disfunción familiar cuando el puntaje según APGAR familiar es menor a 17 y sin disfunción familiar cuando el puntaje sea de 17 a 20.

El abuso de alcohol: según los Criterios del **DSM-V-TR** para el abuso de sustancias.

A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

- (1) consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).
- (2) consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia) .
- (3) problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).
- (4) consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

Edad: A los años cumplidos desde el nacimiento⁴³

Grado de Instrucción: Es el grado más elevado de estudios culminado o en progreso, sin tener en cuenta que el individuo lo concluyó. Para efectos del estudio se considerará como concluido⁴³.

Procedencia: Es la característica del cual procede un individuo, considerándose sea zona rural o zona urbana⁴³.

2.6. Procedimiento

Se solicitó autorización al director del Hospital Regional Docente de Trujillo el acceso al Área de Archivo de Historias Clínicas, en el área de Archivo se solicitó la totalidad de historias clínicas requeridas, que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión.

Se obtuvieron los datos y se vaciaron en la ficha de recolección de datos, se codificaron y se insertaron los datos y variables en un archivo de Excel para elaborar la base de datos final y se realizó el análisis correspondiente.

Todos los datos fueron compilados en una base de información creada en el paquete estadístico SPSS 25.0 para su procesamiento

se dividió la población en 2 grupos, con abuso de alcohol y sin abuso de alcohol y se aplicó el instrumento de Apgar Familiar a sus historias clínicas para poder saber quiénes tienen disfunción familiar y quiénes no, este instrumento el cual fue validado y medido su confiabilidad aplicándose una prueba piloto en 40 historias clínicas de personas mayores de 15 años: 20 con Diagnóstico de abuso de alcohol y 20 sin diagnóstico de abuso de alcohol encontrando que la consistencia interna expresada a través del alfa de Cronbach fue de 0.887 la cual resultó adecuada por medio del muestreo aleatorio simple, como el valor de alfa de Cronbach está comprendido entre el intervalo (0.81 – 1.00) la confiabilidad es de magnitud muy alta.

2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Los datos fueron recolectados de las Historias Clínicas y registrados en una hoja elaborada por el autor en base a los objetivos propuestos.

2.8. Procesamiento y Análisis Estadístico

Los datos fueron procesados empleando el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25, para la elaboración de la base de datos en el programa Excel.

ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA:

Los resultados fueron presentados en cuadros de doble entrada con número de casos con valores absolutos y relativos porcentuales.

Para facilitar la comprensión de algunos resultados se elaboraron gráficos de barras.

ESTADÍSTICA ANALÍTICA:

Para determinar

Si $P < 0,05$, la asociación fue significativa.

Para determinar el nivel de asociación entre el Factor propuesto se calculó el OR (OR)

Puntual e intervalo, con una confianza del 95%.

Si OR es >1 y el intervalo de confianza comprende valores >1 entre el factor propuesto se considera factor de riesgo.

ESTADÍGRAFO DE ESTUDIO:

Para determinar si hay o no relación entre La disfunción familiar y el abuso de alcohol el estadígrafo que se utilizó fue odds ratio.

odds ratio (análisis de estudios de casos y controles)

		Evento	
		Abuso de alcohol	
Exposición		Casos	Controles
Disfunción Familiar	Si	a	b
	No	c	d

$$\text{Donde: OR} = \frac{\frac{a}{c}}{\frac{b}{d}}$$

2.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS:

La presente investigación se realizó sobre la base de datos de pacientes que acudieron por consultorios externos de psiquiatría. Como tal no requirió consentimiento informado específico y se mantuvo plena confidencialidad del paciente a través del estudio. Debido a que fue un estudio de casos y controles retrospectivo en donde solo se recogieron datos clínicos de las historias de los pacientes; se tomó en cuenta la Declaración de Helsinki II (Numerales: 11,12,14,15,22 y 23)⁴⁰, en este proyecto de investigación tomaremos en cuenta como principio ético básico principal La Confidencialidad, ya que los datos que se recolecten, se archivarán y serán usados con fines productivos manteniendo la privacidad y anonimidad del paciente, se deberá tener sumo cuidado con los documentos de investigación que contengan nombres o cualquier otra información personal, en este caso las HISTORIAS CLINICAS. Solamente el equipo de investigación debe tener acceso a los documentos de investigación.

La Ley General de Salud (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA) y el código de ética y deontología del colegio médico del Perú⁴¹, Ley General de Salud del Perú 1997

Nº26842, Artículo 25º no es necesario la utilización de un “consentimiento informado”, siempre y cuando la información de la historia clínica fuere utilizada con fines académicos o de investigación científica, se consigne en forma anónima, además debido a que no se realizarán procedimientos médicos o quirúrgicos con la vida de la paciente.

III.-RESULTADOS

Se realizó un estudio de diseño analítico, observacional, retrospectivo de casos y controles, el proceso de selección fue realizado bajo los criterios de inclusión y exclusión ya antes expuestos, correspondientes a las pacientes con diagnóstico de abuso de alcohol del Hospital Regional Docente de Trujillo atendidos por el servicio de psiquiatría entre los años 2012 y 2018

En la tabla 1 se muestran las variables intervinientes en donde podemos ver que la edad promedio de los casos fue $34,31 \pm 11,54$ y de los controles $37,30 \pm 17,12$, comparando la edad promedio de ambos grupos, ($p = 0,139$).

La variable Sexo se puede ver que los mayores de quince años con abuso de alcohol el 90% fueron de sexo masculino mientras que en los que no abusan del alcohol solo el 58% fueron de sexo masculino, ($p = 0.001$) por lo tanto la variable sexo si es factor de riesgo para abuso de alcohol.

Con respecto a la procedencia los pacientes que proceden de área Urbana y tienen Diagnostico de abuso de alcohol fueron el 68% y los que proceden de área urbana y no tienen abuso de alcohol representaron el 67%, ($p = 0.883$).

La variable grado de instrucción se encontró que los pacientes con abuso de alcohol el 30% tienen grado de instrucción primaria, 54% nivel secundario y 15% superior ($p = 0.158$).

La tabla 2 muestra los pacientes con abuso de alcohol y los que no abusan del alcohol junto a la variable disfunción familiar, de los casos se obtuvo que el 90% presentaron disfunción familiar y de controles el 42 % presento disfunción familiar, OR = 11,847, IC al 95% (5,680 - 24,709), ($p = 0.001$) por lo tanto la disfunción familiar es factor de riesgo para abuso de alcohol.

La tabla 3 se muestra el análisis multivariado resultante de evaluar factores bivariados de riesgo significativo de la tabla anterior, encontramos que los factores que condicionan significativamente la hospitalización son: La Disfunción familiar (OR:9.735, p:0.001), el sexo Masculino (OR:4.394, p:0.001)

TABLAS

TABLA N° 01: Variables intervinientes asociados a abuso de alcohol en mayores de 15 años.

Variables intervinientes		Abuso de consumo de alcohol				Valor p
		Si		No		
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Edad		34,31 ± 11,54		37,30 ± 17,12		0,139
Sexo	Masculino	94	90%	61	58%	0,001
	Femenino	11	10%	44	42%	
Procedencia	Urbana	71	68%	70	67%	0,883
	Rural	34	32%	35	33%	
Grado de instrucción	Primaria	32	30%	20	19%	0,158
	Secundaria	57	54%	67	64%	
	Superior	16	15%	18	17%	

Fuente: Datos procesados en el Paquete Estadístico IBM SPSS Statistics 25

Historias clínicas del archivo del Hospital Regional Docente de Trujillo del año 2012 - 2018.

TABLA N° 02: Disfunción familiar un factor asociado a abuso de alcohol en mayores de 15 años

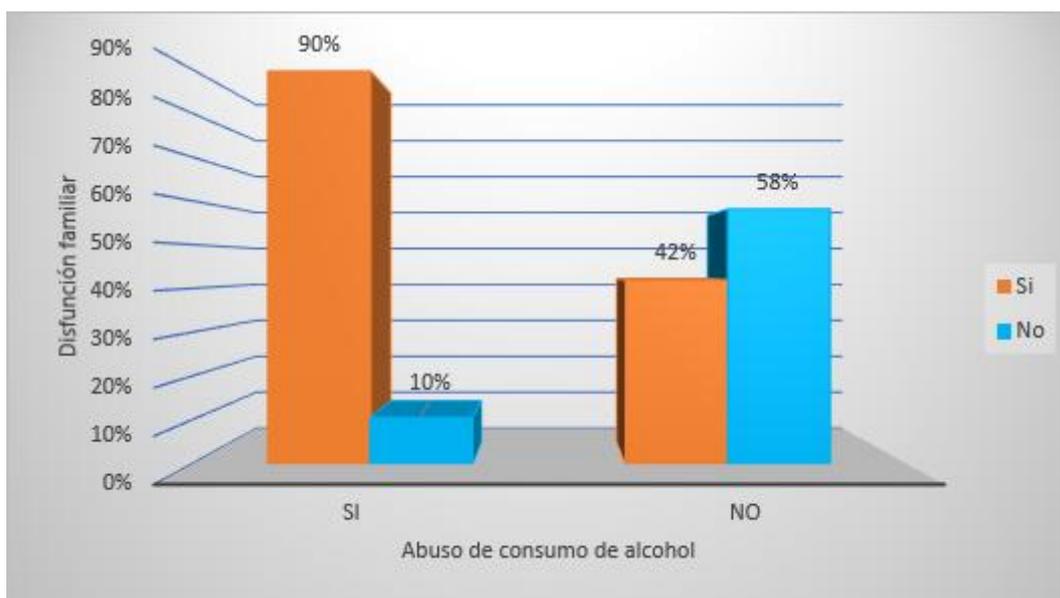
Disfunción familiar	Abuso de consumo de alcohol			
	Si		No	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	94	90%	44	42%
No	11	10%	61	58%
Total	105	100%	105	100%

OR (IC 95%): 11,847 (5,680 - 24,709)
 Chi Cuadrado (p): 52,838 (0,000)

Fuente: Datos procesados en el Paquete Estadístico IBM SPSS Statistics 25

Fuente: Historias clínicas del archivo del Hospital Regional Docente de Trujillo del año 2012 -2018.

GRÁFICO N° 01: Disfunción familiar un factor asociado a abuso de alcohol en mayores de 15 años



Fuente: Datos procedentes de la Tabla N° 01

TABLA N° 03

ANÁLISIS MULTIVARIADO:

Variables en la ecuación de regresión logística

Variables	B	Wald	valor p	OR	IC 95%	
					Inferior	Superior
Disfunción familiar	2.276	34.705	0.001	9.735	4.566	20.756
Sexo masculino	1.480	12.853	0.001	4.394	1.956	9.870
Constante	-2.715	33.621	0.001	0.066		

Sólo son significativos la disfunción familiar y el sexo masculino

IV.- DISCUSIÓN

En el Perú, el abuso y la dependencia al alcohol figuran como la tercera causa más importante de pérdidas económicas por muerte prematura o discapacidad, se ha estimado que actualmente hay aproximadamente 1,5 millones de personas con dependencia y abuso al alcohol en nuestro país.³⁵, la disfunción familiar se toma como el conjunto de procesos y aptitudes des adaptativas en la interacción del grupo de personas que conforman la familia.^{10,23}, es por esta razón que la presente investigación busco encontrar si la disfunción familiar es factor asociado para abuso de alcohol, encontrando un OR = 11,847, IC 95% [5,680 -24.709], $p = 0.001$, por lo tanto se considera una asociación estadísticamente significativa según el intervalo de confianza al 95%, por lo tanto podemos confirmar que la disfunción familiar es factor de riesgo para abuso de alcohol, comparando con trabajos existentes de tipo longitudinales Huurre et al, Lintonen realizaron un Trabajo longitudinal prospectivo con una edad promedio d 16 años en individuos desde la etapa escolar hasta la etapa adulta ($n = 1,471$, (mujeres $n = 805$, hombres $n = 666$); tasa de respuesta 70.3%) que demuestran que la adversidad del ambiente, la pobreza y la conducta agresiva intrafamiliar con ausencia de funcionalidad familiar se asocian con problemas socio y psicopatológicos posteriores, entre ellos el abuso de alcohol. (varones: 19%, $P = 0,001$; mujeres: 21%, $P = 0.001$)²⁵, Jones, Feinberg, Cleveland y Cooper analizaron datos psicosociales longitudinales durante 2 años de más de 100.000 estudiantes, los resultados indicaron que asociaciones antisociales en los amigos, riesgos familiares como disfunción familiar, son los factores más importantes para la predicción del abuso de alcohol ($OR = 2.44$, $p < 0.001$)³² por lo tanto, la interacción familiar es un factor de influencia en diversas enfermedades de todo tipo, incluso en aquellas donde la patología es claramente biológica.¹⁸

En nuestra investigación la edad promedio de los casos fue 34,31 con una desviación estándar de $\pm 11,54$ y de los controles 37,30 con una desviación estándar de $\pm 17,12$, comparando la edad promedio de ambos grupos, aplicando la prueba t student dando como resultado estadístico 1.484 y un $p = 0,139$ nos dice que la edad promedio no difiere estadísticamente de los casos y los controles por lo tanto no hay diferencia significativa y se considera que la edad no se asocia al abuso de alcohol a diferencia de otros estudios como Zela C, Marvin O quienes encontraron que la edad de inicio del consumo más frecuente está entre los 14 y 15 años y en la población con abuso la edad promedio es de 15.94 años los cuales concluyeron que el mayor abuso al alcohol se encuentra en presencia de disfunción familiar severa o condición socio-económica baja⁴², Ramírez y Andrade concluyeron que las edades de los niños y adolescentes entre los 8 y 18 años con un porcentaje alto se consideran que esta es la etapa del ciclo vital más vulnerable para el inicio del consumo de alcohol y otras drogas¹³.

Con respecto al grado de instrucción se encontró que los pacientes con abuso de alcohol el 30% tienen grado de instrucción primaria, 54% nivel secundario y 15% superior ($p = 0.158$). lo que indica que tampoco se asocia al abuso de alcohol ya que estadísticamente presenta un valor de $p = 0.158$, quiere decir que tener el nivel primario, secundario y superior el comportamiento es el mismo tanto en los mayores de 15 años que abusan de alcohol y los que no. A diferencia de Ramírez y Andrade quienes encontraron que con respecto a la escolaridad el 51,1% habían terminado la instrucción, el 35% aprobó la secundaria y el 13,3% son profesionales ($p = 0.001$) y concluyeron que las principales influencias para abuso alcohol son el medio familiar, el factor económico, la baja escolaridad ($OR = 12.05, p < 0.003$).¹³

En nuestra investigación también se encontró que la variable Sexo en mayores de quince años con abuso de alcohol el 90% fueron de sexo masculino mientras que en los que no abusan del alcohol solo el 58% fueron de sexo masculino, ($p = 0.001$) por lo tanto la variable sexo si se asocia al consumo de alcohol, esto lo podemos corroborar con el estudio realizado por Grant, Waldron, Sartor, Scherrer que trata de una investigación de tipo transversal con una muestra de 1.828 descendientes de gemelos que fueron del sexo masculino del Registro de Gemelos de la era de Vietnam, el cual muestra que el 20% de los hijos de padres adictos al alcohol hace transición a alcohol $OR = 1.34$, $p < 0.05$, demostrando así que el sexo masculino tiene asociación con el abuso de alcohol²⁹. Según nuestra investigación sólo son significativos la disfunción familiar y el sexo masculino como factores de riesgo para abuso de alcohol ya que la razón entre presencia de disfunción familiar versus ausencia de disfunción familiar es 9,735 veces mayor en personas mayores de 15 años con abuso de consumo de alcohol en comparación a los sujetos sin abuso de alcohol, esta asociación es estadísticamente significativa, según el intervalo de confianza del 95% de OR , $p < 0,05$. La razón entre presencia de varones versus mujeres es 4,394 veces mayor en personas mayores de 15 años con abuso de consumo de alcohol en comparación a los sujetos sin abuso de alcohol, Esta asociación es estadísticamente significativa”, según el intervalo de confianza del 95% de OR , $p < 0,05$.

V.- CONCLUSIONES

1. La disfunción familiar es factor asociado a abuso de alcohol en mayores de 15 años con un OR de 11,847 el cual fue significativo
2. La frecuencia de Disfunción Familiar en mayores de 15 años con abuso de alcohol fue del 90%
3. La frecuencia de Disfunción Familiar en mayores de 15 años que no abusan del alcohol fue de 42%
4. El sexo Masculino se asocia a abuso de alcohol en mayores de 15 años con un valor de $p = 0.000$ siendo estadísticamente significativo

VIII.- LIMITACIONES

Las limitaciones en este estudio fue el tiempo que se tomó para buscar detalladamente las historias clínicas y evaluar si cada una tenía los datos suficientes para poder evaluar la disfuncionalidad familiar, por eso se prefirió tomar las historias clínicas que tenían test psicológicos en los que se encuentra información sobre relación familiar.

En el presente trabajo no se midieron las distintas patologías que pudieran presentar las muestra.

VII.- RECOMENDACIONES

1. Las asociaciones observadas debieran ser tomadas en cuenta como base para desarrollar estrategias de intervención a nivel familiar que reduzcan la aparición de pacientes con abuso de alcohol.
2. Se sugiere ampliar los estudios en este tema, ya que el estudio realizado fue a nivel regional; además de no contar con investigaciones a nivel nacional que relacionen ambas variables de forma directa, sería de gran ayuda para obtener un panorama más general de las conclusiones.
3. Para futuras investigaciones se debería tomar en cuenta las distintas patologías que están asociadas al abuso de alcohol, para poder ser medidas e identificar su relación con la disfunción familiar.

VIII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perez LA, Reinoza DM. El educador y la familia disfuncional. REV Educere Articulos Arbitrados. 2011, 629 – 634.
2. Landeros HJ, Simental ML, Rodríguez DJ. Perfil psicosocial y percepción del apoyo familiar en adultos. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015; 53(5): 558-63.
3. Cuba M, Jurado A, Romero Z, Cuba M. Características familiares asociadas a la percepción de la calidad de vida en pobladores de un área urbanomarginal en el Distrito de Los Olivos, Lima. Rev Med Hered. 2013; 24:12-16.
4. Louro Bernal I. La familia en la determinación de la salud. Rev Cubana Salud Pública. 2003;29(1):48-51.
5. González RJ, Vásquez GE, Cabrera PC, González PG, Troyo SR. La disfunción familiar como factor de riesgo para obesidad en escolares mexicanos. Rev Med Inst Mex Seguro. 2012; 50 (2): 127-134.
6. Vásquez-Garibay E, Sánchez E, Navarro E, Romero E, Pérez L, Kumazawa M. Instrumento de medición de la dinámica de la familia nuclear mexicana: un enfoque cuantitativo. Bol Med Hosp Infant Mex 2003;60(1):33-52.
7. Moreno C, Ramos P, Rivera F, Jiménez Iglesias A, García Moya I. Las conductas relacionadas con la salud y el desarrollo de los adolescentes españoles. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
8. Paladines GM, Quinde GM. Disfuncionalidad familiar en niñas y su incidencia en el rendimiento escolar. Cuenca ecuador. universidad de cuenca; 2010.
9. Alvarez RR, Robinson RR. Estrategia de intervención educativa para mejorar la conducta en adolescentes. Rev Medisan. 2016;20(3):326.

10. Gómez BE, Ávila CI, Cogollo Z. Predictores de disfunción familiar en adolescentes escolarizados. *Rev. Colomb Psiquiat.* 2013; 42(1).
11. Pérez A, Martínez ML, Mesa I, et al. Cambio en la estructura y en la función familiar del adolescente en la última década 1997-2007. *Aten Primaria.* 2009; 41:479-85.
12. Alegre PY, Suárez BM. Instrumentos de Atención a la Familia el Familiograma y el APGAR familiar. *Rev RAMPA.* 2006; 1(1):48 – 57
13. Ramírez RM, Andrade D. La Familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes (GUAYAQUIL-ECUADOR). *Rev Latino-am Enfermagem.* 2005; 13(número especial):813-8
14. Flores IEE, Luis MAV. Uso y actitudes relacionado a las drogas en las estudiantes de enfermería de la Universidad Mayor de San Andrés. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004 março-abril; 12(número especial):376-82.
15. Rodríguez GM, Luis MAV. Estudio descriptivo del uso de drogas en adolescentes de educación media superior de la ciudad de Monterrey, Nueva León, México. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004 março-abril; 12(número especial):391-7.
16. Lerma CJ, Steinebach P, Carvajal F, Ulloa V, Cid PC, Langer A. Factores de riesgo asociados al consumo problemático de alcohol en la adolescencia: El rol preventivo de mindfulness. *Rev Psychology, Society, & Education.* 2015.
17. Bodenlos, J. S., Noonan, M. y Wells, S. Y. (2013). Mindfulness and alcohol problems in college students: The mediating effects of stress. *Journal of American College Health*, 61, 371–378.
18. Reinaldo A, Piilon S. alcohol effects on family relations: a case study. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2008; 16(especial):529-34.

19. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Edwards VJ, Croft JB. Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult. *Addict Behav.* 2002; 27:713–725.
20. Díaz MR, Díaz MA, Hernández AC, Fernández VH, Solís TC, Narro RJ. El consumo riesgoso y dañino de alcohol y sus factores predictivos en adolescentes estudiantes del bachillerato. *Rev Salud Mental.* 2009; 32:447-458.
21. Chung T, Colby SM, Barnett N, Monti PM. Alcohol use disorders identification test: Factor structure in an adolescent emergency department sample. *Alcoholism: Clinical Experimental Research* 2002; 26:223-231.
22. Rossow I, Keating P, Felix L, McCambridge J. Does parental drinking influence children's drinking? A systematic review of prospective cohort studies. *Rev Addiction.* 2015, 204–217.
23. Gilligan C., Kypri K., Johnson N., Lynagh M., Love S. Parental supply of alcohol and adolescent risky drinking. *Drug Alcohol Rev* 2012; 31: 754-62.
24. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Rev thelancet.* 2009.
25. Labrie, J. W., Migliuri, S., Kenney, S.R. y Lac, A. (2010). Family history of alcohol abuse associated with problematic drinking among college students. *Addictive Behaviors*, 35, 721-725.
26. Andersson C, Johnsson K, Berglund M, Öjehagen A. Alcohol involvement in Swedish university freshmen related to gender, age, serious relationship and family history of alcohol problems. *Alcohol and Alcoholism* 2007;42(5):448–455.

27. Chalder M, Elgar FJ, Bennett P. Drinking and motivations to drink among adolescent children of parents with alcohol problems. *Alcohol & Alcoholism* 2006;41(1):107–113.
28. Unratha M, Zeebc H, Letzela S, Clausa M, Escobar PL. Identification of possible risk factors for alcohol use disorders among general practitioners in Rhineland Palatinate, Germany. *Rev Swiss Med Wkly*. 2012.
29. Grant J, Waldron M, Sartor C, Scherrer J, Duncan A, McCutcheon V, Randolph HJ, Jacob T, Heath A, Bucholz K. Parental Separation and Offspring Alcohol Involvement: Findings from Offspring of Alcoholic and Drug Dependent Twin Fathers. *Rev Alcohol Clin Exp Res*. 2015. 39(7): 1166–1173.
30. Donovan J, Molina B. Antecedent Predictors of Children's Initiation of Sipping Tasting Alcohol. *Rev Alcohol Clin Exp Res*. 2014. 38(9): 2488–2495.
31. Pesantes SS, Urbina BM, Quezada RJ, Juárez RJ, Padilla AG. Patrón de consumo de alcohol en universitarios y sus repercusiones sociales. Universidad Nacional de Trujillo, 2013. *Rev. S M Pesantes S et al*. 2015; 13(1): 6-24.
32. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA). Impacto social y económico del consumo de drogas en el Perú-2010. Lima: DEVIDA; 2010.
33. Velásquez A. La carga de enfermedad y lesiones en el Peru y las otras prioridades del plan esencial de aseguramiento universal. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2009;26(2):222-31
34. Fiestas F. Reduciendo la Carga de enfermedad generada por el consumo de alcohol en el Perú propuestas basadas en evidencia. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2012;29(1):112-18.

35. Salazar E, Ugarte M, Vásquez L, Loaiza J. Consumo de alcohol y drogas y factores psicosociales asociados en adolescentes de Lima. *Rev An Fac Med Lima* 2004; 65(3).
36. Waldron M, Grantb J, Bucholzb K, Lynskeyc M, Slutsked W, Glowinskib A, Henderse A, Stathamf D, Martine N, Heath A. Parental separation and early substance involvement: Results from children of alcoholic and cannabis dependent twins. *Rev Drug and Alcohol Dependence*. 2014.
37. Jackson K, Rogers M, Sartor C. Parental Divorce and Initiation of Alcohol Use in Early Adolescence. *Rev Psychol Addict Behav*. 2016; 30(4): 450–461.
38. Waldrona M, Vaughana E, Bucholz K, Lynskey M, Sartor C, Duncan A, *et al.* Risks for early substance involvement associated with parental alcoholism and parental separation in an adolescent female cohort. *Rev Drug and Alcohol Dependence*. 2014.
39. Suarez C, Alcalá E. Apgar familiar una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev Med La Paz*. 2014; 20(1).
40. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2012.
41. Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N° 007-98-SA. Perú: 20 de julio de 2013.
42. Zela C, Marvin O. Dinámica familiar y condición socioeconómica como factores de riesgo para el abuso de alcohol en adolescentes de educación secundaria. Arequipa: UNSA; dic 1996.

43. Anderson D. Diccionario Mosby: medicina, enfermería y ciencias de la salud. 6ª edición. Madrid. Elsevier España,2010.

VIII.-ANEXOS

ANEXO N° 01:

Solicito autorización de Proyecto de tesis

Sr.

Director del Hospital Regional Docente De Trujillo

Yo, con DNI, Nro, alumno de la facultad de Medicina Humana de la universidad privada Antenor Orrego con Email me presento y expongo:

Que por motivos de sustentación de Tesis siendo requisito indispensable para poder optar el título profesional de médico cirujano solicito autorice realizar mi proyecto de tesis titulado “.....” consistente en un estudio de tipo, analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles en el cual tomaremos historias clínicas de pacientes con Dx

Por lo expuesto es justicia que espero alcanzar

Trujillo ----- de enero del 20---

Nombre Apellidos
DNI

Adjunto los siguientes documentos:

- Constancia de asesoría
- Constancia de Co-asesoría
- Documento con las funciones especificar del asesor y Co-asesor
- Documento con las Normas éticas, Normas nacionales e internaciones que se aplican en el proyecto
- Resolución de aprobación del comité permanente de investigación de la universidad privada Antenor Orrego.
- Boucher de pago por autorización de proyecto de investigación
- Proyecto de investigación en CD y Copia.

ANEXO N° 02

Disfunción familiar como factor asociado a abuso de alcohol en mayores de 15 años en hospitales de tercer nivel de Trujillo.

PROTOCOLO DE RECOLECCION DE DATOS

INGRESO: Fecha: _____ DATOS GENERALES:

1.1. Número de historia clínica: _____

1.2. Edad: _____

1.3. Sexo: -----

1.4. Procedencia: Urbano () Rural ()

1.5. Grado de instrucción

1.6. Otras comorbilidades:

II.-DATOS DE VARIABLE DEPENDIENTE:

Abuso del consumo de alcohol: Si () No ()

III.-DATOS DE VARIABLE INDEPENDIENTE:

Puntaje del Test de Apgar familiar:

Disfunción familiar según **Test de APGAR familiar**: Si () No ()

ANEXO N° 03

ESCALA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Nombre: Family APGAR.

Autor: Smilkstein, Ashworth y Montano (1982).

Adaptación: Bellon, Luna y Lardelli (1996). Escala de Funcionamiento Familiar.

N° de ítems: 5

Características del Instrumento: El Family APGAR mide las siguientes características familiares de las cuales toma su nombre (APGAR): Adaptación (utilización de recursos para la procuración del bien común y la ayuda mutua para la resolución de problemas familiares) Participación (distribución solidaria de responsabilidades familiares se comparten y resuelven los problemas), Gradiente de Crecimiento (autorrealización de los miembros de la familia), Afecto (relación afectiva entre los miembros de la familia) y Resolución (compartir tiempo y recursos en la resolución de problemas).

Administración: historias clínicas psiquiátricas

Población a la que va dirigida: Desde los 11 años.

Propiedades psicométricas:

Para el registro de los datos el APGAR familiar, el instrumento debe ser aplicado a cada Historia clínica psiquiátrica de los pacientes, excepto a aquellas Historias que tengan datos insuficientes

Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación:

0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3: Casi siempre 4: Siempre

Nro. de Historia clínica: _____

Función	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Satisfacción de la ayuda familiar					
Comunicación sobre los problemas					
Apoyo de la familia en la toma de decisiones					
Afecto de la familia					
Tiempo que pasa con la familia					

FUNCION	PUNTAJE
BUENA FUNCION FAMILIAR (SIN DISFUNCION FAMILIAR)	17 - 20
ALGUN GRADO DE DISFUNCION FAMILIAR (CON DISFUNCION FAMILIAR)	< 17