

# UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
Y COMUNITARIA**

---

Tema: "FACTORES DE RIESGO INTRAFAMILIARES RELACIONADOS CON EL  
CONSUMO DE ALCOHOL. POBLACIÓN DEL EU 06. PUJILÍ, 2015 –  
2016."

---

Trabajo de investigación, previo a la obtención del Grado Académico de  
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Autora: Md.Nery Hermelinda Balseca Guamán

Tutora: Dra. Leticia Remón Ramírez, Esp.

Ambato – Ecuador

2016

A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud

El Tribunal receptor del Trabajo de Investigación presidido por el Doctor José Marcelo Ochoa Egas Magíster, e integrado [por los señores Doctor Hugo Enrique Arguello Navarro Magíster, Doctora Inés Aurora del Pino Boytel Especialista, Doctora Rosa Amalia Altamirano Villacreses Especialista, designados por la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, para receptor el Trabajo de investigación con el tema: “FACTORES DE RIESGO INTRAFAMILIARES RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL. POBLACIÓN DEL EU 06. PUJILÍ, 2015 – 2016, elaborado y presentado por la Médica Nery Hermelinda Balseca Guamán para optar por el Grado Académico de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Investigación el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la UTA.

.....  
Dr. José Marcelo Ochoa Ega, Mg.  
**Presidente del Tribunal**

.....  
Dr. Hugo Enrique Arguello Navarro, Mg.  
**Miembro del Tribunal**

.....  
Dra. Inés Aurora del Pino Boytel, Esp.  
**Miembro del Tribunal**

.....  
Dra. Rosa Amalia Altamirano Villacreses, Esp.  
**Miembro del Tribunal**

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Investigación presentado con el tema: “FACTORES DE RIESGO INTRAFAMILIARES RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL. POBLACIÓN DEL EU 06. PUJILÍ, 2015 - 2016”, le corresponde exclusivamente a: Médica Nery Hermelinda Balseca Guamán, autora bajo la Dirección de la Doctora Leticia Remón Ramírez Especialista, Directora del Trabajo de Investigación; y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.

.....  
Md. Nery Hermelinda Balseca Guamán

C.C.1803470960

AUTORA

.....  
Dra. Leticia Remón Ramírez, Esp.

Pasaporte E105110

DIRECTORA

## **DERECHOS DEL AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el trabajo de investigación, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la institución.

Cedo los derechos de mi trabajo, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad.

.....

Md. Nery Hermelinda Balseca Guamán

C.C.1803470960

## INDICE GENERAL DE CONTENIDOS

Portada .....	i
A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.....	iii
DERECHOS DEL AUTOR .....	iv
INDICE DE TABLAS .....	vii
INDICE DE GRÁFICOS .....	ix
AGRADECIMIENTO .....	x
DEDICATORIA .....	xi
RESUMEN EJECUTIVO.....	xii
EXECUTIVE SUMMARY .....	xiv
Introducción .....	1
CAPITULO 1.....	3
EL PROBLEMA.....	3
1.1 Tema de investigación .....	3
1.2 Planteamiento del problema .....	3
1.2.1. Contextualización.....	3
1.2.2 Análisis crítico .....	6
1.2.3 Prognosis .....	8
1.2.4 Formulación del problema.....	8
1.2.5 Interrogantes.....	8
1.2.6 Delimitación del objetivo de investigación.....	9
1.3. Justificación .....	9
1.4. Objetivos .....	11
1.4.1. General .....	11
1.4.2. Específicos.....	11
CAPÍTULO 2.....	12
MARCO TEÓRICO .....	12
2.1 Antecedentes Investigativos .....	12
2.2 Fundamentación filosófica .....	14
2.3 Fundamentación legal.....	14
2.4 Categorías fundamentales .....	16
2.5 Hipótesis .....	39

2.6 Señalamiento de variables de la hipótesis .....	39
CAPITULO 3.....	40
METODOLOGIA .....	40
3.1 Modalidad básica de la investigación:.....	40
3.2 Nivel o tipo de la investigación:.....	40
3.3 Población y muestra .....	40
3.5 Plan de Recolección de información .....	44
3.6 Plan de procesamiento de la información .....	47
CAPITULO 4.....	48
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	48
4.1 Análisis de los Resultados .....	48
4.2 Interpretación de datos .....	48
CAPITULO 5.....	83
5.1 Conclusiones .....	83
5.2 Recomendaciones .....	84
CAPITULO 6.....	85
PROPUESTA.....	85
6.1 Datos informativos .....	85
6.2 Antecedentes de la propuesta .....	86
6.3 Justificación .....	86
6.4 Objetivos .....	87
6.5 Análisis de la factibilidad .....	87
6.6 Fundamentación .....	88
6.8 Administración .....	96
6.9 Previsión de la evaluación .....	96
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA .....	97
ANEXOS.....	108

## INDICE DE TABLAS

Tabla1.Variable independiente.....	41
Tabla2.Variable independiente.....	42
Tabla3.Variable dependiente.....	43
Tabla 4. Distribución de consumidores de alcohol según la encuesta. Población del EU 06.Pujilí, 2015 - 2016.....	48
Tabla 5. Distribución de consumidores de alcohol según sexo. Población del EU 06.Pujilí, 2015 - 2016.....	50
Tabla 6. Distribución de consumidores de alcohol según edad. Población del EU 06.Pujilí, 2015 - 2016.....	52
Tabla 7. Distribución de consumidores de alcohol según nivel de instrucción. Población del EU 06.Pujilí, 2015 - 2016.....	54
Tabla 8. Distribución de consumidores de alcohol según ocupación. Población del EU 06.Pujilí, 2015 - 2016.....	55
Tabla 9.Distribución de consumidores de alcohol según estado civil EU 06, Pujilí 2015 – 2016.....	57
Tabla 10.Distribución de consumidores de alcohol según ciclo vital. Población del EU 06.Pujilí, 2015 – 2016.....	58
Tabla 11.Distribución de consumo de alcohol según crisis familiar. Población del EU 06.Pujilí, 2015 – 2016.....	59
Tabla 12.Distribución de consumo de alcohol según ciclo vital y crisis familiar Población del EU 06.Pujilí, 2015 – 2016.....	60
Tabla 13.Distribución de consumidores de alcohol según crisis paranormativas. Población del EU 06.Pujilí, 2015 – 2016.....	66

Tabla 14. Distribución de consumidores de alcohol según funcionamiento familiar. Población del EU 06. Pujilí, 2015 -2016.....	63
Tabla 15. Distribución de consumidores de alcohol según cohesión familiar. Población del EU 06. Pujilí, 2015 – 2016.....	65
Tabla 16. Distribución de consumidores de alcohol según armonía familiar. Población del EU 06. Pujilí, 2015 – 2016.....	67
Tabla 17. Distribución de consumidores de alcohol según roles familiares. Población del EU 06. Pujilí, 2015 – 2016.....	69
Tabla 18. Distribución de consumidores de alcohol según afectividad familiar. Población del EU 06. Pujilí, 2015 – 2016.....	71
Tabla 19. Distribución de consumidores de alcohol según comunicación familiar. Población del EU 06. Pujilí, 2015 – 2016.....	73
Tabla 20. Distribución de consumidores de alcohol según adaptabilidad familiar. Población del EU 06. Pujilí, 2015 - 2016.....	75
Tabla 21. Distribución de consumidores de alcohol según permeabilidad familiar. Población del EU 06. Pujilí, 2015 – 2016.....	77
Tabla 22. Tabla 22: Asociación estadística de las variables según factores familiar y consumo de alcohol. Población EU 06 2015- 2016.....	81
Tabla 23. Modelo Operativo de la propuesta.....	92

## INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Categorías Fundamentales.....	16
Gráfico 2. Variable Independiente.....	17
Gráfico 3. Variable dependiente.....	18

## **AGRADECIMIENTO**

Mi agradecimiento total a mi Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado.

A la Dra. Leticia Remón Ramírez directora de tesis por su apoyo incondicional, quien con sus conocimientos y experiencia hizo posible la elaboración de la misma.

## **DEDICATORIA**

Esta tesis la dedico a Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y darme salud para lograr mis objetivos.

A mis padres Ramón y Fabiola por haberme apoyado en todo momento, por sus sabios consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su cariño y comprensión.

A mi esposo Edwin Carpio quien me brindo su amor, su apoyo incondicional, por estar conmigo en aquellos momentos en que el estudio y el trabajo ocuparon mi tiempo y esfuerzo.

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

TEMA:

“FACTORES DE RIESGO INTRAFAMILIARES RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL. POBLACIÓN DEL EU 06. PUJILÍ, 2015 - 2016.”

AUTOR: Médico Nery Balseca Guamán.

DIRECTORA: Doctora Leticia Remón Ramírez, Especialista.

FECHA: 08 de Agosto del 2016.

**RESUMEN EJECUTIVO**

La presente investigación tuvo como objetivo: Identificar los factores de riesgo intrafamiliar relacionados con el consumo de alcohol en la población EU 06 del cantón Pujilí, teniendo como muestra a 106 consumidores y el mismo número de familias.

Metodología: se realizó un estudio de campo cualitativo y cuantitativo, del nivel Relacional, Observacional y Transversal, la información se obtuvo mediante la aplicación del Test Use Disorders Identification (AUDIT) y el de evaluación del Funcionamiento Familiar(FF-SIL).

Resultados: el 68,8% de los consumidores de alcohol es de riesgo bajo, alto (22,6%), perjudicial (1,8%) y dependiente (6,6), sexo masculino (53,8%), femenino (46,2%), predominando: el grupo de edad de 20 – 39 años, estado civil casado (47,2%), las etapas del ciclo vital: extensión y contracción. Las crisis normativas y paranormativas se presentaron en las familias estudiadas, la mayoría con afectación en su funcionamiento, siendo las dimensiones adaptabilidad y permeabilidad las más comprometidas.

Posterior a un análisis a través del cálculo del Chi-cuadrado de Pearson para la verificación de la hipótesis, aprobándose la alterna, aceptando que los factores intrafamiliar influyen en el consumo de alcohol.

Se diseñó una estrategia educativa.

El médico familiar tiene un carácter longitudinal en la atención que presta, por lo que puede observar a todos los integrantes de la familia ubicándose en una posición muy ventajosa para poder realizar asesoramiento o intervención.

Palabras claves: Consumo de alcohol, crisis familiar, funcionamiento familiar.

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

THEME:

“RISK FACTORS INTRAFAMILIARES RELATED TO THE ALCOHOL CONSUMPTION. POPULATION OF THE EU 06. PUJILÍ, 2015 - 2016.”

AUTHOR: Médico Nery Balseca Guamán.

DIRECTED BY: Doctora Leticia Remón Ramírez, Specialist.

DATE: August 8, 2016.

**EXECUTIVE SUMMARY**

This research work aims to identify risk factors related to domestic alcohol consumption in the population of the EU 06. Pujilí, with the sample to 106 consumers of alcohol, a study was conducted Relational observational level, the information was obtained by applying the test Use Disorders Identification test (AUDIT) and evaluation of Family Functioning (FF SILL), after an analysis of the results obtained by calculating the Pearson Chi-square for verification of the hypothesis, approving the Alternatively, assuming that the intra-family factors influence alcohol consumption.

We designed an educational strategy.

The family doctor through the longitudinal nature of the attention given has the opportunity to observe all members of the family, all that puts it in a very advantageous to perform counseling or family intervention position.

Keywords: alcohol consumption, family crisis, family functioning

## Introducción

El consumo de alcohol siempre ha existido a lo largo de la historia de la humanidad, en todas las culturas, expandiéndose de manera considerable a partir de la segunda mitad del siglo XX, configurando un grave problema para la salud pública <sup>1</sup>.

El alcohol es considerado como un excitador y depresor del sistema nervioso central, muy utilizado por la población siendo responsable de tasas altas de morbilidad y mortalidad, tanto por el efecto directo sobre el organismo, como por sus consecuencias indirectas, como accidentes de tráfico, laborales, disturbios en el hogar, influencia en suicidios, además de la dependencia a esta sustancia.

Constituye un problema complejo y difícil de abordar desde el punto de vista educativo y preventivo, esto se debe a que esta problemática está muy arraigada dentro de la cultura propia de la sociedad, siendo el alcohol una droga de consumo legal, promocionado y hasta cierto punto esperado, al analizar los factores que se encuentran relacionados con el consumo de alcohol, se advierte que son precisamente los factores familiares y sociales los que se encuentran en mayor medida vinculados a este <sup>2,3</sup>.

Está comprobado que el sistema familiar desempeña un papel importante en el desencadenamiento de conductas de consumo, de abuso y de adicción, teniendo una historia natural que le hace caminar por sucesivas etapas, durante las cuales sus miembros experimentan cambios y adoptan comportamientos que de alguna manera son previsibles, es un grupo social primario, históricamente reconocido, en el que el individuo se inicia en el mundo, encontrando protección e intimidad, pero para que ésta provea a un individuo de esas vivencias, debe ser flexible y tener habilidades para afrontar los cambios, permitiendo la libre expresión de sentimientos de sus miembros, características éstas que no son innatas al grupo y que debe ir aprendiendo a lograr <sup>4,5,6</sup>.

Entre las políticas costo – efectivas para reducir los daños y costos asociados al consumo de alcohol, se encuentran la implementación de los programas de detección precoz e intervención por parte de los profesionales de la salud, en especial de la Atención Primaria<sup>7</sup>.

Según la investigadora de este estudio, el primer nivel de atención es un eslabón fundamental para la prevención del uso desmedido del consumo de alcohol y de esta manera evitar los daños que causa, interactuando con la familia por ser considerada un factor protector, además indispensable no solo en el proceso del diagnóstico, sino también en la rehabilitación. La pobre existencia de programas relacionados al tema, limita abordarlos en la práctica médica diaria.

## **CAPITULO 1.**

### **EL PROBLEMA**

#### **1.1 Tema de investigación**

Factores de riesgo intrafamiliares relacionados con el consumo de alcohol. Población del EU 06. Pujilí, 2015 - 2016.

#### **1.2 Planteamiento del problema**

##### **1.2.1. Contextualización**

El alcohol es una de las drogas que por su fácil acceso y poderosa propaganda que recibe, se ha convertido en un verdadero problema social en casi todos los países y en todas las edades <sup>8</sup>.

Dentro de una perspectiva sociocultural, existen trabajos realizados que expresan la tentativa de comprender el consumo de bebidas alcohólicas, cuyos autores apuntan que el ambiente y la familia constituyen un factor de riesgo <sup>1</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2014 destaca los impactos negativos del consumo de alcohol a la salud, su consumo puede no sólo conducir a la dependencia, sino también aumenta el riesgo de desarrollar más de 200 enfermedades, incluyendo la cirrosis hepática y algunos tipos de cáncer <sup>9</sup>.

Un mayor porcentaje de hombres con relación a las mujeres mueren por causas relacionadas con el consumo de esta sustancia (7,6 % de los hombres y 4% de las mujeres), aunque existen evidencias de que las mujeres pueden ser más vulnerables a los efectos nocivos, en

comparación con los hombres <sup>9</sup>.

En la Conferencia Internacional Alma - Ata celebrada en Kasajastan se propuso una nueva estrategia para alcanzar la salud para todos a través de la Atención Primaria de Salud (APS), en ella se abordó el papel de la familia en el proceso salud - enfermedad, siendo considerada por la OMS como el agente intermediario entre el individuo y la sociedad y una importante unidad para la intervención preventiva y terapéutica.

La familia interactúa con el medio constantemente y experimenta cambios en forma continua, desarrollando relaciones interpersonales e intrafamiliares, dando como resultado el funcionamiento familiar, que es la base del desarrollo físico, intelectual, psicológico y espiritual de cada uno de sus miembros y constituye el clima propicio para el equilibrio psíquico y un referente de conductas éticas, morales y relaciones para sus integrantes. La familia como sistema juega un papel importante no solo en el proceso generador de la enfermedad, sino en el proceso de su rehabilitación, en la medida en que cumpla con sus funciones básicas <sup>10</sup>.

Una gran variedad de problemas relacionados con el consumo de alcohol puede tener repercusiones devastadoras en las personas y sus familias, además pueden afectar gravemente a la vida comunitaria <sup>11</sup>.

Muchas personas solo son conscientes de algunas de las consecuencias negativas que este produce, entre las cuales se encuentran las orgánicas como las hepatopatías, las psicológicas relacionadas a la depresión, autoestima baja, adicción, además las socioeconómicas vinculadas a la pobreza, actos delictivos, sin olvidar los accidentes de tránsito con consecuencias discapacitantes e incluso que pueden conllevar a la muerte, estos efectos nocivos se conocen, pero apenas representan la punta del iceberg de todos los perjuicios que provoca el consumo de alcohol tanto a la familia como a la sociedad.

A nivel mundial las Américas junto con Europa tiene las tasas más altas

de consumo de alcohol, se ha registrado incremento en las regiones de Asia Sudoriental y del Pacífico, ocupa el tercer lugar entre los factores de riesgo de la carga mundial de morbilidad; siendo el primero en el Pacífico Occidental (Ecuador, Salvador, Guatemala, Nicaragua, México, entre otros), en los últimos cinco años han aumentado los episodios de consumo excesivo, pasando de una tasa del 4,6% al 13,0% en el caso de las mujeres y del 17,9% al 29,4% en el de los varones <sup>9,12,13</sup>.

Es la zona del mundo en la que el consumo contribuye con la mayor proporción relativa de mortalidad y años de vida perdidos por muerte prematura o discapacidad, en 12 países el consumo aumentó incluido el Ecuador, las tasas estandarizadas de mortalidad por enfermedad crónica del hígado y cirrosis muestran variaciones importantes y los índices más elevados se ubican en México y Chile <sup>14,15</sup>.

Cada año se producen 3,3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol ocurridas en el 2015, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones, siendo la causa de al menos 80.000 muertes anuales en el continente americano, según indica un estudio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS, publicado en la última edición de la revista científica *Addiction*, las tasas de mortalidad por consumo de alcohol varían según los países: las más altas son las de El Salvador (un promedio de 27,4 en 100.000 muertes por año), en Ecuador se registró 5,9% <sup>16</sup>.

En todos los países estudiados (Argentina, Canadá, Costa Rica, Cuba, Paraguay y Estados Unidos), la mayoría de las muertes vinculadas al alcohol (84%) fueron de hombres, predominando en el grupo etareo de 50-69 años, en Ecuador, Brasil y Venezuela, las tasas más altas se dieron entre los 40 y 49 años de edad <sup>16</sup>.

En el año 2013 se realizó en Colombia el Taller Regional sobre Implementación de Programas, Detección, Intervención Breve y Tratamiento para el consumo de alcohol (DIT), organizado por la OMS y

Organización Panamericana de la Salud (OPS), celebrado en Colombia, con participación de algunos países de América Latina entre ellos Ecuador, este encuentro tuvo como objetivo fortalecer la capacidad de planificación y la implementación de programas de detección precoz para los problemas por consumo de alcohol integrados en los servicios de la APS <sup>17</sup>.

Ecuador se encuentra dentro de los 10 primeros países de Latinoamérica con mayor consumo de bebidas alcohólicas, más de 900.000 ecuatorianos consumen alcohol, de los cuales el 89.7% son hombres y el 10.3% son mujeres, así teniendo que el 2.5% de la población entre 12 y 18 años consumen algún tipo de bebida alcohólica, predominando en la auto identificación montubio(a) con el 10.8%, seguida de la afro ecuatoriano(a) con un 9,7%; blanco (8,8%), mestizo (8%) e indígena (4.4%). La provincia que registra mayor consumo de alcohol es Galápagos con el 12% de la población mayor de 12 años y la menor es Bolívar con el 3.9% <sup>18,19</sup>.

En el cantón Pujilí, en el sector EU 06 (Portal, Cashapamba, Veintimilla, San Sebastian) en el Análisis de la Situación Integral de Salud (ASIS) del año 2014 se priorizó como problema de salud el consumo de alcohol, detectándose un porcentaje alto de familias con consumidores, relacionándolo no solo a problemas de salud, sino familiares, sociales, ocupacionales etc, proponiendo acciones en el Plan Local de Salud (PLS), obteniéndose pocos resultados favorables, por tal motivo como médico es importante detenerse a estudiar este fenómeno, debido a que conociendo las posibles causas, se podría tener una visibilidad real y actualizada de la magnitud del problema y de esta manera poder actuar ya sea por medio de la prevención, tratamiento o la rehabilitación.

### **1.2.2 Análisis crítico**

El consumo de alcohol es frecuente en la adolescencia debido a que en esta etapa comienza su status social, la exploración a nuevas experiencias que a veces son sugeridas por los amigos o familiares, así

como la influencia del entorno social, información inadecuada sobre consumo de alcohol. En la adultez es frecuente, por su independencia personal y económica sin alejarse de la influencia que ejerce la sociedad sobre esto, constituyendo un grupo de población susceptible de desarrollar estilos de vida no saludables, los problemas relacionados con este y su abuso son muy frecuentes y son fuente de disfunción de todo tipo como el deterioro progresivo de la salud, violencia familiar, problemas sociales.

Entre las razones citadas en las literaturas sobre las causas que influyen en que en el primer nivel no es posible abordar esta problemática, se reportan la falta de tiempo por parte del profesional, la formación inadecuada con una visión para actuar sobre los riesgos, el temor a generar resistencia por parte del paciente, la incompatibilidad percibida entre las intervenciones breves en alcohol y la Atención Primaria, la creencia de que los dependientes del alcohol se resisten a un tratamiento.

A pesar de las alarmantes estimaciones de la OMS, las cuestiones relacionadas con el alcohol siguen teniendo una baja prioridad en los programas de salud de la mayoría de los países en la región de las Américas y no abunda la información epidemiológica sobre el consumo y los problemas relacionados con este <sup>20</sup>.

Según las estadísticas revisadas relacionadas al tema no existe un monitoreo de las tendencias sobre el consumo de alcohol y sus riesgos en la región.

Las acciones de prevención al uso y consumo de alcohol en Ecuador han sido desarrolladas de manera aislada y con poca cobertura, la mayoría se han desarrollado en las ciudades de Quito, Guayaquil y Cuenca; a nivel de Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD), no se cuenta con una organización interinstitucional que permita desarrollar acciones de prevención integral de manera efectiva y con cobertura nacional <sup>21</sup>.

En este país los centros de atención para alcohólicos anónimos son privados, son protegidos por ministerios y organizaciones no gubernamentales que tienen objetivos y metas muy específicos que benefician la integridad física y psicológica de las personas con problemas de alcoholismo, es una realidad que no existen programas que de forma oportuna desde el primer nivel brinden atención a aquellas personas que presentan riesgo a su salud por el consumo y abuso del alcohol, aún sin haber llegado a la dependencia, lo cual es la parte visible de esta problemática.

Esta situación no es fácil de abordar por su complejidad y trascendencia sociocultural, actualmente solo se han aplicado políticas parciales e incompletas, convirtiéndose en un problema de salud pública de gran magnitud que requiere de intervención inmediata.

### **1.2.3 Prognosis**

De no llevarse a cabo la investigación y de no actuar de manera oportuna con la problemática del consumo de alcohol seguiría vigente y se evidenciará un incremento de este hábito cada vez a edades más tempranas, provocando no solo daños al organismo, sino al funcionamiento familiar y social.

### **1.2.4 Formulación del problema**

¿Cuáles son los factores de riesgo intrafamiliar relacionados con el consumo de alcohol de la población del EU 06. Pujilí, 2015 - 2016?.

### **1.2.5 Interrogantes**

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población en estudio?.
2. ¿Cuáles son las características de las familias de la población de la investigación?.
3. ¿Qué relación existe entre los factores de riesgo intrafamiliar y los

consumidores de alcohol?.

4. ¿Cómo se puede contribuir a la prevención del consumo de alcohol en las familias pertenecientes a EU 06 del cantón Pujilí?.

### **1.2.6 Delimitación del objetivo de investigación**

**De contenido:**

**Campo:** Medicina Familiar.

**Área:** Salud familiar y Psiquiatría.

**Aspecto:** Factores de riesgo intrafamiliar relacionados con el consumo de alcohol.

**Tiempo:** Período comprendido 2015 – 2016.

**Lugar:** EU 06 del Cantón Pujilí.

**Persona:** Edades menores de 19 y mayor a 65 años, de cualquier sexo o etnia.

**Línea de investigación:** Epidemiología y Promoción de Salud.

### **1.3. Justificación**

El problema del uso indebido del alcohol representa uno de los fenómenos más graves de los últimos tiempos en las sociedades americanas, ya que afecta a niños y jóvenes de todas las edades y clases sociales. Es un problema que ha trascendido la órbita de la salud adquiriendo una complejidad tal, que abarca factores sociales, culturales, políticos y económicos vinculados tanto a la oferta, como a la demanda. En él se destaca la presencia cada vez más notoria de grupos de alto riesgo y vulnerables que por su posición etárea y social, deben padecer crecientes problemas para su salud y bienestar <sup>22</sup>.

Considerando el consumo de alcohol como un problema psicológico, social, familiar y actualmente de salud pública, que afecta directamente a las familias ecuatorianas, se ha observado que el abuso de esta sustancia nos advierte que algo está sucediendo: situaciones de abandono, autoestima baja, disfuncionalidad familiar, problemas laborales, la migración, falta de control por parte de familiares, las crisis familiares no superadas etc, se debe conocer si estos factores están influyendo en el deterioro de las relaciones familiares y sociales, lo que conlleva a consumir bebidas alcohólicas y por ende, la falta de deseo de superación, de salir adelante y de forjarse un futuro.

Este estudio fué conveniente y pertinente realizarlo para identificar los factores intrafamiliar que influyen en este problema y tratar de establecer acciones que solo son posible desde la APS, tendrá relevancia social e implicaciones prácticas porque se beneficiarán los pacientes con riesgos, enfermos, así como las familias, desempeñando un papel muy importante la labor educativa, los resultados obtenidos facilitarán información actualizada y confiable, que servirá como herramienta técnica para poder ejecutar programas preventivos futuros.

El personal de la APS ocupa un lugar privilegiado para detectar los problemas relacionados con el alcohol en el sector de la población que atiende, tiene la ventaja de poder actuar facilitando información y pautas básicas en un clima con buena comunicación y confianza, con frecuencia estas intervenciones pueden dejar de ser simplemente informativas, llegando a ser educativas.

Por todo lo expuesto anteriormente y la escasez de estudios sobre el tema, se decidió realizar esta investigación, dirigida a minimizar esta problemática.

## **1.4. Objetivos**

### **1.4.1. General**

Identificar los factores de riesgo intrafamiliar relacionados con el consumo de alcohol en la población del EU 06. Pujilí, 2015 – 2016.

### **1.4.2. Específicos**

1. Caracterizar a la población según variables sociodemográficas seleccionadas.
2. Describir las características de las familias en estudio.
3. Determinar los factores de riesgo intrafamiliar que influyen en el consumo de alcohol.
4. Diseñar una estrategia educativa para la prevención del consumo de alcohol, mejorando los sistemas familiares en la población del EU06 del cantón Pujilí.

## **CAPÍTULO 2**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Antecedentes Investigativos**

En una investigación realizada en México por Díaz et al, en el año 2012 de tipo descriptivo, se pudo identificar el bajo riesgo y/o menor problema en los factores familiares, individuales y ambientales, se detectó en los consumidores (hombres y mujeres) comportamientos distintos, esta tendencia es una realidad, reflejo de los roles desiguales que hay dentro y fuera de la familia, que condicionan un desarrollo emocional y de personalidad con comportamientos diferenciados no saludables, que aumentan la exposición a factores de riesgo que influyen al inicio del consumo de drogas legales e ilegales<sup>23</sup>.

Londoño y Valencia en un estudio realizado obtuvieron que el 68% de los jóvenes de la ciudad de Bogotá consumieran alcohol, siendo las mujeres las que más lo hacían. En cuanto a los niveles de consumo, cerca del 30% de los participantes estaba cercano a la dependencia y el 40% con un bajo riesgo o no consumían. Respecto al estado de embriaguez, el 29% informó haberlo hecho entre una y cuatro veces en el último mes<sup>24</sup>.

Un estudio descriptivo correlacional y predictivo realizado en México por Garcia et al, cuyo objetivo fue identificar la relación e influencia de la historia familiar con el consumo de alcohol con una población de 34.509 jóvenes universitarios, el muestreo fue aleatorio estratificado con asignación proporcional al tamaño del estrato. Dentro de cada estrato se empleó muestreo aleatorio por conglomerados unietápico, la muestra fue de 680 estudiantes universitarios, poder estadístico del 90%. Se obtuvo como resultado que la historia familiar de consumo de alcohol influye de

una manera importante en el consumo en los estudiantes<sup>25</sup>.

En Colombia una investigación realizada por Rodríguez et al, con el tema: La historia familiar y la conducta de consumo de alcohol como factor sociocultural, con un muestreo aleatorio estratificado con asignación proporcional al tamaño del estrato, se obtuvo como resultados que los adolescentes con antecedentes de historia familiar de consumo de alcohol positiva fueron quienes presentaron mayores prevalencias de conducta no saludable; asimismo, el tipo de consumo de alcohol dependiente y dañino presentó esta misma tendencia observándose diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ). Esta arrojó que una relación positiva y significativa ( $r_s = 0,196$ ,  $p < 0,01$ ), lo que indica que un factor de riesgo intrafamiliar para el consumo de alcohol, es el consumo por parte de los padres<sup>26</sup>.

Gómez Arroba, en Ambato, Ecuador, realizó un estudio con el tema: Las familias disfuncionales y su influencia en el consumo de alcohol de los estudiantes del colegio Reinaldo Miño Altamirano de la Parroquia Santa Rosa, en el período agosto 2012 – enero 2013, con el objetivo de determinar sistemáticamente la disfuncionalidad de las familias y cómo influye en el consumo de alcohol, con una muestra de 217 estudiantes, se obtuvo como resultado que el 8,76% son bebedores con riesgo y el 2,30% ya presentan una dependencia marcada y el 64,05% pertenecían a una familia disfuncional, concluyendo que el alcoholismo tiene un porcentaje bajo, desaprobando la relación de las dos variables del estudio a través de la prueba del Chi cuadrado ( $\chi^2$ )<sup>27</sup>.

Resultados de investigaciones documentan la relación del funcionamiento familiar como factor predisponente o coadyuvante en la producción y evolución de diversas enfermedades y problemas de salud en sus integrantes. Esto se asocia fundamentalmente con el alcoholismo y otras adicciones.

## **2.2 Fundamentación filosófica**

La presente investigación se fundamenta en el paradigma biosocial, centrada en la salud del individuo, la familia, la comunidad y el medio, el paciente es visto de forma integral (biológico, psicológico, y social), con un enfoque materialista – histórico <sup>28,29</sup>, y una proyección epidemiológica, comunitaria.

Una de las premisas a buscar en este estudio es la interacción de la dinámica familiar, donde aparecen factores intrafamiliar de riesgo que influyen en el consumo y abuso del alcohol.

La investigación está comprendida en el individuo, involucrándolo en todas sus dimensiones, la familia como sistema y la sociedad, además busca generar alternativas de solución a esta problemática, así como el desarrollo de acciones preventivas y de rehabilitación.

## **2.3 Fundamentación legal**

La investigadora tuvo todas las posibilidades de desarrollar este estudio, por cuanto está alineada con lo que está legislado en el Ecuador, en la Constitución de la República, así como en la Asamblea Constituyente 2008, sustentado en los siguientes artículos:

Art. 38. Se establece claramente “como problema de salud pública al consumo de tabaco y al consumo excesivo de bebidas alcohólicas, así como al consumo de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, fuera del ámbito terapéutico. Los servicios de salud ejecutarán acciones de atención integral dirigidas a las personas afectadas por el consumo y exposición al humo del tabaco, el alcoholismo, o por el consumo nocivo de psicotrópicos, estupefacientes y otras sustancias que generan dependencia, orientadas a su recuperación rehabilitación y reinserción social <sup>31</sup>.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo

conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la Atención Primaria de Salud .

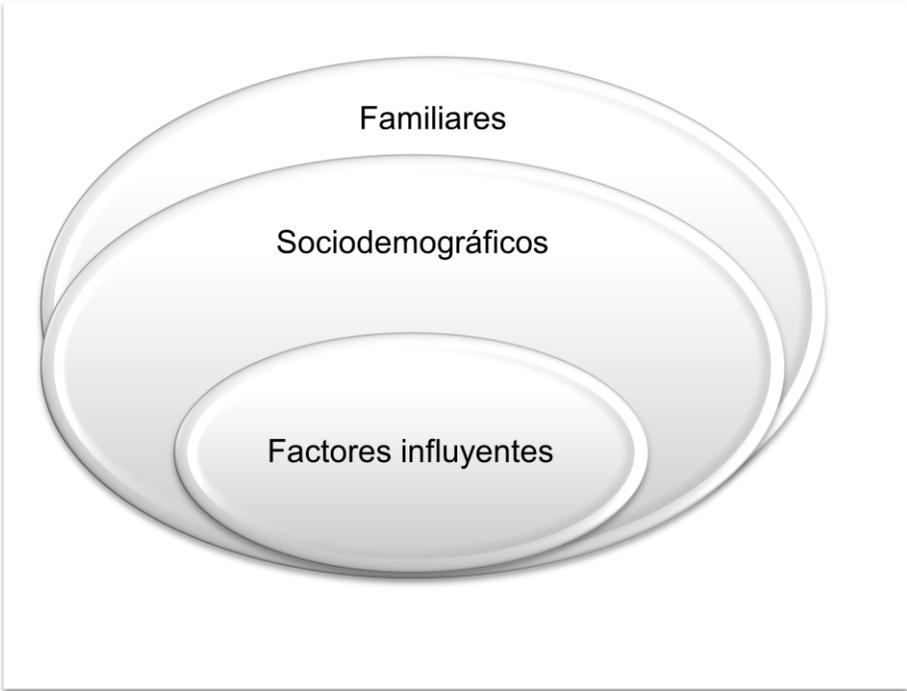
Art. 363.- El Estado será responsable de: formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario <sup>30</sup>.

Art. 364.- Las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos. En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos constitucionales.

Desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos. Las adicciones son un problema de salud pública.

2.4 Categorías fundamentales

VARIABLE INDEPENDIENTE



VARIABLE DEPENDIENTE



Gráfico N= 1.  
Elaborado por: Nery Balseca

**VARIABLE INDEPENDIENTE**

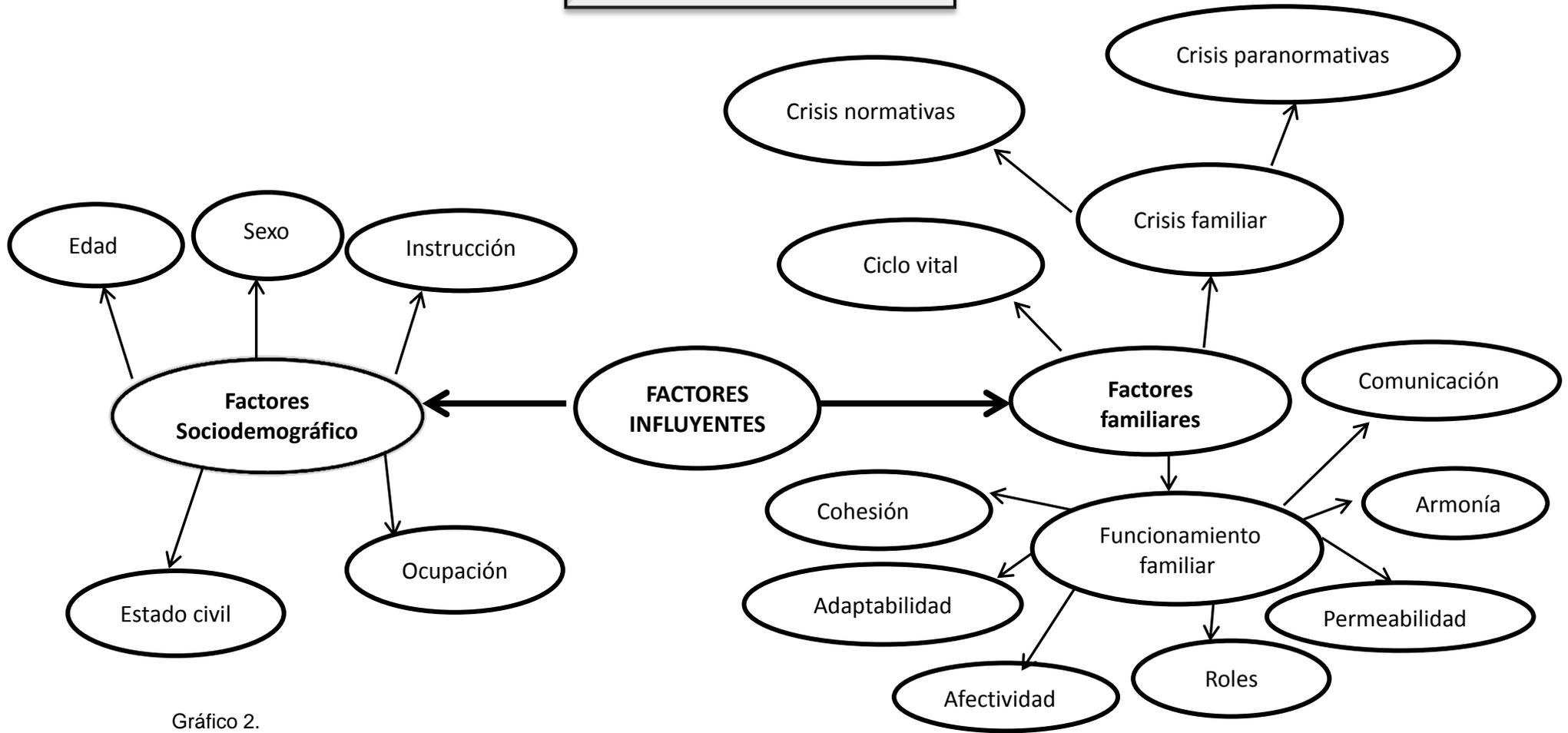


Gráfico 2.  
Elaborado por: Nery Balseca Guamán

**VARIABLE DEPENDIENTE**

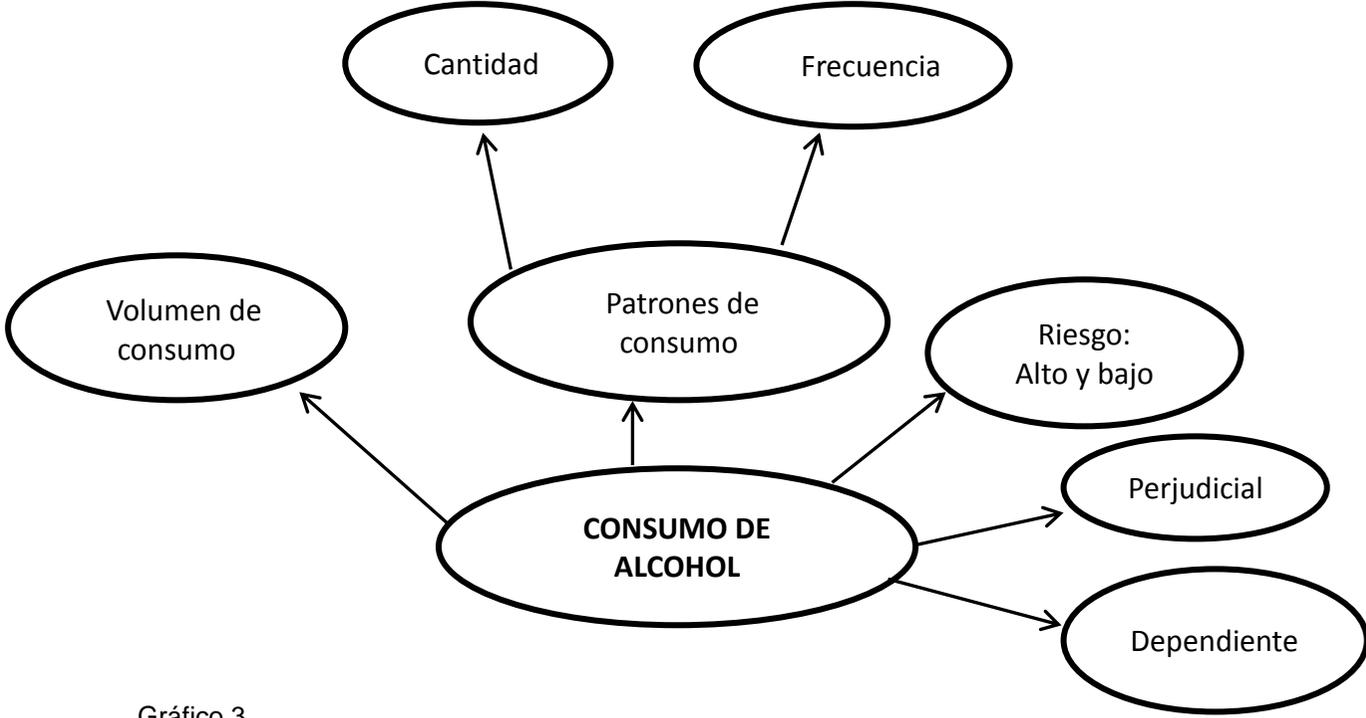


Gráfico 3.  
Elaborado por: Nery Balseca Guamán

## **Bases teóricas**

La familia constituye la unidad básica de atención de salud, se considera que esta condiciona el proceso salud – enfermedad de sus integrantes, es el sitio donde se aprenden y perpetúan los comportamientos saludables. Cualquier evento que afecte a uno de sus miembros repercute de una u otra manera en todos los demás, es más que la suma de sus partes, ya que no depende solo de las individualidades de sus miembros, sino de las relaciones que mantienen entre ellos <sup>32-34</sup>.

El ciclo vital lo atraviesa la familia, es un proceso permanente de contradicciones entre constantes exigencias que demandan los acontecimientos de la vida, el modo de afrontarlos y la organización familiar. Estos acontecimientos son hechos que traducen particular significado y en ese sentido se originan procesos de cambios en la vida del individuo y del grupo familiar, caracterizados por modificaciones en la estructura y el funcionamiento, implica ajustes en los roles y genera nuevos mecanismos de afrontamiento para incorporar la nueva situación, el impacto de estos acontecimientos tendrá una repercusión familiar variable y suele convertirse en crisis familiar <sup>35</sup>.

Una familia es considerada saludable cuando sus integrantes tienen salud física y mental, con integración de su estructura funcional, su dinámica psicológica y ambiental, siendo esta un estado vital de equilibrio entre sus componentes.

Se manifiesta a través de un estilo de vida saludable, sentimientos de bienestar y sana expresión de las necesidades y de los afectos, buena comunicación y adecuadas relaciones humanas intrafamiliares, madurez emocional acorde a la edad de cada cual, poder de recuperación y receptividad para la ayuda externa, habilidad para desenvolverse satisfactoriamente en situación de crisis. Entre los factores causantes de problemas en la salud familiar se encuentran los dependientes de la interacción de sus integrantes con el micro medio familiar y su entorno

inmediato, en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales tales como: conflictos familiares, crisis situacionales etc <sup>36</sup>.

El funcionamiento familiar es la categoría que sintetiza los procesos psicológicos que ocurren en toda la familia, actúa como fortaleza y posibilita un desarrollo saludable en sus miembros y como muro de contención frente a la adversidad, es un elemento dinámico que puede ejercer influencia en la preservación de la salud o en la aparición de enfermedades y otros daños. La familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida, y por lo tanto se reconoce que esta instancia ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana, no siempre es fuente de apoyo y amortiguadora de estrés, a menudo la vivencia de problemas familiares precipita reacciones o respuestas entre las cuales se encuentra el descontrol de la enfermedad crónica o su aparición <sup>27,37</sup>.

El individuo necesita del apoyo familiar y la ausencia de este puede generarle soledad, este es un recurso vital de promoción y prevención de la salud, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a los cambios que ocurren a lo largo del ciclo vital en el contexto social.

Hay que distinguir lo que es la persona dentro de la familia y lo que es la familia dentro de la persona. La primera definición representa las relaciones interpersonales en el grupo familiar, mientras que la segunda representa las experiencias familiares incorporadas por la persona <sup>38</sup>.

El riesgo del consumo de alcohol no es considerado un evento aislado, sino que puede estar influido por numerosos factores entre los cuales se encuentra el entorno familiar, ambiental y de carácter individual <sup>1-8</sup>.

El consumo excesivo aumenta indirectamente la probabilidad de que la persona se vea inmersa en conductas de riesgo <sup>39</sup>, puede causar muchos problemas de salud <sup>40</sup>.

No solo las personas que presentan alcoholismo pueden tener consecuencias adversas de las bebidas alcohólicas, sino también cualquier persona que consuma por encima de los límites prudentes, tanto si se trata de un consumo regular como ocasional.

Son relativamente frecuentes las personas que tienen problemas relacionados con el consumo de alcohol y en cambio no tienen una dependencia psicológica con este, para el bebedor, cuanto mayor sea la cantidad de alcohol consumido, mayor es el riesgo, si el nivel aumenta y este está sostenido a través del tiempo, el riesgo de desarrollar dependencia física y/o psicológica se incrementa el riesgo de sufrir las consecuencias negativas aumenta proporcionalmente con la cantidad consumida <sup>14,41</sup>.

### **Familia en el proceso salud - enfermedad**

Todo esto hace que se analice la concepción de la familia como grupo y su función mediadora del proceso salud - enfermedad en cuatro momentos:

#### **1. Mantenimiento de la salud.**

Garantiza la satisfacción de las necesidades materiales y espirituales de sus miembros (momento económico). Tiende a buscar la satisfacción de las necesidades afectivas, lo que propicia el desarrollo de una personalidad sana, es un espacio de aprendizaje de conocimientos de salud como son los hábitos higiénicos, nutricionales, el autocuidado, la utilización de servicios preventivos, los determinantes psicológicos del proceso salud-enfermedad como la autorregulación, la autovaloración y la toma de decisiones, así como las conductas protectoras de la salud, es un amortiguador de estrés.

#### **2. Producción y desencadenamiento de la enfermedad, se considera al enfermo como depositario de ansiedad familiar.**

Se estima que un mal funcionamiento familiar puede provocar

emociones negativas en sus miembros que conducen a una depresión inmunológica por estrés, lo que propicia la aparición de la enfermedad.

### 3. Proceso de curación.

La familia influye en:

- a) Las conductas de autocuidado por creencias de salud de la propia familia.
- b) La toma de decisiones ante problemas de salud.
- c) La adherencia terapéutica.
- d) El sistema de apoyo.

### 4. Rehabilitación.

La familia favorece el proceso de adaptación a la discapacidad o no y cubre la pérdida de funciones de autonomía, validismo, economía y sociales <sup>42</sup>.

## **Crisis familiar y consumo de alcohol**

En toda crisis hay estrés, después que se produce una crisis o se logra la adaptación y con el reajuste aparece un nuevo aprendizaje o la adaptación es desfavorable, ocurre un desbalance por lo que puede claudicar la salud, en situaciones de crisis la personalidad bajo tensión puede reaccionar con desajuste del comportamiento y conductas sociales de evasión como es el caso del alcoholismo.

En las llamadas crisis no transitorias o paranormativas pueden aparecer hechos que actúan como fuentes generadoras de estrés, como es el caso del divorcio, padecimiento de una enfermedad crónica, o el fallecimiento de un miembro de la familia, los cuales tienen una expresión particular en cada familia en dependencia de su historia, su propia dinámica, de la significación que asigna al evento o situación, y de los recursos con que cuenta para hacerle frente, así como hechos accidentales que

generalmente tienen un mayor costo para la salud <sup>43</sup>.

A criterio de la investigadora de este estudio muchos de los acontecimientos que ocurren en la familia generan estrés y no son superados, algunos de los miembros de esta se refugian en las bebidas alcohólicas como única opción para resolver sus problemas.

### **Funcionamiento familiar y consumo de alcohol**

Los problemas de funcionamiento familiar pueden influir en las conductas de riesgo de salud, las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar alteración emocional, desequilibrio y descompensación del estado de salud <sup>37,44</sup>.

### **Factores de riesgo intrafamiliar y consumo de alcohol**

Entre los factores de riesgo que pueden potencializar el consumo de alcohol y tabaco en la familia están: el económico, la baja escolaridad, padre bebedor y tipo de trabajo, y patrones de disfunción familiar etc <sup>45</sup>.

### **Definición de las variables**

#### **1. Alcohol**

Es una sustancia psicoactiva, con efectos tóxicos y otros peligros intrínsecos como la intoxicación y la dependencia, puede deteriorar las habilidades motoras y el juicio, representando tolerancia cruzada con otros agentes depresores del Sistema Nervioso Central (SNC). La sensación de las personas es que el alcohol les “estimula” ello es debido a que este deprime o inhibe los mecanismos inhibidores del control nervioso y en particular los sistemas inhibidores de la formación reticular que controlan la actividad asociativa, por ello el efecto inicial es de aparente estimulación, a bajas concentraciones tiene efectos estimulantes directos y un comportamiento como ansiolítico <sup>41,46</sup>.

## **2. Consumo**

La utilización que se hace de una sustancia en un determinado momento y como consecuencia del cual se experimentan unos efectos determinados <sup>3-10</sup>.

## **3. Consumo de alcohol**

Está claro que consumo de alcohol realiza tanto el alcohólico, como el bebedor habitual, sea este moderado o abusivo, como el bebedor esporádico, como quien lo hiciera por primera vez, puede describirse en términos de gramos de alcohol consumido o por el contenido alcohólico de las distintas bebidas, en forma de unidades de bebida estándar, según la OMS lo describe como el consumo regular de 20g a 40g diarios de alcohol en mujeres y de más de 60g al día en los hombres <sup>2,14,47</sup>.

Existen dos dimensiones del consumo que se correlacionan con los daños causados por el alcohol:

- Volumen general consumido.
- Patrón de consumo (relacionado con la frecuencia y la cantidad ingerida) <sup>18</sup>.

### **Clasificación del consumo de alcohol**

#### **Consumo de riesgo**

Es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o los demás. Los patrones de consumo de riesgo son importantes para la salud pública a pesar de que el individuo aún no haya experimentado ningún trastorno <sup>14</sup>.

Supera los límites del consumo moderado o prudente, puede causar las mismas enfermedades médicas y psiquiátricas que el alcoholismo, lo cual supone un importante reto para la prevención de enfermedades médicas,

trastornos mentales y del comportamiento, agresividad, violencia, suicidio y mayor vulnerabilidad hacia la dependencia de otras drogas <sup>38</sup>.

El consumo de bajo riesgo se define como aquella pauta de consumo que puede implicar riesgo de daños futuros para la salud física o mental, pero que no se traducen en problemas médicos o psiquiátricos actuales <sup>47</sup>.

### **Consumo perjudicial**

Es un patrón de consumo que deteriora la salud, conlleva a consecuencias para la salud física y mental, incluyendo las consecuencias sociales. Entre los daños físicos se encuentran: daño hepático (debido al consumo crónico) o mental (p.ej, episodios depresivos secundarios al consumo), no llega a cumplir los criterios diagnósticos de dependencia del alcohol <sup>38,48,49</sup>.

### **Dependencia**

Estado psíquico o físico determinado en el organismo por la administración continuada del alcohol, caracterizada por la tendencia compulsiva a su consumo periódico, puede ser física (existe tolerancia fisiológica) como psicológica <sup>50,51</sup>.

Conjunto de fenómenos fisiológicos, conductuales y cognitivos, en el cual el consumo de alcohol adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. Dos síntomas característicos son la sensación de deseo o necesidad (que pueden llegar a tener una gran intensidad) de beber alcohol y también la disminución de la capacidad para controlar la ingesta de este.

Es una de las causas principales del cáncer de boca, esófago y laringe. La cirrosis hepática y la pancreatitis a menudo se producen como consecuencia del consumo excesivo durante largos períodos de tiempo, el alcohol causa daños al feto en mujeres embarazadas, así mismo,

problemas médicos mucho más frecuentes, como la hipertensión, la gastritis, la diabetes y algunas formas de infarto cerebral pueden agravarse incluso por el consumo ocasional y de breve duración, tal como también ocurre con trastornos mentales como la depresión <sup>14</sup>.

## **Familia**

Grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto y están condicionados por los valores socioculturales en los que se desarrolla, en la familia, el ser humano debe satisfacer sus necesidades básicas <sup>6,32,52</sup>.

Esta compuesto por elementos miembros del grupo familiar que se encuentran en una dinámica acción particular, donde lo que ocurre a una persona afecta a toda la familia, y a su vez, esta como sistema influye sobre la persona y la sociedad, y viceversa <sup>42</sup>.

### **Etapas del desarrollo de la familia**

El ciclo vital describe los cambios en la estructura y los procesos interaccionales de la unidad familiar según acontecen sucesos en la vida, es un proceso continuo de evolución y desarrollo que atraviesa la familia desde que se une la pareja hasta la muerte <sup>6,32,35</sup>.

Se expresa en etapas delimitadas por la ocurrencia de determinados acontecimientos de la vida familiar entre las cuales se tiene:

- a. Formación: va desde el matrimonio hasta el nacimiento del primer hijo.
- b. Extensión: desde el nacimiento del primer hijo hasta la independencia de uno de los hijos.
- c. Contracción: desde la independencia de uno de los hijos hasta la muerte del primer cónyuge.
- d. Disolución: desde la muerte del primer cónyuge hasta la muerte del segundo cónyuge.

## Especificaciones de las etapas del ciclo vital

- I. No todas las familias transitan por las cuatro etapas.
- II. El tránsito de una etapa a otra está determinado por la ocurrencia y vivencia del acontecimiento de vida por primera vez en la familia.
  - Si no existen acontecimientos normativos que delimiten las etapas del ciclo, se clasifican por los procesos que viven.

La familia en cada etapa del ciclo, enfrenta un conjunto de tareas a la vez, se le presenta un grupo de problemas y conflictos que son propios de cada etapa, dado los procesos normativos en los que viven <sup>6,32</sup>.

Las tareas son intrínsecas a cada etapa. De su cumplimiento dependerá o no la aparición de los problemas.

### Etapa de formación

Tareas	Problemas
Construcción conjunta del proyecto futuro de vida.	Desacuerdos en la proyección futura del proyecto de vida.
Acople funcional de actividades cotidianas.	Dependencia excesiva de la familia de origen.
Ajuste con la familia de origen e hijos anteriores.	Lucha de poder entre los cónyuges, disfunciones sexuales.
Establecimiento de límites de roles entre los cónyuges.	Problemas conceptivos y de planificación familiar.
Planificación concepcional.	
Ajuste sexual.	

## Etapa de Extensión

Tareas	Problemas
Aprendizaje del rol de padre y madre. Ajuste al doble rol esposo/padres, esposa/madre.	Dificultad en la delimitación de roles y funciones entre los padres, con los hijos y con los abuelos.
Crianza y educación de la descendencia. Ajuste a instituciones infantiles.	Dificultad en el desempeño de rol de padre/madre con más de un hijo.
Planificación concepcional. Cambios de rol frente a la adolescencia .	Afrontamiento inadecuado a las regularidades del desarrollo y enfermedades de la infancia.  Manejo inadecuado de posibles celos fraternos .

## Etapa de Contracción

Tareas	Problemas
Cese de la tutela de al menos un hijo.	Disfunción en los roles padres / hijos adultos.
Nuevo rol frente a los hijos. Reencuentro de la pareja, nueva comunicación	Transgresión de límites en deberes y responsabilidades como esposos, padres y abuelos.
Transformación de metas en la pareja.	Dificultades en la asimilación del llamado “nido vacío” del hogar. No aceptación de cierta discapacidad o disfuncionalidad
Ajuste a problemas de salud y la jubilación .	asi como consecuencia de la declinación del ciclo de vida

individual.

Frustración frente al balance de la vida .

### **Etapas de Disolución**

<b>Tareas</b>	<b>Problemas</b>
Integración de la pérdida, elaboración del duelo psicológico frente a la muerte del cónyuge o del padre/ madre.	Insuficiente apoyo familiar y social frente a la pérdida. Relativos al afrontamiento inadecuado al duelo.
Ajuste al envejecimiento y a la viudez.	Transferencia de afectos y necesidades hacia los hijos y nietos.
Reorganización de la vida familiar y ajuste de roles debido a la ausencia definitiva de uno de los miembros de la pareja.	
Hijos adultos que asumen las responsabilidades por los padres.	
Reajuste del proyecto de vida frente a la viudez.	
Transformación de necesidades e intereses <sup>6</sup> .	

## **Crisis Familiar que pueden aparecer en la familia**

Expresión de contradicciones entre la organización estructural y funcional de la familia y las demandas derivadas de los acontecimientos nuevos de la vida que afrontan, produciendo desorganización en el seno familiar, cualquier familia puede enfrentar a la vez procesos críticos que se derivan del tránsito por las etapas del ciclo vital, los que se relacionan con la amplia gama de influencias provenientes de la vida social, los problemas de crecimiento, desarrollo y condición de salud de sus integrantes, así como los relacionados con la carencia de servicios de atención médica y social, aspecto que no resulta relevante en este país <sup>6,35</sup>.

Si bien es cierto que estos procesos tienen naturaleza y magnitud variable de acuerdo con el significado y la repercusión que tienen para la vida familiar, provocan nuevos retos y ponen a la familia en situación de crisis <sup>6,35</sup>.

Se clasifican en dos grandes grupos:

1. Crisis normativas o transitorias: están relacionadas con los acontecimientos normales y esperables en el desarrollo familiar y se rigen como puntos críticos de transición a lo largo del ciclo vital.

Pueden evidenciarse las crisis por adaptación a estos eventos.

Etapa de Formación.

- El matrimonio.
- Desarrollo de la vida sexual.
- Problemas de la convivencia.
- Relaciones de familia con la del cónyuge.
- Relación con los hijos de matrimonios anteriores.
- Embarazo hasta su término.

Etapa de Extensión

- Nacimiento del primer hijo.

- Obligaciones en relación a la crianza del hijo.
- Salud y vida escolar de los hijos.
- Hijos adolescentes.

Esta etapa es de maduración y desarrollo de potencialidades y desafíos. Se asume una actitud ante responsabilidades familiares.

#### Etapa de Contracción.

- Crisis relacionadas con la convivencia (hijos que permanecen viviendo en el seno del hogar paterno, con su propia descendencia, lo cual conforma la familia trigeneracional y trae consigo características específicas.
- Crisis relacionadas con los procesos de interdependencia (enfrentamiento a pérdidas relacionadas con la independización y terminación del control sobre los hijos.
- Modificación o disminución del status familiar y social.
- Involución biológica de la pareja.
- El relevo generacional.
- Envejecimiento y la ancianidad.
- Enfermedad y muerte de allegados (en particular de padres, hermanos y amigos)
- Enfrentamiento al proceso morboso que llevará a la muerte al primero de los conyugues.

#### Etapa de Disolución.

- Inversión de roles (los cuidadores pasan a ser cuidados por sus descendiente, los padres devienen dependientes de sus hijos).
- Los vínculos de paternidad son sustituidos por los del cuidado y la gratitud filial.

#### 2. Crisis paranormativas o no transitorias

Son las relacionadas con acontecimientos de carácter accidental y no guardan relación directa con el ciclo vital entre las cuales se encuentran:

- a. Desmembramiento: separación temporal o definitiva de algún integrante de la familia:
  - Hospitalización.
  - Abandono.
  - Separación conyugal.
  - Salida del hogar al extranjero o a otras provincias.
  - Muerte prematura respecto al ciclo de vida.
  - Suicidio.
- b. Incremento: incorporación de uno o más miembros a la familia.
  - Regreso al hogar.
  - Adopción.
  - Convivencia temporal.
- c. Desmoralización: existe afectación de los valores y principios éticos y morales de la familia.
  - Conducta antisocial.
  - Encarcelamiento.
  - Escándalos en la comunidad.
- d. Cambio económico importante: tanto en sentido negativo como positivo.
  - Pérdida del trabajo.
  - Deterioro de las condiciones de la vivienda.
  - Pérdida de algunas propiedades importante.
  - Una herencia.
- e. Problemas de salud.
  - Embarazo no deseado.
  - Infertilidad.
  - Intento de suicidio.
  - Trastornos psiquiátricos.
  - Accidentes <sup>6,36</sup>.

## **Salud Familiar**

La salud de la familia es el resultado de la interrelación dinámica del funcionamiento de la familia y la salud de sus integrantes<sup>37</sup>, y su evaluación es un proceso continuo, dinámico caracterizado por diferentes momentos y niveles de profundización: incluye la información y su análisis e identificación de problemas y potencialidades para realizar acciones de promoción, prevención de las enfermedades y recuperación de la salud en cada miembro de la familia <sup>6</sup>.

### **Funcionamiento familiar:**

La funcionalidad de la familia se refiere a la característica relativamente estable de relacionarse el grupo de forma interna. Es el conjunto de relaciones interpersonales que se establece en el interior de cada familia y que le dan identidad propia, desarrolla ciertas pautas o maneras de relacionarse entre sí. Este conjunto de relaciones interpersonales e intrafamiliares también llamado funcionamiento intrafamiliar va a estar en la base del desarrollo físico, intelectual, psicológico y espiritual de cada uno de sus miembros; va a constituir el clima propicio para el equilibrio psíquico, la expresión amorosa, la confianza y la estabilidad, y va a constituir un referente de conductas morales y relaciones a imitar por parte de los hijos, quienes con el tiempo las van asumiendo como principios relacionales <sup>42,52</sup>.

Una familia puede ser funcional o disfuncional de acuerdo con el modo adecuado o inadecuado en que satisfaga las necesidades de sus integrantes y haga posible o entorpezca el bienestar y el ajuste emocional y social dentro de ella.

Para considerar a una familia funcional es necesario que cumpla algunos de los siguientes indicadores:

- ✓ Capacidad de reajuste ante los cambios.

- ✓ Posibilidad de expresar sentimientos.
- ✓ Comunicación clara y directa.
- ✓ Adecuada distribución de roles.
- ✓ Adecuadas estrategias para resolver situaciones de conflicto.
- ✓ Respeto al espacio físico y emocional de cada miembro.
- ✓ Presencia de límites y jerarquías claras.

Las familias disfuncionales se presentan con las siguientes características:

- ✓ Son incapaces de expresar con libertad los sentimientos negativos.
- ✓ No identifican los problemas.
- ✓ No son capaces de enfrentar las crisis.
- ✓ No comunican con claridad.
- ✓ No permiten el desarrollo individual.
- ✓ Existe confusión de roles <sup>36</sup>.

### **Funcionamiento familiar (FF-SIL) según la dinámica de las relaciones internas.**

Se considera el funcionamiento familiar como la dinámica interactiva y sistémica que se produce entre los miembros de la familia y se evalúa a través de las categorías de armonía, cohesión, rol, comunicación, afecto, permeabilidad y adaptabilidad <sup>53</sup>.

#### **Dimensiones del funcionamiento familiar**

##### **Cohesión**

Expresa el nivel de apoyo mutuo, afecto y confianza entre los miembros de la familia. Cuando puede contar con esta posibilidad de decisión conjunta, cuenta con un recurso muy positivo para el enfrentamiento a las diferentes problemáticas de la vida familiar <sup>54,55</sup>.

## **Armonía**

Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con la familia con un equilibrio positivo <sup>6</sup>.

## **Comunicación**

Es parte de la dinámica familiar proporcionándole forma y contenido, cuando se refiere a la comunicación familiar se engloba escucha activa, empatía, libertad de expresión, claridad, respeto y consideración. La escucha activa significa escuchar con comprensión y atención, saber lo que la otra persona trata de comunicar y transmitirle que se ha recibido su mensaje, la empatía se refiere a la capacidad de percibir e identificarse con los sentimientos de los demás, en la convicción de que al ponerse en esta situación se crea un clima más favorable para la resolución de los problemas, la libertad de expresión hace referencia a la comodidad con que los miembros de la familia expresan sus sentimientos, la claridad al grado de expresión de los sentimientos y los pensamientos individuales y el respeto y la consideración se refieren al grado de sensibilidad y permeabilidad sobre lo que dicen otros <sup>56</sup>.

Los integrantes de la familia son capaces de transmitir sus experiencias, conocimientos de una manera clara y directa, la familia aporta un sano crecimiento en las conductas básicas de comunicación, diálogo y simbolización. Estilos comunicativos defectuosos influyen en la distorsión de los límites, espacios y papeles familiares. La comunicación es vista como el eje central de los problemas familiares <sup>27,57,58</sup>.

## **Adaptabilidad**

No es más que la capacidad de la familia para enfrentar los cambios y adaptarse al medio social; es decir la habilidad para cambiar de la estructura de poder, las relaciones de rol y las reglas en dependencia de la nueva situación, se manifiesta desde el caos: poca adaptabilidad, hasta

la rigidez: exceso de patrones e inflexibilidad<sup>27,58</sup>.

### **Afectividad**

La familia es un grupo de potencia natural en la cual se establecen recíprocas dependencias y vínculos afectivos entre sus miembros, la función de expresar amor, brindar afecto y protección es primordial en la vida familiar, el afecto constituye el vehículo en el cual se ejercen las funciones familiares y uno de los canales comunicativos más importantes en las relaciones de esa naturaleza. Al nivel familiar le corresponde brindar afectividad. Si no existe satisfacción de las necesidades afectivas de las personas no podrá haber salud familiar<sup>27,44</sup>.

### **Rol**

En cada sociedad y en cada cultura existen patrones de comportamiento familiar, por lo que se hace difícil homogeneizar los roles de cada una de los integrantes del grupo de una manera específica. Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar. Si las responsabilidades y las normas familiares son discutidas y no impuestas, todos se van a sentir responsables, importantes, tomados en cuenta y listos para asumir sus responsabilidades futuras<sup>54,56</sup>.

### **Permeabilidad**

Un concepto central para entender la relación de la familia con los demás sistemas sociales<sup>57</sup>.

Es otro recurso familiar que se refiere a la capacidad de la familia de abrirse hacia otras instituciones de la sociedad, permitiendo la relación prudente de sus miembros con otros subsistemas<sup>58-59</sup>.

La apertura del sistema facilita el apoyo social de otras familias, de los amigos y compañeros más cercanos, y de otras instituciones sociales como pudiera ser el médico de la familia<sup>60</sup>.

Tanto el extremo de total impermeabilidad en la relación meso sistémica con escuela, amigos, familia de origen etc como el exceso de permeabilidad que genera la interferencia no controlada de otros subsistemas en la vida familiar es disfuncional, en el caso de la impermeabilidad extrema se impide la conformación de redes de apoyo, útiles para la sobrevivencia de la familia, como son el vínculo de origen.

En el caso de la permeabilidad extrema, por el contrario la familia no puede crecer con sus propios objetivos y recursos como grupo, debido a la interferencia de otros sistemas de su mismo nivel. Por ejemplo, la relación entre los padres y algún miembro de su familia de origen que intenta que las reglas funcionen a su modo.

Familia como sistema permeable.

- Permite posibilidad de cambio a sus miembros.
- Es sensible a los cambios en los otros sistemas y genera acciones de acuerdo a ellos.

Familia como sistema no permeable.

- Admite poco o ningún cambio a sus integrantes.
- Sus acciones están sujetas a una estructura de autoridad rígida <sup>59</sup>.

### **Factores y consumo de alcohol**

Existen tres grandes bloques de factores que explican la etiología del consumo:

1. Factores propios de la persona.
2. Factores propios de la sustancia.
3. Factores propios del contexto. En este se encuentran las características familiares, la existencia de problemas de relación en la familia y sus consecuencias en el clima familiar <sup>20,58</sup>.

## **Factores de riesgo intrafamiliar**

La influencia de la familia resulta ser la variable que con más insistencia se plantea en los trabajos referidos a factores de riesgos, es la situación que genera en la familia la vivencia de acontecimientos de diferente naturaleza, que potencialmente afectan la salud en un determinado período. Suponen valoraciones y repercusiones en las relaciones familiares, en los sentimientos, producen elevadas exigencias y cambios en su funcionamiento interno<sup>5,52</sup>.

## **Estrategia educativa**

Las estrategias son procedimientos usados para aprender, para manejar, dirigir y controlar el propio aprendizaje en diferentes contextos. Son sistemas conscientes de decisión mediados por instrumentos simbólicos. También definidas como procesos de toma de decisiones (conscientes e intencionales) en los cuales se elige y recupera, de manera coordinada, los conocimientos necesarios para cumplimentar una determinada demanda, un objetivo, dependiendo de las características de la situación educativa en que se produce la acción<sup>60,61</sup>.

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), define la estrategia en el ámbito educativo como la combinación y organización del conjunto de métodos y materiales escogidos para alcanzar ciertos objetivos<sup>62</sup>.

Las estrategias de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud (SNS) proponen el desarrollo progresivo de intervenciones dirigidas a ganar salud y a prevenir las enfermedades, las lesiones y la discapacidad, se basan en la efectividad<sup>63</sup>.

La promoción de la salud enfatiza en la calidad de vida, fortaleciendo o protegiendo los factores que la condicionan y reduciendo los determinantes de la enfermedad, en la práctica debe partir del análisis del

perfil de salud enfermedad<sup>64</sup>.

La prevención ha de favorecer el mantenimiento en la salud o poner barreras a los factores que determinan la ocurrencia de la enfermedad, así como lograr el diagnóstico precoz, tratamiento y la rehabilitación oportuna para evitar y limitar la invalidez que pueda ocasionarse. Las actuaciones sobre los problemas derivados del consumo de alcohol, deben de estar planificados y considerando la integración y coordinación de diferentes entidades y asociaciones, que asegure una acción integral que recoja aspectos de prevención primaria, secundaria y terciaria<sup>65, 66</sup>.

La prevención estará apoyada en el desarrollo de las fortalezas ante que en las debilidades, en intervenir, es decir acción sobre los problemas, con el fin de controlarlos, apoyada fundamentalmente en la educación como estrategia, con la idea que resulta más efectivo trabajar antes y no después del problema<sup>67</sup>.

Según la autora, la estrategia educativa está enfocada a la información y educación relacionadas al consumo de alcohol, con un abordaje individual, familiar y comunitario.

## **2.5 Hipótesis**

Ho. Los factores de riesgo intrafamiliar no favorecen el consumo de alcohol en la población perteneciente al EU 06 del cantón Pujilí, 2015 – 2016.

H1. Los factores de riesgo intrafamiliar favorecen el consumo de alcohol en la población perteneciente al EU 06 del cantón Pujilí, 2015-2016.

## **2.6 Señalamiento de variables de la hipótesis**

**2.6.1 Variable Independiente:** factores de riesgo intrafamiliar.

**2.6.2 Variable Dependiente:** consumo de alcohol.

## **CAPITULO 3.**

### **METODOLOGIA**

**3.1 Modalidad básica de la investigación:** Investigación de campo.

**3.2 Nivel o tipo de la investigación:** La presente investigación es cualitativa, cuantitativa, corresponde al nivel Relacional, Observacional, Transversal.

#### **3.3 Población y muestra**

El universo estuvo definido por 106 familias, con 106 consumidores del sector EU 06 Pujilí. No se realizó cálculo de la muestra.

##### **- Criterios de inclusión**

Persona que declare ser consumidor de alcohol según las categorías establecidas, que este apto físico y mentalmente.

##### **- Criterios de Exclusión**

Persona que no acepte participar o abandone el estudio.

#### **3.4 Criterios Éticos**

En la presente investigación previo llenado del Consentimiento Informado (Anexo 1), se tuvo en cuenta los principios, las normativas y regulaciones de la Bioética en los pacientes incluidos, por lo que toda la información recopilada en ella es estrictamente confidencial, se mantendrá en privacidad los datos personales, se asignó un código a cada familia en el formulario de recolección de datos y procesamiento de la información, con el fin de conservar su anonimato, y se utilizó solamente con fines investigativos.

## Operacionalización de las variables

**Tabla 1. Variable independiente.** Factores sociodemográficos: atributos o características individuales, así como sociales.

Dimensión	Tipo de variable	Indicador	Ítems	Técnica e instrumentos
Edad	Cuantitativa Continua.	1. 20 – 39. 3. 40 – 64. 3. 65 y más	1. ¿Qué edad tiene?.	Revisión documental / Ficha familiar
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica.	1.Masculino. 2.Femenino.	2. ¿A qué sexo pertenece?.	
Instrucción	Cualitativa Ordinal Politémica.	1.Analfabeto. 2.Ciclo básico 3.Bachillerato. 4.Superior.	3. ¿Qué instrucción posee?.	
Ocupación	Cualitativa Nominal Politémica.	1.Ninguna 2.Estudiante 3.Ama de casa 4.Jornalero 5.Otras	4. ¿Qué ocupación realiza?.	
Estado civil	Cualitativa Nominal Politémica.	1.Soltero 2.Casado 3.Unión estable 4.Divorciado	¿Qué estado civil tiene?.	

**Fuente :** Ficha familiar Revisión documental / ficha familiar

**Elaborado por:** Nery Balseca Guamán

**Tabla 2. Variable independiente.** Factores familiares: procesos que ocurren en la vida intrafamiliar.

Dimensiones	Indicadores	Tipo de variable	Ítems	Técnica e instrumentos
Ciclo vital de las familias.	1.Formación. 2.Extensión. 3.Contracción. 4.Disolución.	Cualitativa Nominal Politómica	¿Qué etapa del ciclo vital atraviesa la familia?.	Entrevista no estructurada.
Crisis familiares.	1.Normativas. 2.Paranormativas.	Cualitativa Nominal Politómica	¿Qué tipo de crisis presenta la familia?.	Revisión documental / Ficha familiar  Observación
Funcionamiento familiar	1.Familia funcional. 2.Familia moderadamente funcional. 3.Familia disfuncional. 4.Severamente disfuncional.	Cualitativa Nominal Politómica	¿Cuál es el funcionamiento familiar que posee la familia?.	Encuesta/ cuestionario. FF-SILL
	Cohesión. Armonía. Afectividad. Comunicación. Roles. Adaptabilidad. Permeabilidad.	Cualitativa Nominal Politómica	¿Qué dimensión del funcionamiento familiar están afectados?.	

**Fuente:** Revisión documental / ficha familiar

**Elaborado por:** Nery Balseca Guamán

**Tabla 3. Variable Dependiente.** Consumo de alcohol: Patrón de consumo que afecta a las personas tanto en su salud física, como mental.

Dimensiones	Indicadores	Tipo de variable	Ítems	Técnicas/ instrumentos
1. Consumo de riesgo bajo. 2. Consumo de riesgo alto. 3. Consumo perjudicial. 4. Dependencia.	Patrones de consumo.  Volumen de consumo.	Cualitativa  Ordinal.	¿Cuál es la frecuencia del consumo de alcohol?.  ¿Qué cantidad se consume de alcohol?.  ¿Qué frecuencia del consumo elevado de alcohol se encuentra predominando?	Encuesta/ cuestionario AUDIT  Observación.

**Fuente:** Revisión documental / ficha familiar

**Elaborado por:** Nery Balseca Guamán

## **Validación de los instrumentos de recolección**

El cuestionario Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Anexo 2) fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, está elaborado para el uso en la Atención Primaria, para identificar precozmente problemas relacionados con el consumo de alcohol: leves y moderados, centrándose en el consumo de riesgo, incluyendo además la detección del consumo perjudicial y dependencia, fue validado en el Ecuador, siguiendo los criterios de la OMS con una fiabilidad del alfa de Cronbach: de 0.80, si se establece un punto de corte 11, la sensibilidad es de 0.84 y la especificidad de 0.71. Si el punto de corte se sitúa en 13 la sensibilidad es de 0.70 y la especificidad de 0.78 <sup>43,68</sup>.

Para evaluar el Funcionamiento Familiar se aplicó el cuestionario (FF-SIL) (Anexo 3), el cual está validado en el país, evalúa a través de la percepción de uno de los miembros y su aplicación se le realiza al miembro de la familia que a criterio del equipo de salud responda con claridad <sup>68</sup>.

Se aplicaron ambas encuestas en una prueba piloto en el sector, y no se evidenció dificultad alguna al respecto.

### **3.5 Plan de Recolección de información**

A través de fuentes primarias como la observación, encuestas, entrevista no estructurada, revisión documental (ficha familiar) se obtuvo la información, se confeccionaron las tablas y gráficos, se realizó un análisis a través de porcentajes y frecuencias absolutas y relativas. Se utilizaron como fuentes de información secundarias las fichas familiares.

Previo Consentimiento Informado, información de los objetivos, propósitos y beneficios de la investigación desde el punto de vista social y humano y sin ninguna presión a los participantes, se realizó la recolección de los

datos por medio de las visitas domiciliarias a cada familia involucrada en el estudio, se procedió al llenado de las escalas e instrumentos (fichas familiar, prueba FF-SIL y encuesta destinada a explorar el consumo de alcohol cuyas respuestas son de tipo Likert.

Se utilizó la escala de consumo de alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), con diez preguntas que cubren estos tres dominios sobre el consumo de alcohol riesgo (bajo y alto), uso perjudicial y dependencia.

Los tres primeros ítems hacen referencia a la cuantificación del consumo de alcohol (cantidad, frecuencia), del ítems 4 al 6 son síntomas de dependencia del alcohol, del 7 al 8 consecuencias adversas y las dos últimas problemas relacionados con el consumo de alcohol,

el cuestionario investiga los hechos durante el último año.

Las ocho primeras preguntas tienen 5 posibles respuestas que se puntúan de 0 a 4 y las dos últimas 3 posibles respuestas que puntúan 0 - 2- 4. El rango de la puntuación global va de 0 a 40. Se suman los resultados de cada respuesta <sup>41,50</sup>.

Su puntuación total es:

<b>Categorías</b>	<b>Puntaje</b>
Consumo de riesgo bajo.	0 - 7
Riesgo alto.	8 - 15
Perjudicial.	16 - 19
Dependiente.	20 y más

El instrumento FF-SILL abordó las siguientes dimensiones, donde las categorías están distribuidas de acuerdo a los ítems que se exploran:

<b>Categorías</b>	<b>Puntaje</b>
Cohesión	1 y 8
Armonía	2 y 13

Comunicación	5 y 11
Adaptabilidad	6 y 10
Afectividad	4 y 14
Roles	3 y 9
Permeabilidad	7 y 12 .

Estas dimensiones internas hacen posible identificar a través del valor que se obtenga en los ítems que corresponde a cada una de ellas la que se encuentre afectada en la familia.

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.

La calificación se realiza en la escala tipo Likert y para un mejor análisis y por la manera de influir en la familia se agruparon de la siguiente forma.

- Casi nunca y pocas veces: desfavorable.
- A veces: medianamente favorable.
- Muchas veces y casi siempre: favorable.

Permite clasificar a la familia en cuatro tipos.

<b>Categoría</b>	<b>Puntaje</b>
Familia funcional	70 - 57
Familia moderadamente funcional	56 - 43
Familia disfuncional	42 – 28
Familia severamente disfuncional	27 – 14 <sup>6</sup> .

La estrategia educativa tiene conformada la siguiente estructura:

- Introducción y fundamentación de la problemática existente.
- Diagnóstico.
- Objetivos.
- Planeación estratégica. (Lleva implícito un cronograma)
- Acciones y actividades educativas.
- Instrumentación.
- Evaluación del programa educativo.

### **3.6 Plan de procesamiento de la información**

El procesamiento y el análisis se realizó aplicando el porcentaje, para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS versión 20, se realizó un análisis bivariado con lo que se pretendió conocer como se asocian las dos variables contempladas (consumo de alcohol y factores familiares), se ofrecieron los resultados en tablas, seguidas de discusión, el análisis estadístico se realizó de acuerdo a los objetivos planteados y la interpretación de los resultados apoyados en el marco teórico.

Se utilizó la estadística inferencial Chi cuadrado de Pearson ( $\chi^2$ ), con un nivel de significancia  $p < 0.05$ , con el propósito de identificar la relación entre las variables, factores intrafamiliar y el consumo de alcohol.

## CAPITULO 4.

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1 Análisis de los Resultados

#### 4.2 Interpretación de datos

#### Caraterísticas sociodemográficas

#### Consumidores de alcohol

Tabla 4. Distribución de consumidores de alcohol según la encuesta AUDIT.  
Población del EU 06. Pujilí, 2015 – 2016

Tipos de consumidores	No	%
Riesgo bajo	73	68,8
Riesgo alto	24	22,6
Perjudicial	2	1,8
Dependiente	7	6,6
Total	106	100

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Nery Balseca Guamán.

4.1. De la encuesta realizada (AUDIT) sobre el consumo de alcohol, se obtuvo que el riesgo bajo corresponde al 68,8%, siguiendo de forma decreciente el riesgo alto con un 22,6%.

4.2 El consumidor de riesgo tiene la probabilidad de dañar su salud por causa del consumo, sea este alto o bajo, del total de consumidores el porcentaje más alto corresponde a los distribuidos en esa categoría incluyendo los dos niveles.

Coincidiendo estos resultados con la investigación realizada en Colombia en el año 2013 por Cardona Arias 'et al', donde se aplicó esta encuesta, obteniéndose que el mayor porcentaje estuvo representada por la categoría de riesgo (alto, bajo) (62%)<sup>69</sup>.

Cuando ya aparece el nivel de riesgo, es evidente que ha sobrepasado los patrones de consumo normal, o sea no solo es la cantidad, sino la frecuencia con la que se realiza, por lo que las consecuencias pueden aparecer, además de que el consumo de alcohol tiende a incrementarse en el tiempo.

En esta investigación los consumidores perjudicial y dependiente tienen predominio bajo, en relación a la totalidad solo 9 se encuentran en esta categoría. Son múltiples las literaturas que abordan la influencia que tiene el consumo desmedido de esta sustancia sobre el estado biopsicosocial del individuo, teniendo responsabilidad en la aparición de enfermedades prematuras e incluso causar la muerte, además de incidir negativamente sobre la calidad de vida.

En la 5ta Encuesta Nacional de Adicciones en el año 2008 en México se registró que cerca de 27 millones de mexicanos reportaron haber bebido con poca frecuencia pero en grandes cantidades, exponiéndose a grandes riesgos para su salud, su seguridad y la de quienes le rodean<sup>70</sup>.

Un estudio realizado a nivel nacional en Estados Unidos entre el 2006 y finales del 2010 arrojó que el 9,8% de todas las muertes entre los adultos en edad laboral fueron atribuibles al consumo excesivo de alcohol, representado en 1 de cada 10 muertes, siendo la causa principal de mortalidad prematura<sup>71</sup>.

En el año 2013 el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicótropicos (CONSEP), realizó a escala nacional el IV Estudio sobre uso de drogas en población de 12 a 65 años, con el objetivo de describir la magnitud de consumo de algunas drogas como el alcohol, se realizó por regiones, alcanzando la Sierra un 61,5% de la

población estudiada, obteniendo como resultado que esta ocupara la más alta en el consumo de alcohol en un mes (13,3%) y el segundo lugar con el consumo en un año ( 27,4%), además se registró que a nivel del país el 0,2% de los consumidores en los últimos 12 meses resultó ser problemático y necesitarían de algún tipo de asistencia <sup>72</sup>.

Dado que el propio abuso continuado de alcohol puede producir cambios neuroadaptativos que alteran el funcionamiento de determinados sistemas de neurotransmisión y circuitos cerebrales y que el estrés crónico puede favorecer también el abuso de alcohol, cualquier persona puede desarrollar un episodio de alcoholismo en cualquier momento de su vida <sup>73</sup>.

### Género y consumo de alcohol

Tabla 5. Distribución de consumidores de alcohol según sexo. Población del EU 06. Pujilí, 2015 – 2016.

Consumo de alcohol	SEXO					
	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Riesgo Bajo	31	29,2	42	39,6	73	68,8
Riesgo Alto	18	17,0	6	5,7	24	22,7
Perjudicial	2	1,9	0	0	2	1,9
Dependencia	6	5,7	1	0,9	7	6,6
Total	57	53,8	49	46,2	106	100

Fuente: Encuesta AUDIT/ ficha familiar

Elaborado por: Nery Balseca Guamán

4.1.1 Relacionados con la totalidad de consumidores el sexo masculino alcanza un 53,8% y el femenino un 46,2%, el mayor porcentaje corresponde a 39,6% que representa a las mujeres, siguiendo en orden decreciente el 29,2% correspondiendo a los hombres, ambos para el riesgo bajo, mientras que en el riesgo alto, perjudicial y dependiente se encuentran las mayores cifras en el sexo masculino.

4.2.1 El consumo de alcohol ha estado siempre proyectado como hábito o práctica ejercida por el sexo masculino. En la tabla anterior el sexo representa diferencia en cuanto al consumo de bajo riesgo, donde las mujeres consumen más esta sustancia, aunque los hombres se encuentran con porcentos más altos en las etapas que señalan ser más dañinas para la salud física psicológica y social.

Existen literaturas que certifican que el patrón de dependencia todavía sigue siendo mayor en los varones<sup>7</sup>.

En Colombia en un estudio nacional realizado por el gobierno sobre consumo de sustancias psicoactivas en el 2013, se obtuvieron claras diferencias entre el sexo, predominando el masculino<sup>74</sup>.

Así como el realizado en España en el año 2010 por Bustos, donde resultaron los hombres consumir mayor cantidad de bebidas alcohólicas<sup>75</sup>, estos estudios no coinciden con esta investigación, no siendo así el realizado por Secades Villa 'et al' en el año 2001, en Oviedo España, registrandose que los hombres tienden a consumir más drogas que las mujeres con excepción del alcohol<sup>76</sup>.

Históricamente el hombre ha consumido más bebidas alcohólicas y con el transcurso de los años la mujer ha incorporado este hábito a su vida, producto de actividades sociales, celebraciones etc, pero ha preservado los límites de consumo, en este estudio se demuestra que los hombres y las mujeres consumen de igual manera. Para la mujer de estos tiempos el rol social ya no es el mismo y las conductas se han modificado con este cambio, es preocupante el consumo alto en las féminas de esta investigación, considerando que ellas son el eje fundamental de la familia y por tanto se afecta el bienestar de la misma.

En el año 2012 la Sociedad de Droga y Alcohol (Socidrogalcohol) de España celebró en Valencia el Simposium Científico sobre mujer y alcohol, en el se analizaron entre otros temas las diferencias fisiológicas y neurobiológicas entre los hombres y las mujeres que hacen que el

consumo de bebidas alcohólicas actúe más negativamente en el género femenino.

En general, las consecuencias de la ingesta excesiva de alcohol progresan de manera más rápida y grave en las mujeres por la mayor vulnerabilidad al daño orgánico debido a las diferencias farmacocinéticas <sup>7</sup>.

### Edad y consumo de alcohol

Tabla 6. Distribución de consumidores de alcohol según edad. Población del EU 06.Pujilí, 2015 - 2016.

Consumo de alcohol	Grupos de Edad									
	Menos 19		20 a 39		40 a 64		65 y más		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Riesgo Bajo	6	66,7	42	70	24	68,6	1	50	73	68,9
Riesgo Alto	2	22,2	11	18,3	10	28,6	1	50	24	22,6
Perjudicial	0	0,0	2	3,3	0	0,0	0	0	2	1,8
Dependencia	1	11,1	5	8,3	1	2,8	0	0	7	6,6
Total	9	100	60	100	35	100	2	100	106	100

Fuente: Encuesta AUDIT/ficha familiar

Elaborado por: Nery Balseca Guamán.

4.1.2 La distribución de los consumidores de alcohol por edad mostró predominio en el rango de 20 – 39 años de edad, con un total de 60 consumidores en esta categoría, siendo el riesgo bajo el que aportó mayor frecuencia (42) para un 70%.

4.2.2 Dentro del abanico de sustancias con el que los jóvenes conviven y han aprendido a disponer en la búsqueda de sensaciones y emociones, la bebida alcohólica es la que mayor difusión ha alcanzado <sup>77</sup>. La actitud hacia el consumo de bebidas alcohólicas es cada vez más evidente en edades tempranas, en el presente estudio el grupo de 20 – 39 años predominó, presentándose con mayor frecuencia en todas las formas de consumo.

En un estudio realizado en Colombia en el 2013 por el Gobierno Nacional se obtuvo que la edad con mayor tasa de uso de alcohol se encontró de 18 - 24 años <sup>68</sup>, así como la investigación realizada en Argentina por el Ministerio de Salud en el 2011, en edades comprendidas entre 16 a 65 años cuyo resultado aportó que la edad más frecuente correspondía al grupo de 35 a 49 años <sup>78</sup>.

En Cuba en el año 2000 Torres J, 'et al', estudió 224 pacientes y el grupo con mayor consumo de bebidas alcohólicas fue el de 31 - 40 años <sup>79</sup>. Los resultados obtenidos en la presente investigación difieren de los alcanzados en Colombia y Argentina, pero sí concuerdan con el obtenido en Cuba, donde aborda 9 años dentro de ese rango de edad.

En esta etapa de la vida (20 – 39 años) es donde el individuo comienza a asumir roles sociales y familiares, es decir a hacerse responsable de su vida y de la de quienes le acompañan, como hijos y esposa, ya en esta etapa se tiene un proyecto de vida, pero llama la atención que las frecuencias más altas del consumidor en esta investigación radican precisamente en este grupo de edad, donde se llevan a cabo propósitos, se tiene madurez y probablemente establecido un estatus laboral e independencia económica, así como una familia que respaldar y cuidar, pudiera estar comprometida las relaciones intrafamiliar y aunque se presenta con mayor frecuencia en el riesgo bajo, el alcohol constituye un importante factor de progresión, donde a la larga aumenta su consumo, afectando no solo la salud, sino también el compromiso personal con la familia y la sociedad.

Los jóvenes que el consumo de alcohol es elevado, incrementan los conflictos en su entorno, aumentan las peleas, agresión verbal y física, realizan prácticas de riesgos en un porcentaje alto, como son las relaciones sexuales sin protección.

Cuanto más joven se inicie el consumo de alcohol, mayor es la probabilidad de que se desarrolle en la adultez una dependencia <sup>73</sup>.

El adulto joven al encontrarse identificado ya con riesgo, el alcohol como sustancia adictiva tiende a incrementarse su consumo con el devenir de los años, afectándose la salud en todas sus dimensiones.

### Instrucción y consumo de alcohol

Tabla 7. Distribución de consumidores de alcohol según nivel de instrucción. Población del EU 06. Pujilí, 2015 – 2016.

Consumo de alcohol	Educación								Total	
	Analfabeto		Básico		Bachiller		Superior		No	%
	No	%	No	%	No	%	No	%		
Riesgo Bajo	4	57,1	32	56,1	31	88,6	6	85,7	73	68,9
Riesgo Alto	3	42,9	17	29,8	3	8,6	1	14,3	24	22,6
Consumo Perjudicial	0	0	2	3,5	0	0	0	0	2	1,8
Dependencia	0	0	6	10,6	1	2,8	0	0	7	6,7
Total	7	100	57	100	35	100	7	100	106	100

Fuente: Encuesta AUDIT/ficha familiar.

Elaborado por: Nery Balseca Guamán.

4.1.3 La distribución por instrucción en el consumo de alcohol se presentó la mayor frecuencia en el nivel de educación básico, con 57 consumidores, presentando la cifra máxima (32) para un 56,1%, siguiendo en orden decreciente bachiller (35), alcanzando su mayor frecuencia (31) para un 88,6%, ambas coincidiendo en el riesgo bajo.

4.2.3 Existe similitud en frecuencias con relación al ciclo básico y el bachiller en correspondencia con el riesgo bajo, así como los consumos de riesgo alto, perjudicial y dependencia se ubican los mayores porcentajes en el ciclo básico, coincidiendo con un estudio realizado por el Gobierno Federal en México en el año 2012 sobre adicciones, cuyo resultado aportó que el 45% de los consumidores de alcohol se encontraba en el nivel básico (secundaria) <sup>80</sup>.

El individuo cuanto más bajo es su nivel de instrucción menos poder de análisis tiene sobre el efecto que puede causar el consumo desmedido de alcohol, con este nivel de instrucción predominante pudiera ser capaz de reconocer con un pensamiento crítico y lógico, los problemas que puede desencadenar el consumo riesgoso de esta sustancia, así como realizar un análisis eficaz sobre las situaciones que se presentan en la vida cotidiana y la manera de enfrentarlos sin refugiarse en las bebidas alcohólicas.

### Ocupación y consumo de alcohol

Tabla 8. Distribución de consumidores de alcohol según ocupación.  
Población del EU 06.Pujilí, 2015-2016.

Consumo de alcohol	Ocupación											
	Ninguna		Estudiante		Ama de casa		Jornalero		Otras		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Riesgo bajo	3	37,5	18	90	14	70	10	50	28	73,7	73	68,9
Riesgo alto	2	25	2	10	5	25	9	45	6	15,8	24	22,6
Consumo Perjudicial	0	0	0	0	0	0	1	5	1	2,6	2	1,9
Dependencia	3	37,5	0	0	1	5	0	0	3	7,9	7	6,6
Total	8	100	20	100	20	100	20	100	38	100	106	100

Fuente: Ficha familiar/ Encuesta AUDIT.

Elaborado por : Nery Balseca Guamán

4.1.4 En la tabla 8 las mayores frecuencias se encuentran en la ocupación de la categoría otras, con un total de 38 consumidores, alcanzando sus cifras más altas en el riesgo bajo (28) para un 73,7%, en esta categoría se encuentran los mayores porcentajes estudiantes (90%), otras (73,7%), ama de casa (70%), y jornaleros (50%).

4.2.4 En relación a la ocupación los que se encuentran en otros exponen datos altos, pero es importante destacar que dentro de los estudiantes las cifras expuestas hacen que esta categoría se ubique en segundo lugar aunque con riesgo bajo, sin ninguna ocupación se encuentran solo 8 personas, no coincidiendo con un estudio realizado en México sobre el consumo de alcohol, en el año 2008 por Hernández, donde solo el 25% tenía trabajo estable<sup>9</sup>.

Los hombres con jornadas reducidas (media jornada) tienen un mayor consumo de alcohol de alto riesgo<sup>73</sup>. Existen estudios donde es representativo en la categoría ocupacional los consumidores con cargos directivos y profesionales, como el resultado alcanzado en encuestas aplicadas en España y la General Household Survey en el año 2007 en el Reino Unido<sup>73</sup>, resultados no concordantes con el obtenido en esta investigación.

El desempleo es uno de los factores para que el individuo trate de asumir el consumo de alcohol a pesar de que económicamente esté afectado.

Un reciente estudio que incluye a países de la Unión Europea ha mostrado que un incremento del 3% en el desempleo aumenta un 28% de las muertes relacionadas con el consumo de alcohol<sup>81</sup>.

En esta investigación solo 28 personas dentro del estudio no tienen ocupación, incluidas dentro de esta las amas de casa y 4 personas relacionadas con este dato tienen dependencia con el alcohol, el mayor porcentaje de los consumidores posee una ocupación por tanto tienen un sustento económico

## Estado civil y consumo de alcohol

Tabla 9. Distribución de consumidores de alcohol según estado civil.  
Población del EU 06. Pujilí, 2015 - 2016.

Estado civil	Consumo de alcohol								Total	
	Riesgo bajo		Riesgo Alto		Perjudicial		Dependencia			
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Soltero	24	32,8	7	29,1	1	50	5	71,4	37	34,9
Casado	34	46,6	13	54,2	1	50	2	28,6	50	47,2
Unión estable	10	13,7	3	12,5	0	0	0	0	13	12,3
Divorciado	4	5,5	0	0	0	0	0	0	4	3,8
Viudo	1	1,4	1	4,2	0	0	0	0	2	1,8
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta AUDIT/ficha familiar  
Realizado por : Nery Balseca Guamán

4.1.5 Con relación al total general la distribución de los consumidores según su estado civil predominó en la categoría de casados con un 47,2%, las máximas frecuencias observadas se encuentran en riesgo alto y bajo, con un 54,2% y 46,6% respectivamente, evidenciándose 5 dependientes solteros para un 71,4%.

4.2.5 En investigaciones realizadas en Colombia en el año 2012, sobre consumo de alcohol y factores de riesgo, por Arias Zapata 'et al', resultó que un alto porcentaje de la muestra pertenece al estado civil de solteros<sup>82</sup>, así como el realizado por Villacé 'et al' en Córdova España en el 2013, con igual resultado<sup>83</sup>, los cuales no coinciden con los de esta investigación.

Es representativo que entre la unión estable y casados suman un total de 63 consumidores de 106 que conforman el estudio, más del 50% tienen un hogar, lo que pudiera existir la posibilidad de relaciones conflictivas dentro del seno familiar, cuando se asumen comportamientos no favorables para la dinámica se afecta la salud de la familia y esta al ser considerada un sistema lo que sucede en uno de sus miembros afectará al resto.

## Etapas del ciclo vital de la familia y consumo de alcohol

Tabla 10. Distribución de consumidores de alcohol según etapas del ciclo vital. Población del EU 06. Pujilí, 2015 - 2016.

Consumo de alcohol	Etapas del ciclo vital									
	Formación		Extensión		Contracción		Disolución		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Riesgo Bajo	1	33,3	41	80,4	28	60,8	3	50	73	68,9
Riesgo Alto	2	66,7	7	13,7	13	28,3	2	33,3	24	22,6
Perjudicial	0	0	2	3,9	0	0	0	0	2	1,9
Dependencia	0	0	1	2	5	10,9	1	16,7	7	6,6
Total	3	100	51	100	46	100	6	100	106	100

Fuente: Encuesta AUDIT/ficha familiar  
Realizado por : Nery Balseca Guamán

4.1.6 La tabla 10 muestra las etapas del ciclo vital de la familia de los consumidores de alcohol del estudio, con mayor frecuencia se presenta la de extensión (51), alcanzando la cifra más alta (41) para un 80,4%, continuando en orden decreciente la de contracción (46) registrando su porcentaje más alto en un 60,9%, coincidiendo en ambas el riesgo bajo.

4.2.6 El ciclo vital es vivido por cada familia de manera singular, las etapas de extensión y contracción resultaron ser las que aportaron mayores frecuencias.

Un estudio realizado en Cuba por Rodríguez Noy en el año 2012, sobre el funcionamiento familiar desde la percepción del paciente alcohólico y sus familiares, se registró como resultado que las etapas con mayor evidencia fueron la de extensión y contracción, lo cual concuerda con esta investigación <sup>84</sup>.

La etapa de extensión es de madurez para el individuo, donde se asumen responsabilidades sobre los hijos, su crianza e incorporación en la vida escolar. En este estudio se presenta en todas las categorías del consumo de alcohol, es llamativo como está siendo una fase que requiere de dedicación a la familia existan tantos consumidores en ella, eso nos

pone en alerta de las posibles consecuencias que pudieran estar ocurriendo internamente.

### **Crisis familiar y consumo de alcohol**

Tabla 11. Distribución de consumidores de alcohol según crisis familiares, Población del EU 06. Pujilí, 2015 - 2016.

Consumo de alcohol	Crisis familiares					
	Normativa		Paranormativas		Total	
	N	%	N	%	N	%
Riesgo Bajo	46	80,7	27	55,1	73	68,9
Riesgo Alto	10	17,5	14	28,6	24	22,6
Consumo Perjudicial	1	1,8	1	2	2	1,9
Dependencia	0	0	7	14,3	7	6,6
Total	57	100	49	100	106	100

Fuente: Encuesta AUDIT /ficha Familiar

Elaborado por: Nery Balseca Guamán

4.1.7 La distribución de los consumidores según las crisis muestra que existen 57 familias de 106 presentando crisis normativas y 49 paranormativas, representadas las mayores porcentajes observadas en 46 y 27 para un 80,7% y 55,1% respectivamente, coincidiendo en los consumidores de riesgo bajo. Existen 7 personas dependientes del alcohol que presentan crisis paranormativas.

4.2.7 Las crisis familiares tienen magnitud variable de acuerdo con la repercusión que tienen para la vida de la familia.

En una investigación realizada en Cuba en el 2015, con una muestra de 25 familias de pacientes alcohólicos, realizado por Mendoza Cabrera 'et al', se obtuvo como resultado que el 64% presentó crisis normativas <sup>11</sup>, lo cual difiere con esta investigación.

El evento familiar por sí solo no genera crisis, depende del significado que le otorga la familia y su repercusión va a estar relacionada tanto con la

capacidad adaptativa como con el resto de los recursos con los que cuenta la misma <sup>12</sup>.

Las familias del estudio en su totalidad presentan crisis, lo que traduce que estas deben organizarse para poder enfrentarlas y que no perjudiquen la vida familiar y sus relaciones internas.

### Crisis familiar normativas y consumo de alcohol

Tabla 12. Distribución de consumidores de alcohol según las crisis familiar normativas. Población del EU 06. Pujilí, 2015 - 2016.

Etapas ciclo vital	Crisis relacionada con el ciclo vital	Riesgo Bajo		Riesgo Alto		Perjudicial		Total	
		No	%	No	%	No	%	No	%
Formación	Embarazo	2	4,3	1	10	0	0	3	5,3
	Nacimiento de un hijo	2	4,3	0	0	0	0	2	3,5
Extensión	Obligaciones en relación a la crianza de un hijo	5	10,9	0	0	0	0	5	8,8
	Hijo adolescente	18	39,1	4	40	1	100	23	40,3
Contracción	Convivencia (adolescente en casa)	19	41,3	5	50	0	0	24	42,1
Disolución		0	0,0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>		<b>46</b>	<b>80,7</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>1,7</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta AUDIT/ficha familiar  
Elaborado por: Nery Balseca Guamán

4.1.8 La tabla 12 muestra las crisis normativas, en relación al total general predomina la etapa de contracción (42,1%), siguiendo la de extensión (40,3%), ambas con la presencia de adolescentes en el hogar, presentado sus mayores frecuencias en riesgo bajo.

4.2.8 Los resultados expuestos muestran que las crisis relacionadas con el ciclo vital están vinculadas su mayor porcentaje con la presencia de un adolescente en el hogar, esto nos avizora sobre la necesidad de brindar orientación a la familia para el manejo en esta etapa de la vida, de todas las etapas que la familia va atravesando, posiblemente pocas sean tan difíciles como es la adolescencia, es un período desafiante para padres e hijos.

Todas las dificultades que tengan lugar en la familia acentuarán las dificultades que este período del ciclo vital familiar conlleva para el adolescente <sup>11</sup>.

La familia dispone de recursos que hacen posible que con la presencia en el hogar de un adolescente se debe sobrellevar las situaciones que muchas veces resultan ser estresantes, se deberá apelar a la unión familiar, comprensión, adaptabilidad, comunicación abierta para aportar un clima favorable y los hijos adolescentes deberán ajustarse a la vida familiar, pero esta propiciará un ambiente positivo, tratando de mantener un equilibrio en beneficio del adolescente y demás miembros del hogar.

## Crisis familiar paranormativas y consumo de alcohol

Tabla 13. Distribución de consumo de alcohol según crisis paranormativas. Población del EU 06. Pujilí, 2015 - 2016.

Crisis Paranormativas	Consumo de Alcohol								Total	
	Riesgo Bajo		Riesgo Alto		Perjudicial		Dependencia		No	%
	No	%	No	%	No	%	No	%		
Desmoralización	2	7,4	4	28,6	0	0	6	85,7	12	24,5
Cambio económico importante	18	66,7	4	28,6	1	100	0	0	23	46,9
Desmembramiento	4	14,8	2	14,2	0	0	1	14,3	7	14,3
Problemas de salud	3	11,1	4	28,6	0	0	0	0	7	14,3
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta AUDIT/ ficha familiar  
Elaborado por: Nery Balseca Guamán

4.1.9 Existen 49 familias con crisis paranormativas, en relación a la totalidad el mayor porcentaje es representado por cambio económico importante, con un 46.9%, presentándose las cifras más altas en el riesgo bajo (18) para un 66,7%.

4.2.9 Según las literaturas revisadas donde existen personas con consumo abusivo de alcohol predominan las crisis paranormativas específicamente la de desmoralización<sup>6,36</sup>, en este estudio son superadas por las relacionadas con cambios económicos importantes, cuyo resultado de la investigación no concuerda con las revisiones bibliográficas realizadas sobre el tema<sup>6,36</sup>

## Funcionamiento familiar y consumo de alcohol

Tabla 14. Distribución de consumidores de alcohol según funcionamiento familiar. Población del EU 06. Pujilí, 2015 – 2016.

Consumo de alcohol	Funcionamiento familiar									
	Severamente Disfuncional		Disfuncional		Moderadamente Funcional		Funcional		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Riesgo Bajo	0	0,0	14	53,8	44	75,9	15	78,9	73	68,9
Riesgo Alto	1	33,3	8	30,8	11	19,0	4	21,0	24	22,6
Perjudicial	0	0,0	1	3,8	1	1,7	0	0,0	2	1,9
Dependencia	2	66,7	3	11,5	2	3,4	0	0,0	7	6,6
Total	3	100	26	100	58	100	19	100	106	100

Fuente: Encuesta AUDIT/ ficha familiar

Elaborado por: Nery Balseca Guamán

4.1.10 En relación al funcionamiento familiar la mayoría se ubica en la categoría moderadamente funcional (58), correspondiendo al riesgo bajo las cifras más altas (44) para un 75,9%. Continuando en orden decreciente con las familias disfuncionales con una frecuencia total de 26.

4.2.10 Los resultados evidencian que solo 19 familias de 106 poseen un buen funcionamiento.

Un estudio realizado en Cuba en el período del 2010 – 2012, por Hidalgo Pereira 'et al', sobre factores de riesgos asociados al alcoholismo, con una muestra de 77 pacientes mayores de 15 años, se obtuvo que el 58,3% de las familias donde se acoge un paciente alcohólico resultó ser disfuncional, seguida del 19,4% severamente disfuncional y solo el 11,9% resultó ser funcional<sup>10</sup>, así como el desarrollado en este mismo país por Sandoval Ferrer, 'et al' en el año 2010, donde la percepción de disfunción familiar fue mayor y más severa en las familias cuando se convive con un alcohólico<sup>85</sup>, ambos estudios no coinciden con esta investigación donde predominaron las familias moderadamente funcional, de igual manera en Ecuador en la ciudad de Loja en el año 2012 por Sarango sobre: Consumo de alcohol en adolescentes mayores y su relación con la estructura y el funcionamiento familiar, se registró que entre el 50% y el

58% de las familias fueron normofuncionales<sup>86</sup>, así como el realizado en Cuba en la Comunidad 2 de Diciembre en la provincia de Matanzas<sup>87</sup>

La funcionalidad de la familia no solo depende de que esta asuma sus funciones básicas tales como educativas, económicas y afectivas, sino también que deba cumplir con una serie de premisas esenciales para las relaciones internas satisfactorias.

Cuando una familia funciona adecuada o inadecuadamente puede contribuir a desarrollar problemas de salud o contrarrestar su efecto<sup>88</sup>.

## Consumidores de alcohol y cohesión familiar

Tabla 15. Distribución de consumidores de alcohol según cohesión familiar. Población del EU 06. Pujilí, 2015 - 2016.

Cohesión Familiar	Categoría	Consumo de alcohol										
		Riesgo Bajo		Riesgo alto		Perjudicial		Dependencia		Total		
		No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	
Decisiones importantes	Desfavorable	12	16,4	5	20,8	0	0	4	57,1	21	19,8	Chi cuadrado de Pearson 9,4 gl= 6 p valor 0,00
	Medianamente favorable	16	21,9	4	16,6	1	50	2	28,5	23	21,6	
	Favorable	45	61,6	15	62,5	1	50	1	14,2	62	58,5	
	Total	73	100	24	100	2	100	7	100	106	100	
Ayuda de los demás	Desfavorable	8	10,9	4	16,6	2	100	5	71,4	19	17,9	Chi cuadrado de Pearson 26,8 gl= 6 p valor 0,00
	Medianamente favorable	17	23,3	8	33,3	0	0	1	14,3	26	24,5	
	Favorable	48	65,7	12	50	0	0	1	14,3	61	57,5	
	Total	73	100	24	100	2	100	7	100	106	100	

Fuente: Encuesta AUDIT/ ficha familiar  
Realizado por : Nery Balseca Guamán

4. 1.11 La tabla 15 relacionada a la cohesión familiar expone sus mayores cifras en la categoría de favorable para los dos ítems, representada en un 58,4% para el primero (relacionado a decisiones importantes) y 57,5% para el segundo, aportando las cifras más altas para el riesgo bajo (45) con 61,6% y (48) con 65,7% respectivamente.

4.2.11 El resultado obtenido evidencia que la cohesión no está afectada en más de un 50% de los consumidores de alcohol. En estudios realizados en España en el año 2007 sobre el funcionamiento en familias con hijos drogodependientes de Ramírez Serrano, se obtuvo que las familias se muestran insatisfechas con su funcionamiento debido a su baja cohesión <sup>87</sup>, resultado que difiere de este estudio, así como el desarrollado por Natera Orford 'et al', en México e Inglaterra en familias con conviviente con un consumidor de alcohol, obteniendo niveles de asociación de alta cohesión y consumo de alcohol <sup>89</sup>.

Para que esta dimensión sea favorable a la familia no debe estar ni carente ni en extremos. La familia cohesionada funciona de forma integrada, beneficiando de forma individual y colectiva a sus miembros, de manera que constituye un factor protector para la misma.

La cohesión familiar con la presencia de un hijo adolescente ayuda a que el desarrollo y la realización individual del joven se consoliden en un proyecto en equipo en la misma familia <sup>90</sup>, en esta investigación existen crisis normativas en gran parte de las familias a causa de la presencia de adolescentes en el hogar, pudiera ser una herramienta beneficiosa para actuar en favor de una buena relación, sin embargo existe un porcentaje en el que esta se encuentra afectada, pudiendo influir negativamente y actuar como riesgo para el consumo abusivo de bebidas alcohólicas.

## Armonía familiar y consumo de alcohol

Tabla 16. Distribución de consumidores de alcohol según armonía familiar. Población del EU 06. Pujilí, 2015 - 2016.

Armonía Familiar	Categorías	Riesgo Bajo		Riesgo alto		Perjudicial		Dependiente		Total		Chi cuadrado de Pearson
		No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	
Predomina la armonía	Desfavorable	13	17,8	2	8,3	0	0	5	71,4	20	18,9	Chi cuadrado de Pearson 9,4 gl= 6 p valor 0,00
	Medianamente favorable	21	28,8	13	54,2	1	50	1	14,3	36	34	
	Favorable	39	53,4	9	37,5	1	50	1	14,3	50	47,2	
	Total	73	100	24	100	2	100	7	100	106	100	
Intereses y necesidades respetadas	Desfavorable	9	12,3	5	20,8	1	50	3	42,9	18	17	Chi cuadrado de Pearson 19,6 gl= 6 p valor 0,04
	Medianamente favorable	16	21,9	8	33,3	0	0	1	14,3	25	23,6	
	Favorable	48	65,8	11	45,8	1	50	3	42,9	63	59,4	
	Total	73	100	24	100	2	100	7	100	106	100	

Fuente Encuesta AUDIT/ FF-SI  
Elaborado por: Nery Balseca Guamán

4.1.12 Los consumidores según la armonía familiar, relacionado a la totalidad predomina en ambos ítems la categoría favorable (47,2%) y (59,4%), aportando las cifras más altas para el riesgo bajo (39) para un 53,4% y (48) para un 65,8% respectivamente.

4.2.12 Una gran parte de las familias presentan esta dimensión favorable, estudios como el realizado en Cuba en el año 2012 sobre el funcionamiento familiar, por Rodríguez, obtuvo como resultado que los familiares consideran la armonía dentro de las más afectadas<sup>84</sup>, no coincidiendo con esta investigación.

La armonía es considerada el equilibrio positivo, elemento favorable para buenas relaciones internas dentro de la familia, estimada como un factor protector cuando está vigente

## Roles familiares y consumo de alcohol

Tabla 17. Distribución de consumidores de alcohol según roles familiares. Población del EU 06. Pujilí, 2015 - 2016.

Roles familiares	Categoría	Riesgo bajo		Riesgo alto		Perjudicial		Dependiente		Total		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Cumplimiento de responsabilidades	Desfavorable	6	8,2	2	8,3	0	0	4	57,1	12	11,3	Chi cuadrado de Pearson 19,0 gl= 6 p valor 0,004
	Medianamente favorable	20	27,4	11	45,8	1	50	1	14,3	33	31,1	
	Favorable	47	64,4	11	45,8	1	50	2	28,6	61	57,5	
	Total	73	100	24	100	2	100	7	100	106	100	
Distribución de tareas	Desfavorable	16	21,9	10	41,7	0	0	4	57,1	30	28,3	Chi cuadrado de Pearson 7,5 gl= 6 p valor 0,276
	Medianamente favorable	25	34,2	7	29,2	1	50	1	14,3	34	32,1	
	Favorable	32	43,8	7	29,2	1	50	2	28,6	42	39,6	
	Total	73	100	24	100	2	100	7	100	106	100	

Fuente: Encuesta AUDIT / FF-SIL

Elaborado por: Nery Balseca Guamán

4.1.13 La tabla 17 sobre los consumidores según roles familiares con relación a la totalidad muestra que el primer ítems (cumplimiento de responsabilidades) el mayor porcentaje es representado en un 57,5% y en el segundo (distribución de tareas) un 39,6%, predominando en ambos la categoría favorable, representadas sus mayores cifras en el riesgo bajo.

4.2.13 Los roles familiares se comportan con las frecuencias más altas en la categoría de favorables, a pesar de esto el segundo ítems no se aproxima al valor elevado del primero, siendo este último más específico, es evidente que por las cifras registradas no se asumen los roles de manera equitativa en una gran parte de los hogares, todo esto influye en las buenas relaciones. Un adecuado despliegue de roles, siempre aportará beneficios en la convivencia. No se encontraron estudios similares.

## Afectividad y consumo de alcohol

Tabla 18. Distribución de consumidores de alcohol según afectividad familiar. Población del EU 06. Pujilí, 2015 - 2016.

Afectividad Familiar	Categorías	Consumo de alcohol								Total			
		Riesgo bajo		Riesgo alto		Perjudicial		Dependiente				No	%
		No	%	No	%	No	%	No	%				
Manifestaciones de cariño	Desfavorable	7	9,6	3	12,5	1	50,0	5	71,4	16	15,1	Chi cuadrado de Pearson 25,4 gl= 6 p valor 0,00	
	Medianamente favorable	14	19,2	8	33,3	1	50,0	1	14,3	24	22,6		
	Favorable	52	71,2	13	54,2	0	0,0	1	14,3	66	62,3		
	Total	73	100,0	24	100,0	2	100,0	7	100,0	106	100,0		
Demostración cariño	Desfavorable	4	5,5	2	8,3	0	0,0	6	85,7	12	11,3	Chi cuadrado de Pearson 47,0 gl= 6 p valor 0,00	
	Medianamente favorable	11	15,1	8	33,3	1	50,0	0	0,0	20	18,9		
	Favorable	58	79,5	14	58,3	1	50,0	1	14,3	74	69,8		
	Total	73	100,0	24	100,0	2	100,0	7	100,0	106	100,0		

Fuente: Encuesta AUDIT/ FF-SIL  
Elaborado por: Nery Balseca Guamán

4.1.14 La tabla muestra que la afectividad familiar se comporta con las frecuencias mayores en la categoría favorable, para el primer ítems (manifestaciones de cariño) con un 62,3% y para el segundo (demostración de cariño) un 69,8%, alcanzando sus valores máximos en el consumo de riesgo bajo.

4.2.14 De acuerdo a los resultados expuestos la afectividad se encuentra favorable por encima del 50% en una gran parte de las familias estudiadas, presentándose en todas las categorías de clasificación de los consumidores, no coincidiendo con estudios relacionados a este tema, como el de Sánchez Hernández en el año 2011 en México, donde se detectó que la afectividad estaba carente <sup>91</sup>, así como el de Gómez Mendoza 'et al', en Cuba, en el año 2012 <sup>92</sup>.

La afectividad es la expresión de amor y cariño, un clima afectivo siempre actuará como un factor protector para la familia frente a posibles conductas de riesgo, a pesar de que las crisis estan presentes y un alto porcentaje posee la funcionalidad alterada es evidente que se ofrecen afecto.

### Comunicación y consumo de alcohol

Tabla 19. Distribución de consumidores de alcohol según comunicación familiar Población del EU 06. Pujilí, 2015 - 2016.

Comunicación familiar	Categorías	Consumo de alcohol										
		Riesgo bajo		Riesgo alto		Perjudicial		Dependiente		Total		
		No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	
Expresiones sin insinuaciones	Desfavorable	7	9,6	6	25,0	2	100,0	3	42,9	18	17,0	Chi cuadrado de Pearson 17,3 gl= 6 p valor 0,008
	Medianamente favorable	25	34,2	6	25,0	0	0,0	1	14,3	32	30,2	
	Favorable	41	56,2	12	50,0	0	0,0	3	42,9	56	52,8	
	Total	73	100,0	24	100,0	2	100,0	7	100,0	106	100,0	
Conversar temas sin temor	Desfavorable	11	15,1	3	12,5	1	50,0	3	42,9	18	17,0	Chi cuadrado de Pearson 6,7 gl= 6 p valor 0,349
	Medianamente favorable	31	42,5	10	41,7	1	50,0	1	14,3	43	40,6	
	Favorable	31	42,5	11	45,8	0	0,0	3	42,9	45	42,5	
	Total	73	100,0	24	100,0	2	100,0	7	100,0	106	100,0	

Fuente: Encuesta AUDIT / FF-SIL

Elaborado por: Nery Balseca Guamán

4.1.15 La distribución de los consumidores con relación a la comunicación se comporta según el valor total en un 52,8% para el primer ítems ( expresiones sin insinuaciones) y con 42,5% para el segundo (conversar temas sin temor), teniendo sus cifras superiores en el riesgo bajo.

4.2.15 Los valores representados en la tabla hacen evidente que la comunicación no se comporta de forma similar en los dos ítems explorados, en el primero el comportamiento estuvo por encima del 50%, relacionado con expresarse sin insinuaciones de forma clara y directa, al parecer la comunicación es transparente en la mayoría de las familias, pero en el segundo donde las cifras se encuentran por debajo del 50% es evidente que se tiene temor al abordar algunos temas en una gran parte de los hogares.

En un estudio en Venezuela en el año 2006 sobre el alcoholismo y su influencia en las relaciones de familia, en una encuesta realizada, se obtuvo como resultado que el 80% opina que la falta de comunicación es un factor que incide en el consumo de alcohol<sup>77</sup>.

En Ecuador en la provincia de Zamora Chinchipe relacionado a los factores individual y familiar que inciden en el consumo de alcohol en el Colegio Técnico Agropecuario, Río Nangaritza en el período 2010 – 2011 por Cumbicos, se alcanzó que la buena comunicación se encontraba por encima del 50%<sup>25</sup>, concordando con los resultados de esta investigación.

La comunicación es vital para un buen funcionamiento familia, es necesario conocer e intercambiar con ellos diversos temas, muchas veces la familia no los aborda, siendo tan vital cuando se atraviesa esta etapa de la vida. Cuando en una familia hay buena comunicación, las relaciones interpersonales entre sus miembros es positiva, esto generará un ambiente de confianza y vinculación comunicativa afectiva, a pesar del resultado alcanzado, una parte de las familias del estudio resultó tener esta dimensión afectada, lo que nos hace deducir su influencia negativa.

## Adaptabilidad y consumo de alcohol

Tabla 20. Distribución de consumidores de alcohol según adaptabilidad familiar. Población del EU 06. Pujilí, 2015 - 2016.

Adaptabilidad familiar		Consumo de alcohol										
		Riesgo bajo		Riesgo alto		Perjudicial		Dependiente		Total		
Categorías		No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	
Aceptación de defectos de los demás	Desfavorable	6	8,2	9	37,5	1	50,0	4	57,1	20	18,9	Chi cuadrado de Pearson 19,7 gl= 6 p valor 0,003
	Medianamente favorable	36	49,3	9	37,5	1	50,0	1	14,3	47	44,3	
	Favorable	31	42,5	6	25,0	0	0,0	2	28,6	39	36,8	
	Total	73	100,0	24	100,0	2	100,0	7	100,0	106	100,0	
Modificación de costumbres familiares	Desfavorable	23	31,5	9	37,5	1	50,0	3	42,8	36	34,0	Chi cuadrado de Pearson 1,5 gl= 6 p valor 0,956
	Medianamente favorable	32	43,8	9	37,5	1	50,0	2	28,6	44	41,5	
	Favorable	18	24,7	6	25,0	0	0,0	2	28,6	26	24,5	
	Total	73	100,0	24	100,0	2	100,0	7	100,0	106	100,0	

Fuente: Encuesta AUDIT/ FF-SIL  
Elaborado por: Nery Balseca Guamán

4.1.16 La distribución de los consumidores de alcohol según la adaptabilidad en relación al total, alcanza el valor máximo en la categoría de medianamente favorable, para los dos ítems, el primero relacionado con la aceptación de los defectos de los demás (44,3%) y para el segundo que explora la modificación de costumbres familiares (41,5%) coincidiendo en ambos sus mayores valores para el riesgo bajo.

4..2.16 La adaptabilidad en los dos valores obtenidos en los ítems, se encuentra por debajo del 50%, es evidente que esta dimensión está afectada en la mayoría de las familias, coincidiendo con los resultados de un estudio realizado en Cuba en el año 2012 sobre el funcionamiento familiar desde la percepción del paciente alcohólico y sus familiares <sup>84</sup>.

Esta dimensión es vital para que la familia adapte su estructura, roles, reglas, para hacer frente a desafíos, esta habilidad es necesaria para enfrentar los cambios que se atraviesan en el ciclo vital, de igual manera para la vida de los adolescentes, pues en esta investigación prevalecen las crisis normativas a causa de la presencia de estos en la familia, siendo los que más necesidad tienen de que se tenga en cuenta este recurso, para preservar la armonía familiar. Existe un porcentaje importante de familias donde se afecta esta dimensión, cuando no se es flexible a los cambios, se toman actitudes autoritarias, todo esto influye como factor negativo para el desarrollo de conductas perjudiciales.

## Permeabilidad y consumo de alcohol

Tabla 21. Distribución de consumidores de alcohol según permeabilidad familiar. Población del EU06.Pujilí, 2015 - 2016.

Permeabilidad familiar	Categorías	Consumo de alcohol										
		Riesgo bajo		Riesgo alto		Perjudicial		Dependiente		Total		
		No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	
Experiencias de otras familias	Desfavorable	22	30,1	6	25,0	1	50,0	4	57,1	33	31,0	Chi cuadrado de Pearson 5,8 gl= 6 p valor 0,441
	Medianamente favorable	24	32,8	10	41,7	0	0	0	0	34	32,0	
	Favorable	27	37,1	8	33,3	1	50,0	3	42,9	39	37,0	
	Total	73	100	24	100	2	100	7	100	106	100	
Busca de ayuda en situación difícil	Desfavorable	15	20,6	9	37,5	1	50	2	28,6	27	25,5	Chi cuadrado de Pearson 5,25 gl= 6 p valor 0,511
	Medianamente favorable	26	35,6	9	37,5	1	50	2	28,6	38	35,8	
	Favorable	32	43,8	6	25	0	0	3	42,8	41	38,7	
	Total	73	100	24	100	2	100	7	100	106	100	

Fuente: Encuesta AUDIT/FF-SIL  
Elaborado por: Nery Balseca Guamán

4.1.17 La distribución de consumidores de alcohol según la permeabilidad familiar, los valores máximos con respecto al valor total se encuentran en la categoría de favorable para los dos ítems, con 37,2% (experiencia de otras familias ) y 38,7% ( busca ayuda en situación difícil), coincidiendo con sus valores superiores en el riesgo bajo.

4.2.17 La dimensión permeabilidad alcanza sus valores máximos en la categoría favorable, aun con este resultado alcanzado existe afectación en una parte importante de las familias, coincidiendo este resultado con el estudio realizado en México en el 2011 por Sánchez Hernández en el cual la permeabilidad se encontraba afectada <sup>89</sup>.

La familia al tener comprometida esta dimensión se presenta hermética para el intercambio, lo cual obstaculiza las relaciones incluidas la del médico.

En términos generales en esta investigación sobre el consumo de alcohol, en relación al género no se establecen grandes diferencias, los hombres y las mujeres beben de manera riesgosa, la mayoría tiene un hogar es razonable deducir que los conflictos están presentes.

La familia atraviesa por varias etapas según su ciclo vital, la extensión y contracción fueron las más frecuentes en la población de estudio, con relación a las crisis normativas predominaron las causadas por la presencia de la adolescencia, este resultado nos hace reflexionar sobre la necesidad de intervención y orientación familiar, pues es en esta etapa donde se inicia la socialización del joven, identidad personal, adaptación a los cambios incluyendo los corporales, los amigos son un apoyo, pero la familia en esta etapa es vital, si este joven es escuchado y aceptado, hay grandes posibilidades que todos esos cambios ocurran en mejores condiciones y no opten por conductas negativas.

Las crisis paranormativas más frecuentes fueron las relacionadas con un cambio económico importante, no prevaleciendo las de desmoralización

que habitualmente son las que aparecen donde existe un consumidor abusivo de alcohol.

La familia es eje esencial en el proceso salud – enfermedad, por lo que debe promover bienestar entre sus integrantes, es la fuerza del ser humano y este se refugia en ella, busca apoyo y amor, pero cuando no sustenta protección, el individuo deja de verle como lo supremo en su vida.

Una familia es funcional cuando existe cohesión entre sus miembros, hay vínculos afectivos, se ofrecen cariño, existe una comunicación abierta, clara, se pueden establecer diálogos de cualquier tema, existe armonía o un equilibrio positivo, los roles se distribuyen de forma equitativa sin sobrecargas, están bien definidos, la familia se adapta sin extremos a las situaciones de la vida diaria y la permeabilidad es favorable sin excederse, no deben existir reglas rígidas. Estas dimensiones se comportaron favorables en la mayoría de los consumidores de alcohol, al parecer pudieran estar actuando como factor protector para el medio familiar, lo cual es proporcional a que estos se mantengan en el nivel de riesgo, aunque para una parte de las familias constituyeron un factor negativo por estar carentes.

La mayoría presenta un hogar, es evidente que se identificaron factores intrafamiliar actuando de forma desfavorable, por lo que se deduce que la vida interna se encuentre afectada, el incentivo de luchar y vivir por esa familia se deja a planos inferiores, siendo superado por hábitos y adicciones, que van lastimando no solo en el plano personal, sino familiar y social, el clima familiar es decisivo para las actitudes y comportamientos que asume el individuo.

Según los datos estadísticos y literaturas revisadas Ecuador presenta una prevalencia alta de consumo de alcohol, el abuso de este es una de las principales causas previsible de mortalidad y morbilidad, sería oportuno aplicar en el primer nivel de atención de salud programas y

encuestas con periodicidad, abordando al individuo, la familia y la comunidad, para tener una visión clara de la magnitud del problema y poder realizar acciones de prevención en sus diferentes niveles y monitorear de alguna manera la situación de consumo, además para observar las tendencias históricas.

### **4.3. Verificación de Hipótesis**

Ho. Los factores de riesgo intrafamiliar no favorecen el consumo de alcohol en la población perteneciente al EU06 del cantón Pujilí, 2015 – 2016.

H1. Los factores de riesgo intrafamiliar favorecen el consumo de alcohol en la población perteneciente al EU06 del cantón Pujilí, 2015 – 2016.

Tabla 22: Asociación estadística de las variables factores intrafamiliar y consumo de alcohol. Población EU 06 2015- 2016.

<b>Asociación de variables</b>			
Variables	Chi cuadrado de Pearson	Grados de libertad	p valor
<b>Consumo de alcohol y crisis familiar</b> (normativas y paranormativas)	25,3	9	0,007
<b>Consumo de alcohol y funcionamiento familiar</b>	12,07	3	0,003
<b>Consumo de alcohol y cohesión</b>			
Decisiones importantes	9,4	6	0,14
Ayuda a los demás	26,8	6	0,00
<b>Consumo de alcohol y armonía</b>			
Predomina la armonía	9,4	4	0,004
Intereses y necesidades respetadas	19,6	6	0,200
<b>Consumo de alcohol y roles</b>			
Cumplimiento de las responsabilidades	19	6	0,004
Distribución de tareas	7,5	6	0,276
<b>Consumo de alcohol y afectividad</b>			
Manifestaciones de cariño	25,4	6	0,00
Demostración de cariños	47	6	0,008
<b>Consumo de alcohol y comunicación</b>			
Expresiones sin insinuación	17,3	6	0,008
Conversar temas sin temor	6,2	6	0,349
<b>Consumo de alcohol y adaptabilidad</b>			
Aceptación de los defectos de los demás	19,7	6	0,003
Modificación de costumbres	1,5	6	0,956
<b>Consumo de alcohol y permeabilidad</b>			
Experiencia en otra familia	5,8	6	0,441
Busca ayuda en situación difícil	5,25	6	0,511

Fuente: Tablas de contingencia.

Elaborado por : Nery Balseca

Después de haber realizado la prueba de Chi cuadrado ( $\chi^2$ ), al relacionar las variables: consumo de alcohol crisis familiar y el p valor del mismo fue 0,007, menor que el nivel de significación determinado (0,05) por lo que podemos decir que estadísticamente existen diferencias significativas entre ambas variables, hay una dependencia entre el consumo de alcohol

y las crisis familiares.

Para la segunda relación (funcionamiento familiar y consumo de alcohol), el p valor del mismo fue 0,003 por lo que podemos decir que estadísticamente existen diferencias significativas entre ambas variables, existiendo una dependencia entre el consumo de alcohol y el funcionamiento familiar.

En la tercera relación de variables (factores familiar y consumo de alcohol) se obtuvo como resultado que: la cohesión (ayuda a los demás), armonía (predomina la armonía), roles (cumplimiento de las responsabilidades), afectividad (manifestaciones y demostración de cariño), comunicación (expresiones sin insinuación), adaptabilidad (aceptación de los defectos de los demás) fueron las que estuvieron asociadas al consumo de alcohol, determinado por un p valor en todos los casos menor que el nivel de significación (0.05), lo que define que en este estudio constituyan factores influyentes en el consumo de alcohol.

Por lo que no se rechaza la hipótesis alterna, lo cual indicaría que los factores de riesgo intrafamiliar influyen en el consumo de alcohol en la población perteneciente al EU 06 del cantón Pujilí, 2015-2016.

## **CAPITULO 5.**

### **5.1 Conclusiones**

- La categoría de riesgo fue predominante, constituyendo un resultado alarmante por la exposición de la población en estudio.
- Ambos sexos tienen similar comportamiento con relación al consumo del alcohol, la edad más frecuente es el adulto joven, el nivel de instrucción es el ciclo básico, la mayoría tiene ocupación laboral y el estado civil casado fue el más representativo.
- Las etapas del ciclo vital de la familia más evidentes fueron la de extensión y contracción.
- Tiene especial relevancia que las familias en su totalidad presentan crisis familiares tanto normativas como paranormativas, predominando en las relacionadas con el ciclo vital la presencia del adolescente y en las paranormativas los cambios económicos importantes.
- Prevalciendo las familias con afectación en su funcionamiento y actuando en una parte de esta las dimensiones internas de forma desfavorable (cohesión, armonía, roles, afectividad, comunicación, adaptabilidad y permeabilidad), siendo las dos últimas las más comprometidas.
- No se rechaza la hipótesis alterna, lo cual indicaría que los factores de riesgo intrafamiliar influyen en el consumo de alcohol.

## 5.2 Recomendaciones

- Proponer para el primer nivel la integración de un equipo multidisciplinario para la atención de los consumidores de alcohol y sus familiares.
- Ofrecer atención integral desarrollando actividades educativas e identificando las principales dificultades y modificándolas.
- Asesorar e intervenir en las familias con dificultades en su dinámica.
- Implementar un programa de intervención enfocado a la promoción y prevención en sus diferentes niveles, incluyendo al individuo, la familia y la comunidad, incorporando las instituciones sociales.
- Fomentar a través de los medios de comunicación local acciones destinadas a la prevención del consumo de riesgo del alcohol.
- Por los resultados detectados y el nivel investigativo utilizado (relacional), se le debe dar continuidad con estudios posteriores.

## **CAPITULO 6**

### **PROPUESTA**

#### **6.1 Datos informativos**

##### **6.1.1 Título**

Programa educativo y preventivo para minimizar el consumo de alcohol y mejorar la dinámica familiar. Pujilí sector EU 06. Noviembre – abril 2016 - 2017.

##### **6.1.2 Institución ejecutora**

Centro de Salud Pujilí Tipo A

##### **6.1.3 Beneficiarios**

Familias y consumidores de alcohol.

##### **6.1.4 Ubicación**

Sector San Juan.

##### **6.1.5 Tiempo estimado para la ejecución**

Noviembre – abril 2016- 2017(6 meses).

##### **6.1.6 Responsable**

Md. Nery H Balseca Guamán y EU 06 del centro de Salud tipo A Pujilí

##### **6.1.7 Recursos.**

Humanos (Md. Nery H Balseca Guamán e integrantes de EU 06)

## **6.2 Antecedentes de la propuesta**

La familia influye sobre el proceso salud – enfermedad, es un sistema, cuando no cumple con sus funciones básicas (económica, educativa y afectiva) y no conserva las relaciones internas adecuadas vinculadas con la cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, permeabilidad, adaptación, se afecta su funcionamiento.

Como resultado de la investigación planteada se detectó que existe un número importante de consumidores de alcohol y solo 19 familias son funcionales en su totalidad atraviesan crisis tanto relacionadas con el ciclo vital o normativas, como por las paranormativas.

Luego de realizar la prueba de Chi cuadrado se aprueba la hipótesis la cual está fundamentada en que los factores familiares influyen en el consumo de alcohol.

Es importante que la familia pueda enfrentar las situaciones de estrés, que logre mantener relaciones internas positivas, solo de esta manera sería superada las situaciones que pudieran aparecer en el transcurso del paso por las diferentes etapas.

## **6.3 Justificación**

El consumo abusivo de alcohol es un problema que afecta a la salud pública a nivel mundial, históricamente en esta problemática se trata de actuar sobre las consecuencias, pero nunca sobre las causas con las que pudiera estar relacionada.

Esta propuesta es necesaria realizarla porque se beneficiaran las personas afectadas, así como las familias y la comunidad, además este programa está encaminado a la educación, información y prevención en todos sus niveles, es pertinente realizarla porque solo sería posible desde la APS.

## **6.4 Objetivos**

### **General**

Implementar un programa encaminado a educar y prevenir el consumo abusivo de alcohol llevando a la población acciones de salud destinadas a mejorar la calidad de vida y el funcionamiento familiar.

### **Específicos**

1. Elevar el nivel de conocimiento sobre los daños que ocasiona el consumo de alcohol.
2. Desarrollar actividades de promoción de salud a nivel individual, familiar y comunitario.
3. Efectuar acciones de salud enfocadas a la prevención en sus diferentes niveles, fomentando las actitudes positivas hacia el mantenimiento de la salud contra el consumo de bebidas alcohólicas.
4. Captar actores sociales y formarlos para darle continuidad a las acciones desplegadas.

## **6.5 Análisis de la factibilidad**

La propuesta resulta factible porque a través de este programa se tratará de intervenir en una problemática que afecta al sector y además las familias serán involucradas no solo para incidir en ellas sobre la afectación del funcionamiento familiar comprometido, sino para vincularlas en los diferentes tratamientos y seguimientos que deberán realizarse.

Se conformará un equipo multidisciplinario (Psicología, Medicina Interna, Medicina Familiar y Comunitaria).

## **6.6 Fundamentación**

Se tendrá en cuenta el paradigma biosocial ya que se enfocará todo el programa con una visión holística, integral, proyectado hacia la atención integral del individuo desde el punto de vista biológico, psicológico y social.

Sustentado sobre un problema de salud identificado, se realizarán acciones encaminadas a controlar o minimizarlo.

### **Acciones de salud**

#### **Promoción de salud:**

Es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla <sup>3</sup>.

#### **Prevención primordial**

Este nivel es el más recientemente reconocido, cuyo objetivo es evitar el surgimiento y la consolidación de patrones de vida social, económica, cultural y del ambiente <sup>3</sup>.

#### **Prevención Primaria**

Son todos aquellos actos destinados a disminuir la incidencia de una enfermedad en una población, para reducir el riesgo de aparición de nuevos casos <sup>3</sup>.

#### **Prevención secundaria**

Son todos los actos destinados a disminuir la prevalencia de una enfermedad en una población para reducir la evolución y la duración. Aquí se actúa sobre el primer eslabón de la cadena, bien tratando adecuadamente a un enfermo tras un diagnóstico temprano, o detectando a un paciente aparente sano o portador después de un examen de salud

## **Prevención terciaria**

Son los actos destinados a disminuir la prevalencia de las incapacidades crónicas en una población para reducir al mínimo las invalideces funcionales provocadas por la enfermedad <sup>3</sup>.

## **Funcionamiento familiar**

### **Funcionamiento familiar (FF-SIL) según la dinámica de las relaciones internas.**

Se considera el funcionamiento familiar como la dinámica interactiva y sistémica que se produce entre los miembros de la familia y se evalúa a través de las categorías de armonía, cohesión, rol, comunicación, afecto, permeabilidad y adaptabilidad <sup>26</sup>.

## **Dimensiones del funcionamiento familiar**

### **Cohesión**

Se manifiesta como alta (amalgamiento), o baja (desligamiento), ambos extremos son patológicos <sup>28</sup>.

### **Armonía**

Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con la familia con un equilibrio positivo <sup>28,52</sup>.

### **Comunicación**

La comunicación es parte de la dinámica familiar proporcionándole forma y contenido <sup>28,32,56</sup>.

### **Adaptabilidad**

No es más que la capacidad de la familia para enfrentar los cambios y adaptarse al medio social; es decir, la habilidad para cambiar de la estructura de poder, las relaciones de rol y las reglas en dependencia de la nueva situación <sup>24,55</sup>.

### **Afectividad**

La función de expresar amor, brindar afecto y protección es primordial en la vida familiar, el afecto constituye el vehículo en el cual se ejercen las

funciones familiares y uno de los canales comunicativos más importantes en las relaciones de esa naturaleza <sup>28</sup>.

### **Rol**

En cada sociedad y en cada cultura existen patrones de comportamiento familiar, por lo que se hace difícil homogeneizar los roles de cada una de los integrantes del grupo de una manera específica <sup>18</sup>.

### **Permeabilidad**

Un concepto central para entender la relación de la familia con los demás sistemas sociales <sup>28</sup>.

### **Actividades a realizar:**

#### **a) Relacionadas a elevar el nivel de conocimiento.**

Actividades encaminadas a la superación del conocimiento sobre consumo de alcohol y las dimensiones que determinan las relaciones intrafamiliar. (Conferencia dialogada, taller grupal, video debate).

Se aplicará la estrategia educativa diseñada.

#### **b) Relacionados a las actividades de promoción.**

Las actividades de promoción se ejecutarán en los diferentes escenarios con los que se cuenta (familia, comunidad etc.)

Lanzamiento de programas de información sobre estilos de vida saludables, control de riesgos.

- Realización de charlas.
- Uso de folletos para promover salud.
- Dinámicas de grupo.
- Relajación como herramienta de autocontrol.
- Entrenamiento en habilidades sociales.

**Se realizarán actividades en común para todos los tipos de consumos de alcohol.**

- Asesoramiento claramente definido y estructurado (debe durar entre 5 y 10 minutos).
- Se aprovechará cuando acuda a la consulta, ofreciendo una eficaz anamnesis se le comentará sobre todo lo que se desea realizar en su beneficio.
- Afrontamiento del problema del consumo en el seno familiar.
- Terapia familiar y asesoría para afrontar el estrés y crisis presentadas.
- Asesoría a las familias con problemas en el consumo de alcohol.
- Captación y formación de actores sociales en temas relacionados al consumo del alcohol utilizando la estrategia educativa.

### **6.7 Metodología, Modelo operativo**

Este programa estará encaminado a :

- Elevar el nivel de conocimiento sobre el consumo de alcohol y funcionamiento familiar. (Aplicar estrategia educativa).
- Promoción de salud (Prevención primordial).
- Intervención precoz (Prevención primaria). Consumidores de riesgo (alto y bajo).
- Tratamiento y rehabilitación (Prevención secundaria y terciaria). Consumidores perjudicial y dependiente.
- Capacitar y formar actores sociales para darle continuidad al trabajo.

Tabla 23. Modelo operativo de la propuesta

Etapas	No Sesiones	Objetivo	Actividad	Tiempo	Recursos	Responsable
<b>1era etapa ( Implementar la estrategia educativa )</b>	4	1. Elevar el nivel de conocimiento sobre el consumo de alcohol	1.Contexto general sobre el alcohol (Conferencia dialogada)  2.Tipos de consumo de alcohol ( taller)  3. Consecuencias del consumo y abuso del alcohol ( Video debate)  4.Acciones de prevención relacionadas al consumo y abuso del alcohol. (Taller)	2 horas/ cada sesion	Humanos	Md. Nery Balseca Guamán
Información sobre temas de consumo de alcohol y funcionamiento familiar	4	2.Elevar el nivel de conocimiento sobre el funcionamiento familiar	1. Generalidades sobre la familia. Contextualización. (Conferencia dialogada) 2.Funcionamiento familiar. ( Taller) 3.Relaciones internas en la familia. (Video debate)  4. Acciones para mantener una dinámica familiar favorable. Taller	2 horas/ cada sesión	Humanos	Md.Nery H Balseca Guamán

<b>Etapas</b>	<b>No Sesiones</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Recursos</b>	<b>Responsable</b>
<b>2da etapa</b>  Actividades de promoción a nivel individual, familiar y comunitario	4	1. Desarrollar actividades de promoción relacionadas al consumo de alcohol	Charlas educativas sobre el consumo de alcohol	2 horas cada sesión	Humanos	Md Nery Balseca Guamán
	4	2. Desarrollar actividades de promoción de salud relacionadas al funcionamiento familiar	Dinámicas de grupo sobre el funcionamiento familiar	2 horas cada sesión	Humanos	Md Nery Balseca Guamán

Etapas	No de sesiones	Objetivo	Actividad	Tiempo	Recursos	Responsable
<p>3era etapa Implementaciones de salud de prevención en sus diferentes niveles a los consumidores de alcohol y las familias</p>	8	Realizar acciones de salud sobre los consumidores y la familia	<p><b>Prevención primaria</b> (Consumidores de riesgo bajo y alto) -Valoración clínica, psicológica, social incluye valoración de la familia y el entorno -Seguimiento a través de visitas al hogar y asistencia a consultas. -Actividades educativas de promoción y prevención. -La consejería breve para la moderación en relación al consumo de alcohol</p> <p><b>Prevención secundaria y terciaria</b> (Consumidor perjudicial y dependiente) -Valoración clínica, psicológica y social incluyendo valoración de la familia y el entorno. -Referencia al servicio especializado para tratamiento y rehabilitación, enfoque terapéutico.</p>	2 horas cada sesión	Humanos	Md. Nery Balseca

Etapas	No Sesiones	Objetivo	Actividad	Tiempo	Recursos	Responsable
<p><b>4ta etapa</b></p> <p>Captación, capacitación y formación de actores sociales en los temas relacionados al consumo de alcohol</p>	6	<p>1. Captar actores sociales para capacitarlos y formarlos sobre consumo de alcohol y funcionamiento familiar.</p>	<p>1. Reunión por sectores para la captación de los actores sociales. 2. Aplicar estrategia educativa sobre el conocimiento sobre consumo de alcohol y la familia.</p>	2 horas cada sesión	Humanos	Md Nery Balseca

## 6.8 Administración

- **Recursos institucionales**  
Centro de salud tipo A Pujilí
- **Recursos humanos**  
Md.Nery Balseca Guamán
- **Recursos materiales**  
Materiales de oficina ( lápiz, hojas, borrador, papel)
- **Recursos financieros**  
Ninguno

## 6.9 Previsión de la evaluación

### Plan de monitoreo

¿Qué evaluar?	El consumidor de alcohol
¿Por qué evaluar?	Por considerarse un problema de salud pública en el sector de EU06 Pujilí
¿Para qué evaluar?	Para disminuir o minimizar el consumo abusivo de alcohol.
¿Con qué criterios?	Clínicos, Psicológicos y social.
¿Indicadores?	Patrones de consumo de alcohol Funcionamiento familiar
¿Quién evaluar?	A los consumidores de alcohol
¿Cómo evaluar?	(Encuestas)
Fuentes de información	Documental e internet
¿Con qué evaluar?	Consumo de alcohol AUDIT y Funcionamiento Familiar FF-SIL ( Encuesta)

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Rodríguez G, Villar M. Estudio descriptivo del uso de drogas en adolescentes de educación media superior. Rev Mexicana 2010;12(1):391-97.
2. Garcia J, López C. Intervención sobre problemas derivados del consumo de alcohol. Reseña de Manual de estudios sobre alcohol. España: EDAF;2001.85
3. Barrón M, Santos R, Borioli G, Cardoso G. Adiciones nuevos paraísos artificiales. Indagaciones en torno de los jóvenes y sus consumos. 1ª ed. Argentina: Brujas; 2010; 81.
4. Lloret D. Salud y drogas. Una visión familiar 2001;1(1).[biblioteca virtual en línea]. Disponible: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83910107>.> [consulta: 20 de Jul 2016].
5. Zurro M, Cano J. Compendio de Atención Primaria. 2ed España: 2014.
6. Louro Bernal I. Manual para la intervención en salud familiar. 1ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2002.[biblioteca virtual en línea]. Disponible:<[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitaciontemprana/manual\\_para\\_la\\_intervencion\\_en\\_la\\_salud\\_familiar.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitaciontemprana/manual_para_la_intervencion_en_la_salud_familiar.pdf) > [consulta: 30 de octubre 2015].
7. Colom J. Symposium Científico Mujer y alcohol Socidrogalcoho. Sociedad Científica Española de estudios sobre alcohol, el alcoholismo y las otras Toxicomanías 2013; 2 ed: 3 – 59.
8. Morán Sánchez F. Factores socioculturales que influyen en el consumo de alcohol en adolescentes de 15 a 18 años. Tesis doctoral descriptiva. Universidad Estatal Península de Santa Elena del Ecuador;2013.
9. Organización Mundial de la salud (OMS). Informe de la OMS destaca los impactos negativos del alcohol en la salud. Ginebra, 2014. [consulta: 2 Jun 2016]

10. Consejo General de la Psicología de España. La Organización Mundial de Salud alerta sobre los riesgos del consumo de alcohol. 2011. consulta: [25 de abril 2016]
11. Organización Mundial de la salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Ginebra 2010.[biblioteca virtual de la OMS].<[http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/msbalcstrategies.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategies.pdf)> [consulta: 28 May 2016].
12. Red Panamericana de Alcohol y Salud Pública. Resumen del informe, recomendaciones,SegundaReunión Regional Cartagena.2014.[biblioteca virtual].Disponible:<[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=29698&Itemid=270&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=29698&Itemid=270&lang=es)>[consulta:28May 2016].
13. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas. Washington, 2015. [consulta: 28 May 2016]
14. Anderson P, Gual A, Colon J. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C: OPS, © 2008. [biblioteca virtual]. Disponible:<[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/alcohol\\_atencion\\_primaria.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf)>[consulta: 06 Jun 2016]
15. Alarcón R, Mazzotti G, Nicolini Sánchez. Psiquiatría. Nosología psiquiátrica. En: Velásquez E, Medina Mora M, Fleiz C, Nils Noya. Abuso y dependencia de sustancias psicoactivas.3 ed.Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2012: 330-31.
16. Organización Mundial de la Salud. Alcohol. Enero 2015. [biblioteca virtual].Disponible:<http://www.eluniverso.com/vidaestilo/2014/01/15/nota/2035326/alcohol-causa-80000-muertes-ano-continente-americano-segun-oms> [consulta: 3 Jun 2016].

17. Taller Regional sobre implementación de Programas, Detección, Intervención breve y referencia a tratamiento para el consumo de alcohol 2012. [biblioteca virtual en línea de la OPS]. [consulta: 16 Jun 2016].
18. Organización Mundial de la Salud. Siete órganos se afectan con frecuencia por el alcohol.2016.[biblioteca virtual en línea]. Disponible en: <<http://www.elcomercio.com/tendencias/salud/siete-organos-se-afectan-frecuencia.html>> [consulta: 16 Jun 2016].
19. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Más de 900 mil ecuatorianos consumen alcohol. 22 de Julio 2013. [biblioteca virtual en línea] Disponible:<<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/mas-de-900-mil-ecuatorianos-consumen-alcohol/>> [consulta: 25 abril 2016].
20. Taylor B, Rehm J, Caldera A, Bejarano J, Cayetano Cl, et al. Alcohol, género, cultura y daños en las Américas: reporte final del estudio multicéntrico OPS. Washington, D.C: OPS, © 2007;7(9). [biblioteca virtual].Disponible:<<http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Multicentrico-Espanol.pdf>> [consulta: 13 Junio 2016].
21. Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes (CONSEP). Plan Nacional de Prevención Integral de Drogas 2012-2013.
22. Forselledo A. Uso indebido de drogas, derechos del niño y políticas públicas para la prevención.2ed, Montevideo;2002. [biblioteca virtual en línea].Disponible:<[http://www.iin.oea.org/Repartido\\_Drogas\\_Segunda\\_Edicion..pdf](http://www.iin.oea.org/Repartido_Drogas_Segunda_Edicion..pdf)>[consulta:25 abril 2016].
23. Diaz K, Amaya M.Factores familiares, individuales y ambientales en el consumo y no consumo de drogas en adolescentes. Av enferm 2012; 3: 37-59.
24. Londoño C, Valencia S. Resistencia de la presión de grupo, creencias acerca del consumo y consumo de alcohol en universitarios. Anales de psicología 2010; 26(1): 27-33.

25. Garcia N, Castillo M, Castillo B, Cisneros M. La familia y el consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Ciencia y enfermería* 2014; 20 (3): 109-118.
26. Garcia N, López J, Castillo M, Rodríguez N, Castillo M. La historia familiar y la conducta de consumo de alcohol como factor sociocultural. *Perspectiva de enfermería Aquichán Bogotá* 2015;15 (2):219-27.
27. Gómez Arroba O. “Las familias disfuncionales y su influencia en el consumo de alcohol de los estudiantes del Colegio Reinaldo Miño Altamirano de la Parroquia Santa Rosa, Cantón Ambato en el periodo agosto 2012 – enero 2013”. Tesis. Universidad Técnica de Ambato;2013.
28. Artilles L, Otero J, Barrios I. Metodología de la investigación. Para las Ciencias de la Salud: Contexto de la investigación. Los paradigmas contemporáneos de la ciencia. Habana: ECIMED; 2008:31-50.
29. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación: Los procesos mixtos de investigación 4 ed. México: mexicana; 2008: 751-58.
30. Constitución del Ecuador Régimen del Buen Vivir.[biblioteca virtual línea]. Disponible: <<http://www.efemerides.ec/1/cons/index7.htm>> [consulta: 10 May 2016].
31. Ley Orgánica de Salud. Ley 67, Registro Oficial Suplemento 423, 22 de diciembre del 2006.[biblioteca virtual en línea]. Disponible: <[www.cicad.oas.org/fortalecimiento\\_institucional/.../PDF/.../ley\\_organica\\_de\\_salud.pdf](http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/.../PDF/.../ley_organica_de_salud.pdf)> [consulta: 15 Jun 2016].
32. Louro I. Familia en el ejercicio de la medicina general integral. En: Álvarez S. *Medicina General Integral: Salud y Medicina*. 3ª ed. La Habana: Ecimed; 2014: 533.

33. Murrieta M, Osorio M. Psicología de la familia en países latinos del siglo XXI. México: Amapsi; 2009.
34. Cado V, Calero S, Cordon F, Ezquerro M. Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. 2ed. España: Médica Panamericana; 2012.
35. Louro I. Modelo teórico – metodológico para la evaluación de salud del grupo familiar en la atención primaria. Tesis doctoral. Escuela Nacional de Salud Pública la Habana; 2004.
36. Clavijo A. Crisis, familia y psicoterapia. La Habana: Ciencias Médicas; 2002: 125-126.
37. Louro I. La familia en la determinación de la salud. 2003; 29(1). [biblioteca virtual]. Disponible: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21429107>> [consulta: 15 Jun 2016].
38. Rubinstein A. Medicina familiar y práctica ambulatoria: Bases y Fundamentos de la práctica de la medicina. 2da edición. Argentina: Médica Panamericana; 2006.
39. Vázquez I. Manual de la Psicología de la salud. Pirámides. España: 2012.
40. Medline Plus. Riesgos del consumo de alcohol para la salud 2011. Disponible: <<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000494.htm>> [consulta: 20 May 2016].
41. Guardia J, Jiménez M, Pascual P, Flórez G, Montserrat C. Alcoholismo: Guías clínicas basadas en la evidencia científica SOCIDROGALCOHOL. 2 ed. España: 2007; 1-150.
42. Álvarez Sintés R, Cabrea G, Báster J, García R. Medicina General Integral: Salud Familiar. 5 ed. Cuba: Ciencias Médicas; 2008; t1:127-130.
43. González I. Las crisis familiares. Rev. Cubana Med Gen Integr 2000; 16(3):270 – 6.

44. Valdés J, Pérez L, Rodríguez M, Vega T, Díaz I. Caracterización del funcionamiento familiar en el paciente alcohólico. 2014; 8 (1). [biblioteca virtual línea]. Disponible: <<http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/41/50>> [consulta: 12 Jun 2016].
45. Ramírez M, Andrade D. La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes. Rev Latino-am Enfermagem 2005; 13: 813-18.
46. Babor T, Caetano R, Sally C, Griffith E, Giesbrecht N, Graham K, et al. El alcohol un producto de consumo no ordinario: Investigación y políticas públicas. 2ed. Washington. [bibliotecavirtuallínea]. Disponible: <<http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/alcohol.pdf>> [consula: 12 Jun 2016].
47. Martínez A, Sanz M, Cosgaya L. El papel de las relaciones familiares en el rendimiento escolar y el bienestar psicológico de los adolescentes. Psicoteca: 2005.
48. Argandoña A, Fontrodona J, Garcia P. Libro Blanco del Consumo Responsable de Alcohol en España: Impulsando un cambio de actitudes y patrones de consumo. Madrid: Diageo España, S.A:2009. [biblioteca virtual]. Disponible :< [http://www.iese.edu/es/files/Diageo\\_LibroBlanco.pdf](http://www.iese.edu/es/files/Diageo_LibroBlanco.pdf)> [consulta: 30 de octubre 2015].
49. Babor T, Higgins J. Intervención Breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol 2011. [biblioteca virtual en línea]. Disponible en:<[http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/en/BImanualSpanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/BImanualSpanish.pdf)> [consulta: 22 de Abril 2016].
50. Ribé M, Martí Tusquets J. La enfermedad alcohólica. 2ª ed. Barcelona: Espaxs, S.A; 2002:372-5.
51. Gelder M, Mayou R, Geddes J. Oxford Psiquiatria. 2ª Ed. Madrid: Mabán; 2000: 259

52. Louro Bernal I. Hacia una nueva conceptualización de la salud del grupo familiar y sus factores condicionante. Rev Cubana Med Gen Integr 2004; 20(3)
53. Ortiz M, Padilla M, Ortiz E. Diseño de intervención en funcionamiento familiar. Rev. Cubana Unión Latinoamericana de Psicología 2000.
54. Casado Vicente V, Calero Muñoz S, Córdón F. Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. 2da ed. Barcelona: Editorial Médica Panamericana; 2012:2456-58.
55. González Benítez I. Las crisis familiares. Rev. Cubana Med Gen Integr 2000
56. Giró J. Adolescentes, ocio y consumo del alcohol. España; 2007. Valladares M. La familia: Una mirada desde la Psicología. Rev. Ciencias Médicas en Cienfuegos ISSN: 1727-897X Medisur 2008.
57. Ares P. Psicología de la familia: Una aproximación a su estudio. La Habana Félix Varela. 2003.
58. Valdez A. Familia y desarrollo, Intervenciones en terapia familiar. México: El Manual Moderno; 2007.
59. Concepción J. Estrategia Didáctica para Estimular el Desarrollo de la Competencia Comunicativa en Idioma Inglés de estudiantes de Especialidades Biomédicas de Especialidades. Tesis Doctoral. Universidad Central Marla Abreu de las Villas. 2004
60. Monereo C, Romero M. Estrategias de gestión temporal en las actividades colaborativas mediadas por ordenador. Análisis cualitativo de los de los episodios estratégicos. Rev Teoría de la Educación 2004.
61. UNESCO. Políticas y estrategias educativas 2010. [biblioteca virtual en línea]. Disponible en: <<http://www.google.com/cu/search>> [consulta: 29 Abril 2016].

62. Estrategia de Promoción de la Prevención en el SNS. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. [biblioteca virtual en línea]. España;2013.Disponible: < <http://publicacionesoficiales.boe.es>> [consulta: 17 de junio 2016].
63. Organización Mundial de la Salud. La equidad en la mira: La salud Pública durante las últimas décadas. Washington, 2007. [biblioteca virtual en línea]. Disponible: <<http://www.paho.org> > [consulta: 29 Abril 2016].
64. Luna J, Díaz V. Enfoque preventivo y factores de riesgo. En: Álvarez S. Medicina General Integral: 3ª ed. La Habana: Ecimed 2014: 168
65. Garcia J, López C. Manual de estudios sobre alcohol. Coordinador. España: EDAF; 2001.
66. Bermúdez C. El sendero de los pueblos. Colombia: Universidad del Valle; 2006.
67. Domínguez M, Guarnizo L, Ortiz E. Plan de intervención para prevenir y disminuir el consumo de alcohol en los estudiantes de bachillerato del colegio Camilo Gallegos Toledo del cantón Gualaquiza; Tesis de grado. Universidad de Cuenca; 2015.
68. Cardona A, Orjuela L. Consumo de riesgo, síntomas de dependencia y consumo perjudicial de alcohol en estudiantes de una universidad pública de Medellín. 2013. [biblioteca virtual en línea].Disponible :<<http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/consumo-de-riesgo-sntomas-de-dependencia-y-consumo-perjudicial-de-alcohol-en-estudiantes-de-una-universidad-pblica-de-medelln2013.pdf>>.[consulta: 04 de Sep 2016].
69. Consejo Nacional contra las adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública, Fundación Gonzalo Río Arronte. Encuesta Nacional de Adicciones2008.1<sup>ed</sup>(62).Disponible:<[http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08\\_NACIONAL.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_NACIONAL.pdf)>.[consulta: 04 de Sep 2016].

70. Stahre M, Roeber J, Kanny D, Brewds R, Zhng X. Contribución del consumo excesivo de alcohol a las muertes y a los años potenciales de vida perdidos en los Estados Unidos. 2014; 11. Disponible: <[https://www.cdc.gov/pcd/issues/2014/13\\_0293\\_es.htm](https://www.cdc.gov/pcd/issues/2014/13_0293_es.htm) >.[consulta: 03 de Sep 2016].
71. Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas –CONSEP-. IV Estudio Nacional sobre uso de drogas en población de 12 a 65 años del Ecuador 2013. Informe de investigación. 2014;(2,11).
72. Pascual F, Guardia J, Pereiro C, Bobes J, 'et al'. Alcoholismo. Guías Clínicas Socidrogalcohol Basadas en la Evidencia Científica.2013; 3<sup>ed</sup>.
73. Gobierno Nacional de la República de Colombia. Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2013. Informe final. Colombia; 2014. [biblioteca virtual en línea]. Disponible: <[https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio\\_de\\_Consumo\\_UNODC.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf) > [consulta: 21 de Jul 2016].
74. Bustos P. Estudio de los factores de riesgo y protección del consumo de sustancias en adolescentes. Tesis doctoral. Universidad de Alcalá; 2010.
75. Secades R, Fernández J. Consumo de drogas y factores de riesgo en los jóvenes del municipio de Oviedo. Tesis de grado. Universidad de Oviedo; 2001.
76. Míguez H. Epidemiología de la alcoholización juvenil en Argentina. 2004; 50 (1) 43-47.
77. Ministerio de la Salud Presidencia de la nación. Algunos datos sobre el consumo de alcohol en Argentina .2011. [biblioteca virtual en línea]. Disponible:<<http://www.msal.gob.ar/saludmental/images/stories/infoequipo>

s/pdf/4-algunos-datos-sobre-el-consumo-de-alcohol.pdf> [consulta: 21 de Jul 2016].

78. Torres J, Iglesias M, Cruz Mármol. Consumo de alcohol y riesgo de alcoholismo. Rev Cubana de Medicina Militar 2001; 29 (2).

79. Instituto Nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de drogas. México: 1ed: INPRFM; 2012. [consulta: 20 de Jul 2016].

80. Benavides F, Ruiz N, Delclós J, Salvany A. Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral en España. 2013;27 (3):248-53.

81. Zapata F, Calderón G, Cano V, Castaño A. Consumo de alcohol y factores de riesgo en estudiantes de dos universidades colombianas. 2012; 12(1). [ consulta: 19 de Jul 2016].

82. Villacé M, Fernández A, Moacyr J. Consumo de alcohol según características sociodemográficas en jóvenes de 18 a 24 años. Rev. Latino-Am. Enfermagem; 2013; 21(5). [biblioteca virtual en línea]. Disponible en: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/es\\_0104-1169-rlae-21-05-1144.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/es_0104-1169-rlae-21-05-1144.pdf) > [consulta: 19 de Jul 2016].

84. Rodríguez M. Funcionamiento familiar desde la percepción del paciente alcohólico y sus familiares. Cuba:2012.

85. Sandoval J, Velázquez J. Caracterización de un grupo familiar con integrantes alcohólicos masculinos residentes en Cayo Hueso. Rev Hosp Psiquiátrico de La Habana. Cuba 2013; 10(1).

86. Sarango A. Consumo de alcohol en adolescentes mayores y su relación con la estructura y funcionamiento familiar en la ciudad de Loja. Tesis doctoral. Universidad Nacional de Loja; 2011.

87. Ramírez L. El funcionamiento familiar en familias con hijos drogodependientes (Un análisis etnográfico). Tesis doctoral. Universidad de Valencia; 2007.
88. Sinche E, Suárez M. Introducción al estudio de la dinámica familiar. 2006; 1(1):38-47.
89. Natera G, Orford J, Capello A, Mora J, Tiburcio M. Acta Colombiana de psicología. La cohesión y el conflicto en familias que enfrentan el consumo de alcohol y otras drogas una comparación transcultural México-Gran Bretaña. 2003;(1). [biblioteca virtual en línea]. Disponible: <<http://www.redalyc.org/pdf/798/79800901.pdf> > [consulta: 19 de Jul 2016].
90. Romero F. Familia, cohesión, consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y de alcohol en jóvenes. Colombia: 2011. (12).59-66. [consulta: 21 de Jul 2016].
91. Sánchez V. Funcionamiento familiar de integrantes en un centro de alcohólicos de Coatzacoalcos Veracruz. Tesis. Universidad de Veracruzana; México 2011 [consulta: 21 de Jul 2016].
92. Gómez C, León C, Pérez L. El alcoholismo una problemática actual. 2012; 6(4). [consulta: 21 de Jul 2016].

## ANEXOS

### Anexo No 1



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE POSGRADO UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA  
Investigadora: Nery Hermelinda Balseca

#### Consentimiento informado

Fecha.....

Yo \_\_\_\_\_ estoy plenamente de acuerdo en participar en la investigación de la Dra. Nery Hermelinda Balseca sobre **“FACTORES DE RIESGO INTRAFAMILIARES RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL. POBLACIÓN DEL EU 06. PUJILÍ, 2015 - 2016.”**Una vez que se me expliquen los objetivos, propósitos y beneficios que reporta dicha investigación desde el punto de vista social y humano. Se me ha comunicado que toda información y los procedimientos a los cuales me expongo se utilizarán únicamente con fines investigativos, teniendo la posibilidad de retirarme de la investigación en el transcurso de la misma, si lo considero necesario, sin que esto repercute en la atención médica.

.....

Firma del participante.

.....

Firma del investigador

## Anexo No 2



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE POSGRADO UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA  
Investigadora: Nery Hermelinda Balseca

### Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT).

A continuación encontrarás una serie de preguntas relacionadas con el consumo del alcohol. Marca con una X Las respuestas que consideres adecuada. Contesta haciendo referencia al último año.

A1. ¿Con que frecuencia tomas alguna "bebida" que contenga alcohol?	Nunca	Una o menos veces al mes	2-4 veces al mes	2 o 3 veces por semana	4 0 más veces por semana
A2. ¿Cuántas "bebidas alcohólicas" tomaste durante un día típico en el que ha bebido? Si no tomas no contestes esta pregunta	1 ó 2	3 ó 4	5 ó 6	7 ó 9	10 0 más
A3. ¿Con que frecuencia tomas seis "bebidas" o más en un sola ocasión?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A Diario o casi a diario
A4. ¿Con que frecuencia en el último año haz sentido Incapacidad de parar de beber una vez que había comenzado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A Diario o casi a diario
A5. ¿Con que frecuencia durante el último año no pudiste hacer lo que normalmente se esperaba de ti debido a la Bebida?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A Diario o casi a diario
A6. Durante el último año, ¿con que frecuencia necesitaste tomar alguna "bebida alcohólica" por la mañana para poder ponerte en funcionamiento después de una noche de haber bebido mucho?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A Diario o casi a diario
A7. Durante el último año ¿con que frecuencia te sentiste culpable o con remordimientos después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A Diario o casi a diario
A8. Durante el último año, ¿en cuántas ocasiones no fuiste capaz de recordar lo que le había pasado la noche anterior por haber estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A Diario o casi a diario
A9. ¿Tu u otra persona ha sufrido algún daño como consecuencia de que bebiste?	No	Si pero no en el último año	Si, el último año	Semanalmente	A Diario o casi a diario
A10. ¿Algún pariente, amigo, médico o profesional de la salud te ha expresado su preocupación por tu bebida o te ha sugerido dejar de beber?	No	Si pero no en el último año	Si, el último año		

Fuente: Babor et al. 2001. Disponible en:  
[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/alcohol\\_atencion\\_primaria.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf)

### Anexo No 3



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE POSGRADO UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Investigadora: Nery Hermelinda Balseca

#### Cuestionario de funcionamiento familiar FF-SIL según la dinámica de las relaciones internas

El FF-SIL, cuestionario de funcionamiento familiar, tiene sólo 14 ítems.	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia.					
2. En mi casa predomina la armonía.					
3. En mi familia cada uno cumple 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 diferentes.					
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás 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.					
TOTAL					

Fuente: Manual para la intervención en la salud familiar.

**Anexo No 4**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD DE SALUD PÚBLICA**



**POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**ESTRATEGIA EDUCATIVA**

**TEMA:** CONSUMO DE ALCOHOL Y FACTORES FAMILIARES INFLUYENTES.

**AUTORA:** Médico Nery Balseca Guamán.

**TUTORA:** Doctora Leticia Remón Ramírez, Esp.

Ambato - Ecuador

2016

## INTRODUCCIÓN Y FUNDAMENTACIÓN

Los efectos del consumo excesivo de alcohol sobre el organismo, son ampliamente conocidos, y son posiblemente el motivo desencadenante de que las personas con un problema de adicción a este tóxico comiencen un tratamiento de desintoxicación y deshabituación, aunque el problema real de esta adicción, como en muchas otras, sea probablemente las consecuencias familiares, sociales y laborales, que en la mayor parte de las ocasiones resultan devastadoras <sup>1</sup>.

El abuso del alcohol representa una de las principales causas de muerte, enfermedades y accidentes evitables en muchos países del mundo.

El consumo de alcohol está asociado con una variedad de consecuencias sanitarias y sociales adversas. Se han demostrado los efectos nocivos del alcohol sobre muchas enfermedades, como la cirrosis hepática, enfermedades mentales, varios tipos de cáncer, pancreatitis y accidentes fatales en las mujeres embarazadas.

Se relaciona estrechamente con acontecimientos de efectos sociales adversos, como muertes y accidentes por conducir en estado de embriaguez, conducta agresiva, rupturas familiares y reducción de la productividad laboral <sup>2</sup>.

El consumo de alcohol en las Américas es aproximadamente un 50% mayor que el promedio mundial. En el año 2002, el consumo de alcohol per cápita en las Américas fue de un promedio de 8.5 litros, comparado con la media global de 6.2 litros <sup>3</sup>.

Ecuador se encuentra dentro de los 10 primeros países de Latinoamérica con mayor consumo de bebidas alcohólicas<sup>4</sup>, más de 900.000 ecuatorianos consumen alcohol <sup>5</sup>.

En el cantón Pujilí, en el sector EU 06 (Portal, Cashapamba, Veintimilla, San Sebastian) en el Análisis de la Situación Integral de Salud (ASIS) del año 2014 se priorizó como problema de salud el consumo de alcohol, detectándose un porcentaje alto de familias con consumidores.

¿Cómo actuar desde la Atención Primaria de Salud sobre los factores intrafamiliares que influyen en el consumo de alcohol?

Con el objetivo de transmitir conocimientos a la población sobre los efectos nocivos del consumo abusivo del alcohol se realiza esta estrategia educativa. La implementación de programas educativos con participación comunitaria propicia el aumento del conocimiento sobre el riesgo que este puede causar.

Se realizó un diagnóstico que permitió conocer la problemática para poder actuar e intervenir.

## **6.6 DIAGNÓSTICO Y FUNDAMENTACIÓN**

De acuerdo a las necesidades de aprendizaje identificadas a través del modelo de David Leyva (Anexo 1), se realizará el diagnóstico para la propuesta de las actividades que son necesarias para modificar el problema identificado.

### **Objetivos**

#### **General**

Fomentar conocimientos sobre el consumo abusivo de alcohol y el funcionamiento familiar.

## **Específicos**

- Elevar el conocimiento sobre el consumo de alcohol y sus consecuencias del uso abusivo.
- Promover acciones favorables y conocimientos sobre el funcionamiento familiar.

## **PLANIFICACIÓN ESTRATEGICA**

- **Límites**
- **Espacio:** Sector Pujilí
- **Universo:** Total de consumidores de alcohol y familias con afectación del funcionamiento familiar.
- **Tiempo:** 1 año
- **Audiencia Primaria**
  - o Población del sector EU 06 Pujilí
- **Audiencia Secundaria**
- Médicos y Enfermeras del centro de salud.
- Agentes comunitarios de salud.
- Promotores de salud.
- Esposos.

## **Estrategias educativas**

- Cara a cara
- Audiencia sanitaria
- Charlas
- Talleres
- Video debate
- Lluvia de ideas
- Conferencias dialogadas

## **Actividades**

Se realizarán actividades orientadas a desarrollar: Información, Educación y Comunicación (IEC) con enfoque individual, familiar y comunitario.

A través de temas principales con diversas actividades que se desarrollaran diversas actividades, con la audiencia primaria para lograr los objetivos trazados. (Anexo 2)

## **Recursos**

- Materiales: libretas, lápices, computadora, papel para papelógrafo, pizarra, marcadores.
- Equipamiento: computadora, televisores, videocaseteras, impresora
- Comunicativo: radio Bases, Emisoras de radio, programas de televisión
- Humanos: Equipo de Atención Integral de Salud (EAIS).
- Económicos: financiamiento propio con apoyo intersectorial y ministerial.

## **Indicadores**

Son expresiones cuantificables a través de cuya medición se puede desarrollar una evaluación del proceso, de resultado y de impacto (Anexo 3).

## **Cronograma**

Se comenzará durante el año 2016 y 2017 se fortalecerá para su continuidad en el tiempo (Anexo 4).

## **INSTRUMENTACIÓN**

Actividades a desarrollar.

Las actividades que están propuesta en el programa educativo, incluye las actividades de grupos e individuales (entrevistas en consultas).

## **EVALUACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO**

### **Indicadores de proceso**

La evaluación de proceso se realizará en forma sistemática para conocer los efectos del programa educativo sobre la audiencia, el cumplimiento de las acciones propuestas para cada objetivo, así como los avances, resultados y efectos a corto y mediano plazo.

Se utilizarán indicadores para medir el grado de efectividad en relación a la estrategia educativa.

### **Indicadores de resultados.**

Trimestralmente se aplicarán los mismos instrumentos que se utilizaron para el diagnóstico inicial que permitirán evaluar la efectividad de las acciones desarrolladas, teniendo en cuenta los conocimientos y prácticas de la población estudiada.

### **Indicadores de impacto.**

Al año de implementar la estrategia educativa se aplicarán los mismos instrumentos que se utilizaron para el diagnóstico inicial que permitirán evaluar la efectividad del programa así como los indicadores para medir el resultado, teniendo en cuenta los conocimientos de la población en estudio.

## MATERIALES DE REFERENCIA DE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA

1. Lloret D. Salud y drogas . Una visión familiar 2001; 1(1).[biblioteca en línea].Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83910107>.>[consulta: 20 de Jul 2016].
2. Organización Mundial de la salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Ginebra 2010. [biblioteca virtual de la OMS].Disponible:<[http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/msbalcstrategyes.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategyes.pdf)> [consulta: 28 May 2016].
3. Red Panamericana de Alcohol y Salud Pública. Resumen del informe y recomendaciones,Segunda Reunión Regional Cartagena.2014.
4. Organización Mundial de la Salud. Siete órganos se afectan con frecuencia por el alcohol. 2016.[biblioteca virtual en línea].Disponible :<<http://www.elcomercio.com/tendencias/salud/siete-organos-se-afectan-frecuencia.html>> [consulta: 16 Jun 2016].
5. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Más de 900 mil ecuatorianos consumen alcohol. 22 de Julio 2013. [biblioteca virtual en línea] <<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/mas-de-900-mil-ecuatorianos-consumen-alcohol/>> [consulta: 25 abril 2016].

## Anexo No 1.

### Modelo de David Leyva para identificar las necesidades de aprendizaje (Estrategia educativa)

<b>Tareas</b>	<b>Desarrollo</b>
Acercamiento al problema (Situación problema)	Consumo abusivo de alcohol en familias con alteración en su funcionamiento según las relaciones internas.
Identificar lo ideal	Alcanzar que toda la población se encuentre capacitada sobre el riesgo del consumo abusivo de alcohol.  Alcanzar que las familias se encuentren capacitadas sobre las relaciones intrafamiliares positivas.
Identificar lo real	El nivel de conocimientos sobre el consumo de alcohol y sus riesgos en el abuso y el funcionamiento familiar.
Buscar la discrepancia o relación entre lo ideal y lo real.	Falta de conocimientos y conductas inadecuadas sobre el consumo de alcohol.
Analizar la necesidad	Conocimientos adecuados y suficientes para modificar estilos de vida y relaciones intrafamiliar correctas.
De acuerdo a la necesidad que debo hacer, trazar la meta.	Proponer una estrategia de intervención educativa para elevar el conocimiento sobre el riesgo del consumo abusivo del alcohol y sobre el funcionamiento de las relaciones internas en la familia.
Buscar alternativas de solución.	Mejorar con participación comunitaria
Analizar cada una de las alternativas	Mejorar conocimientos y actitudes acerca del consumo abusivo de alcohol.  Trabajo intersectorial
Priorizar las alternativas	Trabajar en equipo para lograr los objetivos trazados.
Elaborar una propuesta educativa	Enfocada a mejorar el conocimiento y conductas sobre el consumo abusivo del alcohol.  El trabajo intersectorial.  La participación de actores sociales para lograr los objetivos propuestos  Mejorar los indicadores expuestos.

## Anexo No 2

### Actividades a desarrollar. (Planificación Estrategia educativa)

TEMA	ACTIVIDADES	TÉCNICAS Inauguración	LUGAR	HORA	RESPONSABLE
<b>Objetivo 1 Elevar el conocimiento sobre el consumo de alcohol</b>					
Tema 1. Introducción. Contexto general sobre el alcohol.	Conferencia Dialogada	Lluvia de ideas.	Centros Auditorio	Salud Tipo A. Pujilí	16pm Md. Nery Balseca
Tema 2. Tipos de consumo de alcohol	Taller interactivo	Lluvia de ideas.	Centros Auditorio	Salud Tipo A. Pujilí	16pm Md. Nery Balseca
Tema 3 Consecuencias del consumo excesivo del alcohol (física, psicológica y social)	Video debate	Lluvia de ideas	Centros Auditorio	Salud Tipo A. Pujilí	16pm Md. Nery Balseca
Tema 4 Acciones de prevención					
<b>Objetivo 2 Elevar el nivel de conocimiento sobre el funcionamiento familiar.</b>					
Tema 1 Generalidades sobre la familia. Contextualización	Conferencia Dialogada	Lluvias de ideas	Centros Auditorio	Salud Tipo A. Pujilí	16 pm Md. Nery Balseca
Tema 2 Funcionamiento familiar	Taller interactivo	Lluvias de ideas	Centros Auditorio	Salud Tipo A. Pujilí	16 pm Md. Nery Balseca
Tema 3 Relaciones internas en la familia.	Video debate	Lluvias de ideas	Centros Auditorio	Salud Tipo A. Pujilí	16 pm Md. Nery Balseca
Tema 4 Acciones de prevención					

Elaborado por: Nery Balseca

### Anexo No 3

#### Indicadores de evaluación

Tema	Actividad	Proceso	Indicadores		
			Cumplimiento	Resultado	Impacto
Tema 1. Introducción. Contexto general sobre el alcohol	Conferencia Dialogada	Número de personas consumidoras que asisten/ Nro. total de la población X 100	Nro. de horas educativas aplicadas / Nro. de horas educativas planificadas x 100	Nro. de personas que mejoran sus conocimientos/ Nro. de personas capacitadas x 100	Cambio en la información
Tema 2. Tipos de consumo de alcohol	Taller interactivo				Disminución de los consumidores abusivos de alcohol
Tema 3 Consecuencias del consumo excesivo del alcohol (física, psicológica y social)	Video debate				Incremento en la información
Tema 1 Generalidades sobre la familia. Contextualización	Conferencia Dialogada	Número de familias con consumidores			
Tema 3 Funcionamiento familiar	Taller interactivo				
Tema 4 Relaciones internas en la familia (cohesión, armonía, afectividad, roles comunicación, permeabilidad, adaptabilidad)	Video debate	Número total de la Población por 100			

Elaborado por: Nery Balseca Guamán

## Anexo No 4

### Cronograma de actividades

Objetivos	Actividades	2016		2017			
		Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril
Objetivo 1. Elevar el conocimiento sobre el consumo de alcohol							
Tema 1. Introducción. Contexto general sobre el alcohol.							
Tema 2. Tipos de consumo de alcohol	Conferencia Dialogada Taller interactivo Video debate						
Tema 3 Consecuencias del consumo excesivo del alcohol (física, psicológica y social)							
Tema 4 Acciones de prevención							
Objetivo 2 Elevar el nivel de conocimiento sobre el funcionamiento familiar							
Tema 1 Generalidades sobre la familia. Contextualización	Conferencia Dialogada Taller interactivo Video debate						
Tema2 Funcionamiento familiar							
Tema 3 Relaciones internas en la familia.							
Tema 4 Acciones de prevención							

Elaborado por: Nery Balseca G.