



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO DE PUNO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONSUMO DE ALCOHOL EN

ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA

SECUNDARIA INDUSTRIAL 32 PUNO - 2019

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. YESICA MARGOT HUAYCANI MAMANI

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PUNO – PERÚ

2020



DEDICATORIA

Con infinito amor y mi eterna gratitud a mis queridos padres Edilberto y Alicia, quienes a lo largo del camino han velado por mi bienestar y educación, por su gran sacrificio, comprensión y apoyo incondicional, por haberme inculcado valores, principios, buenos sentimientos y el espíritu de la perseverancia y ese sentimiento caritativo hacia los demás que necesitan de nuestro apoyo, todo ello con una gran dosis de amor, a ellos le debo la culminación de mi formación profesional.

A mi hermana Yovana por comprenderme, apoyarme y motivarme a lo largo de mi formación profesional. Quiero exaltar la labor de todas mis amistades, que estuvieron presentes durante toda o la mayor parte de la realización y el desarrollo de esta tesis, gracias a aquellos que con respeto y decencia realizaron aportes.

Yesica



AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la fortaleza para continuar, por la vida que me dio, la oportunidad de ser lo que soy hasta el día de hoy.

A mi alma mater, la Universidad Nacional del Altiplano por acogerme y darme la oportunidad de forjarme profesionalmente, preparándome para un futuro mejor y ser una persona de bien.

A la Facultad de Enfermería y a su plana docente por brindarme sus saberes durante mi formación profesional.

A los miembros del Jurado: Enf. María Agripina Apaza Álvarez, M.Sc. Elsa Gabriela Maquera Bernedo y Mg. Julio Cesar Ramos Vilca, les agradezco de forma especial por sus acertadas observaciones, sugerencias y aportes para el desarrollo y culminación del presente trabajo de investigación.

A mi directora y asesora de tesis, Dra. Frida Judith Malaga Yanqui por su tiempo, comprensión, paciencia y orientación que me brindo durante el proceso de la presente investigación.

A los docentes y estudiantes del 1ro a 5to grado de la Institución Educativa Secundaria Industrial 32 Puno por su colaboración, quienes me concedieron su tiempo para poder llevar a cabo la investigación.

Yesica



ÍNDICE GENERAL

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

RESUMEN 9

ABSTRACT..... 10

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN..... 11

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA..... 15

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN..... 15

1.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN..... 15

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 MARCO TEORICO 16

2.1.1La familia 16

2.1.2Funcionalidad familiar 17

2.1.3Consumo de alcohol..... 30

2.1.4Adolescencia 40

2.2 MARCO CONCEPTUAL..... 44

2.3 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION..... 44



CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	53
3.2 ÁMBITO DE ESTUDIO	54
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	55
3.4 VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN.....	57
3.5 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	58
3.6 PROCESAMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	62
3.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	64

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS	66
4.2 DISCUSIÓN	71
CONCLUSIONES	77
RECOMENDACIONES	78
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
ANEXOS.....	90

Área : Salud del niño, escolar y adolescente.

Tema : Funcionalidad familiar y consumo de alcohol.

FECHA DE SUSTENTACION: 14 de enero 2020.



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Relación entre funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Industrial 32 Puno – 2019	66
Tabla 2	Tipo de funcionalidad familiar en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Industrial 32 Puno – 2019	68
Tabla 3	Funcionalidad familiar según dimensiones: cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, efectividad, rol y permeabilidad en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Industrial 32 Puno – 2019	69
Tabla 4	Consumo de alcohol en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Industrial 32 Puno – 2019	70



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Relación entre funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria industrial 32 Puno – 2019.....	97
Figura 2	Tipo de funcionalidad familiar en adolescentes de la Institucion Educativa Secundaria Industrial 32 Puno – 2019	97
Figura 3	Funcionalidad familiar según dimensiones: cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, efectividad, rol y permeabilidad en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Industrial 32 Puno – 2019	98
Figura 4	Consumo de alcohol en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Industrial 32 Puno – 2019	98



ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

ANAR	:	Fundación de ayuda a niños y adolescentes en riesgo.
AUDIT	:	Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol.
CNF	:	Comisión Nacional de la Familia Gestión.
DEVIDA	:	Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas
ENAHO	:	Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza.
INEI	:	Encuesta Nacional de Estadística e Informática.
IES	:	Institución Educativa Secundaria.
MINSA	:	Ministerio de Salud.
OMS	:	Organización Mundial de la Salud.
OPS	:	Organización Panamericana de la Salud.
SPSS	:	Statistical Package for the Social Sciences.



RESUMEN

El estudio de investigación se realizó con el objetivo de determinar la relación entre funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Industrial 32 Puno – 2019. El estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal y diseño correlacional. La población estuvo constituida por 699 adolescentes de ambos sexos con edades de 11 a 17 años, y el tamaño de la muestra de estudio fue de 248 adolescentes obtenidos mediante el muestreo probabilístico; para la recopilación de datos se utilizó como técnica la encuesta, y como instrumentos ya validados el test de funcionalidad familiar FF-SIL y el Test de Identificación de los Trastornos relacionados con el consumo de alcohol (AUDIT); para la presentación de resultados se utilizó la estadística analítica, y para la comprobación de hipótesis se aplicó la prueba estadística de Chi cuadrado ($p < 0.05$). Los resultados obtenidos fueron: el 59.6% de estudiantes pertenecen a familias moderadamente funcional y el 24.6% de estudiantes pertenecen a familias disfuncionales. Con respecto al consumo de alcohol el 93.5% de estudiantes presento un consumo sin riesgo al alcohol, el 4% de estudiantes presento un consumo de riesgo al alcohol y el 2% de estudiantes presento síntomas de dependencia al alcohol. Referente a la funcionalidad familiar según dimensiones, la comunicación, permeabilidad y adaptabilidad con un porcentaje de 50%, 49% y 47.2% respectivamente son disfuncionales. Para conocer la relación entre funcionalidad familiar y consumo de alcohol, se aplicó la prueba estadística de la Chi cuadrado, corroborando la relación entre las dos variables. Finalmente se concluyó que, existe relación entre funcionalidad familiar y consumo de alcohol en los adolescentes objeto de estudio.

Palabras claves: Funcionalidad familiar, consumo de alcohol, familia, adolescente.



ABSTRACT

The research study was carried out with the aim of determining the relationship between family functionality and alcohol consumption in adolescents of the Industrial Secondary Education Institution 32 Puno - 2019. The study was descriptive, cross-sectional and correlational in design. The population consisted of 699 adolescents of both sexes, aged 11 to 17 years, and the size of the study sample was 248 adolescents obtained through probability sampling; To collect data, the survey was used as a technique, and the FF-SIL family functionality test and the Identification Test for Alcohol-Related Disorders (AUDIT) were used as already validated instruments; Analytical statistics were used for the presentation of results, and the Chi-square test ($p < 0.05$) was applied for hypothesis testing. The results obtained were: 59.6% of students belong to moderately functional families and 24.6% of students belong to dysfunctional families. Regarding alcohol consumption, 93.5% of students presented a consumption without risk to alcohol, 4% of students presented a consumption of risk to alcohol and 2% of students presented symptoms of alcohol dependence. Regarding family functionality according to dimensions, communication, patency and adaptability with a percentage of 50%, 49% and 47.2% respectively are dysfunctional. To know the relationship between family functionality and alcohol consumption, the Chi-square test was applied, corroborating the relationship between the two variables. Finally, it was concluded that there is a relationship between family functionality and alcohol consumption in the adolescents under study.

Keywords: Family functionality, alcohol consumption, family, teenager.



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

Los adolescentes al vivir una etapa de crisis de desarrollo, producto de la transición de la niñez a la adultez joven, al enfrentar problemas familiares, tratan de evadir estas situaciones adoptando conductas no asertivas en la búsqueda de salidas fáciles como, accediendo al consumo de alcohol y drogas. (1). A nivel mundial los adolescentes representan el 20% de la población total y de este porcentaje, el 85% se encuentra en los países sub desarrollados. En el Perú la población adolescente representa aproximadamente la novena parte de la población total (2), y en el departamento de Puno representa casi la cuarta parte con el 22%. (3)

La funcionalidad familiar es considerado como la forma de relación en la que interactúan los miembros de una familia y es relevante en el desarrollo del adolescente interviniendo como soporte necesario para su desempeño individual y social; cuando la familia es funcional el adolescente es capaz de cumplir con los retos de la vida en relación a las demandas que recibe del medio externo; si se fragmenta la familia, provoca un desenlace en los vínculos intrafamiliares surgiendo familias disfuncionales, que tienen efectos que son evidentes en la adolescencia, porque es el segmento de la vida donde se define la personalidad (4).

La familia cumple una función fundamental en la aparición de conductas des adaptativas en los hijos; la existencia de una comunicación fluida en la familia, es muy importante para la estabilidad emocional de sus integrantes. Por el contrario, un clima familiar conflictivo o con falta de afecto favorece la adopción de conductas de riesgo. (5)

La situación de la funcionalidad familiar para los adolescentes, desde el ámbito de formación de las familias es preocupante; pues en América Latina, el 54% de las



familias están conformadas solo por un padre (ya sea el padre o la madre), 36% está conformada por los dos padres, y el 10% no tienen padres. En el Perú, los resultados indican que un 43% de las familias está conformada por un padre, el 35% son familias nucleares; y el 22% no tienen padres; de los cuales el 20% pertenece a familias divididas, y en un 43% son familias aisladas. (6)

De acuerdo al INEI (2010), basado en sus encuestas de ENDES, los divorcios y separaciones se incrementaron en 51,52%. Cerca del 8,0% de los hogares del país tiene entre sus miembros al menos un menor de 15 años de edad en calidad de hijo de crianza, es decir, niños que no viven con ninguno de sus padres biológicos, aun cuando éstos estén vivos. El 75,3% de los niños menores de 15 años de edad vive con sus padres. De otro lado el 15,0% de los niños vive sólo con la madre, pero no con el padre, de ellos el 2,6% tiene al padre muerto. (7)

Según la Organización Mundial de la Salud cada año se producen 3,3 millones de muertes en el mundo debido al consumo de alcohol, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones; el uso nocivo de alcohol es un factor causal de más de 200 enfermedades y trastornos (8). En América Latina el Perú ocupa el tercer lugar en consumo de alcohol, las regiones con más problemas por el consumo de alcohol entre adolescentes son Lima, El Callao, Arequipa, donde el 30% de escolares inicio a los 13 años.(9) por otro lado, la Fundación de Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo (ANAR) revela que conforme pasa el tiempo se incrementa enormemente el consumo de alcohol y puede iniciarse; entre los 12 y 17 años, reduciéndose cada vez más la edad en la que los menores empiezan a beber, lo cual afecta su salud física y mental. (10)

En nuestro país los consumos de bebidas alcohólicas se han convertido en un grave problema social; no solo por el incremento de consumidores, sino por la edad promedio 13 años de inicio en el consumo y la adicción que pueda generar en ellos. (11)



El 8.5% de los escolares, de 11 a 13 años de edad, habían consumido alcohol el año previo a la encuesta. Estos porcentajes eran 24.6% para los escolares de 14 a 16 años y de 35.4% para los de 17 a 20 años de edad. Asimismo, a mayor nivel educativo mayor prevalencia de consumo tanto de drogas legales como ilegales. (12). En la Red de salud de Puno, se incrementó alarmantemente el consumo de bebidas alcohólicas en la población adolescente y juvenil, de 0.5% en el 2012, a 2.7% en el 2017. (13)

Según el reporte de la Oficina Zonal de DEVIDA, el consumo de alcohol y drogas en la región Puno se incrementó en 2%. El hecho es aún más preocupante cuando las estadísticas reflejan que el inicio de consumo de bebidas alcohólicas se da desde los 9 años de edad y con frecuencia se origina en las fiestas patronales. Según especialistas, la ingesta de bebidas alcohólicas inicia desde los 9 a 12 años de edad, debido a la ausencia de los padres, quienes en muchos de los casos están dedicados al negocio y otras actividades, dejándolos a su suerte. Los estudiantes de las instituciones educativas públicas y privadas de los niveles primaria y secundaria, en vez de asistir a clases deciden trasladarse a zonas alejadas y ocultas para ingerir los conocidos tragos como Triple X, 51 Bogoña, Cartavio, entre otros licores ilegales. Para el coordinador del Programa de Prevención y Tratamiento de Drogas del Convenio DEVIDA de la Municipalidad Provincial de Puno, León Isaac Quispe Huaranca, las fiestas patronales son las causantes del incremento del consumo de alcohol, además de la falta de afecto de los padres. (14). Tres de cada diez jóvenes consumen bebidas alcohólicas, resalto que en el año 2016 los colegios con mayores casos de alcoholismo, fueron las Instituciones Educativas, José Antonio Encinas y María auxiliadora. (15)

El consumo de alcohol en menores de edad tiene serias repercusiones en la salud y desarrollo de la persona. Los estudios revelan que el consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad, pueden afectar negativamente el desarrollo mental, los hábitos de



estudio, el desarrollo de las habilidades necesarias para una correcta transición a la edad adulta, así como la dependencia al alcohol de forma temprana, el involucramiento con otras drogas, el riesgo de infecciones virales, conductas de riesgo como sexo sin protección y los accidentes automovilísticos. (16)

Los patrones de consumo de alcohol en menores de edad pueden deberse a una variedad de factores: La familia, los amigos, los medios de comunicación, las normas culturales y la religión, así como las políticas gubernamentales. Por ejemplo, se ha comprobado que la promoción de bebidas alcohólicas en los medios publicitarios influye en la decisión que toman los adolescentes para beber, o aumenten su consumo de alcohol. (16)

Mientras tanto en la Institución Educativa Secundaria Industrial 32 de la ciudad de Puno, algunos estudiantes entre varones y mujeres abandonan su actividad académica por diversos motivos; dentro de ellos el consumo de alcohol que impide la continuación de sus estudios. Además, se ha evidenciado que muchos de los adolescentes que deberían de estar en aulas de un colegio, se encuentran en lugares fuera de la institución educativa: Como consecuencia del consumo de alcohol en edades tempranas, se observa con mayor frecuencia problemas de índole académicos sociales y conductuales de riesgo como el ejercer la sexualidad de forma irresponsable, embarazos no deseados, suicidios, violaciones, ente otros, como ocurre en otras regiones de nuestro país donde día a día aumenta la delincuencia producto de consumo de bebidas alcohólicas, generalmente como respuesta al abandono por parte de los padres y a la falta de control de las conductas negativas que adoptan los adolescentes de esta institución.



1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación entre funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Industrial 32 Puno -2019?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general:

- Determinar la relación entre funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Industrial 32 Puno – 2019.

Objetivos específicos:

- Identificar el tipo de funcionalidad familiar en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Industrial 32 Puno - 2019.
- Identificar la funcionalidad familiar según sus dimensiones: cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, efectividad, rol y permeabilidad en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Industrial 32 Puno - 2019.
- Identificar el consumo de alcohol en adolescentes de la Institución Educativa Industrial Secundaria 32 Puno - 2019.

1.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

- **Hi:** Existe relación entre funcionalidad familiar y el consumo de alcohol en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Industrial 32 Puno – 2019.
- **Ho:** No existe relación entre funcionalidad familiar y el consumo de alcohol en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Industrial 32 Puno – 2019.



CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 MARCO TEORICO

2.1.1 La familia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define familia como los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial. La familia es el principal espacio socializador y como uno de los micro promotores de salud, desarrollo, bienestar. (17)

Según el MINSA la familia es la unidad básica de la sociedad y el primer espacio de socialización del ser humano en el que se generan derechos, deberes y relaciones orientados al bienestar y desarrollo integral de las personas, donde se aprenden valores fundamentales para la convivencia social. (18)

Las familias pueden variar en su constitución, pero no en sus principios y valores universales; pueden ser: grandes, pequeñas, parenterales, urbanas, rurales, dispersas o integradas, la familia sigue siendo el grupo de conveniencia primario, la primera escuela de vida, que define la personalidad, con una gran función social y educativa. (19)

La Comisión Nacional de la Familia (CNF) define que la familia como un grupo social, unido entre sí por vínculos de consanguinidad, filiación y de alianza, incluyendo las uniones de hecho cuando son estables. Es posible entender a la familia como la célula social básica, ya que en toda sociedad es posible identificar una familia, por lo tanto, un componente esencial de la estructura social más amplia. (20)



La familia puede considerarse como un sistema o subsistema abierto, dinámico e interdependiente, es la principal influencia socializadora sobre el adolescente. Esto significa que la familia es el principal transmisor de los conocimientos, valores, actitudes, roles y hábitos que una generación pasa a la siguiente. Por medio de la palabra y el ejemplo la familia moldea la personalidad del adolescente y le difunde modos de pensar y formas de actuar que se vuelven habituales. (21)

Con respecto a los hijos la familia cumple cuatro funciones esenciales:

- a) Asegurar su supervivencia y sano crecimiento físico.
- b) Brindarles un clima de afecto y apoyo sin los cuales el desarrollo psicológico sano no resulta posible. El clima de afecto implica el establecimiento de relaciones de apego que permiten un sentimiento de relación privilegiada y de compromiso emocional.
- c) Facilitar a los hijos una estimulación que haga de ellos seres con capacidad para relacionarse competentemente con su entorno físico y social, así como para responder a las demandas y exigencias planteadas por su adaptación al mundo en que les toca vivir.
- d) Tomar decisiones con respecto a la apertura hacia otros contextos educativos y sociales que van a compartir con la familia la tarea de educación de los hijos. (22)

2.1.2 Funcionalidad familiar

Es la relación interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y mide el grado de satisfacción de las funciones básicas del sistema familiar mediante las dimensiones de cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, efectividad, roles y adaptabilidad (23).

Fernández P. (1999), quien da una definición general: “la funcionalidad familiar es el modo en que se comportan unos con otros y la calidad de las relaciones



interpersonales es considerado el componente más importante para determinar la salud de la familia". (24)

La dinámica o funcionalidad familiar se refiere a un patrón de interacciones que en sí misma, connota la fuerza impulsora que potencia o destruye la dinámica de la familia, y contiene un sello personológico, que configura un estilo distintivo y legítimo de ser y hacer familia, al compartir tradiciones, mitos y una cultura que le es propia. (25)

En un contexto más amplio, implica la funcionalidad integral entre sus miembros a través de una red de comunicación relacional y en su espacio más íntimo, es generadora de procesos afectivos vinculativos intra e intergeneracionales en permanente evolución con estilos tanto funcionales como perturbadores, que replican en el ámbito de la conducta individual de sus miembros y se refleja de forma sistémica en el comportamiento del colectivo familiar.

Generalmente se conoce que los niños se desarrollan bien cuando se crían en el seno de una familia sana o saludable. Una familia va a ser saludable en la medida en que funcione como un sistema abierto, con reglas y roles apropiado a cada situación, donde sus integrantes se comuniquen, tolerando las diferencias individuales, lo que favorece la cohesión y promueve el crecimiento de sus miembros.

En este sentido, es riesgoso calificar de disfuncional, a los distintos tipos de tramas vinculares, en consideración, a que lo que le da significado real al proceso dinámico interno, es la calidad del vínculo existente entre sus miembros y lo que nunca perderá vigencia frente a la emergencia de nuevos modelos, es la existencia del rol afectivo en su interior. (26).

A veces un miembro de la familia decide que él o ella no le gusta su papel y decide cambiar su papel en la familia. Esto puede alterar la dinámica familiar, sin embargo, si



un miembro de la familia está tratando de hacer un cambio positivo, es importante para la familia para apoyar el cambio como la dinámica familiar tienen influencia y pueden dejar cicatrices permanentes en las personas.

El tipo de relaciones que se establece entre los miembros de la familia es de capital importancia. La funcionabilidad o disfuncionalidad de dichas relaciones depende del grado de satisfacción de las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de sus integrantes. Para entender su funcionamiento se requiere conocer también sus relaciones interpersonales, pues las acciones de cada uno de ellos producen reacciones y contra reacciones en los demás y en ellos mismos. En otras palabras, las características de la familia son las propias de un sistema abierto.

Dentro de este sistema actúan fuerzas tanto positivas como negativas, que determinan el buen o mal funcionamiento de esta unidad biológica natural. Jackson dio a este conjunto de fuerzas el nombre de dinámica familiar y le atribuyó un papel fundamental en el constante cambio y crecimiento de la familia. (27)

Los factores psicosociales, básicamente las relaciones interpersonales y los procesos que se dan dentro de la familia, constituyen una influencia determinante en el origen de muchas conductas de riesgo en el adolescente.

Esto hace necesario determinar que interacciones del núcleo familiar son disfuncionales, ya sea que dieron lugar a la formación de tales conductas o porque promueven su mantenimiento.

El proceso de discriminación entre las interacciones funcionales y las disfuncionales exigen de parte del clínico la investigación de ciertos parámetros, que quedar integrados en tres áreas principales del funcionamiento global de la familia: la organización o estructura, la solución de problema y el clima emocional. (28)



2.1.2.1 Funcionalidad familiar en la adolescencia

La adolescencia debe ser vista como un momento en la etapa evolutiva de la familia; una etapa de crisis y crecimiento tanto para el adolescente como para los padres y la familia como una unidad. (29)

La adolescencia como etapa del desarrollo y modo de operatividad humana se produce en el marco de una familia y sus características, situaciones son el producto de una interacción entre el adolescente y su familia. (30)

La adolescencia es un periodo de transición especialmente crítico e intenso en el ciclo familiar vital, marcado por inestabilidad y desequilibrio tanto en cada uno de sus miembros como en toda la familia, ya que todos están sometidos a los impactos del crecimiento y desarrollo. El adolescente, en su tarea de descubrir nuevas direcciones y formas de vida, desafía y cuestiona el orden familiar preestablecido. En su dicotomía independencia, el adolescente crea una inestabilidad y tensión en las relaciones familiares, lo que a menudo resulta en conflictos intensos que eventualmente puede tomarse crónicos. Sin embargo, cierto grado de conflicto entre generaciones es inevitable y necesario para permitir el cambio y promover el crecimiento individual y familiar. La familia, y en especial de los padres, constituyen el principal sistema de apoyo para el adolescente. La familia es el grupo primario en el que los individuos aprenden las normas básicas de comportamiento humano y las expectativas sociales. El grupo familiar proporciona apoyo emocional y protección a sus miembros y les permite su crecimiento y desarrollo, una función especialmente importante durante la adolescencia. A pesar de sus intentos de distanciamiento y a veces de agresiones, el joven necesita de la cercanía y disponibilidad afectiva de los padres. Los problemas de la pareja, manifiesto o no, también pueden afectar al adolescente. El joven puede ser un “triangulado”, transformándose en un mensajero de los problemas de sus padres. (31)



La familia con hijos adolescentes se enfrenta a la superposición o coincidencia de las crisis normativas de los signos vitales tanto de los hijos como de los padres, lo que hace a ambos más vulnerables, altera el funcionamiento familiar y obliga al sistema familiar a hacer ajustes para mantener las relaciones y la salud mental. (32)

Las dificultades que presenta la familia de acomodarse a esta situación donde sus miembros pasan a ser adolescentes son inevitables. Tanto los adolescentes como sus familias pueden percibir los años que comprende la adolescencia como una época tormentosa y emocionalmente agresiva plagada entre frecuentes enfrentamientos entre unos y otros. Sin embargo, estudios recientes han puesto en manifiesto que a la mayoría de los adolescentes realmente les gustan sus padres y creen llevarse bien con ellos. Lo cierto es que la adolescencia produce un rápido desarrollo físico, así como profundos cambios emocionales que pueden ser excitantes, no obstante, también pueden resultar confusos e incómodos tanto para el adolescente y sus padres. (23)

Aunque los enfrentamientos y discusiones sean frecuentes, los adolescentes suelen tener un alto concepto de sus padres, los rechazos y conflictos no suelen tener que ver con la personalidad de los padres, sino más bien con el hecho de que es de sus padres de quien tienen que independizarse si quieren tener su propia vida. El funcionamiento y las alianzas familiares desempeñan un papel importante; puesto que estos elementos empiezan a moldear la conducta mucho antes de aparecer la adolescencia. (33)

2.1.2.2 Dimensiones de la funcionalidad familiar

Entre varios autores que han intentado evaluar la funcionalidad familiar, Cuesta, Pérez y Louro, en su investigación titulada: “Funcionalidad Familiar: Construcción y validación de un instrumento”.

El instrumento mencionado consta de catorce preguntas para así poder medir la funcionalidad familiar de los adolescentes. La evaluación de la prueba de percepción de



la funcionalidad familiar es de fácil comprensión para cualquier nivel de escolaridad y que pueda ser aplicado por cualquier tipo de personal de salud. Donde incluye los siguientes criterios que identificaran una funcionalidad sana de la familia: Se tomó en cuenta las siete dimensiones de la funcionalidad familiar ya mencionadas, las cuales se detallan a continuación. (23)

a) Cohesión:

Es la unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas. (23)

La cohesión familiar se entiende como el apego emocional que los miembros de la familia tienen entre sí y el grado de autonomía personal que experimentan dentro del sistema familiar. La cohesión actúa como protector de la estabilidad del sistema, en términos de distancia o cercanía, es decir, la estabilidad entre las tendencias centrípetas y centrifugas. (34)

No obstante, el afán y las múltiples actividades hacen que las personas se vean dispersas, separadas de sus seres queridos; por ejemplo: Los padres que cuando llegan al hogar sus hijos ya duermen. Los padres que trabajan los fines de semana, es decir, evitan compartir momentos de esparcimiento con sus hijos.

La cohesión (unidad) se pierde y cada miembro se ve sumergido en las distintas actividades. Ello no es malo; lo inadecuado esta en dar prioridad a aspectos que desplazan a la familia y el posible disfrute familiar, el conocimiento mutuo, además de la comprensión de las distintas dificultades que se pueden tener y que los demás miembros desconocen por la falta de tiempo y dialogo. Podemos entonces argumentar, que la cohesión familiar es la integración resultante de compartir tiempo, dialogo y esparcimiento, lo máximo posible, entre los miembros de la familia, pese a las ocupaciones necesarias de la vida cotidiana. (35)



b) Armonía:

Es la correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo. (23)

La armonía familiar es el entendimiento entre los miembros de un hogar, se expresa en un estado de ánimo armónico, dialogante y de entrega, sustentando en valores y principios de vida, encaminadas a conseguir vivir en la verdad y lograr un desarrollo moral, intelectual, económico y espiritual. Con respecto al tema, Kínder afirma que:” Una familia con una buena funcionalidad familiar gracias a los lazos de cariño y respeto, que tienen metas en común, pueden convivir de manera armónica y facilitar que sus miembros se desarrollen saludablemente. (36)

c) Comunicación:

Cuando los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa y en forma positiva. (23)

Se define como el intercambio de información dentro de la familia. La comunicación y el dialogo es un valor muy importante en la familia, porque permite el intercambio de ideas, pareceres, deseos y otros. Es la llave de las puertas del entendimiento, la comprensión y porque no decirlo de la felicidad familiar. (37)

Cuando mejor es la comunicación entre padres e hijos, mejor será la imagen que estos tengan de sí mismos, la buena comunicación parece reflejar un armonioso funcionamiento del sistema familiar, en el que los progenitores son capaces de comunicar sus valores, creencias y sentimientos a sus hijos.

Por otro lado, la misma crisis económica hace que los padres pasen más horas fuera de la casa, disminuyendo considerablemente el contacto con sus hijos dándose una pobre comunicación.



La falta de comunicación entre padres e hijos, conlleva a que los adolescentes afronten solos sus problemas de sexualidad en medio del desconcierto, a consecuencia de ello una gran mayoría de adolescentes reciben información y conocimientos fuera del ambiente familiar siendo muchas veces una información que no incluye valores o normas morales que le permita una visión clara de la importancia de la preparación psicológica que engloba la sexualidad. (38)

La comunicación familiar refleja los patrones de interacción a través de los cuales los miembros de una familia interactúan, intercambian mensajes con contenidos afectivos, informativos o normativos. La funcionalidad o no de la comunicación familiar, expresa el grado o la medida en que sus miembros han aprendido a manifestar adecuadamente o no, sus sentimientos en relación con los otros, y también cuando la familia ha avanzado en la elaboración de sus límites y espacios individuales. (39)

Una familia funcional se diferencia de otra disfuncional en el manejo que hace de sus conflictos, no en la presencia o ausencia de éstos. En las familias funcionales se emplea correctamente la comunicación para identificar y resolver los problemas; en cambio, en las disfuncionales la comunicación tiende a convertirse en instrumento de ataque y el criterio a seguir ante una dificultad no es tanto lo que conviene hacer sino quién se va a salir con la suya en una desgastante lucha por el poder. (40)

d) Permeabilidad:

Es la capacidad de la familia de brindar y recibir experiencia de otras familias e instituciones. (23). La permeabilidad 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 sub sistemas. Se manifiesta en la posibilidad de solicitar y permitir la ayuda desde fuera del sistema familiar. La apertura del sistema



facilita el apoyo social de otras familias, de los amigos y compañeros más cercanos, además de otras instituciones sociales que pudiera ser el médico de la familia. (41)

➤ **Las familias abiertas o permeables:**

Son las que agradecen las entradas, alentando a los miembros individuales a adaptar sus creencias y prácticas para satisfacer las demandas de cambio de la sociedad. Tales familias es más probable que busquen información sobre cuidados de la salud y utilicen los recursos de la comunidad. Estas familias son adaptables y, por tanto, mejor prepararlas para afrontar los cambios necesarios en el estilo de vida para restaurar, mantener o promocionar la salud.

➤ **Familias cerradas o impermeables:**

También pueden describirse como sistemas cerrados. Son unidades auto limitadas resistentes a la interacción o influencia del exterior. Tales familias, es menos probable que cambien sus valores y prácticas; tienden a ejercer más control sobre las vidas de sus miembros y rechazan la vida de sus miembros y rechazan las recomendaciones realizadas por miembros ajenos a la familia. Para los sistemas familiares cerrados es más difícil utilizar los recursos de la comunidad que pueden serles útiles al tratar una crisis de salud familiar o incorporar nuevas conductas que pueden promover una familia más sana. Afirma que las familias con permeabilidad ausente pueden llegar a ser sistema carente de la capacidad de abrirse y no brindar ni recibir experiencias de otras familias, de otras instituciones, de otras personas. (23)

e) Afectividad:

Es la capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros. (23)

Según las familias funcionales y saludables predominan patrones comunicativos directos y claros. Sus miembros suelen expresar de manera espontánea tanto sentimientos



positivos como negativos, sus iras y temores, angustias, ternuras y afectos, sin negarle a nadie la posibilidad de expresar libre y plenamente su afectividad. En las familias saludables predomina igualmente un clima emocional afectivo positivo lo cual potencia la integración familiar y eleva los recursos de la familia para enfrentar los conflictos, crisis y problemas que puedan presentarse en distintas etapas a lo largo del ciclo vital evolutivo familiar (42).

f) Roles:

Se da cuando cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar. (23)

Los roles ordenan la estructura de las relaciones de la familia, deben ser flexibles. Cada persona en la familia desempeña una variedad de roles que se integran en la estructura de la familia y se refieren a la totalidad de las expectativas, así como normas que una familia tiene con respecto a la posición y conducta de sus miembros. La asignación de roles en la familia se efectúa en virtud a la posición de los miembros en los subsistemas. (43)

Un concepto ligado a los roles, es el del poder de la familia. Tradicionalmente se ha atribuido grados y formas de poder diferentes a los miembros de la pareja, mientras que el poder del padre a derivado de sus roles intra y extra familiares, el poder de las mujeres ha tenido su causa en las relaciones en el interior de la familia. En la actualidad estamos asistiendo a una redefinición de los roles tradicionales y a una nueva distribución de poder dentro de la familia. (44)

g) Adaptabilidad:

Es la forma en que los miembros de la familia, utilizan los recursos intra y extra familiares en los momentos de grandes necesidades y periodos de crisis, para resolver sus problemas y adaptarse a las nuevas situaciones (23).



Capacidad de la familia para adoptar o cambiar sus reglas o normas de funcionamiento, roles, etc., ante la necesidad de enfrentar determinados cambios, dificultades, crisis por los que puede atravesar la misma en un momento dado. La no presencia de esta flexibilidad impide a la familia hacer un uso adecuado de sus recursos, lo que provoca un aferramiento a esquemas, normas, roles, actitudes, que resultan poco funcionales y dificultan encontrar una solución viable a la situación familiar problemática. (45)

La adaptabilidad es la habilidad, capacidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, relaciones de rol y reglas de relación en respuesta al estrés situacional o de desarrollo.

Se refiere a la capacidad de la familia de cambiar sus reglas o pautas de funcionalidad, roles y estructuras de poder en respuesta a situaciones de estrés. Las familias tienden a varias entre polos de flexibilidad y rigidez. La adaptabilidad debe tener en cuenta variables socioeconómicos y culturales.

El nivel de adaptabilidad o de vulnerabilidad de la familia y de sus miembros a la crisis, respuesta a un evento estresante o a una transición depende de la interacción de los siguientes:

El tipo de relaciones que mantienen sus miembros.

- El estilo de afrontamiento de los problemas.
- Las fuentes de apoyo del adolescente y de su familia.
- Los valores y creencias de la familia.
- La acumulación de tensiones y estrés.
- Los recursos de la familia para resistir las tensiones.



Un factor protector importante viene a ser la calidad de la relación del adolescente con sus padres, tiempo compartido, compañía mutua y confianza. Como indicadores de la adaptabilidad o de la vulnerabilidad a la crisis se toman dos factores:

- El grado de satisfacción de los miembros de la familia con diferentes aspectos de su vida.
- La presencia o ausencia de problemas de salud y comportamiento. (46)

2.1.2.3 Tipos de funcionalidad familiar

Consideramos la funcionalidad familiar como el conjunto de relaciones interpersonales que se dan entre los miembros que forman una familia. Tomando en cuenta los propósitos de este tema, se define la palabra diagnóstico, como el proceso evaluativo por el cual se va a conocer la capacidad funcional de la familia.

Los tipos de funcionamiento familiar según el test de FF-SIL son los siguientes. (23)

a) Familia Funcional

Es aquella cuya interrelación como grupo humano favorece el desarrollo sano y el crecimiento personal de cada uno de sus miembros, en la medida que existe un equilibrio en el cumplimiento de sus funciones y a su vez disponga de recursos adaptativos para enfrenar los cambios (23). También se considera que una familia funcional, son aquellas cuyas relaciones e interacciones hacen que su eficacia sea aceptable y armónica. Las familias que son funcionales, son familias donde los roles de todos los miembros están establecidos sin que existan puntos críticos de debilidades asumidas sin ostentar posiciones de primacía, artificial por ninguno de los miembros y donde todos laboran, trabajan, y construyen igualmente con entusiasmo por el bienestar colectivo. (47)

Valle Iribe, considera que una familia funcional, es aquella cuyas relaciones e interrelaciones hacen que su eficacia sea aceptable y armónica. Las familias que son



funcionales, son familias donde los roles de todos los miembros están establecidos sin que existan puntos críticos de debilidades asumidas y sin ostentar posiciones de primacía, por ninguno de los miembros; y donde todos laboran, trabajan y contribuyen igualmente con entusiasmo por el bienestar colectivo (31).

b) Familia moderadamente funcional

Es una expresión intermedia entre la familia funcional y la familia disfuncional, de las categorías que define el funcionamiento familiar. Se obtienen en Test una puntuación de 56 a 43 puntos. Al respecto, se menciona que una familia moderadamente funcional limita el crecimiento espontáneo y podría generar temor para la toma de decisiones, además de reforzar sentimientos de inseguridad, que puedan relacionarse muy fuertemente con el desarrollo de sus habilidades (23).

c) Familia Disfuncional

Es la expresión negativa de las categorías que definen el funcionamiento familiar. Se obtiene en Test con una puntuación de 42 a 28 puntos. Una familia es disfuncional donde el comportamiento inadecuado o inmaduro de uno de los padres inhibe el crecimiento de la individualidad y la capacidad de relacionarse sanamente con los miembros de la familia. (23)

En una familia disfuncional sus miembros están enfermos emocionalmente, psicológica y espiritualmente; donde todos se ven afectados adversamente, aunque un solo miembro de la familia experimente el problema. (48)

Una familia que funciona mal, ejerce una presión constante que deforma emocionalmente de por vida a aquellos que se crían en ella. La familia es la primera y más importante estructura de autoridad que experimentamos todos. Por consiguiente, nuestro carácter, nuestro concepto de autoridad y nuestra actitud hacia ella, son básicamente formados en la familia. (49)



Las personas que viven en ambientes de familias disfuncionales, generalmente son personas disfuncionales resultando hijos tristes, frustrados, enfermos, deprimidos, poco valorados, con baja estima, con necesidad continua de amor, aceptación y respeto, sumamente sensible a poder ser heridos y lastimados y muy dependientes. (50)

d) Familia severamente disfuncional

Es una expresión negativa de extremo de las categorías que define el funcionamiento familiar, se obtiene en el Test con una puntuación de 27 a 14; tienen afectación de todas las categorías con una inadecuada o nula expresión de afectos y una comunicación no clara e indirecta que puede llegar al maltrato físico y psicológico del adolescente. (23)

2.1.3 Consumo de alcohol

2.1.3.1. Generalidades sobre el consumo de alcohol

El alcohol ha sido considerado por la O.M.S. como una de las drogas potencialmente más peligrosas para la salud física, psíquica y social de las personas, por encima de sustancias tales como la cocaína, los estimulantes sintéticos, los alucinógenos o los derivados del cannabis. (51)

El consumo de alcohol implica beber cerveza, vino o licor fuerte, puede producir daños en los consumidores dependiendo de multitud de variables: sexo, edad, peso, estado físico, estado psíquico, tipo de alcohol, situación.

El consumo de alcohol y otras drogas entre los adolescentes suscita preocupación social. Por un lado, ciertas características de este período evolutivo pueden facilitar el consumo de alcohol y otras drogas. Por otro, el consumo de estas sustancias suele iniciarse en esta etapa de la vida. Es complejo determinar cuándo el consumo adolescente de alcohol resulta problemático, ya que la aparición de secuelas físicas requiere que se



haya estado abusando de esta sustancia cierto tiempo. Según la encuesta sobre drogas, el 28,5% de los escolares ha sufrido alguna repercusión negativa del consumo de alcohol, principalmente problemas de salud, riñas, discusiones y conflictos familiares. (52)

2.1.3.2 Consumo de alcohol en los adolescentes

La adolescencia es un período vulnerable en relación con la adopción de comportamientos dañinos, incluyendo el consumo de alcohol, los comportamientos de riesgo sexual, la inactividad física, la lucha física, la dieta poco saludable y el consumo de tabaco. (53)

- A los 12 o 13 años comienzan los primeros consumos de alcohol, cada vez a una edad más pequeña. Este adelantamiento acompaña a otros como el adelanto de las salidas nocturnas.
- Incorporación de las adolescentes al consumo de alcohol. Progresivamente las adolescentes se acercan a las cantidades de alcohol consumidas por los adolescentes de su misma edad, y además comparten cada vez más el tipo de bebidas y formas de consumo, por pertenecer al mismo grupo de amigos.
- El inicio y mantenimiento del consumo en el grupo de iguales. Han sustituido a la familia como institución en la que comienza el contacto social con las bebidas alcohólicas, a la vez que se comienza a construir una nueva identidad distinta a la familiar.
- Concentración en los fines de semana. En muchos casos beber y salir se complementan. Se bebe cuando se sale, así el uso del alcohol parece constituir progresivamente un elemento asociado e imprescindible a los tiempos de ocio, diversión y libertad.



- Consumo abusivo. Las crisis agudas asociadas al consumo de alcohol, desde la embriaguez sin consecuencias graves al coma etílico, forman parte de la normalidad de cada fin de semana. Así, estos episodios se integran entre los consumidores.
- Exclusividad de los lugares de encuentro. Cada grupo juvenil, en función de su edad, su procedencia social u otras variables, se ubican para consumir alcohol en espacios diferenciados que identifican como lugares de referencia, apropiándose colectivamente en ocasiones de espacios públicos.
- Tienen predilección por la cerveza y los combinados. Estas sustancias han sustituido a otras como el vino, el brandy o el anisado. (57)

2.1.3.3 Factores que influyen en el consumo de alcohol

La percepción del riesgo de consumo del alcohol ha cambiado en los últimos años; existe una percepción más benigna y cotidiana del consumo, que forma parte ya de un modelo “normalizado” de ocio. (56)

En resumen, al tipo de consumo como forma de experimentación y de relación social se le asocian factores de riesgo propios de la adolescencia, como son:

- a) **Factores relacionados con el entorno social (macro-sociales).** Dependiendo del contexto en el que se ha educado o ha crecido la persona, la influencia que sobre ella tengan los medios de comunicación, el ambiente, las normas o valores sociales, serán diferentes. En ciertos entornos, la disponibilidad de sustancias será mayor o menor, así como la posibilidad de generar un ocio distanciado del consumo de alcohol y otras drogas.



- b) **Factores de riesgo en su entorno cercano (micro-sociales).** Las personas crecen y se desarrollan en un ambiente particular en el que las normas de convivencia, relación y adaptación dependen de la familia, escuela o el grupo de iguales
- c) **Factores de personalidad (personales).** Las características de personalidad y particularidades de cada persona favorecerán el que ésta adquiera o no ciertos patrones de conducta o consumo.
- d) **Factores de riesgo escolar.** El fracaso escolar o el bajo rendimiento académico son factores de alto riesgo para el consumo de sustancias o la conducta delincuente. El abandono escolar o el absentismo, fomentan conductas de riesgo. También las conductas antisociales o el aislamiento dentro de la escuela podrían dar lugar a ciertos problemas durante la adolescencia.
- e) **Factores de riesgo familiar.** El convivir con el consumo de alcohol o drogas dentro de la familia es uno de los mayores factores de riesgo para incluir esos patrones de consumo en un hábito propio. Los padres que se muestran tolerantes hacia el consumo también estarán favoreciendo una mayor probabilidad de conductas de consumo en sus hijos, así como aquellas familias en las que se utiliza la violencia o el castigo excesivo. (57)

El modelado de conductas parece que juega un papel importante en la adquisición de hábitos y comportamientos. Tener un modelo de referencia adecuado a las circunstancias y edad de cada adolescente será una influencia importante a la hora de no mantener o adquirir conductas de consumo.

El conflicto dentro de la propia familia, las situaciones violentas o las situaciones de maltrato son de gran importancia como factor de riesgo. (58)



2.1.3.4 Consecuencias generales del consumo de alcohol

Las consecuencias son preocupantes, ya que se desconoce qué personas desarrollarán dependencia al alcohol cuando sean adultos, se sabe que es atribuible al alcohol, más del 10% la mortalidad de las mujeres jóvenes y alrededor del 25% de la de los varones jóvenes.

El consumo de alcohol durante la etapa de desarrollo, influirá en el desarrollo, tanto físico como intelectual o afectivo, por lo que, tanto el tipo de relaciones, como los estilos de aprendizaje, la salud o la interacción con el entorno en general se verán afectados. (59)

El comienzo en la experimentación y en consumo excesivo de alcohol a edades muy tempranas se asocia directamente con un elevado riesgo de desarrollar un trastorno de abuso de sustancias y problemas relacionados con la salud (60). Además, las conductas de agresión, accidentes de circulación, sexo sin protección o vandalismo están directamente relacionadas con ese consumo masivo de alcohol. (61)

Según Ham, L. y Hope, D. refieren que las consecuencias más comunes se relacionan con bajo rendimiento académico en un 12%, el mismo porcentaje de chicos y chicas que declararon haber tenido problemas con amigos o familiares, aunque son los varones quienes se ven más a menudo envueltos en peleas y problemas con la policía. (62)

Del mismo modo, otro tipo de consecuencias a largo plazo se relacionan con este tipo de consumo de alcohol, por ejemplo, la obesidad, la alta presión arterial (63), o los dolores de cabeza, las dificultades para la concentración y la presencia de un bajo rendimiento académico por problemas en el aprendizaje (64) y la memorización.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que tras haber sufrido una situación de cualquier tipo de maltrato en la infancia existe un alto riesgo de consumo nocivo de



drogas en etapas posteriores de la vida. El consumo de alcohol en estas edades está ligado a problemas como absentismo escolar, bajo rendimiento escolar y conductas delictivas, lo que puede incrementar aún más el riesgo de maltrato físico por parte de uno de los progenitores. (65)

La educación suele verse afectada ya que suelen faltar a las clases, y progresar más lentamente que sus compañeros, lo que tendrá consecuencias en su vida adulta, a la hora de enfrentarse al mundo laboral. Las teorías de aprendizaje social refieren que aquellos adolescentes que han sufrido algún tipo de malos tratos o experiencias adversas tienen un mayor riesgo de consumo y abuso de sustancias. En muchas ocasiones su modelaje de roles es muy pobre, por falta de atenciones de sus progenitores o cuidadores, porque convivan en un entorno en el que se fomenta el uso y consumo de sustancias directamente o porque su toma de decisiones se base en la percepción de opciones más limitadas. Sus factores de riesgo son mayores y por lo tanto es más común que pasen de la simple experimentación al abuso. (66)

2.1.3.5 Problemas sociales asociados al consumo de alcohol

a) Desajustes familiares asociados a la dependencia alcohólica:

La dependencia alcohólica de un miembro de la familia es un estresor que debilita la resistencia familiar en muchos aspectos y la hace insuficiente o incluso perturbadora en alguna de sus funciones esenciales (Santo Domingo, 1990). A grandes rasgos, introduciremos algunas alteraciones específicas, características de las familias con algún progenitor alcohólico: (67)

- Alteraciones de la dinámica familiar. Las relaciones intrafamiliares se perturban, repercutiendo igualmente sobre las relaciones extra familiares.
- Ruptura de la estructura familiar. Aumenta la probabilidad de abandono familiar de menores, o de su ingreso en centros de tutela.



- Degradación laboral. La posible pérdida del puesto de trabajo o la disminución de la categoría laboral, afecta emocionalmente a toda la familia.
- Alteración del presupuesto familiar. Es la principal consecuencia material de la degradación laboral.
- Pérdida de estatus. Se producen variaciones en el hábitat en que se inició el problema, tendiendo hacia zonas más de privadas socialmente.
- Conducta agresiva. Son frecuentes los casos de malos tratos y abusos sexuales con los hijos o el cónyuge, especialmente en el caso del alcoholismo masculino.
- Degradación personal. Toda la familia va perdiendo paulatinamente sus relaciones sociales extra familiares y sus fuentes de apoyo social.
- Alteraciones psicológicas y psiquiátricas. Aparecen en distintos miembros de la familia, como consecuencia de las anteriores alteraciones.

b) Perspectivas en el consumo de alcohol y percepción del riesgo:

Es esperado que en la adolescencia se presente, con variada intensidad, una gama de problemas psicológicos y sociales, que para quien los tiene son difíciles de entender y sobre todo de manejar por la falta de madurez, experiencia, apoyo y en particular, una base sólida sobre el tema. (68)

El adolescente es un ser que reclama con energía su autonomía e individualidad, aunque es profundamente dependiente de su familia, principalmente de sus padres, que a menudo aparecen como uno de los factores determinantes de lo que se ha definido como “la crisis del adolescente”.

Cuando un adolescente vive en un entorno familiar multiproblemático, debe recibir ayuda externa de corte profesional, y sería ideal que la familia participe activamente en un proceso de terapia familiar para entender y ayudar al adolescente.



Sobre la conducta de consumo de alcohol, cuando se indaga directamente con adolescentes y jóvenes bebedores respecto a las razones del mantenimiento en el consumo, suelen esgrimir argumentos como la necesidad de ser aceptados por el entorno o por los pares; la imitación de los amigos y compañeros, la curiosidad, el sentimiento de invulnerabilidad, la disponibilidad o el acceso a las bebidas alcohólicas, entre otros factores. También, en no pocos casos, tienen como referente el entorno familiar, y dentro de él principalmente a sus padres. (69)

2.1.3.6 Instrumento De Evaluación En El Consumo De Alcohol

2.1.3.6.1 AUDIT

El test del AUDIT fue elaborado por la OMS como un método simple de estrategia aplicada del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. Permite identificar a las personas con un patrón de consumo de riesgo o perjudicial de alcohol. Puede ayudar en la identificación del consumo excesivo de alcohol como causa de la enfermedad presente.

Proporciona un marco de trabajo para la intervención dirigida a los bebedores de riesgo, para que puedan reducir o abandonar el consumo de alcohol y, con ello, evitar las consecuencias perjudiciales de su consumo. También ayuda a identificar la dependencia de alcohol y algunas consecuencias específicas del consumo perjudicial. Puede ser llevado a cabo exitosamente con:

Pacientes de un hospital general, especialmente aquellos con trastornos asociados de forma clara con la dependencia de alcohol. (p.ej., pancreatitis, cirrosis, gastritis, tuberculosis, trastornos neurológicos, cardiomiopatía); personas que están deprimidas o que han intentado suicidarse; otros pacientes psiquiátricos; pacientes que acuden al servicio de urgencias; pacientes que acuden al médico general; vagabundos; presos;



aquellos multados por motivos legales relacionados con su consumo de alcohol (p.ej., conducir bajo los efectos del alcohol, intoxicación pública).

A éstos debería añadirse aquellos grupos considerados por un comité de expertos de la OMS como de alto riesgo para desarrollar problemas relacionados con el alcohol: Varones de mediana edad, adolescentes, trabajadores emigrantes y otros grupos específicos de trabajadores (tales como ejecutivos de empresas, animadores, prostitutas, camareros y marineros). La naturaleza del riesgo difiere en función de la edad, género, contexto del consumo y patrón del mismo, así como, los factores socioculturales que juegan un importante papel en la definición y expresión de los problemas relacionados con el alcohol. Si bien la evidencia en mujeres es de alguna forma limitada el AUDIT parece igualmente apropiado para hombres y mujeres.

El efecto de la edad no ha sido analizado sistemáticamente como una posible influencia en el AUDIT, pero un estudio encontró una baja sensibilidad y alta especificidad en pacientes de más de 65 años. El AUDIT ha demostrado ser preciso en la detección de dependencia de alcohol en estudiantes universitarios. Puede ser utilizado en formato entrevista o en formato encuesta, así cada respuesta tiene una escala de puntuación de 0 a 4, constituido por 10 preguntas, los rangos a determinar:

a) Consumo sin riesgo o abstinencia:

Se define como una persona que no consume alcohol de forma habitual o no ha consumido nada de alcohol en los 12 meses anteriores. La abstinencia es la decisión voluntaria que tomará un individuo de renunciar por completo a la satisfacción de un deseo o apetito de determinadas actividades como el consumo de alcohol y otras drogas, que se las tiene incorporadas y experimentadas como ampliamente placenteras, como consecuencia de alguna imposición, prohibición religiosa o por alguna razón práctica.

b) Consumo de riesgo:



El consumo de riesgo se define como un nivel o patrón de consumo que acarrea riesgo de consecuencias perjudiciales para la salud, si el hábito persiste (Babor et al. 1994). No existe un acuerdo en cuanto a cuál es el nivel de consumo de alcohol que implica un consumo de riesgo, pero, cualquier nivel de consumo de alcohol implica riesgos.

c) Dependencia:

Se manifiesta con un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición a otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él. Una característica central que se presenta es el deseo, poderoso y difícil de controlar, de consumir alcohol.

d) Consumo perjudicial:

El consumo perjudicial se refiere a un patrón de consumo que conlleva consecuencias para la salud, afecta a las personas tanto en su salud física (por ej., cirrosis hepática) como en su salud mental (por ej., depresión como resultante del consumo), también afecta el medio social del adolescente. (70)

2.1.3.7 Funcionalidad familiar y su relación con el consumo de alcohol en adolescentes

La Organización Panamericana de Salud sostiene que actualmente existen muchos problemas que amenazan la estabilidad y la salud de la familia y sus integrantes; tal es el caso del consumo de alcohol en unos de sus miembros, especialmente, el padre. La OMS indica que al menos dos millones de individuos en todo el mundo ingieren bebidas alcohólicas. Alrededor de 76 mil individuos padecen en la actualidad trastornos de salud, debido al consumo excesivo y la dependencia del alcohol. (71)



Por otro lado, autores como Steinglas. explica que la familia es un conjunto abierto en el cual los miembros que lo conforman tienen distintas formas de pensar y por eso mismo distintas formas de solucionar los problemas, siempre llegando a una adaptación positiva. En él los progresos que tienen lugar son interactivos, de una forma que cualquier acontecimiento que ocurra en uno de sus integrantes repercute en todos los demás. Cuando la familia tiene un miembro con problemas de alcoholismo, la dinámica familiar se altera siendo capaz de convertirse en un principio organizador central alrededor del cual se estructura la vida de dicha familia. (72)

2.1.4 Adolescencia

La adolescencia es un período de desarrollo del ser humano, sin poder enmarcarse en límites etéreos precisos, está comprendido entre los 10 y 19 años de edad aproximadamente. En el transcurso se consolidan una serie de cambios e integraciones desde lo social, psicológico y biológico, sobre la base de adquisiciones y desprendimientos permiten el alcance de suficientes y necesarios niveles de autonomía, para que el ser humano asuma el papel de adulto integrado a la sociedad (73).

Según la OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los humanos. (74)

Es una etapa en donde:

- **Biológicamente:** el individuo progresa desde la aparición inicial de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual.



- Psicológicamente: los procesos psicológicos del individuo y las pautas de identificación evolucionan desde los niños a las del adulto.
- Socialmente: se realiza una transición del estado de dependencia socioeconómica total a una relativa independencia. (75)

Según el MINSA (Ministerio de Salud) define la adolescencia como la etapa que presenta ciertos cambios, tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas). Cambios estructurales anatómico y modificaciones el perfil psicológico y de la personalidad; Sin embargo, la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo. Actualmente el 14 de agosto del 2009, de acuerdo con la normativa nacional, establece a la adolescencia como la población comprendida desde los 12 años de edad hasta los 17 años 11 meses y 29 días. (76)

Cabe recalcar que según la estrategia de IMAN (Integración del Manejo de Adolescentes y sus Necesidades), perteneciente a la OPS, no existe un concepto universal de adolescentes, sino muchas definiciones, que catalogan a las y los adolescentes por la edad, o por sus características biológicas o psicológicas. (77)

2.1.4.1 Etapas de la adolescencia

a) Adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años)

Es una etapa en la que, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias.

Una reciente investigación neurocientífica muestra que, en estos años de la adolescencia temprana, el cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y



fisiológico. El número de células cerebrales puedan casi llegar a duplicarse en el curso de un año, en tanto las redes neuronales se reorganizan radicalmente, con las repercusiones consiguientes sobre capacidad emocional, física y mental. El desarrollo físico y sexual, más precoz en las niñas –que entran en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones– se refleja en tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro. El lóbulo frontal, la parte del cerebro que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a desarrollarse durante la adolescencia temprana. Debido a que este desarrollo comienza más tarde y toma más tiempo en los varones, la tendencia de éstos a actuar impulsivamente y a pensar de una manera acrítica dura mucho más tiempo que en las niñas. Este fenómeno contribuye a la percepción generalizada de que las niñas maduran mucho antes que los varones.

Es durante la adolescencia temprana que tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta a las normas que se observan. Pueden resultar víctimas de actos de intimidación o acoso, o participar en ellos, y también sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual.

La adolescencia temprana debería ser una etapa en la que niños y niñas cuenten con un espacio claro y seguro para llegar a conciliarse con esta transformación cognitiva, emocional, sexual y psicológica, libres de la carga que supone la realización de funciones propias de adultos y con el pleno apoyo de adultos responsables en el hogar, la escuela y la comunidad. Dados los tabúes sociales que con frecuencia rodean la pubertad, es de particular importancia darles a los adolescentes en esta etapa toda la información que necesitan para protegerse del VIH, de otras infecciones de transmisión sexual, del embarazo precoz y de la violencia y explotación sexuales. Para muchos niños, esos



conocimientos llegan demasiado tarde, si es que llegan, cuando ya han afectado el curso de sus vidas y han arruinado su desarrollo y su bienestar.

b) Adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años)

Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su ascendente disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones. La temeridad –un rasgo común de la temprana y mediana adolescencia, cuando los individuos experimentan con el “comportamiento adulto”– declina durante la adolescencia tardía, en la medida en que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes.

Sin embargo, el fumar cigarrillos y la experimentación con drogas y alcohol frecuentemente se adquieren en esta temprana fase temeraria para prolongarse durante la adolescencia tardía e incluso en la edad adulta. Por ejemplo, se calcula que 1 de cada 5 adolescentes entre los 13 y los 15 años fuma, y aproximadamente la mitad de los que empiezan a fumar en la adolescencia lo siguen haciendo al menos durante 15 años.

El otro aspecto del explosivo desarrollo del cerebro que tiene lugar durante la adolescencia es que puede resultar seria y permanentemente afectado por el uso excesivo de drogas y alcohol. En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos.

(78)



2.2 MARCO CONCEPTUAL

- **Funcionalidad familiar:** Es la dinámica relacional sistemática e interactiva que se da entre los miembros de una familia percibida a través de las dimensiones.
- **Familia funcional:** Cuando la dinámica relacional sistemática e interactiva que se da entre los miembros de una familia es óptima en todas las dimensiones.
- **Familia disfuncional:** Cuando la dinámica relacional sistemática e interactiva que se da entre los miembros de una familia es deficiente en todas las dimensiones.
- **Familia moderadamente funcional:** Expresión intermedia entre familia funcional y familia disfuncional de las categorías que define la funcionalidad familiar.
- **Familia severamente disfuncional:** Expresión negativa de extremo de las categorías que define la funcionalidad familiar.
- **Consumo de alcohol:** Es la ingesta de bebidas que contienen alcohol.
- **Adolescencia:** Es la etapa de transición de la niñez a la adultez. Comprendida entre los 10 y los 19 años.

2.3 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

A nivel mundial

Trujillo, T. y Vasquez, E. (2016). Realizaron un estudio titulado “Percepción de la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol en adolescentes”, con el objetivo de identificar la percepción que tienen los adolescentes y sus padres sobre funcionalidad familiar y su asociación con el consumo de alcohol. El estudio fue descriptivo transversal; como técnica se utilizó la encuesta y los cuestionarios, el Test de Apgar y Test Audit, en una población de 236 adolescentes, la edad media fue de $14.6 \pm$ años de 95 desviación estándar; 54.7% (129) fue del sexo femenino, 66.1% había cursado el nivel educativo básico, 92.8% era estudiante. La familia nuclear fue predominante con 57.2% (135). La



percepción de los adolescentes fue: familias funcionales 86.86%; disfunción leve en 12.71%; y disfunción grave en 98 0.42%. El consumo de alcohol en adolescentes fue de 27.9%. Se correlacionó la percepción de la funcionalidad familiar de los padres con el consumo de alcohol por parte de los adolescentes, obteniendo de acuerdo con la prueba estadística D de Somers, un valor de 0.094 y una $p=0.072$. obteniendo como resultado que el consumo de alcohol en los adolescentes no depende de la percepción de la funcionalidad familiar. (79)

En Brasil, Méndez, Castillo, Uribe y García (2015); realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la relación entre percepción de riesgo y el consumo de alcohol en adolescentes de preparatoria del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. El estudio fue descriptivo, correlacional. La población estuvo conformada por 1985 adolescentes (hombres y mujeres), de 15 a 20 años de edad con una muestra de 345 adolescentes. Los instrumentos fueron: Cuestionario de Percepción de Riesgo hacia el Consumo de Alcohol y el Test de Audit. Los resultados informaron Las prevalencias del consumo de alcohol reportaron que el 64.6% de los participantes consumieron alcohol en el último año, el 29.3% consumieron alcohol en el último mes y solo el 13.9% de los participantes lo consumieron en los últimos 7 días. De acuerdo al tipo de consumo de alcohol reportado en el Cuestionario de Identificación de los Trastornos por Uso de Alcohol, se observa que el 36.8% de los participantes consumidores de alcohol muestran un consumo sensato, seguido del consumo dependiente con el 14.8% y solo el 13.1% presentó un consumo dañino. Se concluye que, a mayor percepción de riesgo, menor será el consumo de alcohol por parte de los adolescentes. (80)

Zabala F. (2015). En un estudio titulado “Consumo de alcohol y su repercusión en la disfunción familiar en los adolescentes del sector Tierras Coloradas de la ciudad de Loja, 2015 “, cuyo objetivo fue determinar la relación entre el consumo de alcohol y sus



repercusiones en la disfunción familiar de los adolescentes del sector “Tierras Coloradas” de la Ciudad de Loja en el 2015. El estudio es de tipo Cualitativo - cuantitativo-transversal. La población estuvo conformada por 140 adolescentes del sector Tierras Coloradas. Se aplica el CID “Cuestionario de Indicadores diagnóstico” y el test screening CAGE, se evaluó la función familiar de los individuos en el grupo respectivo. Los resultados fueron que el consumo de alcohol en adolescentes fue consumo social con un 25.4% quienes presentaron una buena función familiar, el 50.8% con disfunción leve, 22% presentó una disfunción moderada y un 1.7% disfunción severa. Mientras que en el consumo de riesgo presentó el 40% con buena función familiar, 44.4% una disfunción leve, 15.6% una disfunción moderada, y no hay severa. Por otro lado, se presentó el consumo perjudicial, un 25.6% tiene una buena función familiar, 37.9% con disfunción leve, 31% una disfunción moderada y 3.4% disfunción severa. Del grupo que presenta dependencia alcohólica, un 28.6% tiene buena función, un 42,9% tiene disfunción leve y 28,6% tiene disfunción severa. Se concluyó que no hay relación directa entre las dos variables y por lo tanto que los consumos de alcohol por los adolescentes existen otros factores a considerarse a más de la funcionalidad familiar. (81)

A nivel nacional

Lázaro, S. (2017), realizó un estudio de investigación denominado “Funcionalidad Familiar en los estudiantes del tercer año del nivel secundario de la I.E Chinchay suyo – Sapallanga/Huancayo”, tuvo como objetivo conocer cómo se manifiesta la funcionalidad familiar en dichos estudiantes mencionados, el estudio es de tipo básico, nivel descriptivo, diseño de investigación es no experimental- transaccional, de carácter cuantitativo. La población de estudio fueron 600 estudiantes, con una muestra de 120 estudiantes entre varones y mujeres, cuyas edades fluctúan entre los 13 a 16 años, a quienes se aplicó un cuestionario a fin de conocer cómo se manifiesta la funcionalidad en sus familias, en las



dimensiones de comunicación, adaptabilidad y cohesión. En el proceso de estudio se encontró que el 57% de las familias de los estudiantes presentan una moderada funcionalidad familiar, 31% de ellos tienen una adecuada funcionalidad familiar y un 12% de las familias de los estudiantes advierten una inadecuada funcionalidad familiar. Resultados que dan a conocer que existe una moderada funcionalidad familiar con tendencia a adecuada funcionalidad. (82)

Tapullima, Pizarro y Gonzales (2016); realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la asociación que existe entre los factores biopsicosociales y la frecuencia de consumo de alcohol, en estudiantes del primer al quinto nivel, en el I semestre, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos 2016. Se empleó el método cuantitativo, el diseño no experimental, descriptivo, correlacional, transversal. La población fue de 276 estudiantes y la muestra de 161, Los instrumentos fueron: La escala de factores biopsicosociales y la escala de identificación de consumo de alcohol (AUDIT). Los resultados informaron en factores biopsicosociales, 52,8% tenían 16 a 20 años, 85,7% de sexo femenino, 51,6% con autoestima baja, 52,2% con afrontamiento ineficaz, 28,6% de cuarto nivel, 54,7% con familia moderadamente funcional y 51,6% con consumo sensato de alcohol. Al asociar ambas variables, se obtuvo asociación estadística significativa entre: edad y frecuencia de consumo de alcohol ($p=0,035$; $p0,05$). (83)

Turpo L. y Vasquez A. Realizaron un estudio titulado funcionamiento familiar y consumo de alcohol en estudiantes de secundaria, institución educativa inmaculada concepción. Arequipa 2017, tuvo como objetivo determinar la relación entre el funcionamiento familiar y el consumo de alcohol en estudiantes del 4to y 5to de secundaria, se llevó a cabo en los meses de agosto, setiembre y octubre del 2017. Fue un estudio de tipo descriptivo con un diseño correlacional de corte transversal, para la



recolección de datos se utilizó como método la encuesta, técnica el cuestionario; los instrumentos fueron el cuestionario de funcionamiento familiar FF – SIL y el cuestionario de consumo de alcohol AUDIT. El muestreo fue aleatorio estratificado. La población de estudio fue de 250, con una muestra probabilística, de 151 estudiantes. En la variable funcionamiento familiar, el 53.3% tuvo funcionamiento moderadamente funcional y el 16.3% tuvo funcionamiento funcional. En relación al consumo de alcohol se encontró un consumo de alcohol de riesgo con un 83.2%, mientras que un 16.8% tienen un consumo perjudicial. Con la aplicación del estadístico Chi Cuadrado, se demostró que existe relación entre el funcionamiento familiar y el consumo de alcohol en estudiantes del 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa Inmaculada Concepción. (84)

El estudio realizado por Ticona R. (2012). Titulado: "Nivel de autoestima y consumo de alcohol como factores de riesgo para inicio precoz de las relaciones coitales en los adolescentes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres del distrito de ciudad nueva Tacna, 2012.", cuyo objetivo fue identificar los niveles de autoestima y consumo de alcohol que lleva a un factor de inicio precoz de las relaciones coitales, metodología de tipo analítico de caso control con una población de 250 adolescentes y con una muestra de 151 adolescentes de 14 a 17 años. Los resultados obtenidos son los niveles de autoestima media 53,64% y una autoestima baja 21,19%, y los niveles del consumo de alcohol se encuentran en mayor porcentaje, consumo en riesgo 72,85%, la dependencia al alcohol 14,57% y un consumo perjudicial 12,58%. La edad promedio de 13 años es la iniciación de relaciones coitales y los juegos sexuales empiezan a una edad <13 años 37,09%. (85)

A nivel local

Choque y Ponce (2017). Realizaron una investigación con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de autoestima y el consumo de alcohol en



adolescentes del tercer año de secundaria de la Institución Educativa Secundaria Industrial Simón Bolívar de la ciudad de Juliaca, 2017. La población 146 estuvo conformada por estudiantes entre las edades 14 y 16 años. La metodología utilizada corresponde al diseño no experimental de corte transversal, de tipo descriptivo correlacional. Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron: El inventario de autoestima Coopersmith (SEI) versión escolar estandarizada en nuestro país por Panizo y el cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT), estandarizado por Velázquez. Los principales resultados indican que el nivel de autoestima intrapersonal ($r = -.335$; $p = .000$), familiar ($r = -.313$; $p = .001$) y académica ($r = -.236$; $p = .011$) poseen una correlación indirecta significativa con el consumo de alcohol, indicando que a mayor autoestima en estas áreas menor será el consumo de alcohol en los adolescentes, excepto con la dimensión social ($r = -.140$; $p = .131$) puesto que no existe correlación significativa. (86)

Morales R. (2016), realizó un estudio titulado “Nivel de autoestima y consumo de alcohol en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Publica Industrial 32 – Puno”, tuvo como objetivo determinar la relación del nivel de autoestima y consumo de alcohol en adolescentes. La investigación fue de tipo descriptivo y diseño correlacional. La población estuvo constituida por 279 adolescentes que cursan el 4to y 5to grado de educación secundaria y el tamaño de la muestra estuvo conformada por 250 adolescentes obtenidos mediante el muestreo probabilístico; para la recopilación de la información en el estudio se aplicó la técnica de encuesta, el Test de Autoestima de Rosenberg y el Test de Identificación de los Trastornos relacionados con el consumo de alcohol (AUDIT). Se arribó a las siguientes conclusiones: Existe un 54.8% de estudiantes que tienen una alta autoestima, 26.8% tienen media autoestima y al 18.4% presentan una baja autoestima. El 22% de la población de adolescentes consumen alcohol; de los cuales el 10.8% de



estudiantes tienen alta autoestima, 6.8% tienen media autoestima y un 4.4% de estudiantes que tienen una baja autoestima, siendo de mayor tendencia el género masculino con un 14%, con edad promedio de 16 años. Finalmente, no existe relación entre el nivel de baja autoestima y el consumo de alcohol en los adolescentes objeto de estudio. (87)

Roque y Ruelas (2015). Realizaron una investigación titulado “Factores sociales y psicológicos que influyen en la ingesta de alcohol en los alumnos de la CEPRE - U Galeno de la ciudad de Puno abril - julio 2015” su objetivo fue determinar los factores que influyen en el consumo de alcohol en los estudiantes de la CEPRE-U Galeno de la ciudad de Puno para ello se obtuvo una muestra de 157 estudiantes incluidos ambos sexos, se utilizó el muestreo para población finita, para medir las variables se emplearon el Cuestionario de factores sociales y psicológicos y para la variable alcoholismo se usó el Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT). Esta investigación concluye que tanto los factores sociales y factores psicológicos influyen en la ingesta de alcohol, además, las relaciones familiares si influyen en la ingesta de alcohol, además los estudiantes manifestaron que el consumo de alcohol es normal, porque en nuestro ámbito se considera una práctica social aceptable. Finalmente, el 55.41% tenían un consumo bajo de alcohol, el 24,20% tenían un consumo moderado de alcohol, el 18.47% tenían un consumo de alcohol en riesgo y el 1.91% tenían un consumo de alcohol alto. (88)

Málaga F. (2013) Realizo una investigación titulada: “Relación entre funcionamiento familiar y conductas de riesgo en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Comercio N° 45, Puno 2012”. Tuvo como objetivo determinar relación entre el funcionamiento familiar y las conductas de riesgo de los adolescentes. La muestra estuvo constituida por 330 estudiantes que cursaban el 3ro a 5to de secundaria, la cual se



determinó a través de las tablas de Arkin y Colton, con un margen de confianza del 95.5% y 5% de margen de error. La asignación de las unidades de estudio se hizo a través del muestreo aleatorio simple; Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la Comunicación a través de encuestas. Los resultados a los que se arribó son: los adolescentes poseen un Funcionamiento Familiar mayoritariamente de tipo moderado a balanceado (57,3% y 37,6%) respectivamente. Las conductas de riesgo en las que los adolescentes se involucran son: Conductas de riesgo sexuales (18,8%) adictivas: alcohol 40,6%; tabaco (26,6%), drogas (5,8); así mismo el 27,6% presentan depresión leve y el 31,8% presentan trastornos de la conducta alimentaria. Estadísticamente se determinó a través del χ^2 que no existe relación entre el funcionamiento familiar y las conductas de riesgo: sexuales, depresivas, alimentarias, y si encontró relación menos que regular entre el funcionamiento familiar y el consumo de alcohol y tabaco. (89)

Del mismo modo Acrota M. (2011): Realizo una investigación titulada “Consumo de alcohol según test de identificación de desórdenes por uso de alcohol (AUDIT). En adolescentes de la educación educativa secundaria pública Perú BIRF Juliaca 2011, con el objetivo de determinar el consumo de alcohol según el AUDIT, siendo un estudio Descriptivo, Transversal con diseño descriptivo simple, se contó con una población de 805 y una muestra de 127 estudiantes del 4o y 5° año de educación secundaria, técnica de encuesta, cuyo instrumento es el cuestionario AUDIT; según el AUDIT en adolescentes de la I.E.S.P. Perú BIRF Juliaca, 55.1% presenta un consumo de riesgo de alcohol gran porcentaje de adolescente obtuvo puntajes altos, 30.7% es el consumo perjudicial de alcohol y el 14.2% es el consumo de dependencia de alcohol. Categorizando en el consumo de riesgo de alcohol según género y edad se encontró que el 64.3% son el grupo de edad de 16 años y el género femenino es el más afectado con un 62.9%, con respecto a la categoría de consumo perjudicial de alcohol según género y edad



encontramos al adolescentes del género masculino con un 59% y el 56.4% son del grupo de 16 años, finalmente se encuentra en la categoría consumo de dependencia de alcohol según género y edad con predominio en el género masculino con un 77.8% y el 55.6% son del grupo de 17 años. (90)

Y otro estudio realizado por Ramos J. (2010). Titulada: “Funcionalidad familiar y habilidades sociales en adolescentes, Institución Educativa Secundaria José Antonio Encinas Puno – 2010, con el objetivo de terminar la relación que existe entre la funcionalidad familiar y las habilidades sociales en adolescentes. La investigación fue de tipo descriptivo transversal, a través de una muestra conformada por 95 alumnos de 3er y 4to año. Utilizando el cuestionario de Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF – SIL), y el contraste de la hipótesis fue tratada con la prueba de Chi Cuadrada, obteniéndose que: el 34.1% presentan habilidades sociales promedio, el 23.1% promedio bajo y el 6.6% bajo. Al establecer la relación a través de la prueba Chi cuadrada encontramos que existe relación significativa entre el funcionamiento familiar y las habilidades sociales en adolescentes. Por tanto, la funcionalidad funcional es uno de los factores que influye directamente en la formación y desarrollo de habilidades sociales en adolescentes. (91)

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

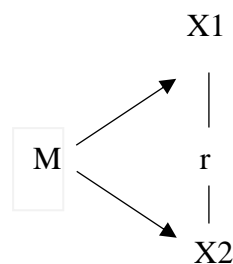
➤ Tipo de investigación

El presente estudio corresponde al tipo de investigación descriptivo de corte transversal ya que permite estudiar variables tal y como se presentan en la realidad, favoreciendo la veracidad de los hallazgos. Se considera transversal porque la investigación se realizó en un determinado tiempo y espacio.

➤ Diseño de investigación

El diseño de investigación es correlacional, ya que permite medir el grado de relación que existe entre la funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de la Institución Educativa Industrial 32, Puno. (92)

Siendo el diagrama:



Dónde:

M: Muestra de adolescentes

X1: Funcionalidad familiar.

X2: Consumo de alcohol.

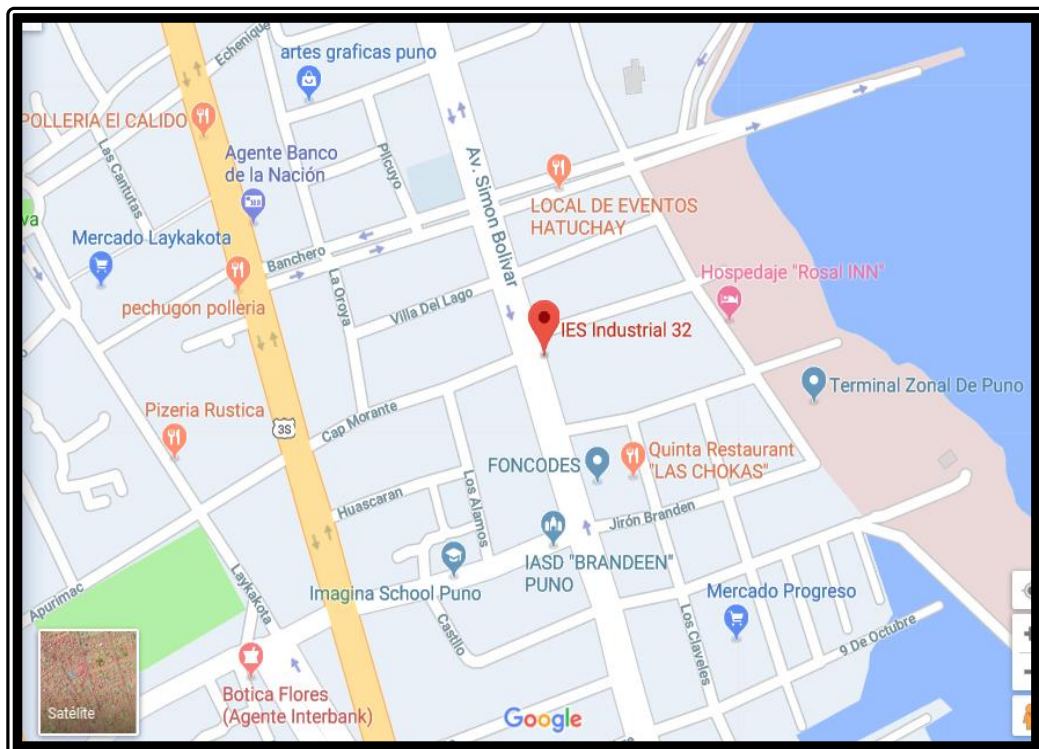
r: Relación entre variables.

3.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó en la Institución Educativa Secundaria Industrial 32, ubicado en la ciudad de Puno, en el barrio Laykakota, en la cuadra 18 de la Av. Simón Bolívar N° 1505 ocupando un área construida de 2,075.63 m², dicha institución brinda educación gratuita a estudiantes de secundaria en los turnos mañana y tarde.

La institución cuenta con instalaciones de material noble, cuenta con equipamiento de laboratorios y talleres productivos, las poblaciones estudiantiles son adolescentes cuyas edades fluctúan entre 11 y 18 años de ambos sexos, cuentan con seis secciones por grado. Los estudiantes son de condición media y baja provenientes en su mayoría de zonas rurales del Departamento de Puno, sus padres en su mayoría son comerciantes.

Ubicación de la Institución Educativa Secundaria Industrial 32



Fuente: Google maps.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

➤ Población

La población para el estudio estuvo conformada por 699 adolescentes de ambos sexos con edades comprendidas de 11 a 17 años 11 meses y 29 días de la Institución Educativa Secundaria Industrial 32, estudiantes matriculados durante el año académico 2018.

Divididos de la siguiente manera por grados y secciones:

GRADO	NÚMERO DE ALUMNOS POR SECCIÓN						TOTAL
	A	B	C	D	E	F	
Primero	26	22	24	20	19	18	129
Segundo	24	23	23	21	20	20	131
Tercero	27	24	25	21	21	22	140
Cuarto	29	28	29	24	19	18	147
Quinto	27	26	27	24	24	24	152
Total	132	118	125	112	107	105	699

Fuente: Nómina de matrículas de la I.E.S. Industrial 32 Puno-2018.

➤ Muestra

La muestra estuvo conformada por 248 alumnos de dicha institución. Se obtuvo mediante el muestreo aleatorio simple con un nivel de significancia del 5% y un nivel de confianza del 95% cuya fórmula es:

$$n = \frac{N(Z^{\alpha}/2)^2}{4NE^2 + (Z^{\alpha}/2)^2}$$

Dónde:



N = Total de la población.

$Z^{\alpha/2}$ = (nivel de confianza 95%).1.96

E = Nivel de error 0.05

$$n = \frac{699(1.96)^2}{4(699)(0.05)^2 + 1.96^2} = \frac{2685.2784}{10.8316} = 247.911 = 248$$

La muestra se selección de forma estratificada de la siguiente manera:

GRADO	N ^a DE ESTUDIANTES	MUESTRA
		$\frac{n_i = n \times N_i}{N}$
Primero	129	46
Segundo	131	46
Tercero	140	50
Cuarto	147	52
Quinto	152	54
TOTAL	699	248

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión:

- Estudiantes matriculados en la Institución Educativa Secundaria Industrial 32.
- Estudiantes que deseen participar voluntariamente en el estudio.

Criterios de Exclusión:

- Estudiantes que no asistan el día de la encuesta.
- Estudiantes que no deseen participar en el estudio.

3.4 VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	CATEGORÍAS	ÍNDICE
VARIABLE INDEPENDIENTE Funcionalidad familiar: Es la relación interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y mide el grado de satisfacción de las funciones básicas del sistema familiar mediante las dimensiones de cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, efectividad, roles y adaptabilidad. (24)	Cohesión	Realizan decisiones en la familia. Brinda apoyo familiar en situaciones problemáticas.	Funcional. Moderadamente funcional. Disfuncional. Severamente disfuncional.	Diagnostico independiente para cada dimensión: - 9 a 10 puntos = funcional. - De 7 a 8 puntos = Moderadamente funcional. - De 4 a 6 puntos = disfuncional - De 2 a 3 puntos = Severamente disfuncional.
	Armonía	Sentimiento de paz o tranquilidad en el hogar. Respeto a las opiniones y decisiones.		Diagnóstico para el tipo de funcionalidad familiar: De 70 a 57 puntos De 65 a 43 puntos De 42 a 28 puntos De 27 a 14 puntos
	Comunicación	Confianza familiar. Fluidez en la comunicación familiar.		
	Permeabilidad	Practica de solidaridad. Recibe ayuda en situaciones familiares difíciles.		
	Afectividad	Demuestra cariño. Los padres se demuestran cariño		
	Roles	Miembros de la familia responsable. Distribución e equitativa de tarea del hogar		
	Adaptabilidad	Acepta diferencias físicas y/o psicológicas. Modifica hábitos en situaciones necesarias		
VARIABLE DEPENDIENTE Consumo de alcohol: Está claro que consumo de alcohol realiza tanto el alcohólico, como el bebedor habitual, sea éste moderado o abusivo, como el bebedor esporádico, como quien lo hiciera por primera	Consumo de riesgo de alcohol.	Frecuencia de consumo. Cantidad física. Frecuencia del consumo elevado.	Consumo sin riesgo o abstinencia. Consumo de riesgo. Consumo perjudicial Dependencia.	0-7 puntos 8- 15 puntos 16-19 puntos 20-40 puntos



vez. Dicho de otra manera, el término consumo de alcohol, en un sentido estricto, contempla únicamente la ingesta actual, aislada de otras ingestas pasadas o futuras. (53)	Síntomas de dependencia al alcohol.	Pérdida de control sobre el consumo. Aumento de la relevancia del consumo. Consumo matutino.		
	Consumo perjudicial de alcohol.	Sentimiento de culpa. Lagunas de memoria. Lesiones relacionadas con el alcohol. Otros se preocupan por el consumo.		

3.5 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se utilizó en la recolección de datos fue la encuesta y el instrumento es el cuestionario.

Variable: Funcionalidad Familiar

Se aplicó la prueba de percepción de funcionalidad familiar (FF-SIL), el cual fue elaborado por Pérez, Cuesta, Louro y Bayane, en el año 1994 para medir la percepción de la funcionalidad familiar en atención primaria de salud en Cuba. El cual fue adaptado por el bachiller Ramos Vilca J. para determinar la relación entre funcionalidad familiar y las habilidades sociales en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria José Antonio Encinas Puno – 2010.

El instrumento evalúa la funcionalidad familiar a partir de la percepción de uno de los miembros. Mide el grado de funcionalidad basado en 7 dimensiones: cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, efectividad, roles y adaptabilidad. Estas dimensiones se miden a través de 14 situaciones familiares correspondiendo 2 ítems para cada una de las 7 dimensiones.

Dimensiones de la funcionalidad familiar

DIMENSIONES	ITEMS
Cohesión	1 y 8
Armonía	2 y 13
Comunicación	5 y 11
Permeabilidad	7 y 12
Afectividad	4 y 14
Roles	3 y 9
Adaptabilidad	6 y 10

Para cada situación existe una escala de puntuación desde 1 a 5 puntos:

Escala Cualitativa	Escala Cuantitativa
Casi nunca	1 punto
Pocas veces	2 puntos
A veces	3 puntos
Muchas veces	4 puntos
Casi siempre	5 puntos

La percepción para cada dimensión se obtiene de la suma de los 2 ítems. De cada dimensión. Lo cual permite llegar al diagnóstico independiente para cada dimensión.

Diagnóstico para cada una de las 7 dimensiones de la funcionalidad familiar.

DIAGNOSTICO	RANGO DE PUNTUACIÓN
Funcional	De 9 a 10 puntos
Moderadamente funcional	De 7 a 8 puntos



Disfuncional	De 4 a 6 puntos
Severamente disfuncional	De 2 a 3 puntos

La puntuación final se obtiene de la suma de los 14 ítems. Lo cual permite llegar al diagnóstico del tipo de funcionalidad familiar.

Diagnóstico del tipo de funcionalidad familiar según puntuación total de la prueba FF-SIL.

DIAGNOSTICO	RANGO DE PUNTUACIÓN
Familia funcional	De 70 a 57 puntos
Familia moderadamente funcional	De 56 a 43 puntos
Familia disfuncional	De 42 a 28 puntos
Familia severamente disfuncional	De 27 a 14 puntos

Validez y confiabilidad

Para medir su validez y confiabilidad se desarrolló el estudio por Lauro Bernal a través de su tesis para optar el grado de Doctorado en Ciencias de la Salud titulado “modelo teórico - metodológico para la evaluación de salud de grupo familiar en atención primaria “Habana. utilizando la prueba de confiabilidad alfa de Crombach el cual dio como resultado un valor de 0.93. Muy por encima del valor prefijado y muy similar al obtenido en 1994 (0,94). Donde también se puso a prueba su confiabilidad lo que demuestra que el instrumento es confiable en este sentido.

Se realizó también una prueba piloto por Ramos Vilca Julio Cesar, en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria San Francisco de Asis Villa del Lago en la ciudad de Puno. A cada ítem le agregó la palabra en “mi hogar” a excepción del ítem 8 y 12. Con el objetivo de evaluar la capacidad de entendimiento del contenido y así tomar en cuenta



las recomendaciones y dudas que pueden presentarse durante la aplicación de la prueba FF-SIL.

Variable: Consumo de alcohol

Se utilizó el test de AUDIT (Test de Identificación de Trastornos Por Consumo de Alcohol), fue elaborado por la OMS, publicado en 1989 y actualizado en 1992 con el fin de detectar de forma fácil y temprana el consumo de riesgo y perjudicial del alcohol en atención primaria, como un método, el cual fue modificado y validado por Luisa Crisólogo (2012).

En la actualidad se convirtió en un instrumento indispensable para prevención primaria; también fue validado por varios expertos, por tratarse de un cuestionario breve, eficaz, ya que explora la cantidad y la frecuencia de consumo, la presencia de trastornos relacionados con el alcohol, la dependencia y las consecuencias de su consumo; por tanto, es de gran utilidad y aplicabilidad en atención primaria. El AUDIT muestran una confiabilidad.

El cuestionario se centra en el consumo reciente de alcohol. Mediante 10 preguntas, con distintas opciones de puntuación, se exploran 3 dimensiones: (93)

DIMESIÓN QUE MIDE	N° DE ITEMS
Consumo de riesgo de alcohol	1 a 3
Síntomas de dependencia	4 a 6
Consumo perjudicial de alcohol	7 a 10

El valor de puntuación final oscila entre 0 a 40 puntos.

DIAGNOSTICO	RANGO DE PUNTUACIÓN
Consumo sin riesgo o abstinencia	De 0 a 7 puntos
Consumo de riesgo	De 8 a 15 puntos



Consumo perjudicial	De 16 a 19 puntos
Dependencia	De 20 a 40 puntos

Una interpretación más detallada de la puntuación total puede obtenerse analizando las preguntas en las que puntuaron. En general, una puntuación igual o mayor a 1 en la pregunta 2 o la pregunta 3 indica un consumo en un nivel de riesgo. Una puntuación por encima de 0 en las preguntas 4-6 (especialmente con síntomas diarios o semanales), implica la presencia o el inicio de una dependencia de alcohol. Los puntos obtenidos en las preguntas 7-10 indican que ya se están experimentando daños relacionados con el alcohol.

Validez y confiabilidad

El test de AUDIT fue modificado y validado por Luisa Crisólogo (2012). Llegando a una validez de 6.772 y confiabilidad de 0.9401. En nuestro medio Velázquez realizó la validación en la ciudad de Tacna, aplicando el cuestionario en 15 adolescentes que fluctúan entre las edades de 15 a 19 años, de la I. E. Enrique Pallardelly. El instrumento fue validado por 4 expertos: dos enfermeras especialistas en la atención integral del adolescente, una enfermera docente de Salud Mental y una docente de la ESEN- FACS. La confiabilidad del instrumento se realizó a través del cálculo del coeficiente de Confiabilidad Alfa de Crombach donde se obtuvo 0.9. Lo cual indica que es confiable el cuestionario.

3.6 PROCESAMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

a. Coordinación

- Se solicitó a decanatura de la Facultad de Enfermería una carta de presentación dirigido al director de la I.E.S. Industrial 32-Puno.



- Se presentó el documento emitido al director de la institución, para solicitar su autorización para la ejecución del proyecto de investigación.
- Se coordinó con el director y los docentes de tutoría para la ejecución del proyecto de investigación.

b. De la recopilación de datos

- Para conformar la muestra se aplicó la técnica aleatoria simple que consistió en elegir por sorteo dos o tres secciones por grado hasta alcanzar la muestra.
- Teniendo la muestra, en el primer grado se evaluó a dos secciones “A”, y “D”; para segundo grado se tomó las secciones “B”, y “C”; Tercero “D”, “E” y “E”; cuarto “B” “D” y “E” y quinto “A” “C” “D” y “F, conformando la totalidad de la muestra.
- Seguidamente se coordinó las fechas de recolección de datos y la hora de aplicación de los cuestionarios que fue en el curso de tutoría.
- Se estableció un cronograma con las profesoras de TOE, de cada una de las aulas seleccionadas de la siguiente forma: el día lunes se aplicó los cuestionarios a 4° B y 5° A; el día martes a 3° D, 3° E y 1° A; el día miércoles a 2° B y 4° E; el día jueves a 3° F y 5° D y el día viernes a 2° C, 1° D Y 4° D; el día lunes a 5° C Y 5° D.
- Se procedió a dirigirse a las aulas los días y horas establecidas.
- Una vez dentro del aula se realizó la presentación personal correspondiente, dando a conocer los objetivos y la importancia del estudio.
- Se explicó a los estudiantes sobre el anonimato, la privacidad con el fin de recolectar datos verídicos, sin coacción y falsear sus respuestas.
- Inmediatamente se empezó con la distribución del asentimiento informado, los cuestionarios de funcionamiento familiar y el test de AUDIT.



- Antes de dar inicio a la recolección de datos, se explicó a los adolescentes las instrucciones. Dando inicio al llenado de los cuestionarios conjuntamente con la investigadora.
- El tiempo que tomo el llenado de ambos cuestionarios fue de 15 a 20 minutos. Por cada día se recolecto los datos de uno a dos salones.
- Luego se realizó el recojo de los cuestionarios previa verificación de que todos los ítems fueron contestados de forma adecuada.
- Finalmente se agradeció a las y los adolescentes por su valiosa participación.
- La ejecución duro 10 días hábiles entre la presentación de documentos y su ejecución.
- No se consideró a estudiantes que no quisieron participar y que no asistieron el día de la recolección de datos.

3.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los métodos para el procesamiento de los datos recolectados se realizaron en la base a la estadística descriptiva e inferencial.

Procesamiento descriptivo:

Los métodos para el procesamiento de los datos recolectados se realizaron en base a la estadística descriptiva.

Se realizó el conteo del cuestionario.

- Se codifico cada instrumento.
- Se codificó con números arábigos cada ítem del cuestionario y se les asignó un valor con la finalidad de facilitar el procesamiento estadístico.
- Se creó una base de datos en MS Excel.



- Los datos obtenidos se procesaron utilizando el software estadístico SPSS versión 23 y la hoja de cálculo MS Excel.
 - La presentación de los resultados se hizo en tablas diseñadas en la hoja de cálculo de MS Excel según los objetivos planteados.
 - Se realizó la descripción estadística de las tablas.
- **Procesamiento inferencial**

Para el contraste de la hipótesis se utilizó la prueba estadística de la Chi Cuadrada. Y para analizar la relación a 5% de margen de error y 95% de margen de certeza. cuyo proceso se describe de la siguiente forma:

$$X^2 = \frac{\sum(Fo - Fe)^2}{Fe}$$

Donde:

X^2 = Chi Cuadrada calculada

Fo = Frecuencia de casos observados

Fe = Frecuencia de valores esperados

\sum = Sumatoria

Fijando un nivel de significancia en $p < 0.05$, para determinar la relación de variables.

Regla de decisión para P:

- $P > 0.05$ Se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.
- $P < 0.05$ Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

O.G.

TABLA 1

RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA INDUSTRIAL 32 PUNO – 2019

Consumo de Alcohol	Consumo sin riesgo o abstinencia		Consumo de riesgo		Consumo perjudicial		Síntomas de dependencia		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Severamente disfuncional	4	1.60	0	0.00	1	0.40	0	0.00	5	2.00
Disfuncional	55	22.2	3	1.20	0	0.00	3	1.20	61	24.60
Moderadamente funcional	142	57.30	5	2.00	0	0.00	1	0.40	148	59.70
Funcional	31	12.50	2	0.80	0	0.00	1	0.40	34	13.70
Total	232	93.60	10	4.00	1	0.40	5	2.00	248	100.00

Fuente: Cuestionario de funcionalidad familiar y consumo de alcohol de la I.E.S Industrial 32 Puno 2019.

$$\chi_c^2 = 53.76 > \chi_{t(9,0.05)}^2 = 16.92 \text{ Sig. } (p = 0.0001)$$

En la tabla, se puede observar que del 100% de estudiantes, el 59.7% provienen de familias moderadamente funcionales, de los cuales el 57.3% presentan un consumo sin riesgo o abstinencia al alcohol y el 2% tiene consumo de riesgo, así mismo del 24.6 que tienen familias disfuncionales, el 22.2% presentan consumo sin riesgo o abstinencia al alcohol y el 1.2% presentan consumo de riesgo al alcohol y síntomas de dependencia respectivamente.



Al aplicar la prueba estadística Chi-cuadrado de asociación, señala la existencia de un nivel de significancia $p=0.0001$, aceptándose la hipótesis alterna planteada en el estudio: Existe relación entre funcionalidad familiar y el consumo de alcohol en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Industrial 32 Puno.



OE 1

TABLA 2

**TIPO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA INDUSTRIAL 32 PUNO – 2019**

Tipo de Funcionalidad Familiar	Nº	%
Familia severamente Disfuncional	5	2.00
Familia disfuncional	61	24.60
Familia moderadamente funcional	148	59.70
Familia funcional	34	13.70
Total	248	100.0

Fuente: Cuestionario de funcionalidad familiar en adolescentes de la IES Industrial 32 Puno 2019

En la tabla se observa que la mayor parte de estudiantes pertenece a familias moderadamente funcionales con un 59.7%, seguido de familias disfuncionales con 24.6%, familias funcionales 13.7% y un menor porcentaje de estudiantes pertenecen a familias severamente disfuncionales 2%.



OE2

TABLA 3

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN DIMENSIONES: COHESIÓN,
ARMONÍA, COMUNICACIÓN, ADAPTABILIDAD, EFECTIVIDAD, ROL Y
PERMEABILIDAD EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
SECUNDARIA INDUSTRIAL 32 PUNO – 2019**

F. Familiar	Severamente disfuncional		Disfuncional		Moderadamente funcional		Funcional		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Cohesión	5	2.00	85	34.00	111	45.00	47	19.00	248
Armonía	11	4.40	73	29.40	116	46.80	48	19.40	248
Comunicación	24	9.70	124	50.00	79	31.80	21	8.50	248
Permeabilidad	27	10.90	117	47.2	82	33.00	22	8.90	248
Afectividad	6	2.40	71	29.00	100	40.00	71	28.60	248
Roles	5	2.00	82	33.00	112	45.00	49	20.00	248
Adaptabilidad	5	2.00	122	49.00	97	39	26	10.00	248

Fuente: Cuestionario de percepción de la funcionalidad familiar de adolescentes de la I.E.S. Industrial.

En la tabla se observa la funcionalidad familiar según dimensiones, donde en las dimensiones comunicación, adaptabilidad y permeabilidad el 50%, 49% y 47.2% respectivamente son disfuncionales, así mismo respecto a las dimensiones, armonía 46.80%, roles 45%, cohesión 45% y afectividad 40% son moderadamente funcionales.



OE3

TABLA 4

**CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA SECUNDARIA INDUSTRIAL 32 PUNO – 2019**

Consumo de alcohol	N°	%
Consumo sin riesgo o abstinencia	232	93.60
Consumo de riesgo	10	4.00
Consumo perjudicial	1	0.4
Dependencia	5	2.00
Total	248	100

Fuente: Test de identificación de trastornos por consumo de alcohol.

En la tabla podemos visualizar la distribución porcentual del consumo de alcohol en adolescentes, donde: el 93.6% presenta un consumo sin riesgo o abstinencia al alcohol, el 4% de estudiantes presentan consumo de riesgo de alcohol, y un 2% de estudiantes presentan dependencia en el consumo de alcohol.



4.2 DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el estudio de funcionalidad familiar y consumo de alcohol aplicado en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Industrial 32 Puno. A partir de los hallazgos encontrados señala la existencia de un nivel de significancia $p=0.0001$, aceptándose la hipótesis alterna en el estudio, que establece que existe relación entre funcionalidad familiar y consumo de alcohol. La relación es inversa cuando la funcionalidad familiar es mayor se espera que el consumo de alcohol tienda a disminuir.

De acuerdo a los datos obtenidos y analizados respecto a la funcionalidad familiar y consumo de alcohol, un porcentaje sobresaliente de adolescentes pertenecen a familias moderadamente funcionales, los mismos presentan un consumo sin riesgo o abstinencia al alcohol, así mismo se encontró adolescentes que pertenecen a familias disfuncionales los cuales presentan un consumo de riesgo y síntomas de dependencia. Pineda refiere que la familia es la principal influencia socializadora sobre el adolescente, significa que es el principal transmisor de los conocimientos, valores, actitudes, roles y hábitos. La familia moldea la personalidad del adolescente y le difunde modos de pensar y formas de actuar que se vuelven habituales (21). Por otro lado, los factores psicosociales, básicamente las relaciones interpersonales y los procesos que se dan dentro de la familia, constituyen una influencia determinante en el origen de muchas conductas de riesgo en el adolescente. Esto hace necesario determinar que interacciones del núcleo familiar son disfuncionales, ya sea que dieron lugar a la formación de tales conductas o porque promueven su mantenimiento. (19)

Los resultados encontrados se asemejan con lo que sostiene Turpo L. y Vasquez A. (84) quienes en su estudio de investigación determinaron la relación entre la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol en estudiantes del 4to y 5to de secundaria,



concluyo que 53.3% tuvo familia moderadamente funcional y el 16.3% tuvo familia funcional. En relación al consumo de alcohol se encontró un consumo de alcohol de riesgo con un 83.2%, mientras que un 16.8% tienen un consumo perjudicial. Se demostró que existe relación entre el funcionamiento familiar y el consumo de alcohol en estudiantes del 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa Inmaculada Concepción. Por otro lado, Trujillo T. y Vásquez, E. (78) difieren a los resultados encontrados. Donde la percepción de los adolescentes fue: familias funcionales 86.86%; disfunción leve en 12.71%; y disfunción grave en 98 0.42%. El consumo de alcohol en adolescentes fue de 27.9%. Se correlacionó la percepción de la funcionalidad familiar de los padres con el consumo de alcohol por parte de los adolescentes, obteniendo como resultado que el consumo de alcohol en los adolescentes no depende de la percepción de la funcionalidad familiar.

El grado de funcionalidad en la familia puede ejercer un efecto directo en el comportamiento de sus miembros; en especial de los adolescentes que se encuentran en un proceso psicológico de adaptación e integración social. Se ha determinado que el consumo de riesgo y de dependencia al alcohol está asociado a una disfunción familiar, donde prevalece la existencia de relaciones familiares inadecuadas y apoyo parental disminuido,, lo que podría generar en los adolescentes sentimientos de frustración, incomprensión y llevarlo al consumo de alcohol, y este podría influir en el desarrollo, tanto físico como intelectual o afectivo, por lo tanto el tipo de relaciones, como los estilos de aprendizaje, la salud o la interacción con el entorno en general se verán afectados negativamente. El comienzo en la experimentación y en consumo excesivo de alcohol a edades muy tempranas se asocia directamente con un elevado riesgo de desarrollar un trastorno de abuso de sustancias, problemas relacionados con la salud, rendimiento académico así mismo el adolescente se expone a riesgos.



En cuanto al tipo de funcionalidad familiar predominan adolescentes que pertenecen a familias moderadamente funcionales y la cuarta parte pertenecen a familias disfuncionales, se sabe que una familia funcional es cuando los conjuntos de relaciones permiten experimentar a cada miembro una óptima satisfacción y el desarrollo de actividades es de mutuo crecimiento emocional (38), por otro lado una familia moderadamente funcional limita el crecimiento espontáneo y podría generar temor para la toma de decisiones, además de reforzar sentimientos de inseguridad en el adolescente (24). En tanto una familia disfuncional consiste en una célula social donde el desarrollo del potencial de sus integrantes se ve afectado negativamente, debido a relaciones o situaciones conflictivas en la familia. (36). Comparando con otros estudios la investigación de Lázaro S. (82) es concordante al estudio, donde encontró que el 57% de las familias de los estudiantes presentan una moderada funcionalidad familiar, 31% de ellos tienen una adecuada funcionalidad familiar y un 12% de las familias de los estudiantes advierten una inadecuada funcionalidad familiar. Resultados que dan a conocer que existe una moderada funcionalidad familiar con tendencia a adecuada funcionalidad. Mucha M. (84) en Huancayo, obtuvo resultados similares en adolescentes de secundaria donde el 50.16% pertenecen a familias moderadamente funcionales, el 30.16% a familias funcionales y 14.1% que pertenecen a familias disfuncionales. Ramos J. (91) en su investigación realizada en una IES de Puno, obtuvo que el 48% pertenecen a familias moderadamente funcionales, 29% a familias disfuncionales y un 21% a familias funcionales.

Al analizar la teoría y realizar la comparación con otras investigaciones, estos datos nos indican que hay riesgo de alterarse las relaciones familiares lo que provocaría que el adolescente se desarrolle en un ambiente inseguro, así mismo se puede afirmar que la existencia de familias moderadamente funcionales y familias disfuncionales,



constituyen un problema alarmante; esto implica que los miembros de estas familias tienen un comportamiento inadecuado, prevaleciendo la falta y manera de comunicación, unión y afecto familiar, entonces se puede afirmar que hay problemas en la dimensiones de estas familias, así mismo la existencia de constantes conflictos intrafamiliares, padres muy rígidos y críticos, incapaces de manejar los problemas familiares afectan negativamente al adolescente.

Respecto a la funcionalidad familiar en sus siete dimensiones se encontró que hay mayor problema en las dimensiones de comunicación, permeabilidad y adaptabilidad estos pertenecen a la categoría disfuncional. Entonces la comunicación y el dialogo es un valor muy importante en la familia, porque permite el intercambio de ideas, pareceres, deseos y otros. Es la llave de las puertas del entendimiento, la comprensión (38) En las familias funcionales se emplea correctamente la comunicación para identificar y resolver los problemas; en cambio, en las disfuncionales la comunicación tiende a convertirse en instrumento de ataque y el criterio a seguir ante una dificultad no es tanto lo que conviene hacer sino quién se va a salir con la suya en una desgastante lucha por el poder. (40). Por otro lado, se sabe que la permeabilidad es un 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 el medio externo. En tanto la adaptabilidad de la familia facilita el apoyo social de otras familias, amigos y compañeros más cercanos, además de otras instituciones sociales. Los resultados del estudio de Ramos J. (91), se asemejan con los encontrados ya que encontró mayor problemática en las dimensiones de permeabilidad, adaptabilidad y comunicación.

Por lo tanto, en estas familias no existe una comunicación entre los miembros de la familia esto implica que el dialogo es reducido, los encuentros entre padres e hijos son mínimos, existiendo falta de confianza entre los miembros de la familia; esto se debe



posiblemente a que ambos padres no son conscientes o desconocen de la importancia de la comunicación, además de no contar con el tiempo suficiente debido a su trabajo diario, pues se sabe que en la actualidad ambos progenitores se ausentan de casa, llegando cansados y estresados, por eso difícilmente habrá una comunicación adecuada, trayendo como consecuencia el deterioro de las relaciones interpersonales, y esto también constituirá un factor que posiblemente afecte al desarrollo adecuado de adolescente. Por otro lado, la falta de permeabilidad familiar constituye una problemática, lo cual implica que las familias de los adolescentes al encontrarse en situaciones difíciles no utilizan los recursos externos para resolver estos problemas, esto incluiría aquellos padres que difícilmente acuden a un establecimiento de salud, que muestran desinterés por asistir a la escuela de padres; lo que traería como consecuencia una inadecuada calidad de vida familiar. Y la adaptabilidad como componente dentro de la funcionalidad de la familia es muy importante, ya que esto permite a la familia poder integrarse y adaptarse en base a los cambios que el mundo está generando actualmente. Además, esto permite a los adolescentes mantener una línea sobre las actividades adecuadas se deben de realizar dentro de la familia y adecuarse a los cambios que el medio presenta; permitiendo así, a disminuir la posibilidad de encontrar en el consumo de alcohol la respuesta a sus frustraciones.

Respecto al consumo de alcohol se encontró que la mayoría de estudiantes presento un consumo sin riesgo o abstinencia al alcohol, seguido de estudiantes que presentaron consumo de riesgo al alcohol y un porcentaje mínimo de estudiantes presentaron síntomas de dependencia al alcohol. Se puede decir que la adolescencia es un período vulnerable en relación con la adopción de comportamientos dañinos, incluyendo el consumo de alcohol, los comportamientos de riesgo sexual, la inactividad física, la lucha física, la dieta poco saludable y el consumo de tabaco. (53). Los resultados hallados



se asemeja con los resultados de Ticona R. (85) en su investigación titulado Nivel de autoestima y consumo de alcohol como factores de riesgo para inicio precoz de las relaciones coitales en los adolescentes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres del distrito de ciudad nueva Tacna, 2012.", se obtuvo los siguientes resultados los niveles del consumo de alcohol se encuentran en mayor porcentaje, consumo en riesgo 72,85%, la dependencia al alcohol 14,57% y un consumo perjudicial 12,58%. En otra investigación realizada con el objetivo de conocer la relación existente entre el consumo de alcohol y la competencia social en estudiantes adolescentes, se encontró una prevalencia de bajo consumo de alcohol en un 87,05%, moderado consumo de alcohol en un 10,36% y alto consumo de alcohol en un 2,07%. En otro estudio realizado por Zabala F. el resultado fue similar donde el consumo social fue un 25.4%, consumo de riesgo presentó el 40%, y no hay severa (81). Así mismo Roque y Ruelas encontró que el 55.41% tenían un consumo bajo de alcohol, el 24,20% tenían un consumo moderado de alcohol, el 18.47% tenían un consumo de alcohol en riesgo y el 1.91% tenían un consumo de alcohol alto. (88)

Los adolescentes que están en lucha interna con sus sentimientos, que no logran canalizar y descargar adecuadamente y de forma constructiva sus inquietudes y emociones, suelen encontrar en los efectos del alcohol la mejor salida a su angustia o desesperación, dado que los libera artificialmente de esas tensiones; así, el joven aprende a evadir de la realidad. Resulta alarmante el consumo de alcohol en menores de edad, aun y cuando la venta de alcohol es ilegal antes de los 18 años, lo que pone en evidencia la legislación flexible sobre la comercialización de bebidas alcohólicas en nuestro país. El consumo de alcohol entre los adolescentes suscita preocupación social. Asimismo, ciertas características de este período evolutivo pueden facilitar el consumo de alcohol. Por otro lado, el consumo de esta sustancia suele iniciarse en esta etapa de la vida.



CONCLUSIONES

PRIMERA

La funcionalidad familiar se relaciona con el consumo de alcohol en adolescentes de la I.E.S Industrial 32 Puno - 2019. Donde el valor $p=0.0001$ es significativo, cuando la familia es moderadamente funcional se espera un consumo de alcohol sin riesgo, se puede afirmar que el tipo de funcionalidad familiar es un determinante para la adopción de conductas de riesgo como es el consumo de alcohol.

SEGUNDA

Respecto al tipo de funcionalidad familiar, la mayoría de estudiantes pertenecen a familias moderadamente funcional, seguido de familias disfuncionales, familias funcionales, respectivamente y un porcentaje mínimo pertenecen a familias severamente disfuncionales.

TERCERA

Las dimensiones comunicación, permeabilidad y adaptabilidad mayoritariamente son disfuncionales, mientras que la cohesión, armonía, afectividad y roles se encuentran moderadamente funcionales.

CUARTA

Con respecto al consumo de alcohol la mayoría de estudiantes presento un consumo sin riesgo o abstinencia al alcohol, seguido de estudiantes con consumo de riesgo al alcohol y un porcentaje mínimo de estudiantes presentaron síntomas de dependencia al alcohol.



RECOMENDACIONES

A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

- Implementar a través del programa salud del adolescente, talleres de educación y consejería dirigidos a los adolescentes, padres de familia sobre funcionalidad familiar, efectos y consecuencias negativas del consumo de alcohol.

AL DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA INDUSTRIAL 32 PUNO.

- Socializar los resultados obtenidos con los docentes, padres y adolescentes de la Institución Educativa, para dar a conocer la situación de esta problemática.
- Realizar talleres con los adolescentes y padres de familia, considerando la participación de un psicólogo y tutores para mejorar la comunicación, permeabilidad y adaptabilidad.
- En las horas de tutoría sensibilizar, concientizar y reforzar, temas sobre consecuencias del consumo de alcohol.

A LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

- Continuar con las prácticas pre profesional en el centro de desarrollo juvenil del MINSA en la asignatura de salud del escolar y adolescentes enfatizando la prevención del consumo de alcohol.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuba J. Nivel de conocimiento y práctica sobre los juegos online de los adolescentes del primer año de educación secundaria, Institución Educativa Fe y Alegría N°03, San Juan de Miraflores. [Tesis de Licenciatura] Lima: Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza; 2015
2. MINSA. Análisis de situación de salud de las y los adolescentes. Ubicándolos y ubicándonos Perú. Lima: SINCO; 2009.
3. MINSA. Porcentaje de población por etapa de vida. Lima: Oficina general de tecnología de información; 2016.
4. Hernández L, Cargill N, Gutierrez G. Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta. Tabasco: 2011.
5. Zaldívar F. Funcionamiento Familiar Saludable. Cuba. Fundación Salud Vida. [Internet] 2007; 3 (2): 5 – 7 [Consultado 2018 Julio 21] Disponible en: http://www.sld.cgaleríaspdf/funcionamiento_familiar.pdf.
6. Garballo G, Lescano E. Funcionamiento familiar y rendimiento académico en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa 0292-Tabalosos. Marzo 2011 y abril 2012. [Tesis de Licenciatura] Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín; 2012.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar, Perú: 2015.
8. Organización Mundial de la salud (OMS). Informe mundial de situación sobre Alcohol y salud: 2018 [cited 2018 febrero 05 Available from: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alcohol. [Online].;2017 [cited 2017 Marzo 01. Available from: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/



10. Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo (ANAR). Consumo de alcohol en menores inicia desde los 11 años. [Online].; 2016 [cited 2017 Marzo 05. Available from: <http://www.anarperu.org/noticias/consumo-de-alcohol-en-menoresinicia-desde-los-11-anos-segun-anar>
11. Organización Mundial de la Salud. Adolescentes Riesgos para la Salud y Soluciones. 2017. [Acceso 15 abril 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>.
12. Instituto de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud Familiar. 2014. (Acceso 26 de mayo del 2017). Disponible en: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/index.html.
13. Devida, diario correo [Internet]. Puno, Perú: Diario correo [citado el 20 Dic. De 2016]. Disponible en: <http://diariocorreo.pe/ciudad/puno-mas-del-50-de-jovenesbeberian-alcohol-en-la-candelaria-647919/>.
14. Quispe H. [Radio Onda Azul]. Publicado; 2018 [acceso 27 de junio del 2018]. Disponible en: <https://radioondaazul.com/puno-devida-reporta-que-el-consumo-de-drogas-sociales-se-habria-incrementado-en-17-76915.html>
15. Centro de noticias. [en línea]. Publicado; 2011 [acceso 10 de enero del 2017]. Disponible en: http://www.un.org/spanish/News/story.asp?newsID=21756#.WP9dDYg1_IW
16. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Consumo de alcohol en la 584 adolescencia. [Online].; 2012 [cited 2017 febrero 18. Available from: 585 <https://www.saberdealcohol.mx/content/consumo-dealcohol-en-la-adolescencia>
17. Gómez F. Prevalencia de ludopatía en América del Norte. Nueva York:Mc Graw Hill; 2008.



18. MINSA. Programa de familias y viviendas saludables Lima: Biblioteca nacional del Perú; 2006.
19. Pineda H, Maquera E. Enfermería en salud familiar. Puno: UNA; 2012.
20. Organización Panamericana de la Salud. Decreto Legislativo 346. Art. 2, Lineamientos de Política del Sector Salud 2002 – 2012, aprobados por Resolución Suprema N° 014 – 2002 – SA, Tercer Principio Básico; La Familia y la Salud CD44/10. Lima: MINSA; 2012
21. Ortiz J. La familia: Caracterización en un área de salud. Cuba: Medicina General Integral; 1999; 3(15).
22. Valdes A. Familia y desarrollo: intervenciones en terapia familiar México: El manual moderno; 2007
23. Louro B, Infante P, Cuesta F, Pérez G, Gonzales B, Pérez P. Manual para la intervención en salud familiar Habana. Cuba: Ciencias médicas; 2002.
24. Fernández P. Problemas de salud infantil: Intervención de enfermería. Primera ed. Santiago: Universidad Pontifice de Chile; 1999.
25. Dionisio F. Zaldívar Pérez. Funcionamiento Familiar Saludable. Cuba. Fundación Salud Vida, 2007 p.1, 5-7, 10-12. Disponible en : www.sld.cu/galerías/pdf/sitios...temprana/funcionamiento_familiar.pdf
26. Aquilino L., Martínez P. Evaluación Psicológica y Psicopatológica de la familia 2da Edición. España. Editorial Rialp. 2004. Pág. 121-125
27. Eguiluz L. Dinámica familia: un enfoque psicológico sistémico 1º edición. México. Editorial Pax. 2003. p.33-34
28. Aquilino P. y Martínez C. Evaluación Psicológica y Psicopatológica de la familia 2da Edición. España. Editorial Rialp. 2004. Pág. 121-125



29. Aguirre A. Capacidad y factores asociados a la resiliencia, en adolescentes del C.E. Mariscal Andrés Avelino Cáceres del sector IV de Pamplona Alta San Juan de Miraflores"-Lima 2002. Tesis. En línea:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/Tesis/Salud/aguirre_ga/contenido.htm
30. Saez, i. Adolescente de Alto Riesgo. Venezuela, s.s. 2003 p.30, 32.
31. Valle, I. La Funcionalidad Familiar [en línea] 2008 [fecha de acceso 26 de julio del 2013]
disponible, en: <http://medicinafamiliaramazatlan.blogspot.com/2008/12/funcionalidad.familiar.html>.
32. Chirinos, J Y Endara, E. Influencia de Factores: Familiares en la Prevención de Conductas de Riesgo para la Salud en Adolescentes de Quinto Año de Secundaria. Colegios Estatales de Puno. Tesis. Facultad de Enfermería. UNA-Puno 2004.
33. Herrieche. B. Impacto de la Funcionalidad Familiar del Adolescente y sus Padres con Crisis Familiar. Marzo-noviembre 2000[tesis doctoral en puericultura y pediatría] Barquisimeto [Venezuela]: Universidad Centro Occidental. Lizandro Alvarado. [en línea]. <http://elcomercio.pe/ediciononline/html/2008-06-29/cada-ano-100-miladolescentes-peru-afirma-experto.html>.
34. Olson D. Modelo Circumplejo de Sistemas Familiares. En Walsh F. Proceso Familiares Normales. 3ra Edición. Nueva York: Mac Graw Hill; 2003.
35. Olivares O. Manual de modelo de salud familiar, con enfoque intercultural y complementario para la red de atención primaria de salud de Quellón. Chile 2012 disponible en:
[http://biblioteca.iplacex.cl/RCA/Manual%20de%20modelo%20de%20salud%20familiar, %20con%20enfoque%20intercultural%20y%20complementario%20par](http://biblioteca.iplacex.cl/RCA/Manual%20de%20modelo%20de%20salud%20familiar,%20con%20enfoque%20intercultural%20y%20complementario%20par)



- a%20la%20red%20de%20atenci%C3%B3n%20primaria%20de%20salud%20de%20Quell%C3%B3n.pdf
36. Martínez R. la salud del niño y del adolescente. tercera ed. México: Masson Salbat Medicina; 1995.
 37. Fuentes E. Armonía en el hogar. primera ed. Perú: Navarrete; 1991.
 38. Krauskopf D. Conductas de riesgo en la fase juvenil. [en línea]. OIT. [citado el 25 mayo 2018]. Disponible en: www.cinterfor.org.uy/jovenes.
 39. Suarez E. introducción al estudio de la dinámica familiar. Rampa. 20016; 1(1).
 40. Saucedo J. Psicología de la vida familiar: una visión estructural. Rev Medica, Instituto Mexicano del Seguro Social;1991 septiembre; 29(1).
 41. López N. Que ha de observar en la familia el orientador familiar. [fecha de acceso 29 de julio 2013] disponible en: <http://www.scribd.com/doc/99351/que-ha-de-observar-en-la-familia-elorientador-familiar>
 42. Rengel J. Valerio I. Patiño J. García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev. Fac. Med. UNAM. León Guanajuato. Mexico.2014.; (1) 47:24- 27
 43. Fuentes E. Armonía en el hogar. primera ed. Perú: Navarrete; 1991.
 44. Rodríguez A. El liderazgo en la empresa Familiar. Cordova, Argentina: Editorial Vista alegre; 2014.
 45. MINSALUD. Salud Familiar y Comunitaria. 2016 [cited 2017 Agosto 18. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Salud-familiar-ycomunitaria-estrategia-clave-en-implementacion-del-MIAS-.aspx>
 46. Ugarte R. la familia como factor de riesgo. CEDRO. [en línea]. [citado 28 de mayo 2018]. Disponible en: <http://resilenciaenadolescentes.com.pe>.
 47. June H. Claves Bíblicas para consejería familiar: La violencia y sus víctimas. Editorial centros de literatura CRIST. Vol.4: Estados Unidos;2015



48. González S. Familia Disfuncional. [fecha de acceso 20 de mayo del 2013] disponible en: <http://www.elhispanonews.com>
49. MINSA. Orientaciones para la atención integral de salud del adolescente en el primer nivel de atención. Documento técnico. 1ª edición Perú, 2007: 13 – 15.
50. Gutiérrez M. Habilidades Sociales, 2011. disponible en: http://www.valga.es/upload/publicacionsvalga/publicacion_19015/archivo_4081/hhss%202011%20pdf.pdf
51. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alcohol. [Online].; 2017 [cited 2017 Agosto 25. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
52. Infodrogas. Alcohol - Impacto del Consumo de Alcohol. [Online].; 2017 [cited 2017 Agosto 25. Available from: <http://infodrogas.org/drogas/alcohol?showall=&start=2>
53. Xi B, Liang Y, Liu Y, et al. Uso de tabaco y exposición al humo de segunda mano en adolescentes jóvenes de 12 a 15 años: datos de 68 países de bajos y medianos ingresos. *Lancet Glob Health* 2016; 4: e795–805.
54. Berruecos L. (2006) “El alcohol nuestro de cada día” [En línea]. Consultado el 02/11/2013. URL: <http://www.zonamx.net/salu/nutricion/alcohol.htm>
55. Ferreira MMSRS, Torgal MCLFPR. Consumo de tabaco y alcohol en la adolescencia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*
56. Megías E, Elzo J. Jóvenes, valores y drogas Madrid: F.-M. d. S. y. C.-O. S. C.; 2006.
57. Rodríguez E, Ballesteros J, Mejías I. La lectura juvenil de los riesgos de las drogas: del estereotipo a la complejidad. FAD. (Ed.) (Ed.) F, editor.; 2008.
58. Álvarez M. Propuesta de un modelo predictivo del consumo temprano de alcohol en adolescentes Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2015.
59. Anderson, P, Baumberg B. Alcohol in Europe. A public health perspective. A report for the European Comisión. Retrieved from. 2006.



60. Grant B, Stinson F, Harford T. Age at onset of alcohol use and DSM-IV alcohol abuse and dependence: a 12-year follow-up. *J Subst Abuse*. 2001; 13(4), 493-504.
61. Temple J, Shorey R, Fite P, Stuart g. Substance use as a longitudinal predictor of the perpetration of teen dating violence. *J Youth Adolesc*. 2016;(42(4), 596-606. doi: 10.1007/s10964-012-9877-1).
62. Ham, L. S., & Hope, D. A. (2003). College students and problematic drinking: a review of the literature.. *Clin Psychol Rev*. 2013; 23(5), 719-759.
63. Oesterle S., Hill K, Hawkins J, Guo J, CatalanO R, Abbott R. Adolescent heavy episodic drinking trajectories and health in young adulthood.. 2014. *J Stud Alcohol*; 65(2), 204-212.
64. Lee G, Forsythe M. Is alcohol more dangerous than heroin? The physical, social and financial costs of alcohol. *Int Emerg Nurs*.. 2011; 19(3), 141-145.
65. Organización Mundial de la Salud (OMS). Maltrato Infantil. Nota Descriptiva. 2010 agosto; (N.º 150.).
66. Annenberg Commission on Adolescent Substance Abuse. Prevention of substance abuse disorders. New York: Oxford University Press.; 2005.
67. Riera C, Parra J, Munduate C. Protocolo de atención integral a adolescentes. [en línea]. Publicado; 2009 [acces 10 de Marzo del 2016] Disponible en: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D87.pdf.
68. Pons DJ, Berjano PE. El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: Un modelo explicativo desde la psicología social. [en línea]. Publicado; 2005 [acceso 13 de Diciembre del 2015.] Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/alcoholJovenes/docs/consumoAbusivo.pdf>.



69. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar. Primera Edición ed. Canessa A, editor. Perú: Industria Gráfica MACOLE S.R.L.; 2013.
70. Babor TF, Higgins BJC, Saunders JB, Monteiro MG. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. [en línea]. Publicado; 2012 [acceso 5 de noviembre del 2015]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf
71. Costa D, Del Lujan M, Masjuan N, Trápaga M, Del Arca D, Scafarell L, Feibuscheurez A. Escala de Evaluación del Funcionamiento Familiar -Faces IV-: Proceso de Adaptación a Montevideo, Uruguay. Ciencias Psicológicas [revista en internet] 2009 [consultado el 19 de setiembre
72. Fernández O, Herrera P, Escobar M. Adolescentes en Psicoterapia: Su Representación de la Relación Terapéutica. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud [revista en internet] 2016 [consultado el 19 de setiembre 2017]; 14 (1): 59-575. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v14n1/v14n1a39.pdf>
73. Santillano I. Centro de investigación y difusión poblacional. [en línea]. Santiago de Chile: Centro de investigación y difusión poblacional; 2009 [citado 5 de julio 2018] Disponible en: ProQuest Ebook Central.
74. OMS. desarrollo de la adolescencia. [en línea]; 2018 [citado el 8 de mayo 2018]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.
75. Ponce M. Desarrollo normal del adolescente. [en línea]. Lima; 2015 [citado 6 julio 2018]. http://www.mpfm.gob.pe/escuela/contenido/actividades/docs/3962_03ponce.pdf.



76. MINSA: Salud de las y los adolescentes peruanos. Ubicándolos y Ubicándonos [En línea]; 2009. [Acceso: el 23 de agosto del 2018). Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/ciudadanos/boletin_Adolescentes/boletin012010.pdf. 29. MINSA: Guía de rotafolio para personal de salud. Creciendo saludablemente en la familia. “Prevención del VIH y el SIDA”. Lima: Perú; 2005.
77. IMAN/OPS. Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes. Washington; 2005.
78. Trujillo T, Vasquez E. Percepción de la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol en adolescentes”. [Online].; 2016. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172689582016000200017&lang=pt 74
79. Lavaje, J. Adolescencia y Personalidad. Editorial bonum; 1996. Pág. 233-355.
80. Pachacama L. Disfunción familiar y su incidencia en el consumo de alcohol en los estudiantes de la unidad educativa shekiná en el período febrero 2013 – agosto 2013.TESIS, shekina: Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Técnica de Ambato; 2016.
81. Zabala F. Consumo de alcohol y su repercusión en la Disfunción Familiar de los adolescentes del sector “Tierras Coloradas “De La Ciudad De Loja, en el año 2015. Tesis Doctoral. Loja: Universidad Nacional de Loja; 2016
82. Lázaro S. Funcionalidad familiar en los estudiantes de tercer grado de la institución educativa Chinchaysuyo. [Tesis para obtener la licenciatura en Trabajo Social]. Huancayo: Universidad Nacional del Centro del Perú; 2017
83. Tapullima F, Pizarro C, Gonzales L. factores biopsicosociales y frecuencia de consumo de alcohol, en estudiantes de enfermería de la universidad nacional de la



- amazonia peruana, Iquitos- 2016.TESIS, Iquitos: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2016.
84. Turpo L. y Vásquez A. Funcionamiento familiar y consumo de alcohol en estudiantes de secundaria, Institución Educativa Inmaculada Concepción Arequipa-2017. Tesis, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de San Agustín Arequipa;2018
85. Ticona H. Nivel de autoestima y consumo de alcohol como factores de riesgo para el inicio precoz de las relaciones coitales en los adolescentes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres. Tesis. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna; 2012.
86. Choque C. y Ponce M. Autoestima y Consumo de Alcohol en los estudiantes del tercer año de la Institución Educativa Secundaria Industrial Simón Bolívar de la ciudad de Juliaca – 2017. Tesis licenciatura. Juliaca. Universidad Peruana Unión. 2017.
87. Morales R. Nivel de autoestima y consumo de alcohol en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Publica Industrial 32 Puno-2016.Tesis licenciatura. Puno. Universidad Nacional el Altiplano Puno. 2016.
88. Roque M. y Ruelas K. Factores sociales y psicológicos que influyen en la ingesta de alcohol en 624 los alumnos de la CEPRE – U Galeno de la ciudad de puno abril - julio 2015. Tesis para optar título profesional en enfermería. Puno. Facultad de ciencias de la salud. Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez. 2015.
89. Málaga F. Relación entre funcionamiento familiar y conductas de riesgo en 79 adolescentes de la IES Comercio N° 45 Puno. [tesis]. Arequipa: Universidad Católica Santa María; 2013.
90. Acrota C. Consumo de alcohol según test de identificación de desórdenes por uso de alcohol. Tesis. Puno: Universidad Nacional del Altiplano, Perú; 2011.



91. Ramos J. Funcionalidad familiar y habilidades sociales en adolescentes de la IES José Antonio Encinas Puno. [tesis] Puno: UNA Puno; 2010.
92. Hernández R, Fernández C, y Baptista P, Metodología de la investigación. Cuarta ed. Hill Interamericana, editor. México: Editorial Megraw; 2006.
93. Louro B, Infante P, Cuesta F, Pérez G, Gonzales B, Pérez P. Manual para la intervención en salud familiar Habana. Cuba: Ciencias médicas; 2002.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de Consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE	METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA	INSTRUMENTO
¿Cuál es la relación entre Funcionalidad familiar y el consumo de alcohol en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Industrial 32 Puno – 2019.	<p>Objetivo General: Determinar la relación entre funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Industrial 32 Puno – 2019.</p> <p>OE: - Identificar el tipo de funcionalidad familiar en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Industrial 32 Puno – 2019.</p>	<p>Variable independiente: Funcionalidad familiar</p> <p>Variable dependiente: Consumo de alcohol.</p>	<p>Tipo Investigación El presente trabajo de investigación corresponde a una investigación de tipo descriptivo transversal, la obtención de datos se dio en un momento específico, durante</p>	<p>Población: La población para el estudio estuvo conformada por 699 adolescentes de ambos sexos con edades comprendidas de 11 a 17 años 11 meses y 29 días.</p>	<p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumento: Test de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL). Cuestionario test de identificación de trastorno relacionados con el</p>

<p>Industrial 32 Puno – 2019?</p>	<p>- Identificar la funcionalidad familiar según sus dimensiones: cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, efectividad, rol y permeabilidad en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Industrial 32 Puno - 2019.</p> <p>- Identificar el consumo de alcohol en adolescentes de la Institución Educativa Industrial Secundaria 32, Puno - 2019.</p>		<p>un periodo limitado de tiempo.</p> <p>Diseño de Investigación</p> <p>El diseño de la investigación que se utiliza es, el diseño correlacional para establecer la relación entre las variables de estudio</p>	<p>Muestra:</p> <p>El tamaño de la muestra se obtuvo mediante el muestreo simple el cual resulto 248 estudiantes.</p>	<p>consumo de alcohol (AUDIT).</p>
---------------------------------------	--	--	--	--	------------------------------------



ANEXO 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ASENTIMIENTO DE MENOR DE EDAD

Estimado estudiante:

Vamos a realizar un estudio para tener información sobre “funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Industrial 32 Puno - 2019”. Te pedimos que respondas a todas las interrogantes que se harán en el documento. Tus respuestas permitirán conocer la relación entre funcionalidad familiar y consumo de alcohol. Si aceptas estar en nuestro estudio, Puedes hacer preguntas las veces que quieras en cualquier momento del estudio. Además, si decides que no quieres terminar el estudio, puedes parar cuando quieras. Nadie puede enojarse o enfadarse contigo si decides que no quieres continuar en el estudio. Recuerda, que no hay preguntas correctas (buenas) ni incorrectas (malas).

Si firmas este papel quiere decir que lo leíste, o alguien te lo leyó y que quieres estar en el estudio. Si no quieres estar, no lo firmes. Recuerda que tú decides estar y nadie se puede enojar contigo si no firmas el papel o si cambias de idea y después de empezar te quieres retirar.

Firma del participante del estudio

Fecha _____



ANEXO 3

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

TEST DE FUNCIONLIDAD FAMILIAR DE FF-SIL

INSTRUCCIONES. Estimado (a) alumno (a): El presente cuestionario forma parte de un estudio orientado a obtener información, se le solicita responder de manera apropiada los siguientes ítems. Para tal efecto sírvase marcar con un aspa (x) Sus respuestas serán manejadas con confidencialidad por lo cual se le solicita que responda con absoluta veracidad.

I. DATOS GENERALES:

- **Sexo:** M() F()
- **Edad:**
- **Grado y sección:**

II. CONTENIDO

	ITEMS	1	2	3	4	5
		Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1	En mi hogar, se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia.					
2	En mi hogar predomina la armonía (paz, tranquilidad)					
3	En mi hogar, cada uno cumple con sus responsabilidades.					
4	En mi hogar, las manifestaciones de cariño son parte de nuestra vida diaria.					
5	En mi hogar, conversamos de forma clara y directa, sin disimulos.					



6	En mi hogar podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7	En mi hogar tomamos en cuenta las experiencias de otras familias vivieron ante situaciones difíciles.					
8	Cuando algún miembro de la familia tiene un problema los demás ayudan.					
9	En mi hogar, se reparten las tareas de forma que nadie este sobrecargado.					
10	En mi hogar, estamos acostumbrados por ejemplo a almorzar juntos, festejar cumpleaños, etc. Estos pueden cambiar si se presentan otras situaciones.					
11	En mi hogar, podemos conversar diversos temas sin temor.					
12	Ante un problema familiar, buscamos ayuda en otras personas.					
13	En mi hogar, todos (padres e hijos) respetamos los intereses y necesidades de cada miembro de la familia.					
14	En mi hogar, nos demostramos cariño que nos tenemos, por ejemplo dándonos abrazos y diciendo palabras agradables.					



ANEXO N° 04

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

TEST DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNO RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL (AUDIT)

INSTRUCCIONES. Estimado (a) alumno (a): marcar con una (x). Sus respuestas serán manejadas con confidencialidad por lo cual se le solicita que responda con absoluta veracidad.

CONTENIDO

ITEMS	0	1	2	3	4
1. ¿Con que frecuencia toma alguna bebida que contenga alcohol?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 veces a 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántas bebidas que contenga alcohol toma normalmente cuando bebe?	1 o 2 veces	3 o 4 veces	5 o 6 veces	De 7 a 9 Veces	10 o mas
3. ¿Con que frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
4. Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no pudo hacer lo que se	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario

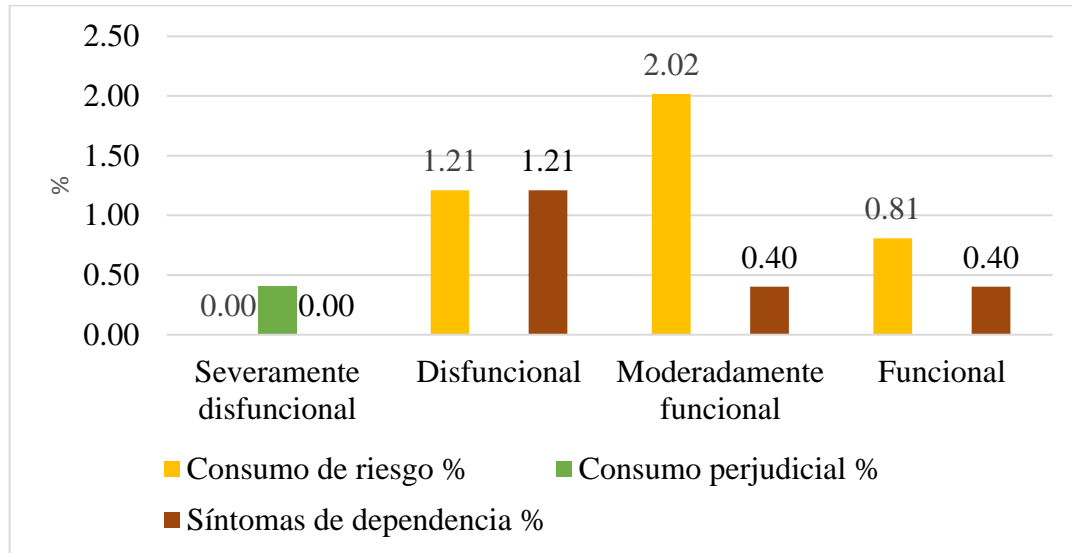


esperaba de usted porque había bebido?					
6. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi diario
8. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi diario
9. Tu o alguna persona ha resultado herido porque habías bebido?	No	-----	Sí, pero no el curso del último año	-----	Si, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario, han mostrado preocupación por tu consumo de alcohol, o te han sugerido que dejes de beber?	No	-----	Sí, pero no el curso del último año	-----	Si, el último año

Gracias por su colaboración

FIGURA 1

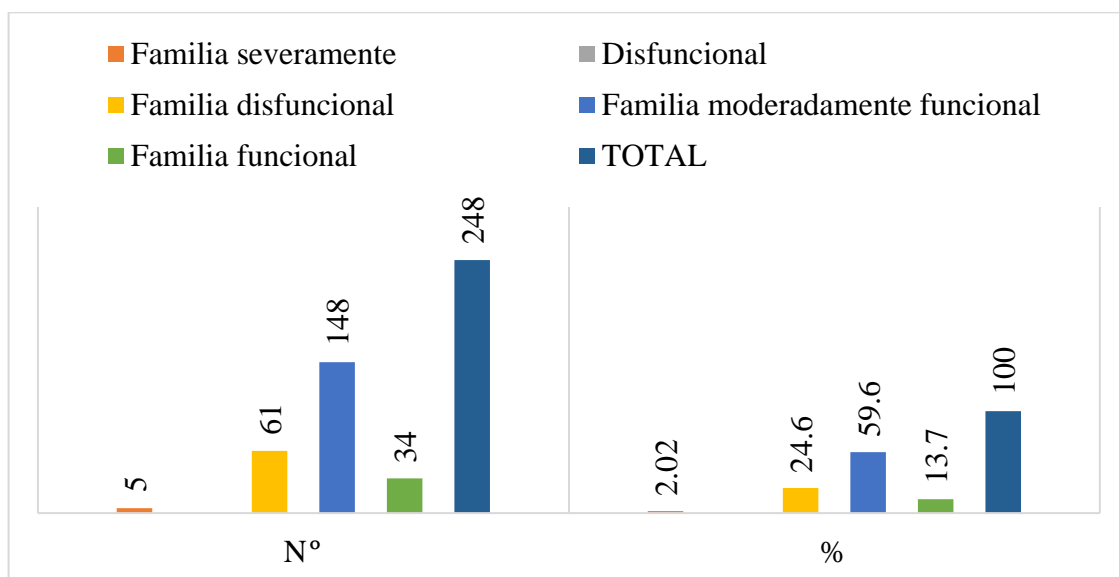
RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA INDUSTRIAL 32 PUNO – 2019



Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora en los adolescentes de la I. E.S. Industrial 32 Puno

FIGURA 2

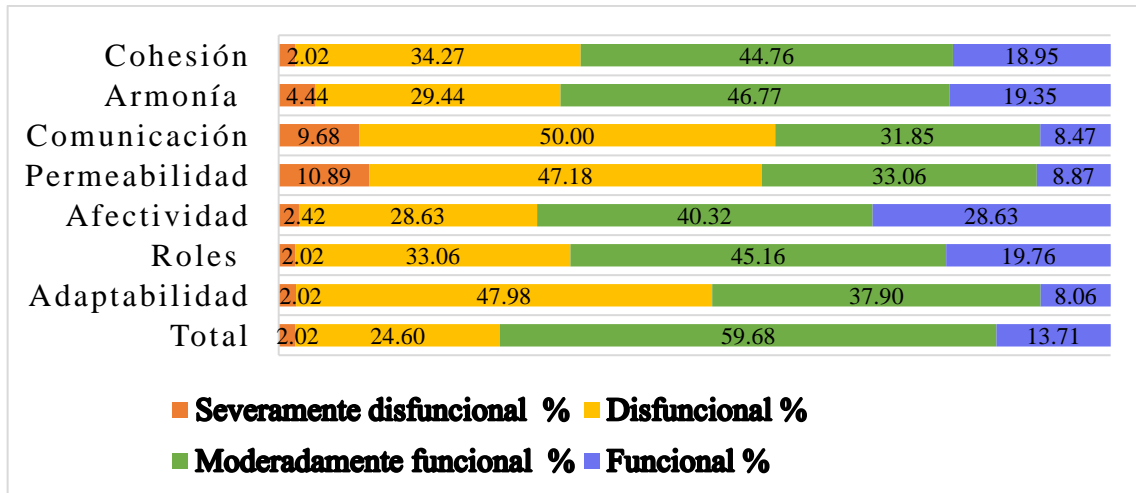
TIPO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA INDUSTRIAL 32 PUNO – 2019



Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora en los adolescentes de la I. E.S. Industrial 32 Puno.

FIGURA 3

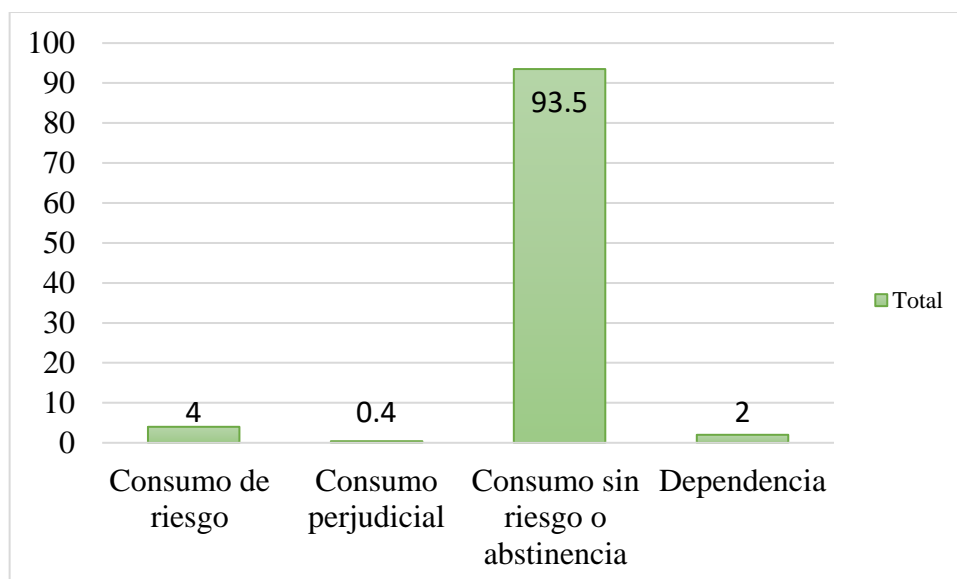
**FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN DIMENSIONES: COHESIÓN,
ARMONÍA, COMUNICACIÓN, ADAPTABILIDAD, EFECTIVIDAD, ROL Y
PERMEABILIDAD EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
SECUNDARIA INDUSTRIAL 32 PUNO – 2019**



Fuente: Prueba de percepción del funcionamiento familiar.

FIGURA 4

**CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA SECUNDARIA INDUSTRIAL 32 PUNO – 2019**



Fuente: Cuestionario de test de identificación de trastornos por consumo de alcohol

ANEXO 5 EVIDENCIAS



Institución Educativa Secundaria Industrial 32 Puno



Saludo, presentación e instrucciones a las estudiantes para el llenado de los cuestionarios



Estudiantes de la I.E.S. Industrial 32 Puno, realizando el llenado de las encuestas proporcionadas.



Resolviendo dudas de las alumnas en el llenado de las encuestas