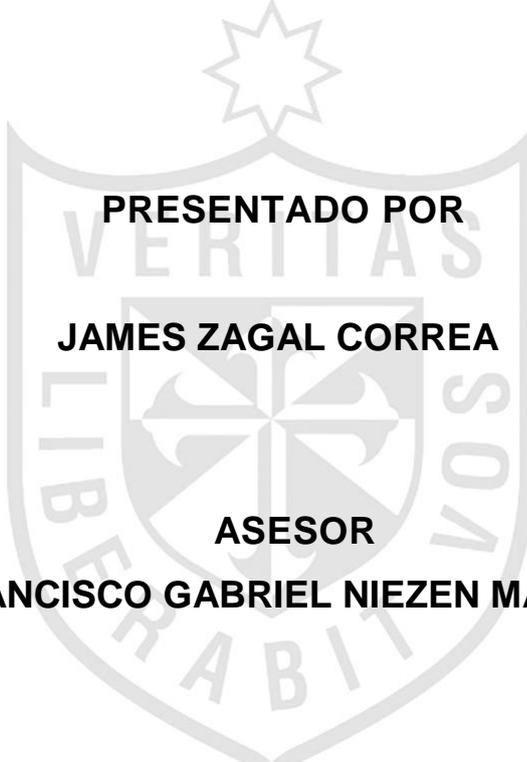




**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
UNIDAD DE POSGRADO**

**TIPO DE FAMILIA Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES  
HOSPITAL II VITARTE-ESSALUD-2015**



**PRESENTADO POR  
JAMES ZAGAL CORREA**

**ASESOR  
FRANCISCO GABRIEL NIEZEN MATOS**

**TESIS  
PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN  
MEDICINA CON MENCIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y  
COMUNITARIA**

**LIMA- PERÚ  
2017**



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual  
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO**

**TIPO DE FAMILIA Y CONSUMO DE ALCOHOL EN  
ADOLESCENTES  
HOSPITAL II VITARTE-ESSALUD-2015**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN MEDICINA CON  
MENCIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**PRESENTADO POR  
JAMES ZAGAL CORREA**

**ASESOR  
DR. FRANCISCO GABRIEL NIEZEN MATOS**

**LIMA, PERÚ  
2017**

## JURADO

**Presidente** : Dr. Paul Alfaro Fernández.

**Miembro** : Dr. José Garay Uribe.

**Miembro** : Dra. Doris Medina Escobar.

A mi esposa, el gran amor de mi vida, por estar siempre en esos momentos difíciles, brindándome su amor, comprensión y paciencia

A mi padre, gran educador, mi ángel guardián desde el cielo

A mi madre, quien me enseñó a conocer la igualdad de los corazones

A mi hermana, amiga y consejera incondicional

## **AGRADECIMIENTO**

Al doctor Francisco Gabriel Niezen Matos, por el aporte constante en el desarrollo de esta tesis, que sin su ayuda y conocimiento no hubiese sido posible realizar.

A la magister Doris Medina Escobar, por su dedicación, tiempo, paciencia y conducción de saberes, colaboración en estilo y forma de mi tesis.

Al doctor Carlos Segura Romero, director del Hospital II Vitarte, por brindarme las facilidades para la recolección de datos de las Historias Clínicas del Adolescente - Ficha CLAP

Al equipo interdisciplinario del Programa Adolescentes del Hospital II Vitarte, por realizar una Atención Integral de Salud en los pacientes durante la consulta externa preventiva, para obtener datos completos y fidedignos.

A los pacientes asegurados del Hospital II Vitarte, quienes brindaron su tiempo, comprensión y apoyo en los días sábados para la realización de la Atención Integral de Salud.

## ÍNDICE

	<b>Páginas</b>
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	vi
Abstract	vii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO</b>	<b>6</b>
1.1 Antecedentes	6
1.2 Bases teóricas	19
1.3 Definición de términos básicos	28
<b>CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	<b>30</b>
2.1 Formulación de la hipótesis	30
2.2 Variables y su operacionalización	30
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA</b>	<b>31</b>
3.1 Tipo y diseño	31
3.2 Diseño muestral	31
3.3 Procedimientos de recolección de datos	33
3.4 Procesamiento y análisis de los datos	33
3.5 Aspectos éticos	33
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	<b>34</b>
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN</b>	<b>45</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>52</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>54</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>55</b>
<b>ANEXO</b>	<b>58</b>
1. Estadística complementaria	59
2. Instrumentos de recolección de datos	63

## RESUMEN

El objetivo de la investigación fue evaluar la asociación entre tipo de familia y consumo de alcohol en adolescentes en el Hospital II Vitarte de EsSalud.

Se realizó un estudio de tipo observacional, analítico, transversal, retrospectivo; la muestra fue de 524 adolescentes que acudieron a la consulta externa preventiva, y participaron en el Programa Adolescente del Hospital II Vitarte, de EsSalud, entre los meses de enero a diciembre de 2015, la recolección de datos fue obtenida de la Historia Clínica del Adolescente – Ficha CLAP de todos los adolescentes atendidos en el año 2015.

Se evaluó a 524 (100%) adolescentes, cuyo consumo de alcohol fue 53,24% (279), correspondiendo al tipo de familia nuclear 56,56% (155) ( $p < 0,0001$ ). La edad con mayor consumo de alcohol fue de 17 años (94,87%) ( $p = 0,0093$ ). El estudio encontró que no hay evidencia de diferencias porcentuales en relación con el género masculino ( $p = 0,2055$ ).

Se concluyó que en los adolescentes que acudieron a la consulta externa preventiva, y participaron en el Programa Adolescente del Hospital II Vitarte, de EsSalud, si se encontró evidencia de asociación entre tipo de familia y consumo de alcohol en adolescentes, el mayor número de casos se presentaron en familias nucleares y extendidas.

Palabras clave: Tipo de familia, consumo de alcohol, adolescentes (DeCS BIREME)

## ABSTRACT

The objective of these research was to find the association between families type and drinking alcohol with adolescent's child from Vitarte's II ESSALUD Hospital.

The study is observational, analitic, cross-sectional and retrospective; the sample was 524 teenagers from Adolescent Program who atended preventive consult, between the months of January to December 2015, the collection of data was obtained from clinical history called CLAP.

The study reported 524(100%) adolescents, 279 adolescents (53,24%) drunk alcohol and had nuclear family 155 (56.56%) ( $p < 0.0001$ ).

Adolescents drunk alcohol around 17years old (94,87%) ( $p = 0, 0093$ ). The study found, there are not differences in male ( $p = 0, 2055$ ) Nevertheless female incresed around 15 years old.

It was concluded that teenagers from Adolescent Program who atended preventive consult on Vitarte's II ESSALUD Hospital had strong evidence between families type and drinking alcohol with adolescent's child.

Most of the cases was found on nuclear and extended families.

Key words: family type, drinking alcohol, adolescent (DeCS BIREME)

## INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol es uno de los principales problemas sociales. Se genera una educación ética desde los hogares donde existen diferentes tipos de familia con límites y roles diferentes, de acuerdo a sus costumbres y creencias; se tiene el concepto de que una familia nuclear es una familia sin problemas con equilibrio normo funcional, sin acontecimientos vitales estresantes, sin crisis familiares (Normativos y No normativos), con recursos internos y externos adecuados, con capacidad adaptativa; y que una familia monoparental, reconstituida, ampliada, extendida, equivalente es una familia con problemas, en equilibrio patológico, con múltiples acontecimientos vitales estresantes, que conllevan a crisis familiares, con recursos internos y externos inadecuados, que pueden llegar a la ruptura familiar; este tipo de familias es que en la actualidad lo relacionan más al consumo de alcohol en adolescentes; el motivo es que este adolescente integrante de algunos de estos tipos de familia, expresa a la sociedad su cultura ética, pero no se estudia a profundidad las familias nucleares porque se cree que sus adolescentes no presentan problemas al tener un hogar constituido por padre, madre y/o hermano; sin embargo, se sabe que la ingesta de bebidas alcohólicas en adolescentes de familias nucleares es casi igual o superior al de aquellos de familias no nucleares.

En el mundo, la prevalencia del consumo de alcohol se mantiene estable y se va ajustando al crecimiento mundial de la población, como respuesta de la evolución de los mercados hasta llegar al consumidor.<sup>1</sup>

En América, es un problema serio en los adolescentes, el inicio temprano está relacionado a una mayor dependencia de alcohol, generando aumento de mortalidad y discapacidad en las Américas en relación con el resto del mundo; de todas las drogas lícitas, el alcohol es el de mayor consumo.

El consumo de alcohol presenta mayor riesgo en el grupo etario de los adolescentes; ya que su cerebro está aún en formación. Una de las drogas lícitas que más se consume, en forma excesiva y compulsiva, en la población de edad escolar secundaria es el alcohol. Se estima una prevalencia de ingesta de bebidas alcohólicas en los adolescentes que cursan el nivel secundario es superior al 50 % en algunos países, este incremento se debe a la ausencia de programas de prevención escolar, a los problemas en el vínculo familiar y al desinterés de los programas comunitarios.

El problema se centra en la población donde influyen los amigos, la familia, la comunidad, etc. El 50% que consumen bebidas alcohólicas en población adolescente se modifican de acuerdo al número de población de cada país americano.<sup>2</sup>

El consumo de alcohol en el Perú, el aspecto más importante tiene que ver con la edad que inicia el consumo de alcohol, siendo la edad promedio a los 13 años y se duplica el consumo en ciudades como Tacna y Cuzco, y en ciudades de libre venta a menores, generando una reducción de conciencia de riesgo de la ingesta de bebidas alcohólicas en las población adolescente.<sup>3</sup>

La ingesta de bebidas alcohólicas en el distrito de Vitarte es una problemática social que se inicia aproximadamente desde los 10 años de edad en su forma

de consumo social durante los fines de semana, abuso o dependencia durante el desarrollo de su vida, se considera uno de los distritos que más consumidores de alcohol en adolescentes presenta, afectando a los adolescentes que viven en un ambiente familiar de discomfort, predominando el consumo de alcohol en el sexo masculino y, en algunas oportunidades, relacionado con pandillaje.

Durante la evolución del adolescente se presenta factores de riesgo asociados a la ingesta de alcohol, como la necesidad de reafirmación (consumen alcohol como un vínculo social), la necesidad de trasgresión (acto de provocación frente a los adultos como resultado del consumo de alcohol), la necesidad de integración (pertenecer a grupos donde el alcohol ocupa una función importante), la necesidad de autonomía; la adolescencia se caracteriza por el “hedonismo” (ante todo hay que pasarlo bien y divertirse) y el “presentismo” (vivir aquí y ahora).<sup>4</sup>

Una de los enigmas claves en la sociedad es la identificación de la existencia de asociación entre tipo de familia y consumo de alcohol en adolescentes; es nuestro principal problema, porque la educación ética se inicia en el hogar independientemente si están constituidos por familias nucleares y no nucleares. Tendremos como objetivo general la evaluación de la asociación del consumo de alcohol en adolescentes relacionados con el tipo familiar, y como objetivo específico tendremos el relacionar el consumo de alcohol en adolescentes con la edad, el sexo y el consumo de tabaco.

La justificación será sustentada en lo importante y útil investigar la ingesta de bebidas alcohólicas en el adolescente por ser es un problema familiar, social y sanitario; brindara nuevos conocimientos que independientemente del tipo de familia, el consumo de alcohol se da en todos los tipos de familia, no solamente en las familias no nucleares.

Es relevante porque los adolescentes son las nuevas generaciones y la base de una futura sociedad; se beneficiarán estos y sus familias, la sociedad, el sistema sanitario; tendremos una familia y sociedad con adolescentes que retrasaran el inicio del consumo de alcohol; y que es una prioridad en la región y en el país.

Socialmente se requiere y es necesario para un compromiso intersectorial el conocer los factores que están detrás de los adolescentes y que de una u otra forma, determinan el consumo de alcohol.

La información que brinde la investigación es requerida por el Estado, Ministerio de Salud, Instituciones Médicas, Hospitales, Universidades, Médicos, estudiantes y principalmente las familias.

La justificación será sustentada en la viabilidad del estudio en el cual se dispone de tiempo necesario para ejecutar la investigación; se dispone del personal necesario, indispensable para la realización de la investigación; se dispone de recursos económicos y bienes necesarios para solucionar los problemas que se presentan durante la realización de la investigación; se utilizara el número necesario de individuos aptos; es políticamente factible investigar este problema; no existe problemas éticos para la realización de esta investigación; se cuenta con la autorización del Hospital II Vitarte-EsSalud para

la extracción de las historias clínicas de archivo y se cuenta con el permiso de la USMP para la realización de la investigación.

Dentro de nuestras limitaciones tenemos que siendo un estudio observacional no se puede controlar las variables de confusión o intervinientes.

No se puede controlar el llenado de la Historia Clínica del Adolescente - ficha Centro Latino Americano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva - Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud (HCA - CLAP/SMR - OPS/OMS)

## CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

### 1.1 Antecedentes

En 2013, López CM *et al.*; realizaron una investigación, cuyo objetivo fue identificar diferencias de actitud entre alumnos del nivel secundario consumidores de alcohol y no consumidores a través de la Teoría de la “Conducta Planeada”. Usó un diseño descriptivo transversal con enfoque cuantitativo; incluyó 131 participantes adolescentes; se encontró que el 74,0% ya había consumido alcohol y el 18,3% realizaron ingesta dañina.

Se concluyó que la creencia conductual para la ingesta de alcohol eran más elevado en los que consumían (  $X = 29.32$ ,  $Mdn = 27.50$ ) que en los que no consumían; así con la evaluación en sentido positivo de la creencias conductuales son elevadas en los que consumen bebidas alcohólicas (  $X = 17.72$ ,  $Mdn = 9.52$ ) que en los que no consumen; por ello se planteó la necesidad de implementar programas de prevención que fortifiquen nuevas creencias en los adolescentes y estimulen estrategias vinculadas con estilos de vida saludable y el reforzamiento de factores protectores.<sup>5</sup>

El 2011, Manrique AF *et al.*; efectuaron un estudio para caracterizar la ingesta de bebidas alcohólicas, uso de tabaco y los factores psico-sociales de protección y riesgo para el consumo en alumnos de secundaria, media académica o técnica de Tunja en el año 2009. Usando un diseño de investigación de prevalencia; se evaluó factores determinantes y prevalencia

del consumo; incluyó una muestra de 1515 alumnos desde 13 hasta 18 años, matriculados desde el 8° hasta el 11° grado; se encontró que la Media de edad fue 15.2 años (SD=1.42); 50,2% de sexo femenino; prevalencia de vida: cigarrillos 50,56 por ciento, embriaguez 51,68 por ciento, bebidas alcohólicas 73,47%.

Los principales determinantes del consumo fueron la disfunción familiar, influencia y presión de grupos y pares, enfrentamientos con tutores o padres, dificultades académicas. Se encontró que la edad promedio de inicio era entre los 12 y los 13 años; se reportó fácil accesibilidad a los cigarrillos y bebidas alcohólicas.

Se concluyó que la frecuencia de fumar cigarrillo e ingesta de bebidas alcohólicas es elevada en este grupo etario; también que la asociación de determinantes son factores susceptibles de intervenir educativamente, las cuales deben ser prioridad, especialmente aquellas relacionadas con el grupo de pares y el ambiente familiar, por la gran influencia que estos tienen.<sup>6</sup>

En el 2011, Acosta LD *et al.*; analizaron los factores sociales de protección y de riesgo para la ingesta de alcohol excesivo a partir de los datos de la Encuesta Nacional sobre prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas, en 2008; en argentinos de 16 a 24 años. Se empleó análisis multivariado y bivariado.

Los factores sociales de riesgo hallados fueron la edad de inicio (mayor riesgo a menor edad), la región Pampeana, Noreste y Noroeste, el sexo (masculino) y proceder de familias con necesidades básicas no satisfechas.

Los factores sociales de protección identificados fueron la inactividad, no haber tenido oportunidad de consumir drogas lícitas e ilícitas, no tener curiosidad de probarlas, y no haberlas usado alguna vez en la vida (bebidas alcohólicas, cigarrillos, tranquilizantes, cocaína y pasta básica). Los resultados permitieron que se cree programas preventivos para los jóvenes y los adolescentes.<sup>7</sup>

En el 2011, Puig NA *et al.*; ejecutaron una investigación, cuyo objetivo fue Identificar el patrón de ingesta de bebidas alcohólicas en los alumnos de medicina de México. Es un tipo de estudio transversal, ejecutado en la Universidad Veracruzana en México, que incluyó a 263 alumnos (84,4%). El conjunto de preguntas tiene la “Prueba de Identificación de Trastornos por el Uso del Alcohol y el cuestionario de estudiantes 2006”.

El 60,0% de alumnos fueron de sexo femenino. Su utilización en la vida fue de 71,9% y la edad de inicio fue de 12.5 años. Fue baja la frecuencia de consumo, con elevadas cantidades; consumieron hasta llegar a la ebriedad, predominantemente los varones. El 46,0% ingiere bebidas alcohólicas en un nivel que le genera problemas.

Los alumnos percibieron que los maestros y padres no ven bien que ellos ingieran alcohol. Esta investigación contribuye al replanteamiento de programas preventivos promocionales relacionados a la ingesta de alcohol para implementarse en ambientes universitarios.<sup>8</sup>

En el 2011, López MM *et al.* desarrollaron una pesquisa de corte transversal para establecer el uso de drogas psico-activas licitas en una muestra de 237 alumnos de enfermería de una Universidad privada de Bogotá, Colombia para relacionarlas con sexo, edad, estado civil, número de hijos, semestre, estado laboral.

Se elaboró un conjunto de preguntas para recolectar datos relacionados a ese aspecto y otro de Tolerancia de Fagerstrom para calcular la severidad de la dependencia a la nicotina y el AUDIT, versión para auto-aplicación con una escala de puntuación clasificado en bajo grado, medio y alto para dependencia del alcohol.

Los datos arrojaron que el uso de tabaco es de 24,0%, el nivel de dependencia fue de 5 (8,5%) alumnos con leve dependencia; 42 (72,0%) alumnos con media dependencia y 12 (20,0%) alumnos con dependencia alta; y la ingesta de alcohol fue de 82,0%. El 98,0% de los alumnos que fumaban cigarrillos también ingerían bebidas alcohólicas. Se halló que la proporción de alumnos que jamás han bebido es más elevado en el grupo que no consumen cigarrillos (23,0%) en relación al grupo que si consumen cigarrillos (1,72%).<sup>9</sup>

En el 2011, Mosqueda DA *et al.* usaron un estudio cuantitativo, descriptivo-transversal y exploratorio, con el objetivo de describir e identificar los factores de riesgo y protectores de la familia frente al fenómeno de las drogas en adolescentes tempranos de las familias de la comunidad de Valparaíso, Chile.

La selección muestral fue aleatorio simple, se incluyó 61 estudiantes registrados en 2008. Se elaboró un conjunto de preguntas validadas por un conjunto de profesionales de cinco países de las Américas, utilizándolos como instrumentos para recolectar información.

La relación familiar fue percibida por los adolescentes como factor de protección en un 86,9%, destacándose la buena comunicación con el padre y la madre. Como factor de riesgo (la acumulación de stress, deterioro de la salud y el comportarse) fueron percibidos por la gran parte, y un grupo diminuto de alumnos lo percibe como un factor neutro, ambos relacionados al uso de drogas licitas e ilícitas.<sup>10</sup>

El 2010, Ferreira MM *et al.* buscaron el análisis de los hábitos de ingesta de bebidas alcohólicas y el uso de tabaco de los adolescentes del nivel secundario, del distrito del Porto, en Portugal.

El resultado evidenció en relación al uso de tabaco que gran parte de los alumnos no fumaba, el inicio es más precoz en adolescentes de sexo femenino y va incrementando con los años, y es influenciada por los amigos

En relación a la ingesta de bebidas alcohólicas, aproximadamente el 50,0% de los adolescentes ingieren alcohol, tienen más costumbres de tomar, la ingesta de alcohol va incrementando con los años, el alcohol destilado es el más consumido por los adolescentes de ambos sexos, el 44,1% de los adolescentes

encuestados ya se emborracharon como mínimo una vez y la gran parte no desea dejar de tomar.<sup>11</sup>

El 2010, Tam PE *et al.* asociaron la ingesta de bebidas alcohólicas y el stress académico en alumnos de enfermería. El tipo de estudio es descriptiva, transversal. Las preguntas Inventario de Estrés Académico (IEA) y el AUDIT fueron utilizados en 82 alumnos de una Universidad privada en Lima, Perú. Se demostró que los estudiantes tenían edad promedio 20,4 y que el 86,6% vivían con sus padres, 92,7% solteras, 91,5% no tenían hijos, 69,5% no trabajan.

El incremento académico representó el factor estresante de gran prevalencia; sobre la ingesta de bebidas alcohólicas; 48,0% consumió 1-2 copas en 24 horas; 51,2 %, más de 3 vasos en cualquier día y 56,1 % una vez al mes; 11,0% no cumplieron con sus obligaciones; un 1/3 relató que fumaba, tomaba y comía en abundancia.

Se concluyó que los diferentes escenarios producían diferentes niveles de stress asociados a factores de tiempos y/o actividades. Sobresaliendo la preocupación como respuesta al stress.<sup>12</sup>

El 2010, Medina AN *et al.* analizaron los factores protectores de prevención del uso de drogas, presentes en familias con niños que asisten a hogares comunitarios de bienestar familiar en un municipio colombiano. El tipo de estudio fue cuantitativo transversal y descriptivo; con una selección de muestra

aleatoria simple de 256 familias; con el uso de un cuestionario, auto aplicado, desde el mes de marzo hasta abril del año 2007 para recolectar información.

Se hallaron factores de protección como la demostración de afecto con el hijo o hija, conversar y jugar con ellos, fácil comunicación, toma de decisiones en pareja, flexibilidad adecuada para educar y establecimiento de normas, los cuales deberían reforzarse, ya que son débiles.

Se hallaron factores de riesgo uso de drogas licitas (ingesta de bebidas alcohólicas y fumar cigarrillo) y baja proporción de drogas ilícitas. La mayor cantidad de familias considera que principalmente los padres, deben realizar acciones preventivas en los inicios de años de vida del hijo; controlando los factores de riesgo para convertirlos en factores protectores y reforzarlos.<sup>13</sup>

El 2010, Soledad BM *et al.* analizaron la frecuencia de experimentación y uso de drogas, en estudiantes de colegios de medio nivel en Córdoba, Argentina, en relación a variables demográficas y sociales. Tipo de estudio analítico. El trabajo se sustentó en los apuntes de la secretaría de programación para la prevención de la drogadicción y la lucha contra el narcotráfico. La prueba estadística a emplear fue análisis bi-variado, razón de riesgo e intervalo de confianza para cada una de las variables.

Se concluyó que la ingesta de bebidas alcohólicas fue más frecuente en el sexo masculino, el 12,2% refiere que la adolescente prueba alguna ilícita droga, siendo los tranquilizantes los fármacos psicoactivos más empleados. A mayor

edad, mayor grado de estudio y mayor dinero disponible, mayor es el consumo de drogas. Se identificó epidemiológicamente una realidad que permite plantear una prevención de adicción en los adolescentes.<sup>14</sup>

En el 2008; Arrieta VK *et al.*; determinaron la frecuencia del ingesta patológico de bebidas alcohólicas y buscaron caracterizar las variables asociadas con la ingesta en los alumnos de los programas presenciales y diurnos de la Universidad de Cartagena. El tipo de estudio fue descriptivo, transversal.

Se incluyó una muestra de 1031 alumnos, con un tipo de selección de muestra aleatoria de tipo estratificado proporcional, los alumnos respondieron un conjunto de preguntas de autorreporte que incluyeron preguntas de “alcohol use disorders identification test” (AUDIT). Se empleó pruebas estadísticas como análisis uni-variado y los estimadores generados se calcularon teniendo en cuenta los factores de expansión correspondientes al diseño muestral, utilizaron el software estadístico Stata versión 9.1®.

La investigación resultó que el 34,5% de los alumnos presento ingesta de riesgo, dependencia o perjudicial, prioritariamente los de sexo masculino con un 41,1%. La ingesta actual fue de 83,6%. Se iniciaron frecuentemente a la edad de 15 a 16 años en un 38,0%. Se encontraron reportados los problemas físicos en un 58,0%, los problemas relacionados a la actividad sexual sin protección en un 19,0% y los problemas familiares en un 12,0%.

Se concluyó que la ingesta de bebidas alcohólicas entre los alumnos de la universidad es elevado y directamente proporcional al consumo de riesgo o perjudicial, predominante en los alumnos de sexo masculino, con una ingesta de baja frecuencia asociado a cantidades grandes (5 bebidas o más por cada oportunidad).<sup>15</sup>

En el año 2014, Concha SS *et al.* buscaron conocer el patrón de ingesta de bebidas alcohólicas y uso de tabaco en alumnos de 1° ciclo de educación secundaria obligatoria (ESO) en una población rural. Usaron un diseño de investigación descriptivo transversal. Se emplazó en el instituto de enseñanza secundaria de molina de Aragón û Guadalajara (España); se incluyó a 156 alumnos del primer y segundo grado de la ESO. Se midió las variables demográficas y sociales (sexo, edad, curso escolar, asociaciones y deportes), ingesta de bebidas alcohólicas y uso de tabaco, tipos, motivaciones y modelos de familia.

La investigación resultó que la tasa de respuesta fue de 97,4%. La media aritmética más/menos la desviación estándar de la edad fue de  $12.96 \pm 1,4$  años; 52,2% fueron de sexo masculino. El 29,6% fumaba, con un inicio promedio de 11.92 años en el sexo masculino y 12.05 años en el sexo femenino. Las mujeres presentaron alta frecuencia de consumismo con respecto a los varones (32,8% vs 21.4%;  $p=0.13$ ). Con relación a la ingesta de bebidas alcohólicas, el 27,6% se inició con una edad promedio de 12.25 años en el sexo femenino y 12.42 años en el sexo masculino. Ellas presentaron una ingesta de bebidas alcohólicas de 35,9%, y ellos de 20,0% ( $p=0.036$ ). En el

primer grado de la ESO toman o fuman el 5,30%; y en el segundo grado el 32,0% ( $p < 0.05$ ). El 38,2% consumen tabaco a diario; el 78,6% de los que toman bebidas alcohólicas lo realizan en la forma de “botellón”. La motivación para su consumo es porque le agrada (59,5% en los casos de bebidas alcohólicas y 60,0% en los que usan tabaco). El 46,6% de los que fuman tienen el antecedente de que sus familias también lo realizan frente a ellos; el 43,2%, de los que ingieren bebidas alcohólicas tienen el antecedente de que sus familias también lo realizan frente a ellos. El deporte no influye en los alumnos para evitar el consumismo.

Se concluyó que en este grupo de estudio investigado hay un inicio temprano de consumo, siendo más activas las de sexo femenino. No se tiene influencia por parte del deporte, pero si se tiene influencia por parte del entorno familiar.<sup>16</sup>

En el año 2011, Jiménez TI *et al.* analizaron las relaciones indirectas y directas entre la autoestima del adolescente y la calidad del clima familiar, considerada desde una perspectiva multi-dimensional (autoestima familiar, escolar, social y física) y el uso de sustancias (alcohol, marihuana, tabaco); se incluyó a 414 adolescentes de España desde los 12 años hasta los 17 años, alumnos del nivel secundario. Se analizaron los datos con la técnica estadística de ecuaciones estructurales y se continúa el procedimiento de análisis de efectos mediadores de Holmbeck (1997).

La investigación resultó que la autoestima del adolescente es considerado como protectora y de riesgo. Protectora en sentido con el entorno de la familia

y escuela que demuestran una negación para el uso de drogas, y de riesgo, en sentido con el entorno físico y social que demuestran una positividad para el consumo de drogas. Estos 2 tipos influyen significativamente sobre el uso de sustancias y la calidad del clima familiar.

Se concluyó la importancia del clima familiar como precedente de autovaloración de los hijos adolescentes.<sup>17</sup>

En el 2005, León AE *et al.* ejecutaron una investigación con alumnos del 9° grado de 3 niveles secundarios del municipio Santa Clara, los seleccionados se basaron en concretas características de su entorno social; su objetivo fue la detección de probables factores de riesgo para el uso de drogas en los alumnos. De inicio se realizó un estudio de la bibliografía de donde se determinó los factores importantes de riesgo que disponen el uso de sustancias.

Los alumnos respondieron un grupo de preguntas para saber características asociadas con el rol educativo de la familia, las amistades, los entornos sociales, distribución del tiempo libre y el grado de conocimiento de la drogas. El procesamiento de datos se realizó con el software SPSS determinando la incidencia de los diferentes factores de riesgo en los alumnos.

Se concluyó la veracidad de los valores analizados relacionados a la ingesta de bebidas alcohólicas y uso de tabaco en los alumnos, de los cuales destaca el

rol educador por parte de la familia, formando la base para la implementación de un plan de acción.<sup>18</sup>

En el 2010, March CJ *et al.* investigaron los comentarios de madres y padres de las zonas urbanas en relación a la ingesta de bebidas alcohólicas en adolescentes y analizar su posicionamiento a las medidas reguladoras existentes. Fue un tipo de estudio cualitativo de 6 grupos focales con 42 madres y padres de adolescentes de 6 comunidades autónomas, donde se respetó la diversidad socio-cultural. La porción cuantitativa consiste en preguntas en escala 1-10 sobre la aceptación de las medidas reguladoras de la ingesta de bebidas alcohólicas en adolescentes, evaluando promedios y desviaciones típicas.

La investigación resultó que madres y padres no consideran un problema la ingesta de bebidas alcohólicas por parte de sus hijas/os, mientras sea moderado y en su tiempo libre. El hábito se estandariza en un medio cultural y social que lo permite. La ingesta está asociado a factores externos (el grupo de pares o la presión social) y factores internos (los familiares). La participación del padre se asocia a poner autoridad, la participación de la madre se asocia a la comunicación y educación. La participación de los docentes se percibe como adecuada, principalmente con funciones integrativas durante la educación de los estudiantes.

Sin embargo, los padres opinan que las autoridades y las instituciones son culpable en parte de la falta de información y falta de alternativas de ocio

juvenil, como también la falta de cumplimiento de normas vigentes. En relación a las medidas legales, existe aceptación muy favorable a la prohibición de la venta de bebidas alcohólicas y su difusión.

El trabajo concluyó que los padres tienen conocimiento que sus menores hijos consumen bebidas alcohólicas, tratando de minimizar el problema. Implementado diversas estrategias de intervención y, generalmente, aprobando medidas existentes reguladoras.<sup>19</sup>

En el 2014; Obradors RN *et al.* buscaron conocer la prevalencia y los factores relacionados a la ingesta de riesgo de bebidas alcohólicas entre los jóvenes de la Cataluña Central durante los años 2011-2012 según el ámbito de residencia. Utilizo un tipo de estudio transversal, se incluyó una muestra de 1268 estudiantes del 4° curso de E.S.O.

Los resultados fueron que la ingesta de riesgo de bebidas alcohólicas es mayor en los jóvenes que residen en un área rural (59,6% vs 49,8%). En el área rural se asoció el entorno familiar de convivencia diferente a la bi-parental y académicamente a un nivel muy bajo; y en el área urbana asociada a un nivel alto económicamente y socialmente.

Se concluye que la ingesta de riesgo de bebidas alcohólicas es muy elevado en los jóvenes del área rural. Los factores principales asociados son influenciados por el entorno escolar y familiar.<sup>20</sup>

## **1.2 Bases teóricas**

### **1.2.1 Inicio y evolución de la ingesta de alcohol**

Desde tiempos ancestrales, se consumen bebidas alcohólicas que provienen de procesos productivos basados en el tratamiento de frutos, cereales y raíces, con los que se obtenía la fermentación después de masticarlos.

Desde hace 6 000 años, las civilizaciones antiguas (China, Egipto y Mesopotamia) elaboraban bebidas alcohólicas fermentando la cebada o la uva. Existen registros asiáticos y de la costa mediterránea africana que fueron obtenidos por los griegos y de allí a Occidente. El vino, la cerveza, se popularizaron en diversos pueblos de la antigüedad.

Las bebidas maceradas o destiladas, luego se popularizaron en todas las culturas y formaron parte de festividades culturales, religiosas o de cualquier otra motivación social. Con frecuencia como parte de esta civilización, se encuentra un ambiente propio a la ingesta con responsabilidad y moderación de alcohol, por parte de la población adulta, principalmente, durante las comidas y posterior.

La ingesta de bebidas alcohólicas no está aconsejado para algunos grupos de individuos y situaciones: cuando es menor de edad, mujeres gestantes, individuos con algún padecimiento, cuando es conductor asignado, etc.

### **1.2.2 Farmacocinética del alcohol**

## **Características del alcohol**

El etanol es de peso molecular bajo compuesto por carbono, hidrógeno y oxígeno. Su fórmula es CH<sub>3</sub>-CH<sub>2</sub>-OH. Dentro de sus propiedades se halla que es soluble en agua, no a la grasa, en estado natural es líquido, volátil (por el peso molecular bajo), con una menor densidad que el agua (0'79 gr/CC.)

## **Absorción, distribución, metabolización y eliminación del alcohol**

Desde la ingestión del alcohol hasta su metabolización o eliminación se distinguen cuatro etapas básicas: absorción, distribución, metabolización y eliminación. Un 90% del alcohol consumido se asimila en el hígado, el 10% restante se lo repartirán entre los lóbulos pulmonares y la orina (y en pequeñas cantidades en las lágrimas, leche materna y sudor)

### **Absorción**

Cuando se ingiere bebidas alcohólicas, esta ingresa por la boca, continúa por el esófago, llega al estómago y pasa al intestino delgado, donde será absorbida. Por su bajo peso molecular, el alcohol no requiere de un proceso de digestión. Solo una pequeña parte se absorbe a través de la membrana de la mucosa y pasa a la sangre, la otra mayor parte pasa al torrente sanguíneo a través de las paredes del intestino delgado (duodeno y yeyuno).

La velocidad con que se absorbe el alcohol en la sangre, depende del volumen de comida consumido, cuanto más alimento se consume, menos posibilidades de absorción. Durante el proceso de digestión que mezcla el alcohol con los alimentos (el bolo digestivo), las enzimas encargadas de la degradación tienen

más tiempo para actuar, por la dificultad que presenta para llegar a la sangre. En los varones son abundantes estas enzimas.

El alcohol es absorbido más rápido, es decir, genera que pase con mayor rapidez al intestino según la cantidad de gas carbónico que contienen ciertas bebidas, dilata el esfínter pilórico y genera que pase con mayor rapidez al intestino y a la sangre. Las bebidas alcohólicas que pasan rápidamente a la sangre se encuentran entre los 15° y 30°.

Cuanto mayor es la concentración de alcohol en el organismo, tanto mayor es la segregación de mucina por el estómago. El alcohol demora de 2 a 6 horas en desaparecer y está relacionado a la concentración, la cantidad, y las características del bolo alimenticio. A menor velocidad de absorción en sangre, menor será el grado de alcoholemia.

### **Distribución**

El alcohol por ser soluble al agua, es más fácil que las células de los diferentes tejidos y órganos lo absorban (los que más lo hacen son la bilis y líquido cefalorraquídeo) y viaja por arterias y venas hacia el organismo. Lo que no se absorbe continúa en la sangre. El nivel de alcoholemia depende de la grasa y agua del cuerpo de cada ser humano, pues se distribuye entre los líquidos corporales, a excepción del tejido adiposo.

En el caso de la mujer, el grado de alcoholemia será mayor que en el hombre por el volumen del líquido corporal.

## Metabolización

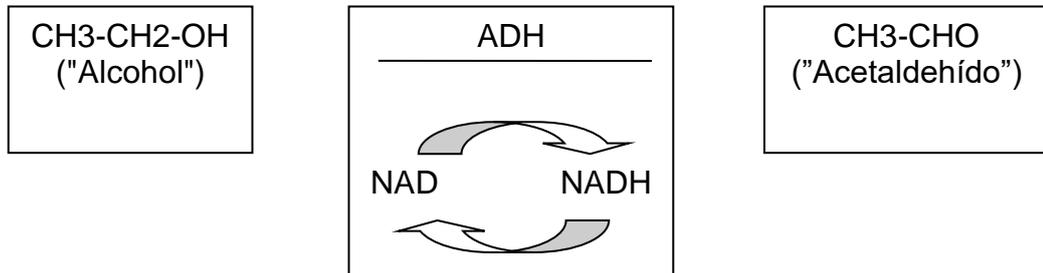
En el hígado –que puede metabolizar de 8 a 10 gramos de alcohol por hora-, el 90% consumido se metaboliza a través de un proceso de transformación del acetaldehído en ácido acético,

Elementos del proceso de metabolización

CH <sub>3</sub> -CH <sub>2</sub> -OH (Etanol).	Es el “alcohol etílico”.
ADH (Alcohol Deshidrogenasa).	Es la enzima que acelera la metabolización.
NAD (Nicotinamida Adenín Dinucleótido).	Es el cofactor que cataliza la reacción.
CH <sub>3</sub> -CHO (Acetaldehído).	Es una sustancia reconocida por el cuerpo para producir “Acetato” o “Ácido Acético”.
CH <sub>3</sub> -COOH (Acetato).	Es la última sustancia, que se integra en las mitocondrias, de la metabolización del alcohol.
Las mitocondrias	Son orgánulos celulares encargados de producir el metabolismo energético-oxidativo que convierte el acetato en energía sintetizándolo en ATP (Adenosín Tri Fosfato).

La reacción del organismo hacia el alcohol se genera por la unión de una enzima “ADH” (acelera las reacciones metabólicas) y un cofactor “NAD” (interviene en la transformación del alcohol). La enzima alcohol deshidrogenasa (ADH), a través del NAD, transfiere una molécula de Hidrógeno (H<sup>+</sup>) dando NADH que oxidará el etanol (alcohol), generando acetaldehído CH<sub>3</sub>-CHO.

## Transformación del alcohol en acetaldehído



El "ADH" es responsable de la transformación del alcohol en acetaldehído. Esta actividad de "ADH" disminuye en las mujeres, lo que asociado al menor volumen proporcional de líquido, resulta en un incremento en el nivel de alcohol en sangre.

A través de la vena porta el alcohol llega al hígado y en las células hepáticas o hepatocitos, es donde el alcohol mediante el proceso descrito anteriormente se oxida, produciendo acetaldehído.

Cuando la ingesta de bebidas alcohólicas es exagerada y la principal vía de metabolización (hígado) se sobrecarga y provocar un colapso en el hígado, el organismo activa los sistemas alternativos de emergencia.

Los sistemas alternativos están formado por 2 vías que trabajaran en simultáneo apoyando al hígado a convertir el alcohol en acetaldehído:

**Vía Catalasa:** La Catalasa es una enzima que necesita de agua oxigenada para convertir el alcohol en acetaldehído.

**Sistema M.E.O.S:** (Sistema Oxidativo Del Etanol Microsomal): producido en el retículo endoplásmico. Usa la forma fosforilada del "NAD" (la enzima "NADP") que sumada al oxígeno (O<sub>2</sub>) genera agua y "NADP", esto provoca el paso de alcohol a acetaldehído. El resultado del metabolismo alcohólico (generado también en el hepatocito) es NADH; Acetaldehído.

El ácido acético se integra al ciclo de Krebs mitocondrial, donde se convierte en acetil-coenzima (acetil-CoA), por la enzima Acetil-CoA sintetasa, localizada en la mitocondria y en los retículos endoplasmáticos. La acetil-CoA incorporada al ciclo de Krebs, después de seguir la cadena transportadora de electrones, producirá H<sub>2</sub>O, CO<sub>2</sub> y ATP. A nivel mitocondrial el acetaldehído, se degradará en ácido acético por intermedio de la enzima aldehído des hidrogenasa (ALDH).

Una parte del acetaldehído pasará a la sangre, atravesará Barrera Hemato-Encefálica (BHE), ingresará al sistema nervioso central (SNC), donde participará en los mecanismos neurobiológicos de la generación de la dependencia y tolerancia (el acetaldehído solo atraviesa la BHE cuando se encuentra en grandes cantidades).

El NADH, se origina por oxidación del alcohol y por oxidación del acetaldehído, su acumulación produce un incremento de la relación, NADH/NAD incidiendo en el potencial de óxido-reducción celular E<sub>0</sub>. Esto produce que las reacciones en las que intervienen las deshidrogenasas de óxido-reducción, se polaricen hacia la generación de metabolitos reducidos.

Como resultado del aumento de E0 se interfiere la neoglucogénesis, en la línea de desplazar la deshidrogenasa láctica (DHL) hacia la generación de lactato. En consecuencia, también, se podría generar hipoglucemia por la excesiva producción de glucosa.

El aumento de lactato (ácido láctico) en sangre afecta la glucemia e incide en la síntesis de colágeno, en el proceso de fibrogénesis hepática porque desarrolla acidosis metabólica, reduce la excreción de ácido úrico.

El incremento de triglicéridos hepáticos facilita que los lípidos se acumulen en el hígado por el aumento de EO, por ende, la síntesis de glicerofosfatos.

También, el consumo excesivo de alcohol produce sobrepeso, es decir, acumulación de ácidos grasos, ya que la síntesis de Acetil-CoA frena la génesis de dicha molécula.

Aproximadamente el 90% del alcohol es metabolizado por el hígado y transformado en acetaldehído, luego se localiza en las mitocondrias del hepatocito para transformarse en acetato. Este proceso es fácil. Una nueva enzima, el aldehído deshidrogenasa (ALDH), interviene con la ayuda del "NAD" para producir acetato.

La energía del cuerpo se concentra en miles de "Mitocondrias". Donde el acetaldehído se convierte en ácido acético, el cual para ser incorporado al ciclo

de Krebs mitocondrial (respiración celular) debe, primero, transformarse en acetil-coenzima A, (Acetil-CoA), a través de la participación de la enzima acetil-CoA sintetasa, el cual se encuentra en el retículo endoplasmático y en las mitocondrias. El acetil-CoA al unirse con el ciclo de Krebs, formará anhídrido carbónico (CO<sub>2</sub>), agua (H<sub>2</sub>O) y adenosin-tri-fosfato (ATP)

### **Eliminación**

El 10% de bebidas alcohólicas consumidas no se convierte, se elimina por la orina principalmente, del sudor, del aliento. Por esa razón el nivel de alcohol en la sangre se detecta con el alcoholímetro (aliento).

### **1.2.3 Consecuencias del abuso tras cierto tiempo**

- Produce enfermedades hepáticas (ejemplo cirrosis) como resultado de un trabajo constante por parte del hígado.
- Produce deterioro del Sistema Nervioso Central (SNC) induciendo temblores, pensamiento lento, falta o pérdida de memoria, cambios del estado de ánimo, vértigos, mareos, etc. Todo como resultado de un exceso de alcohol en el torrente sanguíneo
- Produce alteraciones cardíacas como dificultad para respirar, palpitaciones, edemas en miembros inferiores, en pared abdominal o alrededor de los ojos, limitación para la realización de actividad física, aumento de la frecuencia cardíaca, etc.
- Produce alteraciones gástricas como irritación de las vías digestivas (pirosis, dispepsias, gastritis, etc.)

- Produce alteraciones pancreáticas como náuseas, vómitos, fiebre, malestar general, dolor de intensidad moderada a severa-;
- Produce alteración del intestino generando trastorno en la absorción de vitaminas, azúcares y grasas.
- Produce trastorno de la personalidad, de ansiedad, auto-agresividad o hetero-agresividad, trastorno de estado de ánimo, trastorno de ideas delirantes, abuso de otras sustancias nocivas para la salud, etc.;
- El ambiente en casa suele “recargarse” y generan conflictos con cada uno de los integrantes de la familia (madre, padre, hermanos, abuelos, etc); llegando a la violencia intrafamiliar.
- Produce absentismo escolar y disminución de rendimiento en el colegio lo que genera repetir el año escolar o deserción escolar
- Produce rechazo por parte de la sociedad, en especial, el rechazo de los padres, de sus compañeros de colegio, para evitar las malas influencias sobre sus hijos.

### 1.3 Definición de términos básicos

**Familia:** Conjunto de individuos que interactúan entre sí, en un mismo espacio para desarrollar funciones biológicas, psicológicas, sociales y culturales básicas, y en el que sus integrantes participan activamente y espontáneamente, respondiendo a un compromiso explícito o tácito, del cuidado y protección de sus integrantes

**Tipo de familia:** Según el modelo de atención integral de salud, basado en familia y comunidad (MAIS BFyC), lo clasifica en 5 ítems: *familia nuclear* (constituida por el padre, la madre y los hijos); *familia extendida* (constituido por el padre, la madre, los hijos y parientes de la tercera generación); *familia ampliada* (constituido por el padre, la madre, los hijos y parientes como tíos, sobrinos, primos, cuñados, etc.); *familia monoparental* (constituido por la madre o el padre y los hijos); *familia reconstituida* (constituido por la madre o el padre, su nueva pareja y los hijos); *familia equivalente* (constituido por grupo de amigos, hermanos, etc.).

**Adolescencia:** Etapa en la que se experimenta un rápido crecimiento y maduración del cuerpo, emociones y manera de pensar así como las relaciones con amigos y familia. Se inicia con la pubertad o desarrollo biológico y culmina con la capacidad de independencia económica y social.

**Adolescente derecho habiente:** Es aquella persona cuya edad es de 12 a 17 años 11 meses 29 días, hijo (a) de padre o madre con seguro de salud en EsSalud.

**Alcohol:** Sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia, se ha utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos. El consumo nocivo de alcohol conlleva una pesada carga social y económica para las sociedades.

**Consumo de alcohol:** Es la ingesta de bebidas alcohólicas en las reuniones sociales que es frecuente en diversas zonas del Perú, que por sus características tóxicas y de dependencia que este genera, está relacionado a consecuencias sociales y sanitarias negativas.

## CAPITULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES

### 2.1 Formulación de hipótesis principal y derivada

Existe asociación entre tipo de familia y consumo de alcohol en adolescentes, en el Hospital II Vitarte - EsSalud, entre enero - diciembre 2015

### 2.2 Variables y definiciones operacionales

Variable	Definición Conceptual	Tipo Por Su Naturaleza	Indicador	Escala De Medición	Categorías	Valores de la categoría	Medio de verificación
Tipo de familia	Familia integrada por diversos miembros y no todos consanguíneo	Cualitativa Poltomica	Integrantes que forman la familia	Nominal	Nuclear Monoparental Reconstituida Extendida Ampliada		Historia Clínica del Adolescente
Consumo de alcohol	Ingesta de bebidas alcohólicas en las reuniones sociales	Cualitativa Dicotómica	Adolescente que consume alcohol	Nominal	Si No		Historia Clínica del Adolescente
Edad	Periodo que dura la adolescencia	Cuantitativa Discreta	Años	Razón	12 a 14 15 a 17		Historia Clínica del Adolescente
Sexo	Condición orgánica del adolescentes	Cualitativa Dicotómica	Masculino Femenino	Nominal	M F		Historia Clínica del Adolescente
Consumo de tabaco	Consumo de cigarrillos asociados a alcohol	Cualitativa Dicotómica	Consumo de Alcohol y cigarro a la vez	Nominal	Si No		Historia Clínica del Adolescente

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1 Tipo y diseño metodológico**

Según la intervención del investigador: observacional.

Según el alcance que tienen de demostrar una relación causal: analítico.

Según el número de mediciones de las variables de estudio: transversal.

Según la planificación de la toma de datos: retrospectivo.

### **3.2 Diseño muestral**

#### **Población universo**

Todas las familias con hijos adolescentes adscritos a EsSalud.

#### **Población de estudio**

Todas las familias adscritas al EsSalud, con hijos adolescentes consumidores de alcohol en el Hospital II vitarte EsSalud, entre enero y diciembre 2015.

#### **Tamaño de la población de estudio**

Se calcula el tamaño de muestra con la fórmula para estimar una proporción poblacional.

$$n = Z^2 * P * Q / E^2$$

Donde:

N = total de población adolescente adscrita (12113)

Z $\alpha$  = nivel de confianza o seguridad del 95% (1.96)

.p = proporción esperada con la característica (en este caso 5% = 0.05)

.q = 1-p = proporción esperada sin la característica (en este caso 0.95)

E = margen de error o precisión (en este caso deseo 2% = 0.02)

.n = el resultado de mi tamaño de muestra es de 200 adolescentes

$$n = Z^2 * P * Q / E^2 = 1.96^2 * 0.05 * 0.95 / 0.02^2 = 3.8416 * 0.0475 / 0.0004 =$$

$$n = 0.182476 / 0.0004 = 456.19 = 456$$

Interpretación:

Para evaluar la asociación entre tipo de familia y consumo de alcohol en adolescentes, con 95% de confianza y una precisión de 2%, se debe evaluar a 456 pacientes

### **Muestreo o selección de la muestra**

Muestreo no probabilístico (intencional)

### **Criterios de selección**

Criterios de inclusión:

Todo adolescente que haya pasado consulta externa preventiva y participaron en el Programa Adolescente del año 2015.

Todos los tipos de familia de los adolescentes.

Criterios de exclusión:

Adolescente con diagnóstico de adicción.

Adolescente que no haya pasado la consulta externa preventiva completa, que le falte evaluaciones clínicas o resultados de solicitudes de laboratorio.

### **3.3 Procedimientos de recolección de datos**

Historia Clínica del Adolescente - ficha Centro Latino Americano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva – Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud (HCA - CLAP/SMR - OPS/OMS)

### **3.4 Procesamiento y análisis de la información**

El procesamiento de la información se realizará con el Software SPSS versión 24.0. Luego se obtendrá mediciones descriptivas tales como media y desviación estándar en datos numéricos, y porcentajes en datos cualitativos.

Para el análisis de la significancia estadística se aplicará la prueba de Chi Cuadrado para medir asociación de las variables de estudio.

### **3.5 Aspectos éticos**

El presente estudio a realizar es factible; se cuenta con la autorización del Hospital II Vitarte - EsSalud para la extracción de las historias clínicas de archivo; se cuenta con el permiso de la Universidad de San Martín de Porres para la realización de la investigación y el consentimiento informado oral del paciente y su familia.

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS

**Tabla 1.** Consumo de alcohol en adolescentes según tipo de familia.

TIPO DE FAMILIA	CONSUMO DE ALCOHOL				TOTAL	
	si		no		n	%
	n	%	n	%		
Nuclear	155	56,6%	19	43,4%	274	100%
Monoparental	45	50,0%	45	50,0%	90	100%
Extendida	25	55,6%	20	44,4%	45	100%
Reconstituida	30	46,2%	35	53,8%	65	100%
Ampliada	24	48,0%	26	52,0%	50	100%
<b>TOTAL</b>	<b>279</b>	<b>53,2%</b>	<b>245</b>	<b>46,8%</b>	<b>524</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

Hipótesis

Ho: No hay relación entre consumo de alcohol y tipo de familia

H1: Hay relación entre consumo de alcohol y tipo de familia

Nivel de significación:

5%

Estadístico: Prueba de Chi-Cuadrado "Bondad De Ajuste"

Chi-Cuadrado = 225.5       $p < 0,0001$

Decisión:

Dado que  $p < 0.05$  se rechaza Ho

Conclusión:

Hay evidencia de la relación entre consumo de alcohol y tipo de familia, donde el mayor número de casos se presentaron en familia nuclear y extendida, y el menor número de casos en reconstituida.

Category	Observed Frequency	Expected Frequency	Expected Proportion	Percentage Deviation	Standardized Residuals
A	155	55.8	0.1999999	+177.78%	+13.28
B	45	55.8	0.1999999	-19.35%	-1.45
C	25	55.8	0.1999999	-55.2%	-4.12
D	30	55.8	0.1999999	-46.24%	-3.45
E	24	55.8	0.1999999	-56.99%	-4.26
F				----	----
G				----	----
H				----	----

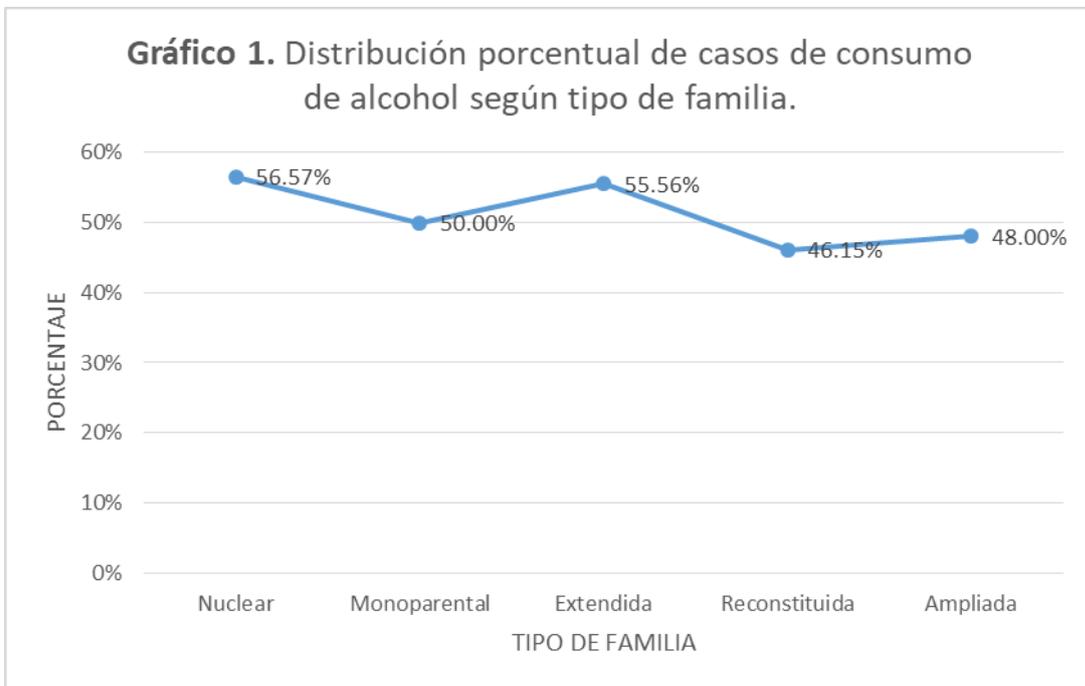
**Sums:**

Observed Frequencies:

Expected Frequencies:

Expected Proportions:

[Note that for df=1, the calculated value of chi-square is corrected for continuity.]	[For df=1, this is the uncorrected value of chi-square.]
chi-square = <input type="text" value="225.5"/>	<input type="text"/>
df = <input type="text" value="4"/>	[P is non-directional]
P = <input type="text" value="&lt;.0001"/>	



**Fuente:** tabla 1

**Tabla 2.** Consumo de alcohol en adolescentes según edad.

EDAD	CONSUMO ALCOHOL				TOTAL	
	si		no		n	%
	n	%	n	%		
12 años	32	24,6%	98	75,4%	130	100%
13 años	46	41,8%	64	58,2%	110	100%
14 años	59	56,7%	45	43,3%	104	100%
15 años	62	82,7%	13	17,3%	75	100%
16 años	43	65,2%	23	34,8%	66	100%
17 años	37	94,9%	2	5,1%	39	100%
<b>TOTAL</b>	<b>279</b>	<b>53,2%</b>	<b>245</b>	<b>46,8%</b>	<b>524</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

#### Hipótesis

Ho: No hay relación entre consumo de alcohol y edades

H1: Hay relación entre consumo de alcohol y edades

Nivel de significación:

5%

Estadístico: Prueba de Chi-Cuadrado “Bondad De Ajuste”

Chi-Cuadrado = 15,26      p = 0,0093

#### Decisión

Dado que  $p < 0.05$  se rechaza Ho

#### Conclusión

Hay evidencia de la relación entre la edad y el consumo de alcohol, donde el mayor número de casos se presentaron en las edades de 17 y 15 años y el menor número de casos en las edades de 12 años.

Category	Observed Frequency	Expected Frequency	Expected Proportion	Percentage Deviation	Standardized Residuals
A	32	46.5	0.16666666	-31.18%	-2.13
B	46	46.5	0.16666666	-1.08%	-0.07
C	59	46.5	0.16666666	+26.88%	+1.83
D	62	46.5	0.16666666	+33.33%	+2.27
E	43	46.5	0.16666666	-7.53%	-0.51
F	37	46.5	0.16666666	-20.43%	-1.39
G				----	----
H				----	----

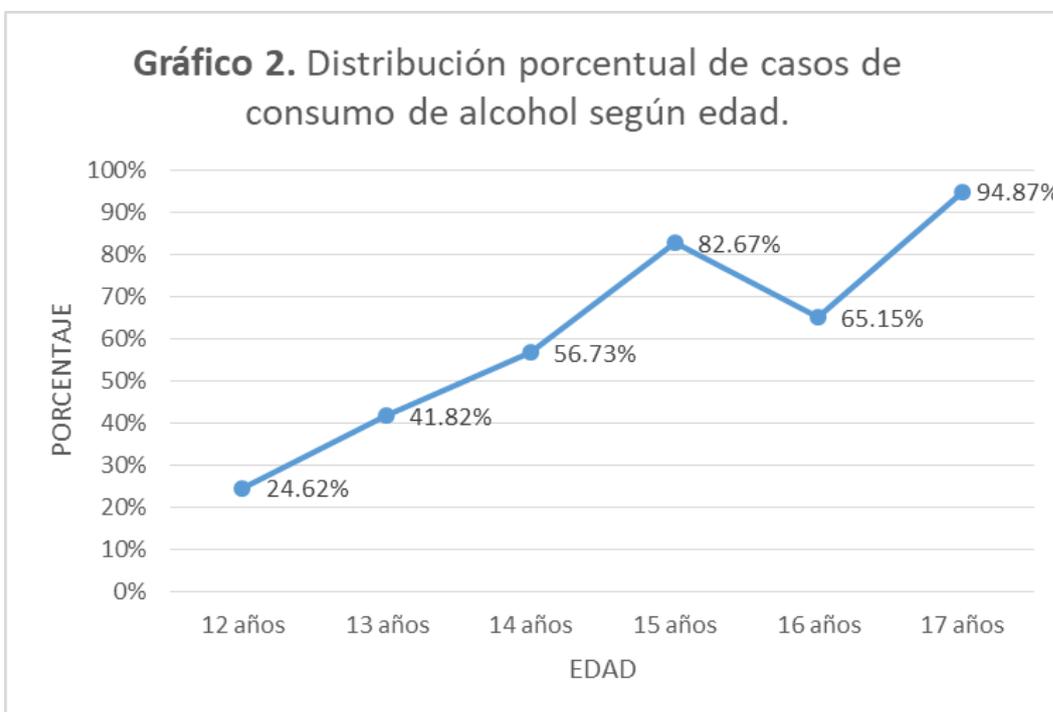
**Sums:**

Observed Frequencies:

Expected Frequencies:

Expected Proportions:

[Note that for df=1, the calculated value of chi-square is corrected for continuity.]	[For df=1, this is the uncorrected value of chi-square.]
chi-square = <input type="text" value="15.26"/>	<input type="text"/>
df = <input type="text" value="5"/>	
P = <input type="text" value="0.0093"/>	[P is non-directional]



**Fuente:** Tabla 2.

**Tabla 3.** Consumo de alcohol en adolescentes según sexo y edad.

EDAD	CONSUMO ALCOHOL				TOTAL	
	Femenino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
12 años	12	37,5%	20	62,5%	32	100%
13 años	21	45,7%	25	54,3%	46	100%
14 años	24	40,7%	35	59,3%	59	100%
15 años	35	56,5%	27	43,5%	62	100%
16 años	19	44,2%	24	55,8%	43	100%
17 años	19	51,4%	18	48,6%	37	100%
<b>TOTAL</b>	<b>130</b>	<b>46,6%</b>	<b>149</b>	<b>53,4%</b>	<b>279</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

#### Hipótesis

Ho: No hay diferencia en la proporción de consumo de alcohol en mujeres

H1: Hay diferencias en la proporción de consumo de alcohol en mujeres

Nivel De Significación:

5%

Estadístico: Prueba de Chi-Cuadrado “Bondad De Ajuste”

Chi-Cuadrado = 13,43     $p = 0,0197$

Decisión

Dado que  $p < 0.05$  se rechaza Ho

Conclusión

Hay evidencia de diferencias porcentuales en el consumo de alcohol en mujeres

Category	Observed Frequency	Expected Frequency	Expected Proportion	Percentage Deviation	Standardized Residuals
A	12	21.7	0.1669230	-44.7%	-2.08
B	21	21.7	0.1669230	-3.23%	-0.15
C	24	21.7	0.1669230	+10.6%	+0.49
D	35	21.7	0.1669230	+61.29%	+2.86
E	19	21.7	0.1669230	-12.44%	-0.58
F	19	21.7	0.1669230	-12.44%	-0.58
G				----	----
H				----	----

<b>Sums:</b>
Observed Frequencies: <input type="text" value="130"/>
Expected Frequencies: <input type="text" value="130.2"/>
Expected Proportions: <input type="text" value="1.00154"/>

<input type="button" value="Reset"/>	<input type="button" value="Calculate"/>
--------------------------------------	--

[Note that for df=1, the calculated value of chi-square is corrected for continuity.]	[For df=1, this is the uncorrected value of chi-square.]
chi-square = <input type="text" value="13.43"/>	<input type="text"/>
df = <input type="text" value="5"/>	[P is non-directional]
P = <input type="text" value="0.0197"/>	

Hipótesis

Ho: No hay diferencia en la proporción de consumo de alcohol en hombres

H1: Hay diferencias en la proporción de consumo de alcohol en hombres

Nivel De Significación:

5%

Estadístico: Prueba de Chi-Cuadrado “Bondad De Ajuste”

$$\text{Chi-Cuadrado} = 7.21 \quad p = 0,2055$$

Decisión

Dado que  $p > 0.05$  no se rechaza Ho

Conclusión

No hay evidencia de diferencias porcentuales en el consumo de alcohol en varones

Category	Observed Frequency	Expected Frequency	Expected Proportion	Percentage Deviation	Standardized Residuals
A	20	24.8	0.1664429	-19.35%	-0.96
B	25	24.8	0.1664429	+0.81%	+0.04
C	35	24.8	0.1664429	+41.13%	+2.05
D	27	24.8	0.1664429	+8.87%	+0.44
E	24	24.8	0.1664429	-3.23%	-0.16
F	18	24.8	0.1664429	-27.42%	-1.37
G				----	----
H				----	----

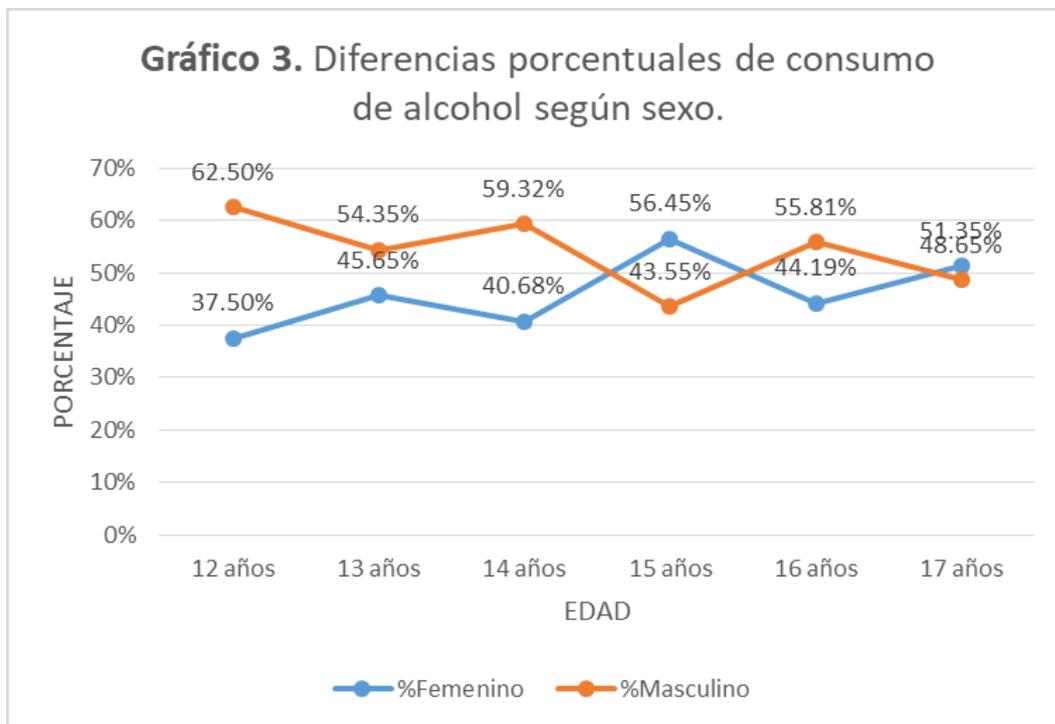
**Sums:**

Observed Frequencies:

Expected Frequencies:

Expected Proportions:

[Note that for df=1, the calculated value of chi-square is corrected for continuity.]	[For df=1, this is the uncorrected value of chi-square.]
chi-square = <input type="text" value="7.21"/>	<input type="text"/>
df = <input type="text" value="5"/>	[P is non-directional]
P = <input type="text" value="0.2055"/>	



**Fuente:** Tabla 3.

**Tabla 4.** Consumo de tabaco según tipo de familia.

TIPO DE FAMILIA	CONSUMO TABACO				TOTAL	
	si		no		n	%
	n	%	n	%		
Nuclear	20	7,3%	254	92,7%	274	100%
Monoparental	10	11,1%	80	88,8%	90	100%
Extendida	5	11,1%	40	88,8%	45	100%
Reconstituida	15	23,1%	50	76,9%	65	200%
Ampliada	5	10,0%	45	90,0%	50	100%
<b>TOTAL</b>	<b>55</b>	<b>10,5%</b>	<b>469</b>	<b>89,5%</b>	<b>524</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

#### Hipótesis

Ho: No hay relación entre consumo de tabaco y tipo de familia

H1: Hay relación entre consumo de tabaco y tipo de familia

#### Nivel de significación

5%

#### Estadístico: Prueba de Chi-Cuadrado "Bondad De Ajuste"

Chi-Cuadrado = 15,45      p = 0,0039

#### Decisión

Dado que  $p < 0.05$  se rechaza Ho

#### Conclusión

Hay evidencia de la relación entre consumo de tabaco y tipo de familia, donde el mayor número de casos se presentaron en familia reconstituida y menor en familia nuclear.

Category	Observed Frequency	Expected Frequency	Expected Proportion	Percentage Deviation	Standardized Residuals
A	20	11	0.2	+81.82%	+2.71
B	10	11	0.2	-9.09%	-0.3
C	5	11	0.2	-54.55%	-1.81
D	15	11	0.2	+36.36%	+1.21
E	5	11	0.2	-54.55%	-1.81
F				----	----
G				----	----
H				----	----

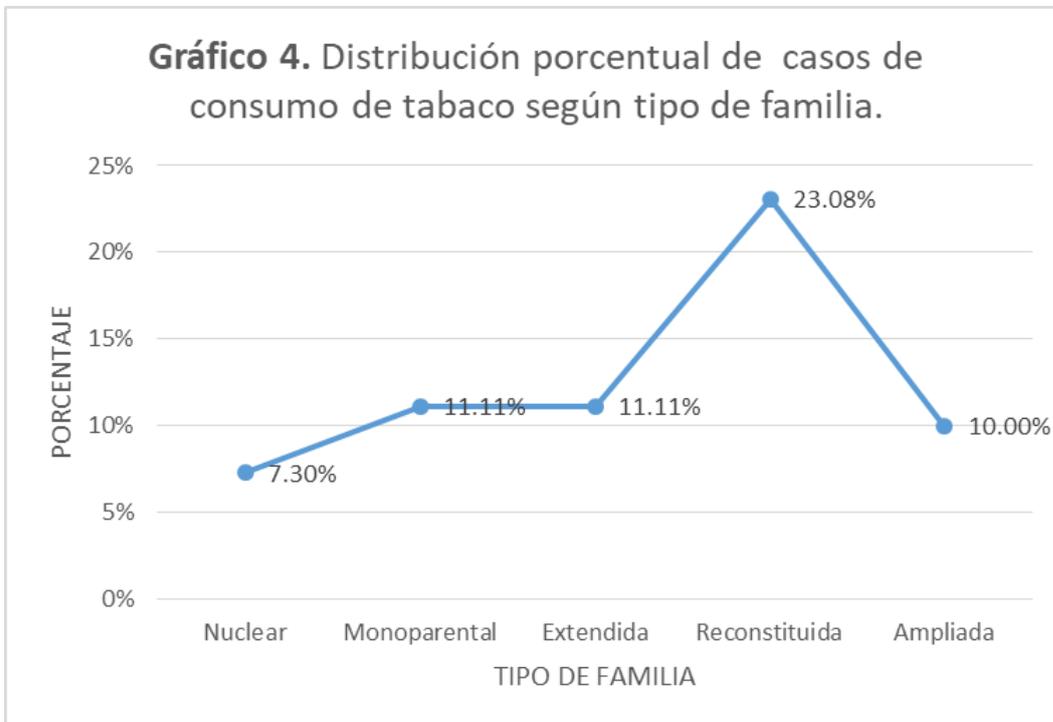
Sums:	
Observed Frequencies:	<input type="text" value="55"/>
Expected Frequencies:	<input type="text" value="55"/>
Expected Proportions:	<input type="text" value="1.0"/>

<input type="button" value="Reset"/>	<input type="button" value="Calculate"/>
--------------------------------------	--

[Note that for df=1, the calculated value of chi-square is corrected for continuity.]	[For df=1, this is the uncorrected value of chi-square.]
chi-square = <input type="text" value="15.45"/>	<input type="text"/>
df = <input type="text" value="4"/>	[P is non-directional]
P = <input type="text" value="0.0039"/>	



**Fuente:** Tabla 4.

**Tabla 5.** Tipo de familia según edad.

EDADES	TIPO DE FAMILIA										
	Nuclear		Extendida		Ampliada		Monoparental		Reconstituida		TOTAL
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
12 - 14 a	178	33,9	25	4,77	28	5,34	70	13,36	43	8,21	344
15 - 17 a	96	18,3	20	3,82	22	4,20	20	3,82	22	4,20	180
<b>TOTAL</b>	<b>274</b>	<b>52,29</b>	<b>45</b>	<b>8,59</b>	<b>50</b>	<b>9,54</b>	<b>90</b>	<b>17,18</b>	<b>65</b>	<b>12,40</b>	<b>524</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

### Hipótesis

Ho: No hay diferencias en la proporción de tipo de familia por edades

H1: Hay diferencias en la proporción de tipo de familia por edades

### Nivel de significación

5%

### Estadístico: Chi-Cuadrado Homogeneidad

Chi-Cuadrado = 10.033     $p = 0,040$

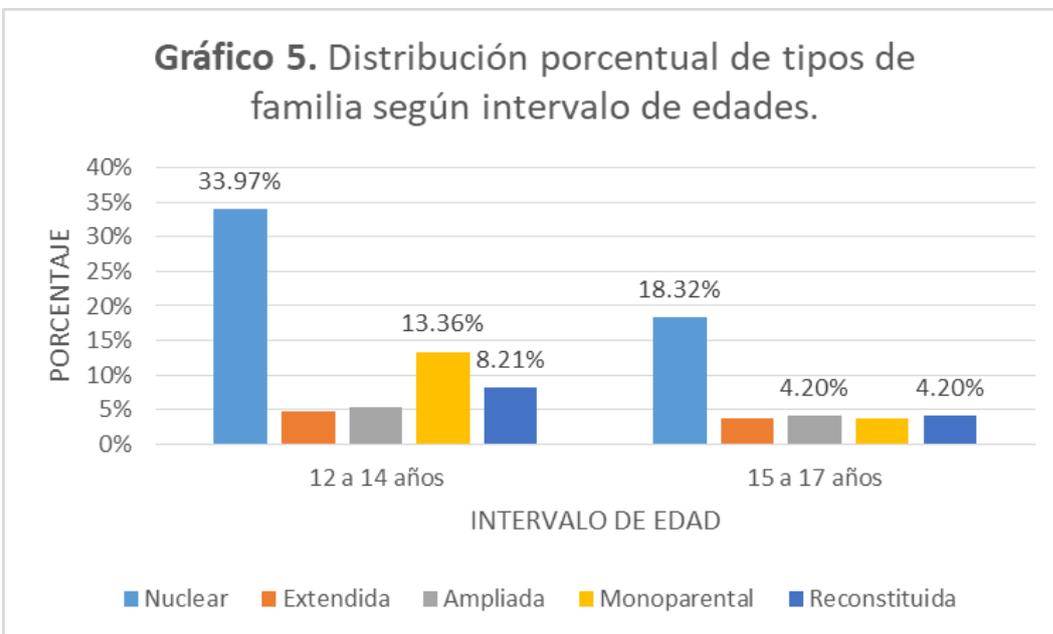
### Decisión

Dado que  $p < 0.05$  se rechaza Ho

### Conclusión

Hay evidencia de diferencias porcentuales en el tipo de familia por edades

CHI-SQUARE						
Observed Frequencies						
	Column 1	Column 2	Column 3	Column 4	Column 5	TOTAL
Row 1	178	25	28	70	43	344
Row 2	96	20	22	20	22	180
Row 3						0
Row 4						0
Row 5						0
<b>TOTAL</b>	<b>274</b>	<b>45</b>	<b>50</b>	<b>90</b>	<b>65</b>	<b>524</b>
chi-square statistic						10.033
degrees of freedom						4
level of significance						0.05
critical chi-square						9.488
P(value)						0.040
decision						reject null



**Fuente:** Tabla 5.

## CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

El porcentaje de consumo de alcohol en el presente estudio fue 53,2%, un valor menor en relación a la hallada en el estudio de López CM *et al.*; del 2013, en donde los adolescentes obtuvieron un 74,0%.<sup>5</sup> Una de las causas pudo ser el tamaño y la selección de la muestra que fue superior a la utilizada en el estudio de López, en donde 7 de cada 10 adolescentes consumen alcohol.

Respecto al porcentaje de consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes fue de 53,2%, referente a la edad se encontró que la media fue 13.91; valores inferiores a la encontrada en el estudio de Manrique AF *et al.*; del 2011 en donde los adolescentes obtuvieron un 73,47% de consumo de bebidas alcohólicas y 15.2 de media de edad,<sup>6</sup> similar al estudio de López CM; en cuanto al sexo el 56,29% son de sexo femenino, un valor superior en comparación del 50,2% encontrado en el estudio de Manrique AF; la edad promedio de inicio era entre los 14 y 15 años, dos intervalos mayores en comparación al estudio de Manrique AF, en ambos estudios se reporta fácil accesibilidad a las bebidas alcohólicas. La posible causa pudo ser el tamaño de población que es la tercera parte a la encontrada en el estudio Manrique AF, y la selección de la muestra por edad entre 12 a 17 años en el programa adolescente y el ambiente donde se realiza. En ambos estudios el principal determinante fue el ambiente familiar independientemente de su funcionalidad por la gran influencia que este tiene.

En el estudio de Acosta LD *et al.*; encontraron que los factores de riesgo fueron la edad de inicio (a menor edad, mayor riesgo)<sup>7</sup> y se puede comparar con el presente estudio, que el mayor porcentaje de consumo de alcohol fue 94,9% a la edad de 17 años, iniciándose a temprana edad; en ambos estudios existe el predominio del sexo masculino, con un 53,4% en el presente estudio; la diferencia que más resalta entre los estudios se da en los criterios de selección de muestra por la edad (16 a 24 años) en comparación al presente estudio (12 a 17 años)

En cuanto al género fue el sector masculino que más consume bebidas alcohólicas, lo que constituye un factor de riesgo importante a tener siempre presente, esto se diferencia con el estudio de Puig NA *et al.*; del 2011 donde el género más afectado fue el sector femenino;<sup>8</sup> esta diferencia se debe a que existe mayor población femenina en los estudiantes, como lo demuestra el instituto nacional de estadística y geografía en México. Influye la cultura de los padres y la percepción de los adolescentes sobre el consumo de alcohol por lo tanto si hay intervención de los padres significa que participa la familia.

Los datos que arrojan en el estudio de López MM *et al.*; relacionado al consumo de tabaco es de 24,0% un valor mayor <sup>9</sup> en relación a la hallada en el presente estudio el cual fue 10,5% y el consumo de alcohol es de 82,0% un valor significativamente mayor en relación al 53,2% del presente estudio. El 19,71 % de los que consumían bebidas alcohólicas también consumían tabaco un valor no muy significativo compara con el 98,0% encontrado en el estudio de López MM. Estas diferencia poder deberse al tamaño de la población y la

metodología a usar para la recolección de datos, en una se utiliza un cuestionario sociodemográfico y en el otro una historia clínica del adolescente.

No hay que perder de vista las relaciones familiares por que se encuentra dentro de un tipo de familia, así se puede apreciar en el estudio de Mosqueda DA *et al.*; del 2011, donde utilizaron una muestra pequeña de 61 estudiantes <sup>10</sup> en comparación con el presente estudio de 524 pacientes, el 86,9 % de los adolescentes perciben la relaciones familiares como un factor protector pero no describen en qué tipo de familia se realiza, siempre se ha estigmatizado a las familias no nucleares, sin analizar las relaciones familiares donde no siempre son inferiores, y el factor protector es mejor que en una familia nuclear, los principales factores de riesgo es la educación y la ausencia de los padres en el hogar por motivos laborales y estos riesgos también se presentan en todos los tipo de familia.

En cuanto al consumo de tabaco, se evidencia que la mayoría de adolescentes no fuma y que el hábito se inicia prematuramente en el sexo femenino y aumenta con la edad <sup>11</sup> así lo refiere el estudio de Ferreira MM *et al.*; que se corrobora con el presente estudio por el menor porcentaje (10,5%) de consumo de tabaco; el estudio también analiza los hábitos de consumo de alcohol en adolescentes que aproximadamente es la mitad de los adolescentes, donde los varones tienen mayor hábito por el consumo de alcohol y va aumentando con la edad que se corrobora con el presente estudio, donde el 53,2% de los adolescentes consumen alcohol, de los cuales el 53,4% de los consumidores son de sexo masculino.

En el presente estudio el 70,41 % de los adolescentes vive con sus padres (familia nuclear, familia extendida, familia ampliada), el 100,0 % son de estado civil soltero, el 100,0 % no laboran, un porcentaje variado en relación al encontrado en el estudio de TAM PE *et al.*; en el 2010 donde se encontraron que el 86,6 % vivían con sus padres, el 92,7 % son de estado civil soltero y el 65,9 % no trabajaban,<sup>12</sup> esta diferencia probablemente se deba al tamaño de muestra que en estudio de Tam se utilizó (82 estudiantes) un número muy inferior en comparación de los 524 adolescentes que se utilizó en el presente estudio. El estudio de Tam hace una representación en el consumo de alcohol por la cantidad de vasos al día y al mes, obteniendo un porcentaje promedio de 51,76% de estudiantes que consumen alcohol, independientemente de la cantidad de vasos, valores similares encontrados en el presente estudio con 53,2 % de adolescentes que consumen alcohol.

Un tercio de los adolescentes que consumen alcohol también fuman un valor aumentado en el estudio de Tam, en comparación a un quinto de adolescentes en el presente estudio.

En los factores de riesgo se encontraron el consumo de alcohol y cigarrillo dentro de los diferentes tipos de familias y un alto porcentaje de las familias considera que los padres principalmente deben tomar medidas preventivas en los primeros años de vida del hijo <sup>13</sup> así lo refiere el estudio de Medina AN *et al.*; en el 2010, si bien es cierto no se habla de porcentajes, cabe señalar que los factores de riesgo estudiados son similares a los realizados en el presente estudio (alcohol, tabaco) y que está directamente relacionado a las familias principalmente, se debería profundizar en este estudio para saber directamente

a qué tipo de familia pertenece el mayor porcentaje de adolescentes y poder realizar una comparación con valores, lo que definitivamente se puede corroborar que en ambos estudios existe el consumo de alcohol y tabaco dentro de la familias.

El consumo de alcohol fue más frecuente en varones y el 12,2 % de adolescentes probó algún tipo de cigarrillo, <sup>14</sup> son los resultados encontrados en el estudio de Soledad BM *et al.*; en el año 2010, corroborándose con el presente estudio donde el 53,4% de los consumidores de alcohol son varones y el 10,5 % de los adolescentes ya han consumido tabaco, en ambos estudios el valor de consumo de drogas aumenta según aumenta el rango de edad (a mayor edad mayor consumo) la base para evitar el consumo temprano es la prevención a través de medios audiovisuales con un objetivo específico pasando por estándares estrictos de calidad (lo que realmente se quiere difundir) dejando de lado los grandes intereses de tabacaleras y destilerías por una adolescencia más sana.

El 83,6 % de los estudiantes presentaron consumo de alcohol, principalmente los de género masculino con un 41,1%; con una edad de inicio de 15 a 16 años alcanzando un porcentaje de 38,0% <sup>15</sup> así se demuestra en el estudio de Arrieta VK *et al.*; en el año 2008; valores muy por encima al del presente estudio con un 53,2% de consumo de alcohol, en cuanto el género, fue el sector masculino el más afectado, lo que constituye un factor de riesgo importante a tener siempre presente; el inicio de consumo de alcohol se encuentra en el límite inferior de edad en el presente estudio (12 años) con

24,6% del total de consumidores. El estudio de Arrieta resalta que el 12,0% se debe a problemas familiares reportados, pero no define el tipo de familia; el alto consumo de alcohol puede tener como causa el tamaño de muestra el cual se duplica.

En cuanto a la edad media fue de 12.96; de los cuales el 52,2% pertenece al género masculino, 29,6% han consumido tabaco, <sup>16</sup> datos referidos en el estudio de Concha SS *et al.*; en el año 2014. Dato inferior en la edad media en comparación del 13.91; una posible causa fue la selección y tamaño de muestra, el 43,70% de los adolescentes son de sexo masculino valor inferior al encontrado en el estudio de Concha; solo el 10,5% de los adolescentes consumían tabaco, cerca de un tercio al encontrado en el estudio de Concha. Un punto muy importante en el estudio es que refiere que los hábitos de consumo de tabaco y alcohol se realizan dentro de la familia, delante de ellos, pero no clasifican al tipo de familia donde más realizan este tipo de hábitos, para poder hacer una intervención dirigida a los miembros de esa familia, ambos estudios presentan una edad de inicio temprana de consumo, no existe similitud de género en ambos estudios.

Los factores protectores muestran una relación negativa para el consumo de alcohol y tabaco, y se encuentran relacionados con la dimensión familiar y escolar, <sup>17</sup> según el estudio de Jimenez TI realizado en el año 2011; a diferencia del presente estudio queremos relacionar el consumo de alcohol con el tipo de familia y determinar en qué tipo de familia existe mayor riesgo que en otras y mayor protección. Consideran el clima familiar, pero este se ve afectado

por el tipo de familia al que pertenece el adolescente, el cual estará directamente relacionado con su autoestima.

Existe un efecto real de los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los estudiantes, teniendo especial énfasis en la educación recibida por la familia, <sup>18</sup> son los efectos que se encontraron en el estudio de León AE *et al.*; en el año 2005; se debería de profundizar el estudio para determinar el tipo de familia y de esta manera implementar un plan de acción, la educación familiar esta en relación a los miembros de la familias y asociado a múltiples factores (cultura, religión, etc)

Los padres y madres no consideran un problema el consumo de alcohol de sus hijos, el hábito se normaliza dentro de un contexto cultural y social permisivo, <sup>19</sup> fue determinado en el estudio de March CJ *et al.*; en el 2010, cuyo consumo depende de factores externos e internos principalmente los relacionados con la familia y sus integrantes, se debería profundizar el estudio para determinar el tipo de familia y cómo influye cada miembro de la familia en el hábito de consumo, existe diferencia entre una familia nuclear y no nuclear.

## CONCLUSIONES

Se encontró evidencia de asociación entre tipo de familia y consumo de alcohol en adolescentes. El consumo de alcohol encontrado en los adolescentes del Hospital II Vitarte de EsSalud, fue mayor el porcentaje de casos en el tipo de familia nuclear (56,6%) y en el tipo de familia extendida (55,6%) en comparación a la hallada para el tipo de familia reconstituida (46,2%). Esto debido a que los resultados del estudio son inferidos solo a los adolescentes adscritos y atendidos por consulta externa preventiva del programa adolescente del Hospital II Vitarte de EsSalud y no a otras sedes de EsSalud, otras instituciones prestadoras de servicios de salud u otras poblaciones.

Se determinó el tipo de familia a la cual pertenecen los adolescentes, donde el mayor porcentaje es de familias nucleares (52,29%) y monoparentales (17,17%) y en menor porcentaje para las familias extendidas (8,58%)

Se estableció el consumo de alcohol en adolescentes en un 53,2% del total de familias sin diferenciación del tipo al que pertenecen.

Se encontró asociación entre la edad y el consumo de alcohol en adolescentes, donde el mayor porcentaje de casos se presentaron a la edad de 17 años (94,9%) y 15 años (82,7%) respectivamente, en comparación a la hallada con el menor porcentaje de casos a la edad de 12 años (24,6%)

Se identificó la relación entre sexo y el consumo de alcohol en adolescentes, donde el mayor porcentaje de casos se presentaron en el sexo masculino (53,4%) en comparación a la hallada con el menor porcentaje de casos que se presentaron en el sexo femenino (46,6%)

## RECOMENDACIONES

En base a los resultados obtenidos en este estudio las estrategias preventivas promocionales de este “consumo social” de bebidas con alcohol deben tener especial atención en el grupo de familias nucleares.

Debería ampliarse el estudio a otras sedes de EsSalud, de tal manera que corrobore lo encontrado.

Se sugiere la realización de estudios complementarios para determinar la asociación de otros factores como amigos o grupo de pares, exceso de publicidad audiovisual relacionado al consumo de alcohol y venta libre a menores de edad.

Se recomienda trabajos de investigación anual con años consecutivos para permitir establecer esta asociación y sus factores predisponentes.

Educación ética en centros educativos donde prime el enfoque de abstinencia; prevención de la oferta a través del marco legal; generar intervenciones que dificulten el fácil acceso a bebidas alcohólicas (ejemplo: aumento de precio, retención de DNI, multas para adultos que compren bebidas a adolescentes, etc.); implantación de programas de identificación temprana del consumo de alcohol y la intervención breve en las consultas de atención primaria.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Lemahieu JL, Me A. Word Drug Report. Informativo. New York: Division for Policy Analysis and Public Affairs, United Nations Office on Drugs and Crime; 2014. Report No.: ISBN 978-92-1-148277-5.
2. Insulza JM. El Problema de las Drogas en las Américas. Informativo. Washington: Organización de los Estados Americanos, Secretaria General; 2012. Report No.: ISBN 978-0-8270-6001-2.
3. Rojas Valero M, Rodríguez Chacón A, Zereceda Gyax, Otiniano Campos. Abuso de Drogas en Adolescentes y Jóvenes y Vulnerabilidad Familiar. Primera ed. Canessa A, Cavero G, editores. Lima: Macole; 2013.
4. Toledo M. Perfil Clínico Epidemiológico de Adolescentes Consumidores de Drogas en el Hospital Hermilio Valdizan. Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan. 2013 Julio-Diciembre; IV (1).
5. López Cisneros MA, Luis MAV, Castillo MA, Castillo MT, Aguilar LR. Actitud ante el consumo y no consumo de alcohol en estudiantes de preparación en México. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2013 Agosto; 47(4).
6. Manrique Abril FG, Ospina JM, García Ubaque JC. Consumo de alcohol y tabaco en escolares y adolescentes de Tunja, Colombia, 2009. Revista de Salud Pública. 2011 Febrero; 13(1).
7. Acosta LD, Fernández AR, Pillon SC. Factores sociales para el uso de alcohol en adolescentes y jóvenes. Revista Latinoamericana de Enfermagem. 2011 Mayo; 19(spe).

8. Puig Nolasco A, Cortaza Ramírez L, Cristina Pillon S. Consumo de alcohol entre estudiantes de medicina. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. 2011 Mayo; 19(spe).
9. López Maldonado MC, Luis MA, Gherardi Donato EC. Consumo de drogas licitas en estudiantes de enfermería de una universidad privada en Bogotá, Colombia. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. 2011 Mayo; 19(spe).
10. Mosqueda Díaz A, Ferriani M. Factores Protectores y de Riesgo familiar relacionados al fenómeno de drogas, presentes en familias de adolescentes tempranos de Valparaíso, Chile. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. 2011 Mayo; 19(spe).
11. Ferreira MM, Torgal ML. Consumo de tabaco y alcohol en la adolescencia. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. 2010 Marzo; 18(2).
12. Tam Phum E, Santos CB. El consumo de alcohol y el estrés entre estudiantes del segundo año de enfermería. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. 2010 Mayo; 18(spe).
13. Medina Arias N, Ferriani MD. Factores protectores de las familias para prevenir el consumo de drogas en un municipio de Colombia. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. 2010 Mayo; 18(spe).
14. Soledad Burrone M, Bueno SM, Costa Junior ML, Enders J, Fernandez RA, Vasters GP. Analisis de la frecuencia de experimentación y consumo de drogas de alumnos de escuelas de nivel medio. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. 2010 Mayo; 18(spe).
15. Arrieta Vergara KM. Consumo patológico de alcohol entre los estudiantes de la Universidad de Cartagena, 2008. *Revista de Salud Pública*

- . 2009 Diciembre; 11(6).
16. Concha Sanz S, Torre Ruiz M, Hurtado Aguilar A. Consumo de tabaco y alcohol en 1º y 2º de E.S.O. en una población rural. Revista Clínica de Medicina Familiar. 2014 Octubre; 7(3).
  17. Jiménez TI. Autoestima de riesgo y protección: Una mediación entre el clima familiar y el consumo de sustancias en adolescentes. Revista de Intervención Psicosocial. 2011 Enero; 20(1).
  18. León Aliz E, Alvarado Soria MA, Reyes Rodríguez R, Cabrisas Amuedo VY, Delis Pérez R, Pérez Álvarez R, et al. Factores de riesgo al consumo de drogas en adolescentes del municipio Santa Clara. Artículo en español. 2005 Abril; 220(220).
  19. March Cerda JC, Prieto Rodríguez MA, Danet A, Ruiz Azarola A, García Toyos N, Ruiz Román P. Posicionamiento de padres y madres ante el consumo de alcohol en población de 12 a 17 años en el ámbito urbano de seis comunidades autónomas. Revista Gaceta Sanitaria. 2010 Enero; 24(1).
  20. Obradors Rial N, Ariza C, Muntaner C. Consumo de riesgo de alcohol y factores asociados en adolescentes de 15 a 16 años de la Cataluña Central: diferencias entre ámbito rural y urbano. Revista Gaceta Sanitaria. 2014 Setiembre; 28(5).

## **ANEXOS**

## Anexo 1: Estadística complementaria

**Tabla 1.** Adolescentes programados y atendidos en consulta según edad.

EDAD	PROGRAMADOS		ATENDIDOS	
	n	%	n	%
12 años	163	22.70%	130	24.81%
13 años	135	18.80%	110	20.99%
14 años	156	21.73%	104	19.85%
15 años	109	15.18%	75	14.31%
16 años	96	13.37%	66	12.60%
17 años	59	8.22%	39	7.44%
<b>TOTAL</b>	<b>718</b>	<b>100.00%</b>	<b>524</b>	<b>100.00%</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

Hipótesis

Ho: No hay variabilidad en la proporción de adolescentes atendidos.

H1: Hay variabilidad en la proporción de adolescentes atendidos.

Nivel de significación: 5%

Estadístico: Prueba de Chi-Cuadrado “Bondad De Ajuste”

Chi-Cuadrado = 63.64      $p = < 0.0001$

Decisión: Dado que  $p < 0.05$  se rechaza Ho

Conclusión

Hay evidencia en la proporción de variabilidad de adolescentes atendidos, siendo mayor en las edades de 12 a 14 años; es estadísticamente significativa.

Category	Observed Frequency	Expected Frequency	Expected Proportion	Percentage Deviation	Standardized Residuals
A	130	87.3	0.1666030	+48.91%	+4.57
B	110	87.3	0.1666030	+26%	+2.43
C	104	87.3	0.1666030	+19.13%	+1.79
D	75	87.3	0.1666030	-14.09%	-1.32
E	66	87.3	0.1666030	-24.4%	-2.28
F	39	87.3	0.1666030	-55.33%	-5.17
G				----	----
H				----	----

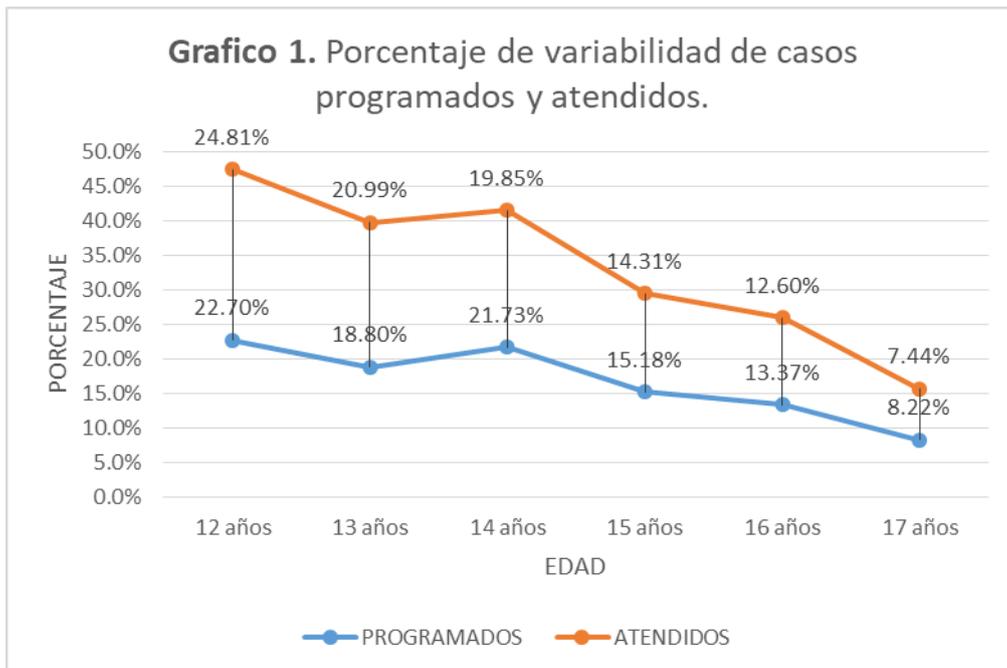
<b>Sums:</b>
Observed Frequencies: <input type="text" value="524"/>
Expected Frequencies: <input type="text" value="523.8"/>
Expected Proportions: <input type="text" value="0.99962"/>

<input type="button" value="Reset"/>	<input type="button" value="Calculate"/>
--------------------------------------	--

[Note that for df=1, the calculated value of chi-square is corrected for continuity.]	[For df=1, this is the uncorrected value of chi-square.]
chi-square = <input type="text" value="63.64"/>	<input type="text"/>
df = <input type="text" value="5"/>	
P = <input type="text" value="&lt;.0001"/>	[P is non-directional]



**Fuente:** Tabla 1.

**Tabla 2.** Información descriptiva de casos programados, atendidos y deserción.

EDAD	PROGRAMADOS		ATENDIDOS		DESERCION	
	n	%	n	%	n	%
12 años	163	22.70%	130	24.81%	33	17.01%
13 años	135	18.80%	110	20.99%	25	12.89%
14 años	156	21.73%	104	19.85%	52	26.80%
15 años	109	15.18%	75	14.31%	34	17.53%
16 años	96	13.37%	66	12.60%	30	15.46%
17 años	59	8.22%	39	7.44%	20	10.31%
<b>TOTAL</b>	<b>718</b>	<b>100.00%</b>	<b>524</b>	<b>100.00%</b>	<b>194</b>	<b>100.00%</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

Hipótesis

Ho: No hay variabilidad en la proporción de adolescentes desertores.

H1: Hay variabilidad en la proporción de adolescentes desertores.

Nivel de significación: 5%

Estadístico: Prueba de Chi-Cuadrado “Bondad De Ajuste”

Chi-Cuadrado = 18.62       $p = < 0.0023$

Decisión: Dado que  $p < 0.05$  se rechaza Ho

Conclusión

Hay evidencia en la proporción de variabilidad de adolescentes desertores a la consulta externa preventiva, siendo mayor en la edad de 14 años; es estadísticamente significativa.

Category	Observed Frequency	Expected Frequency	Expected Proportion	Percentage Deviation	Standardized Residuals
A	33	32.3	0.1664948	+2.17%	+0.12
B	25	32.3	0.1664948	-22.6%	-1.28
C	52	32.3	0.1664948	+60.99%	+3.47
D	34	32.3	0.1664948	+5.26%	+0.3
E	30	32.3	0.1664948	-7.12%	-0.4
F	20	32.3	0.1664948	-38.08%	-2.16
G				----	----
H				----	----

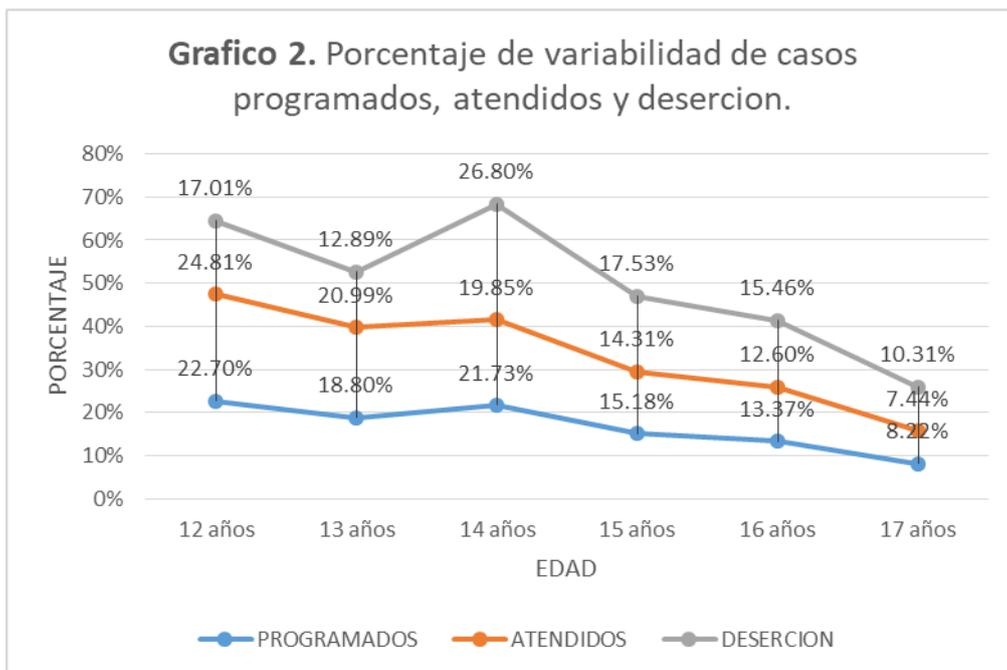
**Sums:**

Observed Frequencies:

Expected Frequencies:

Expected Proportions:

[Note that for df=1, the calculated value of chi-square is corrected for continuity.]	[For df=1, this is the uncorrected value of chi-square.]
chi-square = <input type="text" value="18.62"/>	<input type="text"/>
df = <input type="text" value="5"/>	[P is non-directional]
P = <input type="text" value="0.0023"/>	



**Fuente:** Tabla 2.



<b>EDUCACION</b>		NIVEL No escolariz: <input type="checkbox"/>		GRADO CURSO		AÑOS APROBADOS		PROBLEMAS EN LA ESCUELA		AÑOS REPETIDOS		VIOLENCIA ESCOLAR		DESERCIÓN/ EXCLUSIÓN		EDUCACION NO FORMAL					
ESTUDIA <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		Prim <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí		Causa: _____		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> sólo		Causa: _____		Cuál? _____					
Centro al que concurre		Sec. <input type="checkbox"/> Univ. <input type="checkbox"/>																			
Observaciones																					
<b>TRABAJO</b>		ACTIVIDAD		EDAD INICIO TRABAJO		TRABAJO horas por semana		TRAB. JUVENIL		HORARIO DE TRABAJO		RAZÓN DE TRABAJO		TRABAJO LEGALIZADO		TRABAJO INSALUBRE		TIPO DE TRABAJO			
<input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> pasantía		<input type="checkbox"/> busca 1ª vez <input type="checkbox"/> desocupado		años		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> decente <input type="checkbox"/> precario		mañana <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> noche <input type="checkbox"/> n/c		<input type="checkbox"/> económica <input type="checkbox"/> autonomía <input type="checkbox"/> me gusta <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/> n/c		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> n/c		_____			
<input type="checkbox"/> no y no busca		<input type="checkbox"/> no trabajo y no estudia		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> horas por semana		mañana <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> noche <input type="checkbox"/> n/c		<input type="checkbox"/> económica <input type="checkbox"/> autonomía <input type="checkbox"/> me gusta <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/> n/c		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> n/c		_____			
Observaciones																					
<b>VIDA SOCIAL</b>		ACEPTACIÓN		PAREJA		Amigostas		ACTIVIDAD FÍSICA		TV		COMPUTADORA VIRTUALES		JUEGOS Y REDES		OTRAS ACTIVIDADES (incluso grupales)		Cuales?			
aceptado <input type="checkbox"/> rechazado <input type="checkbox"/> ignorado <input type="checkbox"/> no sabe <input type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		edad de la pareja años meses		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		horas por semana		horas por día		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		Cuales? _____			
Observaciones																					
<b>HABITOS/ CONSUMOS</b>		ALIMENTACIÓN ADECUADA		COMIDAS POR DÍA CON FAMILIA		TABACO		ALCOHOL		FRECUENTE		OTRAS SUSTANCIAS/S		CONDUCE VEHICULO		SEGURIDAD VIAL					
SUÑO NORMAL <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		Edad de inicio años		Edad de inicio años Número cigarrillos/día		Episodios de abuso si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		frecuente si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		cuál? cuáles? _____		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		Cuál? _____			
Observaciones																					
<b>GINECO-UROLOGICO</b>		FECHA ULTIMA MENSTRUACION		CICLOS REGULARES		FLUJO PATOLOGICO/ SECRECION PENEANA		ITS/VIH		Tratamiento		EMBARAZOS		HIJOS		ABORTOS					
MENARCA/ESPERMARCA años meses		si <input type="checkbox"/> no conoce <input type="checkbox"/> no conciep. día mes año		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> n/c		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> n/c		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> sí/d		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			
Observaciones																					
<b>SEXUALIDAD</b>		PAREJA SEXUAL		EDAD INICIO REL. SEX.		DIFICULTADES EN REL. SEX.		ANTICONCEPCION		Inicio MAC		Consejería		ACO de Emergencia							
RELACIONES SEXUALES no hetero <input type="checkbox"/> homo <input type="checkbox"/> ambas <input type="checkbox"/>		pareja única <input type="checkbox"/> varias parejas <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>		años bajo coacción si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> n/c		uso habitual de condón no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		pref. aced. <input type="checkbox"/> otro hormonal (anillo vaginal, parche, AD) <input type="checkbox"/> otro método barrera <input type="checkbox"/> rtmc <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			
Observaciones																					
<b>SITUACION PSICO-EMOCIONAL</b>		IMAGEN CORPORAL		ESTADO DE ANIMO		REFERENTE ADULTO		VIDA CON PROYECTO		REDES SOCIALES DE APOYO		REFERENTE ADULTO									
<input type="checkbox"/> conforme <input type="checkbox"/> crea preocupación <input type="checkbox"/> impide relación con demás		<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> muy triste <input type="checkbox"/> no muy alegre		<input type="checkbox"/> retraído <input type="checkbox"/> ideas suicidas <input type="checkbox"/> ansioso/angustiado <input type="checkbox"/> hostil/agresivo		<input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> fuera del hogar		<input type="checkbox"/> claro <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> ausente		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		Cel.: _____ Tel.: _____							
Observaciones																					
<b>EXAMEN FISICO</b>		PESO (Kg)		Centil peso/edad		IMC		PIEL, FANERAS Y MUCOSA		CABEZA		AGUDEZA VISUAL		AGUDEZA AUDITIVA		SALUD BUCAL		CUELLO Y TIROIDES			
ASPECTO GENERAL normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		TALLA (cm)		Centil talla/edad		Centil IMC		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>			
TORAX Y MAMAS <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		CARDIO-PULMONAR <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		PRESION ARTERIAL <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		ABDOMEN <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		GENITO-URINARIO <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		TANNER <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		COLUMNA <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		EXTREMIDADES <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		NEUROLOGICO <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>					
Observaciones																					
IMPRESION DIAGNOSTICA INTEGRAL																					
INDICACIONES E INTERCONSULTAS																					
Responsable _____ Fecha próxima visita _____																					

Este color significa ALERTA

HDAESRM-08/10