

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FORMACION PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**CONSECUENCIAS SOCIOCULTURALES Y BIOLÓGICAS RELACIONADAS
CON EL ALCOHOLISMO EN EL ENTORNO FAMILIAR DE LA COMUNIDAD DE
YARURI, DISTRITO DE LLOCHEGUA, PROVINCIA DE HUANTA
AYACUCHO- 2017.**

Tesis para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Presentado por:

Bach. **PARIONA TENORIO, Edith Zenaida**

Bach. **BAUTISTA ÑAUPA, Rolando**

AYACUCHO – PERÚ

**CONSECUENCIAS SOCIOCULTURALES Y BIOLÓGICAS RELACIONADAS
CON EL ALCOHOLISMO EN EL ENTORNO FAMILIAR DE LA COMUNIDAD DE
YARURI, DISTRITO DE LLOCHEGUA, PROVINCIA DE HUANTA
AYACUCHO- 2017.**

Bach. Pariona Tenorio, Edith Zenaida

Bach. Bautista Ñaupá, Rolando

RESUMEN

Objetivo: Determinar las consecuencias socioculturales y biológicas relacionados con el alcoholismo en el entorno familiar de la comunidad de Yaruri, Distrito de Llochegua, Provincia de Huanta- Ayacucho. **Material y Método:** Es un estudio de enfoque cuantitativo, tipo aplicada, nivel descriptivo relacional simple y diseño de corte transversal. Población constituida fue 98 familias de la comunidad de Yaruri, Provincia de Huanta, Ayacucho. **Muestra:** No probabilístico intencional. Tipo censal. **Se utilizó como instrumento:** test de autoevaluación para el alcoholismo, test de funcionalidad familiar y encuesta sobre consecuencias socioculturales y biológicas. **Resultados:** Del 100% de la muestra, el 77.5% Presentan Alcoholismo y el 22,5% no consume. Según grado de consumo: el 18.3% tienen consumo de riesgo; el consumo perjudicial, 54,1; adicción inicial alcohólica 5.1%; Según la Funcionalidad familiar: el 53,1% son de familia disfuncional leve; el 34,7% familia funcional y el 12,2% familias con disfunción grave. A su vez se demostró que existe una relación significativa entre el consumo de Alcohol y la funcionalidad familiar ($X^2c 23,765 > X^2 t 12,5916, p 0,001 < 0,05$). Alcoholismo y escolaridad: $CH^2c 16,757 > CHt 7,8147, Gl 3, p 0.001 < 0,05$, significa que la escolaridad está relacionada con el consumo de alcohol de los Jefes de familia, mientras el mayor porcentaje de viviendas rustico; De las familias en condiciones de vivienda rustico es de 83.7% y son pocos los que tienes material noble, en mayor porcentaje la salud de la familia está en deterioro de regular a mala y una alimentación de regular a mala 71.4%. **Conclusiones:** El alcoholismo en la comunidad de Yaruri es 77,5% y familias que no consumen es de 22.5%. El consumo perjudicial y consumo excesivo son causas principales de la disfunción familiar, de abandono escolar de los hijos, alimentación precaria, salud regular, vivienda inadecuada.

PALABRAS CLAVES. Alcoholismo, efectos socioculturales y biológicos en la comunidad Yaruri.

SOCIO-CULTURAL AND BIOLOGICAL CONSEQUENCES RELATED TO ALCOHOLISM IN THE FAMILY ENVIRONMENT OF THE COMMUNITY OF YARURI, DISTRICT OF LLOCHEGUA, PROVINCE OF HUANTA AYACUCHO-2017.

Bach. Pariona Tenorio, Edith Zenaida

Bach. Bautista Ñaupá, Rolando

ABSTRACT

Objective: To determine the sociocultural and biological consequences related to alcoholism in the family environment of the community of Yaruri, District of Llochegua, Province of Huanta-Ayacucho. **Material and Method:** It is a study of quantitative approach, application type, simple relational descriptive level and cross-sectional design. The constituted population was 98 families from the community of Yaruri, Province of Huanta, Ayacucho. **Sample:** Not intentional probabilistic. Census type. It was used as an instrument: self-assessment test for alcoholism, family functionality test and survey on socio-cultural and biological consequences. **Results:** 77.5% have alcoholism, 22.5% do not consume; According to the degree of alcohol consumption, risk consumption is 18.3%, harmful consumption, 54.1; initial alcoholic addiction 5.1%; Family Functionality: 53.1% Mild dysfunctional family, 34.7% with functional family and 12.2% are families with severe dysfunction. Alcohol consumption and family functionality ($\chi^2 = 23,765 > \chi^2_{t 12,5916}$, $p < 0.001 < 0.05$).

Alcoholism and school dropout: $\chi^2 = 16,757 > \chi^2_{t 7,8147}$, $G1 3$, $p < 0.001 < 0,05$, means that school dropout is related to alcohol consumption of the heads of families, while the highest percentage of rural households; Of the families in rustic housing conditions is 83.7% and there are few who have noble material, in greater percentage the family's health is deteriorating from regular to bad and a regular diet to bad 71.4%. **Conclusions:** Alcoholism in the community of Yaruri is 77.5% and families that do not consume is 22.5%. harmful consumption and excessive consumption are the main causes of family dysfunction, drop-out of children, precarious nutrition, regular health, inadequate housing.

KEYWORDS. Alcoholism, socio-cultural and biological effects in the Yaruri community.

DEDICATORIA

A Dios, por guiarme y por bendecirme para poder sostenerme ante los avatares de la vida.

Con mucho amor a mi recordada Mamita Paulina Dipaz Ramos, por ser fuente de inspiración y motivación para superarme cada día y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor y a mis padres Teodoro Pariona Dipaz y felicitas tenorio Tito; por su amor, paciencia, comprensión y motivación, sin ellos hubiese sido imposible lograr mis metas.

A la Mg. Lidia Gonzales P. por la asesoría técnica y metodológica para el desarrollo del presente estudio.

A mis hermanos: Fredy, Cledy, reyna y por ultimo mis tíos por su apoyo incondicional en todo momento a realizar mis sueños y metas.

A mis amigos por compartir conmigo momentos inolvidables y también por acompañarme cuando más los necesito.

Edith Z. Pariona Tenorio

DEDICATORIA

A Dios, por A verme dado la vida y permitirme por haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi madre, por ser el pilar más importante, por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional

A la Dra. Lidia Gonzales P. por la asesoría técnica y metodológica para el desarrollo del presente estudio.

A mis amigos por compartir conmigo momentos inolvidables y también por acompañarme cuando más los necesito.

BAUTISTA ÑAUPA, Rolando.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por habernos acompañado y guiado a lo largo de nuestra carrera, por ser fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarnos una vida llena de aprendizaje, experiencias y sobre todo felicidad.

A la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga por ser parte de ella y abierto las puertas de su seno científico para poder estudiar vuestra carrera.

A los miembros de jurado de la Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela Profesional de Enfermería que han reconocido, estimulado y apoyado mis inquietudes profesionales.

A todos mis maestros ya que ellos nos brindaron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante día a día.

A la Dra. Lidia Gonzales P. por la asesoría técnica y metodológica para el desarrollo del presente estudio.

Al señor Edgar Cárdenas, presidente de la comunidad nativa de Yaruri por su colaboración en la etapa de recolección de datos y hospitalidad dentro de la comunidad.

A las Autoridades y habitantes de la Comunidad Yaruri, un reconocimiento especial porque nos permitieron ingresar a sus respectivos hogares para la ejecución de nuestra tesis.

ÍNDICE

RESUMEN	ii
ABSTRACT	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	vi
INDICE	vii
CAPÍTULO I: INTRODUCCION	8
CAPITULO II: REVISION DE LA LITERATURA	16
2.1. Antecedentes de estudio	16
2.2. Base Teórica	19
2.3. Hipótesis	44
2.4. Variables	44
CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	45
3.1 Tipo de Investigación	45
3.2. Diseño de Investigación	45
3.3. Población y Muestra	45
3.3.1. Área de estudio	45
3.3.2. Población	45
3.4. Tipo de muestreo	45
3.5. Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos	46
3.6. Validación del instrumento	46
3.7. Recolección de datos	46
3.8. Procesamiento de datos	46
3.9. Presentación y análisis de datos	46
CAPITULO IV: RESULTADOS	48
4.1. Presentación de Resultados	48
CAPITULO V: DISCUSION	59
5.1. Discusión	59
CONCLUSIONES	73
RECOMENDACIONES	74
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	75
ANEXOS	81

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol y otras drogas es una de las grandes preocupaciones a escala internacional, por las graves consecuencias que produce a nivel sanitario y social.

El alcoholismo, es una enfermedad crónica y habitualmente progresiva, causa dependencia emocional y muchas veces orgánica, y produce un daño cerebral progresivo y finalmente la muerte. La organización Mundial de Salud (OMS), define el alcoholismo como la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre (una copa de licor o un combinado tiene aproximadamente 40 gramos de alcohol, un cuarto de litro de vino 30 gramos y un cuarto de litro de cerveza 15 gramos) ⁽¹⁾.

Durante el año 2012 más de 3 millones 300 mil personas murieron debido a sus excesivos hábitos etílicos. Cabe recordar que el consumo de alcohol es el tercer factor de riesgo para enfermedades y accidentes alrededor del mundo; además, varios estudios, citados por la OMS, han sugerido que hay un fuerte vínculo entre la adicción al alcohol y las enfermedades infecciosas como VIH/SIDA y tuberculosis. Cada 100 segundos, menos de 2 minutos, alguien en el continente americano muere por el consumo del alcohol, según cifras de la (OMS) ⁽²⁾

Según (OMS), el uso excesivo de alcohol es el principal factor de riesgo de muerte y discapacidad en las Américas. Es responsable del 10,5% de todas las defunciones y discapacidades; es decir, más que el tabaco y muchas veces más que la carga de morbilidad de todas las otras drogas ilícitas. Este excesivo uso de alcohol contribuye a una amplia gama de problemas de salud como: la depresión, el suicidio, las lesiones, los cánceres, la cirrosis,

la dependencia y el síndrome de alcoholismo fetal. Además de los problemas de salud, el alcohol es la fuente de muchos daños sociales como la violencia intrafamiliar, la violencia pública, el comportamiento violento, maltrato de menores, la pérdida de la productividad de trabajo, el desempleo, las dificultades económicas, el comportamiento criminal, bajos logros educativos, problemas familiares y entre amigos, el divorcio, entre otros. El alcohol junto con el tabaco son las sustancias más usadas, y causantes del mayor daño entre las comunidades indígenas en la Región de las Américas. Esta población es especialmente vulnerable dado sus niveles de pobreza y el limitado acceso a la salud, educación y otros servicios apropiados para la prevención y tratamiento de los problemas relacionados con el consumo de alcohol. Las consecuencias más significativas del consumo de alcohol en las comunidades indígenas están asociadas con los problemas de la salud, el daño social, destrucción de la cultura y de los valores indígenas; Poco se sabe acerca de qué se puede hacer para reducir los problemas sociales y de salud relacionados con el alcohol entre estas comunidades; cuáles son los recursos existentes en las comunidades para enfrentar este problema y qué políticas funcionarían con ellos. Por estos motivos se implementó el proyecto “Alcohol y Salud de los Pueblos Indígenas”, en colaboración entre la organización panamericana de la salud (OPS) y Health Canadá; en este proyecto participaron: Nicaragua, Bolivia, México, Panamá y Canadá⁽³⁾.

Según Oleg Chestnov (2015) Sub Director General para Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental de la OMS, señala que la prevalencia de alcoholismo va en aumento que la media mundial promedio de consumo de alcohol es de 6,1 litros por per cápita anuales y los 10 países más consumidores de alcohol del mundo: Moldavia con 18,22 litros por persona por año, República Checa 16,45 litros, Hungría 16.27 litros, Rusia 15.76 litros, Ucrania 15.6 litros, Estonia 15.57 litros, Andorra 15.48, Rumania 15.19 litros, Eslovenia 15.19 litros y Bielorrusia 15.13 litros de alcohol por persona por año respectivamente⁽²⁾.

De manera similar Maristela Monteiro (2015) asesora principal en abuso de sustancias y alcohol de la (OMS) indica que en América Latina se viene instalado como una cultura de consumo de alcohol y amenaza con convertirse en un auténtico problema de salud pública en esta región; puesto que el consumo media por persona es 8,4 litros de alcohol puro por

año, lo que supone 2,2 litros más que el promedio mundial y los países que más consumen son: Chile consumo anual de 9,6 litros de alcohol puro, Argentina 9,3 litros por per cápita, Venezuela 8,9 litros de alcohol, Paraguay 8,8 litros, Brasil (8,7), Perú (8,1), Panamá (8), Uruguay (7,6), Ecuador (7,2), México (7,2), República Dominicana (6,9), Colombia (6,2), Bolivia (5,9), Costa Rica (5,4), Cuba (5,2), Nicaragua (5), Honduras (4), Guatemala (3,8) y el Salvador consumo anual 3,2 litros de alcohol puro ⁽³⁾.

En el mismo orden Gonzales (2015) indica en Perú, entre las regiones con mayor consumo de alcohol registra Junín, Puno y Piura ⁽⁴⁾.

Según los estudios realizados por Neyra Camac, R. y Muñoz Solís, S. en el Hospital Nacional Hermilio Valdizán, en el área de alcohólicos, indica en su estudio que de un total de doce historias clínicas de pacientes hospitalizados entre marzo del 2005 y marzo del 2006; con todos los pacientes que fueron diagnosticadas con alcoholismo, y el objetivo fue “evaluar los principales factores psicosociales que influyeron en el consumo de alcohol, para su posterior difusión y prevención”. Los resultados reflejan que la falta de trabajo, fue un factor para el consumo de bebidas alcohólicas, siendo la falta de trabajo un factor fundamental para el consumo en un 83%; en segundo lugar, encontramos la ansiedad con un 67% y en tercer lugar la depresión con un 58%. De nuestros pacientes, 25% de ellos manifestó haber tenido padre alcohólico y un 40% al menos un familiar alcohólico; un 8% tuvo ambos padres alcohólicos. ⁽⁵⁾

Según los últimos registros de la Dirección Regional de Salud de Ayacucho – DIRESA (2013) casi 11 mil 700 personas tienen problemas de alcoholismo en la provincia de Huamanga, siendo una preocupación por el alarmante aumento. Las provincias con más consumidores de alcohol son Huamanga, Huanta, el Valle del río Apurímac, Ene y Mantaro (VRAEM) ⁽⁶⁾

Considerando que es importante abordar el problema del consumo de alcohol, debido a que se ha incrementado en los adultos y jóvenes que no solo afecta a la persona que lo consume sino a todo su entorno, causando muchas pérdidas al estado, a la economía familiar, al ecosistema. La degradación de la persona, fruto del consumo exagerado de alcohol da como

consecuencia una sociedad desorganizada llena de violencia tanto física como psicológica que afecta la funcionalidad familiar, evidenciándose diversas familias con la ausencia de uno de los miembros, familia que presentan violencia física, psíquica, así como problemas de salud mental en los miembros de la familia. Esta Realidad no es ajeno a la Comunidad de Yaruri del distrito de Llochegua, provincia de Huanta, en la que se observa que un porcentaje significativo de jefes y/o miembros de familia están involucrados o que consumen alcohol con mayor frecuencia durante las festividades y los fines de semana terminando muchos de ellos en violencia física, psicológica, sexual; niños(as) con abandono escolar y desnutrición; viviendas rústicas hacinados, que a simple vista son pobladores pobres y en extrema pobreza. Toda esta situación motivó plantear la realización del estudio titulado, “¿Cuáles son las consecuencias socioculturales y biológicas relacionadas con el alcoholismo en la entorno familiar de la comunidad de Yaruri, distrito de Llochegua, provincia de Huanta Ayacucho-2017?; con el propósito de obtener un diagnóstico que será de mucha utilidad tanto para el sector salud e instituciones gubernamentales y no gubernamentales que abordan estos problemas con la finalidad de desarrollar y fortalecer estrategias que podrían contribuir con la disminución del consumo de alcohol y fortalecer la funcionalidad familiar. Por tanto, la presente investigación tuvo como **Objetivo General:** Determinar las consecuencias socioculturales y biológicas relacionadas con el alcoholismo en el entorno familiar de la comunidad de Yaruri, Distrito de Llochegua, Provincia de Huanta Ayacucho- 2017; y como **Objetivos Específicos:** Identificar problemas de alcoholismo en el entorno familiar de la comunidad de Yaruri, Provincia de Huanta, Ayacucho- 2017. Evaluar las consecuencias socioculturales (funcionalidad familiar, educación y vivienda), de las familias que viven en la comunidad en estudio. Evaluar las consecuencias biológicas (salud de la familia, alimentación, n° de hijos), de las familias que viven en la comunidad en estudio. Relacionar el consumo de alcohol con la funcionalidad familiar. Relacionar el consumo de alcohol con la escolaridad en la Comunidad de Yaruri. Finalmente, **La hipótesis considerada para esta investigación fue:** El alcoholismo tiene relación estadísticamente significativa con consecuencias socioculturales (la funcionalidad familiar, tipo de familia, educación, vivienda); biológicas (salud de la familia, alimentación, N° de hijos) en la comunidad de Yaruri, Distrito de Llochegua, Provincia de Huanta – Ayacucho 2017.

La metodología aplicada fue: Enfoque cuantitativo, **Tipo:** Aplicativo, **Nivel:** Descriptivo-correlacional simple. **Diseño.** No experimental, Prospectivo y de corte transversal.

Población constituida por todas las familias de la comunidad de Yaruri, Provincia de Huanta, Ayacucho. **Muestra:** No probabilístico intencional. Tipo censal. **Técnicas e instrumentos de recolección de datos:** Test de autoevaluación para el alcoholismo, test de abgar familiar Y Cuestionario sobre Consecuencias Socioculturales y Biológicos. **Resultados:** 77.5% Presentan Alcoholismo, 22,5% no consume; según grado de consumo de alcohol, consumo perjudicial, 14,2; alcohólico crónico 5.1%; Funcionalidad familiar: 53,1% funcionales, el 34,7% con disfunción leve y 12,2% familias con disfunción grave. Consumo de Alcohol y funcionalidad familiar ($X^2c 23,765 > X^2 t 12,5916$, $p 0,001 < 0,05$).

Alcoholismo y deserción escolar: $CH^2c 16,757 > CHt 7,8147$, Gl 3, $p 0,001 < 0,05$, significa que a deserción escolar está relacionado con consumo de alcohol de los Jefes de familia, mientras el mayor porcentaje de viviendas rustico; De las familias en condiciones de vivienda rustico es de 83.7% y son pocos los que tienes material noble, en mayor porcentaje la salud de la familia está en deterioro de regular a mala y una alimentación de regular a mala 71.4%. **Conclusiones:** El alcoholismo en la comunidad de Yaruri es 77,5% y familias que no consumen es de 22.5%. El consumo perjudicial y consumo excesivo son causas principales de la disfunción familiar, de abandono escolar de los hijos, alimentación precaria, salud regular, vivienda inadecuada.

De tal manera el presente trabajo de investigación está conformado por capítulos: Capítulo I; Introducción, Capítulo II; Revisión de la literatura, Capítulo III; Diseño Metodológico; Capítulo IV; Resultados, Capítulo V; Discusión, Conclusiones y Recomendaciones, acompañado de sus respectivos anexos.

CAPITULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1.ANTECEDENTES DE ESTUDIO:

El alcoholismo, es una enfermedad crónica y habitualmente progresiva, causa dependencia emocional y a veces orgánica, y produce un daño cerebral progresivo y finalmente la muerte. La organización Mundial de Salud (OMS), define el alcoholismo como la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre (una copa de licor o un combinado tiene aproximadamente 40 gramos de alcohol, un cuarto de litro de vino 30 gramos y un cuarto de litro de cerveza 15 gramos) ⁽¹⁾.

En la investigación titulada “El ambiente familiar y el consumo de alcohol en los adolescentes” Hospital Militar Central "Carlos J. Finlay", (Cuba) en trabajo de investigación de tipo experimental estudió a 25 familias y determino que se considerara a la familia como uno de las principales entidades sociales capaces de generar, mantener y corregir los hábitos de ingesta de alcohol de sus miembros adolescentes, concluyendo que el clima familiar se asocia al consumo del alcohol por parte de los adolescentes ⁽⁷⁾

En la investigación titulado “Para determinar los efectos del consumo del alcohol en el organismo y en el ámbito familiar y profesional” Alcalá de Henares (Madrid). España, la investigación fue de tipo descriptiva; con diseño de campo; se realizó mediante la aplicación de una encuesta estructurada a una población compuesta por miembros de alcohólicos anónimos y expertos en la materia. Se obtuvo como conclusión de la investigación que los alcohólicos compulsivos terminan sin familia, sin empleo y rechazados por la sociedad y pocos son los que por medios de alguna institución buscan ayuda. ⁽⁸⁾

En la investigación titulada “La importancia de la inclusión en los alcohólicos anónimos para preservar la salud y conservar la vida social Sevilla, (España); obtuvo la siguiente conclusión: Que la mayoría de los miembros de alcohólicos anónimos padecían también de grandes enfermedades; llegando a hospitales e incluso a comisarias. Podían recuperarse en alcohólicos anónimos antes de que la salud estuviera completamente arruinada mientras tenían todavía su trabajo y su familia: ⁽⁹⁾

En la investigación titulada “Abordaje de familias con alcoholismo y disfuncionalidad familiar en tres Barrios Populares de Quito”, (Ecuador), concluyeron que, en las familias con alcoholismo, los conflictos intrafamiliares son permanentes, lo que sugiere que en tres de cada cuatro familias la relación es disfuncional y sus miembros no conocen la magnitud de la crisis; la violencia y el deterioro de los vínculos son tolerados. ⁽¹⁰⁾

En la investigación titulada “Hábitos de consumo de alcohol y su relación con la condición física saludable en adolescentes de la región de Murcia”, (España) Concluyo lo siguiente, que los hábitos en esta etapa es el consumo nocivo de alcohol para la salud más preocupante, ocupando un papel preponderante en los hábitos sociales de ocio propios de esta etapa madurativa. Prueba de esta circunstancia son los elevados porcentajes de consumo habitual de alcohol y temprana edad de inicio en la adquisición del hábito de consumo de alcohol con el transcurso de la edad. ⁽¹¹⁾

En la investigación titulada “Descripción de la problemática del alcoholismo en los usuarios de las cantinas de la zona sur del barrio san Sebastián - Departamento de Cajamarca durante el mes de octubre del 2009” (Perú); ha llegado a las siguientes conclusiones: La prevalencia de edad en los usuarios de la cantina fuente de estudio, se da en personas mayores de 18 años, con el 92.5 %; estando asociado la edad con el consumo, puesto que se aprecia que a mayor edad mayor es el consumo de alcohol, pero también es importante resaltar la presencia de algunos menores de edad, por lo cual es obligación comunicar a las diferentes organismos de protección del menor para evitar una mayor expansión. Con respecto al sexo, la prevalencia de consumo de alcohol es mayor en el sexo masculino (65.6 %), a diferencia de las ocasiones donde asistían tanto varones como mujeres (34.4%), y solo mujeres (0 %), lo que conlleva a suponer la existencia de la asociación entre el género y el consumo de alcohol. El tipo de bebida de mayor preferencia entre los usuarios es el aguardiente, con el 55.9 % de las situaciones observadas, seguida de la cerveza con el 17.2

%, y en menor porcentaje el consumo de la chicha de jora y el ron con el 8.6 y 2.15 % respectivamente. Connotación que nos lleva a suponer que Cajamarca aún persiste en sus costumbres ancestrales de este tipo de licor rudimental ⁽¹²⁾.

En investigación titulada “La finalidad de determinar la relación entre el patrón de consumo de alcohol y sus repercusiones sociales en los universitarios”. De tipo descriptivo correlacional de corte trasversal, se realizó en estudiantes de la Universidad Nacional de Trujillo, la muestra estuvo constituido por 316 estudiantes de 16- 19 años de edad, de ambos sexos a quienes se les aplicó el test AUDIT para determinar el patrón de consumo de alcohol y un cuestionario basado en Kaplan y Sadock (2001) para identificar las repercusiones sociales. Se llegaron a los siguientes resultados y conclusión: El 46 por ciento de universitarios presentaron Patrón de consumo de alcohol no problemático, 30 por ciento consumo episódico excesivo, 13 por ciento consumo excesivo y 11 por ciento consumo perjudicial y probable dependencia mientras tanto el 80,9 por ciento de universitarios refieren que Nunca presentaron repercusiones sociales por consumo de alcohol, el 17.1% A veces, el 1,7 por ciento Casi siempre y 0,3 por ciento Siempre. Existe relación altamente significativa entre el patrón de consumo de alcohol y sus repercusiones sociales ⁽¹³⁾

El presente trabajo de investigación de enfoque cuantitativo; de nivel relacional; de tipo: observacional, prospectivo, trasversal y analítico, se realizó con el objetivo de determinar la relación que existe entre consumo de alcohol y funcionalidad familiar en los adultos del anexo de Taquia, Chachapoyas. La muestra estuvo conformada por 83 personas adultas, se utilizó como instrumentos, el Test de identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (validez= 6,772 y confiabilidad = 0,94) y el Test de Funcionamiento Familiar FF - SIL (validez = 3.82 y confiabilidad = 0.9). Los resultados evidencian que el 39,8% presentó consumo de alcohol en un nivel moderado; el 36.1% en un nivel medio; el 14.5% en un nivel alto y sólo el 9.6% en un nivel sin riesgo; con respecto a la funcionalidad familiar el 37.3% tuvo familia moderadamente funcional, el 31.3% familia funcional, el 24.1% familia disfuncional y el 7.2% familia severamente disfuncional. Por otra parte, un porcentaje de 14.5% (12) tuvo consumo 10 de alcohol en un nivel medio y familia modernamente funcional, así mismo un 13.3% (11) tuvo consumo de alcohol en un nivel moderado y familia moderadamente funcional. Los resultados de Ji cuadrado ($\chi^2 = 8.306$; $gl = 9$ y $p = 0,504 > 0.05$) indican que no existe una relación significativa entre el consumo de alcohol y

la funcionalidad familiar de los adultos en estudio. Conclusiones: La mayoría de adultos del anexo de Taquia tienen un consumo de alcohol de nivel medio y familia moderadamente funcional, así mismo no existe relación entre ambas variables, lo que indica que son independientes entre sí⁽¹⁴⁾.

2.2. BASE TEORICA.

2.2.1. ALCOHOLISMO

El alcoholismo, es una enfermedad crónica y habitualmente progresiva producida por la ingestión excesiva de alcohol etílico, bien en forma de bebidas alcohólicas o como constituye de otras sustancias. La organización Mundial de Salud (OMS), define el alcoholismo como la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre (una copa de licor o un combinado tiene aproximadamente 40 gramos de alcohol, un cuarto de litro de vino 30 gramos y un cuarto de litro de cerveza 15 gramos).⁽¹⁾

GINEBRA- 2014 - Según un nuevo informe publicado hoy por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2012 se produjo 3,3 millones de defunciones en el mundo, provocadas por el uso nocivo del alcohol. El consumo de alcohol no solo puede causar dependencia, sino que también aumenta el riesgo de que las personas padezcan más de 200 enfermedades, entre ellas cirrosis hepática y diversos cánceres. Además, el consumo nocivo de alcohol puede relacionarse con la violencia y los traumatismos⁽¹⁵⁾.

2.2.2 ¿Qué se entiende por consumo de alcohol?

Los trabajadores de atención primaria de la salud pueden describir el consumo de alcohol de sus pacientes en términos de gramos de alcohol consumidos o de bebidas estándar. En Europa, una bebida estándar contiene 10 gramos de alcohol absoluto (Turner, 1990). En las Américas, no todos los países poseen una definición de bebida estándar; en Estados Unidos y Canadá una bebida estándar contiene entre 13 y 14 gramos de alcohol⁽¹⁾.

El término bebida estándar es utilizado para simplificar la medición del consumo de alcohol. A pesar de que esto puede ser inexacto, su nivel de precisión es suficientemente bueno para recomendarlo como método para calcular el consumo de alcohol en distintos ámbitos, como, por ejemplo, en salas de urgencias y accidentes, en centros de atención primaria y en pacientes internados.

Aunque la utilización del término bebida estándar tiene ventajas, también presenta algunas dificultades:

- ✓ El contenido de alcohol de las bebidas varía enormemente, entre 1 y 45%, lo que puede llevar a cálculos erróneos.
- ✓ El mismo tipo de bebida puede ser presentada en distintos tipos de envases, con las consiguientes diferencias en cantidad de alcohol.
- ✓ La concentración del grado de alcohol puede variar en una misma bebida, dependiendo de dónde y cómo ha sido producida.
- ✓ Una bebida estándar difiere de un país a otro.
- ✓ En la mayoría de los países, se acuerda, por consenso, el contenido de alcohol de una bebida estándar, sin que existan estudios científicos previos.

La utilización de bebidas estándar simplifica la evaluación del consumo de alcohol y se puede adoptar en forma sistemática en los centros de atención primaria de la salud. Sin embargo, puesto que hay diferencias de un país a otro, cada país debería determinar el contenido de alcohol de una bebida estándar no sólo por consenso, sino mediante estudios científicos⁽¹⁾.

Graduación alcohólica de cada bebida y la cantidad estándar considerada para hacer los cálculos⁽¹⁶⁾.

Bebidas	Grados	Volumen	Alcohol. Puro contenido
Copa de vino o cava	12°	10 cl	9.6 gr
Vaso de calimocho	3.6°	20 cl	5.8 gr
Vaso de sangría	6.8°	20 cl	10.9 gr
Caña de cerveza	5°	25 cl	10 gr
Lata de cerveza	5°	33 cl	13.3 gr
Culín de sidra	6°	11 cl	5.2 gr

Botella de sidra	6°	70 cl	33.6 gr
Copa de aperitivo: vermouth, fino,	17°	7 cl	9.5 gr
Copa de licor afrutado: melocotón,...	25°	6 cl	12 gr
Combinado: cuba libre,...	40°	6 cl de licor	19.2 gr
Copa de ginebra, ron, coñac	40°	6 cl	19.2 gr
Copa de whisky	42°	6 cl	20.2 gr

Calcular la alcoholemia en función de la cantidad de bebidas alcohólicas que se ha ingerido. Los resultados obtenidos con estos cálculos sólo son aproximados, lo que realmente indica la alcoholemia es el resultado del test en aire espirado o en sangre.

Es importante tener un conocimiento de la alcoholemia que nos produce la ingesta de las bebidas alcohólicas, pues según la legislación vigente no se puede conducir con una alcoholemia superior a 0,5 gramos por litro de sangre.

De cualquier forma, lo más saludable y seguro es no consumir bebidas alcohólicas, y en caso de hacerlo has de saber que se considera consumo de riesgo para la salud la ingesta de más de 3 unidades diarias para el hombre y más de 2 para la mujer, también supone un riesgo el consumo de más de tres unidades en pocas horas y el consumo intensivo durante el fin de semana.

¿Cómo se calcula el consumo de alcohol?

La graduación alcohólica se expresa en grados y mide el contenido de alcohol absoluto en 100 cc o sea el porcentaje de alcohol que contiene una bebida; es decir un vino que tenga 13 grados, significa que 13 cc de cada 100 cc son de alcohol absoluto, es decir el 13%. El grado alcohólico viene expresado en los envases como (°) o bien como vol%.

Desde la perspectiva sanitaria tiene mayor relevancia determinar los gramos de etanol absoluto ingerido, que no el volumen de bebida alcohólica.

Para calcular el contenido en gramos de una bebida alcohólica basta con multiplicar los grados de la misma por la densidad del alcohol (0,8).

$$\text{Gramos de alcohol} \doteq \frac{\text{grados (expresado en c.c)} \times \text{graduación} \times 0.8}{100}$$

Es decir, si una persona consume 100 c.c. de vino de 13 grados, la cantidad de alcohol absoluto ingerida es:

$$100\text{c.c} \times 13 \times 0.8 / 100 \doteq 10.4 \text{ gr de alcohol puro}$$

Otro ejemplo, en una cerveza de cuatro (250cc) y de grados 4.8 grados, la cantidad de alcohol absoluto es:

$$250 \times 4.8 \times 0.8 / 100 \doteq 9 \text{ gr de alcohol puro.}$$

Cálculo del consumo de alcohol

El contenido de alcohol de una bebida depende de la concentración de alcohol y del volumen contenido. Hay amplias variaciones respecto a la concentración de las bebidas alcohólicas utilizadas en diferentes países.

Un estudio de la OMS indicó que la cerveza contenía entre el 2% y el 5% de alcohol puro, los vinos contenían entre el 10,5 y el 18,9%, los licores variaban entre el 24,3% y el 90%, y la sidra entre el 1,1% y el 17%. Por ello, es esencial adaptar los tipos de las bebidas a lo que es más común en el ámbito local y conocer a grandes rasgos cuánto alcohol puro consume una persona por ocasión y término medio.

Esta forma de calcular los gramos de alcohol se ha sustituido, en los últimos años, por el concepto de Unidad de Bebida Estándar (UBE).

Definiciones básicas para entender problemas de consumo de alcohol ⁽¹⁾:

- ✓ La graduación alcohólica de una bebida es el porcentaje de alcohol puro que contiene. Viene expresada en grados (°) o tanto por ciento.
- ✓ La alcoholemia es la cantidad de alcohol que hay en la sangre. Se mide en gramos por litro de sangre. Para una misma cantidad de alcohol ingerida las personas con

más peso tienen una alcoholemia más baja, igual pasa con los hombres, que con la misma cantidad de alcohol dan más bajo que las mujeres.

- ✓ **Unidad de bebida estándar (UBE)** es la cantidad de bebida alcohólica que contiene unos 10 gramos de alcohol puro. Por ejemplo, una caña o un vaso de vino contienen una unidad, 10gr de alcohol. De esta forma es más sencillo calcular la cantidad de alcohol consumido, aunque también es menos preciso.
- ✓ **El alcohol pasa a la sangre** a través del estómago y el nivel de alcoholemia más alto aparece entre 15 y 90 minutos después de la última consumición. La velocidad a la que pasa a la sangre va a depender de si el estómago está vacío o contiene alimento, en este caso el alcohol tardará más en pasar a la sangre.
- ✓ Con la misma cantidad de alcohol ingerida las mujeres tienen alcoholemias más altas que los hombres. Esto es debido a la distinta composición de grasa y agua en los tejidos y órganos de cada sexo (a igual masa los hombres tienen mayor cantidad de agua por lo que la concentración de alcohol es algo menor), así como sus diferentes cantidades de enzimas de degradación del alcohol.
- ✓ Una vez en la sangre el alcohol se elimina a una velocidad fija, que depende de la cantidad de enzimas que posee el hígado. Esta velocidad de eliminación varía entre los diferentes sujetos, aunque se estipula que de media es de unos 100 mg de alcohol por kilo de peso y hora

2.2.3 ¿QUÉ SE ENTIENDE POR CONSUMO DE RIESGO, CONSUMO PERJUDICIAL Y POR ADICCIÓN INICIAL ALCOHOLICA?

✓ 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, como se muestra en el capítulo 4 para diversas condiciones, cualquier nivel de consumo de alcohol implica riesgos. La OMS lo define como consumo regular diario de 20 a 40g de alcohol en mujeres, y de 40 a 60g diarios en hombres (Rehm et al. 2004)⁽¹⁾.

✓ Consumo perjudicial

El consumo perjudicial se refiere a un patrón de consumo que 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) (Organización Mundial de la Salud, 1992). Basada en datos epidemiológicos en lo que respecta a los daños causados por el alcohol, la OMS define el consumo perjudicial como consumo regular promedio de más de 40g de alcohol diarios en mujeres y de más de 60g diarios en hombres (Rehm et al. 2004)⁽¹⁾.

✓ Adicción inicial alcohólica

El CIE-10, el Manual de la OMS para la Clasificación de Trastornos Mentales y del Comportamiento, define a la dependencia del alcohol como 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. El volver a beber después de un período de abstinencia está a menudo asociado con una rápida reaparición de las características del síndrome⁽¹⁾.

Consumo	Nivel de riesgo	Criterios
Abstemias	Ninguno	No hay consumo
Moderado	Riesgo bajo	Hombres: ≤ 21 UBE/Sem o < 40 gr/día Mujeres: < 14 UBE/Semana o < 25 gr/día
abusivo	Consumo de riesgo	Hombres: > 21 UBE/Sem o ≥ 40 gr/día Mujeres: ≥ 14 UBE/Semana o ≥ 25 gr/día

	Consumo perjudicial	<p>Conlleva consecuencias tanto para la salud física o mental de la persona.</p> <p>Se supone de consumo de hombres: consumo perjudicial > 60gr/día</p> <p>Consumo perjudicial >40gr/día</p>
	Adicción inicial alcohólica	Criterios de dependencia alcohólica según criterio CIE o DSM.

2.2.4 MECANISMOS DE DEFENSA DE LA FAMILIA Y EL ALCOHÓLICO

Existen mecanismos de defensa bastante habituales que son utilizados tanto por el alcohólico, como por los familiares más cercanos o coadictos, entre las cuales tenemos:

- a) **Negación.** Al principio el afectado puede negarlo todo o parte, intenta preservar un cierto equilibrio interno, que la vida no se le complique más de lo que ya tiene. Sin duda no lo consigue y da lugar a mayores mentiras que generan un clima de mayor desconfianza. También los familiares suelen negarlo todo al principio, no le ayudan, tampoco se ayudan a sí mismos.
- b) **Minimización.** Restar importancia a la gravedad y a las consecuencias de la enfermedad. Él pretende protegerse o su familia pretende protegerlo.
- c) **Racionalización.** Tendencia a buscar excusas, a justificar lo injustificable para encubrir las consecuencias de lo que bebe. Si rechaza el tratamiento se le deben mostrar todas las consecuencias de su alcoholismo. La familia también utiliza esta defensa para encubrir la situación.
- d) **Proyección.** Busca culpas fuera de sí mismo en el familiar, en el grupo de amigos, en la sociedad, en los padres etc. A su vez la familia puede culpar cruelmente al alcohólico de sus propios fallos y proyectar su resentimiento contra él.

En general tanto el alcohólico como el familiar precisan de apoyo exterior. El reconocer esta situación de alcoholismo, el actuar con sinceridad y honestidad, suele ser el mejor antídoto contra la dependencia. La familia pasa a ser el elemento motivador esencial

para la toma de decisiones, y va a ser el continente del paciente durante todo el proceso, pero para que ello sea posible, antes debe resolver sus propios problemas. En la mayor parte de las ocasiones va a precisar tratamiento específico para su patología, su angustia y desorientación.⁽¹⁷⁾

2.2.5 CONSECUENCIAS BIOLÓGICAS Y OTROS EFECTOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL.

La Región de las Américas es la zona del mundo en la que el consumo de alcohol contribuye con la mayor proporción relativa de mortalidad y años de vida perdidos por muerte prematura o discapacidad. Si bien existe un porcentaje razonable de abstemios, los bebedores presentan patrones de consumo perjudiciales para su propia salud, así como para otras personas. El alcohol es el primer factor de riesgo en lo que respecta a enfermedad y muerte prematura, siendo más importante aún que otros factores como el tabaquismo, el hipercolesterolemia, el sobrepeso, la desnutrición y los problemas de saneamiento. Aparte de ser una droga que provoca dependencia y es el origen de más de aproximadamente de 200 tipos de enfermedades y lesiones, el alcohol es responsable de causar serios problemas y daños sociales, mentales y emocionales, como criminalidad y violencia familiar, con elevados costos para la sociedad. El alcohol no sólo perjudica al consumidor, sino también a quienes lo rodean, al feto en mujeres embarazadas, a niños y niñas, a otros miembros de la familia y a víctimas de delitos, violencia y accidentes por conducir en estado de ebriedad⁽¹⁹⁾.

MORTALIDAD

Según Gawryszewski y Monteiro⁽¹⁸⁾, 2014 El alcohol causó más de 300.000 defunciones en las Américas en el 2012, una cifra superior al número de habitantes de muchos países del Caribe. De esas defunciones, en más de 80.000 el alcohol fue causa necesaria, es decir que no se habrían producido de no haber mediado el alcohol.

La cirrosis hepática es la principal causa de muerte atribuible al alcohol de ambos sexos, hay muchas diferencias entre los hombres y las mujeres: entre los hombres, por ejemplo, hay muchas más muertes por traumatismos atribuibles al alcohol y mientras en las mujeres el cáncer de mama 16% atribuible al alcohol⁽¹⁹⁾.

En cuanto a las defunciones por trastornos plenamente atribuibles al alcohol (trastornos que no existirían si no se hubiese consumido alcohol, como las hepatopatías alcohólicas y la intoxicación etílica), los países varían mucho. En términos generales, sin embargo, estas defunciones tienden a ser más frecuentes entre los varones que entre las mujeres y aumentan con la edad hasta el entorno de los 70 años, a partir de los cuales ganan peso otras causas de mortalidad. Las tasas de mortalidad plenamente atribuible al alcohol, por edades y por sexos, en una serie de países, repartidos en tres grupos según la tasa de defunciones atribuibles al alcohol por cada 100.000 personas: el primer grupo (Brasil, El Salvador, Guatemala, México y Nicaragua) tiene tasas que exceden la cota de las 100 defunciones por cada 100.000 habitantes, mientras que el tercero (Argentina, Canadá, Colombia, Costa Rica y Venezuela) tiene algunas de las tasas más bajas (menos de 40 por cada 100.000 habitantes)⁽¹⁹⁾.

Sin embargo, desde 1990 a 2010 en la mayoría de los países la mortalidad total ha descendido a lo largo de los últimos 20 años, pero el alcohol sigue siendo uno de los principales factores de riesgo de muerte y discapacidad. Además, puesto que está reduciéndose el número de abstemios y aumenta el consumo, estos efectos positivos quizá no sean duraderos⁽¹⁹⁾.

La puntuación de años de vida perdidos (AVP) por causas atribuibles al alcohol, es otra medida del daño causado por el alcohol. Los AVP son un indicador que suele usarse en el ámbito de la salud pública para calcular los efectos totales de la mortalidad prematura. Puesto que el consumo nocivo de alcohol es el principal factor de riesgo de mortalidad de las personas que se encuentran en las etapas más productivas de la vida (entre los 15 y los 49 años), los AVP son útiles para cuantificar la carga atribuible al alcohol y para establecer comparaciones entre los países. Los AVP empiezan a reemplazar a las puntuaciones de patrones de bebida como la mejor representación del daño atribuible al alcohol, porque son más fáciles de calcular y dependen menos de los datos de las encuestas⁽¹⁹⁾.

MORBILIDAD

Los efectos sobre los principales sistemas del organismo son acumulativos e incluyen un amplio rango de alteraciones:

- a) **En el aparato digestivo**, destacan las úlceras de estómago y de duodeno, la pancreatitis crónica y la cirrosis hepática.
- b) **Lesiones irreversibles en los sistemas nerviosos central y periférico.**
- c) **Área psico-visual:** Recepción e integración de las imágenes transmitidas por los ojos. Se afecta a partir de 1.5 gramos de alcohol por litros en la sangre. Se produce: disminución del ángulo visual, alteración en la percepción de los colores, las formas y las distancias, diplopía (visión doble).
- d) **Área sensitiva motora:** Control de la sensibilidad corporal y del movimiento. Se afecta a partir de un gramo de alcohol por litro en la sangre (límite legal).
- e) **Cirrosis:** Es una degeneración del tejido sano del hígado, es ocho veces más frecuente entre los alcohólicos que entre los abstemios.
- f) **Edemas:** Consecuencias del trastorno circulatorio provocado por el alcohol, así como por la disminución de las proteínas en la sangre, se produce una hinchazón de los pies y tobillos por acumulados de líquidos.
- g) **Enfermedades Infecciosas:** El alcohol disminuye la resistencia del cuerpo a las enfermedades infecciosas al limitar drásticamente la producción de glóbulos rojos (anemia) y glóbulos blancos.
- h) **Gastritis:** Tanto aguda como crónica, acompañada generalmente de hemorragia es una de las lesiones más típica del alcohol. Además, favorece la formación de ulcera séptica.
- i) **Ginecomastia:** Es decir, aumento del volumen de los pechos en el hombre, como consecuencia de las alteraciones hormonales que producen por el mal funcionamiento hepático.
- j) **Glándulas Sexuales:** El alcoholismo produce envejecimiento prematuro (senilidad), incluyendo mal funcionamiento y degeneración de las glándulas sexuales. En hombres genera problemas sexuales como la impotencia o la disfunción eréctil, y en las mujeres, se produce un desajuste en el ciclo menstrual femenino, ocasionando problemas hormonales que tienen su repercusión en el estado de ánimo y también en la autoestima llegando incluso a la depresión o a la ansiedad.
- k) **El consumo habitual** de bebidas alcohólicas provoca tendencias a las hemorragias, por fragilidad de los vasos capilares y por disminución de las plaquetas.

- l) **Huesos:** Antiguamente se creía que los alcohólicos tenían más fracturas porque se caían con mayor frecuencia. Pero los investigadores han demostrado que los mismos caídos que no causan daños a los abstemios, hacen que a los alcohólicos se les rompa los huesos.
- m) **Pancreatitis:** El uso excesivo de alcohol causa inflamación del páncreas, una vez inflamado es posible que no se recupere, sino que continúe degenerándose. En las formas agudas se producen hemorragias en el páncreas, lo que finalmente produce la muerte.
- n) **Síndrome de alcoholismo fetal:** igualmente la revista salud física, mental, social, (2001), reseña que el alcohol y el embarazo es una mala combinación, teóricamente cualquier droga consumida por la madre puede atravesar la barrera placentaria, y penetrar en la circulación fetal, y quizás se ha el alcohol una de las drogas con mayor facilidad lo hace, una vez la sangre en el feto, el alcohol se distribuye con mucha facilidad por todos los tejidos, debido a su elevada proporción de agua, igualmente aparece en el líquido amniótico, además, el alcohol tiende a permanecer durante más tiempo durante más tiempo en el feto que en la madre, puesto que los síntomas de eliminación y desintoxicación fetales, son muy inmaduros o simplemente no existen. Las células hepáticas del feto, contiene una menor cantidad de enzima que degrada el alcohol en otras sustancias eliminables. Se ha demostrado en fechas recientes que la ingestión de alcohol durante la gestación, incluso en cantidades moderadas, puede producir daños graves en el feto, especialmente retraso en el desarrollo físico y mental; la forma más grave de este retraso ^(17,19)
- o) **También en el ámbito mental,** el alcoholismo tiene consecuencias psicológicas muy fuertes ocasionadas por un desajuste mental generalizado. El consumo excesivo de alcohol provoca daños cerebrales a nivel neuronal sumado a las lagunas y pérdida de la memoria en los momentos de mayor consumo. Entre algunas consecuencias psicológicas que derivan del alcoholismo son:
- ✓ Daño neuronal
 - ✓ Demencia y pérdida de la memoria
 - ✓ Depresión y suicidio
 - ✓ Disfunción eréctil
 - ✓ Cambios en el ciclo menstrual
 - ✓ Problemas para dormir e insomnio

p) El consumo de alcohol incrementa el riesgo de violencia ya que en ocasiones aumenta los niveles de agresividad y baja los umbrales de tolerancia de la persona ebria. ⁽²⁰⁾

Conforme sustenta la OPS y OMS los trastornos debido al consumo de alcohol ha causado más de 274 millones de vida sana perdidos al año (AVAD) en las Américas en el 2012⁽¹⁹⁾.

Según Walters⁽²¹⁾ 2013 sostiene que el consumo de alcohol provoca perjuicios físicos o mentales. Se estima que 5,7% de la población de la Región declaró sufrir algún trastorno por consumo de alcohol, aunque el número es probable que sea mayor, ya que estos trastornos no siempre se comunican.

Las lesiones son otro factor importante en los efectos dañinos del consumo de alcohol: cerca de un tercio de todos los AVAD los provocan las lesiones derivadas de la violencia interpersonal y de los accidentes automovilísticos. Los trastornos por consumo de alcohol son otro componente importante de la discapacidad tanto de hombres como de mujeres, lo cual refleja el hecho de que los trastornos mentales tienen un peso sustancial y negativo en la pérdida de AVAD atribuible al alcohol ⁽¹⁹⁾.

Estos últimos tiempos la carga de morbilidad que causa el alcohol en las Américas sigue siendo alta y, en gran medida, prevenible. Actualmente todo los países de las Américas están comprometidos a reducir la carga de consumo del alcohol, sin embargo se se ha avanzado poco en los AVAD atribuibles al alcohol desde el lanzamiento en el 2010 de la Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol (WHA 63.13 de la sexagésima tercera Asamblea Mundial de la Salud), desde la publicación en el 2011 del informe de la OMS sobre el alcohol y la salud en el mundo (Global Status Report on Alcohol and Health) y desde la adopción por parte de los Estados Miembros de la OPS del Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol. En general, los países están trabajando para poner en marcha intervenciones eficaces a fin de combatir el consumo perjudicial del alcohol, pero pocos o ninguno han cosechado resultados ⁽¹⁹⁾

2.2.6 CONSECUENCIAS SOCIOCULTURALES: (Funcionalidad familiar, Tipo de familia, ingreso económico de la familia, educación, vivienda).

En este sentido, uno de los síntomas del alcoholismo es el aumento de la hostilidad y la agresividad. La persona alcohólica cada vez es menos tolerante y menos paciente ante los estímulos del exterior reaccionando de manera hostil en situaciones que no puede controlar.

El riesgo de ser una persona violenta aumenta muchísimo debido a estos factores generando que la vida social, cultural y familiar del enfermo o la enferma se vaya reduciendo y se convierta en una persona tóxica para las relaciones interpersonales ⁽¹⁹⁾.

Por un lado, las consecuencias sociales del alcoholismo son sumamente importantes para entender su adicción. Su vida social comienza a girar en torno al consumo de alcohol. La mayoría de las veces empiezan a necesitar alcohol para socializar o entablar nuevas relaciones. Además, se utiliza el consumo de alcohol como excusa para encontrarse con los amigos y amigas de manera que se genera una dependencia para relacionarse con el exterior. Todo esto se ve agravado por los problemas psicológicos y de autoestima que genera el alcoholismo. ⁽²⁰⁾

Por otro lado, las consecuencias del alcoholismo en el entorno familiar también son muy relevantes. Mientras la familia ve cómo se va degradando la salud y la vida social de la persona alcohólica, él o ella no son capaces de aceptar que tienen un problema hasta que llegan a una situación extrema. Los familiares más cercanos pueden pasar por procesos en los que culpabilizan del enfermo llegando incluso a abandonarlo y cortar los nexos familiares. Esta es la peor opción si lo que buscamos es que ese familiar se recupere de la enfermedad que padece. El entorno social y familiar es el apoyo más importante que tiene una persona adicta al alcohol y en la mayoría de los casos son la clave para la curación. Es por ello que nunca es recomendable abandonar al alcohólico o culpabilizarlo por su enfermedad. ⁽¹⁾

Estudio realizado por Bouchery⁽²³⁾ en 2011, los Estados Unidos en el 2006 calcula que el consumo nocivo de alcohol le costó al país cerca de 224.000 millones de dólares (un promedio de 750 por persona), el 76% de los cuales se atribuyen a los consumos compulsivos (mínimo de cuatro copas por vez en el caso de las mujeres y cinco en el de los hombres). Más de la mitad de los costos recayeron en las administraciones estatales, municipales y federales o en personas distintas de los consumidores. Por su parte Rehm⁽²⁴⁾ 2009 refiere que pocos países de las Américas han intentado calcular la carga económica del alcohol, pero los estudios que existen señalan que se pierde más del 1% del PIB (PPA) por las consecuencias perjudiciales del consumo de alcohol en los países de ingresos altos y medios.

Perjuicios para los Demás

La mayoría de los estudios sobre la carga atribuible a alcohol en la sociedad se centran en los efectos sobre los propios consumidores, pero no prestan atención a lo que quizás sea una carga todavía mayor: los perjuicios que causan los consumidores a los demás. Como se ha señalado en la sección anterior sobre los costos económicos del alcohol, el consumo de alcohol de una persona puede entrañar, aun sin quererlo, diversas consecuencias para los demás, por ejemplo, para sus seres queridos, para los miembros de la comunidad o para la sociedad en su conjunto. Entre los perjuicios para los demás cabe citar las lesiones (intencionadas o no), la negligencia o los maltratos (a menudo de los familiares), la desatención de las responsabilidades sociales (hacia la familia, las amistades y los compañeros de trabajo), daños materiales, los trastornos alcohólicos del feto y la inestabilidad emocional (insomnio, miedos o preocupación por los seres queridos). En concreto, las mujeres son las que más sufren las consecuencias del consumo de alcohol de otras personas ⁽¹⁹⁾

LA INFLUENCIA DEL ALCOHOL EN LAS RELACIONES FAMILIARES

Hablar del alcoholismo puede resultar polémico dado que se trata de una enfermedad que afecta a una importante población (el 77% de la población en el Ecuador tiene un familiar que padece problemas con el alcohol. INEC 2001), por lo que deberíamos tratarlo como una epidemia. La epidemia alcohólica corre pareja y a la sombra de otra epidemia todavía mayor: el tabaquismo, que afecta a millones de ecuatorianos. Existen algunas consideraciones acerca de la familia y el alcoholismo que tienen una relación mutua de interdependencia ⁽¹⁰⁾.

Generalmente nos preguntamos ¿Qué es lo que podemos hacer mientras él o ella (alcohólico/a) no quieren iniciar un tratamiento? ¿Cómo perturba a la evolución de una familia la existencia de un alcohólico en ella? ¿De qué forma podemos prevenir en casa el alcoholismo para que nuestros hijos no caigan? Una persona es alcohólica cuando es incapaz de dejar de beber aun reconociendo los trastornos que le procura el consumo de alcohol. Los problemas que ocasiona el alcohol son de diferentes tipos como hemos visto. Lo característico del alcohólico es su afán compulsivo a continuar bebiendo. Algunos especialistas señalan que el alcoholismo no es una reacción a algo sino más bien es un impulso básico primario, tan poderoso como el hambre o la sed, desencadenado y asociado a la química del cerebro. El alcohólico continúa bebiendo a pesar de las consecuencias

negativas; incluso, a veces elige no beber, pero continúa haciéndolo a escondidas de todos modos pese a haber tomado la decisión firme de no hacerlo⁽¹⁰⁾.

Para un alcohólico recaer en la bebida es tan natural como hacerlo en otros impulsos primarios. Para algunos autores, el alcoholismo sería un impulso aberrante hacia el consumo de alcohol. Podríamos considerar al alcoholismo como una colección de enfermedades, pero cuando comienza a beber no está claro que exista enfermedad alguna ni dependencia⁽¹⁰⁾.

En realidad, se dice que lo que existe no es el alcoholismo sino alcohólicos, que cada uno es diferente, aunque sin duda podemos encontrar rasgos y tendencias comunes. El alcoholismo dificulta y perturba el normal desarrollo, de la personalidad, y que como consecuencia del uso reiterado del alcohol produce enfermedades a nivel físico y mental, de comportamiento etc⁽¹⁰⁾.

Todo esto suele suceder durante el proceso que llevará al adolescente a convertirse en adulto, por lo que inevitablemente repercutirá en la familia y en el entorno social del individuo que bebe. Nos encontramos con personas que en lugar de enfrentarse a los problemas para crecer y madurar con ellos, por diferentes razones han continuado bebiendo desajustándose la familia gradual y progresivamente, del mismo modo que las familias atraviesan por ciclos vitales, necesitan superar para continuar creciendo, madurando y evolucionando, las personas atravesamos fases o crisis que nos permitirán desarrollar nuestra personalidad, las necesidades, las expectativas y las formas de comportarnos irán variando en cada fase o ciclo de nuestra vida.⁽¹⁰⁾

ALIMENTACIÓN DE LA FAMILIA

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), Roma (Italia), 2016, menciona que alimentarse bien es vital para mantener una vida sana y activa. La mayoría de la gente sabe que necesita comer para tener energía para trabajar. La pobreza es la causa principal de los problemas nutricionales de los países en desarrollo, pero también existe malnutrición en aquellos lugares en los que la gente no es pobre y puede obtener alimentos suficientes para comer. De hecho, existen dos tipos principales de malnutrición, bastante diferentes entre sí. El primero es consecuencia de no ingerir alimentos suficientemente inocuos y de buena calidad. El segundo está motivado por una ingesta en general excesiva, o de ciertos tipos de alimentos. Ambos tipos de malnutrición se pueden prevenir mediante una dieta sana y equilibrada⁽²⁵⁾

- ✓ **Alimentación buena:** Una alimentación saludable o buena consiste en ingerir una variedad de alimentos que te brinden los nutrientes que necesitas para mantenerte sana, sentirte bien, tener energía y un buen ejercicio físico. Estos nutrientes incluyen las proteínas, los carbohidratos, las grasas, el agua, las vitaminas y los minerales.
- ✓ **Alimentación regular:** La alimentación regular consiste en ingerir alimentos en menor proporción o menos balanceadas y poca actividad física no proporciona una cantidad necesaria de nutrientes en el organismo.
- ✓ **Alimentación mala:** En todas sus formas, la mala alimentación o malnutrición abarca la desnutrición (emaciación, retraso del crecimiento e insuficiencia ponderal), los desequilibrios de vitaminas o minerales, el sobrepeso, la obesidad, y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, es la ingesta inadecuada de alimentos.

2.2.7 LA FAMILIA

La familia es la unidad básica de una sociedad formando un sistema, en el sentido de estar compuesta por una serie de elementos en interacción y con una organización tal que un cambio en el estado de uno de los elementos irá seguido por cambios en los demás. No se encuentra aislada, es un sistema abierto, en una interrelación con otros sistemas de su entorno inmediato, de su contexto sociocultural. Goza de un elemento fundamental (los valores propios de la familia) y otro elemento normativo (los límites y leyes) que regulan los comportamientos en su seno y las relaciones entre sus miembros. Posee una estructura jerárquica que garantiza el funcionamiento del sistema; y que está a su vez compuesta por diferentes niveles⁽¹⁰⁾:

- ✓ Nivel conyugal, nivel de relaciones entre la pareja de cónyuges
- ✓ Nivel parental, nivel que se establece entre los padres y los hijos
- ✓ Nivel fraterno o filial, se refiere a las relaciones entre hermanos.

TIPOS DE FAMILIAS

La estructura jerárquica se completa con las relaciones que se dan en cada uno de estos niveles. Son importantes los límites y las normas que se fijan o establecen para cada uno de estos niveles.

a) Familia nuclear

Es una familia formada por una pareja, que pueden o no tener hijos, tienen un parentesco legítimo y viven juntos.

b) Familia Semi nuclear

Familia con hijos formada por un solo jefe de familia, sea el padre o la madre debido a soltería, viudez, separación, etc.

c) Familia extensa

Formada por miembros familiares que tienen un vínculo de varias generaciones.

d) Familia compuesta

Familia a la que se unen miembros sin nexos consanguíneos ni de filiación (compadres, ahijados, amigos, huéspedes).

e) Familia extensa modificada

Son familias que tienen apoyo de sistema de redes familiares y pautas de ayuda mutua (acilos, albergues etc.) Hay familias cuyos límites son claros, esto es, que los derechos, deberes, y los roles del padre, la madre y de los hijos están perfectamente definidos. Existen otras familias donde las normas y límites son claros, pero sobre todo rígido, o sea, los padres tienen derechos y los hijos tienen sobre todo deberes, los hijos pueden dar pocas opiniones. En otras familias cuyos límites, roles y normas son especialmente difusos, la diferencia entre los papeles de los padres y los hijos no es nítida, los hijos pueden asumir responsabilidades de padres y el padre y la madre pueden ser aliados, enemigos o confundirse entre sí.⁽¹⁰⁾

La familia "es un sistema en continua evolución y cambio, adaptándose y transformándose en relación con las presiones internas y externas" y que va atravesando su ciclo vital o momentos de crisis normativas (normales) estas son: noviazgo, matrimonio, aparición del primer hijo, aparición de otros hijos, adolescencia, juventud, matrimonio de los hijos y retorno a la soledad de la pareja.⁽²⁷⁾

Toman el mismo concepto para definir el Clima Social Familiar; haciendo referencia a las características psicosociales e institucionales de un determinado grupo asentado sobre un ambiente, lo que establece un paralelismo entre la personalidad del individuo y el ambiente. Definen al clima social familiar por las relaciones interpersonales que se establecen entre los integrantes de la familia, lo que involucra aspectos de desarrollo, de comunicación, interacción y crecimiento personal, lo cual puede ser fomentado por la vida

en común. También consideran la estructura y organización de la familia, así como el grado de control que regularmente ejercen unos miembros sobre los otros⁽²⁸⁾

CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA ACTUAL

- ✓ Se afianza la familia como unidad de producción y consumo. Los miembros de la familia ahora deben salir fuera del hogar y trabajar.
- ✓ Se extiende la familia nuclear y disminuye la familia extensa, aunque lentamente y se preservan algunas relaciones con la familia extensa.
- ✓ Aparecen otros modelos de familias: monoparentales, unión libre, de separados, de divorciados con o sin hijos etc.
- ✓ Se alarga el número de años que los hijos e hijas permanecen en el hogar; permanecer en el hogar hasta los 30 años empieza a ser lo normal y no lo excepcional.
- ✓ Han surgido redes secundarias (asociaciones locales) para dar apoyo a las familias y mejorar el sentimiento de inseguridad.
- ✓ De esta manera nos damos cuenta de la importancia fundamental que la familia continúa teniendo en las sociedades.

Podemos decir que en la actualidad las familias son más pequeñas (extinción de las familias nucleares y descenso de la natalidad), están más aisladas (familia menos extensa y deterioro de los vínculos sociales, los hijos conviven durante más años), pero las relaciones de convivencia diaria son de menor duración (trabajo y estudio fuera de casa), las familias mantienen una influencia sobre sus miembros, pero esta influencia la deben compartir con otras instituciones socializadoras (escuela, colegio, trabajo etc.).

EVALUACIÓN DE LA SALUD FAMILIAR ATENDIENDO A SUS A LA SALUD DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA.

Según la salud de los integrantes, se evalúa a cada miembro de acuerdo con los criterios establecidos para la dispensarización. Se considera que este aspecto afecta la salud familiar cuando hay predominio de la enfermedad sobre la salud o por la naturaleza del problema, a partir de la valoración del equipo básico (posee al menos refrigerador, tv, radio, y una plancha; no tiene estos básicos; tiene más que estos tres equipos básicos)⁽¹⁰⁾

EVALUACIÓN DE LA SALUD FAMILIAR ATENDIENDO AL FUNCIONAMIENTO DE LA FAMILIA

El funcionamiento de la familia puede evaluarse a través de: el cumplimiento de las funciones básicas, la dinámica de las relaciones internas.

La evaluación del funcionamiento familiar puede realizarse con cada uno de estos aspectos por separado o en forma integrada.

Para la evaluación del funcionamiento de la familia, se considera el resultado de la prueba de percepción de funcionamiento familiar (FF-SIL) y el criterio del equipo de salud respecto al cumplimiento de las funciones básicas por la familia.

Familia funcional

Una familia sana o funcional es aquella que tiene una estructura flexible, es capaz de modificar sus patrones de interrelación, adaptarse a los cambios y asumir nuevas funciones en correspondencia con la evolución de su ciclo vital; son familias creativas, gratificantes, formativas y nutridoras, cuyas relaciones e interacciones hacen que su eficacia sea aceptable y armónica, también son familias donde los roles de todos los miembros están establecidos sin que existan puntos críticos de debilidades asumidas y sin ostentar posiciones de primacía, artificial y asumida, por ninguno de los miembros; y donde todos laboran, trabajan y contribuyen igualmente con entusiasmo por el bienestar colectivo. Se integraron conceptos provenientes de tres dimensiones centrales del comportamiento familiar: cohesión (vínculos familiares), adaptabilidad (cambio) y comunicación. Estas variables de la funcionalidad familiar se ven influidas por las etapas del ciclo vital familiar, proceso de desarrollo que consiste en atravesar una serie de fases que implican cambios y adaptaciones. Estos cambios pueden provocar crisis de menor o mayor intensidad, cada crisis lleva a desenlaces exitosos que posibilita nuevos desarrollos, o desenlaces negativos, que conllevan a estancamiento y puede generar enfermedades físicas y/o psicológicas. ⁽¹⁰⁾.

Familia disfuncional

La falta de afecto y comunicación real entre padres e hijos hace que estos se distancien poco a poco del entorno familiar, al no encontrar allí respuesta a sus problemas. El poco interés de los padres en la educación de los hijos o el deficiente control por un excesivo liberalismo en la educación llevan a una inadecuada formación de los jóvenes. Otras pautas incorrectas de educación son las actitudes de sobreprotección o autoritarismo

que dificultan el diálogo de la familia y generan diversos tipos de carencias afectivas y un clima que no favorece el crecimiento personal con la falta de independencia y de capacidad para afrontar situaciones problemáticas. Por otro lado, el mínimo esfuerzo empuja a los adolescentes a conseguir todo por la vía de la facilidad y de la inmediatez. Una familia disfuncional es aquella que se ha establecido de conflictos no resueltos que conllevan a estados tensionales que afectan el clima y la estructura familiar. Se caracteriza por un estancamiento, un ciclo permanente de infelicidad, lucha por el poder, distorsión de la comunicación, mal manejo en la agresión, poca afectividad familiar y crisis de autoridad. Las familias que tienen un familiar con alcoholismo se dice que llegan a ser disfuncionales, son familias con problemas, son tensas y pueden llegar a ser violentas, obstaculizan en menor o mayor medida el desarrollo de sus miembros, suelen presentar alteraciones en la autoestima, bajo desempeño escolar, problemas afectivos emocionales y de comportamiento, dificultades en las relaciones interpersonales, pueden ser maltratadores, además son vulnerables a desarrollar conductas psicopáticas incurrir en el alcoholismo o la drogadicción. Las relaciones familiares y la comunicación se van haciendo cada vez más disfuncionales, debido a que el sistema familiar se va enfermando progresivamente. La comunicación se hace más confusa e indirecta, de modo que es más fácil encubrir y justificar la conducta del adicto. Esta disfunción se va convirtiendo en el estilo de vida familiar y produciendo en muchos casos el aislamiento de la familia de los contactos sociales cotidianos, también recalca Dentro de una familia disfuncional existe una incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales básicas de cada uno de sus miembros. La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía (10).

Las reglas familiares se tornan difusas, confusas, rígidas e injustas para sus miembros, así como los roles de cada miembro familiar que se va distorsionando a lo largo del proceso del avance de la adicción. Todos los miembros de la familia se afectan de este sistema de reglas disfuncionales, y es allí donde los niños van formando su carácter co-dependiente que puede facilitar el desarrollo de adicciones o de relaciones enfermas en el futuro. Se ha observado que el alcoholismo ocasiona un desequilibrio en todos los ámbitos del ser humano: del alcohólico mismo en su trabajo, en el área social, el área personal y desde luego en su familia. Así pues, las relaciones interpersonales se van deformando conforme avanza el alcoholismo del sujeto lo que se manifiesta al relacionarse con sus semejantes. Además se

puede decir que es un problema que trasciende en cuanto a que tiende a dejar huellas emocionales muy profundas entre los miembros más cercanos al alcohólico, pero sobre todo en los hijos que se van formando experiencias agradables y representa un obstáculo para un adecuado desarrollo de cada integrante de la familia, considerando así que todos los miembros de la misma sufren las consecuencias del alcoholismo, incluyendo hermanos, amigos y familiares; es decir toda persona que mantenga una relación estrecha con un alcohólico resulta afectada de alguna u otra manera. El ambiente familiar que prevalece en un hogar alcohólico y disfuncional suele ser la cuna en la que giran los problemas de la familia ya que estas colocan en el centro de sus vidas al alcohólico y en torno a él giran todos sus miembros. Así pues, las interacciones de unos miembros de la familia con otros, es decir la forma en que se relacionan entre ellos suele ser de gran importancia, ya que es bien sabido que la conducta de la familia en general contribuya para que este continúe bebiendo o para que reconozca que necesita ayuda y decida iniciar su recuperación. La familia alcohólica es una familia disfuncional ⁽³⁾, siendo los siguientes parámetros sus características más comunes:

- ✓ El comportamiento de sus miembros es impredecible e incoherente.
- ✓ Las emociones se reprimen.
- ✓ Cuando expresan sus sentimientos se enjuician culpándose unos a otros.
- ✓ Existe violencia, agresividad y generalmente se destruyen los vínculos afectivos.
- ✓ Sus reglas son implícitas, surgen de la vergüenza, miedo y culpa y tienen actitudes rígidas.
- ✓ Predomina una atmósfera desagradable.
- ✓ Hay alianzas destructivas, uno de los padres se une a un hijo contra el otro padre.

Ahora bien, tanto la familia funcional normal como la familia disfuncional alcohólica pueden no presentar los puntos anteriores, pero si tienden a predominar unos rasgos más que otros. Las pautas de comunicación en una familia disfuncional se dice que tienden a ser caóticas, además de que no cuentan sus miembros con la oportunidad de ser escuchados. Existe una triangulación que obedece a una alianza excesiva o escasa, contrario a las familias funcionales en las cuales la lealtad y la estabilidad para mantenerse unidas son suficientemente flexibles para estimular el crecimiento individual de sus miembros. La

capacidad de la familia desarrolla un sistema integral para mantenerse sana, en el sentido que como organismo se liga por reglas de comportamiento entre sus miembros ⁽¹⁰⁾.

Existe la posibilidad de que las familias con alto índice de disfunción familiar se hayan adaptado y asumido esta situación como estilo de vida con las condiciones sociales, culturales, psicológicas, educativas y los mismos planes trazados, lo que las hace más vulnerada a los procesos de salud y enfermedad. La salud porque es la que regula y mantiene los procesos de salud – enfermedad tanto en el interior como el exterior de esta familia y en relación con otros sistemas ⁽¹⁰⁾.

Se está en presencia de una familia disfuncional cuando las interrelaciones personales entre sus miembros están matizadas por la falta de equilibrio y armonía emocional ⁽¹⁰⁾

Señala que no son satisfechas las necesidades afectivas, culturales y educativas con consecuente formación y transformación de cada uno de sus integrantes. En estas familias la comunicación no es franca abierta y espontánea. Si se afectan algunas de sus funciones y existe un rompimiento de la comunicación con la insatisfacción de las necesidades que le corresponden ser satisfechas por la familia, ocurre entonces una desarmonía y desequilibrio emocional y con ello, la disfunción familiar que no logra la formación y transformación de sus miembros e inclusive en ocasiones esta disfuncionalidad trasciende los límites de la familia nuclear para llegar a la familia extendida y a otros elementos de la comunidad. En estas familias sus miembros pueden demostrar disfuncionalidad cuando ⁽¹⁰⁾

- ✓ Se pierde el control con facilidad y con ello el equilibrio emocional.
- ✓ Las manifestaciones de irritabilidad son frecuentes.
- ✓ Existe un incorrecto manejo de la enfermedad que lleva al rechazo del alcohólico y hasta de algunos de sus familiares.
- ✓ Hay agresividad en las respuestas a través de la comunicación.
- ✓ Suelen ser víctimas o victimarios.
- ✓ Se culpan unos a otros.
- ✓ Hay limitadas expresiones de afecto.
- ✓ Se expresan sentimientos de culpa y agresividad almacenados del pasado.
- ✓ Decrecen las relaciones entre sus miembros.
- ✓ Inconsistencia al regular límites y cumplimiento de reglas.

- ✓ La comunicación es inefectiva, esta se matiza de ofensas y discriminaciones injustas.

CARACTERÍSTICAS DE UNA FAMILIA FUNCIONAL

Según Isaacs, 1998 las características son:

- ✓ Se comunica en forma clara y directa; fomentan la discusión de los diversos asuntos, incluso de los que son conflictivos.
- ✓ Tienen límites claramente definidos entre los subsistemas familiares, así como límites claros pero flexibles que los separan de los suprasistemas.
- ✓ Son flexibles.
- ✓ Mantiene un equilibrio entre la estabilidad y el cambio.
- ✓ Desarrollan patrones básicos de creencias que se apoyan en hechos; los miembros son conocedores de estos patrones de creencias y están dispuestos a discutirlos.
- ✓ Promueven y fomentan la autonomía individual y el crecimiento de los miembros.
- ✓ Resuelven los problemas; define y denomina el problema con claridad, explorar soluciones alternativas, implantan y evalúan la solución elegida, y está dispuesta a intentar otra solución si la elegida no funciona. ⁽⁵²⁾
- ✓ Define los roles y las responsabilidades de sus miembros (quién hace qué, cuándo, dónde y cómo).

CRITERIOS PARA DETERMINAR DISFUNCIÓN FAMILIAR

Para determinar el grado de disfunción familiar de una familia, emplea los siguientes criterios:

- 1. Comunicación:** En una familia funcional (normal) la comunicación entre sus miembros es clara, directa, específica, y congruente, características opuestas a una familia disfuncional.
- 2. Individualidad:** La autonomía de los miembros de la familia funcional es respetada y las diferencias individuales no solo se toleran, sino que se estimulan para favorecer el crecimiento de los individuos y del grupo familiar.
- 3. Toma de decisiones:** La búsqueda de una solución personal apropiada para cada problema es más importante que la lucha por mejora grupal. En las familias

disfuncionales importa más, ver quién va a salirse con la suya; y consecuentemente los problemas tienden a perpetuarse porque nadie quiere ceder o perder.

- 4. Reacción a eventos críticos:** Una familia funcional es lo suficientemente flexible para adaptarse cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen, de manera que se puede conservar el equilibrio sin que ninguno de los miembros desarrolle síntomas.

En cambio, en una disfuncional, la rigidez y la resistencia al cambio favorecen la aparición de problemas cuando las crisis amenazan con romper el equilibrio. La disfunción familiar puede manifestarse por medio de algunos síntomas en sus integrantes. Por ejemplo, el conflicto estimado no resuelto en la pareja o entre padres e hijos; puede presentarse como una depresión, con síntomas corporales en los adultos o los niños, como problemas de conducta o como un trastorno de simulación en los adolescentes. Gran parte de los trastornos psicosociales tienen su origen en la disfunción familiar. Los miembros de la familia disfuncional suelen utilizar muy frecuentemente los servicios de salud, y demuestran su incongruencia entre el sufrimiento de su padecimiento y la naturaleza relativamente menor de sus síntomas; con frecuencia les resulta difícil encontrar el origen de sus problemas ⁽²⁰⁾.

TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD (TGF)

la (TGF) combina la tasa de fecundidad de todos los grupos de edad, durante un periodo de tiempo determinado y es definida como el promedio de hijos nacidos vivos que tendrían las mujeres durante toda su vida reproductiva, si las tasas de fecundidad obtenidas en la encuesta se mantuviesen invariable en el tiempo.

Según el INEI menciona que es el número de nacimientos anualmente ocurren, en promedio, por cada mil mujeres de 15 a 49 años y la tasa bruta de natalidad TBN, que indica el número de nacimientos que ocurren anualmente, en promedio, por cada mil personas, por ende, en el Departamento de Ayacucho específicamente en el VRAEM la TGF > de 3 hijos por cada mujer.

5. Educación en las familias

Formación destinada a desarrollar la capacidad intelectual, moral y afectiva de las personas de acuerdo con la cultura y las normas de convivencia de la sociedad a la que pertenecen. La educación es el proceso de facilitar el aprendizaje. Los conocimientos,

habilidades, valores, creencias y hábitos de un grupo de personas que los transfieren a otras personas, a través de la narración de cuentos, la discusión, la enseñanza, la formación o la investigación. La educación no solo se produce a través de la palabra, pues está presente en todas nuestras acciones, sentimientos y actitudes. Generalmente, la educación se lleva a cabo bajo la dirección de los educadores (profesores), pero los estudiantes también pueden educarse a sí mismos en un proceso llamado aprendizaje autodidacta. Cualquier experiencia que tenga un efecto formativo en la forma en que uno piensa, siente o actúa puede considerarse educativa.

PERSONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA:

Los trabajadores de atención primaria de la salud son los responsables de identificar e intervenir cuando se presentan pacientes cuyo consumo de alcohol es peligroso o perjudicial para su salud. La identificación e intervención breve ante el consumo de alcohol en ámbitos de atención primaria brinda la oportunidad de asesorar a los pacientes sobre el consumo de riesgo y el consumo perjudicial de alcohol. Toda información acerca de cantidad y frecuencia de consumo ayuda a diagnosticar la condición actual del paciente y alerta a los clínicos en cuanto a la necesidad de brindar consejo a aquellos pacientes cuyo consumo de alcohol podría afectar de forma negativa el uso de medicamentos y otros aspectos de su tratamiento.

En los programas de identificación e intervención breve es de importancia crucial saber que, con esfuerzo y asistencia apropiada, resulta mucho más fácil a las personas que no son dependientes del alcohol disminuir e incluso suspender el consumo de alcohol.

Sin embargo, los trabajadores de atención primaria de la salud encuentran muchas veces difícil identificar y orientar a los pacientes en lo que respecta al uso de alcohol. Entre las razones más frecuentemente citadas están la falta de tiempo, la formación inadecuada, el temor a generar resistencia por parte del paciente, la incompatibilidad percibida entre las intervenciones breves en alcohol y la atención primaria y la creencia de que los dependientes del alcohol no responden a este tipo de intervenciones⁽¹⁾.

2.3.HIPÓTESIS

HI: El alcoholismo tiene relación estadísticamente significativa con consecuencias socioculturales (la funcionalidad familiar, tipo de familia, económico, educación, vivienda); biológicas (salud de la familia, alimentación, N° de hijos) en la comunidad de Yaruri, distrito de Llochegua, provincia de Huanta – Ayacucho 2017.

H0: El alcoholismo no tiene relación estadísticamente significativa con consecuencias socioculturales (la funcionalidad familiar, tipo de familia, económico, educación, vivienda); biológicas (salud de la familia, alimentación, N° de hijos) en la comunidad de Yaruri, distrito de Llochegua, provincia de Huanta – Ayacucho 2017.

2.4. VARIABLES

2.4.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

- Alcoholismo (en uno o más miembros de la familia)

2.4.2 VARIABLE DEPENDIENTE

- Consecuencias socioculturales y biológicas negativos en el entorno familiar:
 - ✓ Disfunción familiar, condición económica baja, salud deficiente, deserción escolar de los hijos.
 - ✓ Biológica: Salud deficiente.

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El estudio tiene un enfoque cuantitativo, de nivel aplicativo, descriptivo transversal, comparativo; porque permitió examinar los datos de manera numérica, apoyado por la estadística. La investigación cuantitativa es aquella en la que se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables en estudio. Según Hernández Sampieri ⁽⁴⁸⁾.

3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: Diseño Descriptivo Correlacional simple

- ✓ De acuerdo a la recolección de datos: Transversal.
- ✓ De acuerdo a las características de la muestra: Descriptivo.
- ✓ De acuerdo a la manipulación de variables: No experimental
- ✓ Según el periodo en que se capta la información: prospectivo ⁽⁴⁹⁾.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. AREA DE ESTUDIO

- ✓ El estudio se realizó en la comunidad de Yaruri del distrito de llochegua y Provincia de Huanta, que está situado en la sierra noreste de los Andes Peruanos a una altitud de 2.746 m.s.n.m.

3.3.2. POBLACION

- ✓ La población estuvo constituida por todas las 98 familias de la comunidad de Yaruri, Provincia de Huanta, Ayacucho.

3.4.-TIPO DE MUESTREO

- ✓ Tipo no probabilístico intencional. Tipo censal. Se trabajó con el 100% de toda la población.

3.5. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó el instrumento el cuestionario, la selección de dichos instrumentos fue guiado por los objetivos de la investigación en un intento de cubrir la información necesaria de cada una de las variables objeto de estudio.

Según la técnica empleada (test, cuestionario), se aplicó los siguientes instrumentos (Anexo A: test de autoevaluación para alcoholismo, Anexo B: Cuestionario sobre las consecuencias socioculturales y biológicas en el entorno familiar, Anexo B: Test de Abgar familiar).

3.6. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

La validez de los instrumentos de recolección de datos se realizó mediante juicio de expertos.

3.7. RECOLECCIÓN DE DATOS. Se procedió con las siguientes gestiones:

- ✓ Gestión para la autorización formal al presidente de la Comunidad de Yaruri.
- ✓ Se realizó una entrevista a profundidad para algunos variables y formato de encuesta donde se estableció las preguntas, ítems de preguntas estructuradas.
- ✓ Previo consentimiento informado se procedió a la aplicación del instrumento de recolección de datos.
- ✓ Una vez recolectados los datos, se realizó control de calidad.
- ✓ Concluida esta fase se procedió a la codificación de los instrumentos de recolección de datos y luego se procesó, ordenando y vaciando los datos a un programa de software estadístico, se obtuvo los datos destacados y se realizará la tabulación.

3.8. PROCESAMIENTO DE DATOS.

Control de calidad: Elaboración de cuestionario se realizó con el 100% de familias de la comunidad de Yaruri, Previamente se realizó el control de calidad. Luego se construyó el libro de códigos y con ellos la matriz tripartita en el programa Spss versión 24 y Excel para elaborar cuadros simples y dobles, las que son presentadas para su análisis y discusión.

3.9. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.

Al finalizar la recolección de datos mediante el instrumento, se prosiguió a realizar el análisis cuantitativo de las mismas el programa SPSS 24, se elaboró tablas de frecuencias simples y

de contingencia o tabulación cruzada para medir la relación entre las variables de estudio (V1= alcoholismo y V2= Funcionalidad familiar) para la contratación de la hipótesis se utilizó la prueba estadística no paramétrica Chi cuadrado, con un nivel de significancia de 0.005 (95% de confianza y de un 5% de margen de error), se delimitaron los rangos para cada variable y también las frecuencias por dimensiones. Para la presentación de los datos, se realizó con distribución de frecuencias mostradas en tablas simples y de contingencia.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

TABLA N° 1.
CONSUMO DE ALCOHOL EN LAS FAMILIAS DE LA COMUNIDAD DE YARURI, DISTRTO DE LLOCHEGUA, PROVINCIA HUANTA, AYACUCHO 2017.

CONSUMO	N°	%
DE ALCOHOL		
No consume	26	22,5
Si consume	72	77,5
TOTAL	98	100,0

Fuente: Test de autoevaluación para el alcoholismo aplicado a las familias de la Comunidad de Yaruri, Llochegua-2017.

En la tabla N° 01 se observa que del 100% de las familias evaluadas con el test de autoevaluación para el alcoholismo, el 77,5% presentaron consumo de alcohol con los puntajes sumados de: Consumo de riesgo con un puntaje de 16 a 25, consumo perjudicial de 26 a 40, adicción inicial alcohólica 41 a 60 puntos; y el 22,5% de familias no presentan consumo de alcohol con un puntaje de 0 a 15 puntos.

Del cual deducimos que el mayor porcentaje de las familias, es mayor el consumo de alcohol.

TABLA N° 2
CONSUMO DE ALCOHOL EN FAMILIAS EN LA COMUNIDAD DE YARURI,
DISTRITO DE LLOCHEGUA, PROVINCIA DE HUANTA AYACUCHO- 2017.

CONSUMO ALCOHOL	DE	N°	%
No consumen		19	22,5
Consumo de riesgo		17	18,3
Consumo perjudicial		57	54,1
Adicción inicial alcohólica		5	5,1
Total		98	100,0

Fuente: Test de autoevaluación para el alcoholismo aplicado a las familias de la Comunidad de Yaruri, Llochegua-2017.

En la tabla N° 02. Se observa que del 100% de las familias evaluadas con el test de autoevaluación para el alcoholismo, el 54.1% presentan consumo de alcohol perjudicial; el 18,3%; de familias presenta consumo de alcohol de riesgo; y el 5,1% de familias presentan adicción al alcoholismo. Sólo el 22.5% de familias no consumen alcohol.

TABLA N° 3
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA COMUNIDAD DE YARURI, DISTRITO DE
LLOCHEGUA, PROVINCIA DE HUANTA AYACUCHO- 2017.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	N°	%
Familia funcional	34	34,7
Familia disfuncional leve	52	53,1
Familia disfuncional grave	12	12,2
Total	98	100,0

Fuente: Test FF-SIL de funcionalidad familiar, aplicado en las familias de la comunidad Yaruri, Llochegua, 2017.

En la tabla N° 03. Se observa que del 100% de las familias evaluadas con el Test de funcionalidad familiar (Test FF -SIL), aplicado en las familias de la comunidad Yaruri, el 53.1% de familias presentan disfunción leve; 12,2% de familias presentan disfunción grave. Y Solo el 34,7%; de familias son familias funcionales.

TABLA N° 4
ESCOLARIDAD DE LOS HIJOS DE LAS FAMILIAS DE LA COMUNIDAD DE
YARURI, DISTRITO DE LLOCHEGUA, PROVINCIA DE HUANTA AYACUCHO-
2017.

ESCOLARIDAD	N°	%
Estudian	86	87,8
No estudian	12	12,2
Total	98	100,0

Fuente: Datos obtenidos de las familias de la Comunidad de Yaruri, Distrito de Llochegua-2017.

En la tabla N° 04; se observa que del 100% de los hijos de las familias de la comunidad de Yaruri del distrito de Llochegua, el 87.8% estudian y el 12.2% no estudian.

En conclusión, el mayor porcentaje de escolares si asisten al colegio, pero hay un porcentaje elevado que no asisten al colegio.

TABLA N° 5
TIPO DE VIVIENDA DE LAS FAMILIAR DE LA COMUNIDAD DE YARURI,
DISTRITO DE LLOCHEGUA, PROVINCIA DE HUANTA AYACUCHO- 2017.

EL TIPO	N°	%
Rustico	82	83,7
Material noble	16	16,3
Total	98	100,0%

Fuente: Datos obtenidos de las familias de la Comunidad de Yaruri, Distrito de Llochegua-2017.

En la tabla N° 05; se evidencia que del 100% de viviendas de las familias de Yaruri del Distrito de Llochegua, el 83,7% tiene viviendas construidas con material rustico; y el 16,3% tienen de material noble.

De donde deducimos que la mayoría de nuestras familias en las comunidades nativas tienen sus viviendas de material rustico.

TABLA N° 6
SALUD DE LAS FAMILIAS DE LA COMUNIDAD DE YARURI, DISTRITO DE LLOCHEGUA, PROVINCIA DE HUANTA AYACUCHO- 2017.

SALUD DE	N°	%
LAS FAMILIAS		
Buena	39	39,8%
Regular	48	50,0
Mala	11	11,2
Total	98	100,0

Fuente: Datos obtenidos de las familias de la Comunidad de Yaruri, Distrito de Llochegua-2017.

En la tabla N° 6; se observa que del 100% de las familias evaluadas el 50% tienen una salud regular, el 39.8% tienen una salud buena y el 11.2% tienen una salud mala.

De donde deducimos en la comunidad de Yaruri la alimentación de las familias es de regular a mala.

TABLA N° 7
ALIMENTACION DE LAS FAMILIAS EN LA COMUNIDAD DE YARURI,
DISTRITO DE LLOCHEGUA, PROVINCIA DE HUANTA AYACUCHO- 2017.

ALIMENTACIÓN DE LA FAMILIA	N°	%
Buena	28	28,6
Regular	57	58,2
Mala	13	13,2
Total	98	100,0

Fuente: Datos obtenidos de las familias de la Comunidad de Yaruri, Distrito de Llochegua-2017.

En la tabla N°07; se observa que del 100%(98) de las familias evaluadas el 58,2% tiene una alimentación regular; el 28,6% tienen una alimentación buena y el 13,2% tienen una alimentación mala.

TABLA N° 8

**NÚMERO DE HIJOS DE FAMILIAS EN LA COMUNIDAD DE YARURI,
PROVINCIA DE HUANTA, AYACUCHO- 2017.**

N° DE HIJOS POR FAMILIA	N°	%
Mayor + 3 hijos	58	59,2
De =3 hijos	22	22,4
Menor -3 hijos	18	18,4
Total	98	100,0

Fuente: Datos obtenidos de las familias de la Comunidad de Yaruri, Distrito de Llohegua-2017.

En la tabla N° 08; se observa que del 100% de las familias evaluadas según la tasa global de fecundidad (TGF) en nuestras selvas Ayacuchanas es 3 hijos por familias; pero en la tabla apreciamos lo siguiente así tienen que 59,2% tienen mayor de tres hijos, 22,4% igual a tres hijos; y menor de tres y el 18,4% tienen menos de tres hijos por familia.

TABLA N°09

CONSUMO DE ALCOHOL Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA COMUNIDAD DE YARURI, DISTRITO DE LLOCHEGUA, PROVINCIA DE HUANTA AYACUCHO- 2017.

CONSUMO DE ALCOHOL	FUNCIONALIDAD FAMILIAR							
	Familia funcional		Familia disfunción leve		Familia disfunción grave		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
No consume	13	13,3	2	2,0	1	1,0	16	16,3
Consumo de riesgo	15	15,3	06	6,1	1	1,0	22	22,4
Consumo perjudicial	23	23,5	24	24,5	6	6,1	53	54,1
Adicción inicial alcohólica	1	1,0	2	2,0	4	4,1	7	7,1
TOTAL	52	53,1	34	34,7	12	12,2	98	100,0

Fuente: Test de autoevaluación para el alcoholismo y test de funcionalidad familiar, Comunidad de Yaruri, Distrito de Llochegua-2017.

$$\chi^2 = 23,765 > \chi^2_t = 12,5916; Gl=6 p 0.001 < 0$$

En la tabla N° 09 sobre nivel de consumo de alcohol y funcionalidad familiar, se evidencia que del 100% de las familias examinadas de la Comunidad de Yaruri, el 54.1% de jefes de las familias tienen nivel de consumo perjudicial; de ellos, 24.5% tienen disfunción familiar leve, 23.5% funcional y 6.1% con disfunción grave; mientras de 22.4% de jefes de familias que presentan hábitos de consumo alcohólica de riesgo, el 15.3% son familias funcionales y 6.1% disfunción familiar; de 16.3% son abstemios, el mayor 13.3% son familias funcionales; y finalmente de 7.1% de jefes de familias que se encuentran en una etapa de adición alcohólica inicial; el 4.1% y 2.0% tienen disfunción familiar grave a leve respectivamente.

Como se muestra en la tabla, está demostrado que la disfunción familiar es una de las secuelas del consumo de alcohol en la comunidad de Yaruri del distrito de Llochegua, dado que $\chi^2 = 23,765 > \chi^2_t = 12,5916$ con Gl 6, y el nivel de significancia no supera el punto crítico $p 0.001 < 0$.

TABLA N°10

CONSUMO DE ALCOHOL Y ESCOLARIDAD DE LOS HIJOS EN LAS FAMILIAS DE LA COMUNIDAD DE YARURI, DISTRITO DE LLOCHEGUA, PROVINCIA DE HUANTA AYACUCHO- 2017.

CONSUMO DE ALCOHOL	ESCOLARIDAD					
	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
No consumen	5	5,1	11	11,2	16	16,3
Consumo de riesgo	5	5,1	17	17,3	22	22,4
Consumo perjudicial	36	36,7	17	17,3	53	54,1
Adicción inicial alcohólica	5	5,1	2	2,0	7	7,1
TOTAL	51	52,0	47	8,0	98	100,00

Fuente: test de autoevaluación para el alcoholismo, y datos obtenidos de las Familias de la Comunidad de Yaruri, Distrito de Llochegua-2017.

$$ch^2c 16,757 > chi 7,8147; G = 3 \text{ p } 0.001 < 0.05$$

En la tabla N° 10, sobre nivel de consumo de alcohol y deserción escolar, se observa de 54,1%, de jefes de familia con nivel de consumo perjudicial, el 36,7% de sus hijos han desertado sus estudios y 17,3% aún continúan estudiando; de 7,1% de familias con adicción alcohólica, el 5,1% de sus hijos abandonaron sus estudios y solo continúan 2%; mientras de 16,3% son abstemios, un porcentaje significativo de 11,2% continúan sus estudios y un mínimo porcentaje de 5,1% disertaron.

Está demostrado que la deserción escolar es una de las secuelas del consumo de alcohol en la comunidad de Yaruri del distrito de Llochegua, dado que $CH^2c 16,757 > CHt 7,8147$, con $G1 3$, y el nivel de significancia no supera el punto crítico $p 0.001 < 0.05$.

CAPITULO V

DISCUSION

En tabla N° 01 y N° 2, respecto al alcoholismo y consumo de alcohol en las familias de la comunidad de Yaruri, se evidencia que el 77,5% de familia tienen hábitos de consumo de alcohol dentro de ello el consumo de riesgo y consumo perjudicial van en alarmante aumento. Este resultado es concordante con los datos reportados por Oleng⁽²⁾ 2015, Sub Director General para Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental de la OMS, que señala “la prevalencia de alcoholismo va en aumento en el mundo”, con Maristela Monteiro⁽³⁾ (2015) asesora principal en abuso de sustancias y alcohol de la (OMS) que indica que en “América Latina se viene instalado como una cultura de consumo de alcohol y amenaza con convertirse en un auténtico problema de salud pública en la región” y del mismo modo Dirección Regional de Salud de Ayacucho – DIRESA (2013) que recalcó que “hay un aumento alarmante de consumo de alcohol principalmente en las provincias de huamanga, Huanta (el Valle del rio Apurímac, Ene y Mantaro (Vraem))”⁽⁶⁾

El alcoholismo en las familias de la comunidad de Yaruri y el consumo de alcohol es 54,1% nivel de consumo perjudicial para su propia salud y así para otras personas que le rodean, 22,5% no consumo que aumenta el peligro de consecuencias adversas para la salud si el hábito del consumo persiste y 5,1% muestran adicción inicial al alcohol; es decir, presentan un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición con otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él. El alcoholismo y el consumo de alcohol en las familias de la comunidad Yaruri va en alarmante aumento dentro del seno familiar de esta comunidad.

En la tabla N° 3. Sobre funcionalidad familiar en la comunidad campesina de Yaruri del VRAEM se evidencia 34,7% de familias es funcional, 53,1% con disfunción leve y 12,2% de familias tienen funcionalidad familiar disfuncional grave, dichos resultados son similares con los encontrados por Campos y Jiménez⁽³²⁾ en su estudio “ Funcionalidad familiar y estilo de vida en usuarios de la estrategia sanitaria escolar y adolescente, Guadalupe – 2016”; que concluye en que hay mayor porcentaje de adolescentes con funcionalidad familiar de tipo funcional (60.7%) Y 39.3% muestran disfuncionalidad familiar. Del mismo modo Ulate y Gómez⁽³³⁾, 2013 en su estudio “Riesgo biopsicosocial y percepción de la función familiar de las personas adolescentes de sexto grado en la Escuela Jesús Jiménez - 2013”; obtuvo prevalencia de buena función familiar 68,6%, disfunción leve del 27,4% y disfunción severa del 4%.

Si bien los resultados obtenidos en el presente estudio muestran que la mayoría de familias participantes tienen una familia funcional (34.7%) disfuncionalidad leve es de (53,1%), no obstante, la cifra de disfuncionalidad familiar (12.2%) es alta y alarmante, preocupación concordante con planteado por Campos y Jiménez en su estudio que refiere que (12.2%) de disfuncionalidad familiar es alta y alarmante. Sin embargo, estas cifras halladas en la Comunidad de Yaruri son inferiores en comparación a los resultados hallados en otras investigaciones como en: Bogotá por (Moreno, Echavarría, Prado y Quiñones, 2014)⁽³⁴⁾ en su estudio: “Funcionalidad Familiar, conductas internalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá – 2014”. Que evidencia que más del 60 % de la población presenta algún tipo de disfuncionalidad familiar. En Ecuador por Orellano⁽³⁵⁾ (2015) en su tesis “Influencia de la funcionalidad familiar en el inicio de las relaciones sexuales en adolescentes de la Parroquia San José de Raranga, SIGGSIG 2015 “encontró 91,8% (n=202) de familias no funcionales y 8,2% funcionales, y de Chiclayo hallado por Alva⁽³⁶⁾ (2016) en su investigación “Funcionamiento familiar y resiliencia en adolescentes en conflicto con la ley penal del programa justicia juvenil restaurativa, Chiclayo – 2016.” Identificó 70% de disfunción familiar en adolescentes en conflicto con la Ley.

Así mismo Rivera y Sánchez en un estudio en el Colegio Herlinda Toral de la Ciudad de Cuenca, encontraron que la prevalencia de disfuncionalidad familiar se ubicó en 72% además el 48,5% se relaciona con depresión; mencionan que dentro de su análisis que la

disfuncionalidad familiar abarca varios conflictos conyugales generando falta de interés por las actividades de la familia⁽³⁷⁾.

Otro estudio llevado a cabo en Santa Isabel, Azuay encontró en el total de familias a las que se les aplicó el cuestionario FF-SIL el 65.5% (n=182) presentaron disfuncionalidad, el 24.8% (n=69) fueron moderadamente funcionales y el 9.7% (n=27) disfuncionales⁽³⁸⁾.

Por otra parte, Maita⁽³⁹⁾ (2016) indica que las familias con alcoholismo, los conflictos intrafamiliares son permanentes, generando tres de cada cuatro familias disfuncionales y muchas familias vienen tolerando la magnitud de la crisis; la violencia, el deterioro; y otros terminan en el divorcio. Razón que las tasas de divorcio en los últimos tiempos vienen en aumento como indica Maita. Países con divorcios más altos son de los países europeos, como: Bélgica con una tasa del 70%, España con un 61%, Portugal con 68%, seguido de República Checa con 66% y Hungría con 67%; y según INEI-2017⁽⁴⁰⁾ en América Latina entre los países con las tasas más elevadas de divorcios se encuentran Cuba (56%) y Costa Rica (47%). Mientras en el Perú la cantidad de parejas que opta por el divorcio va en aumento, pues se divorciaron 5,625 en 2011; 13,126 en 2012; 14,103 en 2013, 13,598 en 2014 y 2017 de aproximadamente 70 mil parejas que se casan, 14 mil terminan en divorcio”, manifestándose con más frecuencia en 19 departamentos: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Cajamarca, Cusco, Huánuco, Ica, La Libertad, Lambayeque, Lima, Loreto, Madre de Dios, Pasco, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes y Ucayali.

De acuerdo a las informaciones obtenidas la disfuncionalidad familiar en Perú al igual que en otros Países en vías de desarrollo es muy alta; que ocurre por problemas de alcoholismo, por razones económicas, por alguna relación extramatrimonial o por otros motivos, causando una gran inestabilidad emocional, económico y alteraciones en el entorno familiar principalmente en el desarrollo de los hijos dejando hondas huellas en lo más profundo de su ser, las cuales permanecerán consiente e inconscientemente como ninfas dormidas y encapsuladas en el tiempo, en forma de miedo, desesperanza, inseguridad, timidez, ansiedad, angustia y depresión, en espera del momento propicio para manifestarse en forma de conductas violentas, egoístas, autoritarias, dominantes, adictivas u otras.

Frente a esta cruda realidad el estado peruano promulgó una Ley N° 28542 – “Ley de Fortalecimiento de las Familias”; sin embargo, a pesar de que existe normativas y políticas que vislumbra líneas de acción a realizar en favor de las familias, estas no son cumplidas y/o apropiadas adecuadamente por las instituciones del Estado responsables de atender las necesidades de las familias del país. Esto se evidencia principalmente en el accionar de los niveles de gobierno que tiene más llegada a la población como son los Gobiernos Regionales y Locales, donde el tema de familias se reconoce como importante, pero parece que no saben cómo abordarlas, dando prioridad a otros temas, postergando el qué y cómo hacer para implementar políticas de fortalecimiento de las familias, como en el caso de la Comunidad de Yaruri del distrito de Llochegua.

Un porcentaje significativo de 53,1% y 12,2 de familias de la comunidad de Yaruri del distrito de Llochegua presentan disfuncionalidad familiar de leve a grave.

En la tabla N° 04; Con respecto a la escolaridad se evidencia que del total de estudiantes que asisten al colegio Básico Regular encontramos el 12,2% de cada cien estudiantes del periodo escolar no asisten a sus centros de estudio por motivos económicos, familiares, desinterés y casos de embarazo en adolescentes, entre otros.

Repetir el año y dejar las aulas le cuestan al sistema educativo cerca de 1,150 millones de soles al año. Según la Encuesta Demográfica Salud Familiar, el 13% de adolescentes entre 15 y 19 años han sido madres o están gestados por primera vez.

Los resultados muestran que en el nivel Nacional se observa que el 19.57% de los niños entre 5 y 17 años de edad desertan el colegio. Asimismo, se puede apreciar que, entre el noveno y décimo grado, la probabilidad se incrementa. Una probable causa del incremento en el riesgo es el elevado costo de oportunidad para los padres de mantener a sus hijos en el colegio durante los años de secundaria, puesto que se encuentran más aptos para aportar dinero al hogar en ese momento. Estos resultados son considerables dado que no sólo afectan al ingreso futuro de los hogares, sino también de toda la sociedad. De acuerdo con un estudio de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en los países de Latinoamérica que se han alcanzado 24 altas tasas de matrícula secundaria, el haber completado ésta se traduce en un incremento de los salarios de la población adulta de aproximadamente 30%. ⁽⁵¹⁾

Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG); Brinda las razones que los desertores dan para sustentar su inasistencia a una institución educativa. Así, al 2015, el 43.5% de

desertores en el rango de edad 13-19 asignan su deserción a problemas económicos, el 12.7% a problemas familiares, el 12.4% a quehaceres del hogar, el 23.6% a la falta de ganas de estudiar, el 1.9% a la ausencia de un centro educativo, y el 6.0% a otros. Esta distribución no muestra mayores variaciones a las observadas, por ejemplo, el 2011, donde la razón que presentaba mayor porcentaje fue también “problemas económicos” con 44.9% del total. ⁽⁵¹⁾

En conclusión, el mayor porcentaje de escolares si asisten al colegio, pero hay un porcentaje que desertan del colegio.

En la tabla N° 05; se evidencia que del 100% de viviendas de las familias de Yaruri del Distrito de Llochegua, el 83,7% tiene viviendas construidas con material rustico; y el 16,3% tienen de material noble. Se observa que la mayoría de viviendas son de material rustico dentro de ellos tenemos el adobe, material prefabricado y con esteras sus viviendas cada familia según el instituto nacional de estadística e informática INEI sobre Viviendas Particulares De Las Comunidades Indígenas, Por Material Predominante En Las Paredes Exteriores De La Vivienda, Según Pueblo Étnico Y Total De Ocupantes Presentes de 66, 116 viviendas a nivel del VRAEM encontraron 2, 911 viviendas con Ladrillo o bloque de cemento / Adobe o tapia, 48, 790 Madera (pona, tornillo, etc.), el 7, 031 Quincha (caña con barro), 723 Estera/Piedra con barro/Piedra o sillar con cal o cemento y el 6 661 otros materiales. Del cual deducimos que el mayor porcentaje son de material rustico. ⁽⁵²⁾

Existe en un mayor porcentaje de viviendas que son de material rustico con un 83,7% nos indica que el consumo de alcohol afecta en todos los aspectos.

De donde deducimos que la mayoría de nuestras familias en las comunidades nativas tienen sus viviendas de material rustico.

En la tabla N° 6; se observa que la salud de la familia es de regular a mala. se evidencia que el 50,0% tiene una salud regular y 11,2% mala salud.

Según dirección regional de salud (DIRESA); El 13.1% de menores de 5 años de edad, sufrió desnutrición crónica. Entre 2011 a 2016 disminuyó entre 6.4% puntos porcentuales. El 43.6% menores de 6 a 35 meses de edad tienen anemia. Entre 2011 a 2016 aumento en 2.0% puntos porcentuales lo que nos indica que hay mala nutrición en nuestro departamento. ⁽⁵²⁾

Acerca de la salud de las familias en un 11,2% tienen una mala salud, y esto va en aumento cada día.

En la tabla N°07; se observa que del 100% de las familias evaluadas el 58,2% tiene una alimentación regular; el 28,6% tienen una alimentación buena y el 13,2% tienen una alimentación mala. se observa que la alimentación de la familia es de regular a mala.

Según ENDES En el marco de las actividades de la Dirección de Investigación y Desarrollo Social, unidad orgánica de la Dirección General de Políticas de Desarrollo Social, se programó la realización de la actividad de recopilación y difusión de estudios sobre alimentación y hábitos alimenticios de la población amazónica concluyendo lo siguiente: La desnutrición infantil es un grave problema en nuestro país, pues afecta al 25% de los niños menores de 5 años y constituye uno de los problemas críticos de la población en situación de pobreza. La actual administración de gobierno, ha asumido el compromiso de disminuir la desnutrición crónica infantil en nueve puntos porcentuales, al año 2011; en este marco, el ENDES Y MIMDES ha priorizado sus esfuerzos dirigidos hacia la disminución de la desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años, priorizando a los menores de 3 años en el marco de la seguridad alimentaria y la Estrategia Nacional CRECER. Para reducir la desnutrición crónica infantil es necesaria una estrategia integral con el propósito de realizar actividades de complementación nutricional y alimentaria, orientada a la infancia y a la promoción nutricional de mujeres gestantes y madres que dan de lactar y garantizar el acceso a servicios básicos para las familias en situación de pobreza o extrema pobreza, como es saneamiento, educación y salud. ⁽⁵²⁾

Acerca de la alimentación de las familias en un 58,2% tienen una alimentación regular, un mínimo porcentaje de 13,2% mala alimentación.

En la tabla N° 08; se observa que del 100% de las familias evaluadas la tasa global de fecundidad (TGF) en el Departamento de Ayacucho es 3 hijos por cada mujer en edad fértil; pero en la tabla apreciamos por encima del Promedio Nacional el 59,2% indicando que la mayoría de la familia tiene más de tres por familia.

En el Perú una mujer tiene en promedio 3 hijos. Existen 15 departamentos con tasas superiores al valor nacional, dentro de ellos se encuentran Huancavelica, Huanuco, Loreto, Apurímac, Ayacucho, Cuzco. Esta variable ha venido descendiendo sistemáticamente en el

departamento de Ayacucho, muestra una reducción al pasar de 4,4 hijos por mujer para el período 1995 – 2005 a 3.8 hijos por mujer en el año 2010, cabe resaltar que en el área rural la TGF es más alta que en el área urbana. La reducción de la fecundidad es considerada importante en las actuales circunstancias por cuanto constituye parte de la estrategia para la disminución de la mortalidad infantil y materna ⁽⁵²⁾

Por tanto, podemos concluir que los resultados encontrados que el número de hijos por familia es por encima del promedio nacional es de 59,2% es muy alta.

En la tabla N°09 sobre nivel de consumo de alcohol y funcionalidad familiar, se evidencia que del 100% de las familias examinadas de la Comunidad de Yaruri, el 54,1 de jefes de las familias tienen nivel de consumo perjudicial; de ellos, 24,5% tienen disfunción familiar leve, 23,5% funcional y 6,1% con disfunción grave; mientras de 22,4% de jefes de familias que presentan hábitos de consumo alcohólica de riesgo, el 15,3% son familias funcionales y 6,1% disfunción familiar; de 16,3% de familias que no consumen alcohol, el mayor 13,3% son familias funcionales; y finalmente de 7,1% de jefes de familias que se encuentran en una etapa de adicción alcohólica inicial; el 4,1% y 2,0% tienen disfunción familiar grave a leve respectivamente. De manera similar Aguilar y Amaro ⁽¹⁴⁾, en su trabajo de investigación titulado “Consumo de alcohol y funcionalidad familiar en adultos en anexo de Taquia, Chachapoyas 2014” concluyó que el 39,8% presentaron consumo de alcohol en un nivel moderado, el 36.1% nivel medio, el 14.5% de nivel alto y sólo el 9.6% presentaron consumo de alcohol en un nivel sin riesgo. Pazmiño Y Reyes ⁽¹⁰⁾, 2013 en su estudio “Abordaje de familias con alcoholismo y disfuncionalidad familiar en tres barrios populares de Quito”, quienes demostraron reportaron que en las familias con alcoholismo el 99% son familias disfuncionales, el 76% presentan disfunción familiar severa; 15% disfunción familiar moderada, y 8% disfunción familiar leve. Mientras que en las familias sin alcoholismo existe buena funcionalidad familiar en el 86%; disfunción familiar leve 10%; y moderada 4%. Los datos confirman que el alcoholismo lleva a disfunción familiar, condición ésta que es desventajosa para el desarrollo social de sus miembros.

Del mismo modo Pérez y colaboradores reportan que la presencia de alcoholismo en la familia crea serias dificultades en las inter relaciones familiares, aportando

significativamente en la aparición de crisis de desintegración familiar, además de problemas económicos y sociales, las actitudes que adoptan los integrantes de la familia ante la conducta alcohólica de algunos de sus componentes, que generalmente influyen de modo decisivo en la evolución del propio enfermo, pues la familia constituye un sistema de relaciones entre los miembros y cualquier alteración en su dinámica tiende a afectar su equilibrio⁽⁴²⁾.

De manera concordante a Pérez, Marban- 2007. Refiere que las familias que tienen un familiar con alcoholismo por lo general son disfuncionales. Son familias con problemas, son tensas y pueden llegar a ser violentas, obstaculizan en menor o mayor medida el desarrollo de sus miembros, bajo desempeño escolar, problemas afectivos, emocionales y de comportamiento, dificultades en las relaciones interpersonales, pueden ser maltratadores, además son vulnerables a desarrollar conductas psicopáticas incurrir en el alcoholismo u otros problemas de adicción.

Del mismo la DIRESA del departamento de Amazonas en año 2010 se reportó que el 40% de la población consume alcohol, de los cuales el 20% son consumidores dependientes que en su mayoría presentan familias desintegradas. Estas cifras solo indican la cantidad de casos reportados, pero no se conoce los casos no reportados ni el grado de intensidad de los mismos⁽⁴²⁾.

Del mismo modo López (2012) en su trabajo de investigación reporta que 67% de las familias afectadas por consumo perjudicial sufren violencia intrafamiliar que a su vez genera en sus víctimas disminución de su autoestima, se convierten en personas frustradas, se van enfermando emocional, física y espiritualmente, y terminan en la desintegración familiar. Además, la violencia causa en muchos de los casos la desintegración familiar, pues cuando en una familia no hay unidad, confianza, consideración y sobre todo respeto entre padres e hijos se va formando una barrera que no permite la convivencia, de ahí viene la desintegración; pues cada miembro intenta buscar cariño y atención fuera del hogar, viviendo así cada cual su independencia⁽⁴³⁾.

Con sustento de las investigaciones citadas y los resultados obtenidos mediante el análisis estadístico descriptiva e inferencial Chi cuadrada ($\chi^2 = 23,765 > \chi^2_{t} = 12,5916$ con Gl 6, y el nivel de significancia no supera el punto crítico $p = 0.001 < 0.05$), por lo que se infiere

que en comunidad campesina de Yaruri del distrito de Llochegua el alto porcentaje (46,9%) de disfunción familiar se debe principalmente al nivel de consumo perjudicial, de riesgo y de adicción alcohólica.

Además el consumo de alcohol, es un problema crucial en todos los países del mundo y se presenta en todo estrato social; de tal manera que en la sociedad el alcohol no es un producto como cualquier otro, puesto que ha formado parte de la civilización humana durante miles de años, y aunque muchos lo asocian al placer y a la socialización, su consumo conlleva a consecuencias perjudiciales para la salud a nivel individual y diversos problemas a nivel familiar⁽²⁹⁾.

Por su parte Baigorri (2006) con respecto al Consumo perjudicial de alcohol refiere que es un patrón de consumo que afecta a las personas tanto en su salud física (por ejemplo, cirrosis hepática) como en su salud mental (por ejemplo, depresión como resultante del consumo). Además, Según la OMS (2001), refiere que es un estado de cambio en el comportamiento de un individuo, que incluye, además de una alteración que se manifiesta por el consumo franco de bebidas alcohólicas una continuidad de este consumo de manera no aprobada en su ambiente socio-cultural, a pesar de las dolorosas consecuencias directas que puede sufrir como enfermedades físicas, rechazo por parte de la familia, perjuicios económicos, y sanciones penales. Un estado de alteración subjetiva, en el que se deteriora el dominio de la persona dependiente, sobre su forma de beber, existe la urgencia de ingerir alcohol y se pone de manifiesto una importancia fundamental del alcohol, en que el planteamiento de las ocasiones de beber, puede tener preferencia sobre resto de sus actividades⁽³⁰⁾.

En el Perú Cedro⁽³¹⁾ plantea que las familias tienen un enemigo que ataca por igual a los padres e hijos: el alcoholismo; según el Ministerio de Salud, este mal representa actualmente la segunda causa de enfermedad y muerte en el país y el futuro no luce nada alentador, ya que estudios recientes del Centro de Información y Educación para la prevención del abuso de drogas advertía de que existen evidencias de que en el Perú hay aproximadamente un millón de peruanos alcohólicos.

De los resultados de nivel de alcoholismo en la comunidad de Yaruri, se observa 54% de los Jefes de familia tienen hábitos de consumo perjudicial, entendiéndose que los adultos

consumen alcohol interdiario en labores del campo, tienen un estilo de vida definido, y 22,4% jefes de familia tienen hábito de consumo de riesgo, estos consumos casi semanales. Aquí, aún no se puede considerar como una enfermedad; sin embargo, corren el riesgo de convertirse alcohólico en el futuro. El 7,2% tienen adicción alcohólica y se caracterizan por la dependencia física y la pérdida de control, conlleva consecuencia para la salud física y mental, aunque algunos también incluyen las consecuencias sociales entre los daños causados por el alcohol.

Según opinión de algunos moradores sobre el alto porcentaje de ingestión de bebidas alcohólicas del medio rural del YARURI, refieren que el alcohol cumple algunas de las siguientes funciones: “como fuente de calorías para el esfuerzo laboral de trabajo en campo, como mecanismo de cohesión, de integración, como medio de adaptación en situaciones de cambio, como mecanismo de solución a algunos problemas familiares”. Esta funcionalidad conduce a reconocer a la alcoholización como un medio social y culturalmente integrada y está expresada en el consumo que se hace de él en casi todos los ceremoniales y reuniones informales de la mayoría de grupos étnicos, estratos sociales y grupos de edad. Dicha funcionalidad es la que establece los patrones dominantes de tolerancia y de baja penalidad. Esta tolerancia y la permisibilidad de la ingesta de alcohol no supone que el patrón de borrachera sea unánimemente reconocido, sino debe ser percibido como muy negativo y sancionado con penalidades a fin de prevenir los delitos contra la salud pública.

Lo que más consumen los pobladores son las bebidas fermentadas (MASATO), por la fácil accesibilidad que ellos tienen a dichas bebidas, además ellos mismos los preparan para satisfacer sus necesidades de consumo.

De acuerdo al análisis comparativo de las investigaciones citadas y los resultados obtenidos en esta investigación, se infiere que en la comunidad de Yaruri el 54,1% de familia tienen un nivel de consumo perjudicial para su propia salud así como para otras personas que le rodean, y 7,1% muestran adicción inicial al alcohol; y está relacionado con la funcionalidad familiar, presentando un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición con otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él.

En la tabla N° 10, evidencia que de 54,1% de jefes de familia con nivel de consumo perjudicial, el 36,7% de sus hijos han desertado de sus estudios; y de 7,1% de familia con adicción alcohólica el 5,1% de sus hijos abandonaron sus estudios y solo continúan 2%; a diferencia que de 16,3% de familias que no consumen alcohol, un porcentaje significativo de 11,2% continúan sus estudios y un mínimo porcentaje de 5,1% disertaron ($p \leq 0,001 \leq 0,005$); lo que significa que el consumo de alcohol de nivel de riesgo, perjudicial y de adicción está relacionado con abandono escolar en la comunidad de Yaruri.

Miriam S.C, comunera de la Comunidad de Yaruri que cuyo esposo tiene problemas alcohólicos, refiere muy airadamente “mi esposo semanalmente toma, hay días que no trabaja y no hay plata con que cocinar, sin embargo, cuando regresa mareado me pide comida, que comida puedo dar si no hay plata para cocinar...si mis hijos también pasan algunos días de hambre, pero él no comprende esto y me pega, su madre apaña y me dice que soy mala. Estos últimos meses estoy trabajando como peón en la chacra para dar alimentación a mis 3 hijos menores. Mi hijo mayor de 8 años dejó ir colegio para cuidar a su hermanito menor de 2 años, mientras trabajo”.

Otro testimonio de la señora Josefa G,P, refiere “me esposo ya hace más de 6 años toma su trago en forma constante, trabaja en la chacra, la mayor parte de la plata que gana destina al trago, cuando reclamamos nos agreden física y psicológicamente. Últimamente mi hijo de 15 años cansado de sus maltratos que nos causa faltó respeto físicamente a su padre”.

Los hijos de Mario C. M. de 46 años, refieren “nuestro padre toma constantemente desde que falleció nuestra madre, la casa se ha convertido un infierno, los 06 hermanos dejamos de estudiar por falta de apoyo. Los mayores trabajamos para ayudar a nuestros menores”

Al respecto López⁽⁴³⁾ en 2012 en Tocachi – Ecuador reporta “que una de las principales consecuencia del consumo de alcohol en la familia es la crisis económica, puesto que los jefes de familia destinan cierto porcentaje de su salario a la ingesta de bebidas embriagantes, lo cual resulta grave, debido a que si tomamos en cuenta el costo que este consumo les representa es significativo en relación con los bajos ingresos que obtienen”.

Del mismo modo Pozo 2010 la práctica de alcoholismo por costumbres y tradiciones, ritos religiosos, deportes, provoca alteraciones en el entorno familiar principalmente en el

desarrollo de los hijos dentro del hogar dejando hondas huellas en lo más profundo de su ser, las cuales permanecerán consiente e inconscientemente como ninfas dormidas y encapsuladas en el tiempo, en forma de miedo, desesperanza, inseguridad, timidez, ansiedad, angustia y depresión, en espera del momento propicio para manifestarse en forma de conductas violentas, egoístas, autoritarias, dominantes, adictivas⁽⁴⁴⁾.

Por otra parte Cimas⁽⁴⁵⁾ 2010 en su propuesta de Plan de desarrollo y ordenamiento territorial de la Parroquia de Tocachi – Ecuador, sustenta que el alcoholismo ha generado y viene generando una crisis familiar en la sociedad, pues existen sin número de familias disfuncionales, en donde los padres renuncian al control y a la formación de los hijos lo que da como resultado la ausencia de valores, una sociedad en decadencia, niños con serios problemas en su desarrollo integral; abandono de escuelas, colegios y/o sus estudios superiores; la influencia del alcohol en la sociedad tiene gran peso como factor problemático en la conformación y funcionamiento de la familia, del individuo y por ende de la sociedad; estos problemas desencadenados por el consumo abusivo de alcohol, están adulterando los principios básicos de la estructura y funcionamiento familiar, convirtiendo la convivencia interpersonal en relaciones basadas en la violencia, miedo, irrespeto y faltas de cariño.

Por su parte Lammoglia⁽⁴⁶⁾ 2000 sustenta que los niños y niñas que provienen de hogares en los que el consumo de alcohol es frecuente suelen presentar comportamientos que no van de acuerdo a su desarrollo normal, algunos de estos comportamientos son fuga del hogar o de la escuela, abandono escolar, bajo rendimiento académico, pocos amigos o ninguno, se aísla de sus compañeros de clases, conducta delincuente como robo, vandalismo, violencia, quejas físicas frecuentes, como dolor de estómago o cabeza, consumo y abuso de droga o alcohol, agresión dirigida hacia otros niños; está comprobado que los niños de padres que consumen alcohol periódicamente, tener una incidencia mayor de depresión, ansiedad, stress y tener un autoestima inferior que otros niños. El alcoholismo amenaza casi siempre el empleo, la responsabilidad con el dinero, el alcohol cuesta y puede llegar a desbaratar el presupuesto de la familia. Los hijos se sienten atrapados por la tensión que reina en un hogar centrado en el alcohol puede reaccionar sacando malas notas en la escuela, comportándose agresivamente, abandono escolar o de otras maneras destructivas o iniciando su propia carrera alcohólica a temprana edad.

Finalmente, García ⁽⁴⁷⁾ 2004 refiere que el alcohol es una de las causas de "crisis familiares no transitorias" (divorcio, enfermedades crónicas o muerte en uno o ambos padres, hostilidad excesiva, violencia doméstica, pérdida de la estimación hacia el bebedor, descuido de los hijos, situaciones judiciales, actos deshonrosos, malas relaciones interpersonales, deserción escolar y bajo rendimiento escolar de los hijos). Esta situación se considera que condiciona un trastorno del aprendizaje en una población específica de niños que se ha denominado "niños con incapacidad para aprender" con inteligencia normal, que no presentan el perfil característico de retraso mental y en los que se invocan un déficit cognoscitivo específico para el aprendizaje.

Desde nuestra perspectiva en concordancia a las lecturas citadas, lo ideal los padres deben aportar al hijo un lugar seguro, de aprendizaje y amor, de alimentación, educación, vivienda, salud, donde los niños desarrollan su personalidad saludablemente. Sin embargo, en la Comunidad de Yaruri en muchas familias viene sucediendo lo contrario, cuando uno de los progenitores tiene problemas con la bebida, en el hogar el terror es el pan de cada día como refiere una comunera afectada por este flagelo "que su marido adicto al consumo de alcohol no aporta para la casa y regresa a la casa a causar violencia física y psicológica"; es decir, los miembros de la familia viven constantemente en estrés, miedo y muchas veces en miseria por irresponsabilidad de los progenitores de no cumplir con sus obligaciones. Ser pequeño y vivir esa situación crea en él una sensación de angustia e indefensión, que es incapaz de comprender; sin embargo, el hijo aprende a vivir en un estado de ansiedad casi perenne, donde el dolor y la angustia se convierten en sus compañeros de juegos, cuando no debe aprender a ser invisible para que la ira del padre adicto no le roce. Estos niños, al hacerse adultos, tienen más posibilidades de ser alcohólicos o de casarse con una pareja con este problema.

Por tanto, de acuerdo al análisis de los resultados del presente trabajo mediante pruebas estadísticas de Chi cuadrada Existe relación estadísticamente significativa entre el consumo de alcohol y la deserción escolar, Chi cuadrado ($\chi^2 = 16,757 > \chi^2_{t} 7,8147$, Gl 3, $p = 0.001 < 0.05$), lo que indica que la presencia del patrón de consumo de riesgo, perjudicial y de dependencia alcohólica de los progenitores de la familia, incide directamente en la deserción escolar de sus hijos; puesto su presencia condiciona otro tipo de afectaciones como la violencia, estrés, falta de apoyo económico, afecto y motivación y con los

testimonios de los miembros de familia de la Comunidad de Yaruri y de resultado de las investigaciones citadas; se infiere que el alcoholismo altera la organización familiar, su economía, sus costumbres, sus actividades cotidianas, educación de sus hijos, sus relaciones afectivas, gran tensión y estrés en todos los miembros de la familia, temor, discusiones, agresividad, incumplimiento de las promesas, reacciones de enfado y resentimiento, desconfianza y frustración, poco apoyo emocional y problemas de incomunicación dentro de la familia, sentimientos de culpabilidad y reproches mutuos, entre otros.

Los padres siguen siendo la pieza clave, los guías y modelos potentes para liderizar la comunidad, con una nueva visión de optimismo y amor. Si hay algo que podamos hacer para cambiar una Sociedad tan compleja y enferma es buscar dentro de la familia la energía para la transformación.

CONCLUSIONES

- 1) En la tabla N° 1 Según el consumo de alcohol en las familias de la comunidad de Yaruri hay un porcentaje elevado de 75% miembros de familias que si consumen alcohol.
- 2) Con respecto de grados de consumo de alcohol de 100% de familias evaluadas el mayor porcentaje tiene consumo perjudicial (54,1%).
- 3) Un porcentaje significativo de 65,3% de familias de la comunidad de Yaruri del distrito de Llochegua presentan disfuncionalidad familiar de leve a grave.
- 4) En la tabla N° 4, se observa que el 87.8% estudian, pero hay un porcentaje elevado que no asisten al colegio que es el 12.2%.
- 5) De donde deducimos que la mayoría de nuestras familias en las comunidades nativas tienen sus viviendas de material rustico con un 83,7%.
- 6) De donde deducimos en la comunidad de Yaruri la alimentación de las familias es de regular a mala 61.2% y el 39.8% tienen una salud buena.
- 7) Del 100% de familias evaluadas el 58,2% tienen una alimentación regular y 13,2% mala alimentación, es un porcentaje muy elevado con respecto a la salud en general.
- 8) Con respecto a número de hijos por familia observamos en la tabla N° 8 con 59,2% de las familias tienen más de tres hijos por familia, indicando por encima del promedio Nacional.
- 9) Existe relación estadísticamente significativa entre los niveles de consumo de alcohol y la disfuncionalidad familiar, chi cuadrado ($X^2_c 23,765 > X^2_t 12,5916$ con Gl 6, $p 0.001 < 0.05$); lo que indica que la disfunción familiar (53,1%) se debe principalmente al consumo de alcohol en la Comunidad de Yaruri del distrito de Llochegua.
- 10) Existe relación estadísticamente significativa entre los niveles de consumo de alcohol y la deserción escolar, Chi cuadrado ($CH^2_c 16,757 > CH^2_t 7,8147$, Gl 3, $p 0.001 < 0.05$), lo que indica que la presencia del patrón de consumo de riesgo, perjudicial y de dependencia alcohólica de los progenitores de la familia, incide directamente en la deserción escolar de sus hijos; puesto su presencia condiciona otro tipo de afectaciones como la violencia, estrés, falta de apoyo económico, afecto y motivación

RECOMENDACIONES

- 1) A la comunidad de Yaruri por habernos abierto las puertas de sus casas para nuestra recolección de datos de nuestra investigación, para tomen medidas correctivas en su comunidad sin dañar la integridad de los suyos.
- 2) A los profesionales de atención primaria de salud que laboran en Centro de Salud de Llochegua realizar una intervención mínima y brindar consejo a pacientes varones cuyo puntaje de AUDIT sea de entre 8 y 15, o cuyo consumo de alcohol sea de 280g o más por semanal. Una puntuación AUDIT de entre 8 y 15 indica, en general, la presencia de un consumo de riesgo, aunque puede llegar a incluir pacientes cuyo consumo sea perjudicial o que sean dependientes.
- 3) Realizar seguimiento través del cual aplicar la terapia breve y continuar brindando ayuda, retroalimentación y apoyo para establecer, alcanzar y mantener metas reales.
- 4) A la Municipalidad de Llochegua regular mediante ordenanza municipal Control de la disponibilidad de alcohol para limitar sus efectos perjudiciales, edad mínima legal para consumir alcohol de 21 años, restricción de los horarios de venta y pago de impuesto para la licencia de venta.
- 5) A la Facultad de Enfermería: Incentivar a los estudiantes a realizar investigaciones más profundas sobre el consumo de alcohol y la funcionalidad familiar, en diferentes provincias, distritos y anexos de nuestra región con miras a fomentar la discusión de esta problemática en espacios académicos y propuestas políticas.

BIBLIOGRAFIA

1. Anderson P, Gual A, Colon J, “Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas”, Washington, E.E.U.U, OPS, 2008: disponible en www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf.
2. Olenk Chestnov, “Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental” OMS , Ginebra Suiza Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2015, Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf
3. Maristela Monteiro, “la dramática radiografía del consumo de alcohol en la región asesora principal en abuso de sustancias y alcohol (OMS), Ginebra, Suiza. Los países que más beben en América Latina. BBC mundo 2015, Disponible en: <http://www.lanacion.com.ar/1813221-los-paises-que-mas-beben-en-america-latina-la-dramatica-radiografia-del-consumo-de-alcohol-en-la-region>.
4. Gonzales Tacza, Juan. “La región Junín entre las que más consumen alcohol”. Diario correo, 2015. 15 de febrero del 2015, pag: 01. Disponible en: <http://diariocorreo.pe/ciudad/junin-esta-entre-las-mas-cheleras-565215>.
5. Ricardo Neyra Camac, Sara Muñoz Solís, alt. “Principales factores psicosociales que influyen en el alcoholismo en pacientes del Hospital Hermilio Valdizán” en el área de alcohólicos, entre marzo del 2005 y marzo del 2006.
6. Alberto, Jorge, “Aumenta consumo de alcohol en Ayacucho” Diario Correo, 26 de Junio del 2013. Pag: 02. Disponible en: <http://diariocorreo.pe/ciudad/aumenta-consumo-de-alcohol-en-ayacucho-92401/>.
7. Milton, Rojas Valero, “ambiente familiar e el consumo de alcohol en los adolescentes”, 2005, La publicación ha sido posible gracias al apoyo del Proyecto: 2013. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC).
8. Álvarez, Pérez y Silva. “El ambiente Familiar y el consumo de alcohol adolescentes”, 2008. Vol. 34. Núm. 8. octubre 2008. Disponible en, www.redalyc.org/pdf/120/12016344002.pdf

9. Ferrer, “la importancia de la inclusión en los alcohólicos anónimos para preservar la salud y concentrar” la vida social.2007. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.16 no.spe Ribeirão Preto July/Aug. 2008.
10. Pazmiño, J. y Reyes,R. “Abordaje de familias con alcoholismo y disfuncionalidad familiar en tres barrios populares de Quito”. Tesis de investigación previa a la obtención del grado de Magister en Salud Familiar, Quito. Universidad Técnica del Norte, Ibarra; 2013.
11. Lázaro Martínez, Carlos. “Hábitos de consumo de alcohol y su relación con la condición física saludable en adolescentes de la región de Murcia”. España; pag.203. 2011.
12. Leiva Sánchez; Edwin Omar, Cajamarca. “Descripción de la problemática del alcoholismo en los usuarios de las cantinas de la zona sur del barrio san Sebastián - Provincia y Departamento de Cajamarca durante el mes de octubre del 2009”. Disponible en <http://myslide.es/documents/ols-alcoholismo-proyecto-de-investigacion.html>.
13. Soledad M. Pesantes Shimajuko, Marcela A. Urbina Baltodano, “Patrón de consumo de alcohol en universitarios y sus repercusiones sociales”, Universidad Nacional de Trujillo, 2013, Perú. Publicado en 2014. En la revista peruana Enfermería investigación y desarrollo. Disponible en: <http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/facent>.
14. Aguilar Villanueva, D. y Amaro Cáceres W. Consumo de alcohol y funcionalidad familiar en adultos del anexo de Taquia, Chachapoyas • 2014. (TESIS Para optar título profesional de Licenciados en Enfermería). Universidad Nacional "Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas" Facultad Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería.2015.
15. Prensa – Ginebra. OMS Pide a los gobiernos que redoblen sus esfuerzos para prevenir las defunciones y las enfermedades relacionadas con el alcohol- 2014
16. Velasco, R. “Alcoholismo, Visión Integral”. México: Trillas.2000, Disponible en: <https://sociales.gijon.es/page/10501-calculador-de-alcoholemia>.

17. Gawryszewski VP y Monteiro MG. Mortalidad por enfermedades, condiciones y lesiones donde el alcohol es una causa necesaria en las Américas, 2007-2009. Adicción. 109. doi: 10.1111 / add.12418.
18. Organización Panamericana de Salud y Organización Mundial de la Salud. Informe sobre situación regional sobre el Alcohol y la salud en las Américas 2015.
19. Eduardo Calixto. “Consecuencias del alcoholismo”, salud 180 estilos de vida saludable, México. 2015
20. Walters K. Examen del consumo de alcohol en pacientes recién registrados en atención primaria: un análisis transversal, 2013
21. Marsden Jacob Associates Atracones, daños colaterales y los beneficios y costos de gravar el alcohol de manera racional. Informe preparado para la Fundación para la Investigación y Educación del Alcohol, 2012.
22. Bouchery EE, Harwood HJ, Sacks JJ, Simon CJ, Brewer RD (2011). Costos económicos del consumo excesivo de alcohol en los EE. UU., 2006.
23. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J Carga global de enfermedades y lesiones y costo económico atribuible al consumo de alcohol y trastornos por consumo de alcohol, 2009.
24. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), Roma (Italia). Año Internacional de las Legumbres 2016, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, Viale delle Terme di Caracalla, 00153, Rome Italy, pulses-2016@fao.org.
25. Horwitz, N. “Familia y Salud Familiar. Un enfoque para la atención primaria” 1985; pag: 89 vol: 02, 1985. Disponible en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v98n2p144.pdf>.
26. Rodríguez Pérez, Mercedes; Sanz Cuesta, María Rosario. “La Familia Del Toxicómano desde un abordaje sistémico. Comunidad y Drogas”. Monografías. 1987, 0001: 0087-0103.
27. Guerra y Kemper, “El clima familiar, su relación con los intereses vocacionales y los tipos caracterológicos de los alumnos del 5to. año de secundaria de los colegios nacionales del Distrito del Rímac. 2000, disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtual/Tesis/Salud/Zavala_G_G/cap2.htm

28. Racael, T. El alcoholismo. 3ra edición. Editorial McGraw-Hill. Españ. 2010. Págs 50-52.
29. Baigorri A, Chaves M. Botellón: más que ruido, alcohol y drogas (La sociología en su papel). RevistaAndaluza de CienciasSociales. 2006. Págs. 159-184.
30. DIRESA. Salud Mental, 2010. Disponible en: <http://www.diresa.org.pe>. Acceso el19 de Marzo; h: 8:15p.m.
31. Campos Correa K. y Jimenez Pistfil J. Funcionalidad familiar y estilo de vida en usuarios de la estrategia sanitaria escolar y adolescente, Guadalupe – 2016”. Tesis para optar Título de licenciatura en Enfermería. Universidad Nacional deTrujillo. Facultad de Enfermería.
32. Ulate y Gómez. Riesgo biopsicosocial y percepción de la función familiar de las personas adolescentes de sexto grado en la Escuela Jesús Jiménez - 2013”.
33. (Moreno, Echavarria, Prado y Quiñones, Funcionalidad Familiar, conductas internalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá – 2014”.
34. Orellano Bojorque E. Influencia de la funcionalidad familiar en el inicio de las relaciones sexuales en adolescentes de la Parroquia San José de Raranga, Sigsig 2015. Posgrado en Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca.
35. Alva Uchofen Y. Funcionamiento familiar y resiliencia en adolescentes en conflicto con la ley penal del programa justicia juvenil restaurativa, Chiclayo 2016. Tesis para Optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología. Escuela Académico Profesional de Psicología. Facultad de Humanidades. Universidad Señor de Sipán.
36. Rivera A, Sánchez S. “Disfuncionalidad familiar y su relación con la depresión en los adolescentes del ciclo diversificado en la Unidad Educativa Herlinda Toral”. Cuenca 2014. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina. 2014. Internet:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20551/1/TESIS.pdf> Acceso:17 de mayo 2014.
37. Redrovan J. “Determinación de la migración, salud mental y funcionalidad familiar en niños y adolescentes, Santa Isabel, Azuay 2011”. Universidad del Azuay-Posgrados.Internet:

http://biblioteca.uazuay.edu.ec/opac_css/index.php?lvl=author_see&id=89 82
Acceso: 17 de mayo 2014.

38. Maita, J. Divorcio de los padres e inteligencia emocional en estudiantes de primer semestre de la Universidad Adventista de Bolivia. 2016 Recuperado de http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/UPEU/469/1/Jenny_Tesis_maestría_2016.pdf
39. Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2017). En el Perú hay un divorcio por cada 5 nupcias, <https://peru21.pe/lima/reniec-peru-hay-divorcio-5-nupcias-206275>.
40. Pérez L, Jaime L, Alonso M. “Disfunción familiar en el paciente alcohólico”. 2009. Internet:
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1150/1/Disfuncionfamiliar-en-el-paciente-alcoholico.html> Acceso: 10 de Octubre 2014.
41. DIRESA. Salud Mental. 2010. Disponible en: <http://www.diresa.org.pe>. Acceso el 19 de Marzo; h: 8:15p.m.
42. López Caizaluisa, S. El consumo de alcohol de los padres y su influencia en el desarrollo integral de los niños de la Parroquia de Tocachi, Cantón Pedro Moncayo, provincia de Pichincha, 2012. Facultad de jurisprudencia. Ciencias Políticas y Sociales. Carrera de Trabajo Social. Universidad Central Del Ecuador.
43. Pozo & Pozo, Drogadicción, familia y escuela, s/f, 2007 pág. 46 Cimas, F. Plan de desarrollo y ordenamiento territorial de la Parroquia de Tocachi. Tocachi, Pichincha, Ecuador, 2010.
44. Lammoglia E. Las familias alcohólicas. México. 2000. Ed. Grijalbo. s/f, pag 4.
45. Garcia, E. Artículo académico de Alcoholismo y sociedad. Tendencias actuales. Revista Cubana Med Milit 2004; 33(3).
46. Hernández Sampieri, R. Fernández Collado, C. Baptista, L. Metodología de la investigación. 5ta ed. Mexico: Mc Graw Hill. 2010.
47. Sánchez y C. Reyes, Metodología y Diseños en la Investigación Científica. Perú: Editorial Business Suport Aneth SRL Quinta Edición. Lima, 2015.
48. Tipacti Alvarado, C y Flores Rodríguez, (pág. 56) N Metodología de la Investigación en Ciencias Neurológicas. Segunda edición, Lima 2008.

49. Alcázar, L. y N. Valdivia (2005). Análisis de la deserción escolar en el Perú: evidencias a partir de encuestas y técnicas cualitativas. Grupo de Análisis para el Desarrollo, Grade.
50. El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) encuesta demográfica de salud de salud familia ENDES 2016.
51. Hospital regional de Ayacucho “Mariscal Miguel ángel Llerena” Análisis De La Situación De Salud Del Hospital Regional Ayacucho Asis – 2006-2010.febrero 2007.
52. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0015/cap-56.htm

ANEXOS

ANEXO A
TEST DE AUTOEVALUACION PARA ALCOHOLISMO

Entrevista

Señor jefe de familia, el presente cuestionario tiene como objetivo identificar la prevalencia de alcoholismo y su relación con el entorno familiar en la comunidad campesina de Yaruri, por lo que se pide encarecidamente responder con la mayor veracidad. Puesto que la información es totalmente confidencial.

Marque con un (x) en el casillero que considere pertinente, uno por fila:

1 = nunca

2 = Rara vez

3 = Frecuentemente

4 = Muy seguido

5 = Todos los días

	1	2	3	4	5
1. ¿Qué tan seguido has pensado que tienes un problema con el alcohol?					
2. ¿Qué tan frecuentemente tomas en horas de la mañana?					
3. ¿Qué tan frecuentemente tus familiares se han quejado de tu forma de tomar?					
4. ¿Qué tan seguido tomas para relajarte o para aliviar la ansiedad?					
5. ¿Qué tan seguido te sientes que tomas más de lo que tenías planeado?					
6. ¿Qué tan seguido desperdicias oportunidades importantes profesionales, sociales o familiares por estar tomando?					
7. ¿Qué tan seguido tus relaciones de pareja se han afectado por tu forma de tomar?					
8. ¿Qué tan seguido luego de estar tomando te sientes culpable o arrepentido de lo que has hecho?					

9. ¿Qué tan seguido sientes que estas gastando mucho dinero en tu hábito de tomar?					
10. ¿Qué tan seguido has sido acusado, conducido o detenido por cualquier situación, o accidente relacionado con tu hábito de tomar?					
11. ¿Qué tan frecuentemente te has prometido a ti u a otros que vas a dejar de tomar solo para descubrir que no puedes cumplir?					
12. ¿Qué tan seguido has sido atendido medicamente por razones que están ligadas a tu forma de tomar (ulcera, gastritis, intoxicación, etc.)?					
13. Que tan seguido se ha afectado tu productividad por estar tomando?					
14. ¿Qué tan frecuentemente cuando tomas se te olvida parte de lo que has hecho?					
15. ¿Qué tan frecuentemente has buscado ayuda para resolver este problema?					

Resultados y recomendaciones:

0-15 puntos: No consume alcohol.

16-25 Consumo de riesgo.

26-40 Consumo perjudicial.

41-60 Adicción inicial Alcohólica

CLINICA PSIQUIÁTRICA PRIVADA MIRAVET. En Villa Allende, Córdoba, Argentina, Av. Colón 277.

ANEXO B

CUESTIONARIO SOBRE LAS CONSECUENCIAS SOCIOCULTURALES Y BIOLÓGICAS EN EL ENTORNO FAMILIAR

Sr(a) tenga Ud. un buen día, el presente cuestionario tiene como objetivo identificar los datos principales para una investigación que lleva como título “consecuencias del alcoholismo y su relación con el entorno familiar” en la comunidad de Yaruri, por lo que se pide encarecidamente responder con la mayor veracidad. Puesto que la información es totalmente confidencial, responda con sinceridad.

I. DATOS GENERALES

1. ¿Qué edad tiene Ud?:.....
2. ¿sexo?: Femenino: () masculino ()
3. ¿lugar de procedencia?.....
4. ¿Qué religión profesa?
 - a) Católico
 - b) Evangélica
 - c) Otros
5. Estado civil
 - a) Soltera
 - b) Casada
 - c) Divorciada
 - d) Viuda
 - e) Conviviente

II. Consecuencias socioculturales

6. ¿Cuántos conforman su familia?:.....
7. ¿Cuántos hijos tiene usted?
 - a) Mayor de 3 hijos
 - b) Promedio de 3
 - c) Menor a 3 hijos
8. ¿Sus hijos asisten al colegio?
 - a) Si asisten
 - b) No asisten
9. ¿Del total de sus hijos cuántos asisten al colegio? :
10. ¿Cada vez que cita a reuniones APAFA, su esposo asiste a las reuniones?
 - a) Nunca
 - b) A veces
 - c) Siempre

- 11. ¿Su esposo con qué frecuencia revisa las tareas que deja el profesor a sus hijos?**
- a) Nunca
 - b) A veces
 - c) Siempre

Vivienda

- 12. ¿Qué tipo de vivienda tiene?**

- a) Rustico
- b) Material noble

III. Consecuencias biológicas

- 13. ¿Con que frecuencia consume estos alimentos por día, hidratos de carbono, grasas, proteínas, vitaminas, minerales, agua y ejercicio?**

- a) Todos los días
- b) Dos a tres veces a la semana
- c) A veces

- 14. ¿Cómo cree Ud. que esta la salud de su familia?**

- a) Buena
- b) Regular
- c) Mala

- 15. ¿Fallecimiento de algún familiar por alcohol?**

- a) Padre
- b) Madre
- c) Esposa(o)
- d) Otros.....

- 16. ¿Algún familiar se encuentra enfermo?**

- a) Anemia
- b) Cáncer
- c) Enfermedades cardiovasculares (corazón)
- d) Cirrosis hepática
- e) Demencia

- 17. ¿Cómo es su alimentación de su familia?**

- a) Buena
- b) Regular
- c) Mala

Validado por expertos ver anexo.

ANEXO C

TEST DE AGPAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN

Validada en Chile en 1987 por Maddaleno, Horwitz, Jara, Florenzano y Salazar.

Marque con un (x) en el casillero que considere pertinente, uno por fila:

1.- TEST AGPAR FAMILIAR GENERAL

FUNCION	CASI NUNCA	AVECES	CASI SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.			
Me satisface la participación que mi familia me brinda y permite.			
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades			
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor y otros.			
Me satisface cómo compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos, b) los espacios en la casa, c) el dinero.			

Casi nunca = 0

A veces = 1

Casi siempre = 2

ESCALA DE MEDICIÓN

FUNCIÓN	PUNTAJE
Familia funcional	7 - 10
Familia disfuncional leve	4 - 6
Familia disfuncional grave	0 - 3

✓ OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENCIONES	INDICADORES	VALOR
VARIABLE INDEP, Alcoholismo	El alcoholismo es la adicción al alcohol que es una sustancia psicoactiva que implica cambios funcionales y/o estructurales del cerebro. El alcoholismo, se considera una enfermedad crónica, con recaídas, caracterizándose por la búsqueda compulsiva del elemento al que se es adicto, pese a sus consecuencias nocivas. .	Para la presente investigación La comunidad de clasifico el alcoholismo según el test de autoevaluación. Los puntajes tabulados de las respuestas sobre cada ítem consolidado, de lo que se desprende los siguientes indicadores: no consume, abstemio, bebedor social, alcohólico social, alcohólico crónico.	Consumo de alcohol en adultos > 16 años.	No consume alcohol. Consumo de riesgo. Consumo perjudicial. Adicción inicial-alcohólica- -Consume. -No consume.	1-15 puntos 16-25 puntos 26-40 puntos 41-60 puntos
VARIABLE DEPEND. Consecuencias Socio culturales	La vida social del alcohólico girar en torno al consumo de alcohol rechazo en la sociedad, soledad, ruina económica, higiene personal, violencia intrafamiliar, separación entre parejas, entre otros.	Las Consecuencias socioculturales son los efectos negativos que ocasiona el alcohólico en su propia familia, tales como: disfuncionalidad, bajo ingreso económico, deserción escolar de los hijos entre otros.	Funcionalidad familiar Escolaridad	Funcional Disfuncional leve Disfuncional grave Todos Ninguno Familia nuclear	APGAR familiar 7-10 puntos 4-6 puntos 0-3 puntos Estudian Si No

<p>Consecuencias biológico</p>	<p>El alcoholismo y el abuso del alcohol pueden ocasionar graves problemas para la salud aumentando el riesgo de padecer algunas de estas enfermedades o complicaciones graves.</p>	<p>Familias que presentan en las consecuencias biológicas, salud de la familia, alimentación de la familia, número de hijos.</p>	<p>Tipo de Familia</p> <p>Vivienda</p> <p>Salud</p> <p>Alimentación</p> <p>N° de hijos</p>	<p>Familia extensa Familia compuesta.</p> <p>Rustico Material noble</p> <p>Buena Regular Baja</p> <p>Bueno Regular Mala</p> <p>+ de 3 hijos =a 3 hijos Menor a 3 hijos</p>	<p>Nuclear: padres más hijos. Extensa: padres, hijos, abuelos, nietos, y otros Comp. 2 ó+ familias en una casa.</p> <p>Tipo de construcción</p> <p>Salud de los miembros de familia.</p> <p>N° de hijos que viven en la familia</p>
---------------------------------------	---	--	---	--	--

FOTOS DE ALGUNAS FESTIVIDADES DE LA COMUNIDAD DE YARURI Y LOS PROBLEMAS

Aniversario De La Comunidad De YARURI



Carnaval de la Comunidad de Yaruri



Campeonato deportivo inter Comunidades en la Comunidad de YARURI.



