



**UNIVERSIDAD NACIONAL
"TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA
DE AMAZONAS"**



**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**CONSUMO DE ALCOHOL Y FUNCIONALIDAD
FAMILIAR EN ADULTOS DEL ANEXO DE TAQUIA,
CHACHAPOYAS - 2014.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTORA : Br. Enf. DEISY ALYS AGUILAR VILLANUEVA
ASESOR : Lic. Enf. WILFREDO AMARO CÁCERES**

15 JUL 2015

CHACHAPOYAS - AMAZONAS - PERÚ

2015





**UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA
DE AMAZONAS**



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**CONSUMO DE ALCOHOL Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
ADULTOS DEL ANEXO DE TAQUIA, CHACHAPOYAS - 2014**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE: Licenciada en Enfermería

AUTORA:

Br. Enf. Deisy Alys Aguilar Villanueva.

15 JUL 2015

ASESOR:

Lic. Enf. Wilfredo Amaro Cáceres.

CHACHAPOYAS - AMAZONAS - PERÚ

2015



**UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA
DE AMAZONAS**



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**CONSUMO DE ALCOHOL Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
ADULTOS DEL ANEXO DE TAQUIA, CHACHAPOYAS - 2014**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE: Licenciada en Enfermería

15 JUL 2015

AUTORA:

Br. Enf. Deisy Alys Aguilar Villanueva.

ASESOR:

Lic. Enf. Wilfredo Amaro Cáceres.



CHACHAPOYAS – AMAZONAS - PERÚ

2015

DEDICATORIA

A Dios quien desde el cielo me guía y me bendice para poder sostenerme ante los avatares de la vida.

*Con mucho amor a mi madre **Eliza Villanueva Zumaeta** quien con entrega y perseverancia hizo posible que logre mis metas, por su apoyo incondicional en cada uno de mis proyectos que me impuse en la vida.*

A mis tíos(as) maternos, primos(as) maternos por haberme brindado un granito de arena sin pedir nada a cambio.

AGRADECIMIENTO

Un cordial agradecimiento a los adultos del anexo de Taquia del Distrito de Chachapoyas por haberme brindado el tiempo necesario para la recolección de los datos necesarios para realizar la presente investigación.

Mi más sincero agradecimiento, estima y admiración al Lic. Wilfredo Amaro Cáceres por su asesoramiento, dedicación, comprensión y su valioso conocimiento durante el desarrollo del presente trabajo de investigación.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Ph. D. Jorge Luis Maicelo Quintana

Rector

Dr. Oscar Andrés Gamarra Torres

Vicerrector académico

Dra. María Nelly Lujan Espinoza

Vicerrector administrativo

Dr. Policarpio Chauca Valqui

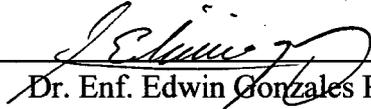
Decano de la facultad de Ciencias de la Salud

MsC. María del Pilar Rodríguez Quezada

Directora de la escuela profesional de enfermería

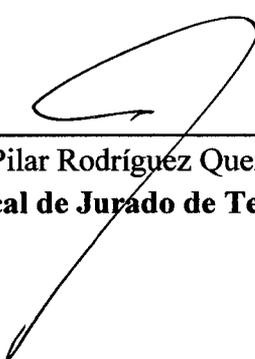
JURADO DE TESIS

(RESOLUCIÓN DECANATURAL N° 131-2014-UNTRM-VRAC/F.E.)

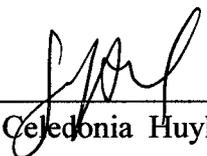


Dr. Enf. Edwin Gonzales Paco.
Presidente de Jurado de Tesis

Mg. Enf. Zoila Roxana Pineda Castillo
Secretaria de Jurado de Tesis



Ms. Pilar Rodríguez Quezada
Vocal de Jurado de Tesis



Lic. Enf. Sonia Celedonia Huyhua Gutiérrez
Accesitaria de jurado de tesis

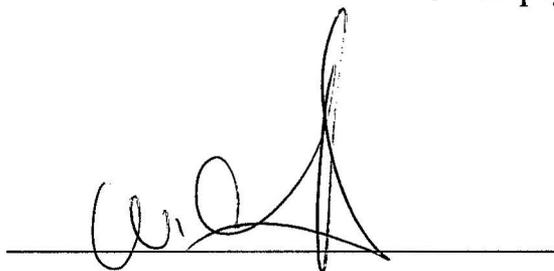
VISTO BUENO DEL ASESOR

Yo Wilfredo Amaro Cáceres, identificado con DNI: 41983973 con domicilio legal en el Jr. Hermosura N° 1050, licenciado en enfermería con CEP N° 49561, Docente Auxiliar a Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería, dejo constancia de estar asesorando a la Interna de Enfermería, Aguilar Villanueva Deisy, en su proyecto de tesis titulada: **“CONSUMO DE ALCOHOL Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADULTOS DEL ANEXO DE TAQUIA, CHACHAPOYAS – 2014”**, así mismo dejo constancia que ha levantado las observaciones señaladas en el proceso inicial de asesoría.

Por lo tanto:

Para mayor constancia y validez firmo la presente.

Chachapoyas 2 de marzo del 2015.

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized cursive letters, is written over a horizontal line. The signature appears to be 'W. Amaro Cáceres'.

Lic. Enf. Wilfredo Amaro Cáceres
DNI: 41983973

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Págs.
Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
Autoridades universitarias	iii
Jurado de tesis	iv
Declaración jurada	v
Índice de contenido	vi
Índice de tablas	vii
Índice de gráficos	viii
Índice de anexos	ix
Resumen	x
Abstract	xi
I. INTRODUCCIÓN	12
II. MARCO TEÓRICO	17
III. MATERIAL Y MÉTODO	34
3.1. Tipo y diseño de investigación	34
3.2. Universo, población, muestra	34
3.3. Método, técnica e instrumento de recolección de datos	36
3.4. Procedimiento de recolección de datos	38
IV. RESULTADOS	39
V. DISCUSIÓN	44
VI. CONCLUSIONES	55
VII. RECOMENDACIONES	56
VIII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	57

ÍNDICE DE TABLAS

	Págs.
Tabla 01: Consumo de alcohol según categorías de los adultos del anexo de Taquia, Chachapoyas 2014.	39
Tabla 02: Funcionalidad familiar en los adultos del anexo de Taquia, Chachapoyas 2014	40
Tabla 03. Consumo de alcohol y funcionalidad familiar de los adultos del anexo de Taquia, Chachapoyas 2014.	41

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Págs.
Gráfico 01. Consumo de alcohol según categorías de los adultos del anexo de Taquia, Chachapoyas 2014.	39
Gráfico 02. Funcionalidad familiar en los adultos del anexo de Taquia, Chachapoyas 2014.	40
Gráfico 03. Consumo de alcohol y funcionalidad familiar de los adultos del anexo de Taquia, Chachapoyas 2014.	42

ÍNDICE DE ANEXOS

	Págs.
Anexo 01: Test de Identificación de Trastorno por Consumo de Alcohol AUDIT	62
Anexo 02 : Test de funcionalidad familiar de (FF-SIL) (Espejel (1987, 1994). Modificado por López Nicolás, 2000)	65
Anexo 03: Tabla 4: Nivel de consumo de alcohol según edades del anexo de Taquia, Chachapoyas, 2014.	67
Anexo 04: Tabla 5: Nivel de consumo de alcohol según sexo del anexo de Taquia, Chachapoyas, 2014.	68
Anexo 05: Tabla 6: Consumo de alcohol según dimensiones y niveles de los adultos del anexo de Taquia, Chachapoyas, 2014.	69
Anexo 06: Tabla 7: Funcionalidad familiar según edad de los encuestados del anexo de Taquia, Chachapoyas 2014.	70
Anexo 07: Tabla 8: Funcionalidad familiar según sexo de los adultos del anexo de Taquia, Chachapoyas, 2014.	71
Anexo 08: Funcionalidad familiar según dimensiones de los adultos del anexo de Taquia, Chachapoyas 2014.	72
Anexo 09: Prueba de Ji cuadrado	73
Anexo 10: Prueba de confiabilidad y validez de instrumento del test de AUDIT.	74
Anexo 11: Prueba de confiabilidad y validez del test de FF-SIL “Funcionalidad Familiar”	75

RESUMEN

El presente trabajo de investigación de enfoque cuantitativo; de nivel relacional; de tipo: observacional, prospectivo, transversal 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 de alcohol en un nivel medio y familia moderadamente 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.

Palabras claves: Consumo de alcohol, funcionalidad familiar, adultos.

ABSTRACT

This quantitative research approach; relational level; Type: observational, prospective, transversal and analytical, was conducted to determine the relationship between alcohol consumption and family functioning in adults in the Annex to Taquia, Chachapoyas. The sample consisted of 83 adult guests, was used as instruments: Disorders Identification Test for Alcohol (6,772 validity and reliability = 0.94) and the Test of Family Functioning FF - SIL (validity and reliability = 3.82 = 0.9). The results show that 39.8 % had alcohol in a moderate level; 36.1 % at an average level; 14.5% at a high level and only 9.6 % on a safe level; regarding family functioning 37.3 % had moderately functional family, 31.3 % functional family, dysfunctional family 24.1 % and 7.2% severely dysfunctional family. Moreover a percentage of 14.5 % (12) had alcohol in middle and modern functional family also 13.3 % (11) had alcohol at a moderate level and moderately functional family. The results of chi-square ($\chi^2 = 8.306$, $df = 9$ $p = 0.504 > 0.05$) indicate that there is no significant relationship between alcohol consumption and family functioning of adults in the study. Conclusions: Most adults have Taquia Annex of alcohol consumption middle and moderately functional family, likewise there is no relationship between the two variables, indicating that they are independent.

Keys Words: Consumption of alcohol, familiar functionality, adults.

I. INTRODUCCIÓN:

El consumo nocivo de bebidas alcohólicas es un problema de alcance mundial que pone en peligro tanto el desarrollo individual como el social y familiar; para empezar, causa 2,5 millones de muertes cada año y también causa daños que van más allá de la salud física y psíquica del bebedor. Una persona en estado de embriaguez puede lastimar a otros que los rodean o ponerlos en peligro de sufrir accidentes de tránsito o actos de violencia, y también puede perjudicar a sus compañeros de trabajo, familiares, amigos e incluso extraños (OMS, 2010).

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 (Rafael, 2005).

Considerando que la familia es un sistema abierto en continuo movimiento, cambio y reestructuración, en busca de una estabilidad y equilibrio entre todos los miembros que la componen y es una unidad formada por distintas subunidades que pretenden conseguir un ajuste y una adaptación positiva; en el cual los procesos que tienen lugar son interactivos, de forma que cualquier suceso que ocurre en uno de sus miembros repercute, de una u otra manera, en todos los demás. Cuando la familia tiene un miembro con problemas de alcoholismo la dinámica familiar se altera siendo capaz de convertirse en un principio organizador central alrededor del cual se estructura la vida de dicha familia, resulta curioso que a pesar de la magnitud de las consecuencias negativas del alcoholismo, las familias terminan por ir acomodándose al problema hasta el punto de pasar años soportando situaciones difíciles (Steinglas, 2008).

Actualmente, existen muchos problemas que amenazan la estabilidad y la salud de la familia y sus integrantes, tal es el caso del consumo de alcohol en unos de sus miembros, especialmente el padre. La OMS, indica que cerca de dos millones de personas en todo el mundo consumen bebidas alcohólicas. Alrededor de 76

millones de personas padecen en la actualidad trastorno de salud, debido al consumo excesivo y la dependencia del alcohol (OPS, 2004).

Los múltiples estudios sobre la funcionalidad familiar realizados a nivel internacional sugieren que no existe un criterio único de indicadores que miden dicha funcionalidad, así mismo algunos autores plantean que la familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros, finalmente otros autores señalan como características disfuncionales la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas. De acuerdo a dichas investigaciones existen múltiples factores que afectan la funcionalidad de la familia, resaltando aquellos relacionados los problemas de los padres o encargados del hogar (Minuchin, 1997).

De tal modo el funcionamiento familiar se explica por los distintos procesos del cambio que pueden facilitar y promover la adaptación de la familia a una situación determinada. La familia no es un recipiente pasivo sino un sistema intrínsecamente activo. Así, todo tipo de tensión, sea originada por cambios que ocurren dentro de la familia (la independencia de un hijo, una muerte, etc.) o que proceden del exterior (mudanzas, pérdida del trabajo, etc.) repercute en el sistema y en el funcionamiento familiar. Frente a estos cambios se requiere un proceso de adaptación, es decir, una transformación constante de las interacciones y de las reglas familiares capaces de mantener, por un lado, la continuidad de la familia y, por otro, permitir el crecimiento de sus miembros (Buelga, 1994).

En el Perú 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 (CEDRO, 2011).

Además el funcionamiento familiar es un aspecto de suma preocupación, tanto en las nucleares como es las extensas se pueden dar la ausencia física de uno o ambos progenitores, implicando la falta de figuras necesarias en el desempeño de acciones vitales para el grupo familiar, donde la violencia paterno filiales son frecuentes así como también la falta de autoridad eficiente para normar a los hijos, lo cual produce desestabilidad que, unida al proceso de cambios y transformaciones por lo que atraviesa los familiares, le acarrearán confusiones (Camacho P, 2009).

En el departamento de Amazonas, en el año 2010, se detectó que una población de 508 adolescentes fue atendida por violencia familiar; así mismo se atendieron 87 casos de consumidores de alcohol en el nivel alto, además el 40% de la población consume alcohol de los cuales el 20% son consumidores dependientes, 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, por otra parte en el distrito de Chachapoyas, se observan familias desintegradas por la ausencia del padre o la madre, o por alguno de sus miembros que consume alcohol, estos problemas influyen de cierta forma en el comportamiento negativo de los niños afectando su normal desarrollo (DIRESA, 2010).

En el anexo de Taquia se observa que en la mayoría de las familias uno o varios miembros consumen bebidas alcohólicas; además se observa que las familias se ven afectadas por dicho consumo. Según las manifestaciones de los pobladores el problema se hacen cada vez más notorio, la cantidad y la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas se va incrementando, así mismo se ha podido apreciar familias desintegradas y diversos problemas relacionados con la funcionalidad familiar.

Considerando que es importante abordar el problema del consumo de alcohol, debido a que se ha incrementado en los adultos y 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. Además conocer y tener información sobre el consumo de alcohol y su relación con la funcionalidad familiar en los adultos permitirá 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.

En razón a la problemática internacional, nacional y local descrita sobre el consumo de alcohol y la funcionalidad familiar y su importancia se planteó para el estudio el siguiente problema de investigación ¿Cuál es la relación que existe entre el consumo de alcohol y la funcionalidad familiar en los adultos del anexo de Taquia, Chachapoyas, Amazonas – 2014?

Por tanto la presente investigación tuvo como objetivo general: determinar la relación entre consumo de alcohol y funcionalidad familiar en los adultos del anexo de Taquia, Chachapoyas – 2014; y como objetivos específicos: identificar el consumo de alcohol y valorar la funcionalidad familiar de los adultos en estudio, así como caracterizar a la población objeto de estudio. Finalmente la hipótesis considerada para esta investigación fue: El consumo de alcohol tiene relación estadísticamente significativa con la funcionalidad familiar de los adultos, del anexo en estudio (Ha) y el consumo de alcohol no tiene relación estadística con la funcionalidad familiar de los adultos, del anexo en estudio (Ho).

De tal manera el presente trabajo de investigación está conformado por el marco teórico, el material y método, resultados, discusiones, conclusiones y recomendaciones; acompañado de sus respectivos anexos.

II. MARCO TEÓRICO:

2.1. CONSUMO DE ALCOHOL:

2.1.1. Definición:

El consumo de bebidas alcohólicas es definido como un patrón de consumo de bebidas que es acompañado por una o más de las siguientes situaciones en un periodo de 12 meses (Room, 2005):

- No cumplir con responsabilidades del trabajo, universidad o del hogar.
- Beber alcohol durante actividades que son físicamente peligrosas tales como operar maquinarias o manejar un automóvil.
- Tener problemas frecuentes relacionados con el alcohol tales como ser arrestado por guiar bajo la influencia de alcohol o por lastimar físicamente a alguien mientras está embriagado (borracho).
- Continuar bebiendo a pesar de tener problemas constantemente al relacionarse con otras personas que son causados o empeorados por los efectos del alcohol.

2.1.2. Tipos de bebidas:

Las bebidas alcohólicas son aquellas en cuya composición está presente el etanol en forma natural o adquirida, y cuya concentración sea igual o superior al 1 por ciento de su volumen. Existen dos tipos de bebidas alcohólicas: las fermentadas y las destiladas (Prince, 2004):

- **Las bebidas fermentadas:** Proceden de frutas o de cereales que por acción de levaduras, convierten el azúcar en alcohol. Las bebidas fermentadas más comunes son el vino, la cerveza y la sidra.

La cerveza se obtiene a partir de la malta, procedente de la transformación de la cebada y otros cereales. Para conseguir el sabor amargo se le añade lúpulo. Su contenido de alcohol suele oscilar entre los 4-6 grados.

La sidra, procede de las manzanas trituradas y fermentadas. Su contenido en alcohol suele oscilar alrededor de los 5 grados.

➤ **Las bebidas destiladas:** Se consiguen eliminando mediante calor, a través de la destilación, una parte del agua contenida en las bebidas fermentadas. El principio básico de esta acción reside en que el alcohol se evapora a 78 grados y el agua a 100 grados, por consiguiente tienen más alcohol que las bebidas fermentadas, entre 30-50 grados. Entre las más conocidas se encuentra:

- El coñac o brandy: Deriva de destilados del vino, que es envejecido al menos 6 meses en recipientes de roble. Su contenido en alcohol suele oscilar por los 40 grados.
- La ginebra: resulta de la destilación de macerados de bayas de enebro y otros cereales. Su graduación alcohólica varía entre 43 y 47 grados.
- El whisky: se obtiene por fermentación de un mosto de cereales (cebada, maíz, centeno) y posterior destilación. Este debe envejecer tres años en toneles de madera. Su contenido en alcohol suele oscilar entre los 40-43 grados.
- El ron: se obtiene de la destilación de la melaza fermentada de la caña de azúcar o de remolacha. Su contenido en alcohol suele oscilar entre los 37 – 43 grados.
- El vodka: se obtiene de varios cereales, generalmente centeno y también de la patata. Su contenido en alcohol suele oscilar entre los 37.5–42 grados.

La Organización Mundial de la Salud propuso los siguientes valores para las bebidas estándar (OMS, 2011):

- 330 ml de cerveza al 5% (gramos en cien mililitros)
- 140 ml de vino al 12%
- 90 ml de vinos fortificados (por ejemplo jerez) al 18%
- 70 ml de licor o aperitivo al 25%
- 40 ml de bebidas espirituosas (aquellas bebidas con contenido alcohólico procedentes de la destilación de materias primas

agrícolas como uva, cereales, frutos secos, remolacha, caña o fruta. Se trata, así, de productos como el brandy, el whisky, el ron, la ginebra, el vodka, o los licores) al 40%.

2.1.3. Dimensiones de consumo de alcohol:

a) Consumo de riesgo de alcohol (Jacobsen, 1989):

El consumo de riesgo y perjudicial de alcohol afecta a todos los grupos de edad, todos los estratos de la sociedad europea y a todos los países, aunque a aquellos con desventajas sociales les afectan de forma desproporcionada. Los jóvenes y adultos soportan de forma relativa una parte desproporcionada de esta carga ya que el alcohol origina el 25% de la mortalidad en los hombres y del 10% en las mujeres. Diversos estudios muestran que un mayor nivel socioeconómico se relaciona con mayor frecuencia consumo, en particular para las mujeres. Los hombres con más educación tienen menos probabilidades de ser bebedores problema, en contraste con un efecto inverso encontrado en las mujeres. Se ha encontrado consistente evidencia que las personas con menor nivel socioeconómico se abstienen con mayor probabilidad de consumir alcohol. Sin embargo la intoxicación etílica y la dependencia del alcohol son más probables en aquellas personas con menor nivel socioeconómico, y esto ocurre en ambos sexos.

Detección de riesgo y perjudicial de alcohol:

El tamizado de consumo de alcohol está ampliamente justificado en el ámbito sanitario. El alcohol está implicado de forma dosis dependiente en una gran variedad de patologías físicas y mentales. El cribado de consumo de alcohol no solo tiene sentido desde el punto de vista preventivo, sino también es de utilidad en el diagnóstico de la patología asociada tanto orgánica como psiquiátrica, para hacer el diagnóstico de la adicción y sentar la indicación de tratamiento profiláctico del síndrome de abstinencia alcohólica. Muchos

profesionales dicen realizar este cribado de forma sistemática (Anderson, 2005).

Al realizaron una encuesta por correo a internistas y médicos de cabecera en la que el 64,9% de los encuestados informo de que tamizaban del 80% al 100% de sus pacientes para detectar abuso o dependencia del alcohol durante la visita inicial. Sin embargo, cuando se realizan revisiones de la historia clínica, los porcentajes de población cribados en la asistencia primaria son bajos 7-25% en diferentes estudios realizados y los pacientes por lo general no recuerdan haber sido preguntados al respecto (Marques, 2005).

En cuanto a la práctica hospitalaria, en la cual el alcohol se cuantifico en un 94% de los expedientes médicos en una sala general de Medicina Interna; aunque el autor puntualiza que con frecuencia los médicos subestimaban la cantidad consumida y pasaban por alto los síntomas de dependencia; otros datos sobre la recogida o el cribado de consumo de alcohol son similares, a los hallados en la primaria, tanto en el ámbito internacional como el nacional. Dado que muchos bebedores de riesgo pasan desapercibidos tras su contacto con el mundo sanitario, numerosos autores abogan por un abordaje sistemático para facilitar su identificación. Si por razones de presión asistencial este no puede ser realizado de forma universal, el cribado del consumo de riesgo deberá realizarse sistemáticamente en los pacientes que presenten trastornos que puedan estar relacionados con el alcohol, tales como: hipertensión, cefaleas, dispepsia, ansiedad, depresión, irritabilidad, insomnio, déficits de atención, disfunciones sexuales, accidentes, enfermedad hepática, cáncer, resacas y bajo rendimiento laboral (Spandorfer, 1999).

b) Consumidor Dependiente:

Según la OMS es un estado psíquico y generalmente también físico, resultante de la ingestión de alcohol, caracterizado por respuestas de comportamiento y otros, que siempre incluye la compulsión a beber

alcohol de manera continua o periódica para experimentar sus efectos psíquicos y algunas veces para evitar el malestar de la abstinencia; puede haber tolerancia o no estar presente (Según la OMS, 2001).

La mayoría de las definiciones últimamente puede separar en dos grupos:

- Los que aducen la pérdida de la libertad frente al consumo de alcohol, que puede manifestarse por la incapacidad para detenerse cada vez que se ha ingerido una dosis moderada y como incapacidad de abstenerse absolutamente durante algunos días seguidos.
- Las que se busca en trastornos físicos, psíquicos o sociales ocasionando por el consumo regular o irregular del alcohol.

Según la Organización Mundial de Salud los síntomas que consideran para determinar dependencia de alcohol son:

- Con frecuencia, el uso de sustancias se hace en mayor cantidad o por un periodo más largo de lo que el sujeto pretendía.
- Un deseo persistente o uno o más esfuerzos inútiles para suprimir o controlar el uso de las sustancias.
- Una gran parte del tiempo se emplea en actividades necesarias para obtener la sustancia (robo), consumirla (fumando en cadena) o recuperar de sus efectos.
- Intoxicación frecuente o síntomas de abstinencia cuando el sujeto tiene que desempeñar sus obligaciones laborales o domésticas.
- Reducción considerable o abandono de actividades sociales, laborales o recreativas a causa del uso de la sustancia.
- Uso continuado de la sustancia a pesar de ser consciente de tener un problema social, psicológico y físico, persistente o recurrente que está provocado a estímulos por el uso de tal sustancia.
- Tolerancia notable necesidad de incremento considerablemente las cantidades de sustancia (al menos el 50%) para conseguir el efecto deseado o la intoxicación, o una clara disminución de los efectos con el uso continuado de la misma cantidad de sustancia.

c) Consumo perjudicial de alcohol:

Se refiere a 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 (Baigorri, 2006):

➤ Alcoholismo:

Es el consumo de bebidas alcohólicas a un nivel que interfiere con la salud física o mental, al igual que con las responsabilidades sociales, familiares, económicos o laborales. El alcoholismo es un tipo de drogadicción, en la cual hay tanto dependencia física como mental (Rocael, 2010):

Según la Organización Mundial de la salud, 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 (OMS 2001):

Fases del alcoholismo:

Los estudios de Schuckit en 1995 en los pacientes consideran las siguientes fases:

- **Fase pre alcohólica:** cuya acción aproximada es de 2 años, tiempo en que las libaciones alivia las tensiones y el paciente bebe en forma anormal y cada vez requiere más alcohol para

sentirse mejor. Esta fase pasa en forma inadvertida para requiere más para sentirse mejor.

- **Fase prodrómica:** dura un tiempo en 5 años aproximadamente y el bebedor va dependiendo más del licor; hay mayor avidez por la liberación.

Lo más importante de esta fase es la aparición de palimpsestos (amnesia de periodos, aun cuando los que lo observan lo notan aparentemente consciente y activo; el paciente no recuerdan como llego a su casa, le cuentan que peleo, se violentó lloro).

- **Fase básica o crucial:** dura entre 5 a 10 años. Aparece el síntoma “pérdida de control” o “incapacidad para atenderse”, o sea, cuando el paciente tomo una copa de licor, tiene el impulso de seguir bebiendo. “se le pica el diente”, como dicen y no “detenerse”, aparecen síntomas de dependencia y la disfrazo bebiendo después de las comidas y con el trago en ayunas.
- **Fase crónica:** aparece generalmente después de los 10 años, aun puede ser antes. Epidemiológicamente se observa que un paciente que pasan los 30 años de edad; son los que llegan a consultas médicas por los síntomas de dependencia. El síndrome de abstinencia o privación es nítido. El paciente acusa temblores, insomnio, pesadillas, alucinaciones transitorias, cuando ha dejado de beber.

2.1.4. Efectos del alcohol:

Los efectos según la cantidad de alcohol en sangre, según la clínica de la intoxicación etílica aguda la podemos dividir en cuatro fases (García, 2009).

- **Primer grado o menor:** Consumo: 0,5 - 0,8 g/1000 (1 L de cerveza).
 - Euforia, verborrea, sensación de omnipotencia.
 - No sensación de fatiga o cansancio.

15 JUL 2015



- Sensación subjetiva de aumento de reflejos.
- Incoordinación.
- **Segundo grado:** Consumo: 0,8 - 1,5 g/1000 (1,5 L de cerveza).
 - Reflejos alterados, torpeza motora, mayor irritabilidad.
 - Disforia, verborrea, incoherencia, para respuestas.
 - Desinhibición e impulsividad molesta y peligrosa.
- **Tercer grado:** Consumo: 1,5 a 4 g/1000 (2-3 L de cerveza).
 - Aumento de peligrosidad, disartria, ataxia.
 - Frecuentes caídas, visión borrosa o doble.
 - Conducta agresiva.
- **Cuarto grado:** Consumo: más de 4 g/1000 (más de 3 L de cerveza).
 - Depresión del SNC y a veces la muerte.
 - El estado de coma suele sobrevenir entre los 4-5 g/l de alcoholemia, en que la depresión bulbar conducirá al paro cardiorrespiratorio.

2.2.FUNCIONALIDAD FAMILIAR

2.2.1. Definición de familia:

La OMS define familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio" (OMS, 2000).

La familia es aquel grupo natural constituido por todas las personas que viven en un mismo hogar, comparten metas comunes, obligaciones y lazos afectivos, estén o no relacionados biológicamente (Gómez, 1994).

Otra definición de familia la califica como la unidad biopsicosocial integrada por un número variable de personas ligadas por vínculos de

consanguinidad, matrimonio y/o unión estable, y que conviven en el mismo lugar, teniendo entre sus funciones básicas la de proporcionar ayuda a sus miembros y la de establecer normas de conducta para los miembros (Orueta, 1993).

2.2.2. Tipo de familia según funcionalidad:

a) Familia funcional:

Según Olson propone el modelo circunflejo como un sistema para clasificar a las familias en funcional y disfuncional en donde los aspectos de cohesión, adaptabilidad y comunicación son básicos para determinar el funcionamiento familiar; lo cual el da la siguiente definición:

Cohesión familiar: es el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen unos con otros, refiriéndose al grado en el cual los miembros de la familia están separados o unidos, esta dimensión valora vínculos emocionales, límites familiares, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y recreaciones. Para clasificar a la familia (Olson, 1983).

Adaptabilidad familiar: son recursos que el sistema tiene para ser flexible y capaz al cambio, representando por las habilidades para cambiar su estructura de autoridad, roles y normas ante el estrés situacional o de desarrollo (Olson, 1983).

Comunicación familiar: la comunicación dentro de la familia puede conseguirse usando mensajes verbales, mensajes no verbales, mensajes implícitos; lo cual cuando uno de los canales de comunicación se ven afectados la funcionalidad se ve entorpecida (Olson, 1983).

Afectividad familiar: la afectividad es la necesidad que tenemos los seres humanos de establecer vínculos con otras personas, un clima afectivo adecuado constituye un factor de protección ante posibles

conductas de riesgo. Asimismo, una adecuada expresión de los afectos a lo largo del desarrollo evolutivo de los miembros de la familia, incide en otros factores de carácter individual, favorece el desarrollo saludable del autoconcepto, la autoestima, la aceptación personal, la seguridad en sí mismo, etc. (Fromm, 2002)

Por lo tanto, la expresión de afecto en la familia es fundamental; al principio cuando los miembros de la familia se relacionan a través de las sensaciones que perciben, las herramientas a utilizar son el contacto físico, la voz, la cercanía, etc. Más adelante, cuando aprenderán que los mensajes de valoración y cariño deben estar presentes. De esta forma entre los miembros se transmiten la seguridad afectiva que permitirá un desarrollo madurativo correcto (Fromm, 2002).

Armonía familiar: Se puede entender como armonía familiar un conjunto de aspectos que están presentes, pero que se complementan. Es la capacidad de las partes de integrarse, de unirse para formar un todo; es como una especie de trabajo en equipo (León, 2000).

Rol familiar: La familia como unidad o sistema es un campo privilegiado de observaciones e investigación de la interacción humana y por ende de la interacción social, la metáfora de la familia como aula primordial apunta como en su seno se instaura el proceso de socialización del hombre, es allí donde se tejen lazos afectivos, los modos de expresar el afecto, pero uno de los roles fundamentales de la familia es la transmisión de valores, ideales, pensamientos y conceptos de la sociedad a la que pertenece (León, 2000).

Se ha considerado a la familia como una familia funcional cuando es capaz de cumplir con sus funciones, enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital individual y familiar y la crisis por la que pueda atravesar (Huerta, 1998).

Una familia funcional es aquella que posee la mayor parte de las características de las familias funcionales a lo largo de un extenso periodo de tiempo (Isaacs, 1998).

Lo que hace funcional a la familia es la capacidad de resolución de problemas. Incluyendo el término de familia convencional (Jackson, 1965).

Por ende el funcionamiento familiar se explica por los distintos procesos del cambio que pueden facilitar y promover la adaptación de la familia a una situación determinada. La familia no es un recipiente pasivo sino un sistema intrínsecamente activo. Así, todo tipo de tensión, sea originada por cambios que ocurren dentro de la familia (la independencia de un hijo, una muerte, etc.) o que proceden del exterior (mudanzas, pérdida del trabajo, etc.) repercute en el sistema y en el funcionamiento familiar. Frente a estos cambios se requiere un proceso de adaptación, es decir, una transformación constante de las interacciones y de las reglas familiares capaces de mantener, por un lado, la continuidad de la familia y, por otro, permitir el crecimiento de sus miembros. Este doble proceso de continuidad y crecimiento ocurre a través de un equilibrio dinámico entre dos funciones aparentemente contradictorias, tendencia homeostática y capacidad de transformación. En este proceso actúan circuitos retroactivos a través de un complejo mecanismo de retroalimentación orientado hacia el mantenimiento de la homeostasis retroalimentación negativa o bien hacia el cambio retroalimentación positiva (Buelga y Musitu, 1993).

Características de una familia funcional

Según el autor Granada, en 1994 las características son:

- ***Son dialécticas:*** Es decir que evolucionan en un constante devenir. En ellas van a surgir circunstancias que promuevan su crecimiento individual y grupal, pero a la vez van a aparecer en

determinado momentos de su existencia crisis y contradicciones. A partir de estos dos aspectos aparentemente antagónicos: el crecimiento y la crisis, sus integrantes van a movilizar sus recursos para que su membrecía se afirme y movilice hacia un continuo desarrollo utilizando las crisis o antinomias como pulsión para su ulterior crecimiento. Ninguna familia permanece estática dado que su historia es un permanente devenir. Depende como una familia se organiza y moviliza para enfrentar sus problemas y crisis y posibilitar su crecimiento.

- ***Son dinámicas:*** La acción o conducta ilícitas por cada uno de sus integrantes influye en los comportamientos, sentimientos y pensamientos de sus demás integrantes y viceversa. Y es que la conjunción y la interacción entre ellos integra similares sucesos familiares, por lo tanto cada uno de sus integrantes puede definir y hasta pronosticar la posición, el comportamiento, las alianzas estratégicas, los sentimientos, las conductas reactivas, etc., de los demás miembros en base a la historia que los une y por el rol que les ha tocado desempeñar en el interior de la propia familia. Si la relación que establece determinado miembro hacia otro de su sistema es saludable, esto va a reverberar en los demás integrantes y viceversa, pero sino es saludable la repercusión tampoco lo será.

- ***Ser relativas:*** Toda familia surge en un determinado momento histórico y les brinda a sus integrantes protección, seguridad, afecto, expectativas para su desarrollo, como también de manera contradictoria- puede iniciar, desarrollar e implementar una serie de mecanismos psicológicos que hacen que se mantengan una serie de comportamientos no funcionales y prejuiciosos para sus integrantes y que convierten a la familia funcional en disfuncional, es decir nociva para el desarrollo saludable de sus integrantes.

- ***Estar en una situación relacional y compatible:*** Las características psicoculturales de la comunidad donde el sistema familiar se inserta, influyen en su estructura, funcionabilidad, sistema ideativo y viceversa. Se puede decir entonces que la particularidad de una familia en un determinado momento histórico de su ciclo vital puede desempeñar un rol saludable y positivo, propiciando el crecimiento y desarrollo de sus integrantes. Pero que con el transcurrir del tiempo, de mantenerse éstas mismas características particulares pueden convertirse en no saludables y tornarse anacrónicas, divergentes y reaccionarias a la evolución funcional de la familia y por lo tanto resistenciales y disfuncionales para el desarrollo de la salud mental de sus integrantes.

Según Isaacs, 1998 las características que dan 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.
- Define los roles y las responsabilidades de sus miembros (quién hace qué, cuándo, dónde y cómo).

b) Familia disfuncional:

La disfunción familiar puede manifestarse por medio de síntomas en sus integrantes como depresión en el adulto, lesión física en la esposa, síntomas somáticos en los adultos o niños, problemas de conducta o trastornos de simulación en los adolescentes y siempre que estos aparezcan deben ser tomados como un indicador de disfunción familiar (Huerta, 1998).

Una familia disfuncional es una familia en la que los conflictos, la mala conducta, y muchas veces el abuso por parte de los miembros individuales se produce continuamente y regularmente, lo que lleva a otros miembros a acomodarse a tales acciones. A veces los niños crecen en tales familias con el entendimiento de que tal disposición es normal. Las familias disfuncionales son principalmente el resultado de adultos dependientes, y también pueden verse afectados por las adicciones, como el abuso de sustancias (alcohol, drogas, etc.). Otros orígenes son las enfermedades mentales no tratadas, y padres que emulan o intentan corregir excesivamente a sus propios padres disfuncionales (James, 1997).

Características de una familia disfuncional:

Según James las familias disfuncionales presentan las siguientes características:

- La falta de empatía, comprensión y sensibilidad hacia ciertos miembros de la familia, mientras que, por otra parte, la expresión de empatía extrema hacia uno o más miembros de la familia.
- Negación (la negativa a reconocer el comportamiento abusivo).
- Inadecuados o inexistentes límites para uno mismo (por ejemplo, tolerar el tratamiento inadecuado de los demás,

- fallar en expresar lo que es un tratamiento aceptable e inaceptable, tolerancia de abuso emocional o sexual, o físico).
- La falta de respeto de los límites de los otros (por ejemplo, deshacerse de objetos personales que pertenecen a otros, el contacto físico que no le gusta a otra persona, romper promesas importantes sin causa justificada, violar a propósito un límite que otra persona ha expresado).
 - Extremos en conflicto (ya sea demasiada lucha o argumentación insuficiente entre los miembros de la familia).
 - Desigualdad o trato injusto de uno o más miembros de la familia debido a su sexo, edad (por ejemplo, las personas mayores, niños), habilidades, raza, posición económica, etc. (puede incluir frecuente actitud de apaciguamiento de un miembro a expensas de otros, o una desigual aplicación de las normas).

c) Familia moderadamente funcional:

Es una expresión intermedia entre la familia funcional y la familia disfuncional, de las categorías de que define el funcionamiento familiar (Viera, 2011).

d) Familia severamente disfuncional:

Es una expresión negativa de extremo de las categorías que define el funcionamiento familiar (Viera, 2011).

2.3.LA ADULTEZ:

Es la etapa comprendida entre los 20 y 64 años, como en el caso de las demás etapas, es muy difícil determinar en forma precisa, cuando comienza y cuando concluye. Su iniciación y duración depende de muchos factores tales como la salud, los hábitos de vida, el vigor físico, la alimentación, etc. (OMS, 2009)

En esta etapa de la vida el individuo normal alcanza la plenitud su evolución biológica y psíquica. Su personalidad y su carácter se presentan firmes y seguros (OMS, 2009).

En la edad adulta el ser humano adquiere pleno dominio de sus emociones y sus afectos lo que le permite enfrentar los distintos problemas que se le presentan. Es la etapa en que hombres y mujeres forman una familia y se independizan plenamente de sus padres. Ello implica grandes responsabilidades, en especial relacionadas con la educación de sus hijos. La adultez abarca entre los 30 y los 60 – 65 años, y se divide generalmente en 2 etapas: la primera, la del adulto joven, puede durar hasta los 40 – 45 años. La segunda, la del adulto mayor, está signada por una serie de cambios físicos. En las mujeres, es la época de la menopausia, cuando la menstruación cesa y con ella la capacidad generativa. Los hombres también ingresan al climaterio, aunque los cambios son menos bruscos (González, 2003).

2.3.1. Etapas de la adultez:

Según el MINSA, 2001 considera las siguientes etapas:

- **Adulto joven:** entre los 20-24 años, más próximo al adolescente que a otros adultos.
- **Adulto intermedio:** entre los 25-54 años, económicamente independientes y socialmente responsables.
- **Adulto pre-mayor:** mayor de 55-64 años; se alcanza la madurez de la vida.

2.4. TEORÍAS Y MODELOS:

Dorotea Orem “Teoría General de la Enfermería”

El presente modelo está enfocado en la investigación porque Orem define a la persona como el paciente, un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, y con potencial para aprender y desarrollarse. Con capacidad para autoconocerse; puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; si no fuese así, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados. Además el entorno es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.

Hildegarde Peplau “Relaciones Personales”

El presente modelo está enfocado en la investigación ya que sus fuentes teóricas están centradas en la biología y en las ciencias conductuales, y evolucionó en la teoría de las relaciones interpersonales. Se apoya en los cuidados de la enfermería psicodinámica, para ello hay que comprender nuestra conducta para poder ayudar a los demás, y así aplicar los principios de las relaciones humanas.

Doroty Johnson. “Modelo de Sistemas Conductuales”

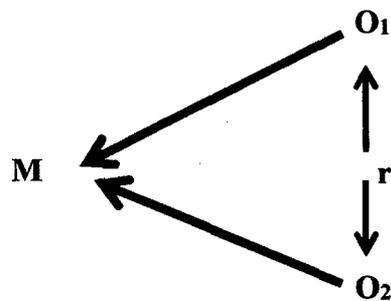
El presente modelo está enfocado a la investigación porque Considera a la persona como un sistema conductual compuesto de una serie de subsistemas interdependientes e integrados, modelo basado en la psicología, sociología y etnología. Según su modelo la enfermería considera al individuo como una serie de partes interdependientes, que funcionan como un todo integrado. Cada subsistema conductual tiene requisitos estructurales (meta, predisposición a actuar, centro de la acción y conducta) y funcionales (protección de las influencias dañinas, nutrición y estimulación) para aumentar el desarrollo y prevenir el estancamiento. Son siete Dependencia, Alimentación, Eliminación, Sexual, Agresividad, Realización y afiliación. El individuo trata de mantener un sistema balanceado, pero la interacción ambiental puede ocasionar inestabilidad y problemas de salud. La intervención de enfermería sólo se ve implicada cuando se produce una ruptura en el equilibrio del sistema.

III.MATERIAL Y MÉTODO:

3.1.TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

El presente estudio fue de enfoque cuantitativo; de nivel relacional; de tipo de investigación: según la manipulación de variable fue observacional, según la planificación de la toma de datos fue prospectivo, según el nivel de medición de la variable fue transversal y según el nivel de interés de las variables estadísticas fue analítico (Supo, 2012).

El diseño de investigación fue de tipo relacional, cuyo diagrama es el siguiente:



Dónde:

M= Adultos que consumen alcohol del anexo de Taquia del distrito de Chachapoyas 2014.

r = Relación de las variables.

O₁= Consumo de alcohol.

O₂ = Funcionalidad familiar.

3.2.UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA:

3.2.1. Universo:

Se consideró a todos los adultos del anexo de Taquia del distrito de Chachapoyas, que se encontraron entre los 20 y los 64 años y cuyo número es de 280 pobladores. (INEI, 2014).

Criterio de inclusión:

- Adultos intermedios que tenían edades entre los 25 a 54 años. (clasificación según MAIS)
- Adultos que consumieron alcohol por lo menos una vez.

Criterio de exclusión:

- Adultos que no desearon participar.
- Adultos que no asistieron el día de la toma de datos.

3.2.2. Población:

Se consideró como población a las personas adultas entre 25 y 54 años, del anexo de Taquia del distrito de Chachapoyas, según los datos de INEI, en tal sentido la población estuvo conformada por 204 adultos. (Fuente: Test de AUDIT aplicado en el estudio)

3.2.3. Muestra:

Para la muestra se utilizó la siguiente formula:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}$$

Dónde:

n= es el tamaño muestral.

N= es el tamaño de la población de 204 adultos según los datos del INEI.

Z= es el valor correspondiente a la distribución de Gauss de 1.96.

p= proporción esperada de la característica de evaluar de 0.1.

q= es 1- p (q= 0.9)

d= es el error de muestreo de 0.05.

Reemplazando tenemos:

$$n = \frac{(204) (1.96)^2 (0.1) (0.9)}{(0.05)^2 (204 - 1) + (1.96)^2 (0.1) (0.9)}$$

n= 83

En cuanto a la selección de la muestra se utilizó el muestreo probabilístico por la alta precisión que ofrece, y para la selección de la muestra el aleatorio simple. En consecuencia la muestra estuvo conformado por 83 personas adultas del anexo de Taquia, Chachapoyas 2014.

3.3. MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

3.3.1. Método: Se utilizó la encuesta. (Canales, 1994)

3.3.2. Técnica: Se utilizó el cuestionario. (Canales, 1994)

3.3.3. Instrumento para la recolección de datos: Se utilizó dos instrumentos:

a) Para la V1: Consumo de alcohol se utilizó el “Test de Identificación de Trastorno por Consumo de Alcohol” (AUDIT; OMS) (Anexo 03), el cual fue modificado por Luisa Crisólogo (2012). Constó de las siguientes partes: introducción, instrucciones, datos generales (edad, sexo, procedencia y cuestionario de 10 ítems), dicho instrumento fue validado por Luisa Crisólogo (2012); llegando a una validez de 6.772 y una confiabilidad de 0.9401 (anexo 10); lo que indica que el instrumento es adecuado y confiable. Este instrumento permitió recoger información sobre el consumo de alcohol en las dimensiones seleccionadas y poder clasificar en los niveles respectivos como:

- Dimensión: consumo de riesgo de alcohol
 - Nivel alto: 10 – 12 puntos
 - Nivel moderado: 07 – 09 puntos.
 - Nivel medio: 04 – 06 puntos
 - Nivel sin riesgo: 00 – 03 puntos
- Dimensión: síntomas de dependencia
 - Nivel alto: 10 – 12 puntos
 - Nivel moderado: 07 – 09 puntos.

- Nivel medio: 04 – 06 puntos.
- Nivel sin riesgo: 00 – 03 puntos.
- Dimensión: consumo perjudicial de alcohol
 - Nivel alto: 13-16 puntos
 - Nivel moderado: 09-12 puntos
 - Nivel medio: 05-08 puntos
 - Nivel sin riesgo: 00-04 puntos.

b) Para la V2: funcionamiento familiar se utilizó el “Test de Funcionamiento Familiar FF – SIL” dicho instrumento fue una prueba que consistió en la evaluación de la dinámica en las relaciones intrafamiliares. El cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF - SIL), fue validado por Espejel (1987, 1994) y modificado por López Nicolás (2003) presentando una validez de 3.82 y una confiabilidad de 0.93, (anexo 11) esta prueba aportó información para medir las dimensiones que fueron: cohesión, roles, armonía, comunicación, afectividad, permeabilidad, adaptabilidad, y constó de catorce afirmaciones que componen la prueba, para el presente estudio no se modificó el instrumento, la escala de investigación, la escala para los ítems es lo siguiente:

- Casi nunca (1).
- Pocas veces (2).
- A veces (3).
- Muchas veces (4).
- Casi siempre (5).

Las categorías de funcionamiento familiar fueron:

- Familia funcional = 57 -70 puntos.
- Familia moderadamente funcional = 43 – 56 puntos.
- Familia disfuncional = 28 – 42 puntos.

- Familia severamente disfuncional = 14 – 27 puntos.

3.3.4. Recolección de Datos:

Se procedió de la siguiente manera.

- Se realizó, en una primera vista, el reconocimiento del anexo de Taquia.
- Se realizó una solicitud a decanatura la Facultad de Enfermería a fin de que se pueda realizar los trámites de permiso a las autoridades del anexo de Taquia para la realización del proyecto de investigación.
- Se hizo una segunda visita a las autoridades locales, a fin de realizar la solicitud formal y las coordinaciones correspondientes sobre la realización de estudio, para lo cual se llevó el documento de solicitud de la Facultad de Enfermería.
- Se coordinó con el presidente de la comunidad realizar dos reuniones con las personas adultas del anexo del Taquia en el local comunal, en la cual se programó la aplicación del instrumento.
- Durante el desarrollo de la reunión con los pobladores se informó previamente a los asistentes sobre los objetivos de la investigación y los pormenores de la misma, para luego proceder a la aplicación de los instrumentos.
- Se entregó a cada asistente los formularios de los test, dándoles un tiempo de 20 minutos para su llenado.
- Para determinar la población consumidora de alcohol que debía participar en el estudio; se aplicó el instrumento test de AUDIT a todos 83 adultos que se identificaron en 2 visitas, que se realizaron a dicho anexo cuya finalidad fue incluir a todos aquellos que habían consumido alcohol en el algún momento durante los tres últimos meses y de excluir a aquellos que no lo habían hecho.
- El test de AUDIT aplicado arrojó que todos los adultos habían consumido alcohol por lo menos una vez en los últimos tres meses, por tanto se consideró a todos los participantes dentro del estudio de acuerdo a muestra.

- Terminado el procedimiento se recogieron los instrumentos llenos y se dieron los agradecimientos correspondientes a los pobladores.
- Finalmente se elaboró la tabulación de las mediciones obtenidas para su respectivo análisis estadístico.

3.4. ANÁLISIS DE DATOS:

La información recolectada se procesó en el software estadístico SPSS versión 20 y la hoja de cálculo Excel 2010; se elaboraron tablas de frecuencias simples y de contingencia o tabulación cruzada para medir la relación entre las variables de estudio (V_1 = consumo de alcohol y V_2 = 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% confianza y un 5% de margen de error).

Para la presentación de los datos, se realizó con distribución de frecuencias mostradas en tablas simples y de contingencia, los cuales se presentan en gráficos de barra.

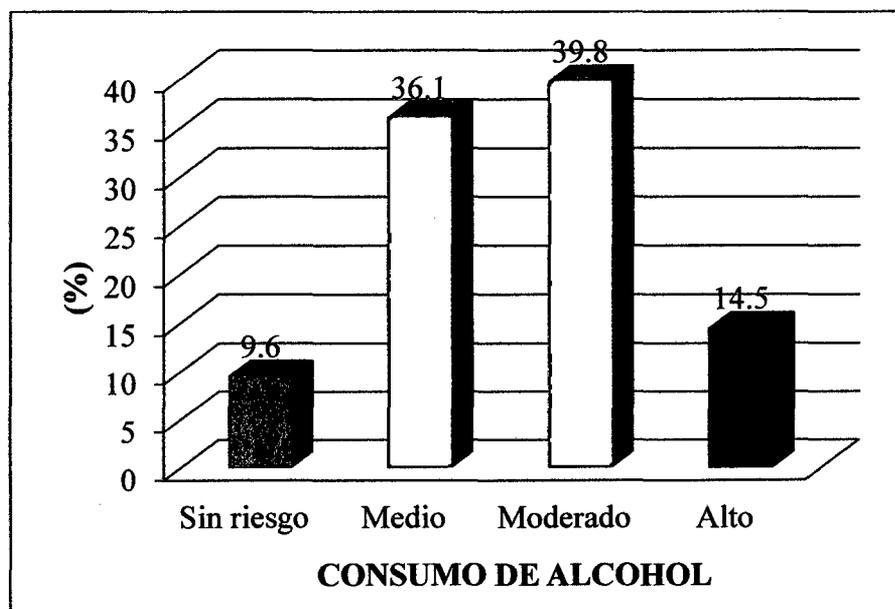
IV.RESULTADOS:

TABLA 1: Consumo de alcohol según categorías de los adultos del anexo de Taquia, Chachapoyas 2014.

CONSUMO DE ALCOHOL	fi	%
Nivel sin riesgo	8	9.6
Nivel medio	30	36.1
Nivel moderado	33	39.8
Nivel alto	12	14.5
Total	83	100

Fuente: Test AUDIT aplicado.

GRÁFICO 1: Consumo de alcohol según categorías de los adultos del anexo de Taquia, Chachapoyas 2014.



Fuente: tabla 1.

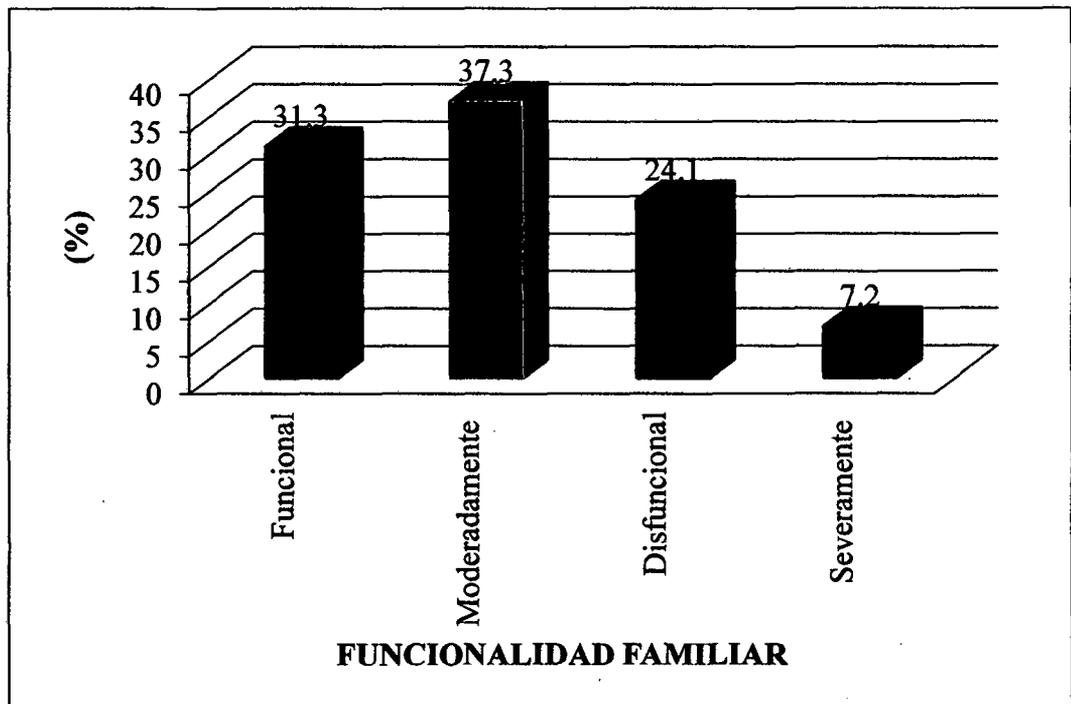
En la tabla/gráfico 1, se observa que del 100% (83) de los adultos evaluados con el Test AUDIT, el 39,8% (33) presentaron consumo de alcohol en un nivel moderado, el 36.1% (30) presentaron consumo de alcohol en un nivel medio, el 14.5% (12) presentaron consumo de alcohol en un nivel alto y sólo el 9.6% (8) presentaron consumo de alcohol en un nivel sin riesgo.

TABLA 2: Funcionalidad familiar en los adultos del anexo de Taquia, Chachapoyas 2014.

Funcionalidad Familiar	fi	%
Funcional	26	31.3
Moderadamente	31	37.3
Disfuncional	20	24.1
Severamente	6	7.2
Total	83	100

Fuente: Test de funcionalidad familiar FF-SIL, aplicado.

GRÁFICO 2: Funcionalidad familiar en los adultos del anexo de Taquia, Chachapoyas 2014.



Fuente: Tabla 2.

En la tabla/gráfico 2, se observa que del 100% (83) de los adultos evaluados el 37.3% (31) tienen familia moderadamente funcional, el 31.3% (26) tienen familia funcional, el 24.1% (20) tienen familia disfuncional y el 7.2% (6) tiene familia severamente funcional.

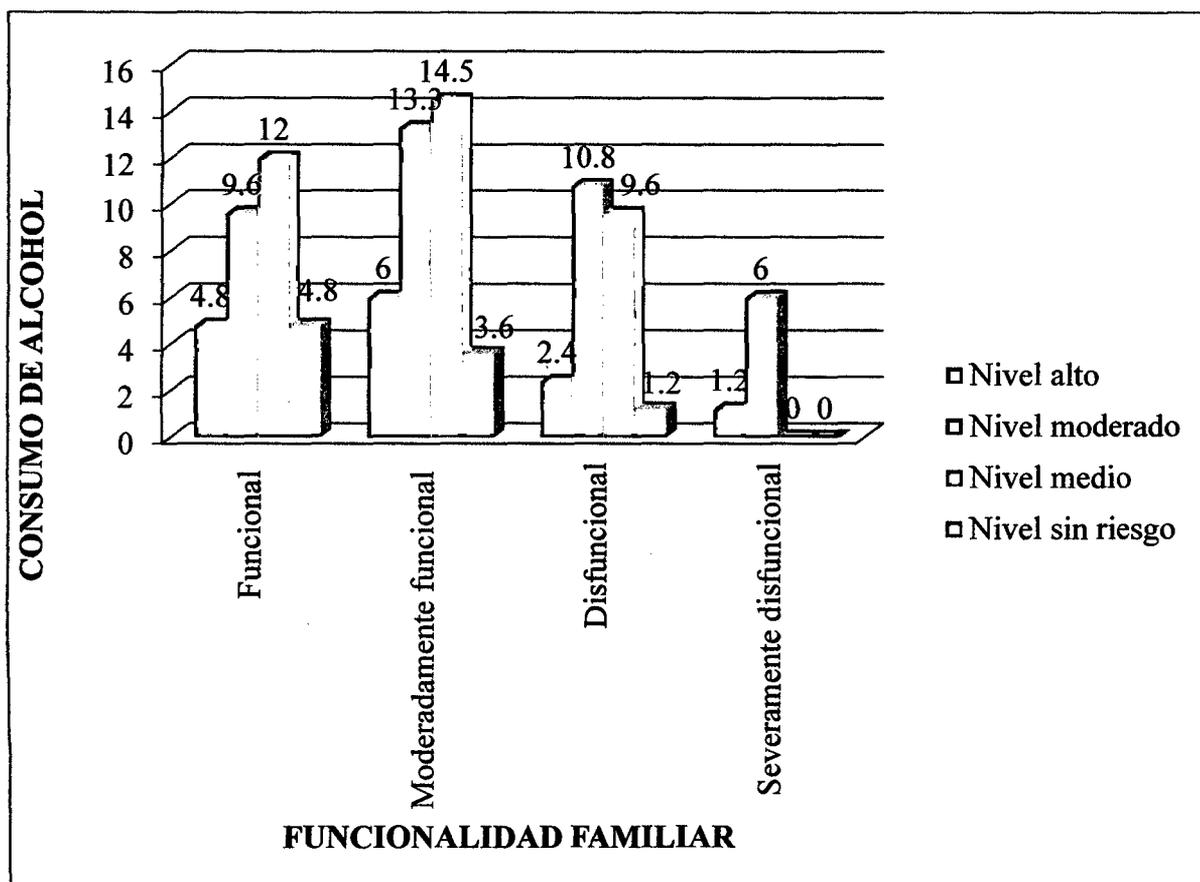
TABLA 3: Consumo de alcohol y funcionalidad familiar de los adultos del anexo de Taquia, Chachapoyas 2014.

Nivel de Consumo de Alcohol	Funcionalidad Familiar									
	Moderadamente					Severamente				
	Funcional		funcional		Disfuncional		disfuncional		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Alto	4	4.8	5	6	2	2.4	1	1.2	12	14.5
Moderado	8	9.6	11	13.3	9	10.8	5	6	33	39.8
Medio	10	12	12	14.5	8	9.6	0	0	30	36.1
Sin riesgo	4	4.8	3	3.6	1	1.2	0	0	8	9.6
TOTAL	26	31.3	31	37.3	20	24.1	6	7.2	83	100

Fuente: Test de AUDIT y Test de Funcionalidad familiar FF-SIL, aplicado.

$X^2 = 8.306$ $gl = 9$ $p = 0,504 > 0.05$ (no hay relación)

GRÁFICO 3: Consumo de alcohol y funcionalidad familiar de los adultos del anexo de Taquia, Chachapoyas 2014.



Fuente: Tabla 3.

En la tabla/gráfico 3: El 14.5% (12) presenta un consumo de alcohol en nivel medio y tienen una familia modernamente funcional; el 13.3% (11) presenta un consumo de alcohol en un nivel moderado y tienen una familia moderadamente funcional; el 12% (10) presenta un consumo de alcohol en un nivel medio y tienen una familia funcional; el 10.8% (9) presenta un consumo de alcohol en un nivel moderado y tienen una familia disfuncional; el 9.6% (8) presenta un consumo de alcohol en un nivel moderado y tiene una familia funcional; de la misma manera el 9.6% (8) presenta un consumo de alcohol en un nivel medio y tiene una familia disfuncional; el 6% (5) presenta un consumo de alcohol y tienen una familia moderadamente funcional; el 6% (5) de los encuestados presentan un consumo de alcohol en un nivel alto y tienen familia moderadamente funcional; de la misma manera el 6% (5) presenta un consumo de alcohol en un nivel moderado y tienen una familia severamente disfuncional; el 4.8% (4) presenta un consumo de alcohol en un nivel alto y tiene una familia funcional, con el mismo porcentaje se tiene encuestados que presentaron

un consumo de alcohol en un nivel sin riesgo y tienen una familia funcional; el 3.6% (3) presenta un consumo de alcohol en un nivel sin riesgo y tienen una familia moderadamente funcional; el 2.4% (2) presenta un consumo de alcohol en un nivel alto y presenta una familia disfuncional; el 1.2% (1) presenta un consumo de alcohol en un nivel sin riesgo y presenta una familia disfuncional y el 0% (0) presentan un consumo de alcohol sin riesgo y tiene una familia severamente disfuncional.

Los resultados obtenidos en la prueba de Ji cuadrado ($X^2 = 8.306$, $gl = 9$, $p = 0.504 > 0.05$) indican que no existe relación entre consumo de alcohol y funcionalidad familiar de los adultos que están en estudio.

V. DISCUSIÓN:

En la Tabla/gráfico 1, se observa que del 100% (83) de los adultos evaluados con el Test AUDIT, el 39,8% (33) presentaron consumo de alcohol en un nivel moderado, el 36.1% (30) presentaron consumo de alcohol en un nivel medio, el 14.5% (12) presentaron consumo de alcohol en un nivel alto y sólo el 9.6% (8) presentaron consumo de alcohol en un nivel sin riesgo.

Por otra parte se observa que el mayor porcentaje de consumo de alcohol de los adultos se encuentra entre las edades de 36 a 45 con un 20.5%, lo cual presentan un consumo de alcohol de un nivel moderado, seguido de un 15.7% que presentan un consumo de alcohol de un nivel medio; de la misma manera los adultos que se encuentran entre las edades de 46 a 56 años con un 13.3% presentan un consumo de alcohol de un nivel medio; esto indica que el consumo de alcohol se presenta en un nivel medio a moderado (Anexo 3).

Además se puede ver del total de adultos que consumieron alcohol, los varones representan un 54.2% con mayor incidencia está en un nivel de consumo moderado y las mujeres presentan un 45.8% con mayor incidencia en el nivel de consumo moderado; esto demuestra que la mayor incidencia de consumo de alcohol se encuentra en un nivel moderado en ambos sexos (Anexo 4).

Al respecto, Camacho A, (2001), en su investigación “Consumo de alcohol en universitarios relación funcional con los factores sociodemográficos, las expectativas y la ansiedad social”, en el que concluyó que un mayor porcentaje de mujeres presentaron un consumo moderado de alcohol (56.1); en cuanto a los hombres se encontró una mayor proporción de consumo abusivo de alcohol (40.9%) y una menor proporción para el consumo moderado de alcohol (28.2%).

Por otro lado Room (2005) refiere que el consumo de bebidas alcohólicas es el abuso de alcohol lo cual es definido como un patrón de consumo de bebidas que es acompañado por una o más de las siguientes situaciones en un periodo de 12 meses los cuales se manifiestan por: No cumplir con responsabilidades del trabajo, universidad o del hogar, beber alcohol durante actividades que son físicamente

peligrosas tales como operar maquinarias o manejar un automóvil, tener problemas frecuentes relacionados con el alcohol tales como ser arrestado por guiar bajo la influencia de alcohol o por lastimar físicamente a alguien mientras está embriagado (borracho) y continuar bebiendo a pesar de tener problemas constantemente al relacionarse con otras personas que son causados o empeorados por los efectos del alcohol.

De igual manera Prince (2004) manifiesta que las bebidas alcohólicas son aquellas en cuya composición está presente el etanol en forma natural o adquirida, y cuya concentración sea igual o superior al 1 por ciento de su volumen. Existen dos tipos de bebidas alcohólicas: Las bebidas fermentadas, las cuales proceden de frutas o de cereales que por acción de levaduras, convierten el azúcar en alcohol. Las bebidas fermentadas más comunes son el vino, la cerveza y la sidra, la cerveza se obtiene a partir de la malta, procedente de la transformación de la cebada y otros cereales. Para conseguir el sabor amargo se le añade lúpulo. Su contenido de alcohol suele oscilar entre los 4-6 grados, la sidra procede de las manzanas trituradas y fermentadas. Su contenido en alcohol suele oscilar alrededor de los 5 grados y las bebidas destiladas, se consiguen eliminando mediante calor, a través de la destilación, una parte del agua contenida en las bebidas fermentadas. El principio básico de esta acción reside en que el alcohol se evapora a 78 grados y el agua a 100 grados, por consiguiente tienen más alcohol que las bebidas fermentadas, entre 30-50 grados.

De tal manera se puede decir que de los adultos encuestados presentan un mayor porcentaje de consumo de alcohol moderado, con estos resultados indica que existe la presencia de una inclinación al consumo de alcohol, los adultos ya presentan un estilo de vida ya definido entre ellos el consumo de alcohol pertenece a sus estilos de vida, lo cual dicho consumo cada vez se vuelve de manera persistente, conllevando a un consumo perjudicial para la persona y para la sociedad, afectando a los miembros de su familia. Lo que más consumen los pobladores son las bebidas fermentadas, por la fácil accesibilidad que ellos tienen a dichas bebidas, además ellos mismos los preparan para satisfacer sus necesidades de consumo; por otra parte al comparar los resultados de la presente investigación con los antecedentes se

puede evidenciar una similitud ya que ambos resultados presentan mayor porcentaje en el consumo de alcohol moderado.

De la misma forma se observa que el 100% (83) de los adultos encuestados, muestran una distribución según las dimensiones siguientes: en la primera dimensión: consumo de riesgo de alcohol: la mayor incidencia está en el nivel medio que presento 43% (36); en la segunda dimensión: Síntomas de dependencia: la mayor incidencia está en el nivel medio con 33% (40) y en la tercera dimensión: Consumo perjudicial de alcohol, la mayor incidencia está en el nivel medio con un 37% (31) (Anexo 5).

En tal sentido Jacobsen (1989) nos dice que el consumo de riesgo de alcohol involucra a todos los grupos de edad, todos los estratos de la sociedad europea y a todos los países, aunque a aquellos con desventajas sociales les afectan de forma desproporcionada. Los jóvenes y adultos soportan de forma relativa una parte desproporcionada de esta carga ya que el alcohol origina el 25% de la mortalidad en los hombres y del 10% en las mujeres. Diversos estudios muestran que un mayor nivel socioeconómico se relaciona con mayor frecuencia de consumo, en particular para las mujeres. Los hombres con más educación tienen menos probabilidades de ser bebedores problema, en contraste con un efecto inverso encontrado en las mujeres. Se ha encontrado consistente evidencia que las personas con menor nivel socioeconómico se abstienen con mayor probabilidad de consumir alcohol. Sin embargo la intoxicación etílica y la dependencia del alcohol son más probables en aquellas personas con menor nivel socioeconómico, y esto ocurre en ambos sexos.

En cuanto al consumidor dependiente la OMS (2001) refiere que es un estado psíquico y generalmente también físico, resultante de la ingestión de alcohol, caracterizado por respuestas de comportamiento y otros, que siempre incluye la compulsión a beber alcohol de manera continua o periódica para experimentar sus efectos psíquicos y algunas veces para evitar el malestar de la abstinencia; puede haber tolerancia o no estar presente.

De la misma manera 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.

De los resultados, se observa que en la primera dimensión: consumo de riesgo de alcohol, la mayor incidencia está en el nivel medio (43%) entendiéndose que los adultos consumen alcohol con frecuencia media, esto se entiende que los adultos ya tienen un estilo de vida definido, con la cual se evidencia que cada vez el incremento de consumo de alcohol se hace más. Respecto a la segunda dimensión: Síntomas de dependencia, la incidencia se presenta en el nivel medio (33%), esta dimensión, correlacional es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol. De otra manera la tercera dimensión: Consumo perjudicial de alcohol, encontramos que la mayor incidencia está en el nivel medio (37%), esta dimensión, se refiere a aquel que conlleva consecuencia para la salud física y mental, aunque algunos también incluyen las consecuencias sociales entre los daños causados por el alcohol. El grupo de los adultos encuestados presentan un nivel medio de consumo de alcohol.

En la tabla/gráfico 2, se observa que del 100% (83) de los adultos evaluados el 37.3% (31) tienen familia moderadamente funcional, el 31.3% (26) tienen familia funcional, el 24.1% (20) tienen familia disfuncional y el 7.2% (6) tiene familia severamente funcional.

Por otra parte según las edades de los adultos el 18.1% presenta una familia moderadamente funcional y se encuentran entre las edades de 36 a 45 años, seguido de un 13.3% lo cual pertenecen a familias funcionales y se encuentran en el mismo grupo de edad; los adultos que se encuentran entre las edades de 25 a 35 años pertenecen a familias moderadamente funcionales con un 10.8%; y los adultos que se encuentran entre las edades de 46 a 54 años pertenecen a familias funcionales con un 13.3%; con la cual se puede decir que las familias de los adultos encuestados presentan una funcionalidad modera a una familia funcional (Anexo 6)

Por otra parte los varones con un 22.9% pertenecen a familias moderadamente funcional, seguido de un 16.9% que pertenecen a familias funcionales; las mujeres presentan un 14.5% que pertenecen a familias moderadamente funcionales y un 13.3% pertenecen a familias disfuncionales; con la cual se deduce que tanto en varones como en mujeres predomina la familia moderadamente funcional (Anexo 7).

Al respecto Culqui (2012) en su estudio sobre funcionalidad familiar e iniciación sexual realizado en adolescentes del 3ro y 5to de secundaria realizado en la ciudad de Chachapoyas obtuvo que el 57.1% de adolescentes provienen de una familia moderadamente funcional siendo estos resultados similares al presente estudio.

De la misma forma, Camacho, P (2009), en Lima, realizó una investigación de tipo descriptivo de corte transversal titulada “funcionalidad familiar según el modelo Circumplejo de Olson en adolescentes” obtenido por resultados que más de la mitad representa a familias con funcionamiento familiar no saludable y con tendencia a la disfuncionalidad, con extrema separación emocional y poco involucramiento entre sus miembros, siendo que los roles de cada miembro no son claros causando frecuentes cambios en las reglas y decisiones parentales.

Por ende Buelga y Musitu (1993) dice que el funcionamiento familiar se explica por los distintos procesos del cambio que pueden facilitar y promover la adaptación de la familia a una situación determinada. La familia no es un recipiente pasivo sino un sistema intrínsecamente activo. Así, todo tipo de tensión, sea originada por

cambios que ocurren dentro de la familia (la independencia de un hijo, una muerte, etc.) o que proceden del exterior (mudanzas, pérdida del trabajo, etc.) repercute en el sistema y en el funcionamiento familiar. Frente a estos cambios se requiere un proceso de adaptación, es decir, una transformación constante de las interacciones y de las reglas familiares capaces de mantener, por un lado, la continuidad de la familia y, por otro, permitir el crecimiento de sus miembros. Este doble proceso de continuidad y crecimiento ocurre a través de un equilibrio dinámico entre dos funciones aparentemente contradictorias, tendencia homeostática y capacidad de transformación. En este proceso actúan circuitos retroactivos a través de un complejo mecanismo de retroalimentación orientado hacia el mantenimiento de la homeostasis retroalimentación negativa o bien hacia el cambio retroalimentación positiva.

De tal forma al comparar los resultados de la presente investigación con los antecedentes, se aprecia que presentan similitud ya que el mayor porcentaje de los encuestados pertenecen a familias moderadamente funcionales, no se encontró un mayor porcentaje de familias funcionales porque en la actualidad existen varios factores que alteran la funcionalidad familiar.

Por otro lado de los adultos encuestados, muestran una distribución según las dimensiones siguientes: en la primera dimensión: Cohesión, se encontró que el 74.7% (62) tiene familia funcional; la segunda dimensión: Armonía, se encontró que el 75.9% (63) tienen familias funcionales; la tercera dimensión: Comunicación, se encontró que el 78.3% (65) tienen familia funcional; en la cuarta dimensión: Permeabilidad, se encontró que el 77.1% (64) tienen familia funcional; en la quinta dimensión: Afectividad, se encontró que el 79.1% (66) tienen familia funcional; en la sexta dimensión: Roles, se encontró que el 77.1% (64) tienen familia funcional y en la séptima dimensión: Adaptabilidad, se encontró que el 77.1% (64) tienen familia funcional (Anexo 8)

Al respecto la teoría de la Organización sistemática propuesta por M.L. Friedemann, respalda la siguiente investigación, debido que esta teoría permite realizar una valoración al individuo y la familia, al describir y explicar sus patrones

de conducta, además de formular intervenciones que ayuden a la familia a lograr obtener congruencia y por tanto, controlar la ansiedad. Esta teoría nos permite realizar investigaciones sobre funcionalidad familiar y su influencia en el comportamiento de los individuos; también tiene la capacidad de despertar el interés y profundizar diseñando planes de cuidado o intervenciones individuales y grupales que promuevan la funcionalidad, en orden a alcanzar los propósitos personales y familiares, con el propósito de explicar cómo es el funcionamiento y la interacción entre los diferentes sistemas: individual,, familiar, social y medioambiente (Morfogénesis) (Friedemann, 1989).

En cuanto la Olson (1983), con respecto a la dimensión: Cohesión familiar, refiere que es el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen unos con otros, refiriéndose al grado en el cual los miembros de la familia están separados o unidos, esta dimensión valora vínculos emocionales, límites familiares, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y recreaciones. Para la dimensión: Adaptabilidad familiar, refiere que son recursos que el sistema tiene para ser flexible y capaz al cambio, representando por las habilidades para cambiar su estructura de autoridad, roles y normas ante el estrés situacional o de desarrollo. De la misma manera para la dimensión: Comunicación familiar, puede conseguirse usando mensajes verbales, mensajes no verbales, mensajes implícitos; lo cual cuando uno de los canales de comunicación se ven afectados la funcionalidad se ve entorpecida.

De la misma manera Fromm (2002) en la dimensión: Afectividad familiar: refiere que es la necesidad que tenemos los seres humanos de establecer vínculos con otras personas, un clima afectivo adecuado constituye un factor de protección ante posibles conductas de riesgo. Asimismo, una adecuada expresión de los afectos a lo largo del desarrollo evolutivo de los miembros de la familia, incide en otros factores de carácter individual, favorece el desarrollo saludable del autoconcepto, la autoestima, la aceptación personal, la seguridad en sí mismo.

Por otra parte León (2000) en la dimensión: Armonía familiar: Se puede entender como un conjunto de aspectos que están presentes, pero que se complementan,

además es la capacidad de las partes de integrarse, de unirse para formar un todo; es como una especie de trabajo en equipo. De la misma manera en la dimensión: Rol familiar manifiesta que, la familia es como una unidad o sistema es un campo privilegiado de observaciones e investigación de la interacción humana y por ende de la interacción social, la metáfora de la familia como aula primordial apunta como en su seno se instaura el proceso de socialización del hombre, es allí donde se tejen lazos afectivos, los modos de expresar el afecto, pero uno de los roles fundamentales de la familia es la transmisión de valores, ideales, pensamientos y conceptos de la sociedad a la que pertenece (León, 2000).

Con respecto a los datos obtenidos del presente trabajo de investigación se evidencia que de las personas encuestadas presentan un mayor porcentaje que pertenecen a familias funcionales, dichas dimensiones son el reflejo de patrones de conducta que pertenece cada adulto encuestado, los cuales son fundamentales para el desarrollo de la integridad familiar, fortalecer los lazos que los unen a cada integrante de una familia. Las organizaciones más grandes se dan por las buenas relaciones familiares, con estos resultados encontrados en la presente investigación se deduce que la gran mayoría de los encuestado tienen bien definidos los pilares de la familia.

En la tabla/gráfico 3: El 14.5% (12) presenta un consumo de alcohol en nivel medio y tienen una familia modernamente funcional; el 13.3% (11) presenta un consumo de alcohol en un nivel moderado y tienen una familia moderadamente funcional; el 12% (10) presenta un consumo de alcohol en un nivel medio y tienen una familia funcional; el 10.8% (9) presenta un consumo de alcohol en un nivel moderado y tienen una familia disfuncional; el 9.6% (8) presenta un consumo de alcohol en un nivel moderado y tiene una familia funcional; de la misma manera el 9.6% (8) presenta un consumo de alcohol en un nivel medio y tiene una familia disfuncional; el 6% (5) presenta un consumo de alcohol y tienen una familia moderadamente funcional; el 6% (5) de los encuetados presentan un consumo de alcohol en un nivel alto y tienen familia moderadamente funcional; de la misma manera el 6% (5) presenta un consumo de alcohol en un nivel moderado y tienen una familia severamente disfuncional; el 4.8% (4) presenta un consumo de alcohol en un nivel

alto y tiene una familia funcional, con el mismo porcentaje se tiene encuestados que presentaron un consumo de alcohol en un nivel sin riesgo y tienen una familia funcional; el 3.6% (3) presenta un consumo de alcohol en un nivel sin riesgo y tienen una familia moderadamente funcional; el 2.4% (2) presenta un consumo de alcohol en un nivel alto y presenta una familia disfuncional; el 1.2% (1) presenta un consumo de alcohol en un nivel sin riesgo y presenta una familia disfuncional y el 0% (0) presentan un consumo de alcohol sin riesgo y tiene una familia severamente disfuncional.

Al respecto Crisólogo, L (2012) en su estudio el cual cuyo objetivo de estudio fue: determinar la relación que existe entre funcionalidad familiar y consumo de alcohol; cuyos resultados fueron que un 17,9% (10) distribuidos según su incidencia en los niveles de consumo de alcohol según el detalle siguiente: nivel medio 7,1% (04), nivel sin riesgo 3,6% (02), nivel moderado tiene 3,6 (02) y en nivel alto el 3,6% (02); en la segunda categoría: familia con funcionalidad moderada tiene el 39,3% (22) distribuidos según su incidencia en los moderados 7,1% (04) y en nivel de riesgo el 3,6 (02); en la tercera categoría: familia disfuncional que tiene el 42,8% (24) distribuido según su incidencia en los niveles de consumo de alcohol: nivel medio 17,9% (10), nivel moderado 5,3% (03) y en nivel sin riesgo el 1,8% (01); con la prueba del Chi- cuadrado no se encuentra relación entre ambas variables.

Así mismo Musitu y Murgui, (2007). Cuyo estudio es analizar la relación que existe entre el funcionamiento familiar y el consumo de sustancias alcohólicas en los adolescentes. Los resultados fueron: que un 82% existe relación entre funcionalidad familiar y consumo de sustancias alcohólicas; llegando a la siguiente conclusión: que la familia es el seno de aprendizaje y adaptabilidad al mundo, con la cual se va desarrollar una serie de actividades en el medio externo.

Por otra parte Serrano (2007). Cuyo estudio es la relación existente entre el contexto y el funcionamiento familiar y los recursos psicológicos que llega a desarrollar el adolescente y el consumo de sustancias; con la cual obtuvieron los siguientes resultados: Relación entre la tipología familiar y los recursos y el

consumo de alcohol, los resultados muestran que 162 sujetos manifiestan tener una alta comunicación (puntuaciones altas en las subescalas de apertura y bajas en las subescalas de dificultades) con su familia, mientras que 122 reconocen tener baja comunicación (puntuaciones bajas en apertura y altas en dificultades con ambos progenitores). Y en la correlación de Tipología familiar y consumo de alcohol, se encontró que los resultados de este análisis muestran la existencia de diferencias significativas en el consumo de alcohol en función del tipo de familia, siendo los adolescentes que viven en familias obstructoras los que consumen alcohol en mayor medida. Así pues, el consumo de alcohol entre los adolescentes es menor a medida que la comunicación con sus progenitores se vuelve más abierta y la percepción de cohesión y adaptabilidad familiar es mayor; llegando a la conclusión de que las relaciones familiares si influyen en el consumo de sustancias adictivas.

De la misma manera Perea, (2007) Perú. Cuyo objetivo de estudio fue: identificar los factores que influye el consumo de drogas; cuyos resultados fueron que entre los principales factores a nivel individual, están los referidos a problemas ligados al entorno familiar (23%) es decir, situaciones de maltrato físico y/o psicológico, faltan de autoridad, antecedente de consumo dentro de la familia, ausencia de uno de los padres (abandono, entre otros), demandas socioeconómicas, estilos de crianza, etc. Con la cual se llega a la siguiente conclusión que la familia si es un factor que influye en el consumo de drogas.

De los resultados anteriores de la presente investigación se encontró que los valores cuantitativos el grupo que presento mayor porcentaje fue que el 14.5% (12) presentan un consumo de alcohol medio y tienen una familia moderadamente funcional, dichos resultados recalcan que en el anexo de Taquia los adultos presentan un estilo de vida ya definido.

Los resultados para el consumo de alcohol y la funcionalidad familiar que se obtuvieron en la investigación fueron sometidos a la prueba estadística no paramétrica Chi-cuadrado obteniéndose $X_c^2 = 8.306$, con 9 grados de libertad y un valor de $p = 0.504 > 0.05$; estos datos nos indican que no existe relación entre ambas variables, el mismos que nos indica que cada variable es independiente.

De la misma manera se realizó la comparación con los antecedentes antes mencionados y con la que guarda similitud es con el estudio que realizo Crisólogo (2012), ya que sus variables de estudio no encontraron relación, con la cual se deduce que ambas variables son independientes la una de la otra.

VI. CONCLUSIONES:

Del presente trabajo se concluye:

1. En los adultos del anexo de Taquia, Chachapoyas encuestados, respecto al consumo de alcohol, con mayor incidencia está en el nivel medio.
2. En relación a la funcionalidad familiar, el tipo de familia que predomina son las familias que presentan una funcionalidad moderada.
3. El valor de Chi-cuadrado obteniéndose $X_c^2 = 8.306$, con 9 grados de libertad y un valor de $p = 0.504 > 0.05$; estos datos nos indican que no existe relación entre ambas variables, el mismo que nos indica que cada variable es independiente.

VII.RECOMENDACIONES:

1. Al Ministerio de Salud:

Recomendar la creación de una estrategia de salud familiar, basadas en la realidad de cada comunidad, ya que las familias no son todas similares a las familias de la capital.

Del mismo modo la creación de una estrategia en la cual se plantea la forma de disminuir el consumo de alcohol.

2. A la Facultad de Enfermería:

Incentivar a los estudiantes a realizar investigaciones más profundas sobre el consumo de alcohol y la funcionalidad familiar, con miras a fomentar la discusión de esta problemática en espacios académicos.

3. Al anexo de Taquia:

Sugerir a las autoridades de dicho anexo que soliciten la atención de un profesional de salud que realice visitas periódicas a las familias de dicho anexo.

4. A los estudiantes de Enfermería de la UNTRM:

Desarrollar el interés investigador en nuevas exploraciones orientadas a esclarecer entre las características sociodemográficas de las familias y sus logros de metas asociándola con los problemas de riesgo social como el consumo de alcohol.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

A. LIBROS:

1. Anderson P, (2005). Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. 2da edition. Edited por Department de Salut. Catalunya. Barcelona. Págs: 12 – 20.
2. Buelga, S. y Musitu, G. (1993). Funcionamiento familiar según el modelo Circumplejo de Olson en Adolescente. 1era edición. Editada por Santamaría. Ecuador. Págs. 56 -81.
3. Canales, Francisca. (1994). Metodología de la investigación Científica. Manual para el desarrollo de personal de salud. 2da edición. Editorial Washington. México. Pág. 124-135.
4. Castro, A. (2010). Conceptos e instrumentos de la atención familiar. 1er edición. Editorial Doyma. Barcelona, España. Págs: 1 – 40.
5. Freijomil, D; Perez, G y Louro, B (2000). Test FF-SIL Funcionalidad Familiar. Editada por Espejel. Barcelona. Págs: 10 – 15.
6. Fromm A, (2002). “La afectividad”. 1era edición. Editorial Eniss. Nueva York. Págs: 56 - 70.
7. García C, Torres T, Galán S, Torres M, De burgos M, Fernández A. (2009) “Intoxicación etílica aguda. Manejo de urgencias”. Argentina. Págs. 34-39.
8. Gómez, C. (1994). 2do curso taller de trabajo con familia. 2da edición. Editada por: Departamento de medicina familiar. Hospital universitario, Monterrey, N.L, México. Págs: 20-21.
9. Huerta, M. (1998). “Frecuencia de disfunción familiar en una clínica del ISSSTE en la ciudad de México”. 2da edición. Editorial Arch Med Fam. Paraguay. Págs: 95-98.
10. Isaacs, A. (1998). Enfermería en salud mental y psiquiatría. 2da edición. Editorial McGraw-Hill interamericana de España. Págs: 198-201
11. Jackson, M. (1965). Escala de funcionalidad familiar. Editada por la universidad nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. Págs: 3-10.
12. James, C. (1997). Familia y terapia familiar. 2da edición. Editorial crónica. Madrid. Págs: 31 – 33.
13. Jacobsen B, (2005). Frequency of alcohol use and the level of education. 1era edition Editorial Intern Med. Estado Unidos. Págs: 417 - 422.

14. Marques, V (1999). Trends and determinants of alcohol consumption in Portugal: results from the national health surveys. 1era edition. Editorial Alcohol Clin Exp. Págs 89-97.
15. Minuchin, S (1997). Familias en terapia. Editada por la universidad Harvard, Estados Unidos. Págs 15 – 20.
16. Olson, D. (1983). Proceso familiar. 2da edición. Editorial. University of Minnesota. New York. Págs: 1-85.
17. Orueta, R. (1993). Características familiares de los hospitales de los servicios sanitarios de atención primaria. 1era edición. Editada por el hospital de Barcelona. Barcelona. Págs: 11 – 30.
18. Room R, (2005). Influencia del alcohol. 2da edición. 2da edición. Editorial Tonicapán. Guatemala. Págs. 28 – 42.
19. Roca, T. (2010). El alcoholismo. 3ra edición. Editorial McGraw-Hill. España. Págs 50-52.
20. Steinglass, D. (2008). Escala de funcionalidad familiar. Editada por la facultad de ciencias psicológicas de Colombia. Bogotá, Colombia. Págs. 3 - 10.
21. Schuckit, M. (1995). Alcohol y Alcoholismo. 16º Edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana de España. Madrid. Págs, 29 - 32.
22. Spandorfer, M (1989). Primera clase de vivencias en funcionalidad familiar con un familiar alcohólico. 2da edición. Editorial Facultad de Medicina. Págs 45 – 60.

B. TESIS:

23. Crisólogo, L (2012). “Relación entre funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescente” tesis para obtener el título de licenciada Enfermería. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas. Págs 10-18.
24. Culqui, D (2013). “funcionamiento familiar e iniciación sexual coital en adolescentes del 3ero al 5to secundaria”. Para obtener el título de licenciada en enfermería. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas. Págs 10 – 20.

25. Musitu, G y Murgui, S (2007). “Funcionalidad familiar y consumo de sustancias alcohólicas en adolescentes”. Para para obtener el título de Lic. Psicología. Universidad de Valencia, España. Págs 139 – 150.
26. Perea, C. (2007). “Factores que influyen en el consumo de drogas en el Perú”. Tesis para obtener el título de Lic. Enfermería. Universidad los Ángeles de Chimbote. Págs. 102 – 107.
27. Serrano, L (2007). “Funcionalidad familiar en familias con hijos drogadependientes”. Para obtener el título de licenciada en psicología. Universidad de Valencia España. Págs 30 – 44.
28. Camacho A. (2001). Consume de alcohol en universitarios: relación funcional con los factores sociodemográficos, las expectativas y la ansiedad social. Bogotá, Colombia. Para obtener la maestría. Universidad Católica de Colombia. Págs 51 – 62.
29. Friedemann, M. L. (1989) funcionalidad familiar y rendimiento escolar de los adolescentes en Nuevo León. Nuevo León, México. Tesis de licenciatura. Escuela de enfermería. Universidad autónoma de Nuevo Leó. Págs. 46-52.

C. ARTÍCULOS DE REVISTA:

30. Camacho, P; et al. (2009). Funcionalidad familiar según el modelo Circumplejo de Olson en familias. Revista de EnfermeríaHeredia. Lima, Perú. Volumen 2, N°2 Págs. 80 -85.
31. Baigorri A, Chaves M. (2006). Botellón: más que ruido, alcohol y drogas (La sociología en su papel). RevistaAndaluza de CienciasSociales. Págs. 159-184.
32. León, R; et al. (2000). Desempeño familiar. Revistacoloquio familiar. México. Volumen N° 3. Págs. 15 – 25.
33. Ortiz, M; et al.(2014) Funcionalidad Familiar. RevistaCubana. Habana, Cuba. Volume N° 9. Págs. 54 – 55.

D. SITIOS DE RED (ACCESO WEB):

34. Barajas G, A (2005). Tipos de familias. Disponibles en: <http://es.scribd.com/doc/5398126/TIPOS-DE-FAMILIA>. Acceso el 18 de Marzo del 2014; h: 7:00 p.m.

35. CEDRO (2011). Consumo de sustancias adictivas. Disponible en: <http://www.consumodealcohol/hot/es>. Acceso: el 10 abril del 2014.
36. DEVIDA. (2010). Consumo de alcohol. Disponible en: <http://www.devida.org.pe>. Acceso el 20 de mayo del 2014, hora 7.00 pm.
37. DIRESA. (2010). Salud Mental. Disponible en: <http://www.diresa.org.pe>. Acceso el 19 de Marzo; h: 8:15 p.m.
38. Dorotea O. teorías de enfermería. Disponible en: <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias3.htm>. Acceso el 19 de Marzo del 2014; h: 9:00 a.m.
39. MINSA. (2011). Salud familiar y los efectos en la sociedad. Disponible en: <http://www.minsa.org.pe>. Acceso el 12 de Mayo del 2014, hora 4. 00 pm.
40. OMS. 2010. Etapas de la vida. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/etapas#p-search#p-search>. Acceso el 18 de Marzo del 2014: h: 7:30 p.m.
41. OMS (2001). Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. Disponible en: <http://www.adicciones.es/files/contel.pdf>. Acceso el 20 de Marzo del 2014, hora: 5.00 pm.
42. OPS. (2004). Consumo de bebidasalcohólicas. Disponible en: http://www.who.int/topics/alcohol_drinkin/es. Acceso: el 20 de Mayo del 2014, hora 6.00 pm.
43. OMS. (2000) “La familia definición por la OMS”, disponible en: <http://alejandrocbtis149ctsv.blogspot.com/2009/10/la-oms-define-familia-como-losmiembros.html>. Acceso: jueves 16 de Enerodel 2014. 8:00 pm.
44. Supo, J. (2011). Seminario de investigación, disponible es: <http://www.seminariodeinvestigacion.com>. Acceso el 05 de Agostodel 2014. 5:00 pm.

ANEXOS

ANEXO N° 01



**UNIVERSIDAD NACIONAL
"TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA" DE AMAZONAS
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**TEST DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNO POR CONSUMO DE
ALCOHOL AUDIT
(Luisa Crisólogo, 2012)**

INTRODUCCIÓN:

Estimado colaborador el presente cuestionario fue elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Como parte de la atención sanitaria es importante examinar aspectos del estilo de vida que puedan tener un efecto sobre la salud importante examinar aspectos del estilo de vida pueda tener un efecto sobre la salud de la personas. Por lo tanto, le pedimos que responda este cuestionario sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año. Por favor, responda tan concreta y honesta como le sea posible. Toda la información será tratada en la más estricta confidencial.

INSTRUCCIONES:

Lea las preguntas y marque con un aspa (X) solo una de las alternativas.

DATOS GENERALES:

SEXO: Femenino () Masculino ()

EDAD:

PROCEDENCIA:

ITEMS	CRITERIOS VALORATIVOS DE VALORACION.
1. Con cuanta frecuencia toma usted bebidas alcohólicas	0. Nunca 1. Una o menos veces al mes 2. De 2 a 4 veces al mes 3. De 2 a 3 veces a la semana 4. Cuatro o más veces a la semana.
2. Cuando usted se encuentra tomando ¿Cuántos tragos bebe?	0. 1 o 2 1. 3 o 4 2. 5 o 6 3. 7 a 9 4. 10 o mas
3. ¿Cuántas veces toma usted, 6 o más tragos en una ocasión de consumo?	0. Nunca 1. Menos de una vez 2. Una vez el mes 3. Una vez a la semana 4. Diariamente o casi diariamente
4. ¿Cuántas veces durante el último año se ha encontrado que no podía parar de tomar una vez que había empezado?	0. Nunca 1. Menos de una vez 2. Una vez el mes 3. Una vez a la semana 4. Diariamente o casi diariamente
5. ¿Cuántas veces durante el último año, no ha podido hacer lo que se esperaba de usted debido a la bebida?	0. Nunca 1. Menos de una vez 2. Una vez el mes 3. Una vez a la semana 4. Diariamente o casi diariamente
6. ¿Cuántas veces durante el último año ha necesitado un primer trago en la mañana, para iniciar el día, después de haber estado tomando mucho?	0. Nunca 1. Menos de una vez 2. Una vez el mes 3. Una vez a la semana 4. Diariamente o casi diariamente

<p>7. ¿Cuántas veces durante el último año ha tenido sentimientos de culpa o remordimiento después de haber estado bebiendo?</p>	<p>0. Nunca 1. Menos de una vez 2. Una vez el mes 3. Una vez a la semana 4. Diariamente o casi diariamente</p>
<p>8. ¿Cuántas veces durante el último año ha sido incapaz de recordar lo que pasó la noche anterior porque estuvo bebiendo?</p>	<p>0. Nunca 1. Menos de una vez 2. Una vez el mes 3. Una vez a la semana 4. Diariamente o casi diariamente</p>
<p>9. ¿Usted o alguna otra persona ha sido herida como resultado de haber bebido?</p>	<p>0. No 1. Si pero hace 3 años 2. Si pero hace 2 años 3. Si pero no durante el año pasado 4. Si durante el año pasado</p>
<p>10. ¿Algún familiar, amigo, médico o personal de salud, se ha preocupado porque usted este bebiendo mucho, le ha sugerido que debería dejar de beber?</p>	<p>0. No 1. Si pero hace 3 años 2. Si pero hace 2 años 3. Si pero no durante el año pasado 4. Si durante el año pasado</p>

Fecha: ___ / ___ / ___

MUCHAS GRACIAS



ANEXO N° 02
UNIVERSIDAD NACIONAL
“TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA” DE AMAZONAS
FACULTAD DE ENFERMERÍA



Test de funcionalidad familiar de (FF-SIL)
(Espejel (1987, 1994). Modificado por López Nicolás, 2000)

INTRODUCCIÓN:

Estimado colaborador, solicito su participación en la presente investigación con la finalidad de conocer cuáles son los factores que predisponen al consumo de alcohol. Agradeceré mucho que conteste las preguntas con seriedad y honestidad. Este cuestionario es anónimo y las respuestas solo serán de uso para los objetivos del estudio.

INSTRUCCIONES:

A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Marque con un aspa (X) la respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

DATOS GENERALES:

- Sexo: M () F ()
- Edad:
- Procedencia:

I. A continuación seleccione con un aspa (x) la alternativa que considera correcta:

N°	ITEMS	5	4	3	2	1
		Casi siempre	Muchas veces	A veces	Pocas veces	Casi nunca
1	Se toman decisiones entre todos los familiares para cosas importantes que atañen a la familia.					
2	En casa predomina la armonía.					
3	En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara directa.					
6	Podemos conversar diversos temas sin temor con todos los miembros de la familia.					
7	Tomamos en consideración las expresiones de otras familias ante situaciones diferentes.					
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobre cargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11	Podemos conservar diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14	Nos demostramos el cariño que tenemos.					

Fecha: ___ / ___ / ___

MUCHAS GRACIAS

ANEXO 03

TABLA 4: Nivel de consumo de alcohol según edades del anexo de Taquia, Chachapoyas, 2014.

Consumo de Alcohol	Edad de los Encuestados							
	25 a 35 años		36 a 45 años		46 a 54 años		Total	
	fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%
Nivel alto	2.9	3.6	5.5	6	3.6	4.8	12	14.5
Nivel moderado	8	9.6	15.1	20.5	9.9	9.6	33	39.8
Nivel medio	7.2	7.2	13.7	15.7	9	13.3	30	36.1
Nivel sin riesgo	1.9	3.6	3.7	3.6	2.4	2.4	8	9.6
Total	20	24.1	38	45.8	25	30.1	83	100

Fuente: Test AUDIT aplicado.

ANEXO N° 04

TABLA 5: Nivel de consumo de alcohol según sexo del anexo de Taquia, Chachapoyas, 2014.

Consumo de Alcohol	Sexo de los Adultos					
	Masculino		Femenino		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Nivel alto	6.5	7.2	5.5	7.2	12	14.5
Nivel moderado	17.9	22.9	15.1	16.9	33	39.8
Nivel medio	16.3	20.5	13.7	15.7	30	36.1
Nivel sin riesgo	4.3	3.6	3.7	6	8	9.6
Total	45	54.2	38	45.8	83	100

Fuente: Test AUDIT aplicado.

ANEXO N° 05

TABLA 6: Consumo de alcohol según dimensiones y niveles de los adultos del anexo de Taquia, Chachapoyas, 2014.

Nivel de consumo de alcohol	Consumo de riesgo		Síntomas de dependencia		Consumo perjudicial	
	Fi	%	Fi	%	fi	%
Sin riesgo	16	19.3	12	14.5	18	21.7
Medio	36	43.4	33	39.8	31	37.3
Moderado	22	26.5	25	30.1	19	22.9
Alto	9	10.8	13	15.7	15	18.1
Total	83	100.0	83	100.0	83	100.0

Fuente: Test AUDIT aplicado.

ANEXO N° 06

TABLA 7: Funcionalidad familiar según edad de los encuestados del anexo de Taquia, Chachapoyas 2014.

Funcionalidad Familiar	Edad de los Encuestados							
	25 a 35 años		36 a 45 años		46 a 54 años		Total	
	fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%
Funcional	6.3	4.8	11.9	13.3	7.8	13.3	26	31.3
Moderadamente funcional	7.5	10.8	14.2	18.1	9.3	8.4	31	37.3
Familia disfuncional	4.8	6	9.2	12	6	6	20	24.1
Familia severamente disfuncional	1.4	2.4	2.7	2.4	1.8	2.4	6	7.2
Total	20	24.1	38	45.8	25	30.1	83	100

Fuente: de funcionalidad familiar FF-SIL, aplicado.

ANEXO N° 07

TABLA 8: Funcionalidad familiar según sexo de los adultos del anexo de Taquia, Chachapoyas, 2014.

Funcionalidad Familiar	Sexo de los Adultos					
	Masculino		Femenino		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Funcional	14.1	16.9	11.9	14.5	26	31.3
Moderadamente funcional	16.8	22.9	14.2	14.5	31	37.3
Disfuncional	10.8	10.8	9.2	13.3	20	24.1
Severamente disfuncional	3.3	3.6	2.7	3.6	6	7.2
Total	45	54.2	38	45.8	83	100

Fuente: de funcionalidad familiar FF-SIL, aplicado.

ANEXO N° 08

TABLA 9: Funcionalidad familiar según dimensiones de los adultos del anexo de Taquia, Chachapoyas 2014.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR						
DIMENSIONES	CATEGORÍAS					
	Familia				TOTAL	
	Familia funcional		disfuncional			
fi	%	fi	%	fi	%	
Cohesión	62	74.7	21	25.3	83	100
Armonía	63	75.9	20	24.1	83	100
Comunicación	65	78.3	18	21.7	83	100
Permeabilidad	64	77.1	19	22.9	83	100
Afectividad	66	79.5	17	20.5	83	100
Roles	64	77.1	19	22.9	83	100
Adaptabilidad	64	77.1	19	22.9	83	100

Fuente: de funcionalidad familiar FF-SIL, aplicado.

ANEXO N° 09

PRUEBA DE CHI CUADRADO

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,306 ^a	9	,504
Razón de verosimilitudes	10,388	9	,320
Asociación lineal por lineal	2,146	1	,143
N de casos válidos	83		

a. 10 casillas (62.5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .58.

Medidas simétricas

	Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada b	Sig. aproximada	
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	-,133	,091	-1,465	,143
	Tau-c de Kendall	-,123	,084	-1,465	,143
	Correlación de Spearman	-,152	,106	-1,382	,171 ^c
Intervalo por intervalo	R de Pearson	-,162	,100	-1,475	,144 ^c
N de casos válidos	83				

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Basada en la aproximación normal.

ANEXO N° 10

EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN MEDIANTE LA PRUEBA Y Z DE GAUSS PARA PROPORCIONES:

Para determinar la validez estadística del instrumento de medición, se realizó mediante el juicio de expertos y a través de las pruebas estadísticas: Binomial para cada ítem (10) de la escala dicotómica y la Z de Gauss para la aceptación total del instrumento ($n=7$), al 5% de significancia estadística.

A) PRUEBA BINOMIAL:

1) Hipótesis estadísticas:

Ho: $P = 50\%$ versus **Ha:** $P > 50\%$

Dónde:

P es el porcentaje de respuestas de los jueces que consideran el ítem de la escala dicotómica como adecuado.

La hipótesis alternativa (Ha) indica que si el ítem de la escala es adecuada (se acepta), entonces la opinión favorable de la mayoría de los expertos debe ser superior al 50% ya que la calidad del ítem se categoriza como “adecuado” o “inadecuado”.

2) Nivel de significancia (α) y nivel de confianza (Υ)

$\alpha = 0.05$ (5%) $(1 - \alpha) = \Upsilon = 0.95$ (95%)

3) Función de prueba

Si la hipótesis nula es verdadera, la variable X tiene distribución binomial con $n = 7$ y $P = 0.50$ (50%)

4) Regla de decisión

Se rechazará la hipótesis nula a favor de la hipótesis alterna si el valor $P = P [X \geq x \text{ cuando } P = 0.05]$

5) Valor calculado (VC)

$P = P [X \geq x \text{ cuando } P = 0.05] = E^7 k C^7 k (0.5)^7 (0.5)^{7-k}$

El cálculo de esta probabilidad acumulada hacia la derecha se obtiene a partir de la tabla de distribución binomial.

6) Decisión estadística

Para la decisión estadística de cada ítem, se compara el valor de P con el valor de $\alpha = 0.05$, de acuerdo a la regla de decisión (columna 6), asimismo la significancia estadística de la decisión se tiene en la columna 7 de la tabla.

ÍTEM EVAL.	JUECES EXPERTOS				P valor $\leq \alpha$	SIGNIFIC. ESTAD.
	ADECUADOS		INADECUADOS			
	Nº	%	Nº	%		
1	7	100	0	0	0.01540	**
2	7	100	0	0	0.01540	**
3	7	100	0	0	0.01540	**
4	7	100	0	0	0.01540	**
5	7	100	0	0	0.01540	**
6	7	100	0	0	0.01540	**
7	7	100	0	0	0.01540	**
8	7	100	0	0	0.01540	**
9	7	100	0	0	0.01540	**
10	7	100	0	0	0.01540	**
Total	70	100	0	0	6.772	**

Fuente: apreciación de los expertos.

*: Significativa ($P < 0.05$).

** : Altamente significativa ($P < 0.01$).

B) PRUEBA DE LA Z DE GAUSS PARA PROPORCIONES:

1) Hipótesis estadística

Ho: P = 50% versus **Ha:** P > 50%

Dónde:

P es el porcentaje de respuestas de los jueces que consideraran los ítems del instrumento de medición como adecuados.

La Hipótesis alternativa (Ha) indica que el instrumento de medición es válido entonces se espera que el porcentaje de respuesta de los jueces que califican a los ítems como adecuado debe ser mayor que el 50%, ya que la actualidad del ítem se establece como “adecuado: Si” o “inadecuado: No”.

2) Nivel de significancia (α) y nivel de confianza (γ)

$\alpha = 0.05$ (5%)

$(1 - \alpha) = \gamma = 0.95$ (95%)

3) Función de prueba

En vista que la variable a evaluar “validez del instrumento de medición” es nominal (cuantitativa), cuya categoría posible son “valido” y “no valido” y únicamente se puede calcular porcentajes o proporciones para cada categoría, y como la muestra (respuesta) es 70, la estadística para probar la hipótesis nula es la función normal o Z de Gauss para porcentaje:

Su fórmula es la siguiente:

$$Z = \frac{p - P_0}{\sigma_p}, \quad \sigma_p = \frac{P_0(1 - P_0)}{n}$$

Dónde:

Z: Se distribuye como una distribución normal estandarizada con media 0 y varianza 1.

P: es el porcentaje de respuesta de los jueces que califique a cada ítem como adecuada (éxito).

P_0 : Es el porcentaje de aceptación o rechazo a favor de la hipótesis nula (Ho).

σ_p : es la desviación estándar.

n: es el número de jueces consultados (muestra).

4) Regla de decisión

Para 95% de confianza estadística y una prueba unilateral de cola a la derecha, se tiene el valor teórico de la distribución normal $VT = 1.6449$.

Con estos indicadores, la región de rechazo (RR/ H_0) y aceptación (RA/ H_0) de la hipótesis nula es:

Al 5% RR/ H_0 : $VC > 1.6449$ RA/ H_0 : $VC < 1.6449$.

5) Valor calculado (VC)

El valor calculado de la función Z se obtiene reemplazando los valores de:

$N = 70$, $P = 50\%$ y $p = 100\%$. De donde resulta que: $VC = 6.772$

6) Decisión estadística

Comparando el valor calculado ($VC = 6.772$) con el valor teórico ($VT = 1.6449$) y es base a la regla de decisión, se acepta la hipótesis alterna al 95% de confianza estadística. Con este resultado, se acepta del instrumento de medición.

ANEXO N° 11

DETERMINACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

RELIABILITY

/VARIABLES = P1 P2 P3 P4 P5 P6 P7 P8 P9 P10 P11 P12 P13 P14

/SCALE (ALL VARIABLE) ALL

/MODEL = ALPHA

/STATISTICS = CORR

/SUMMARY = CORR.

Análisis de fiabilidad

[conjunto_de_datos1] C:\Users\Analí\Documents\ANALI-TESIS 2012 – EJEC\Sin título1. Sav.

Escala: FF-SIL

Resumen del procedimiento de los casos

	N	%
Válidos	5	100
Excluidos	0	0.0
Total	5	100

- a. Eliminación por lista basada en total las variables del procedimientos.

Estadística de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basadas en los elementos tipificados	N de elementos
0.854	0851	14